

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

TRABAJO DE GRADUACION

TEMA:

*INSCRIPCIÓN TARDÍA DEL CONTROL PRENATAL Y SU
RELACIÓN CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO, EN MUJERES
EMBARAZADAS DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE
SALUD DE AHUACHAPÁN EN LOS MESES DE JULIO DEL AÑO
2004 A JULIO DEL AÑO 2005.*

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

PRESENTADO POR:

MARVIN RAMIRO, AVILA VALLE
MAURICIO ANTONIO, HERNANDEZ TORRENTO
JONATHAN ALFREDO, MOLINA MARTINEZ

DOCENTE DIRECTOR:

DRA. PATRICIA GOMEZ DE SANDOVAL

DICIEMBRE, 2005

SANTA ANA EL SALVADOR CENTROAMERICA

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**

**DOCTORA MARIA ISABEL RODRIGUEZ
RECTORA**

**LICENCIADO JORGE MAURICIO RIVERA
DECANO DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE
OCCIDENTE**

**DOCTORA PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y
COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADO**

**DOCTOR MELITÓN MIRA BURGOS
COORDINADOR METODOLÓGICO DEL PROCESO DE
GRADO**

**DOCTORA PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL
DOCENTE DIRECTOR**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios Todopoderoso, por haberme dado un año más de vida para poder llevar a cabo la realización de éste trabajo, ya que sin la ayuda de él, quien me brindó la paciencia necesaria, no estuviera hoy aquí concluyendo con el mismo.

Agradezco también a mi padre, madre y hermana, por haberme apoyado y motivado, ya que son ellos la principal motivación, ya que todo mi esfuerzo va dedicado a ellos, porque mi triunfo es su principal satisfacción.

A mi abuelita, ya que con sus rezos por las noches y su confianza me motivaron mucho más, ya que Dios escucho todos sus ruegos.

A Dra. Patricia Gómez de Sandoval por haber aceptado ser la Asesora de nuestra investigación, quien nos corrigió y nos guió por el camino correcto y así poder llegar a la finalización del trabajo.

A Dr. Meliton Mira Burgos por habernos brindado el material teórico suficiente y hacernos correcciones en cuanto al proceso de investigación para realizar el trabajo.

A la Directora de la Unidad de Salud de Ahuachapán, Dra. Morena Angélica de Cárcamo, por habernos permitido llevar a cabo nuestra investigación en dicha Unidad de Salud.

A todas las pacientes adolescentes en su posparto inmediato por haber permitido llevar a cabo nuestra investigación, porque sin ellas, este trabajo de investigación no se hubiera realizado.

A todos ellos:

iiiiiiGRACIASiiiiii

BR. MARVIN RAMIRO AVILA VALLE

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios Todopoderoso, por haberme dado un año más de vida, y darme sabiduría necesaria para poder llevar a cabo la realización de éste trabajo, ya que sin la ayuda de él, nada pudiera hacer. Ya que el me brindó la paciencia necesaria, el discernimiento, la actitud; sino no estuviera hoy aquí concluyendo con el mismo.

Agradezco también a mi madre y hermanos, por haberme apoyado y motivado, ya que son ellos la principal motivación, ya que todo mi esfuerzo va dedicado a ellos, porque mi triunfo es su principal satisfacción.

A mi abuelita, ya que con sus oraciones por las noches y su confianza me motivaron mucho más, ya que Dios escucho todos sus ruegos.

A Dra. Patricia Gómez de Sandoval por haber aceptado ser la Asesora de nuestra investigación, quien nos corrigió y nos guió por el camino correcto y así poder llegar a la finalización del trabajo.

A Dr. Meliton Mira Burgos por habernos brindado el material teórico suficiente y hacernos correcciones en cuanto al proceso de investigación para realizar el trabajo.

A la Directora de la Unidad de Salud de Ahuachapán, Dra. Morena Angélica de Cárcamo, por habernos permitido llevar a cabo nuestra investigación en dicha Unidad de Salud.

A todas las pacientes adolescentes en su posparto inmediato por haber permitido llevar a cabo nuestra investigación, porque sin ellas, este trabajo de investigación no se hubiera realizado.

BR. JONATHAN ALFREDO MOLINA MARTINEZ

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios Todopoderoso, por haberme dado la inteligencia y el discernimiento necesario para culminar mi carrera, y darme la sabiduría para poder llevar a cabo la realización de éste trabajo, ya que sin la ayuda de él, nada pudiera hacer.

Agradezco también a mi padre, por haberme apoyado y motivado, ya que es el un ejemplo a seguir y mi esfuerzo va dedicado a el, porque mi triunfo es su principal satisfacción.

Agradezco a mi hermano Raúl Edgardo Hernández Torrento (Q.E.P.D.) que con sus sabios consejos logre lo que ahora soy y se que desde el cielo vera mi triunfo porque va dedicado a el.

A mi abuelita, ya que con sus oraciones por las noches y su confianza me motivaron mucho más, ya que Dios escucho todos sus ruegos.

A mi tía Rosa del Carmen Hernández por estar pendiente y brindarme la ayuda necesaria para que completara mi carrera.

A Dra. Patricia Gómez de Sandoval por haber aceptado ser la Asesora de nuestra investigación, quien nos corrigió y nos guió por el camino correcto y así poder llegar a la finalización del trabajo.

A Dr. Meliton Mira Burgos por habernos brindado el material teórico suficiente y hacernos correcciones en cuanto al proceso de investigación para realizar el trabajo.

A la Directora de la Unidad de Salud de Ahuachapán, Dra. Morena Angélica de Cárcamo, por habernos permitido llevar a cabo nuestra investigación en dicha Unidad de Salud.

BR. Mauricio Antonio Hernández TorrentO

ÍNDICE

	Página.
I.1. Introducción. . . . .	.
I.2. Justificación. . . . .	.
I.3. Objetivo General. . . . .	.
I.4. Objetivos Específicos. . . . .	.
II. MARCO TEORICO. . . . .	. 1
II.1 Embarazo. . . . .	. 1
II.1.1 Evaluación de la gestación durante el primer trimestre. . . . .	. 3
II.1.2 Diagnóstico de la edad gestacional y de la madurez fetal. . . . .	. 3
II.1.3 Diagnóstico de la condición fetal durante la gestación.. . . .	. 7
II.2 Control prenatal. . . . .	. 8
II.3 Parto. . . . .	. 10
II.4 Recién Nacido. . . . .	. 11
II.5 Recién Nacido de bajo peso.	12
II.5.1 Nutrición y metabolismo del feto. . . . .	. 13
II.6 Adolescente embarazada.	16
III. MÉTODO.	19
III.1 Planteamiento del Problema. . . . .	. 19
III.2 Hipótesis. . . . .	. 19
III.3 Metodología de la investigación. . . . .	. 19
III.3.1 Tipo de estudio. . . . .	. 20
16III.3.2 Instrumento de medición o recolección de datos. . . . .	. 21
III.3.3 Plan de Tabulación de datos. . . . .	. 21
III.3.4 Recursos utilizados para la investigación.	21

III.4 Análisis e interpretación de datos. . . . .	.23
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	49
IV.1 Resumen. . . . .	.49
IV.2 Conclusiones y discusión.	49
IV.3 Recomendaciones. . . . .	.52
V. BIBLIOGRAFÍA.	53
VIII. ANEXOS.. . . . .	.54

I.1 INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo damos a conocer la relación que tiene la inscripción tardía del control prenatal en las adolescentes de 15 a 20 años de edad, con el peso del recién nacido, en donde se enumeran las principales causas que llevan a una variabilidad en el peso. Hasta el momento, en El Salvador; no se ha encontrado un estudio que relacione la inscripción tardía del control prenatal con la variabilidad del peso del recién nacido, solamente se encuentran censos cuantitativos que demuestran una alta prevalencia de recién nacido de bajo peso. Razón por la cual nuestro estudio se basa principalmente en conocer si existe una verdadera relación entre estas dos variables.

El embarazo en adolescentes se considera un problema de salud pública, pues, 33% de las mujeres en los países menos desarrollados dan a luz antes de cumplir los 20 años.

No se pretende que esta investigación sea tomada como una investigación científicamente comprobada, sino que al contrario sea vista para que otros investigadores puedan enriquecer aun más sus conocimientos y sea motivo para poder abordar este problema sociocultural desde otra perspectiva y poder poner mas atención a las adolescentes embarazadas, ya que se consideran de alto riesgo.

El método utilizado es un estudio de tipo descriptivo, en el cual utiliza como instrumento para la recolección de datos la encuesta, la cual contiene preguntas categorizadas y cerradas, utilizando como plan de tabulación de datos el programa Microsoft Excel. En este trabajo de investigación existe muchas limitantes entre las cuales podemos mencionar a aquellas jóvenes adolescentes que iniciaron y continuaron con control prenatales con médico particular, o que por motivos de trabajo los llevaron en centros de salud cercanos a su sitio de trabajo, así como el parto de aquellos niños nacidos en casa, en las cuales la partera no los pesó, o fue un parto atendido por un familiar.

I.2 JUSTIFICACIÓN.

En El Salvador el embarazo en adolescentes es un problema de gran magnitud, tanto por sus implicaciones socioeconómicas, como por el alto porcentaje de mujeres menores de 20 años que anualmente se convierten en madres. Para el año de 1997 se reporta que el 25% de los partos atendidos a nivel nacional, ocurrieron en este grupo de edad, dando por resultado una tasa de fecundidad de 116 nacimientos por cada 1000 adolescentes en el periodo de 1993-1998.

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada y para que la relación uterino/edad gestacional sea adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes de las 12 semanas de embarazo.¹

En nuestro país como en América Latina existe una tendencia elevada a recién nacido con bajo peso (menos de 2500 gramos). En América Latina, tiene una frecuencia de alrededor de 10% de todos los nacimientos y esta presente en aproximadamente el 70% de los niños que mueren en el período neonatal (menos de 28 días de edad). Se ha estimado que entre 40% y 70% de los niños de bajo peso son prematuros y tienen peso adecuado para su edad gestacional. El otro 30% a 60% correspondes a retardos de crecimiento intrauterino o mal nutridos fetales. Estos últimos son de bajo peso para su edad gestacional.

En nuestro país, según FESAL (2002-2003), existe una alta tendencia de niños de bajo peso al nacer con mayor prevalencia en el área rural (2918) en relación al área urbana (2030), siendo el departamento de Ahuachapán el tercero, después de San Salvador y Cabañas, con un numero mayor de niños de bajo peso al nacer.²

Por este alto porcentaje de recién nacidos de bajo peso, es que nos hemos motivado a realizar nuestro estudio basándonos en aquellas mujeres embarazadas de 15 a 20 años de edad, principalmente las que inician su inscripción prenatal tardíamente en la unidad de salud de Ahuachapán.

¹ Pediatría de Meneghelo, Volumen 1, tercera edición.

² Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2002/2003

I.3 OBJETIVO GENERAL

Conocer la relación del control prenatal tardío con el bajo peso al nacer, en embarazadas de 15 a 20 años de edad en la unidad de salud de Ahuachapán.

I.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la edad gestacional en la que se inicia el control prenatal.

Describir las características de la edad gestacional a la cual se inicia el control prenatal.

Describir las condiciones del feto en las diferentes etapas de su crecimiento a través de los controles prenatales.

Identificar como se relaciona el control prenatal tardío con el peso del recién nacido.

II MARCO TEÓRICO

II.1 EMBARAZO

En el Salvador, muchas de las adolescentes entre los 15 a 20 años de edad, desconocen información acerca de cómo se puede prevenir el embarazo (comienza cuando el óvulo es fecundado por el espermatozoide que posteriormente se implanta en la pared del útero de la mujer al final de la primera semana después de la concepción y este finaliza con el parto) y por ello la mayor parte de la adolescentes inician su control prenatal de manera tardía.

Semiológicamente se presentan alteraciones endocrinológicas, anatómicas y fisiológicas en todo embarazo, que ayudan a hacer diagnóstico de embarazo; se presentan signos y síntomas que brindan evidencias de que existe embarazo. Estos signos y síntomas se clasifican en tres grupos.*

- **Evidencias presuntivas:** náuseas, vómitos, alteraciones de la micción, fatiga, percepción de movimientos fetales, cese de la menstruación, cambios anatómicos en las mamas, cambio de color de la mucosa vaginal, aumento de la pigmentación cutánea, y el desarrollo de las estrías abdominales.
- **Signos probables:** crecimiento del abdomen, cambios en la forma, tamaño y consistencia del útero, cambios anatómicos en el cuello uterino, contracciones de Braxton Hicks, peloteo uterino, delineación física del feto y resultado positivo de los exámenes hormonales.
- **Signos positivos:** identificación de la actividad cardíaca fetal, percepción de los movimientos fetales por parte del examinador, reconocimiento del feto por ecografía.

El embarazo es un estado fisiológico en el que existen experiencias vitales que pueden evocar emociones de tan absoluto regocijo o dolores de tan absoluta desesperación para toda mujer a quien se le ha diagnosticado estado de embarazo. Muchas de las manifestaciones de las adaptaciones fisiológicas normales del embarazo se reconocen

* Ginecología y Obstetricia de William, 20ª. Edición.

fácilmente y constituyen indicios importantes para el diagnóstico de embarazo y la evaluación de su proceso.

Algunos de estos cambios del embarazo son predecibles con una puntualidad suficiente como para constituir acontecimientos importantes que marcan el periodo de las adaptaciones de la mujer embarazada al crecimiento, la maduración y la función del útero y el producto de la concepción.

En los últimos tiempos ha disminuido la edad en que las jóvenes se inician sexualmente y ha aumentado en forma preocupante el embarazo no deseado, ni planificado en las adolescentes, con graves consecuencias personales, familiares y sociales. Las causas más importantes de un embarazo en adolescentes son: falta de información, orientación y educación sexual adecuada; carencia del control de los impulsos sexuales y presión grupal para tener relaciones a veces en forma esporádica, como una forma de demostrar que ya son mujeres, sentirse vulnerable porque “eso le sucede a otras y a mi no”; no usar métodos anticonceptivos de forma adecuada, querer validarse frente a características de soledad, inseguridad, baja autoestima y problemas familiares; ignorancia, sentirse fuertemente enamorada, y tener relaciones sexuales sin protección, querer tener nuevas experiencias, sobreerotización provocada por los medios de comunicación, estar bajo influencia de alcohol o drogas, falta de afecto y comunicación de los padres.*

La certeza de un embarazo provoca serios trastornos psicológicos como ansiedad, desesperación, una sensación de no tener salidas, fuertes sentimientos de culpa por haber fallado a los padres, conflictos familiares, a lo cual se le unen muchas veces abandono de las parejas o no querer asumir su paternidad, y problemas que pueden derivar en una deserción escolar. Además el futuro de una joven embarazada se ve seriamente comprometido en cuanto a sus oportunidades tanto escolares como laborales, ocasionando una frustración de su proyecto de vida. Como si esto fuera poco, las adolescentes presentan una mayor frecuencia de partos prematuros y de bajo peso.

II.1.1: EVALUACIÓN DE LA GESTACIÓN DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE.*

* Psicología sexual de A. Petrosky. UES, El Salvador 2003.

* Pediatría de Meneghelo, Volumen 1, 3ª. Edición.

El riesgo que tiene el producto de la concepción de morir, enfermar o ser abortado, abarca desde el periodo de preimplantación hasta el parto.

Una vez hecho el diagnóstico de embarazo, se debe clarificar si se está en presencia de una gestación normal o patológica y si hay un embrión o feto de alto riesgo. Para evaluar estas condiciones se dispone de los siguientes elementos: anamnesis, examen físico, examen ginecológico y exámenes complementarios.

II.1.2: DIAGNÓSTICO DE LA EDAD GESTACIONAL Y MADUREZ FETAL.*

La manera habitual de determinar la edad gestacional es el cálculo en semanas, a partir del primer día de la fecha de última menstruación, pero existen casos donde la mujer ha olvidado su fecha de última menstruación, así como también el uso de anticonceptivos hormonales previos, irregularidades menstruales, lactancia materna, etc. hacen que el cálculo de la edad gestacional pierda correlación, y es aquí donde hacemos de exámenes complementarios como lo es la ecografía o ultrasonografía. El control prenatal precoz permite una excelente oportunidad para esclarecer la edad gestacional. La altura uterina orienta adecuadamente sobre la edad gestacional hasta el quinto mes (20 semanas), posteriormente, el tamaño uterino estará influido por diversos factores como macrosomía, retardo en el crecimiento intrauterino, alteraciones cuantitativas del líquido amniótico, factores genéticos, embarazo múltiple, etc, perdiendo de esta forma la altura uterina precisión para el cálculo de la edad gestacional.

Se debe de instruir a la madre para que reconozca la aparición de los movimientos fetales, ya que su percepción en las primigestas se presenta alrededor de las 20 semanas y en las multíparas alrededor de las 18 semanas.

La auscultación positiva de los latidos cardíacos con estetoscopio se establece aproximadamente a las 18 semanas.

Al hablar de el diagnóstico de la edad gestacional, también debemos hablar del diagnóstico de la madurez fetal, los cuales se realizan con el fin de que si en algún caso es necesario la interrupción de un embarazo se debe certificar el grado de madurez fetal, y para esto existen exámenes diagnósticos complementarios, ya que la predicción de la madurez fetal por métodos clínicos exclusivamente, tienen grado significativo de error.

En términos generales se ha definido a un feto como maduro cuando sus órganos y sistemas han alcanzado la madurez anatómica y funcional que le permitirá vivir fuera del útero.

Para el diagnóstico de la madurez fetal se han diseñado diversas metodologías bioquímicas y citológicas del líquido amniótico, obtenido mediante amniocentesis, permite la evaluación de la madurez de la piel, hígado, riñón y pulmón del feto. Es necesario mencionar que si bien todos los órganos son importantes para la supervivencia del neonato, es la madurez funcional del pulmón lo que influye vitalmente en la morbi-mortalidad neonatal del prematuro, por eso se dice que: madurez funcional del pulmón es sinónimo de madurez fetal.

En aquellos centros asistenciales donde no se disponen de los diferentes exámenes complementarios para diagnosticar la madurez fetal (los cuales se mencionan mas adelante) solamente es necesaria la observación del líquido amniótico ya sea mediante una amniocentesis, por ejemplo:

- En los embarazos menores de 36 semanas, el líquido amniótico es translucido y sin elementos macroscópicos en suspensión.
- En embarazos de 36 a 38 semanas aparece vernix en suspensión en grumos finos.
- Entre las 38 a 41 semanas el vernix es grueso y abundante.
- Arriba de las 42 semanas, el líquido amniótico suele ser lechoso, espeso y con lanugo en suspensión.

Cuando se dispone de un equipo de laboratorio necesario para diagnosticar la madurez fetal se puede realizar los siguientes exámenes complementarios:

- Citología del líquido amniótico. Se observa la tinción de células grasas anaranjadas con azul de nilo.

- Creatinina en líquido amniótico refleja la madurez funcional del riñón y el aumento de la masa muscular fetal.
- Las modificaciones de bilirrubina en líquido amniótico que se relacionan con la madurez hepática del feto.
- Cuantificación de fosfolípidos del surfactante (lecitina más importante, otros como fosfatidilglicerol, el fosfatidinositol y la esfingomielina) en el líquido amniótico y su relación con el diagnóstico de la madurez pulmonar.

Como la cuantificación de los fosfolípidos es una técnica que implica mucho costo y consumo de tiempo se han ideado otros métodos que son de bajo costo y fácil desarrollo. Entre ellos cabe mencionar el TEST DE CLEMENTS que consiste en la capacidad que tiene la lecitina de formar una burbuja estable en presencia de etanol.

La técnica del test de Clements es la siguiente:

Se obtiene líquido amniótico mediante una amniocentesis, el cual se coloca en tres tubos de 14 x 100 mm líquido amniótico, solución fisiológica y etanol 95°. Una vez obtenida las diluciones se agitan los tubos durante 15 segundos. Esperamos 15 minutos de completo reposo y luego se interpreta.

- a) Pulmón maduro: las tres diluciones presentan halo completo de burbujas.
- b) Pulmón en vías de maduración: aquel que en la primera o en la primera y segunda dilución presenta un halo completo de burbujas.
- c) Pulmón inmaduro: no presenta burbujas en ninguna dilución o presenta halos incompletos de burbujas en las tres diluciones.

Es importante mencionar que el líquido amniótico contaminado con sangre o meconio se debe descartar porque producen unos falsos de información de madurez pulmonar.

La ecografía es uno de los exámenes complementarios no para diagnosticar la madurez fetal sino que para diagnosticar la edad gestacional, cuya efectividad depende de que el primer examen se efectúe tempranamente y del seguimiento de las observaciones. Los elementos más comúnmente utilizados para determinar la edad gestacional son:

- Determinación de la longitud céfalo-caudal que obtenido entre las 8 y 14 semanas proporciona una seguridad de más o menos 4 días, constituyéndose a esa edad gestacional en la medida ecográfica la más valiosa.

- Diámetro biparietal: a partir de la duodécima semana. Además se mide su evolución en crecimientos, que cuanto mas temprano se obtenga su medición, la predicción de la edad gestacional será más exacta.
- Medición de huesos largos: especialmente del fémur, es un buen complemento del diámetro biparietal en la predicción de la edad gestacional.

CUADRO II.1.1: TEST DE CLEMENTS Y PREPARACION DE DILUCIONES.*

SUSTANCIAS	TUBO N° 1	TUBO N° 2	TUBO N° 3
Líquido amniótico	1.00 cc	0.75 cc	0.50 cc
Solución fisiológica	-----	0.25 cc	0.50 cc
Etanol 95°	1.00 cc	1.00 cc	1.00 cc

II.1.3: DIAGNÓSTICO DE LA CONDICION FETAL DURANTE LA GESTACIÓN.

Los elementos clínicos mas comúnmente utilizados en la evaluación de las condiciones fetales son:

- Movimientos fetales.
- Altura uterina.
- Cantidad de líquido amniótico.

La progresión del crecimiento de la altura uterina nos permitirá evaluar indirectamente el desarrollo fetal.

Normalmente, el útero a las 12 semanas se puede palpar a nivel de la sínfisis del pubis, a las 16 semanas se palpa entre a la mitad de la distancia entre la sínfisis del pubis y el ombligo y a las 20 semanas se puede palpar a nivel de ombligo para luego crecer un centímetro por mes hasta la semana 32. Un exceso de altura uterina para una determinada edad gestacional nos orientara hacia una macrosomía, embarazo gemelar o polihidramnios; de igual modo la detención del crecimiento uterino o su disminución nos orientara hacia una retardo de crecimiento fetal.

* Reproducido de Pediatría de Meneghelo, Volumen 1, 3ª. Edición.

Tanto la palpación de una excesiva cantidad de líquido amniótico como su disminución se relacionan con fetos de riesgo elevado.

La percepción de los movimientos fetales nos ayuda a la identificación del feto de alto riesgo. En un embarazo de evolución normal la percepción de los movimientos fetales se inicia alrededor de las 18 a 20 semanas, la intensidad y frecuencia de los movimientos se incrementan, alcanzando su máximo alrededor de las 30 semanas, posteriormente la actividad fetal disminuye estabilizándose en 24 movimientos fetales por hora desde las 36 semanas hasta el término.

II.2: CONTROL PRENATAL.*

Control prenatal es la atención periódica y sistemática de la embarazada por integrantes del equipo de salud, para: vigilar la evolución del proceso de gestación, identificar factores de riesgo, detectar y tratar oportunamente las complicaciones, referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponde, brindar contenidos educativos (consejería), y lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y el hijo(a).

Los propósitos del control prenatal son:

- Brindar educación a todas las mujeres de la comunidad en los diferentes aspectos relacionados con la gestación, el parto, el posparto y el recién nacido(a), incluyendo el enfoque de riesgo.
- Informar a la mujer, su familia y la comunidad sobre los servicios de atención materna perinatal que presta la institución de salud más cercana y adonde acudir en caso de presentarse urgencias obstétricas.
- Procurar captar precozmente a todas las gestantes, preferiblemente en el primer trimestre del embarazo.
- Asegurar que toda embarazada reciba por lo menos 5 atenciones (una inscripción y 4 controles).

* Directiva técnica nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, MSPAS, 2001.

- Prestar especial atención a la detección oportuna de enfermedades maternas asociadas con el embarazo.
- Conocer en forma precoz el estado nutricional de la gestante, brindar consejería y manejar oportunamente el déficit nutricional para evitar complicaciones para la madre y su recién nacido(a).
- Diagnosticar tempranamente y tratar oportunamente las complicaciones del embarazo.
- Vigilar periódicamente el crecimiento y vitalidad fetal.
- Incluir la preparación psicofísica, familiar y social para el nacimiento.
- Brindar consejería para el mejoramiento de prácticas de Salud, participación y apoyo de la familia y el cuidado de los niños(as).
- Realizar promoción de Consejería sobre la lactancia materna y planificación familiar.

Toda mujer embarazada debe de iniciar el control prenatal lo mas temprano posible (en el primer trimestre de gestación). Según el riesgo que presente la embarazada, los controles prenatales deberán ser de manera periódica o continua, dependiendo del tipo de riesgo a la que ésta esté expuesta. Aquellas embarazadas que se consideran de bajo riesgo (es el que ocurre en una mujer que no tiene factores de riesgo reproductivo y que transcurre únicamente con los cambios habituales de ese estado y por lo tanto no compromete la salud de la madre y la de su hijo o hija) necesitan un numero menor de controles que las de alto riesgo (es el que ocurre en una mujer que tiene factores de riesgo reproductivos y/o durante el cual se presenta alguna patología que lo complica y que por lo tanto puede comprometer la salud de la madre y la de su recién nacido(a).

Según el ministerio de salud toda mujer embarazada de bajo riesgo debe de recibir como mínimo cinco atenciones prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación, su segundo control entre las 16 y 18 semanas, tercer control entre las 24 y 26 semanas, cuarto control entre las 32 y 34 semanas y quinto control entre las 38 y 40 semanas. Además se recomienda que durante un control prenatal se deba garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Al primer contacto de la embarazada con su médico es importante mandarse exámenes de laboratorio (examen general de orina, hematocrito y hemoglobina, tipo Rh, Elisa para VIH, serología para sífilis), así como evaluarse el estado nutricional a través del gráfico de la ganancia de peso y altura uterina.

Durante todos los controles prenatales deberá ponerse especial atención en la evolución de la tensión arterial, el incremento de peso y el crecimiento uterino en relación con las semanas de amenorrea. La detección precoz del latido cardíaco fetal, mediante la utilización de estetoscopio entre las 17 y 20 semanas, así mismo la presencia y la calidad de movimientos fetales. A partir de la semana 27 establecer el diagnóstico de la presentación fetal a través de las maniobras de Leopold y así sucesivamente en cada control hasta culminar el embarazo entre las 37 y las 41 semanas de gestación para lograr un parto en las mejores condiciones para la madre y su recién nacido.

II.3: PARTO.*

Durante los controles prenatales se debe aconsejar a la mujer gestante sobre cual es la importancia de un parto institucional y los riesgos que conlleva el parto extrahospitalario.

Así, se ha definido el parto como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta por vía vaginal, en condiciones óptimas.

En condiciones normales el parto ocurre cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha alcanzado el término de su gestación (entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea).

El trabajo de parto se divide en tres períodos:

- Borramiento y dilatación o Primer Período: Incluye el inicio del trabajo de parto hasta que la dilatación del cuello uterino sea completa (10 cms).

* Directiva técnica nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, MSPAS, 2001.

- Expulsivo o Segundo Período: Inicia con la dilatación completa del cuello uterino y concluye con la salida del feto.
- Placentario, de Alumbramiento o Tercer Período: Inicia con la salida del feto y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas.

II.4: RECIÉN NACIDO.

La atención del recién nacido es el conjunto de acciones inmediatas que se desarrollan al recién nacido(a) a fin de asegurar su bienestar. A todo recién nacido debe proporcionársele atención inmediata y oportuna de calidad, que asegure su salud temprana previniéndole daños a futuro.*

El recién nacido de 37 a 41 semanas de gestación tiene un peso promedio de 3,400 gramos, con una fluctuación de 2500 a 4000 gramos. La talla promedio es de 50 cm. Su cuerpo es cilíndrico y se encuentra en actitud de flexión hipertónica. La cabeza está inclinada sobre el tórax y sus extremidades se encuentran flexionadas. La cabeza y el tronco constituyen la mayor parte de la talla; la circunferencia craneal mide 35 cm. de dimensión, ésta guarda relación con la talla sentado o longitud coronilla-cóccix. La circunferencia promedio del tórax es de 33 cm.. El perímetro abdominal carece de valor semiológico.*

El recién nacido sigue conservando por algunos días la posición que ha tenido en útero, por este motivo su actitud global es de hipertonía en semiflexión.

Entre los lineamientos técnicos básicos para la atención del recién nacido podemos mencionar:*

- Verificar que el equipo de reanimación esté completo y en condiciones óptimas para su uso.
- Apagar el aire acondicionado, previo al nacimiento del recién nacido.

* Directiva técnica nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, MSPAS, 2001.

• Pediatría de Meneghelo, Volumen 1, 3ª. Edición.

Al momento del nacimiento es importante la evaluación APGAR (ver anexo 1) tanto en el primer minuto como a los 5 minutos. Además que es importante determinar la edad gestacional al nacimiento ya sea a través del método Capurro o de Ballard (ver anexo 2 y 3 respectivamente).

II.5: RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO.*

El recién nacido de bajo peso (RNBP) es el que pesa menos de 2500 gramos, sea cual fuere su edad gestacional.

Los recién nacidos tienen una incidencia mayor mientras mas bajo es el estrato socioeconómico. La mortalidad neonatal es de 20 a 40 veces mayor entre los de peso bajo.

Al hablar de recién nacido de bajo peso es importante hablar de nutrición fetal y los factores que condicionan su bajo peso.

II.5.1: NUTRICIÓN Y METABOLISMO DEL FETO.

El feto no se comporta como un parásito perfecto. No es capaz de nutrirse bien si su madre es desnutrida, ni asegurar buena nutrición si ella y las condiciones ambientales tienen situaciones óptimas. Es dependiente pero con autonomía.

El aporte nutritivo que le llega de la gestante que tiene una alimentación adecuada alcanza para las necesidades de ambos.

La gestante obesa debe tener una dieta adecuada para la gestación. No le convienen grandes restricciones.

Entre los factores que condicionan el peso del feto tenemos:

- a) Factores placentarios y del cordón.

* Pediatría de Meneghelo, Volumen 1, 3ª. Edición.

El crecimiento fetal óptimo depende de una placenta funcionalmente eficiente, como suplidora de nutrientes y como órgano de intercambio gaseoso. Cuando disminuye el tamaño placentario se afecta el transporte nutritivo y el intercambio gaseoso. En la preeclampsia disminuye el peso y volumen placentario, aumenta el grosor de la membrana basal y disminuye la superficie de las vellosidades. En los embarazos múltiples, la implantación en regiones sub-óptimas y las interconexiones arterio-venosas son determinantes del retardo de crecimiento fetal. Los cambios que experimenta en el cordón el desnutrido fetal, haciéndose más delgado por la pérdida de la gelatina de Wharton, parece hacerle más fácilmente comprimible; en tal caso, hay accidentes por compresión del cordón, de la arteria umbilical única, etc., merecen especial atención como causa potencial o real de la patología.

b) Factores maternos.

Se hace referencia a la forma crónica que durante varias generaciones ha determinado una disminución del peso, talla y potencialmente biológica de la población adulta. Las gestantes en esas condiciones tienden a tener un recién nacido de un peso medio inferior. En poblaciones desnutridas, las gestantes con restricciones fuertes, aunque menores durante el embarazo, tienen una incidencia de recién nacido de bajo peso que sube del 20% al 60%.

Las gestantes desnutridas que con más frecuencia tienen recién nacido de bajo peso son:

1. Las adolescentes, que tienen exigencias propias aparte de las de su feto.
2. Las que tienen peso y talla pregestacional bajas.
3. Las que tienen mala ganancia de peso durante el embarazo.
4. Las agotadas o repletadas por repetidas e ininterrumpidos embarazos y amamantamientos.
5. Las que tienen patologías causantes de déficit de peso al nacer.

c) Factores ambientales.

Las grandes alturas por encima del nivel del mar se han asociado con recién nacido de bajo peso.

La población de nacidos de bajo peso tiene un riesgo significativamente mayor de morir en el período neonatal y los que sobreviven, de presentar mayores alteraciones del desarrollo neuro-psíquico con relación a los nacidos a término y con peso adecuado. Por lo tanto, las acciones ideales para abordar este problema son las dirigidas a prevenir el nacimiento de niños con bajo peso. Estas acciones son fundamentalmente las destinadas a mejorar el nivel socioeconómico y cultural de la población y a ordenar la obtención perinatal por niveles de atención. Debe hacerse especial atención del control prenatal y en la captación temprana de todas las mujeres embarazadas, para referir en forma oportuna a la madre al nivel técnicamente adecuado para la prevención y tratamiento de su patología (ver anexo 4).

II.6: ADOLESCENTE EMBARAZADA.*

La atención obstétrica a la adolescente embarazada no es distinta de la atención a mujeres adultas, pero es diferenciada, considerando las características propias de este período de vida y debe ser realizada por un equipo multidisciplinario con disponibilidad, flexibilidad y sensibilidad para atender las necesidades de las adolescentes.

La adolescencia esta comprendida entre los 10 y 19 años de edad y se caracteriza por cambios físicos y psicológicos intensos, con repercusiones en el nivel individual, familiar y social de las adolescente.

Todo embarazo en la adolescencia es considerado precoz.

Los riesgos para la embarazada se extienden a su hijo(a), porque la mayoría de las madres adolescentes no pueden darle el soporte emocional, económico y social necesario, y muchas veces la madre comparte con el niño(a) las mismas necesidades de apoyo y protección. Estos pueden ser divididos en obstétricos y sociales.

* Directiva técnica nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, MSPAS, 2001.

Riesgos obstétricos o de corto plazo:

Estos riesgos esta relacionados con la madre y su hijo(a)

PARA LA MADRE	PARA EL RECIÉN NACIDO
<ul style="list-style-type: none">➤ ABORTO.➤ SUICIDIO.➤ DESNUTRICIÓN.➤ ANEMIA.➤ TOXEMIA.➤ DESPROPORCIÓN CEFALO-PÉLVICA➤ INFECCIONES URINARIAS.➤ VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL.➤ ABANDONO ESCOLAR.➤ OTROS	<ul style="list-style-type: none">➤ PREMATUREZ.➤ BAJO PESO AL NACER.➤ RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.

Con un apoyo adecuado de su pareja y/o de su familia y una atención calificada de la embarazada en el prenatal, parto y puerperio, los riesgos inmediatos pueden ser reducidos o suprimidos.

Riesgos sociales o de largo plazo:

Estos riesgos están relacionados con el futuro de la madre y de su hijo(a).

PARA LA MADRE	PARA EL HIJO(A)
<ul style="list-style-type: none">➤ BAJO NIVEL EDUCATIVO.➤ DESEMPLEO Y SUBEMPLO.➤ DIVORCIO O ABANDONO DE LA PAREJA.➤ VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.➤ ALTA FECUNDIDAD.	<ul style="list-style-type: none">➤ ALTA MORTALIDAD.➤ DESNUTRICIÓN.➤ ACCIDENTES.➤ ABUSO Y NEGLIGENCIA.

<ul style="list-style-type: none">➤ ESTERILIZACIÓN TEMPRANA.➤ AUMENTO O PERPETUACION DE LOS NIVELES DE POBREZA.➤ PROBLEMAS PSICOLÓGICOS.➤ OTROS.	<ul style="list-style-type: none">➤ BAJO NIVEL EDUCACIONAL.➤ OTROS.
---	--

Cuando la adolescente recibe la atención necesaria en salud, los riesgos obstétricos son menores si se comparan con los riesgos sociales y económicos.

En nuestro medio la principal causa de que una adolescente embarazada no acuda a una inscripción prenatal temprana es el miedo a los padres a que se den cuenta del embarazo, ya que la mayoría de ellas previamente han sido mal aconsejadas, ya sea por un familiar o por otra persona, además de que la pareja de la adolescente la abandona o rechaza al producto.

III. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

II.1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre inscripción tardía del control prenatal en las adolescentes de 15 a 20 años de edad con el bajo peso del recién nacido, en los meses de julio del 2004 a julio del 2005 en la Unidad de Salud de Ahuachapán?

III.2 HIPÓTESIS

H1: “¿Será mejor el peso al nacer si inscribe tardíamente o será menor el peso al nacer al inscribir tardíamente?”

H2: “¿Inscribir tardíamente el control prenatal aumenta las probabilidades del nacimiento de un niño con bajo peso?”

III.3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente estudio toma como universo a todas las embarazadas que consultaron en la Unidad de Salud de Ahuachapán, en el periodo comprendido de julio del 2004 a julio del 2005, que son un total de 655, (sabiendo que no todas las mujeres que estuvieron embarazadas en ese período consultaron a dicha Unidad, ya que algunas de ellas consultan con médico particular o inician controles prenatales en el Hospital Francisco Menéndez, por lo que el número de gestantes para este período puede ser mayor del antes mencionado), de las cuales tomaremos como muestra a aquellas gestantes adolescentes entre los 15 y 20 años que iniciaron su control prenatal tardíamente, que son en total de 64 pacientes, no tomando en cuenta aquellas jóvenes adolescentes de 15 a 20 años que iniciaron su control

prenatal tempranamente. Por lo que decimos que nuestra muestra es no probabilística porque no todas las embarazadas serán elegidas para llenar el cuestionario, ya que deben cumplir ciertas características o requisitos, entre estos: la edad, de 15 a 20 años; inscripción prenatal mayor a las 12 semanas entre los meses de julio a diciembre del 2004: haber verificado parto entre los meses de enero a julio del 2005.

En un período de 7 meses, durante la consulta general, realizada en la Unidad de Salud de Ahuachapán, se captaron mujeres jóvenes, en su posparto inmediato, que llegaban a inscripción infantil y control posparto. La forma de cómo captar a las adolescentes e incluirlas al estudio era a través del CLAP, el cual se revisaba para ver en que mes de la edad gestacional inició su control prenatal, y así poder tomar como parte del estudio, solamente a adolescentes jóvenes de 15 a 20 que iniciaron su control prenatal después del tercer mes de gestación (arriba de las 12 semanas).

III.3.1: TIPO DE ESTUDIO.

El estudio a realizar es de tipo descriptivo, porque tomamos como muestra a aquellas jóvenes gestantes que se inscribieron tardíamente en el control prenatal entre los meses de julio a diciembre del año 2004 y que dieron a luz entre los meses de enero a julio del año 2005 a través del cual esperamos conocer y establecer si existe alguna relación de un control prenatal tardío con el nacimiento de un niño de bajo peso al nacer, ya que hasta el momento no se encuentra un estudio donde se demuestre o se mencione esta relación, solamente se han relacionado con el bajo peso al nacer múltiples factores que se mencionan en el anexo 4.

III.3.2: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN O RECOLECCIÓN DE DATOS.

Nuestro instrumento de medición es el **cuestionario**, que contiene en su mayoría preguntas categorizadas, y unas pocas preguntas cerradas. En aquellas adolescentes gestantes que no saben leer ni escribir, fue una de las personas cercanas a ellas quien les ayudo a contestar dicho cuestionario, siendo estas ya sea el compañero de vida, o la madre de estas, y en algunas ocasiones, un amigo(a) de la gestante.

III.3.3: PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS.

Los resultados de cada una de nuestras variables a estudiar, se tabularán en datos introducidos al programa Microsoft Excel, en donde cada gráfico obtendrá su interpretación y análisis según los resultados.

III.3.4: RECURSOS UTILIZADOS PARA LA INVESTIGACIÓN.

- **Recursos Humanos:** Tres médicos en servicio social.

- **Recursos Materiales:** Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se necesito de: Dos computadoras (una de ellas es una computadora portátil) utilizadas para el mismo propósito y una impresora; tinta para impresión; fotocopias, principalmente de las encuestas dirigidas a 64 pacientes en su posparto inmediato; papel, el cual se ha utilizado para la impresión del trabajo.

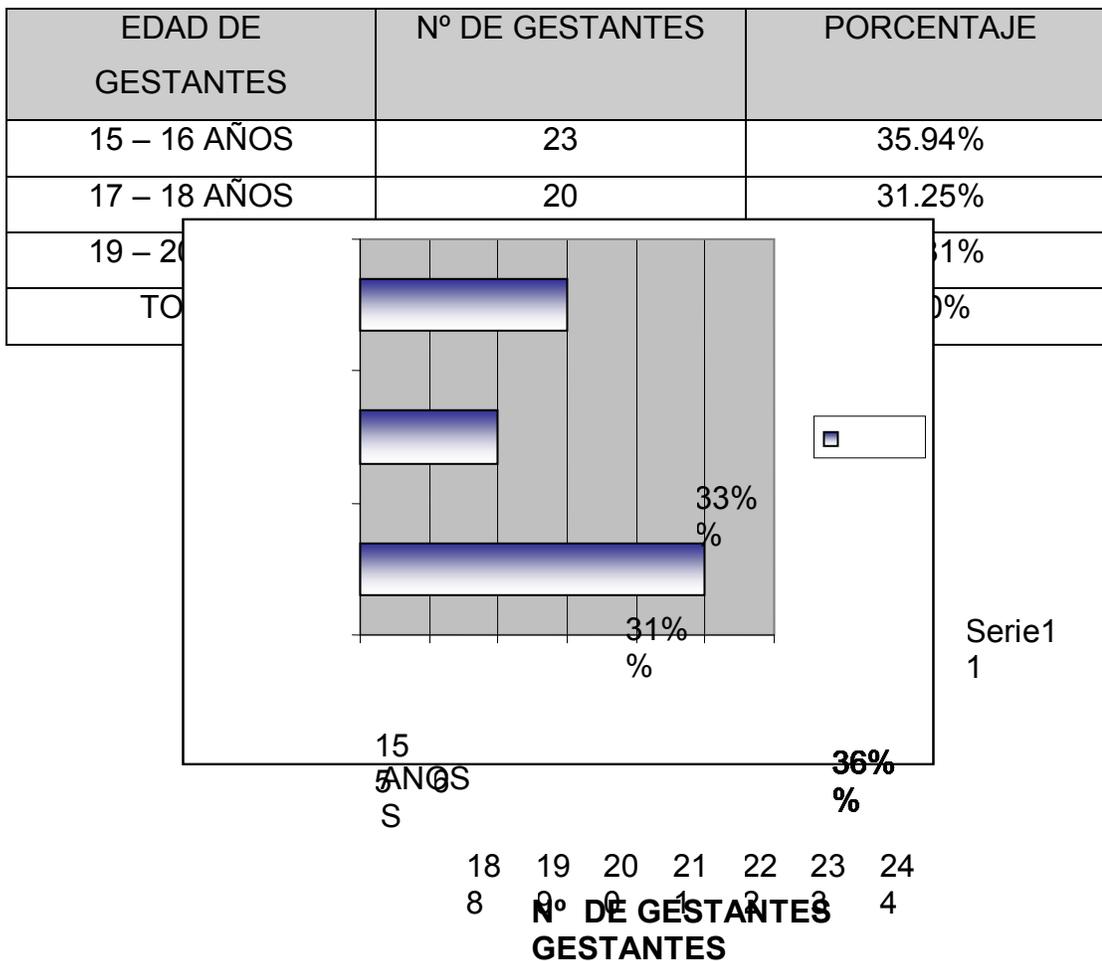
- **Recursos financieros:** Entre los cuales vamos a mencionar los siguientes gastos mostrados como sigue:

MATERIAL	TOTAL GASTADO
IMPRESIONES	\$ 60
TRANSPORTE	\$ 20
GASOLINA	\$ 67
ALIMENTACIÓN	\$50
PAPEL	\$ 12
TINTA	\$ 32
ANILLADO	\$ 7
FOTOCOPIAS	\$ 12
COMPRA VARIAS	\$ 30
TOTAL	\$ 290

III.4: ANÁLISIS DE DATOS.

GRÁFICA N° 1:

GRUPOS DE EDADES DE ADOLESCENTES GESTANTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON SU CONTROL PRENATAL TARDÍO EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.



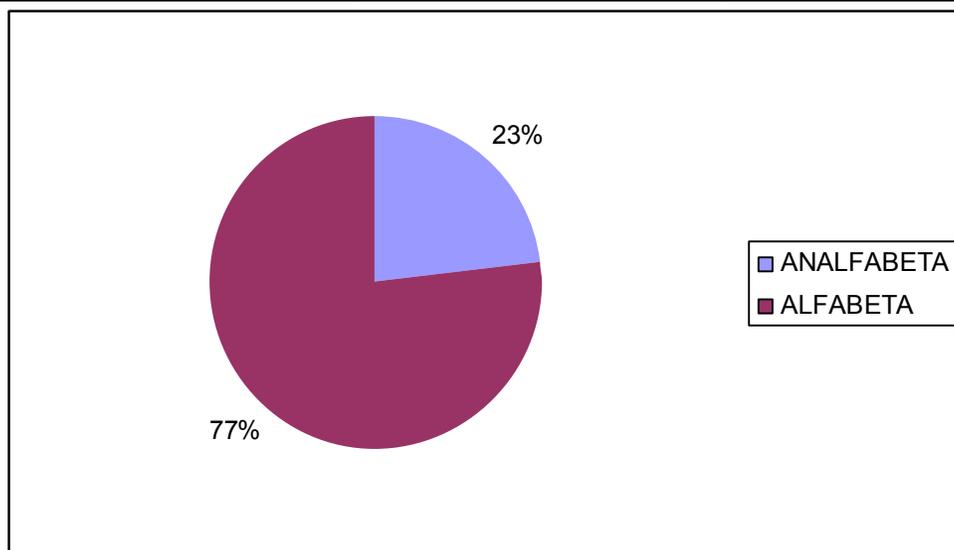
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

El gráfico muestra las edades de las jóvenes adolescentes gestantes que iniciaron su control prenatal tardíamente, en el cual podemos observar que existe poca diferencia en el número de adolescentes entre los grupos de edad.

GRÁFICA N° 2:

NIVEL DE ALFABETISMO DE ADOLESCENTES GESTANTES ENTRE LOS 15 Y 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON TARDÍAMENTE SU CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

NIVEL DE ESTUDIO	N° DE GESTANTES	PORCENTAJE
ANALFABETA (NO SABE NI LEER NI ESCRIBIR)	15	23.44%
ALFABETA (SABE LEER Y ESCRIBIR)	49	76.56%
TOTAL	64	100%



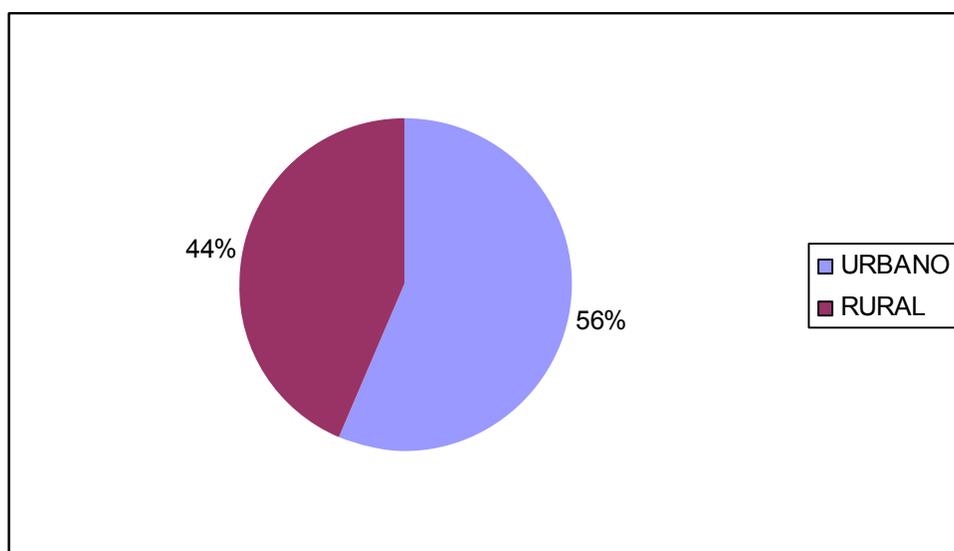
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

En este gráfico se puede observar que el grado de analfabetismo entre las gestantes adolescente es grande, de un 23.43% (15) de la población gestante adolescente encuestada, en comparación con el 76.57% (49), siendo el analfabetismo uno de los factores condicionantes hacia el inicio de un control prenatal tardío.

GRÁFICA N° 3:

PROCEDENCIA DE GESTANTES ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON TARDÍAMENTE SU CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

PROCEDENCIA	Nº DE GESTANTES	PORCENTAJE
URBANA	36	56.25%
RURAL	28	43.75%
TOTAL	64	100%



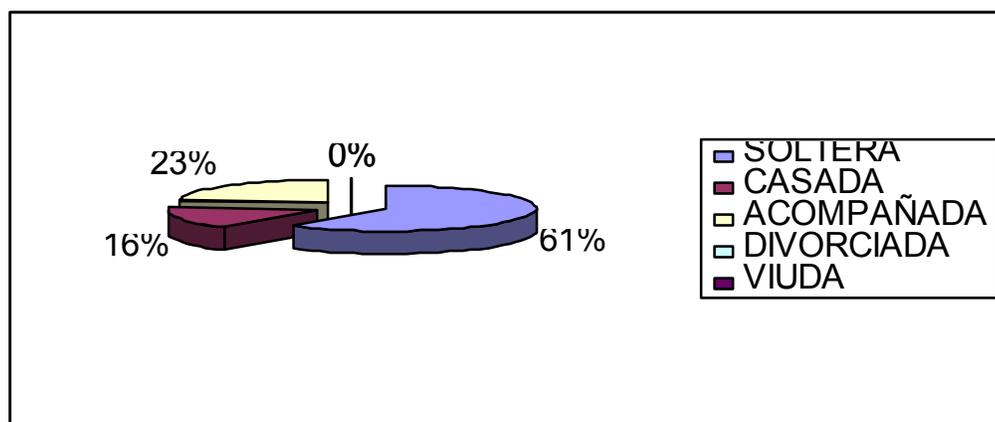
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

Esta gráfica representa la cantidad de gestantes según su procedencia, ya sea del área urbana o rural. De todas las encuestadas del área rural, que es el 44% de la población encuestada, se observó que las analfabetas (23%, representadas en el gráfico 2), todas procedían de esta área, siendo nada más 13 gestantes (21%) de esta área que por lo menos sabían leer y escribir en comparación con las del área urbana, que representan el 56% de la población encuestada, que todas sabían leer y escribir, aunque no tuvieran un grado de estudio alto.

GRÁFICA N° 4:

ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES GESTANTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON TARDÍAMENTE SU CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

ESTADO CIVIL	Nº DE GESTANTES	PORCENTAJE
SOLTERA	39	60.94%
CASADA	10	15.62%
ACOMPAÑADA	15	23.44%
DIVORCIADA	0	0%
VIUDA	0	0%
TOTAL	64	100%



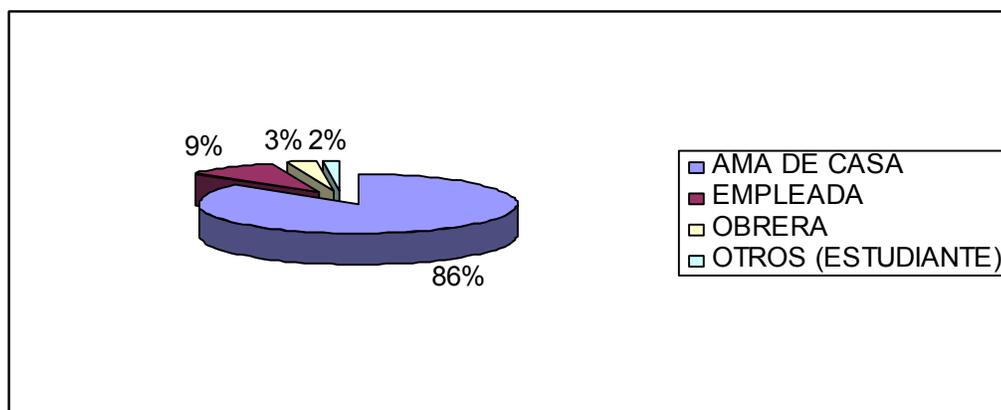
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

Esta gráfica representa el estado civil de las gestantes adolescentes de 15 a 20 años de edad, en donde se puede observar que el 61% (39) es soltera, siendo éstas el grupo de adolescente que más predomina. El segundo grupo predominantes es el de las adolescentes gestantes acompañadas, representadas por el 23% (15). Las mujeres casadas representan el 16% (10) de esta población.

GRÁFICA N° 5:

OCUPACIÓN DE ADOLESCENTES GESTANTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON SU CONTROL PRENATAL TARDÍO EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

OCUPACIÓN	N° DE GESTANTES	PORCENTAJE
AMA DE CASA	55	85.94%
EMPLEADA	6	9.38%
OBRERA	2	3.12%
OTROS (ESTUDIANTE)	1	1.56%
TOTAL	64	100%



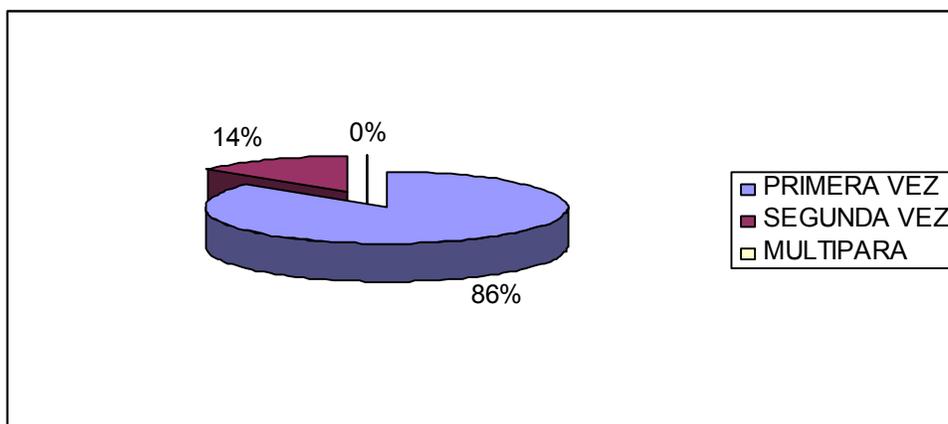
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

La gráfica representa la ocupación de las adolescentes gestantes, en donde podemos observar que el 86% (55), de las gestantes, se dedican a los oficios domésticos, en su propia casa, aquí en este grupo se encuentran la mayoría del área rural y urbana, mientras que el 9% (6), tienen un trabajo domestico remunerado, en las obreras, están aquellas que trabajan en maquilas, representado por el 3% de las gestantes, y por último una estudiante, (2%), que aunque no esta siendo remunerada pero por razones de estudio inicio su control prenatal tardíamente.

GRÁFICA N° 6:

NÚMERO DE GRAVIDEZ EN PACIENTES GESTANTES ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON SU CONTROL PRENATAL TARDÍAMENTE EN LA UNIDAD DE SALUD E AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

N° DE GESTACION	N° DE GESTANTES	PORCENTAJE
PRIMERA VEZ	55	85.94%
SEGUNDA VEZ	9	14.06%
MULTIPARA	0	0%
TOTAL	64	100%



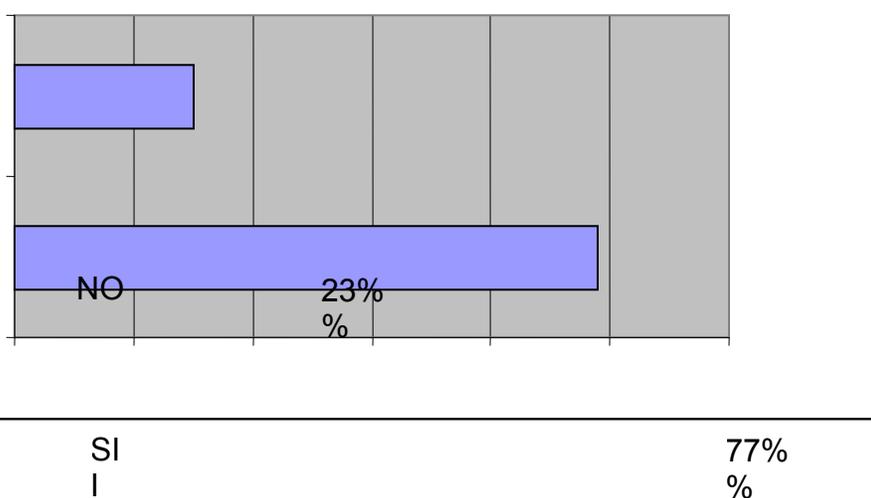
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

En el gráfico podemos observar que, el 86% (55) de la población gestante adolescente (comprendiéndose en este grupo, gestantes solteras, casadas, y acompañadas), es su primer embarazo, siendo el 14% (9) restante el grupo que es su segundo embarazo, la mayoría de ellas son casadas y acompañadas. Como podemos observar, la mayoría de las gestantes adolescentes solteras son las que tienen su primer embarazo, y es, en la mayoría de ellas, la poca educación e información por parte de los padres, que tienen hacia sus hijos, lo que las lleva a un embarazo precoz.

GRÁFICA N° 7:

CONOCIMIENTO SOBRE LA EXISTENCIA DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIAN SU CONTROL PRENATAL TARDÍAMENTE EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

CONOCIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL	N° DE GESTANTES	PORCENTAJE
SI	49	76.56%
NO	15	23.44%
TOTAL	64	100%



0 10 20 30 40 50 60
0 0 0 0 0 0

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

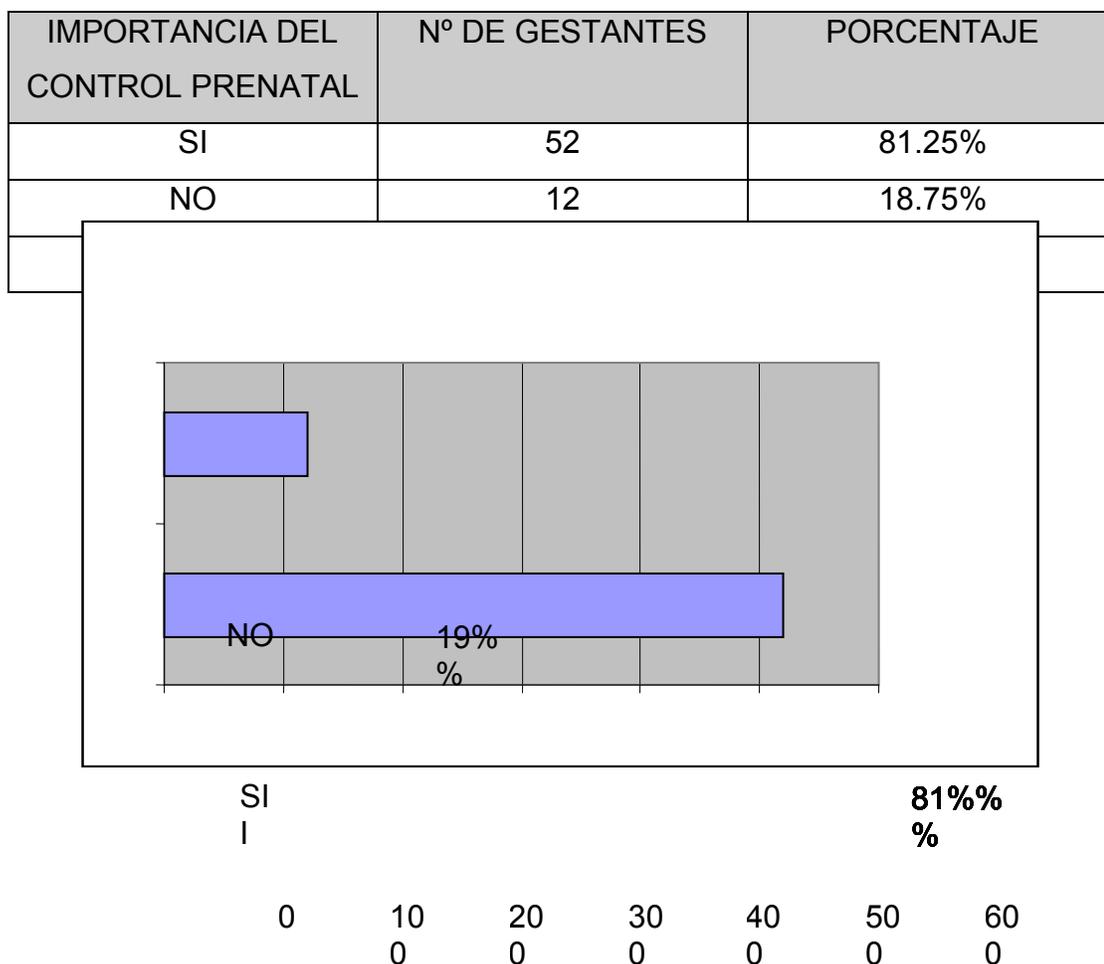
En este gráfico se observa que de 64 gestantes adolescentes (100%) solamente 49 (77%) de ellas tenían conocimiento del control prenatal, y 14 (23%) de ellas no habían escuchado de él.

Es de hacer una observación, que esta gráfica no se relaciona con el alfabetismo, ya que como mencionamos en la grafica 2, que 77% de las gestantes adolescentes eran alfabetas, y 23% analfabetas. Además cabe señalar que varias gestantes saben del control

prenatal pero que por motivos de trabajo, o que la unidad de salud se encuentra lejos, o por pobreza y falta de dinero a acudir a la unidad, no asisten a un control prenatal, como se vera en el grafico (9).

GRÁFICA N° 8:

CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIAN TARDÍAMENTE SU CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.



Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

Este gráfico representa el conocimiento de las gestantes sobre la importancia de un control prenatal, en donde 81% de las gestantes adolescentes respondieron que era importante porque era una forma de saber como crecía el bebe adentro del útero, mientras

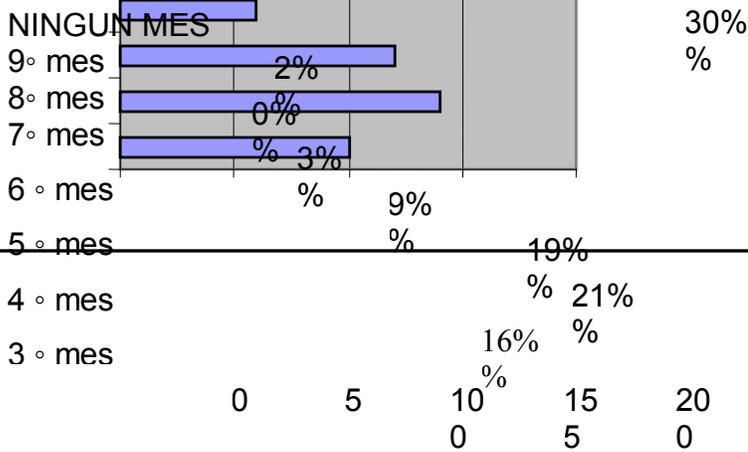
que otras respondieron que era importante por el bienestar de ella y de su bebe. En tanto que las 19% de las gestantes restantes no supieron responder ya que iban al control porque alguien les dijo que tenía que ir, y en este grupo se encontraban adolescentes solteras en su mayoría, y que además estaban en una etapa avanzada de su gestación.

GRÁFICA N° 9

ETAPA O MES DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON SU CONTROL PRENATAL TARDÍAMENTE EN LA UNIDA DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

MES DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL	N° DE GESTANTES	PORCENTAJE
3° MES	10	15.63%
4° MES	14	21.88%
5° MES	12	18.75%
6° MES	6	9.37%
7° MES	2	3.12%
8° MES	0	0.00%
9° MES	1	1.56%
NINGUN CONTROL	19	29.69%
TOTAL	64	100%

CONTROLES DE LAS GESTANTES



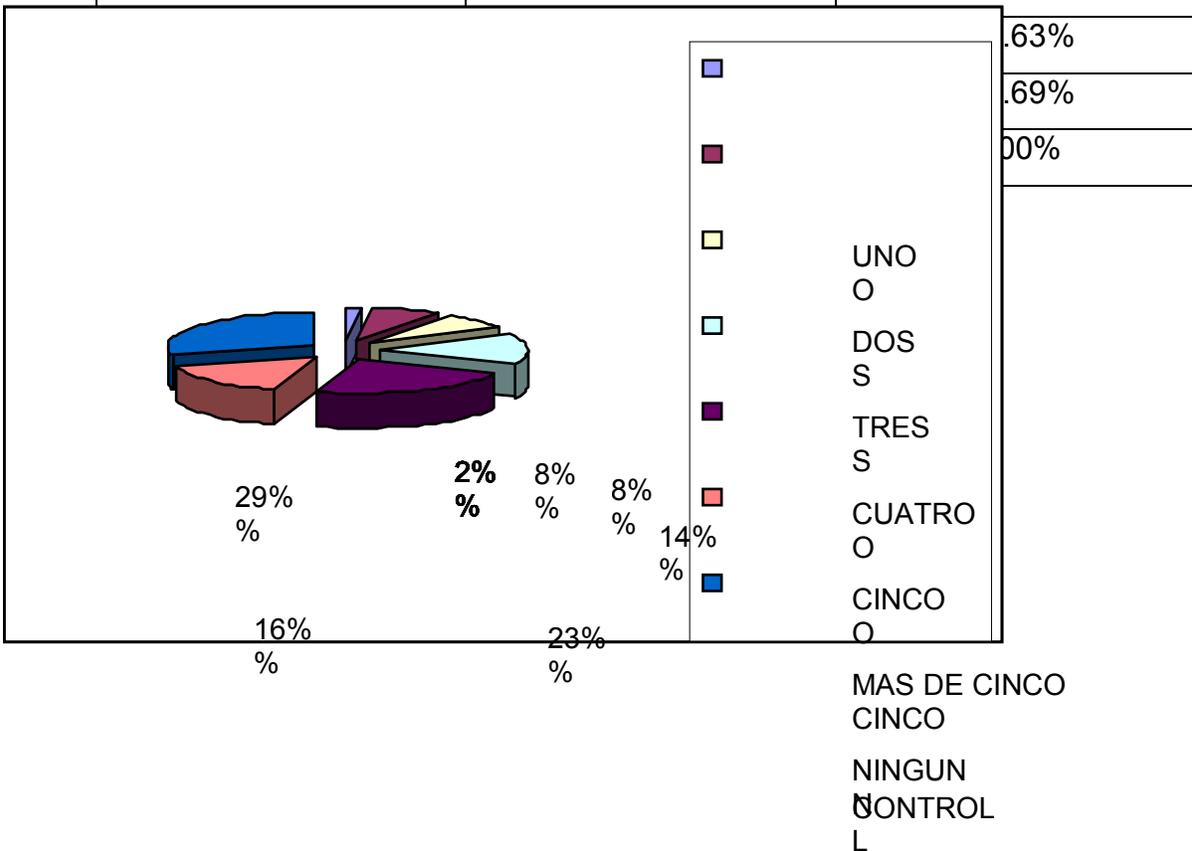
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato

En esta gráfica se puede observar que de todas las gestantes encuestadas todas iniciaron su control prenatal en el tercer mes, o mas tarde, y que el 30% de ellas no llevaron ningún control prenatal, y no fue solo por desconocimiento del mismo, si no que por razones de tiempo o distancia, ya que algunas de ellas trabajaban en zonas lejanas al lugar donde residen (Ej., San Salvador), desde donde no les queda lugar para asistir a un control prenatal, y cuando llegan a su lugar de residencia las unidades de salud se encuentran cerradas. Además varias jóvenes gestantes no asistieron a ningún control por falta de dinero para el transporte a la unidad de salud, mientras que otras no tenían reportados controles prenatales en un CLAP porque los llevaron con medico particular, y llegaron a la Unidad de Salud para Inscripción de su Recién Nacido, así también cabe mencionar que la ignorancia del control prenatal es un factor determinante a la no asistencia del mismo.

GRÁFICA N° 10:

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ASISTIDOS EN GESTANTES ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INCIARON SU CONTROL PRENATAL TARDÍAMENTE EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

N° DE CONTROLES	N° DE GESTANTES	PORCENTAJE
UNO	1	1.56%
DOS	5	7.81%
TRES	5	7.81%
CUATRO	9	14.06%
CINCO	15	23.44%



Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

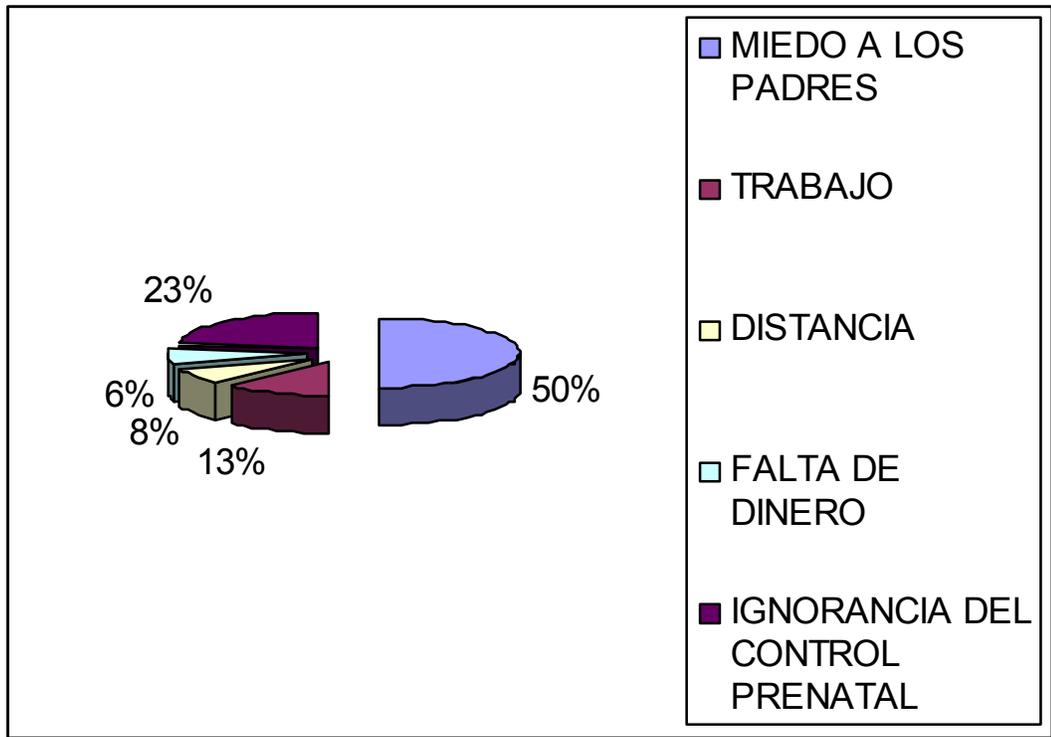
Como podemos observar en esta gráfica solo una gestante adolescente llevo un solo control prenatal, en la gráfica anterior se muestra que lo inició en el noveno mes, esta

paciente llego a su control prenatal porque fue un promotor que le hablo de la importancia de este, y llego a las semana 38 de gestación, así hay varias adolescentes gestantes que llevaron pocos controles prenatales en toda su gestación , al igual como podemos observar que el 30% de ellas no llevaron ningún control prenatal, cuyas razones ya fueron explicadas anteriormente en el grafico 9. Además se puede observar que son pocas las adolescentes,10 (16%) para ser exactos, que llevaron mas de 5 controles prenatales, que son los establecidos por la Directiva Técnica Nacional para la Atención de la mujer embarazada durante el embarazo, el parto, el puerperio y del recién nacido, que son las normas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

GRÁFICA N° 11:

CAUSAS DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL TARDÍO EN GESTANTES ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

CAUSAS	Nº DE GESTANTES	PORCENTAJE
MIEDO A LOS PADRES	32	50.00%
TRABAJO	8	12.50%
DISTANCIA	5	7.81%
FALTA DE DINERO	4	6.25%
IGNORANCIA DEL CONTROL PRENATAL	15	23.44%
TOTAL	64	100%



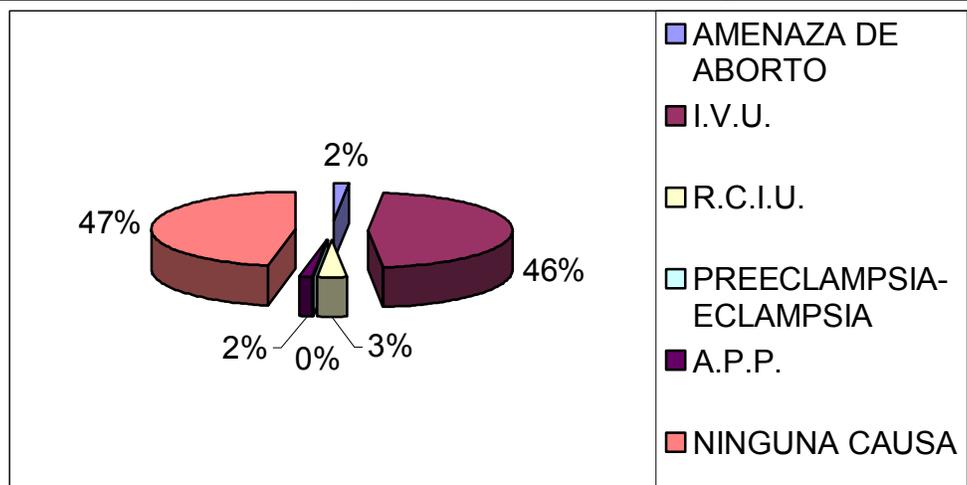
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

En este gráfico se puede observar que la principal causa de no asistir a un control prenatal temprano es el miedo que tienen las adolescentes a sus padres, (50%), por el hecho de estar embarazadas, al igual que la ignorancia del control prenatal (23%), así como la falta de dinero (6%), van de la mano como causas de inicio tardío de control prenatal, las otras causas son por la distancia al centro de salud y trabajo lejos del lugar de residencia, además cabe mencionar la ignorancia de estar embarazada.

GRÁFICA N° 12.

COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON SU CONTROL PRENATAL TARDÍAMENTE EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPAN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO	N° DE GESTANTES	PORCENTAJE
AMENAZA DE ABORTO	1	1.6%
INFECCION DE VIAS URINARIAS (IVU)	30	46.9%
RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO(RCIU)	2	3.0%
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	0	0%
AMENAZA DE PARTO PREMATURO (APP)	1	1.6%
NINGUNA CAUSA	30	46.9%
TOTAL	64	100%



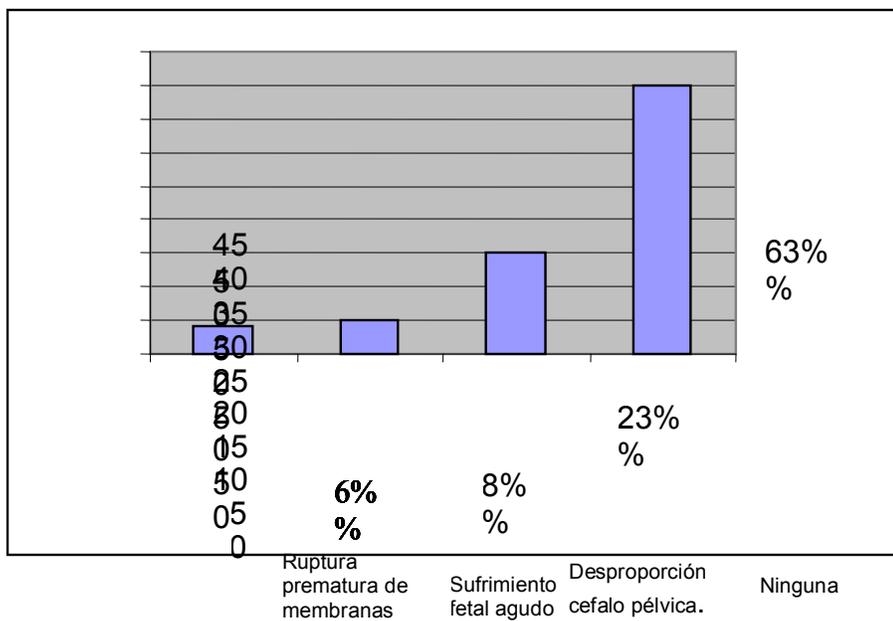
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

En esta gráfica podemos observar que son las infecciones de vías urinarias (47%), una de las complicaciones mas frecuentes durante en el embarazo, y en estos casos, ha sido la causa de amenaza de aborto y amenaza de parto prematuro, ya que las pacientes que presentaron esta complicación así lo refirieron, en cuanto al Retardo del crecimiento intrauterino cabe mencionar que no se detecto en la encuesta, si no durante el examen físico del niño recién nacido. Ninguna paciente presento preeclampsia durante el embarazo.

GRÁFICA N° 13:

COMPLICACIÓN DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON SU CONTROL PRENATAL TARDÍAMENTE EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPAN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO	Nº DE GESTANTES	PORCENTAJE
Ruptura prematura de membranas	4	6.25%
Sufrimiento fetal agudo	5	7.81%
Desproporción céfalo pélvica	15	23.44%
NINGUNA	40	62.50%
TOTAL	64	100%



COMPLICACIONES

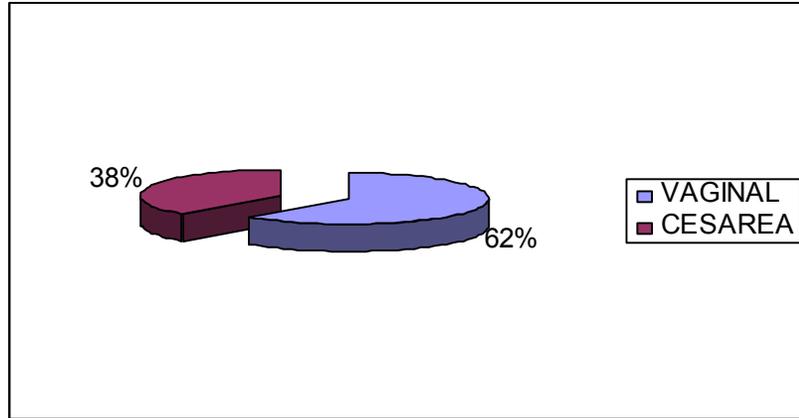
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

En esta gráfica se demuestra que la complicación más frecuente es la desproporción cefalo-pélvica (23%) en comparación con el sufrimiento fetal agudo (8%). La ruptura prematura de membranas se toma aquí en cuenta porque fueron la causa de algunos partos prematuros en estas adolescentes. Podemos decir que del 100% de las adolescentes encuestadas el 37.5% presentó alguna complicación durante el parto.

GRÁFICA N° 14:

VÍA DEL PARTO DE RECIÉN NACIDOS DE ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON TARDÍAMENTE SU CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

VIA DEL PARTO	Nº DE GESTANTES	PORCENTAJE
VAGINAL	40	62.5%
CESAREA	24	37.5%
TOTAL	64	100%



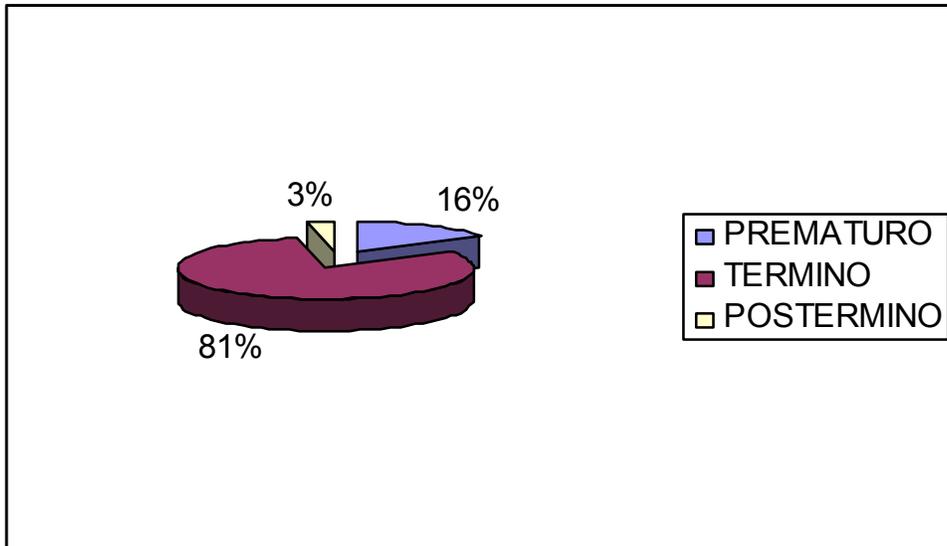
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

Esta gráfica representa la vía del parto del recién nacido, en donde el 63% (40) de las adolescentes verificaron parto vaginal, en tanto que el 37% (24), fue parto por cesárea, siendo en estos casos la Desproporción cefalo pélvica la causa más frecuente, junto con el Sufrimiento Fetal Agudo, mostrados en la gráfica anterior, y de las 9 pacientes que era su segundo embarazo, a 4 de ellas se les realizó cesárea por haber tenido cesárea anterior, las cuales no se encuentran graficadas como complicación durante el parto, porque no es una complicación.

GRÁFICA N° 15:

MADUREZ DEL RECIÉN NACIDO, HIJO DE MADRE ADOLESCENTE DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON SU CONTROL PRENATAL TARDÍO EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DL 2005.

MADUREZ DEL RECIEN NACIDO	N° DE RECIEN NACIDO	PORCENTAJE
PREMATURO	10	15.63%
TERMINO	52	81.25%
POSTERMINO	2	3.13%
TOTAL	64	100%



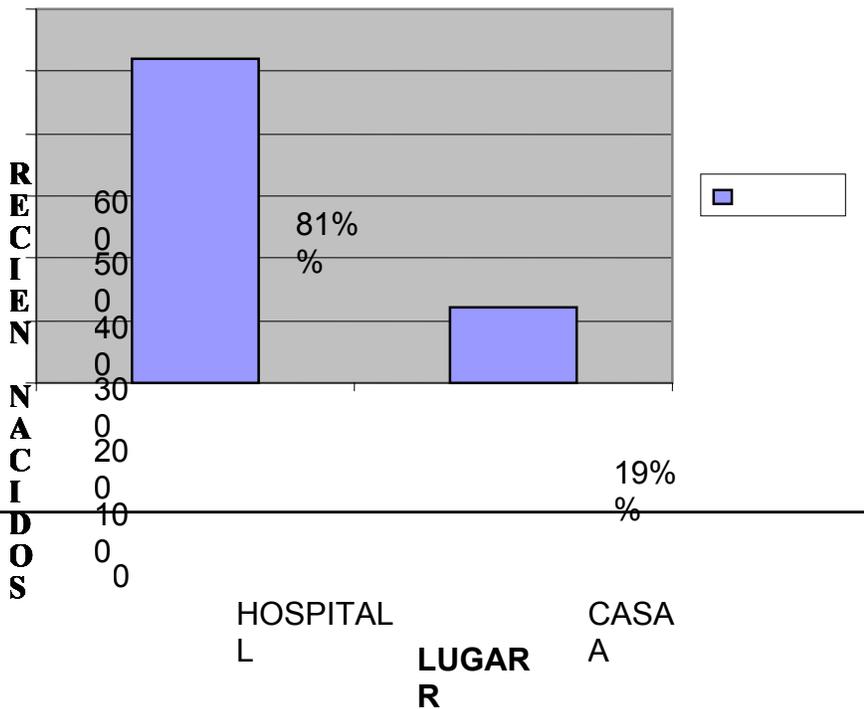
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

En este gráfico se muestra el tiempo de edad gestacional del recién nacido, representado como madurez del recién nacido, donde observamos que del 100% (64) de los recién nacidos el 81% (52) tuvieron una edad gestacional entre 37 y 41 semanas, en tanto que el 16% (10) nació antes de las 37 semanas, y el 3% (2), nació posterior a las 41 semanas. Es de aclarar que en algunos recién nacidos el grado de madurez no se relaciona con el peso al nacer, (que se muestra en la gráfica N° 19) en donde algunos recién nacidos de término presentan bajo peso al nacer.

GRÁFICA N° 16:

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS RECIÉN NACIDOS HIJOS DE ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON CONTROL PRENATAL TARDÍAMENTE EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

LUGAR DE NACIMIENTO	N° DE RECIÉN NACIDO	PORCENTAJE
HOSPITAL	52	81.25%
CASA	12	18.75%
		100%



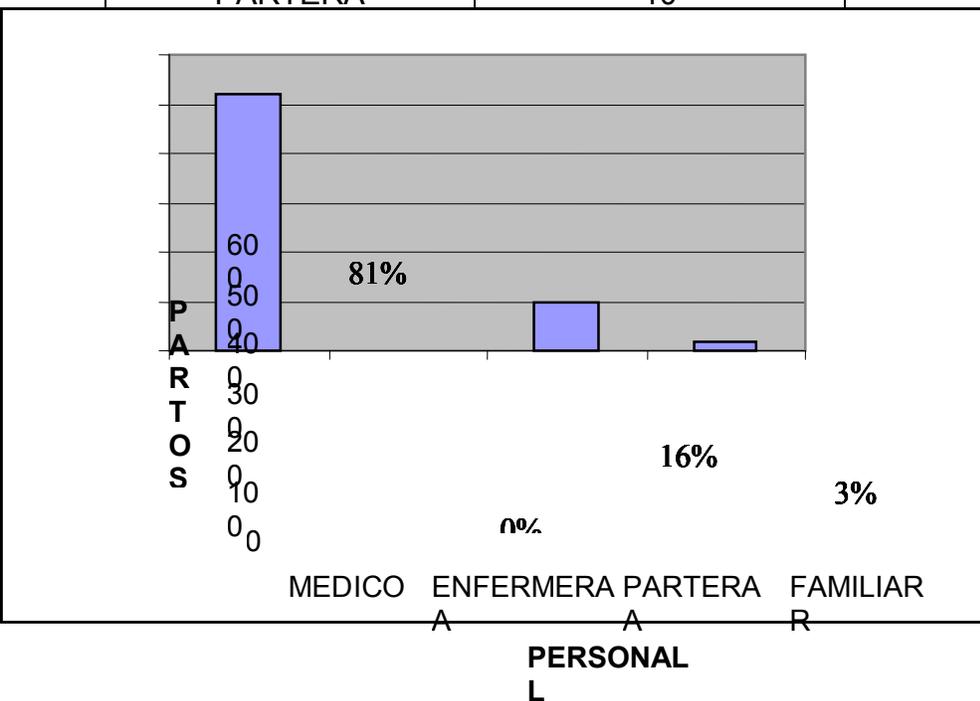
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

En este gráfico podemos observar que un gran número de adolescentes tuvieron su hijo en hospital, representado por el 81% (52). Mientras que el 19% (12) restante lo tuvo en la casa, y las razones fueron por: falta de dinero para el transporte, la distancia, siendo principalmente de los lugares más retirados de la ciudad de Ahuachapán.

GRÁFICA N° 17:

PERSONAS QUE ATENDIERON EL PARTO DE RECIÉN NACIDOS DE ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON SU CONTROL PRENATAL TARDÍO EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO	PARTOS	PORCENTAJE
MEDICO	52	81.25%
ENFERMERA	0	0%
PARTERA	10	15.63%
FAMILIAR	3	3.12%
		100%



Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

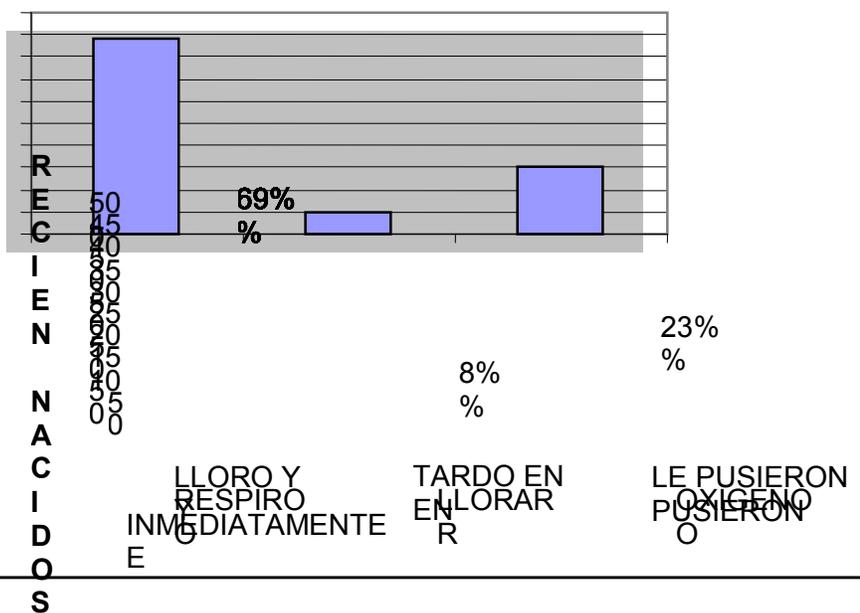
La gráfica muestra que los partos atendidos en casa, la mayoría de ellos, el 16%, fueron atendidos por parteras, que se encuentra capacitadas para la atención del parto, en tanto solamente el 3% de los partos fueron atendidos por familiares de la paciente, uno de ellos fue atendido por el esposo y el otro atendido por la madre de la paciente. Como se

menciono anteriormente, la falta de dinero y la distancia son factores no contributorios al parto institucionalizado.

GRÁFICA N° 18:

CRITERIOS EVALUADOS DEL RECIÉN NACIDO, HIJOS DE ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS, QUE INICIARON SU CONTROL PRENATAL TARDÍO EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

CRITERIOS	N° DE RECIEN NACIDOS	PORCENTAJE
LORO Y RESPIRO INMEDIATAMENTE	44	68.75%
TARDO EN LLORAR	5	7.81%
LE PUSIERON	15	23.44%
		00%



CRITERIOS

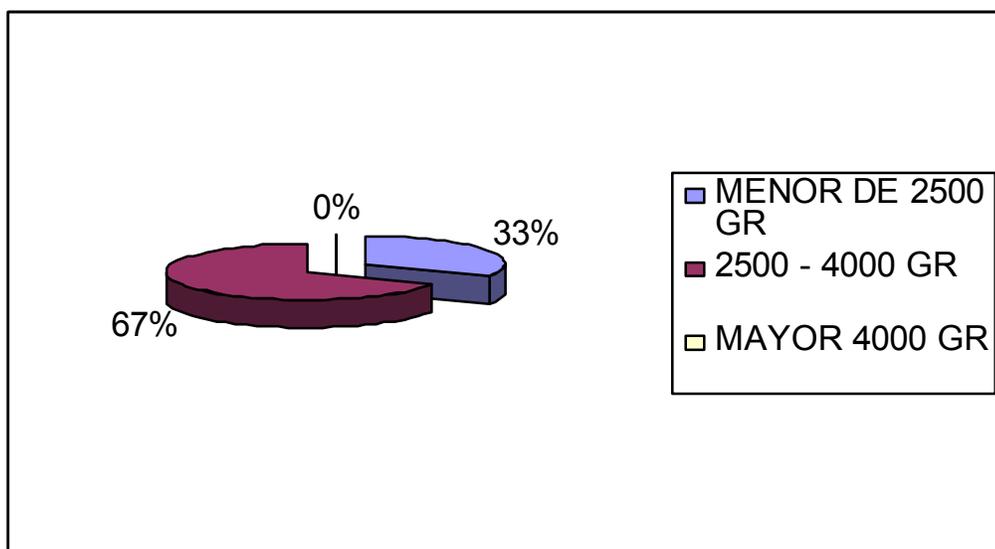
Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

En esta gráfica se muestran los criterios más primordiales al evaluar al recién nacido, ya que como no se obtiene un dato preciso de los criterios del APGAR, se preguntó los criterios antes graficados. Según las madres, al 23% de los recién nacidos les pusieron oxígeno, todos ellos eran prematuros y varios de ellos nacidos por cesárea, a 5 recién nacidos (8%), los cuales en este caso eran de término, tardaron en llorar por lo que se les puso oxígeno por un momento. Los que lloraron y respiraron al nacer (69%), no tuvieron necesidad de oxigenoterapia.

GRÁFICA N° 19:

PESOS DE LOS RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, QUE INICIARON CONTROL PRENATAL TARDÍAMENTE EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

PESO	N° DE RECIEN NACIDO	PORCENTAJE
MENOR DE 2500 GR	21	32.81%
2500 - 4000 GR	43	67.19%
MAYOR 4000 GR	0	0%
TOTAL	64	100%



Fuente: Datos obtenidos de cuestionario contestado por pacientes en su posparto inmediato.

Esta gráfica representa los pesos de los recién nacidos, en donde podemos observar, que ningún recién nacido peso más de 4000 gramos, el recién nacido que tuvo el mayor peso fue de madre P2V2, vía cesárea, y fue 3,600 gramos, en todos los demás recién nacidos sus pesos promediaron 2,780 gramos. Los recién nacidos con bajo peso (33%), incluyendo a los 10 prematuros que todos fueron en este caso de bajo peso, quedando 11 restantes, los cuales eran de término, tuvieron un promedio de peso de 2,340 gramos, siendo hijos de madres procedentes la mayoría de zonas rurales, alejadas, y 7 de ellas habían asistido a 3 controles prenatales, 2 de ellas, nunca los llevaron, 1 madre adolescente solo llevo un control, y 1 de ellas, que era su segundo bebe había asistido a mas de 5 controles.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

IV.1 RESUMEN.

El conocimiento de los signos presuntivos, probables y positivos, ayudan al médico y a la paciente a poder identificar si están o no embarazadas, ya que son ellas las primeras en darse cuenta, y así poder iniciar un control prenatal temprano (antes de los tres meses o 12 semanas de gestación), y poder detectar si existe algún tipo de riesgo para su embarazo.

Este estudio de tipo descriptivo, trata de identificar la relación entre la inscripción prenatal tardía en adolescentes de 15 a 20 años con el nacimiento de un recién nacido que tenga bajo peso, en el cual se conoció que de todas las gestantes, existe un buen porcentaje de ellas que son analfabetas, que proceden de zonas rurales y que tienen una inaccesibilidad para consultar a un centro de Salud. Además se observó que la mayoría de ellas no empiezan un control prenatal temprano debido al miedo que le tienen a sus padres, ya que son solteras, así también a aquellas que el trabajo que desempeñan no se lo permite. Por lo tanto decimos que los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que la inscripción prenatal tardía por si sola no se relaciona con un recién nacido de bajo peso, pero puede aumentar la probabilidad de ello, pero debe coexistir con ciertos factores condicionantes que aumentan el riesgo de un recién nacido de bajo peso. Por lo que el realizar otros estudios en otras gestantes, sean estas de mayor edad, multíparas o con otros tipos de riesgo, o que hayan iniciado control prenatal temprano, sería ideal para poder compararlo y determinar si existen alguna relación entre la inscripción tardía del control prenatal y el recién nacido de bajo peso.

IV.2 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

Es importante identificar a toda joven adolescente, en quien se sospecha que puede estar embarazada, ya que así es como se le puede explicar la importancia de un control prenatal temprano, explicarle las diferentes complicaciones, a la vez que se le debe de realizar sus exámenes prenatales, además de estimularla e incentivarla a que continúe con los controles prenatales hasta la última semana de la gestación y así promover un parto institucionalizado.

El médico o la persona que realiza una inscripción prenatal ya sea tardía o temprana debe de ser muy observador en cuanto a: estatura de la paciente, nivel socioeconómico, estado nutricional, estado emocional al momento de la consulta, además de identificar con exactitud las semanas de gestación.

En cada control prenatal al que asista la mujer embarazada, sea adolescente o no, se debe de observar: aumento de peso, en relación al control prenatal anterior; el crecimiento uterino relacionado con las semanas de gestación; posición del feto en relación al control prenatal anterior y el estado de salud física y emocional de la adolescente en el momento del control prenatal.

Un control prenatal tardío, se encuentra relacionado con el bajo peso de un recién nacido, si se acompaña de: nivel socioeconómico bajo de la paciente, desnutrición, bajo peso, talla menor de 150 cm., entre otros factores, ya que estos factores pueden modificar el peso de un feto y al final tener un producto de bajo peso. Sin estos factores condicionantes, un control prenatal tardío por si solo, no afecta el peso de un recién nacido, ya que hay madres adolescentes que tienen un buen estado nutricional, y tener un control prenatal tardío no importando la semana de gestación y que al final no afecta el peso del recién nacido, pero aumenta las probabilidades de un recién nacido de bajo peso.

Por lo tanto en relación a la primera hipótesis que dice:

H1: “¿Será mejor el peso al nacer si inscribe tardíamente o será menor el peso al nacer al inscribir tardíamente?”

Decimos que:

El bajo peso de un recién nacido se relaciona a múltiples factores, los cuales se mencionan en el anexo 4 (factores que se asocian al bajo peso al nacer), por lo que la hipótesis antes mencionada no queda comprobada, queda descartada, ya que, la inscripción prenatal tardía por si sola no afecta el peso de un recién nacido, ya que deben coexistir factores condicionantes para que el peso de un recién nacido se vea afectado.

En cuanto a la segunda hipótesis:

H2: ¿Inscribir tardíamente el control prenatal aumenta las probabilidades del nacimiento de un niño con bajo peso?

Decimos que:

Inscribir tardíamente un control prenatal aumenta las probabilidades del nacimiento de un niño con bajo peso, pero acompañada de factores condicionantes que generan bajo peso del recién nacido

IV.3 RECOMENDACIONES

La importancia de un control prenatal temprano, en cualquier paciente embarazada, no importando su edad, debe ser promovido en cualquier lugar, desde el área urbana, hasta el área rural, donde es, en ésta última, la zona en donde se ve que existe analfabetismo y por ende falta de información sobre los controles prenatales, lo que conlleva a: control prenatal tardío o ausencia de los mismos, y de esto se deben encargar todo el personal involucrado en Salud.

Crear en los establecimientos de Salud grupos de personas capacitadas que se encarguen de promover el control prenatal y su importancia para determinar factores de riesgo en las embarazadas.

Exigir a los 3 niveles de atención el llenado correcto de los CLAP, iniciando primero por las Unidades de Salud, hasta los Hospitales Especializados, ya que son estos la base primordial para saber cual fue el peso del recién nacido, la evaluación del APGAR al nacimiento, también si recibió algún tipo de oxigenoterapia al nacimiento.

Recomendamos realizar una continuación de esta investigación, pero de manera global, involucrando a toda mujer en embarazo que consultan en un establecimiento de salud, para determinar si existe una verdadera relación de la inscripción prenatal tardía con el recién nacido de bajo peso, ya que el estudio realizado demuestra que no existe relación en adolescentes de 15 a 20 años.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Psicología Evolutiva de Emilio Mira y López, Editorial Ateneo, Bos AINES. México, 2003.
- Psicología Sexual de A. Petrosky, Editorial Universitaria UES. El Salvador 2003.
- Pediatría de Meneghelo, Julio Meneghelo R. Publicaciones Técnicas Mediterráneo, Santiago de Chile, Volumen 1 3ª. Edición, 1985.
- Ginecología y Obstetricia de Williams, Editorial Medio Panamericana S. A., Buenos Aires, Argentina, 20ª. Edición. 1998.
- Guías Clínicas del Recién Nacido con Patología, MSPAS, Hospital Benjamín Bloom, El Salvador 2003.
- Manual Clínico de Pediatría, M. William Schwartz, Mc Graw-Hill Interamericana, 1a. Edición, México. 1998.
- Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL), Republica de El Salvador, Informe 2002/2003.
- Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del Recién Nacido, MSPAS, El Salvador, C.A. 20001.
- Así se investiga, Pasos para hacer una investigación, Eladio Zacarías Ortez, Clásicos Roxsil, 2001.
- Metodología de la investigación, Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collato, Pilar Baptista Lucio, Mc Graw-Hill Interamericana, 1996

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN MEDICINA

**ENCUESTA DIRIGIDA A ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD, EN SU
POSPARTO INMEDIATO, Y QUE INCIARON SU CONTROL PRENATAL TARDÍAMENTE
EN LA UNIDAD DE SALUD DE AHUACHAPÁN, EN LOS MESES DE JULIO DEL 2004 A
JULIO DEL 2005.**

OBJETIVO: Explorar la relación de la inscripción tardía del control prenatal en las adolescentes de 15 a 20 años de edad con el bajo peso del recién nacido de la Unidad de Salud de Ahuachapán.

PRESENTACIÓN: Este instrumento pretende conocer si existe alguna relación entre la inscripción prenatal tardía con el bajo peso al nacer, ya que al momento no se conoce si existe una relación entre estas dos variables que se pretenden estudiar en este trabajo.

INDICACIÓN: Encierre con un circulo la letra que considere pertinente, en algún caso complemente o explique.

1- Edad.

- a) 15-----16 años
- b) 17-----18 años
- c) 19-----20 años

2- Nivel de estudio.

- a) Analfabeta
- b) Alfabeto (sabe leer y escribir)

3- Procedencia.

- a) Urbano
- b) Rural

4- Estado civil.

- a) Soltera

- b) Casada
- c) Acompañada
- d) Divorciada
- e) Viuda

5- Ocupación.

- a) Ama de casa
- b) Empleada
- c) Obrera
- d) Otros (especifique)

6- ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

- a) Primera vez
- b) Segunda vez
- c) Multípara (tres veces o mas)

7-¿Sabía usted del control prenatal?

- Si
- No.

8- ¿Conoce cuál es su importancia?

Si.

Explique _____

No.

9- ¿En qué etapa inicio su control prenatal?

- a) primer mes
- b) segundo mes

- c) tercer mes
- d) cuarto mes
- e) quinto mes
- f) sexto mes
- g) séptimo mes
- h) octavo mes
- i) noveno mes

10- ¿A cuántos controles prenatales asistió?

- a) uno
- b) dos
- c) tres
- d) cuatro
- e) cinco
- f) más de cinco

11- ¿Por qué inicio su control prenatal tardíamente?

- a) Miedo a los padres.
- b) Motivos de trabajo
- c) Distancia
- d) Falta de dinero.
- e) Ignorancia del control prenatal.

12- ¿Tuvo alguna complicación durante su embarazo?

- a) Amenaza de aborto
- b) Infecciones de Vías Urinarias
- c) Retardo del Crecimiento Intrauterino
- d) Preeclampsia o eclampsia
- e) Amenaza de parto prematuro

13- ¿Tuvo alguna complicación durante el parto?

- a) Ruptura prematura de membranas
- b) Sufrimiento fetal agudo
- c) Desproporción céfalo-pélvica

d) Otras

14- ¿Su bebe nació normal o por cesárea?

- a) Vaginal
- b) Cesárea

15-¿El nacimiento de su bebe fue?

- a) Prematuro
- b) Término
- c) Pos-término

16-¿Dónde nació su bebe?

- a) Casa
- b) Hospital
- c) Otros.

17- ¿Quién atendió su parto?

- a) Médico
- b) Enfermera
- c) Partera
- d) Familiar
- e) Otros.

18- Cuando su bebé nació:

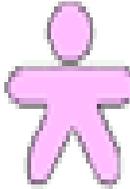
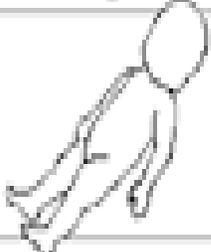
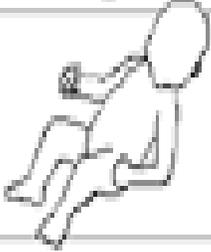
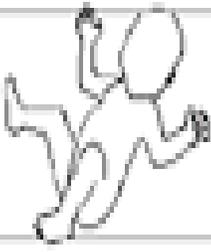
- a) ¿Lloró y respiró inmediatamente?
- b) ¿Tardo en llorar?
- c) ¿Le pusieron oxígeno?

19- ¿Cuánto pesó su bebé al nacer?

- a) Menos de 2500 gramos
- b) 2500 a 4000 gramos
- c) Más de 4000 gramos.

ANEXO 1:

EVALUACION APGAR DEL RECIÉN NACIDO AL MOMENTO DEL NACIMIENTO.

	Score 0	Score 1	Score 2
Appearance			
Pulse	No pulse	<100/min.	>100/min.
Grimace			
Activity			
Respirations	No respirations	Weak, slow	Strong cry

LifeART Professional Series

ANEXO 2:

MÉTODO CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL DE UN RECIÉN NACIDO.

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.

Forma de la OREJA	Aplanada, informe, incurvación escasa o nula del Pabellón	Pabellón parcialmente	Pabellón Incurvado todo el borde superior	Pabellón Totalmente Incurvado	Puntuación		
	0	8	16	24			
	Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable	Palpable menor de 5 mm.	Palpable entre 5 y 10 mm.		Palpable mayor de 10 mm.	<p>Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
		0	5	10		15	
		Formación del PEZON	Apenas visible sin areola	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata		Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada		Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada
0			5	10	15		
TEXTURA de la PIEL			Muy fina gelatinosa	Fina lisa	Mas gruesa discreta descamación superficial	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies		Gruesa grietas profundas apergamina-das
	0		5	10	15	20	
	PLIEGUES PLANTARES		Sin pliegues	Marcas mal definidas en la mitad anterior	Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior	Surcos en la mitad anterior	Surcos en mas de la mitad anterior
		0	5	10	15	20	

Puntaje Parcial = _____

ANEXO 3:

METODO DE BALLARD PARA DIAGNOSTICAR LA EDAD GESTACIONAL DE UN RECIEN NACIDO.

Neuromuscular Maturity

	0	1	2	3	4	5
Posture						
Square Window (wrist)	90°	60°	45°	30°	0°	
Arm Recoil	180°		100°-180°	90°-100°	<90°	
Popliteal Angle	180°	160°	130°	110°	90°	<90°
Scarf Sign						
Heel to Ear						

Physical Maturity

Skin	gelatinous red, transparent	smooth pink, visible veins	superficial peeling, but rash few veins	cracking pale area rare veins	parchment deep cracking no vessels	leathery cracked wrinkled
Lanugo	none	abundant	thinning	bald areas	mostly bald	
Plantar Creases	no crease	faint red marks	anterior transverse crease only	creases ant. 2/3	creases cover entire sole	
Breast	barely percept.	flat areola no bud	stippled areola 1-2mm bud	raised areola 3-4mm bud	full areola 5-10mm bud	
Ear	pinna flat, stays folded	sl. curved pinna; soft & slow recoil	well-curved pinna; soft but ready recoil	formed & firm & instant recoil	thick cartilage ear stiff	
Genitals ♂	scrotum empty no rugae		testes descending few rugae	testes down good rugae	testes pendulous deep rugae	
Genitals ♀	prominent clitoris & labia minora		majora & minora equally prominent	majora large minora small	clitoris & minora completely covered	

MATURITY RATING

Score	Wks.
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

ANEXO 4:

FACTORES QUE SE ASOCIAN CON BAJO PESO AL NACER.

Clase social baja.

Madre soltera.

Largas jornadas de trabajo.

Trabajo con esfuerzo físico.

Trabajo fuera del hogar.

Escaleras para llegar al hogar.

Mala nutrición materna.

Edad materna < 18 años y > de 40 años.

Talla baja < de 150 cm.

Peso corporal anterior al embarazo < de 45 kg.

Ganancia excesiva de peso.

Reducción de peso durante la gestación.

Ganancia de peso semanal insuficiente.

Fumadora en la gestación.

Abortos tardíos previos.

Partos prematuros previos.

Intervalo corto desde el último embarazo.

Acortamiento del cuello uterino.

Orificio interno abierto.

Contractilidad uterina aumentada.

Malformaciones uterinas.

Proteinuria.

Hipertensión.

Metrorragia.

Placenta previa.

Infección urinaria.

Hidroamnios.

Embarazo múltiple.

Rotura prematura de membranas.
