

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL PRENATAL CON BASE EN LAS NORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL, DEL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ. GUATEMALA 2017.

TESIS DE POSGRADO

JUAN CARLOS CASTILLO SOLÓRZANO

CARNET 25212-15

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2017

CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL PRENATAL CON BASE EN LAS NORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL, DEL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ. GUATEMALA 2017.

TESIS DE POSGRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR

JUAN CARLOS CASTILLO SOLÓRZANO

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2017

CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. CÉSAR OSWALDO GARCÍA GARCÍA

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

DR. DANIEL ELBIO FRADE PEGAZZANO
MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO
MGTR. LUIS PEDRO GARCÍA VELÁSQUEZ

**APROBACIÓN DEL INFORME FINAL DE TESIS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD**

ASESOR

Ciudad de Guatemala, 12 de septiembre de 2017.

Doctor

DANIEL FRADE

Director de Postgrados

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Rafael Landívar

Respetable Doctor Frade:

Deseándole éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informarle que he tenido bajo mi responsabilidad la asesoría correspondiente de la tesis titulada "Evaluación de la implementación del control prenatal con base en las normas de atención en salud integral, del primer y segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Sacatepéquez, del año 2016." del estudiante Juan Carlos Castillo Solórzano, con carné 2521215, el cual he acompañado desde el inicio y hasta el momento ha cumplido con las normas, procedimientos y rigor académico establecidos en la guía de elaboración de tesis del departamento de postgrados en salud de la universidad.

Por lo anterior doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del comité de tesis para su aprobación.

Sin otro particular, atentamente

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Categoría 3,558*



Dr. C. César Oswaldo García García
Asesor de Tesis



Orden de Impresión

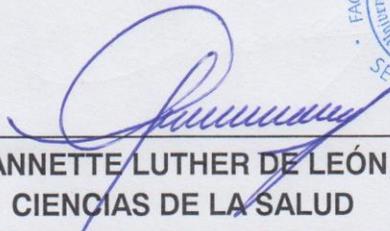
De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado del estudiante JUAN CARLOS CASTILLO SOLÓRZANO, Carnet 25212-15 en la carrera MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09889-2017 de fecha 13 de octubre de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL PRENATAL CON BASE EN LAS NORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL, DEL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ. GUATEMALA 2017.

Previo a conferírsele el grado académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 3 días del mes de noviembre del año 2017.




LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

ÍNDICE

Título	Página
Resumen	
I. Introducción	1
II. Planteamiento del problema	3
III. Marco Teórico	5
3.1 Niveles de atención en salud	6
3.1.1 Primer Nivel de Atención	6
3.2.1 Segundo Nivel de Atención	7
3.2 Maternidad Saludable	10
3.2.1 Cuidado Pre-concepcional	10
3.2.2 Atención integrada en el embarazo	11
3.3 Control Prenatal	11
3.3.1 Atención Prenatal Personalizada y Reenfocada	12
3.3.2 Modelo de Control Prenatal de la OMS	12
3.3.3 Principios que respaldan el Nuevo Modelo del Control Prenatal	14
3.3.4 Componente básico del Nuevo Modelo del Control Prenatal de la OMS	15
3.3.5 Recomendaciones de la OMS sobre Atención Prenatal para una experiencia positiva del Embarazo	26
IV. Antecedentes	35
V. Justificación	39
VI. Objetivos	41
a. Objetivo general	41

b. Objetivos específicos	41
VII. Diseño de investigación	43
VIII. Metodología	43
a. Población	43
b. Muestra	43
c. Criterios de inclusión y exclusión	43
d. Operacionalización de variables	45
e. Procedimiento	46
f. Instrumentos de recolección	47
g. Análisis de datos	48
h. Aspectos éticos	49
IX. Presentación de resultados	51
X. Análisis de resultados	59
XI. Conclusiones	65
XII. Recomendaciones	67
XIII. Referencias bibliográficas	69
XIV. Anexos	73
14.1 Anexo 1	73
14.2 Anexo 2	74
14.3 Anexo 3	75
14.4 Anexo 4	79
14.5 Anexo 5	83
14.6 Anexo 6	85

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la implementación del control prenatal con base en las normas de atención en salud integral, del primer y segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Sacatepéquez, durante los meses de julio a diciembre del año 2016. **METODOLOGÍA:** Estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y observacional, se realizó encuesta diagnóstica y test de detección de conocimientos a personal médico, enfermeras y auxiliares de enfermería de ambos niveles, se determinó si se cuenta con los insumos médico quirúrgicos, equipo e infraestructura requerida; además se revisó expedientes clínicos de pacientes para determinar el promedio de controles prenatales. **RESULTADOS:** Para el primer y segundo nivel de atención el 90% y 100% de los médicos conoce la norma respectivamente. Para el conocimiento del control prenatal el 58% y 71% del puntaje obtenido por los médicos está en una escala regular. Del personal de enfermería, el 100% de las enfermeras del segundo nivel obtuvieron entre 51 a 74 puntos y 50% y 67% de auxiliares de enfermería de ambos niveles obtuvieron un punteo de 0 a 50 puntos. **CONCLUSIONES:** La mayoría de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería indicaron conocer la norma, la cual no está siendo implementada por los mismos, esto afecta el seguimiento de la gestación ya que el control prenatal es una herramienta que permite establecer criterios para clasificar el riesgo materno fetal y así asegurar la detección oportuna y el tratamiento precoz de los pacientes del departamento de Sacatepéquez.

Palabras clave: normas de atención, servicios de salud, control prenatal, conocimiento.

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como rector del Sector Salud, es responsable de dirigir y conducir el proceso de organización y desarrollo de los servicios públicos de salud.

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. (1)

Como proveedor de salud debemos tener en cuenta un aspecto de gran significado en la prestación de servicios que se ha considerado una herramienta esencial: la calidad de atención.

Muchos determinantes influyen la salud de la mujer embarazada y sus niños por nacer. Estos incluyen las condiciones socioeconómicas, educacionales, políticas, sociales, de las organizaciones de salud de la comunidad, y sus recursos financieros y humanos, como así también varían de acuerdo a la geografía, el clima, las condiciones de vivienda y sus características culturales.

Verificar la existencia de insumos en los servicios de salud e identificar si cuentan con el equipo y la infraestructura adecuada para brindar la atención a pacientes de control prenatal, tomando como parámetro el Manual de Normas de Atención en Salud Integral para el primer y segundo nivel del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) 2010. (2)

Las preocupantes estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. (3)

Tradicionalmente, en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal siguiendo los lineamientos de los mismos que se usan en los países desarrollados, incorporando sólo adaptaciones menores de acuerdo con las condiciones locales. (3)

Los médicos y personal de enfermería juegan un papel importante en el cuidado de la mujer embarazada, por lo que el presente estudio pretende: medir el conocimiento del personal sobre la atención del Control Prenatal, establecer la aplicación de los procedimientos diagnósticos descritos en la norma de atención en salud integral sobre la atención del Control Prenatal, establecer un promedio de controles prenatales brindados a las pacientes en los diferentes servicios.

Muchos de estos componentes, han sido sometidos a una rigurosa evaluación científica, realizadas en poblaciones latinoamericanas sanas seguidas longitudinalmente, entre ellos: la historia clínica, el riesgo pre-concepcional, principales factores de riesgo reproductivos, vigilancia durante la gestación y herramientas para mejorar el control prenatal como el gestograma, cinta obstétrica, historia clínica, partograma, carné perinatal. (4)

El presente estudio se llevó a cabo en dichos establecimientos de atención para evaluar la implementación del Control prenatal con base en las normas de atención integral y así fortalecer las competencias del recurso humano de los servicios de salud en el abordaje del control prenatal.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es una institución pública prestadora de Servicios de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención en todo el país. Los servicios del primer, segundo y tercer nivel cuentan con los servicios de consulta externa de medicina general, control prenatal, planificación familiar, vacunación emergencias, laboratorio clínico, consulta odontológica, en el cual se llevan a cabo los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades donde se aplican las Normas de Atención en salud integral para el primer y segundo nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010.

El control prenatal, es un componente del programa de Salud Reproductiva del MSPAS, en el que se garantiza el bienestar materno-fetal, dentro del contexto biopsicosocial para reducir la mortalidad materna y perinatal. Lo anterior, conlleva a identificar oportunamente los diferentes factores de riesgo, dando tratamiento y seguimiento a los mismos. En nuestro sistema de salud según las Normas de Atención se establecen cuatro controles durante el embarazo, el primero antes de las 12 semanas, el segundo en la semana 26, el tercero en la semana 32 y el cuarto en las semanas 36 y 38. (2)

Normas que en los servicios de salud existen, sin embargo, el personal no las cumple por desconocimiento de las mismas, falta de inducción al personal de nuevo ingreso o ausencia de capacitaciones del ente encargado. Las normas de atención no han sido actualizadas en los últimos años para poder mejorar la atención en el Control Prenatal.

Si bien es cierto, la mortalidad materno-fetal es uno de los indicadores que determina la calidad de los servicios de salud y son objeto de estudio para las labores y responsabilidades del sistema de vigilancia epidemiológica de las unidades programáticas. El 9 de septiembre del 2010, el congreso de la república de Guatemala aprueba la ley para la maternidad saludable, a través del decreto número 32-2010. En el artículo 8 de dicha ley se establece la atención obligatoria que deben seguir MSPAS, IGSS y ONGs para cuidar la salud de las mujeres y los recién nacidos. (5)

En la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015, 91.3 % de las mujeres que tuvieron hijas e hijos nacidos vivos en los últimos cinco años, tuvo al menos un control prenatal con un proveedor de salud en su embarazo más reciente. Se observa que 64% tuvo atención por médico, 27 % por enfermera y 4 % por comadrona capacitada. (6)

En la ENSMI 2014-2015 en el departamento de Sacatepéquez 92.7% de las pacientes embarazadas tuvo su control prenatal por personal calificado y 74.6% por médico particular. (6)

Todavía persisten problemas para la identificación y monitoreo de las mujeres embarazadas desde el principio del proceso de gestación, considerando que la situación ideal requiere, que el sistema de salud tenga la capacidad de integrarlas a un programa de control desde el primer trimestre y propiciar el seguimiento al embarazo para que éste realmente sea saludable y a la vez se prevengan factores de riesgo posteriores que puedan afectar a la madre o al neonato. (7)

La falta de estudios sobre el conocimiento del personal a cargo de brindar dicho servicio, como la revisión y actualización de las normas, por lo que se quiere evaluar ¿Cómo es la implementación del control prenatal basado en las normas de atención integral en salud del primer y segundo nivel de atención en el departamento de Sacatepéquez?

Ya que los servicios del primer y segundo nivel de atención son un elemento importante en cualquier estrategia de prevención de mortalidad materna para identificar aquellas situaciones de salud que en el transcurso del embarazo o del parto podrían poner en riesgo la vida de la madre y el feto. (8)

III. MARCO TEÓRICO

En el Primer Nivel de Atención, se priorizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, para incidir en factores condicionantes de la salud, contribuyendo con el desarrollo de las localidades y promoviendo la reducción de daños a la población materno infantil. (9)

El primer nivel de atención en salud es clave para la transformación del sistema de salud, y debe entenderse de manera más amplia, como la articulación de los conocimientos y las prácticas del ámbito institucional y del ámbito comunitario local. (10)

Como los riesgos a la vida son muchos y el período de embarazo es fundamental para el buen desarrollo de la madre y el feto, las medidas preventivas apuntan a resguardar la salud de la mujer y el feto durante el embarazo, parto y puerperio, para lo cual es importante establecer alianzas entre la familia y la comunidad, de modo que, a través de las redes integradas de servicios de salud, se pueda ampliar gradualmente la atención primaria en salud y nutrición a los diferentes ciclos de vida. (9)

La falta de atención calificada es el principal obstáculo hacia una mejora de la salud materna. Esto se ve agravado por la carencia mundial de profesionales sanitarios especializados. En los países de ingresos bajos solo el 51% de las mujeres se benefician de una asistencia especializada durante el parto, y esto significa que millones de partos no cuentan con la asistencia de una partera o un enfermero capacitado. (11)

Las reformas de la prestación de servicios que propugna el movimiento en favor de la Atención Primaria de Salud (APS) tienen por objeto situar a las personas en el centro de la atención sanitaria para conseguir que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos. Los servicios de salud que aplican este principio comienzan por establecer una relación estrecha y directa entre los individuos y las comunidades y sus dispensadores de atención. De ese modo se dispone de una base para aplicar los principios de centralidad de la persona, continuidad,

integralidad e integración, que constituyen las características distintivas de la atención primaria. (12)

3.1 Niveles de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

3.1.1 Primer nivel de atención

Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y acciones comunitarias de servicios básicos. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud de las personas y del ambiente. Los servicios de este nivel están dirigidos a toda la población con especial énfasis en los grupos postergados y pueden ser prestados en establecimientos públicos de salud, en ambientes seleccionados por la propia comunidad y en las viviendas de las familias que están en el área de influencia. Los establecimientos de este nivel de atención son:

- **Centro Comunitario de Salud**

Son establecimientos de menor complejidad de la red de servicios, que tiene bajo su área de responsabilidad programática una población menor de mil quinientos habitantes. El Centro Comunitario de Salud se ubica en las aldeas, cantones, caseríos y barrios, es un lugar en que se almacenan medicamentos, se utiliza para reuniones, acciones de prevención o atención eventualmente por equipos básicos de salud. (9)

- **El puesto de Salud**

Es el establecimiento de servicio de salud de Primer Nivel de Atención ubicados en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios. Cubre 2 mil habitantes como promedio y sirve de enlace entre la red institucional de salud pública y el nivel comunitario. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud definidos según las normas del Ministerio de Salud y el recurso humano básico es el auxiliar de enfermería. (9)

- **Puesto de Salud Fortalecido**

Está ubicado en aldeas, cantones, caseríos, barrios o en algunas cabeceras municipales. Cubre una población promedio de 5 mil habitantes. Sirve de enlace entre la institucional y la Comunidad. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud según normas, con horario de 8 horas, de lunes a viernes. Presta servicios de promoción, prevención y curación de enfermedades no complicadas. Se articula con servicios de salud más complejos como los Centros de Salud a través del sistema de referencia y respuesta. (9)

3.1.2 Segundo nivel de atención

- **Centro de salud**

Es el establecimiento de los servicios públicos de salud del Segundo Nivel de Atención ubicado en el ámbito municipal, brinda a la población servicios de salud ampliados. (9)

- **Centro de Salud Tipo A**

Cuentan con servicios de internamiento de treinta a cincuenta camas, están situados en áreas de difícil acceso y en centros urbanos de alta concentración poblacional. Tienen un área de influencia en 10 mil y 20 mil habitantes. Brindan atención de urgencias médicas y pediátricas. (9)

- **Centros de Salud Tipo B**

Brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a las personas y acciones al ambiente. Tiene un área de influencia comprendida entre cinco y diez mil habitantes. (9)

- **Centro de Atención Médica Permanente (CAP)**

Cuentan con servicios de atención médica permanente, con resolución de parto no complicado, estabilización y referencia de urgencias. Cuentan con encamamiento y salas de atención de parto. Desarrolla actividades de atención ambulatoria extramuros, fundamentalmente en los hogares maternos. (9)

- **Centro de atención a pacientes ambulatorios (CENAPA)**

Están ubicados en cabeceras municipales, cubre una población promedio de 10 mil habitantes. Las acciones que brinda son de promoción, prevención, curación y recuperación, dirigidas a las personas y al ambiente, con énfasis en programas prioritarios. No cuenta con encamamiento y en caso de desastres o emergencias prestarán atención permanente. (9)

- **Centro de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI)**

Están ubicados en cabeceras municipales con énfasis en la salud materna infantil, por su accesibilidad permite ser centro de referencia para otros servicios del primer y segundo nivel de atención, cuenta con encamamiento, sala de urgencias, sala de partos y quirófano, para la resolución de urgencias obstétricas (cesáreas). (9)

Área de salud de Sacatepéquez

Distrito I: Centro de Salud de Antigua Guatemala

- ✓ Puesto de salud de Jocotenango
- ✓ Puesto de salud de Santa María de Jesús
- ✓ Puesto de salud de Pastores
- ✓ Puesto de salud San Lorenzo el Tejar
- ✓ Puesto de Salud San Luis Pueblo Nuevo

Distrito II: Centro de Salud de Santiago Sacatepéquez

- ✓ Puesto de salud de Santa María Cauque
- ✓ Puesto de salud San Lucas Sacatepéquez
- ✓ Puesto de Salud Choacorrál
- ✓ Puesto de Santa Lucía Milpas Altas
- ✓ Puesto de Salud Magdalena Milpas Altas

Distrito III: Centro de Salud San Juan Alotenango

- ✓ Puesto de Salud de Ciudad Vieja
- ✓ Puesto de Salud San Miguel Dueñas
- ✓ Puesto de Salud San Antonio Aguas Calientes
- ✓ Puesto de Salud Santa Catarina Barahona

Distrito IV: Centro de Atención Permanente Sumpango Sacatepéquez

- ✓ Puesto de Salud San Bartolomé Milpas Altas
- ✓ Puesto de Salud Santo Domingo Xenacoj

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos reciban una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas. De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer. (13)

Una experiencia de embarazo positiva se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas. (13)

De acuerdo a los lineamientos generales de atención en salud con pertinencia cultural, se han tomado los aspectos correspondientes en cada ciclo de vida, en el embarazo:

- Con respeto hacia la embarazada y su acompañante en la consulta.
- Que la embarazada sea atendida de preferencia por personal de su mismo sexo.
- Respetar los objetos personales que sean simbólicos según la cosmo percepción de cada pueblo (cuando sea necesario quitarle algún objeto es importante que se guarde y se entregue a la persona que la acompaña o al finalizar el procedimiento).
- Que durante la consulta se le informe a la embarazada las diferentes posiciones que existen para la atención de su parto. (14)

3.2 Maternidad Saludable

La maternidad saludable es cuando la mujer tiene buena salud durante el embarazo, el parto y después del parto. La salud de la mujer y del recién nacido son parte de una maternidad saludable. Además, se necesita que la mujer sea atendida rápidamente en caso de alguna complicación, de esta manera se cuida su salud y la del recién nacido. (5)

Para lograr una maternidad saludable se necesita que la mujer reciba una buena atención médica desde que está embarazada hasta 42 días después de haber parido. (5)

¿Qué hacer para tener una maternidad saludable?

- ✓ Tener un efectivo cuidado prenatal
- ✓ Un adecuado trabajo de parto
- ✓ Un control oportuno del postparto
- ✓ Empoderar a la mujer
- ✓ Brindar servicios apropiados de salud reproductiva
- ✓ Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva. (15)

La maternidad saludable en Guatemala ha cobrado importancia derivado que, para su implementación, se definen acciones tendientes a reducir la mortalidad materna y mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud a través de una atención con calidad, calidez y pertinencia cultural. (16)

3.2.1. Cuidado pre-concepcional

Debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La adolescente debe saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intra- útero de su bebé y en el desarrollo de su hijo después del nacimiento. El cuidado y asesoramiento pre-concepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicosociales. (1)

3.2.2. Atención integrada del embarazo

La atención integrada del embarazo ofrece orientación e instrumentos para aumentar el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad. Sus objetivos consisten en mejorar la salud materna y neonatal abordando diferentes factores que son fundamentales para el acceso a una atención especializada antes, durante y después del parto. Está dirigida a los sistemas de salud, a los profesionales sanitarios y a las familias y comunidades. (17)

Con respecto a los sistemas de salud, tiene por objetivo mejorar no solo el acceso, sino también la calidad de la atención esencial y de urgencias. Las creencias culturales de profundo arraigo en las familias y las comunidades tienen un enorme impacto en la decisión de la mujer de buscar o no atención especializada durante el embarazo y el parto. Para aumentar la utilización de los servicios de salud disponibles, las comunidades pueden ofrecer educación sanitaria y apoyo financiero o logístico. (17)

3.3 Control Prenatal

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. (1)

Un control prenatal eficiente debe ser:

- Precoz

La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir. (18)

- Periódico

La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. (18)

- Completo

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. (18)

3.3.1. Atención prenatal personalizada y reenfocada

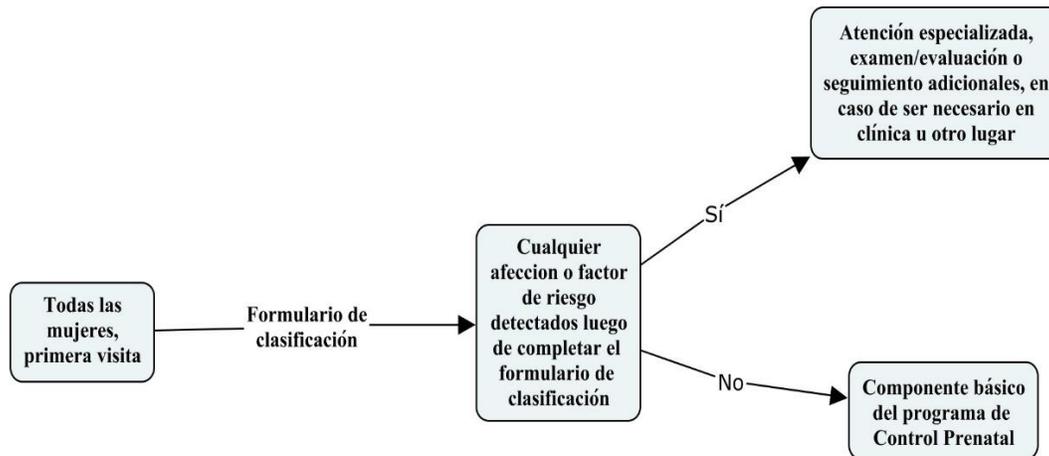
Son los cuidados y las acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del autocuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y el niño/a. El enfoque actual en la atención prenatal debe de ser: **TODO EMBARAZO TIENE RIESGO.** (19)

3.3.2. Modelo de atención prenatal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

El modelo de atención prenatal de la OMS clasifica a las mujeres embarazadas en dos grupos:

- Aquellas elegibles para recibir la Atención Prenatal de rutina, llamado componente básico.
- Aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. (3)

El nuevo modelo de control prenatal de la OMS



Fuente: Modificado según el Manual Nuevo Modelo del Control Prenatal Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza 2003.

La inserción de las mujeres en el componente básico se determina a través de criterios preestablecidos. Las seleccionadas para este son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. (Ver anexo 2). Las no elegibles para el componente básico serán remitidas para la atención especializada. Éstas representarán aproximadamente el 25% de todas las mujeres que inician la atención prenatal. (20)

- Con la atención prenatal se persigue:
 - La detección de enfermedades maternas subclínicas
 - La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo
 - La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
 - La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
 - La preparación psicofísica para el nacimiento
 - La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y el recién nacido
 - La información a las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma durante el embarazo y conducta a seguir. (20)

Las actuaciones de la red de atención primaria de la salud y de la red de atención especializada ambulatoria y hospitalaria son las siguientes:

Atención Primaria

- Captación de la mujer embarazada
- Atención del embarazo normal
- Detección del riesgo gestacional y derivación a atención especializada, si procede educación sanitaria y maternal
- Asistencia al puerperio extrahospitalario. (20)

Atención Especializada

- Valoración y seguimiento del embarazo de riesgo
- Hospitalización del embarazo de riesgo
- Interconsultas ante situaciones de duda diagnóstica o evolutiva
- Controles ecográficos
- Técnicas de diagnóstico prenatal invasivas
- Control del embarazo que supere las 40 semanas
- Asistencia al parto y puerperio inmediato. (20)

3.3.3. Principios que respaldan al nuevo modelo de control prenatal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

a) Un modelo de control prenatal debe incluir un formulario simple que pueda usarse fácilmente para identificar a las mujeres con patologías especiales y/o aquéllas con riesgo de desarrollar complicaciones; dichas mujeres deben ser derivadas a un nivel de atención de mayor complejidad. (Ver anexo 2). (3)

b) La identificación de las mujeres con patologías especiales o con factores de riesgo para desarrollar complicaciones debe ser minuciosa. Dichas mujeres deberían ser derivadas a niveles superiores de atención sólo cuando se tiene certeza de que los niveles más complejos de atención tienen la experiencia suficiente para tratar esas necesidades de salud específicas. (3)

c) Los prestadores de salud deben hacer que todas las mujeres embarazadas se sientan bienvenidas a su clínica. Los horarios de apertura de las clínicas que proveen control prenatal deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres. Se ha demostrado que cuanto mayor sea el número de horas que las clínicas dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicita el control prenatal. Los prestadores de salud deben dedicar todos los esfuerzos posibles para cumplir con el horario de los turnos y de esta forma, reducir el tiempo de espera de las pacientes. Sin embargo, las mujeres que vienen sin turno no deberían ser rechazadas aun cuando no existiera ninguna urgencia. Mientras sea posible, cualquier intervención o prueba requerida debería realizarse de acuerdo con la comodidad de las mujeres, en lo posible el mismo día que la mujer tiene la consulta. (3)

d) Sólo se deben realizar los exámenes y las pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas. Si, por ejemplo, hay justificación para realizar una prueba específica sólo una vez durante el embarazo, debería realizarse en el momento más apropiado, es decir, cuando sea posible una intervención efectiva en caso de que el resultado de la prueba sea anormal. (3)

e) Cuando sea posible, se deben usar pruebas rápidas y fáciles de realizar en la clínica prenatal o en un servicio tan cercano a la clínica como sea posible. Cuando los resultados de las pruebas sean positivos (por ejemplo, positivo para sífilis), se debe iniciar el tratamiento en la clínica el mismo día. (3)

3.3.4. El componente básico del nuevo modelo de control prenatal

❖ La primera visita

Lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las embarazadas que llegan a la clínica de control prenatal serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes. Se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos. Es importante determinar los antecedentes

clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo evaluar la elegibilidad de la mujer para seguir el componente básico del modelo de la OMS: (3)

En promedio, se espera que un 75% de las mujeres sigan el componente básico. En la clínica se les debe ofrecer pruebas de detección de embarazo a aquellas mujeres que durante su primer trimestre piden confirmación del embarazo si no existen signos o síntomas de embarazo.

Sólo se recomienda un tacto vaginal de rutina durante el embarazo. Esto incluye tomar una muestra para el Papanicolau si el mismo no ha sido realizado en los últimos dos años. Concomitantemente se deben identificar y tratar las infecciones de transmisión sexual (ITS). (3)

El tacto vaginal podría posponerse hasta la segunda visita si el médico o la partera perciben que la mujer o su pareja no lo aceptarían durante la primera visita. Si en el control prenatal de rutina no se acepta el tacto vaginal, este procedimiento se debe realizar sólo en mujeres con antecedentes de aborto espontáneo en el segundo trimestre, parto prematuro o síntomas de sangrado vaginal, pérdida y/o dolor abdominal. (3)

En las mujeres que informan sangrado en el presente embarazo, el tacto vaginal para determinar la causa puede realizarse en la clínica sólo durante el primer trimestre. La derivación de la paciente a un nivel superior de atención depende del médico. Después del primer trimestre, el tacto vaginal en las mujeres con sangrado vaginal no debería hacerse en la clínica; en cambio, se debería derivar a la paciente inmediatamente a un hospital para excluir placenta previa u otra patología. (3)

Todas las mujeres deben recibir suplementación con hierro de rutina. Por lo tanto, a las 32 semanas (tercera consulta) se debe determinar la hemoglobina a menos que existan signos clínicos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral, punta de la lengua, y falta de aire.

La interacción individual entre la paciente y el médico es un elemento esencial del nuevo modelo de control prenatal. Como el componente básico del nuevo modelo incluye sólo cuatro visitas, se debe dedicar el tiempo suficiente durante cada visita a la discusión del embarazo y temas relacionados con la paciente. (3)

La instrucción debería incluir información general sobre el embarazo y el parto, así como cualquier respuesta específica a las preguntas de la paciente. La información transmitida en estas visitas debería focalizarse sobre los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y cómo tratarlos, es decir, si la paciente sufre sangrado vaginal, a quién debería llamar y a dónde debería acudir para su asistencia: (3)

Todos los consejos verbales deben estar acompañados por instrucciones escritas. Se debe disponer de instrucciones simples redactadas en el idioma local aún para las mujeres analfabetas, ya que los miembros de su familia o vecinos frecuentemente las pueden leer. Cuando sea necesario, se debe disponer de materiales apropiados para un público analfabeto tales como dibujos y diagramas simples que describen el consejo dado en cada visita. (3)

El acceso a la asistencia en caso de necesidad es un elemento esencial del nuevo modelo de control prenatal de la OMS. Las mujeres que siguen el componente básico del nuevo modelo pueden expresar ansiedad debido al intervalo prolongado que transcurre entre una consulta y la siguiente. (3)

Se debería brindar información escrita y oral a las mujeres con respecto a dónde ir y a quién consultar, durante las 24 horas y los siete días de la semana, en caso de dudas o emergencias. Se les debe informar a las mujeres que la evidencia disponible demuestra que el nuevo modelo de control prenatal de la OMS no pondrá en riesgo su salud ni la de su hijo y que pueden comunicarse con el servicio de salud en cualquier momento. (3)

Contenido de la primera visita:

- a) Obtener información sobre

Antecedentes personales

- ✓ Nombre.
- ✓ Edad (fecha de nacimiento).
- ✓ Domicilio y número de teléfono.
- ✓ Estado civil.
- ✓ ¿Consumo de tabaco (fumar o masticar) o uso de otras sustancias nocivas?

- ✓ Vivienda: tipo, tamaño, número de ocupantes.
- ✓ Condiciones sanitarias: tipo de baño, fuente de agua.
- ✓ ¿Electricidad o fuente de calefacción e iluminación?
- ✓ ¿Instalaciones de cocina?
- ✓ ¿Sabe leer y escribir?
- ✓ Nivel educativo: primario, secundario, universidad.
- ✓ Recursos económicos: ¿empleada? (¿asalariada o temporal?).
- ✓ Tipo de trabajo y posición de la paciente y el esposo. (3)

Historia clínica

- + Enfermedades y patologías específicas:
 - + Tuberculosis, cardiopatía, nefropatía crónica, epilepsia, diabetes mellitus.
 - + Enfermedades de transmisión sexual.
 - + Estado de VIH, si se conoce.
 - + Otras patologías específicas que dependen de la prevalencia en el lugar donde se realiza el estudio (por ejemplo, hepatitis, malaria)
 - + Otras enfermedades, previas o crónicas. Alergias.
 - + Cirugías además de cesárea.
 - + Transfusiones de sangre. Anticuerpos Rhesus (D).
 - + Uso actual de medicamentos. Especificar.
 - + Período(s) de infertilidad: ¿Cuándo? Duración, causa(s). (3)

Antecedentes obstétricos

- Número de embarazos previos.
- Fecha (mes, año) y resultado de cada acontecimiento (nacido vivo, nacido muerto, aborto, ectópico, mola hidatidiforme). Especificar, si corresponde y es posible (validar nacimientos prematuros y tipo de aborto).
- Peso al nacer (si se conoce).
- Sexo.
- Períodos de lactancia exclusiva: ¿Cuándo? ¿Cuánto tiempo?
- Complicaciones maternas particulares y acontecimientos en embarazos previos; especificar qué embarazo(s), validar por registros (si es posible):

- Aborto temprano recurrente.
- Aborto inducido y cualquier complicación asociada.
- Trombosis, embolia.
- Hipertensión, pre-eclampsia o eclampsia.
- Desprendimiento placentario.
- Placenta previa.
- Presentación podálica o transversa.
- Obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia.
- Desgarros perineales de tercer/cuarto grado.
- Hemorragia excesiva del alumbramiento.
- Sepsis puerperal.
- Diabetes gestacional.
- Operaciones obstétricas.
- Cesárea (indicación, si se conoce).
- Extracción por fórceps o ventosa.
- Asistencia manual/instrumental en el parto de nalga vaginal.
- Alumbramiento manual de la placenta.
- Complicaciones perinatales especiales (fetales, neonatales) y acontecimientos en embarazos previos; especificar qué embarazo(s), validar por medio de registros (si es posible):
- Gemelares o embarazo múltiple de mayor orden.
- Bajo peso al nacer: <2500 g.
- Retardo de crecimiento intrauterino (si se confirma).
- Enfermedad de anticuerpos Rhesus (eritroblastosis, hidropesía).
- Niño malformado o cromosómicamente anormal.
- Recién nacido macrosómico (>4500 g).
- Reanimación u otro tratamiento neonatal.
- Muerte fetal, neonatal o infantil (también: muerte posterior).
- Antecedentes del embarazo actual.

- Fecha última menstruación (FUM); certeza de fechas (por regularidad, precisión en el recuerdo u otra información relevante).
- Hábitos: tabaquismo o mascar tabaco, alcohol, drogas (frecuencia y cantidad).
- Cualquier acontecimiento inesperado (dolor, sangrado vaginal, otros: especificar).
- Antecedentes de ataques de paludismo. (3)

b) Realizar el examen físico

- Examinar si se presentan signos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral, punta de la lengua, y falta de aire.
- Registrar peso (en kilos) y altura (en centímetros) para evaluar el estado nutricional de la madre.
- Medir la presión sanguínea.
- Auscultar tórax y corazón.
- Medir altura uterina (en centímetros). Se debería usar una tabla para graficar la altura uterina (si no se dispone de una tabla estándar local).
- Considerar el tacto vaginal (utilizando un espéculo), especialmente si cualquiera de las patologías o trastornos enumerados a continuación bajo el título “Evaluar para derivación” son positivos e indican que es necesario realizar una prueba de Papanicolaou. (3)

c) Realizar las siguientes pruebas

- Orina: prueba de tiras reactivas múltiples para bacteriuria y proteinuria a todas las mujeres.
- Sangre: reacción para sífilis (prueba rápida) mientras espera en la clínica. Si es positiva, tratar.
- Tipificación de grupo sanguíneo (ABO y Rhesus).
- Hemoglobina (Hb): sólo si hay signos de anemia severa. (3)

d) Evaluar para derivación

- Determinar la fecha probable de parto basada en la FUM y cualquier otra información relevante. Usar la regla de los 280 días (FUM + 280 días). Algunas mujeres se referirán a

la fecha del primer período de falta cuando les pregunten sobre la FUM, lo cual puede llevar a un error de cálculo de la edad gestacional de cuatro semanas.

- Determinar si la mujer es elegible para el componente básico del nuevo modelo de la OMS o si necesita de cuidados especiales y/o derivación a una clínica u hospital.
- Si se diagnostican las siguientes patologías, proceder como se recomienda:
 - Diabetes: derivar; debe tener cuidado continuo de nivel superior.
 - Cardiopatía: derivar; continuar de acuerdo al diagnóstico del especialista.
 - Nefropatía: derivar; continuar de acuerdo al consejo del especialista.
 - Epilepsia: dar consejo sobre medicación continua.
 - Abuso de drogas: derivar para cuidados especializados.
 - Signos de anemia severa y Hb <7.0 g/l: incrementar la dosis de hierro, o derivar si hay disnea.
 - VIH positivo: asesorar sobre la práctica de sexo seguro, sobre el riesgo para el bebé y el compañero; derivar para tratamiento y prevención de la transmisión vertical del VIH.
 - Antecedentes familiares de enfermedad genética: derivar.
 - Primigrávida: aconsejar sobre los beneficios del parto que tiene lugar en el centro de salud.
 - Mortinato previo: derivar; continuar de acuerdo al consejo del especialista.
 - Neonato previo con retardo de crecimiento (RCIU validado): derivar al nivel de atención superior y continuar según consejo del especialista.
 - Internación por eclampsia o preeclampsia: derivar; continuar según consejo del especialista.
 - Cesárea previa: remarcar que el parto debe ser hospitalario.
 - Presión sanguínea alta (>140/90 mmHg): derivar para evaluación.
 - Índice de Masa Corporal (IMC) (peso en kg/altura m²): derivar para evaluación nutricional si IMC <18,5 ó 32,3 kg/m². (3)

e) Implementar las siguientes intervenciones

- Suplementación de hierro y folato para todas las mujeres: un comprimido de 60 mg de hierro elemental y 250 microgramos de folato una o dos veces por día. Si Hb <7.0 g/l: duplicar la dosis.

- Si la prueba rápida de sífilis es positiva: tratar.
- Toxoide antitetánico: primera dosis.
- Derivar los casos de alto riesgo según el diagnóstico hecho anteriormente en Evaluación y Derivación. (3)

f) Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta

- Dar consejos sobre sexo seguro. Enfatizar el riesgo de adquirir VIH o una ITS en caso de no usar preservativos.
- Dar consejos a las mujeres para dejar de lado el consumo de tabaco (tabaquismo o mascar tabaco), alcohol y otras sustancias dañinas.
- Consejos sobre la lactancia: cuándo y cómo suspender la lactancia del bebé anterior. Cuándo y cómo comenzar la lactancia del bebé que se espera.
- Dar consejos sobre a quién llamar o dónde concurrir en caso de sangrado, dolor abdominal o cualquier otra emergencia o cuando se necesite consejo. Esto debería ser confirmado por escrito en la ficha prenatal.
- Pedirle a la mujer que registre cuando nota los primeros movimientos fetales.
- Dar consejos sobre planeamiento de lugar de nacimiento, incluyendo transporte especial hacia la institución donde se atenderá el parto.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Aconsejar a la mujer que invite a su pareja (o miembro de la familia o amiga) a las siguientes visitas de control prenatal para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan cómo apoyar a la mujer a lo largo del embarazo.
- Programar el turno: segunda consulta, a las 26 semanas (o cerca): fecha y hora de la consulta. Esto debería escribirse en la ficha prenatal y en el libro de turnos de la clínica. (3)

g) Mantener los registros completos

- Completar la historia clínica.
- Completar la ficha prenatal. (3)

❖ La segunda visita

La segunda visita debería programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración aproximada de 20 minutos. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea y la altura uterina y a realizar la prueba de tira reactiva múltiple para bacteriuria. La prueba de proteinuria sólo se debería realizar en mujeres nulíparas y en quienes tengan antecedentes de hipertensión o pre-eclampsia/eclampsia. Se debería realizar un análisis de sangre para determinar la hemoglobina, si corresponde clínicamente. La derivación basada en la evaluación actualizada de riesgo se limita a aquellas mujeres que hayan desarrollado signos o síntomas significativos desde la primera visita. Dependiendo de los síntomas y signos, en algunas mujeres se podría arreglar una visita anterior a la tercera visita. Tener en cuenta que un útero de mayor tamaño que el correspondiente a la edad gestacional (descubierto a través de la palpación abdominal y la medición de la altura uterina), puede indicar embarazo gemelar o un trastorno patológico y, por consiguiente, la mujer debería ser derivada a un nivel superior de atención. (3)

Consejos, preguntas, respuestas y programación de la próxima consulta

- Repetir todos los consejos que se dieron en la primera visita.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Dar consejo sobre a quién llamar o dónde ir en caso de sangrado, dolor abdominal o cualquier otra emergencia o cuando se necesita otro tipo de asesoramiento. Debería ser confirmado por escrito (por ejemplo, en la ficha prenatal), como en la primera visita.
- Programar el turno: tercera visita, a las 32 semanas (o cerca). (3)

❖ La tercera visita

La tercera visita debería tener lugar a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración se estima en 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea, la altura uterina, realizar un análisis de tira reactiva múltiple para detectar bacteriuria y hemoglobina de rutina. Las pruebas para proteinuria sólo deberían realizarse en las mujeres nulíparas y aquéllas con antecedentes de hipertensión, pre-eclampsia o eclampsia. Se debería

prestar especial atención a la detección de embarazo gemelar durante el examen abdominal y la medición de la altura uterina. (3)

Si en el mismo momento, la altura uterina está por debajo de lo esperado o es indicativa de retardo de crecimiento fetal, se indica derivación o internación. (3)

Algunas mujeres tendrán su parto antes de la siguiente visita programada. Por lo tanto, se debe prestar atención extra al proporcionar información y consejos acerca del comienzo del trabajo de parto (por ejemplo, qué hacer en caso de dolor abdominal o pérdida de líquido amniótico) y asegurar la presencia de una partera altamente capacitada en el momento del nacimiento. Las instrucciones escritas deberían reafirmar el consejo verbal y se deberían revisar los planes con instrucciones para llegar al hospital. (3)

También se debería estimular a la mujer para que hable con su pareja acerca del espaciamiento entre nacimientos y las opciones anticonceptivas y para que al dejar la clínica de control prenatal haya elegido el método preferido de anticoncepción. Quizás sea demasiado tarde esperar hasta la consulta post parto para hablar de anticoncepción. Aun así, se establece la importancia de la consulta post parto, incluyendo las recomendaciones para lactancia y anticoncepción, para asegurar que la mujer sea controlada en la clínica durante la semana posterior al parto. (3)

- Repetir el consejo brindado en la primera y segunda visita.
- Dar consejo sobre las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza).
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir en caso de emergencia o cualquier otra necesidad.
- Planes para asegurar que haya algún medio de transporte disponible en caso de que fuera necesario durante el trabajo de parto.
- Brindar recomendaciones sobre lactancia, anticoncepción y la importancia de la visita post parto.
- Programar el turno: cuarta visita, a las 38 semanas (o cerca). (3)

❖ La cuarta visita

La cuarta debería ser la visita final que tendría lugar entre las semanas 36 y 38. En esta visita, es extremadamente importante detectar aquellas mujeres con fetos en presentación podálica para su derivación a un nivel superior para evaluación obstétrica y versión cefálica externa. Se debe intentar una versión cefálica externa en el hospital, pero cuando se sospecha una desproporción céfalo-pélvica, se debe considerar la realización de una cesárea electiva. Toda la información sobre qué hacer, a quién llamar y dónde ir (a qué servicio de salud) cuando comienza el trabajo de parto o en caso de otros síntomas, se confirmará por escrito y se comunicará no solo a la paciente, sino también a los miembros de su familia. (3)

Se debe aconsejar a las mujeres que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41, que vayan directamente al hospital de maternidad para ser sometidas a una evaluación y posible inducción del trabajo de parto utilizando el mejor método disponible. (3)

Se estima que el número de mujeres que no habrán tenido su parto para el final de la semana 41 sería del 5% al 10%. La clínica de control prenatal debería coordinar esta conducta con sus centros de referencia. Estos centros de referencia deberían estar preparados para estas consultas y tratar a las mujeres de acuerdo al protocolo acordado entre la clínica de control prenatal y el centro de derivación. (3)

La ficha prenatal debe completarse durante la cuarta visita. También se debe enviar una copia al hospital donde se realizará el parto. Durante esta visita se debe informar nuevamente a la paciente sobre los beneficios de la lactancia y la anticoncepción, así como sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el consultorio para puérperas: (3)

Inclusión tardía y ausencia a las consultas

Es muy probable que muchas mujeres no inicien el control prenatal lo suficientemente temprano en el embarazo como para seguir el componente básico completo del nuevo modelo de la OMS presentado anteriormente. Como se dijo con anterioridad, estas mujeres, particularmente aquéllas que comienzan después de las 32 semanas de gestación, deberían tener en su primera visita todas las actividades recomendadas para las 2 visitas previas, así como aquéllas que corresponden a la visita actual. Se espera, por lo tanto, que una primera visita tardía llevará más tiempo que una primera visita regular. (3)

La asistencia de la paciente a cada una de las consultas pautadas es un elemento crucial del componente básico del nuevo modelo, aunque es inevitable que se pierdan algunas visitas. Las clínicas deberían organizar un sistema formal para determinar la razón o razones de las visitas perdidas. Se debería rastrear a la paciente y acordar otra visita cuando sea apropiado. La consulta posterior a una consulta perdida debería incluir todas las actividades de la visita perdida, así como aquéllas que corresponden a la visita actual. (3)

3.3.5. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo

Las presentes recomendaciones constituyen una guía integral de la OMS sobre la atención prenatal sistemática que se ha de brindar a las embarazadas. Su objetivo es complementar las directrices existentes de la OMS sobre la atención de determinadas complicaciones relacionadas con el embarazo. Su finalidad es reflejar y responder a la compleja naturaleza de las cuestiones que rodean la práctica y la prestación de la atención prenatal, así como ir más allá de la prevención de la mortalidad y la morbilidad y priorizar la atención de la salud centrada en la persona y el bienestar, de conformidad a un enfoque basado en los derechos humanos. (13)

Estas recomendaciones se aplican a las embarazadas y a las adolescentes en el contexto de la atención prenatal rutinaria. (13)

A. Intervenciones Nutricionales	Recomendación	Tipo de recomendación
Intervenciones alimentarias	A.1.1: Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso o durante el embarazo.	Recomendada
	A.1.2: En poblaciones desnutridas se recomienda proporcionar a la embarazada información nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz a niños con insuficiencia ponderal.	Recomendada en contextos específicos

	A.1.3: En poblaciones desnutridas se recomienda que las embarazadas tomen suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal y de nacimiento de niños de tamaño pequeño para su edad gestacional.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.4: En poblaciones desnutridas no se recomienda que las embarazadas tomen suplementos ricos en proteínas para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos De hierro y ácido fólico	A.2.1: para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0.4 mg de ácido fólico).	Recomendada
	A.2.2: Para mejorar los resultados maternos y neonatales se recomienda que las embarazadas tomen intermitentemente un suplemento de hierro y ácido fólico por vía oral con 120 mg de hierro elemental y 2800 µg (2.8 mg) de ácido fólico una vez a la semana si la toma diaria de hierro no es aceptable debido a los efectos secundarios, esta recomendación también es aplicable en aquellas poblaciones en las que la prevalencia de anemia entre las embarazadas sea inferior al 20%.	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de calcio	A.3: En poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1.5-2.0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia.	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de Vitamina A	A.4: Solo se recomienda la toma de un suplemento de vitamina A como método para prevenir la ceguera a las embarazadas de zonas donde el déficit de vitamina A sea un problema grave de salud pública.	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de Zinc	A.5: Se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de zinc únicamente en el marco de investigaciones rigurosas.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Suplementos de Micronutrientes múltiples	A.6: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de micronutrientes múltiples para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de Vitamina B6 (piridoxina)	A.7: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina B6 (piridoxina) para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de Vitamina E y C	A.8: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina E y C para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de Vitamina D	A.9. No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina D para mejorar los resultados	No recomendada

	maternos y perinatales.	
Restricción de la Ingesta de cafeína	A.10: Para poder reducir el riesgo de aborto y de insuficiencia ponderal del recién nacido se recomienda que las embarazadas con una alta ingesta diaria de cafeína (más de 300mg al día) disminuyan el consumo diario de cafeína durante el embarazo.	Recomendada en contextos específicos

Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre Atención Prenatal para una experiencia positiva en el embarazo 2016.

B. Evaluación Materna y fetal		Tipo de Recomendación
B.1 Evaluación materna		
Anemia	B.1.1: El hemograma completo es el método recomendado para diagnosticar la anemia en el embarazo. En entornos donde no es posible realizar hemogramas completos se recomienda preferiblemente realizar in situ la prueba de hemoglobina con un hemoglobinómetro más que con una escala colorimétrica.	Recomendada en contextos específicos
Bacteriuria Asintomática (BA)	B.1.2: El cultivo de nuestras de orina tomadas a mitad de la micción es el método recomendado para diagnosticar la bacteriuria asintomática (BA) en embarazadas. En entornos donde no es posible realizar urocultivos, para diagnosticar la BA en embarazadas se recomienda realizar in situ la tinción de Gram a muestras de orina tomadas a mitad de la micción antes que usar tiras reactivas.	Recomendada en contextos específicos

Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre Atención Prenatal para una experiencia positiva en el embarazo 2016.

Violencia De pareja	B.1.3: Para mejorar el diagnóstico clínico y la atención subsiguiente, en las visitas de atención prenatal se debería considerar seriamente la posibilidad de realizar una indagación clínica sobre la posible existencia de violencia de pareja al evaluar afecciones que podrían estar provocadas o agravadas por este tipo de violencia, siempre que haya capacidad para dar una respuesta de apoyo (incluida la derivación cuando proceda) y se cumplan los requisitos mínimos establecidos por la OMS.	Recomendada en contextos específicos
----------------------------	---	--------------------------------------

Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre Atención Prenatal para una experiencia positiva en el embarazo 2016

Recomendaciones extraídas de otras directrices de la OMS que son pertinentes para la evaluación de la atención materna prenatal

Diabetes mellitus gestacional	B.1.4: Cuando la hiperglucemia se detecta por primera vez en cualquier momento del embarazo, esta debería clasificarse como diabetes mellitus gestacional o diabetes mellitus durante el embarazo, según los criterios establecidos por la OMS.	Recomendada
Consumo de tabaco	B.1.5: Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido tabaco y si están expuestas al humo ajeno.	Recomendada
Uso de sustancias	B.1.6: Los profesionales de atención de salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido alcohol u otras sustancias.	Recomendada
Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) Y sífilis	B.1.7: en entornos de alta prevalencia, las pruebas y el consejo practicados a instancias del profesional deberían considerarse un componente sistemático del conjunto de servicios sanitarios que se brindan a las embarazadas en todos los centros de atención prenatal. En entornos de baja prevalencia, se puede considerar la posibilidad de ofrecer a las embarazadas pruebas y asesoramiento practicados a instancias del profesional en centros de atención prenatal como componente clave de los esfuerzos destinados a eliminar la transmisión materno-infantil del VIH, así como a combinar las pruebas de detección del VIH con las pruebas de detección de otros virus, de la sífilis y de otras afecciones importantes, según el contexto, ya reforzar los sistemas de atención materna e infantil subyacentes.	Recomendada
Tuberculosis	B.1.8: en entornos donde la prevalencia de la tuberculosis (TB) entre la población general es igual o superior a 100 por cada 100,000 habitantes, se debería considerar la posibilidad de someter a las embarazadas a un cribado sistemático para detectar la TB activa en el marco de la atención prenatal.	Recomendada en contextos específicos

Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre Atención Prenatal para una experiencia positiva en el embarazo 2016.

B.2: Evaluación fetal

Estimación diaria del movimiento fetal	B.2.1: la estimación diaria del movimiento fetal, por ejemplo, mediante tablas de conteo de 10 patadas del feto, solo se recomienda en el contacto de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Medición de la altura uterina	B.2.2: Para mejorar los resultados perinatales no se recomienda sustituir la palpación abdominal por la medición de la altura uterina a efectos de evaluar el crecimiento fetal. No se recomienda el cambio de la práctica habitual (palpación abdominal o medición de la altura uterina) en un entorno específico.	Recomendada en contextos específicos
Cardiotocografía prenatal	B.2.3: Para mejorar los resultados maternos y perinatales no se recomienda realizar sistemáticamente a las embarazadas una cardiotocografía prenatal.	No recomendada
Ecografía	B.2.4: para calcular la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejora la experiencia del parto de las mujeres, se recomienda realizar a las embarazadas una ecografía antes de la semana 24 de gestación (ecografía temprana).	Recomendada
Ecografía Doppler de los vasos sanguíneos fetales	B.2.5: Para mejorar los resultados maternos y perinatales no se recomienda realizar sistemáticamente una ecografía Doppler a las embarazadas.	No recomendada

Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre Atención Prenatal para una experiencia positiva en el embarazo 2016.

C. Medidas preventivas	Recomendación	Tipo de Recomendación
Antibióticos para la bacteriuria Asintomática (BA)	C.1: Para prevenir la bacteriuria persistente, el nacimiento prematuro y la insuficiencia ponderal al nacer se recomienda administrar un tratamiento antibiótico de siete días de duración a todas la embarazadas con bacteriuria asintomática (BA)	Recomendada
Profilaxis antibiótica para prevenir las infecciones del tracto urinario	C.2: La profilaxis antibiótica solo se recomienda para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario en mujeres embarazadas en el marco de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Administración prenatal de inmunoglobulina anti-D	C.3: Solo se recomienda administrar profilaxis prenatal con inmunoglobulina anti-D a embarazadas Rh negativo no sensibilizadas en las semanas 28 y 34 de gestación para prevenir la aloinmunización anti-RhD en el contexto de una investigación rigurosa	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Tratamiento antihelmíntico preventivo	C.4: En zonas endémicas se recomienda administrar tratamiento antihelmíntico preventivo a las embarazos que hayan superado el primer trimestre de gestación en	Recomendada en contextos específicos

	el marco de programas de reducción de las infecciones por helmintos.	
Vacuna antitetánica	C.5: Para prevenir la mortalidad neonatal por tétanos se recomienda vacunar contra el tétanos a todas las embarazadas, dependiendo de su exposición previa a la vacuna antitetánica.	Recomendada

Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre Atención Prenatal para una experiencia positiva en el embarazo 2016.

Recomendaciones extraídas de otras directrices de la OMS que son pertinentes para la atención prenatal

Prevención del paludismo: tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo (TPIe)	C.6: En las zonas de África donde el paludismo es endémico, se recomienda administrar un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina (TPIe-SP) a todas las embarazadas. La administración del tratamiento debería empezar en el segundo trimestre del embarazo, y las dosis deberían espaciarse al menos un mes, con el objetivo de que la embarazada reciba al menos tres dosis.	Recomendada en contextos específicos
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para prevenir la infección por VIH	C.7: Se debería ofrecer profilaxis previa a la exposición (PrEP) por vía oral con tenofovir disoproxil fumarato (TDF) a las mujeres embarazadas que corran un riesgo considerable de infectarse por el VIH como opción de prevención adicional en el marco de estrategias de prevención combinadas.	Recomendada en contextos específicos

Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre Atención Prenatal para una experiencia positiva en el embarazo 2016.

D. Intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes	Recomendación	Tipo de recomendación
Náuseas y vómitos	D.1: Para aliviar las náuseas en las fases iniciales del embarazo se recomienda el jengibre, la camomila, la vitamina B6 y/o la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Acidez gástrica	D.2: Para prevenir y aliviar la acidez gástrica en el embarazo se recomienda brindar asesoramiento sobre el régimen alimentario y el modo de vida. Se pueden ofrecer preparaciones de antiácidos a las mujeres con síntomas molestos que no se alivien mediante la	Recomendada

	modificación del modo de vida.	
Calambres en las piernas	D.3: Se puede administrar magnesio, calcio o tratamiento no farmacológico para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Lumbalgia y dolor pélvico	D.4: Para prevenir la lumbalgia y el dolor pélvico se recomienda realizar ejercicio regularmente durante el embarazo. Existen varias opciones terapéuticas a las que se puede recurrir, como la fisioterapia, las fajas de sujeción y la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Estreñimiento	D.5: Se pueden administrar suplementos de salvado de trigo o de otras fibras para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si la afección no mejora tras la modificación del régimen alimentario, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Venas varicosas y edema	D.6: Para tratar las venas varicosas y los edemas durante el embarazo se puede recurrir a opciones no farmacológicas, como las medias de compresión, la elevación de las piernas y la inmersión en agua, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada

Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre Atención Prenatal para una experiencia positiva en el embarazo 2016.

E: Intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal	Recomendación	Tipo de recomendación
Notas clínicas en manos de la mujer	E.1: Se recomienda que cada embarazada lleve sus propias notas clínicas durante la gestación para mejorar la continuidad y calidad de la atención y su experiencia del embarazo.	Recomendada

Continuidad asistencial impulsada por parteras	E.2: Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendada en contextos específicos
Atención prenatal en grupo	E.3: La atención prenatal en grupo proporcionada por profesionales sanitarios cualificados puede ofrecerse como alternativa a la atención prenatal individual a mujeres embarazadas en el contexto de una investigación rigurosa, dependiendo de las preferencias de la mujer y siempre que se disponga de la infraestructura y los recursos necesarios para la prestación de atención prenatal en grupo.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Intervenciones comunitarias para mejorar la comunicación y el apoyo	E.4.1: Para mejorar la salud de la madre y el recién nacido se recomienda implantar la movilización comunitaria por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres, particularmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales. Los grupos participativos de mujeres representan una oportunidad para que estas hablen de sus necesidades durante el embarazo, en particular de los obstáculos que dificultan su acceso a los servicios asistenciales, y para aumentar el apoyo que se brinda a las embarazadas.	Recomendada en contextos específicos
	E.4.2: Para aumentar la utilización de la atención prenatal y mejorar los resultados de salud perinatal, se recomienda la aplicación de conjuntos de intervenciones que incluyan la movilización de los hogares y las comunidades y las visitas domiciliarias prenatales, especialmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales.	Recomendada en contextos específicos
Delegación de componentes de la prestación de atención prenatal	E.5.1: Se recomienda delegar la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal en un amplio abanico de profesionales, como trabajadores sanitarios no especializados, auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	Recomendada
	E.5.2: Se recomienda delegar la distribución de los suplementos nutricionales recomendados y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo	Recomendada

	para la prevención del paludismo en un amplio abanico de profesionales, como auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	
Contratación y retención de personal en zonas rurales y remotas	E.6: Los encargados de la elaboración de políticas deberían tomar en consideración la aplicación de intervenciones educativas, normativas, financieras y de apoyo personal y profesional para contratar y retener a profesionales sanitarios cualificados en zonas rurales y remotas.	Recomendada en contextos específicos
Programas de contactos de atención prenatal	E.7: Para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las mujeres se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos.	Recomendada

Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre Atención Prenatal para una experiencia positiva en el embarazo 2016.

IV. ANTECEDENTES

Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, se remontan a los inicios de la raza humana, su atención ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes. Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada y se encuentran referidos en múltiples registros, pero nada o muy poco se encuentra escrito sobre los cuidados durante el embarazo. (21)

La atención prenatal inicialmente fue proporcionada por parteras y enfermeras, pero el médico fue tomando el control en el transcurso del tiempo. La atención prenatal pasó de la partera que atendía a la embarazada en su hogar, al consultorio del médico y el parto se cambió a nivel hospitalario. Se pasó de tener una visión del embarazo como una etapa normal y vinculada íntegramente al proceso de la vida, a la de ver el embarazo como un proceso médico prioritariamente. (21)

En 2003, la OMS llevó a cabo una revisión sistemática de las investigaciones clínicas aleatorizadas que evaluó la efectividad de los distintos modelos de control prenatal. Esta revisión tenía el propósito de evaluar la hipótesis que un modelo de Control Prenatal con un reducido número de visitas, con intervenciones clínicas dirigidas a objetivos concretos, era tan efectiva como el modelo estándar en términos de resultados clínicos, satisfacción y costos. También se evaluó la satisfacción de las mujeres y la relación costo-efectividad de los dos modelos en comparación. (3)

Se realizó un proyecto en julio del 2010, en el Centro de Salud de la Antigua Guatemala, con el objetivo de recolectar información acerca de la atención del control prenatal que se les está dando a las mujeres de dicha área, Se determinó la capacidad del centro de salud de dar un cuidado prenatal adecuado y ayudo a ver el alcance que posee la cobertura médica a este nivel de la república. (22)

Se efectuó una investigación, sobre los conocimientos que posee el personal de enfermería sobre el control prenatal que realiza en centros de convergencia a cargo del Instituto de Cooperación

Social, en cinco jurisdicciones de salud ubicados en cuatro municipios de Cobán, Chisec, Panzos, Cahabón de Alta Verapaz. El trabajo de investigación es de tipo descriptivo, con abordaje cuantitativo de corte transversal, durante el primer semestre del año 2014. (23)

Se determinó que 97% del personal de enfermería conocen los objetivos del control prenatal, lo que valida la acción de realizarlo con las embarazadas. En relación a los componentes del control prenatal 69% sí identifica adecuadamente los componentes, 19% no contestó correctamente. El personal de enfermería encuestada conoce en un 100% en qué momento debe realizarse el primer control prenatal, que aspectos considerar durante el examen físico, las acciones indispensables a realizar en la atención prenatal. (23)

Se realizó un estudio sobre los conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud. Estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo. Realizado en aldea Guineales, municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Boca Costa Sololá durante julio a octubre del 2014. Resultados: 49.2% de las mujeres en edad fértil encuestadas tenían un nivel bajo de conocimientos respecto a señales de peligro, 24.2% obtuvo un nivel medio y 26.2% tenían un nivel alto. El 10% del personal obtuvo un nivel alto, 80% un nivel medio y 10% un nivel bajo. La principal limitación encontrada fue la barrera lingüística ya que la gran mayoría de participantes hablaban únicamente Quiché. (24)

En junio del 2015 se realizó un estudio sobre el conocimiento de auxiliares de enfermería sobre control prenatal del programa Extensión de Cobertura Misioneras Sagrado Corazón de Jesús Bárcenas Villa Nueva. En las jurisdicciones de San Miguel Dueñas, la Tríada y Antigua II Jocotenango. Estudio de tipo observacional, transversal descriptivo, donde se determinó el conocimiento que tienen los auxiliares de enfermería en la atención del control prenatal a las embarazadas. (25)

Según los aspectos importantes que debe realizarse en el control prenatal, 70% de los participantes expresa correctamente la técnica del control prenatal, 30% respondieron incorrectamente de acuerdo a los cuestionamientos planteados; lo cual implica que aún hay debilidad en el conocimiento por lo que es necesario un programa de educación continua. Sobre

el control prenatal que deben tener idealmente las mujeres embarazadas el 50% de los auxiliares de enfermería que participaron contestaron correctamente y el 50% de los participantes contestaron incorrectamente, 60% de los participantes identifican señales de peligro en las mujeres embarazadas y 40% contestó que no sabe identificarlas. Por lo que se evidencia una enorme brecha en el manejo del control prenatal según normativas del Ministerio de Salud y Asistencia Social. (25)

En el año 2015 la OMS realizó un estudio de atención prenatal el cual comparó los efectos la atención prenatal grupal frente a la atención prenatal convencional y los resultados psicosociales, fisiológicos, del trabajo de parto y el parto para las mujeres y los recién nacidos.

La satisfacción fue considerada alta entre las mujeres asignadas a la atención prenatal grupal, aunque solo se midió en un estudio clínico. En este estudio, la satisfacción media con la atención en cuanto a la atención prenatal grupal fue casi cinco veces mayor en comparación con lo informado por las mujeres asignadas a la atención estándar. (26)

En la ENSMI 2008-9 revela que en promedio nacional el 6.8% de las mujeres que tuvieron algún nacimiento vivo en los últimos cinco años, no habían tenido atención prenatal en ningún momento, siendo los departamentos con mayor porcentaje de mujeres sin atención prenatal Zacapa 21.8%, Chiquimula 21.8% y Petén 11,5%. La misma fuente informa que solamente 60.4% había tenido su primera visita de atención prenatal en el transcurso del primer trimestre del embarazo. (27)

En el área rural solamente el 54.5% de las mujeres tuvieron su primer control en el primer trimestre del embarazo, mientras que en el área urbana 70.6% tuvo su control prenatal de manera oportuna. Más aún, la razón de riesgo entre la población rural - urbana de no tener ningún control prenatal es de 2:1. Es decir, en el área rural el 8.3% no tuvo ningún control prenatal, que es un riesgo dos veces superior al del área urbana en donde 4.1% no tuvo control prenatal en ningún momento. (27)

En la ENSMI 2014-2015, las madres que habían tenido algún hijo nacido vivo en los últimos cinco años, se les preguntó acerca de la atención materno-infantil recibida. Se les preguntó si durante el embarazo del nacido vivo más reciente recibieron atención prenatal, 96% de las mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos en los últimos cinco años tuvieron al menos un control prenatal con un proveedor de salud a nivel nacional. (6)

Sin embargo, cuando se calcula el porcentaje de atención dada por médicos, las cifras se reducen significativamente y muestran grandes variaciones según características socioeconómicas y geográficas. Así el porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal de un médico fue de 64 %, siendo considerablemente más alto en el área urbana que en la rural 82% y 53%. Las diferencias más importantes se presentan según el nivel educativo de las mujeres, pues la atención prenatal por médico sólo cubre al 40 % de las mujeres sin educación y al 97 % de las mujeres con educación superior. (6)

En la ENSMI 2014-2015 en el departamento de Sacatepéquez 92.7% de pacientes embarazadas tuvo su control prenatal por personal calificado, y 74% fué por medico particular y privado. (6)

En junio del 2015 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realizó un informe de país del 2013 sobre la situación de Mortalidad Materna. Del cual alrededor de una de cada cuatro mujeres fallecidas no tuvieron control prenatal (106 mujeres) perdiendo la oportunidad de detección y manejo de alguna condición especial en su salud y de acercarlas a los servicios institucionales de atención. Esta situación pudo estar relacionada a pobreza, falta de recursos, dificultades para acceder a un servicio de salud, mala atención en los mismos o por razones culturales. (8)

De las mujeres que sí accedieron al control prenatal, el mayor porcentaje (30%) acudió a servicios del primer nivel de atención; estos servicios son un elemento importante en cualquier estrategia de prevención de mortalidad materna para identificar aquellas situaciones de salud que en el transcurso del embarazo o del parto podrían poner en riesgo la vida de la madre, proporcionando servicios prenatales de calidad y completos. (8)

V. JUSTIFICACIÓN

El control prenatal es una herramienta de la cual se ha basado la medicina para el seguimiento de la gestación, estableciendo criterios que permiten la clasificación por riesgo materno fetal y así asegurar la detección oportuna y tratamiento precoz de los mismos, contribuyendo a una salud materna fetal adecuada.

Las normas de control prenatal del MSPAS no han sido sometidas a una evaluación para determinar su implementación. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y por lo tanto, la asignación óptima de recursos. En los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres. (3)

El componente básico del control prenatal de la OMS, el que se implementa en los servicios provee instrucciones detalladas sobre cómo conducir el programa de cuatro visitas, incluye un formulario de clasificación para evaluar la elegibilidad de las mujeres para el componente básico y ofrece una lista de control de actividades a ser realizadas a lo largo del programa de cuatro visitas. (3)

Es importante enfatizar que el componente básico está planeado para el manejo de mujeres embarazadas que no presentan complicaciones relacionadas con el embarazo, patologías médicas y factores de riesgo relacionados con la salud. Para el manejo de las mujeres que sufran dichas patologías, se les aconseja a los prestadores de salud que sigan los procedimientos recomendados en un hospital de mayor resolución. (3)

Las áreas rurales son las de mayor vulnerabilidad en la atención en salud, por el difícil acceso a los servicios, falta de servicios o falta de personal calificado, por lo tanto, es deber de las instituciones realizar evaluaciones periódicas de los procesos referidos a la atención en salud para el mejoramiento de los mismos, en el programa de control prenatal.

VI. OBJETIVOS

a) Objetivo general:

Evaluar la implementación del Control Prenatal con base en las normas de atención en salud integral, en el primer y segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Sacatepéquez durante los meses de julio a diciembre del año 2016.

b) Objetivos específicos:

- 1) Medir el conocimiento del personal sobre el control prenatal en los servicios de salud, según las normas de atención en salud integral del Control Prenatal en el primer y segundo nivel de atención.
- 2) Establecer la aplicación de los procedimientos diagnósticos descritos en la norma de atención en salud integral sobre la atención del Control Prenatal en el primer y segundo nivel de atención.
- 3) Verificar la existencia de los insumos en los establecimientos de salud para brindar un adecuado control prenatal según las normas de atención en salud integral.
- 4) Establecer el promedio de controles prenatales proporcionados a las pacientes en los diferentes servicios.
- 5) Identificar si se cuenta con el equipo y la infraestructura adecuada para brindar la atención a pacientes de Control Prenatal.

VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y observacional el cual se realizó en el primer y segundo nivel de atención del Área de Salud de Sacatepéquez.

VIII. METODOLOGÍA

a. Población

Personal médico, enfermeras y auxiliares de enfermería que laboran en los servicios del primer y segundo nivel de atención, así también los servicios (Puestos y Centros de salud) de ambos niveles de atención del área de Salud de Sacatepéquez.

b. Muestra

Se realizó encuesta de diagnóstico al 100% del personal médico, enfermeras y auxiliares de enfermería, que laboran en los 17 centros de atención del primer y segundo nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Sacatepéquez.

c. Criterios de inclusión y exclusión

✓ Criterios de inclusión

- Personal médico, enfermeras y auxiliares de enfermería que laboran en el primer y segundo nivel de atención del MSPAS que hayan brindado control prenatal y que accedan voluntariamente a participar en el estudio
- Expedientes de pacientes cuyas edades oscilan entre 14 a 49 años de edad que asistieron a control prenatal durante los meses de julio a diciembre del año 2016.
- Puestos y centros de salud que cumplan con las definiciones del primer y segundo nivel de atención según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

✓ Criterios de exclusión:

- Personal médico, enfermeras y auxiliares de enfermería de reciente ingreso a partir del año 2016 en adelante.

- Personal médico, enfermeras y auxiliares de enfermería que gocen de vacaciones o se encuentren suspendidos por enfermedad en el momento de realizar el estudio.

d. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas	Capacidad del personal de los establecimientos de salud para comprender y aplicar las acciones del Control Prenatal según las normas de salud integral	Cualitativa Ordinal	-Bueno (75 a 100 puntos) - Regular (51 a 74 puntos) - Malo (0 a 50 puntos)
Procedimientos Diagnósticos	Conjunto de acciones u operaciones que tienen que realizarse de la misma forma para obtener el mismo resultado bajo las mismas circunstancias	Aplicación de las normas de atención en salud integral sobre el Control Prenatal.	Cualitativa	a. Conoce b. No conoce
Insumos	Disponibilidad asegurada de medicamentos e insumos médicos para usarlos en el momento que se necesiten.	Disponibilidad de insumos médicos para usarlos en el Control prenatal según las normas de atención en salud integral.	Cualitativa	a. Abastecido b. Desabastecido
Número de controles prenatales	Es un valor único asignado a cada registro de una base de datos que facilita las relaciones con otros registros de otras bases de datos.	Número promedio de controles prenatales brindados a las pacientes durante su gestación según la normativa de atención vigente	Cuantitativa	Sigsas y expedientes clínicos de pacientes que asistieron a control prenatal.
Equipo e Infraestructura	Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarios para el desarrollo de una actividad o para que un lugar pueda ser utilizado.	Condiciones del equipo y las instalaciones de los establecimientos de salud para la prestación de servicios del Control Prenatal	Cualitativa ordinal	Buena: buen estado físico y adecuada para la prestación de servicios. Regular: mal estado físico y adecuada para la prestación de servicios. Mala: mal estado físico y no adecuada para la prestación de servicios

e. Procedimientos

1.- Para recolectar datos se visitó el 100% de los servicios (Puestos y Centros de Salud) del Área de Salud de Sacatepéquez según los criterios de inclusión y exclusión. En el primer nivel de atención en Sacatepéquez existen contratados un total de 14 médicos para atención general bajo el renglón 182. Se realizó una encuesta diagnóstica al 100% del personal médico, enfermeras y auxiliares de enfermería que laboran en todos los Puestos y Centros de Salud, para valorar si el personal había recibido capacitación sobre el tema a estudio según la normativa de atención vigente, con pregunta de respuesta simple: SI ó NO; dependiendo de la respuesta fué evaluado el conocimiento según lo incluido como parte del proceso de atención para el Control Prenatal en las Normas de Atención de Salud Integral por medio de un test de conocimientos el cual fué aplicado de igual forma al primer y segundo nivel de atención debido a la deficiencia en la norma de atención para la diferenciación específica entre las actividades realizadas en los diferentes niveles.

2.- Conjuntamente se determinó sí el servicio evaluado cuenta con los insumos médico-quirúrgicos requeridos por las normas de atención vigentes para la atención en salud integral del Control Prenatal, así como el equipo y la infraestructura adecuada para la atención del control Prenatal, lo cual se estableció con una boleta de evaluación de abastecimiento de insumos, equipo e infraestructura.

3.- Se realizó revisión de expedientes clínicos de pacientes cuyas edades oscilan entre 14 a 49 años que tuvieron su primer control prenatal antes de las 12 semanas y con qué intervalo tuvieron los controles prenatales siguientes, dichos expedientes se seleccionaron por Muestreo Aleatorio Simple, utilizando la fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde

N = tamaño de la población, se tomó como población los embarazos esperados en cada servicio (Puesto y Centro de salud del Área de Salud de Sacatepéquez del año 2016)

Z = nivel de confianza, 95% (1.96)

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada: 0.05

Q = probabilidad de fracaso: 0.95

D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción): 0.05 (5%). (28)

Así también se describió el proceso de atención brindada a cada paciente embarazada que asistió a los diferentes servicios. Y por último se procedió al análisis de los datos encontrados y las variantes encontradas para su diagnóstico.

f. Instrumentos de recolección

Se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos:

1.- Encuesta de diagnóstico: constó de tres preguntas directas enfocadas a identificar si el personal médico, enfermeras y auxiliar de enfermería de los servicios de salud conoce la normativa de atención vigente, y si había recibido capacitaciones acerca del Control Prenatal. (Ver anexo 3)

2.- Test de evaluación de conocimientos del personal: la nomenclatura para el responsable de la información utilizada en el instrumento de evaluación fue basada conforme al Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) en el cual se especifican los cargos médico local, médico Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), médico ambulatorio, médico cooperación internacional, enfermera profesional, enfermera ambulatoria y auxiliar de enfermería. El test de conocimientos básicos sobre el Control prenatal consistió en 14 preguntas de opción múltiple, cuya valoración fue: 7 preguntas básicas las cuales tenían un valor de 10 puntos cada una y 7 preguntas complementarias las cuales tenían un valor de 4.3 puntos dando un total de 100 puntos. Las cuales están basadas en las normas de atención en salud integral para el primer y segundo

nivel del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) 2010, cuya escala de medición se estableció de la siguiente manera -Bueno (75 a 100 puntos), - Regular (51 a 74 puntos) - Malo (0 a 50 puntos). (Ver anexo 4 y 5)

3.- Boleta de evaluación de abastecimiento de insumos, equipo e infraestructura

Consistió en un listado de insumos, equipo e infraestructura mínimos necesarios para el cumplimiento de las acciones sobre el Control Prenatal según las normas de atención en salud integral para el primer y segundo nivel de atención. La información sobre insumos se determinó a través de la revisión del Balance de Requisición y Envío de Suministros (BRES), el estado físico del equipo y la infraestructura de los establecimientos del primer y segundo nivel de atención también se determinó por medio de observación. (Ver anexo 6)

- Validación de instrumento de recolección:

Previo a realizar el trabajo de campo se realizó una prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos tomando en consideración que en los casos en los que se aplicó, tendrían las mismas características que la población a estudio, estos no fueron tomados en cuenta en el estudio.

A los informantes que participaron en la validación de recolección de la información se les dio a conocer los objetivos del procedimiento y alcances del estudio; el cual nos permitió identificar la facilidad y viabilidad, tiempo de aplicación, claridad de las preguntas (lenguaje, redacción y ambigüedades) errores de llenado, entre otros. Dependiendo de los hallazgos se realizaron las correcciones al instrumento para su modificación y mejora.

g. Análisis de datos

La información para la realización se obtuvo de las respuestas de los instrumentos elaborados, expedientes médicos revisados en los diferentes servicios que tenían relación con el estudio a tratar, posterior a ello los datos obtenidos se digitalizaron en una base de datos creada en el programa electrónico Microsoft Office Excel 2016 , se tabularon los datos y se realizaron los

análisis obteniendo la frecuencia y porcentaje así como la relación existente entre las variables propuestas realizando tablas y gráficas para lograr determinar el cumplimiento de los objetivos, propuestos en la evaluación del conocimiento del control prenatal según la norma vigente del primer y segundo nivel de atención del MSPAS.

h. Aspectos éticos

- ✓ Este estudio se clasifica dentro de la categoría 1 (sin riesgo a la salud), (29) ya que no se divulgarán datos personales de los mismos, únicamente se utilizaron técnicas observacionales tomando datos del test realizado al personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería y expedientes médicos de los pacientes a estudio.
- ✓ Se procedió a dar información verbal respecto a los objetivos del estudio a cada uno de los participantes. Y se explicó de manera detallada el contenido del instrumento de recolección de datos. Así mismo los resultados se darán a conocer al área de Salud de Sacatepéquez quienes se encargarán de la divulgación de los resultados a los diferentes servicios donde se realizó la presente investigación.
- ✓ Se solicitó la autorización respectiva a las autoridades de la dirección de Área de Salud de Sacatepéquez, para la realización del presente estudio en el primer y segundo nivel de atención y para la realización del trabajo de campo.
- ✓ En el test de detección de conocimientos no se solicitó el nombre del informante, únicamente se clasificó por rango profesional y esta información únicamente fue conocida por el autor de la presente investigación y el comité de tesis de la Universidad Rafael Landívar si así lo solicitase.
- ✓ Tanto médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería fueron considerados como iguales para el proceso de la recolección de datos, puesto que lo que se pretendió es unificación de criterios para el proceso del control prenatal, además no se tomó en cuenta el grupo étnico al que pertenecen, el sexo y la edad.

- ✓ No se solicitó consentimiento informado escrito a los participantes del estudio.

- ✓ Toda información fue manejada de manera privada y confidencial.

IX. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro 1

Distribución de establecimientos y de personal del primer nivel de atención del área de salud de Sacatepéquez, mayo 2017

	<i>Total</i>	<i>Encuestados</i>	<i>%</i>
Establecimientos	17	16	94
Médicos	14	10	71
Enfermeras	0	0	0
Auxiliares de enfermería	36	29	81

Fuente: Boleta de recolección de datos.

De los establecimientos incluidos en el estudio, pertenecientes al primer nivel de atención en Sacatepéquez, fueron encuestados el 94%. De los médicos que laboran en dichos establecimientos fueron encuestados el 71% y 81% de Auxiliares de Enfermería; para dichos establecimientos no hay enfermera asignada.

Cuadro 2

Distribución de establecimientos y personal del segundo nivel de atención del área de salud de Sacatepéquez, mayo 2017

	<i>Total</i>	<i>Encuestados</i>	<i>%</i>
Establecimientos	4	4	100
Médicos	10	7	70
Enfermeras	8	4	50
Auxiliares de enfermería	30	23	77

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Del 100% de establecimientos pertenecientes al segundo nivel de atención que fueron encuestados, participaron en dicho estudio el 70% de los médicos, 50% de enfermeras y 77% auxiliares de enfermería. El 50% de enfermeras restantes están asignadas al área administrativa, por lo que no fueron tomadas en cuenta para la realización del estudio.

Cuadro 3

Conocimiento y Capacitación Recibida de la norma de atención en salud integral para primer y segundo nivel de atención sobre el Control Prenatal, del área de Salud de Sacatepéquez, mayo 2017

	Norma		Capacitación	
	Si	No	Si	No
Primer nivel de atención				
Médicos	90%	10%	20%	80%
Auxiliar de Enfermería	100%	0	83%	17%
Segundo nivel de atención				
Médicos	100%	0%	14%	86%
Enfermeras	100%	0%	50%	50%
Auxiliares de Enfermería	95%	5%	90%	10%

Fuente: Encuesta de diagnóstico.

Del personal médico encuestado en el primer nivel de atención, el 90% conoce la norma de atención en salud integral; sin embargo, el 80% refiere no haber recibido ninguna capacitación. El 100 % de los auxiliares de enfermería conoce la norma y 83% han recibido capacitación.

Para el segundo nivel de atención el 100% de los médicos encuestados indicó conocer la norma de atención, 86% de los médicos participantes no han recibido ninguna capacitación. El 100% de enfermeras conoce la norma, el 50% indicó no haber recibido capacitación. Del personal auxiliar de enfermería participante 95% conoce la norma y el 90 %, ha recibido capacitación.

Cuadro 4

Conocimiento del Control Prenatal según la norma de atención en salud integral para primer y segundo nivel de atención, del área de Salud de Sacatepéquez, mayo 2017

	Bueno 75 – 100 puntos	Regular 51 – 74 puntos	Malo 0 – 50 puntos.
Primer nivel de atención			
Médicos	43%	29%	29%
Auxiliares de enfermería	5%	45%	50%
Segundo nivel de atención			
Médicos	29%	57%	14%
Enfermeras	0%	100%	0%
Auxiliares de enfermería	10%	24%	67%

Fuente: Test de evaluación de conocimiento del personal.

Según el test de evaluación de conocimientos del personal, utilizado para dicho estudio, de los médicos participantes, pertenecientes al primer nivel de atención el 43% obtuvo más de 75 puntos. El 50% de los auxiliares de enfermería obtuvo puntajes entre 0 a 50 puntos.

De los médicos encuestados en el segundo nivel de atención 57% obtuvo punteos regulares. El 100% de las enfermeras profesionales obtuvo entre 51 a 74 puntos y el 67% de las auxiliares de enfermería presentan puntajes de 0 a 50 pts.

Cuadro 5

Disponibilidad de insumos médico quirúrgicos para el Control Prenatal según las normas de atención en salud integral en el primer y segundo nivel de atención, del área de salud de Sacatepéquez, durante el año 2016

Insumo	Si	Mínimo	Máximo	No
Primer y segundo nivel de atención				
Micronutrientes				
Sulfato ferroso	100%	100%		
Ácido fólico	100%	100%		
Vacunas				
Vacuna contra tétanos	100%	100%		
Insumos				
Jeringas	100%	100%		
Algodón	100%	100%		
Alcohol	20%	20%		80%
Guantes descartables	100%	100%		
Ficha clínica de embarazada	100%	100%		
Hoja de Riesgo	100%	100%		
Carnet de embarazada	20%	20%		80%
Gel conductor	69%	69%		31%
SIGSA 3PS	100%	100%		
SIGSA 3CS	100%	100%		

Fuente: Boleta de evaluación de abastecimiento de insumos, equipo e infraestructura.

El 67% de los servicios con lo que respecta a insumos estuvo abastecido en cantidades mínimas en el primer y segundo nivel para el año 2016. El 100 % de los micronutrientes necesarios que se brindan para el control prenatal, al igual que la vacuna antitetánica en ambos niveles estuvieron abastecidos en cantidades mínimas para el mismo año.

El abastecimiento mínimo indica que el centro o puesto de salud cuenta con los insumos necesarios para un mes de demanda.

Cuadro 6

Condiciones del equipo y las instalaciones de los establecimientos de salud para la prestación de servicios a pacientes en el área de Salud de Sacatepéquez, mayor 2017

Equipo				
	Si tiene			No tiene
	Bueno	Regular	Malo	
Primer nivel de atención				
Balanza de pie	100%			
Cinta métrica	100%			
Esfigmomanómetro	25%	38%	6%	31%
Estetoscopio	88%			12%
Gestómetro	63%	13%		24%
Doppler fetal	44%			56%
Fetoscopio	50%			50%
Cinta de Shakir	69%			31%
Segundo nivel de atención				
Balanza de pie	75%	25%		
Esfigmomanómetro	50%	25%	25%	
Estetoscopio	100%			
Gestómetro	100%			
Doppler fetal	100%			
Fetoscopio	50%			50%
Cinta de Shakir	50%			50%
Infraestructura en primer nivel de atención				
Clínica de control prenatal				100%
Infraestructura en segundo nivel de atención				
Clínica de control prenatal		50%		50%

Fuente: Boleta de evaluación de abastecimiento de insumos, equipo e infraestructura

Para el primer y segundo nivel de atención, más del 50% de los establecimientos evaluados, contaron con el equipo mínimo necesario para brindar la atención a los pacientes y este se encontraba en buenas condiciones. En el primer nivel de atención el 100% de los servicios no cuenta con una clínica específica para Control Prenatal. El 50% de los servicios evaluados en el estudio, pertenecientes al segundo nivel de atención, cuenta con clínica de consulta específica y se encuentra en regulares condiciones.

Cuadro 7

Promedio de Controles Prenatales brindados a las pacientes en el Primer y Segundo Nivel de Atención del Área de Salud de Sacatepéquez, durante los meses julio a diciembre del año 2016

Nivel de Atención	Primer Control	Promedio de Controles
Primer Nivel	15 semanas	2 controles
Segundo Nivel	15 semanas	3 controles

Fuente: revisión de expedientes seleccionados por muestreo aleatorio simple en los diferentes servicios

De los expedientes revisados en el primer nivel de atención el promedio del primer Control Prenatal es en la semana 15, teniendo un promedio de 2 Controles Prenatales. Al igual en el segundo nivel de atención el promedio del primer Control Prenatal es de 15 semanas, por lo que tiene un promedio de 3 controles prenatales, durante los 6 meses que se realizó el estudio.

X. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La función del personal médico, enfermera y auxiliar de enfermería como parte del ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es de suma importancia para poder brindar una atención con calidad, un buen manejo y aplicación del control prenatal.

El presente estudio se llevó a cabo en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención pertenecientes al área de salud de Sacatepéquez, durante el mes de mayo del 2017; el primer nivel de atención cuenta con 17 establecimientos de los cuales fueron evaluados 16 a excepción del puesto de salud de San Lorenzo el Tejar, el cual se encontró cerrado en 3 ocasiones distintas; para el segundo nivel fueron evaluados el 100% de los establecimientos.

Como dato relevante se puede indicar que la mayor parte de los servicios del primer y segundo nivel se encuentran ubicados en las áreas urbanas de cada comunidad siendo accesibles a las personas que viven en sus cercanías sin embargo se pudo observar el acceso limitado de personas provenientes de diferentes comunidades alejadas del área urbana lo que muchas veces es limitante para la atención.

Se constató el riesgo en el que se encuentra el centro de salud de Alotenango por estar ubicado al borde del río Guacalate, clasificado como área de riesgo por la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (CONRED) por el aumento de su caudal en temporada de invierno; en donde pese a que las oficinas administrativas fueron trasladadas al puesto de salud de Ciudad Vieja, se continúa brindando atención a pacientes en dicho establecimiento. (30)

Según el acuerdo gubernativo 115-99 Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social artículo 76: el puesto de salud brinda un conjunto de servicios básicos de salud definidos según normas y el recurso humano básico es el auxiliar de enfermería. Cabe destacar que para el primer nivel del área de salud de Sacatepéquez existen contratados médicos para la atención general bajo el renglón 182. Del personal médico que labora en el primer nivel solo fueron encuestados 10 de un total de 14 equivalente al 71% y para el segundo nivel fueron

encuestados 7 de un total de 10 que equivale al 70%, los médicos restantes no fueron tomados en cuenta según los criterios de exclusión del estudio para ambos niveles de atención.

En cuanto a personal de enfermería fueron encuestadas 29 auxiliares de enfermería para el primer nivel y 23 auxiliares de enfermería para el segundo nivel, cabe resaltar que el primer nivel de atención no cuenta con enfermeras las cuales están asignadas únicamente al segundo nivel, de estas solo fueron encuestadas el 50% de un total de 8 ya que el personal restante está asignado para realizar funciones administrativas y no de atención a pacientes.

Se determinó que la demanda del servicio es excesiva para el personal que está asignado a cada establecimiento lo cual en algunos servicios corresponde a la mala distribución del mismo, se puede mencionar que no todos los servicios del primer nivel cuentan con personal médico para la atención de pacientes por lo que en algunos servicios la atención brindada por el médico se da 2 veces por semana.

Las normas de control prenatal del MSPAS no han sido sometidas a una evaluación para determinar su implementación y a pesar del amplio deseo de mejorar los servicios en cuanto atención materna, esta falta de evidencia ha impedido la identificación de intervenciones efectivas; por ello el objetivo principal del presente estudio, fue determinar el conocimiento y la capacitación recibida sobre control prenatal en base a la norma de atención.

Se hace evidente que para el primer nivel de atención el 90% del personal médico participante afirma conocer la norma, el 10% restante corresponde a un médico que refirió no conocer la norma, del porcentaje de médicos que refirieron conocer la norma únicamente el 20% ha recibido capacitación sobre la misma. El 100% de auxiliares de enfermería afirma conocer la norma, cabe destacar que de las mismas al 83% les fue brindada capacitación las cuales refirieron fue implementada por el MSPAS. En el instrumento utilizado no se especificó el tiempo en el cual fue recibida la capacitación.

En el segundo nivel de atención el 100% de los médicos indicó conocer la norma de los cuales 86% no ha recibido capacitación, de los auxiliares de enfermería 95% refiere conocer la norma de

los cuales 90% ha recibido capacitación y el 100% de enfermeras indicó conocer la norma, de ellas solo un 50% recibió capacitación. Se puede notar el contraste que existe entre médicos y enfermeras del primer y segundo nivel de atención en cuanto a capacitación, en ocasiones los médicos delegan al personal de enfermería a asistir a las mismas, así también se puede deber a la relación que existe entre el programa de salud reproductiva con enfermería, pues en la mayoría de servicios el control prenatal está asignado a personal de enfermería quienes además se encargan de adiestrar a comadronas y a las mismas embarazadas. (31)

En relación al conocimiento del control prenatal según la norma para el primer y segundo nivel de atención, pese a que la mayor parte de médicos indicaron que conocían la norma, esta no está siendo implementada adecuadamente por los mismos, lo cual se evidencia en el 58% y 71% de los encuestados obtuvieron entre 0 a 74 puntos respectivamente, esto afecta para el seguimiento de la gestación ya que el control prenatal es una herramienta que nos permite establecer criterios para clasificar el riesgo materno fetal y así asegurar la detección oportuna y el tratamiento precoz de los mismos.

Según estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE), Guatemala tiene una tasa de natalidad de 25 nacimientos por cada 1000 habitantes con una tendencia a tener 3 hijos por mujer; (32) , siendo preocupante que en un país con una alta tasa de natalidad y fecundidad los médicos que prestan servicios en los establecimientos del primer y segundo nivel no tengan las competencias necesarias para cumplir con el control prenatal adecuado según la norma.

Del personal de enfermería que participó en el estudio el 50% y 67% de auxiliares de enfermería que pertenecen al primer y segundo nivel respectivamente obtuvieron un punteo de 0 a 50 puntos, para las enfermeras el 100% de las encuestadas obtuvieron un punteo entre 51 a 74 puntos, lo que presenta discrepancia según las respuestas del test de conocimientos respecto a que han recibido capacitación y conocen la norma. Lo alarmante de esta evidencia radica en que en la mayoría de servicios el personal de enfermería presenta un contacto continuo con las pacientes gestantes a quienes deben brindarle no solo la atención prenatal si no también un plan educacional.

Llama la atención la ausencia de procesos estandarizados para llevar a cabo la atención, falta de diferenciación de la norma de atención vigente para el primer y segundo nivel y la insuficiente divulgación y capacitación respecto a los procesos que debe llevar un buen control prenatal. También es importante destacar que la mayor parte de pacientes consultantes al control prenatal en dichos servicios, pertenecen al pueblo maya por lo que la pertinencia intercultural también es factor fundamental para una adecuada atención. (14)

De acuerdo a la disponibilidad de insumos médico quirúrgicos para el control prenatal según la norma de atención en los establecimientos de primer y segundo nivel el 67% presentó un abastecimiento mínimo para el año 2016. Dentro de los insumos que presentaron menor abastecimiento se encuentra el carnet de embarazada que evidencia una falencia para la identificación adecuada de las pacientes en los servicios.

El abastecimiento mínimo indica que el puesto o centro de salud cuenta con los insumos necesarios para un mes de demanda, los datos de dicho estudio fueron obtenidos mediante la revisión del BRES. En lo que respecta a micronutrientes y vacunas el 100% de los establecimientos mostró un abastecimiento en cantidades mínimas. En relación a los insumos requeridos por la norma de atención para hacer efectivo el control prenatal, se deduce que sí existe cumplimiento de la misma, pues, aunque en cantidades mínimas los puestos y centros de salud estuvieron abastecidos durante la mayor parte del año 2016.

Según los datos obtenidos en relación a las instalaciones de los establecimientos de salud para la prestación de servicios a pacientes el 100% de los mismos no cuentan con una clínica específica para llevar el control prenatal en el primer nivel de atención y el 50% de los servicios evaluados en el segundo nivel cuenta con una clínica para control prenatal presentando condiciones regulares, la importancia en tener una clínica de control prenatal específica radica en poder brindar a la paciente una mejor atención que incluya no solo la capacidad de tener el equipo necesario disponible para la revisión si no también brindar privacidad a la gestante. (3)

Al momento de evaluar los establecimientos se evidenció que algunos de los puestos de salud cuentan con infraestructura necesaria para ser incluidos en el segundo nivel de atención, lo que

evidencia un mal aprovechamiento de estos servicios; esto se debe a la intervención de algunas municipalidades en la construcción de los establecimientos, sin embargo, existe una mala relación con el MSPAS para coordinar abastecimiento de insumos, y contratación de recurso humano para dichos servicios.

Según las condiciones del equipo necesario para el control prenatal en el primer nivel de atención, 31% de los establecimientos no contaba con esfigmomanómetro, 38% tiene en regulares condiciones; otro dato relevante en cuanto al doppler fetal 56% de los servicios no tiene. Para el segundo nivel de atención 25% posee esfigmomanómetro en malas condiciones, 100% de estos servicios cuenta con doppler fetal.

Aunque todo el equipo necesario para la atención de las gestantes se encontró presente en todos los servicios esto no es causa suficiente para indicar que su funcionamiento este en óptimas condiciones, por lo que es importante el interés que debe mostrar el área de salud en abastecer dichos servicios debido principalmente a que el control prenatal es una de las actividades con mayor demanda para los establecimientos de salud.

De los expedientes revisados en el primer y segundo nivel de atención el promedio establecido para el primer control prenatal fue a las 15 semanas, tienen un promedio de 2 y 3 controles prenatales respectivamente durante los seis meses que fueron tomados en cuenta en el estudio.

Al respecto de esto se puede evidenciar que las pacientes en su primer control prenatal son captadas tardíamente, por lo que el proveedor de salud debe promover la importancia de captar el control prenatal antes de las 12 semanas, de la misma manera se puede observar el incumplimiento de la norma de atención en cuanto el seguimiento de los controles, el primer control antes de la semana 12, el segundo control antes de la semana 26, el tercer control en la semana 32 y el cuarto control en las semanas 36 y 38. (2)

Sin embargo, no fue posible encontrar estudios sobre la evaluación de la implementación de las normas de atención a nivel nacional, sólo para la medición del conocimiento sobre el control prenatal en auxiliares de enfermería del primer nivel. En una investigación se identificó que el

100% del personal tiene conocimiento sobre los objetivos del control prenatal, el 81% no respondió correctamente lo que dificulta hacer un control prenatal con calidad, que garantice estar libre de riesgos durante el proceso de la gestación. (23)

En el 2015 se realizó otro estudio que evidencia, 70% expresa la técnica correcta del control prenatal y el 30% lo realiza incorrectamente. (25) También se realizó un proyecto en julio del 2010 en el centro de salud de Antigua Guatemala, en el cual se verificó que las mujeres que asisten al Centro de Salud de la Antigua Guatemala llevan un control prenatal con un mínimo de 6 visitas durante su embarazo indicada por el médico. (22)

Esto demuestra la deficiencia en el conocimiento del control prenatal, como también el incumplimiento de la norma de atención respecto al número de controles prenatales, datos que pueden ser comparados con los obtenidos en la presente investigación.

Como hallazgo para la presente investigación se detectó la deficiencia del conocimiento sobre el control prenatal según la norma de atención para ambos niveles, la falta de educación médica continua al personal de salud para la identificación de factores de riesgo, prevención y diagnóstico oportuno, deficiencia en el abastecimiento de insumos a los servicios y el equipo en regulares condiciones.

Como debilidad en el presente estudio no se encontró una metodología establecida para la medición del conocimiento del personal de salud instituida por el MSPAS. Así mismo no fue evaluada la condición socioeconómica, accesibilidad a los servicios, infraestructura adecuada para la atención a los pacientes. Por lo que en investigaciones futuras se debería tomar en cuenta los aspectos antes mencionados.

XI. CONCLUSIONES

- 1) A pesar que el personal del primer y segundo nivel de atención afirma conocer las normas realmente no tienen los conocimientos acerca de la normativa del control prenatal y tampoco han recibido capacitación.

- 2) Para el conocimiento del control prenatal según la norma para el primer y segundo nivel de atención, la mayoría de los proveedores de salud obtuvieron una escala mala sobre el conocimiento del control prenatal.

- 3) Los pacientes son captados tardíamente para el primer control prenatal después de las 15 semanas de gestación en ambos niveles.

- 4) Según las condiciones del equipo para la prestación de los servicios según la norma de atención para el primer y segundo nivel el esfigmomanómetro se encuentra en regulares condiciones en ambos niveles.

XII. RECOMENDACIONES

- Promocionar la importancia del control prenatal por parte del proveedor de salud antes de la semana 12 de embarazo. Y difundir los beneficios que este tiene.
- Capacitar a los proveedores de salud en la normativa de atención vigente sobre el control prenatal.
- Establecer un equipo de monitoreo y supervisión que verifique la calidad de atención de las embarazadas para aumentar la cobertura.
- Aplicar la atención personalizada en base a las Normas de Salud Integral del primer y segundo nivel de atención y en la Ley para la maternidad saludable por el personal médico, enfermeras y auxiliar de enfermería, al momento de hacer el control prenatal.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de Control Prenatal, Embarazo Normal. Sergio Casini, Gustavo A. Lucero Sáinz, Martín Hertz y Elsa Andina. 2, Buenos Aires, Argentina : s.n., 2002, Vol. 21.
2. Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia. Manual de Normas de Atención Integral para el primero y segundo nivel de los Servicios de Salud. Guatemala : s.n., 2010.
3. J. Villar, MD, MPH, MSc, P. Bergsjö, MD, PhD. Manual Nuevo Modelo del Control Prenatal Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza : s.n., 2003.
4. CLAP, OMS, OPS. Atención Prenatal y del parto de bajo riesgo, Salud Reproductiva Materna Perinatal. Montevideo, Uruguay : s.n.
5. (OSAR), Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Ley de Maternidad Saludable. Guatemala : s.n., 2011.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, Instituto Nacional de Estadística (INE), Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplán). VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015. Guatemala : s.n., 2015.
7. Presidencia, Secretaría de Planificación y Programación de la. Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Guatemala : s.n., 2010.
8. Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia. Situación de la mortalidad materna, informe de país 2013. Guatemala : s.n., 2015.
9. www.mspas.gob.gt. www.mspas.gob.gt. [En línea] 2016.
10. Mack, Lucrecia Hernández, y otros. Transformando el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención. Guatemala : s.n., 2012.
11. 10 Datos Sobre la Salud Materna. (OMS), Organización Mundial de la Salud. 2017.
12. Salud, Organización Mundial de la. La atención primaria de salud. Ginebra, Suiza : s.n., 2008.
13. Salud, Organización Mundial de la. Recomendaciones de la OMS sobre Atención Prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra, Suiza : s.n., 2016.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (MSPAS). Normas con Pertinencia Cultural hacia la interculturalidad. Guatemala : s.n., 2011.
15. (OPS), Organización Panamericana de la Salud. www.col.ops-oms.org/familia/maternidad/6quehacer.htm. www.col.opsoms.org/familia/maternidad/6quehacer.htm. [En línea] 1998.
16. (OSAR), Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. www.osarguatemala.org/maternida.php. www.osarguatemala.org/maternida.php. [En línea] 2016.

17. (OMS), Organización Mundial de la Salud. [http:// www.who.int./maternal child adolescent/topics/maternal/impac/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/es/). [http:// www.who.int./maternal child adolescent/topics/maternal/impac/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/es/). [En línea] 2017.
18. Ignacio Asprea, Oscar García, Carolina Nigri. Recomendaciones para la Práctica del Control Preconcepcional, prenatal y puerperal. Buenos Aires, Argentina : s.n., 2013.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía para la Implementación de la Atención Integrada Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto. Guatemala : s.n., 2011.
20. (OPS), Organización Panamericana de la Salud. Atención prenatal en atención primaria de la salud. Paraguay : s.n., 2011.
21. Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. Alfaro, Noé Alfaro, y otros. 1, México : s.n., 2006, Vol. VIII.
22. (USAC), Universidad de San Carlos de Guatemala. digi.usac.edu.gt/encuentro2011/uploads/encuentro2010/.../Trabajo. digi.usac.edu.gt/encuentro2011/uploads/encuentro2010/.../Trabajo. [En línea] Viernes de Julio de 2010.
23. González, Esther Noemí Velásquez. Conocimientos que posee el personal de enfermería sobre el control prenatal. Conocimientos que posee el personal de enfermería sobre el control prenatal. Alta Verapaz, Guatemala : s.n., 2014.
24. Armas, Schirley Gabriela Torres. Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en. Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en. Sololá Guatemala : s.n., 2015.
25. Hernández, Thelma Asunción Saravia. Conocimiento de Auxiliares de enfermería sobre Control Prenatal del programa de extensión de cobertura prestadora Misioneras Sagrado Corazón de Jesús Barcenas Villa Nueva. Conocimiento de Auxiliares de enfermería sobre Control Prenatal del programa de extensión de cobertura prestadora Misioneras Sagrado Corazón de Jesús Barcenas Villa Nueva. Villa Nueva, Guatemala : s.n., 2015.
26. (OMS), Organización Mundial de la Salud. app.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd007622/es/index.html. app.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd007622/es/index.html. [En línea] 2015.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Desigualdades en salud en Guatemala. Guatemala : s.n., 2016.
28. Castellanos, Mario Herrera. [http://www.bioestadístico.com/index.php?option=com_content&view=article&id=153:cálculo-del-tamaño-de-la-muestra-para-estimar-parámetros-categoricos-en-poblaciones-](http://www.bioestadístico.com/index.php?option=com_content&view=article&id=153:cálculo-del-tamaño-de-la-muestra-para-estimar-parámetros-categoricos-en-poblaciones)

finitas&catid=46:cálculo-del-tamaño-de-la-muestra&Itemid=213.

http://www.bioestadístico.com/index.php?option=com_content&view=article&id=153:calculodel-tamaño-de-la-muestra-para-estimar-parámetros-categoricos-en-poblaciones-finitas&catid=46:cálculo-del-tamaño-de-la-muestra&Itemid=213. [En línea]

29. Guatemala, Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Universidad de San Carlos de. Fundamentos y Procedimientos. Guatemala : s.n., 2009.

30. Desastres, Coordinadora para la Reducción de. Coordinadora para la Reducción de Desastres. 2015.

31. FFBV, Dr. Manual de Organizacion Area de Salud de Sacatepéquez. Sacatepéquez : s.n., 2015.

32. Instituto Nacional de Estadística, Guatemala. Instituto Nacional de Estadística, Guatemala. Guatemala : s.n., 2015.

33. Aspera, Ignacio, García, Oscar y Nigri, Carolina. Recomendaciones para la Práctica del Control Pre-concepcional, Prenatal y Puerperal. Argentina : s.n., 2013.

XIV. ANEXOS

14.1 ANEXO 1

Formulario de Clasificación

Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal

Nombre de la paciente: _____	Número de historia clínica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dirección: _____	Telefono: _____	
INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz el casillero correspondiente.		
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
	No	SI
1. Muerte fetal o muerte neonatal previas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Peso al nacer del último bebé < 2500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Peso al nacer del último bebé > 4500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo una internación por hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el último embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
EMBARAZO ACTUAL		
	No	SI
7. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Menos de 18 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Más de 40 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual o en embarazos anteriores.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Hemorragia vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Masa pélvica.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
HISTORIA CLÍNICA GENERAL		
	No	SI
14. Diabetes mellitus insulín dependiente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. Nefropatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Cardiopatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Por favor, especifique _____		

Una respuesta SI en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir, una cruz en cualquier casillero sombreado) significa que la mujer no es elegible para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal.		
¿Es elegible? (marque con un círculo) NO SI		
Si la respuesta es NO, será derivada a _____		
Fecha _____	Nombre _____	Firma _____
(personal responsable de CPN)		

Fuente: Manual Nuevo Modelo del Control Prenatal Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza : s.n., 2003.

14.2 ANEXO 2

ENCUESTA DE DIAGNÓSTICO

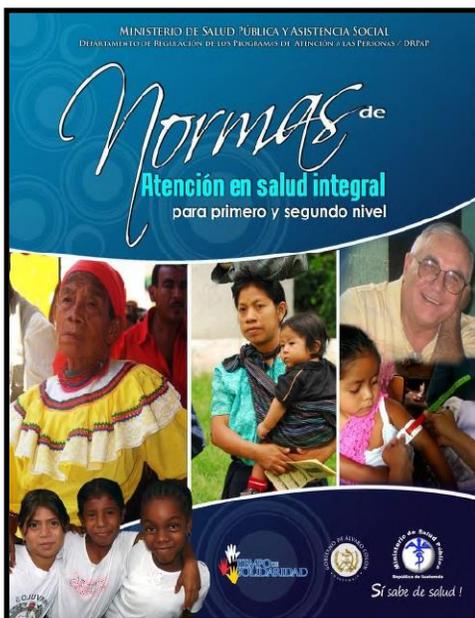
FECHA: ____/____/____

BOLETA No. 0

Puesto de salud

Centro de Salud

1. ¿Conoce usted esta normativa?



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Si		No	
----	--	----	--

2. ¿Ha recibido alguna capacitación de parte de sus autoridades con respecto a Control Prenatal?

Si		No	
----	--	----	--

3. Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Quién le proveyó la capacitación?

14.3 ANEXO 3

TEST DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL

FECHA: ___/___/___

BOLETA No. 1

Este instrumento está diseñado para recolectar información en el personal médico y paramédico que labora en el **Primer Nivel de Atención** del MSPAS en el departamento de Sacatepéquez, sobre la evaluación de la implementación del **CONTROL PRENATAL**, con base en las Normas de Atención en Salud Integral para Primer y Segundo Nivel.

Todos los datos serán manejados con confidencialidad, no se compartirá la información sin previa autorización, ninguna otra persona tendrá acceso a esta información, durante el proceso de recolección de datos; usted será tratado/a con respeto, se mantendrá su individualidad e intimidad. Por lo que solicito su colaboración a efecto de responder el presente test, de antemano agradezco su colaboración.

Usted es:

Médico Local

Médico EPS

Médico Ambulatorio

Médico Cooperación Internacional

Enfermera Profesional

Enfermera Ambulatoria

Auxiliar de Enfermería

Trabaja en:

Puesto de Salud | | |

Instrucciones: A continuación, se presenta una serie de preguntas, responda según crea conveniente, de acuerdo a los conocimientos y la experiencia laboral que posee. Lea detenidamente los enunciados y subraye la respuesta correcta, puede utilizar bolígrafo de cualquier color, no lápiz.

1.- ¿Cuál de las siguientes actividades **NO** está registrada en la atención a la embarazada según las normas de atención?

- a.- Brinde atención integral bio-psico-social
- b.- Revise carné y esquema de inmunizaciones
- c.-Solicite ultrasonido obstétrico
- d. -Evaluación buco-dental

2.- En la historia clínica completa de la embarazada se requiere hacer énfasis en los siguientes aspectos excepto:

- a.- Factores de riesgo
- b.- Estado emocional y psicológico
- c.- Evaluación de Papanicolau o IVAA
- d.- Número de parejas sexuales

3.- Según las normas de atención los controles prenatales deben darse en las siguientes semanas:

- a.- Segundo alrededor de las 26 semanas
- b.- Tercero a las 34 semanas
- c.- Primero antes de las 12 semanas
- d.- a y c son correctas

4.- ¿Cuál de los siguientes incisos **NO** es correcto respecto al énfasis que debe llevar la consulta durante el embarazo?

- a.- Altura uterina después del tercer mes de embarazo
- b.- Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal de las 20 semanas en adelante
- c.- Posición fetal de las 37 semanas en adelante
- d.- Movimientos fetales de las 18 semanas en adelante en multíparas y de las 22 semanas en adelante en las primigestas.

5.-Del siguiente listado de síntomas y signos ¿Cuál no es un signo/síntomas de peligro según las normas de atención?

- a.- Visión borrosa
- b.- Contracciones uterinas antes de las 36 semanas
- c.- Alergia en el embarazo
- d.- Epigastralgia

6.- Los siguientes signos y síntomas de peligro son característicos en el primer trimestre del embarazo excepto:

- a.- Fiebre
- b.- Hemorragia vaginal
- c.- Dolor tipo cólico en región pélvica
- d.- Náuseas

7.- ¿Cuál de los siguientes signos y síntomas de peligro en el embarazo pueden presentarse en el segundo trimestre?

- a.- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- b.- Salida de líquido por la vagina
- c.- Resfriado Común
- d.- a y b son correctas

8.- ¿Cuál de los siguientes signos y síntomas de peligro en el embarazo se identifica en el tercer trimestre?

- a.- Dolor tipo cólico en región pélvica
- b.- Presencia de flujo vaginal
- c.- Presión arterial alta mayor o igual de 140/90 mmHg
- d.- Diarrea

9.- Acerca de las cuatro demoras es correcto afirmar, excepto

- a.- Tercera demora: falta de acceso a una atención oportuna
- b.- Segunda demora: falta de toma de decisiones para búsqueda de donde será atendido el parto
- c.- Primera demora: falta de reconocimiento de señales de peligro
- d.- Cuarta demora: falta de atención oportuna y de calidad

10.- Respecto a la evaluación nutricional es correcto afirmar:

- a.- La circunferencia media del brazo se puede determinar tanto en el primero como en el segundo trimestre
- b.- Sí la medida de la circunferencia media del brazo es igual o mayor de 23 cms quiere decir que tiene un buen estado nutricional
- c.- Sí la medida de la circunferencia media del brazo es igual o mayor de 20 cms quiere decir que tiene un buen estado nutricional

11.- ¿Cuál de los siguientes esquemas de suplementación en el embarazo es el correcto según la norma de atención?

- a.- Hierro 8 tabletas/ ácido fólico 4 tabletas
- b.- Hierro 24 tabletas/ácido fólico 12 tabletas
- c.- Hierro 12 tabletas/ácido fólico 12 tabletas

12.- De los siguientes laboratorios ¿Cuál **NO** es el esencial solicitar en el control de la embarazada?

- a.- Grupo y RH
- b.- Orina
- c.- Hematología completa
- d.- Glicemia

13.- Respecto a las inmunizaciones de Td en el embarazo es correcto afirmar:

- a.- Esquema convencional Td-1 primer contacto, Td-2: 1 mes después, Td-3: seis meses después, Td-4: 10 años después, Td-5: 10 años después.
- b.- Esquema acelerado: Td-1 Primer Contacto, Td-2: 1 mes después, Td-3: cuatro meses después, Td-4: 1 año después, Td-5: 1 año después.
- c.- Esquema convencional Td- 1 primer contacto, Td-2: 1 mes después, Td-3: seis meses después, Td-4: 5 años después, Td-5: 5 años después.

14.- De los siguientes enunciados es correcto afirmar:

- a.- Recomiende a toda comadrona que refiera para consulta a nivel institucional a la gestante 2 veces, una al inicio y otra en la semana 37 de gestación.
- b.- Recomiende a toda comadrona que refiera para consulta a nivel institucional a la gestante 3 veces, una al inicio otra en la semana 28 y 37 semanas de gestación.
- c.- Oferte detección temprana de cáncer de Cérvix mediante Papanicolau o Inspección Visual con Ácido Acético.
- d.- a y c son correctas
- e.- Solo a es correcta

14.4 ANEXO 4

TEST DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL

FECHA: ___/___/___

BOLETA No. 2

Este instrumento está diseñado para recolectar información en el personal médico y paramédico que labora en el **Segundo Nivel De Atención** del MSPAS en el departamento de Sacatepéquez, sobre la evaluación de la implementación del **CONTROL PRENATAL**, con base en las Normas de Atención en Salud Integral para Primer y Segundo Nivel.

Todos los datos serán manejados con confidencialidad, no se compartirá la información sin previa autorización, ninguna otra persona tendrá acceso a esta información, durante el proceso de recolección de datos; usted será tratado/a con respeto, se mantendrá su individualidad e intimidad. Por lo que solicito su colaboración a efecto de responder el presente test, de antemano agradezco su colaboración.

Usted es:

Médico Local	<input type="checkbox"/>
Médico EPS	<input type="checkbox"/>
Médico Ambulatorio	<input type="checkbox"/>
Médico Cooperación Internacional	<input type="checkbox"/>
Enfermera Profesional	<input type="checkbox"/>
Enfermera Ambulatoria	<input type="checkbox"/>
Auxiliar de Enfermería	<input type="checkbox"/>

Trabaja en:

Centro de Salud | | CAP | |

Instrucciones: A continuación, se presenta una serie de preguntas, responda según crea conveniente, de acuerdo a los conocimientos y la experiencia laboral que posee. Lea detenidamente los enunciados y subraye la respuesta correcta, puede utilizar bolígrafo de cualquier color, no lápiz.

1.- ¿Cuál de las siguientes actividades **NO** está registrada en la atención a la embarazada según las normas de atención?

a.- Brinde atención integral bio-psico-social

- b.- Revise carné y esquema de inmunizaciones
- c.- Solicite ultrasonido obstétrico
- d.- Evaluación buco-dental

2.- En la historia clínica completa de la embarazada se requiere hacer énfasis en los siguientes aspectos excepto:

- a.- Factores de riesgo
- b.- Estado emocional y psicológico
- c.- Evaluación de Papanicolau o IVAA
- d.- Número de parejas sexuales

3.- Según las normas de atención los controles prenatales deben darse en las siguientes semanas:

- a.- Segundo alrededor de las 26 semanas
- b.- Tercero a las 34 semanas
- c.- Primero antes de las 12 semanas
- d.- a y c son correctas

4.- ¿Cuál de los siguientes incisos **NO** es correcto respecto al énfasis que debe llevar la consulta durante el embarazo?

- a.- Altura uterina después del tercer mes de embarazo
- b.- Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal de las 20 semanas en adelante
- c.- Posición fetal de las 37 semanas en adelante
- d.- Movimientos fetales de las 18 semanas en adelante en multíparas y de las 22 semanas en adelante en las primigestas.

5.- Del siguiente listado de síntomas y signos ¿Cuál no es un signo/síntomas de peligro según las normas de atención?

- a.- Visión borrosa
- b.- Contracciones uterinas antes de las 36 semanas
- c.- Alergia en el embarazo
- d.- Epigastralgia

6.- Los siguientes signos y síntomas de peligro son característicos en el primer trimestre del embarazo excepto:

- a.- Fiebre
- b.- Hemorragia vaginal
- c.- Dolor tipo cólico en región pélvica
- d.- Náuseas

7.- ¿Cuál de los siguientes signos y síntomas de peligro en el embarazo pueden presentarse en el segundo trimestre?

- a.- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- b.- Salida de líquido por la vagina
- c.- Resfriado Común
- d.- a y b son correctas

8.- Cuál de los siguientes signos y síntomas de peligro en el embarazo se identifica en el tercer trimestre?

- a.- Dolor tipo cólico en región pélvica
- b.- Presencia de flujo vaginal
- c.- Presión arterial alta mayor o igual de 140/90 mmHg
- d.- Diarrea

9.- Acerca de las cuatro demoras es correcto afirmar, excepto:

- a.- Tercera demora: falta de acceso a una atención oportuna
- b.- Segunda demora: falta de toma de decisiones para búsqueda de donde será atendido el parto
- c.- Primera demora: falta de reconocimiento de señales de peligro
- d.- Cuarta demora: falta de atención oportuna y de calidad

10.- Respecto a la evaluación nutricional es correcto afirmar:

- a.- La circunferencia media del brazo se puede determinar tanto en el primero como en el segundo trimestre.
- b.- Sí la medida de la circunferencia media del brazo es igual o mayor de 23 cms quiere decir que tiene un buen estado nutricional.
- c.- Sí la medida de la circunferencia media del brazo es igual o mayor de 20 cms quiere decir que tiene un buen estado nutricional.

11.- ¿Cuál de los siguientes esquemas de suplementación en el embarazo es el correcto según la norma de atención?

- a.- Hierro 8 tabletas/ ácido fólico 4 tabletas

- b.- Hierro 24 tabletas/ácido fólico 12 tabletas
- c.- Hierro 12 tabletas/ácido fólico 12 tabletas

12.- De los siguientes laboratorios ¿Cuál **NO** es el esencial solicitar en el control de la embarazada?

- a.- Grupo y RH
- b.- Orina
- c.- Hematología completa
- d.- Glicemia

13.- Respecto a las inmunizaciones de Td en el embarazo es correcto afirmar:

- a.- Esquema convencional Td-1 primer contacto, Td-2: 1 mes después, Td-3: seis meses después, Td-4: 10 años después, Td-5: 10 años después.
- b.- Esquema acelerado: Td-1 Primer Contacto, Td-2: 1 mes después, Td-3: cuatro meses después, Td-4: 1 año después, Td-5: 1 año después.
- c.- Esquema convencional Td- 1 primer contacto, Td-2: 1 mes después, Td-3: seis meses después, Td-4: 5 años después, Td-5: 5 años después.

14.- De los siguientes enunciados es correcto afirmar:

- a.- Recomiende a toda comadrona que refiera para consulta a nivel institucional a la gestante 2 veces, una al inicio y otra en la semana 37 de gestación.
- b.- Recomiende a toda comadrona que refiera para consulta a nivel institucional a la gestante 3 veces, una al inicio otra en la semana 28 y 37 semanas de gestación.
- c.- Oferte detección temprana de cáncer de Cérvix mediante Papanicolau o Inspección Visual con Ácido Acético.
- d.- a y c son correctas
- e.- Solo a es correcta

14.5 ANEXO 5

BOLETA DE EVALUACIÓN DE ABASTECIMIENTO DE INSUMOS E INFRAESTRUCTURA

Fecha:

--	--	--

Boleta No:

3

Puesto de Salud | | Centro de Salud | |

Equipo:

No.	Equipo	Si	Estado			No
			Bueno	Malo	Regular	
1.	Balanza de pie					
2.	Cinta métrica					
3.	Gestómetro					
4.	Esfigmomanómetro					
5.	Estetoscopio					
6.	Doppler fetal					
7.	Cinta de Shakir					
8.	Fetoscopio					

Infraestructura:

No.	Infraestructura	Si	Estado			No
			Bueno	Malo	Regular	
1.	Clínica para atención de Control Prenatal.					

Insumos

No.	Insumo	Si	Mínimo	Máximo	No
Micronutrientes					
1.	Sulfato ferroso (tableta de 300 mg), adultos.				
2.	Ácido fólico (tableta de 5mg)				
Vacunas					
3.	Vacuna tétanos (para embarazadas)				
Varios					
4.	Jeringas				
5.	Algodón				
6.	Alcohol				
7.	Carné de embarazada				
8.	Ficha clínica de Embarazada				
9.	Hoja de riesgo				
10.	Gel conductor para Monitor Fetal				
11.	SIGSA 3PS				
12.	SIGSA 3CS				

Antigua Guatemala, 15 de mayo de 2017.

Dr. Francisco Bermúdez Vila
Director de Área de Salud de Sacatepéquez
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Presente

Reciba usted un cálido y afectuoso saludo, al mismo tiempo permítame exponer lo siguiente:

Yo Juan Carlos Castillo Solórzano estudiante del octavo trimestre de la Maestría de salud pública con énfasis en gerencia y administración de servicios de la Universidad Rafael Landívar, solicito a usted autorización para realizar el trabajo de campo del proyecto de tesis titulado: "Evaluación de la implementación del Control Prenatal con base en las normas de atención en salud integral, del primer y segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Sacatepéquez, del año 2016"; el cual tengo programado realizarlo en los puestos y centros de atención del área de Sacatepéquez, durante la fechas del 22 al 31 de mayo del presente año, conforme cronograma adjunto.

La información que se solicitara para dicho estudio será eminentemente con fines académicos y se solicitara consentimiento de forma verbal al personal que labora en cada servicio para la realización del mismo.

Agradeciendo de antemano su pronta respuesta y autorización a la misma.

Atentamente,


Juan Carlos Castillo Solórzano
Estudiante 2521215


Vo.Bo. Dra. Vella Lorena Oliva Herrera
Magister en Salud Pública con Énfasis en Epidemiología y Gerencia
Catedrática Investigación IV
Universidad Rafael Landívar

Adj.: Cronograma
Carta de Aprobación Protocolo
Protocolo de Investigación