

---

# Importancia del Control Prenatal I.H.S.S. - Regional

---

*Dr. Benjamín A. Mena Baide\**

---

## RESUMEN

El presente trabajo, tal como se señala es Descriptivo, no completo, pero se refiere a la introducción del componente Educativo en el Control Prenatal a las pacientes que acuden al Departamento de Ginecobstetricia del I.H.S.S. Regional S.P.S.- Desde el segundo semestre 1987 desde entonces y hasta diciembre 1988, se hace el análisis, pero por ser descriptivo solo se señalan las cifras simples, comparando por semestres 1987 y 1988 y comparando con la del Hospital Leonardo Martínez de la misma ciudad y pudo observarse un cambio en la morbilidad materna y perinatal, no así con la mortalidad materna, que aunque en cifras y causas aceptables, se incrementó en 1988.

La mortalidad perinatal mejoró.- Se dan los pasos tendientes a incorporar el Sistema Informático Perinatal y se deja la base para futuros y profundos cambios en el manejo prenatal a fin de reducir la Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal que es el fin del Control Prenatal.

El presente es Observacional-Descriptivo del tipo-serie de casos y se refiere a experiencias en el control prenatal en el I.H.S.S., Regional, partiendo del hecho de una intervención por medidas diferentes desde julio-87 a diciembre-88, que talvez no sea completo, pero llama la atención sobre la necesidad de estrategias aplicables al

Campo. La intervención se basa en educación tanto al prestador del servicio como del reciproendorio y normatización con participación de todos los sectores.

## OBJETIVO

El objetivo de la atención prenatal es asegurarse de que cada embarazo no solo termine con el nacimiento de un producto sano y una madre saludable, sino que todo sea feliz; el objetivo del presente estudio es conocer que papel jugó el haber intervenido en la asistencia prenatal y si era así como deben implementarse y mejorar dicha asistencia.

## ASPECTOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a la práctica en la medida de lo posible, el objetivo, se debe estudiar a nuestro criterio los siguientes aspectos:

- Nutrición.
- Factores Físicos y Clínicos.
- Enfoque de Riesgo.
- Psico-Sociales.

## NUTRICIÓN

Este aspecto es tan evidente que es fácilmente demostrable su importancia en tiempo de guerra; y en el campo socio-económico.- En un estudio multicentro

---

Jefe Depto. Ginecobstetricia, Hospital Regional del IHSS  
San Pedro Sula, Cortés

hecho en Honduras 1977-78), se comprobó los siguientes datos sobre el peso del bebé que como se sabe es importante para el pronóstico neuronal, tomando que 7.48 lbs. en promedio es lo ideal para el recién nacido hondureño; Hospital Materno Infantil, 6.67 lbs. IHSS., 7.041 libras, la Policlínica 7.39 lbs. éste último dato es el que más se aproxima al promedio ideal; 3 niveles sociales diferentes.

Si aceptamos que la fuente Dietética del cuadro No. 1 es adecuada, investigaciones hondureñas demuestran que estamos lejos de alcanzarlas, pues se puede decir que la conducta de la mujer embarazada hondureña es negativa porque tiene tendencia a disminuir la carne, la leche, los huevos, los frijoles, naranjas, azúcar, y grasa; tienden a consumir más pepino, repollo, plátano maduro, el tomate, yuca y el arroz.- Es deficiente en calcio, hierro y

CUADRO No. 1	
IMPORTANCIA CONTROL PRENATAL I.H.S.S. REGIONAL	
FUENTE DIETETICO:	
HIERRO:	Visceras, carnes, frutas secas, verduras verdes oscuras, yemas de huevo, legumbres y cereales. Suplemento 30 - 60 MGR.
VITAMINA C:	Frutas o jugos citricos
CALCIO:	Productos lacteos, vegetales de hoja, cereales integrados y legumbres. ( suplementos innecesarios).
ACIDO FOLICO:	Verduras verdes oscuras, hígado, brocolí, cahachuate.
VITAMINA B:	Cereales, deficiencias pueden llevar a aborto, debe darse suplemento.
VITAMINA A:	Zanahoria.
OTROS :	Pescado.
vitaminas A.- Se ha demostrado que la hipoproteinemia de menos de 45 gramos aumenta la frecuencia de productos muertos, la mortalidad neonatal, el bajo peso	

al nacer (que según algunos se complican con el 52% de Distocias), y los defectos congénitos.- En el embarazo existen mayores demandas de hierro, de Acido Fólico y Vitaminas B12, por aumento de la Eritropoyesis Materna y la función feto-placentaria su déficit se asocia incluso con defectos congénitos.- Reducciones de menos de 10.7 grms. de Hemoglobina tienen consecuencias desagradables feto-maternas.- Los alimentos más ricos en hierro son las carnes, el hígado y algunos cereales verduras oscuras, lo mismo se dice del ácido fólico y vitamina B12.

No olvidar que el elevado gasto energético que exige en muchos casos la actividad física de la mujer compite con las demandas del feto en crecimiento.- El 17% en el mundo, los recién nacidos tienen bajo peso; de éstos el 90% son de países en desarrollo.- Los factores interferentes señalados en el cuadro No. 2, son los responsables en parte del descenso del peso materno que se aprecia en las primeras 16 semanas; pero debe ponerse mucha atención en los factores Psico-Sociales, pues llegan a calar hondo en nuestra población, particularmente por la literatura no médica, pudiendo traer desnutrición.

CUADRO No. 2  
IMPORTANCIA CONTROL PRENATAL  
I.H.S.S. REGIONAL

Factores Interferentes en la nutrición.

* Biológicos	Nauseas, vómitos, fatiga, dolor de espalda
= Psico-Sociales	Preocupación por peso.
	Literatura no médica
	" Comida para dos "
	" Gordas " en lugar de embarazadas
	Comparar silueta.

El peso materno puede reflejar el peso del bebé, Samayoa (1983) demostró su importancia, aunque para algunos investigadores solo la nutrición es importante, pero está bien señalado que si el peso materno se estabiliza en etapas avanzadas del embarazo, los bebés corren el riesgo de desnutrición intrauterino, no obstante no hay que olvidar que la curva ponderal disminuye después

de las 38 semanas.- Las cifras del cuadro No. 3 nos parecen importantes pues señalan que antes de embarazarse, la mujer debe tener un peso ideal o en todo caso el normal al mismo tiempo que señala una curva ponderal.

Se dice que el peso es buen índice para valorar el consumo de calorías durante el embarazo.

CUADRO No. 3		
IMPORTANCIA CONTROL PRENATAL I.H.S.S. REGIONAL		
EL PESO Y EL EMBARAZO		
Importante, algunos dicen que solo la nutrición.		
Peso pre-concepcional bajo, aumentar hasta 16 - 19 KGR.		
Peso pre-concepcional alto, aumentar 7 KGR.		
RECOMENDACION:		
500 GRM	1.5 KGR	1 trimestre
4750 GRM		2 trimestre
4750 GRM		3 trimestre

CUADRO No. 4	
IMPORTANCIA CONTROL PRENATAL I.H.S.S. REGIONAL	
FACTORES FÍSICO -CLINICOS	
A.-	Historia Clínica perinatal simplificada.
B.-	Carnet prenatal.
C.-	Facilidad de consulta de expediente en admisión y cuando sea necesario.
D.-	Llenado completo y claro de expediente.- Examen inicial basado en un interrogatorio completo y examen físico.
1.-	Identificación de paciente.
2.-	Estado socio-económico y educacional.
3.-	Historia gineco-obstetrica 9 identificar riesgo0.- Medicina familiar-génética.

CUADRO No. 5	
IMPORTANCIA CONTROL PRENATAL I.H.S.S. REGIONAL	
EXAMENES ESPECIALES DURANTE EL EMBARAZO	
-	Test para detección de diabeticos
-	Detección TORCH.
-	Detección Hepatitis.
-	Detección SIDA “.

Clínica perinatal simplificada (HCPS), solo la iniciamos en marzo de éste año, lamentablemente poco ha sido desarrollado; lo mismo en el carnet prenatal, pero estamos dando los pasos para adoptar el Sistema Informático Perinatal (SIP).- El resto si ha sido posible practicarlo en alto grado, insistimos en aplicar el enfoque de Riesgo para pruebas especiales en el grupo de enfermedades Torch, lo mismo para Hepatitis y Sida.- En lo que si dimos un avance fue en el campo educativo pues hubo conciencia en los médicos y enfermeras en educar, de allí las charlas sobre nutrición, la creación del taller de madres; en conjunto con el Departamento de Medicina Preventiva en el cual la madre primí-secundígesta y en 5% el marido, recibieron un curso tendiente a señalarles su grado de responsabilidad protagónica en el parto; lactancia y otros puntos señalados en el cuadro No. 6.- Es bueno recordar que

CUADRO No. 6	
IMPORTANCIA CONTROL PRENATAL I.H.S.S. REGIONAL.	
EDUCACION PARA LA SALUD.	
+	Concientización.
+	Información Sobre:
	Importancia del cuidado
	Signos vitales
	Higiene
	Reposo y ejercicio
	Molestias comunes
	Emociones
	Lactancia materna
	Riesgos reproductivo
	Preparación al parto
	Remisión taller de madres.
+	Sobre Cirugía.

desde julio-87 iniciamos en el Depto. de Ginecología actividades académicas con charlas de Colegas, la revisión de cesáreas, normatización difundida; interrelación acentuada Consultorio-Hospital que lamentablemente estaban divorciados.

### ENFOQUE DE RIESGO

Desde que incipientemente aplicamos esta estrategia tuvimos cambios espectaculares, pues si bien es cierto que la mortalidad materna en su conjunto no sufrió cambios importantes, el bajo peso y la mortalidad perinatal si sufrió cambios; de todos es conocido que lo que tenemos a abatir es la mortalidad materno-perinatal.

Se dice que la adolescencia puede desarrollar Embarazo Alto Riesgo ( E.A.R.), en otro estudio multicéntrico (1984 ), sobre adolescencia y Embarazo de Alto Riesgo en el cual nuestro Hospital participó, demostró que el 9.07% terminaron en nacimientos de menos de 36 semanas, que aún cuando el IHSS-Regional ocupó el penúltimo lugar (1.5%) en la frecuencia de la adolescencia, ocupamos el primer lugar en cesáreas (23% ), de todos los centros y 14% en adolescentes.- A propósito la mayor causa fue la Desproporción Cefalo-Pélvica (DCP), con 33.7%; hoy podemos decir que tan siquiera hemos modificado la cesárea en la adolescente (8% ).- Sabemos que la adolescente tarda en llegar al control prenatal, pero después se vuelven más asidua que la multípara.

La infección del tracto urinario (ITU) fue encontrada en el 67% en el último trimestre y el parto prematuro fue mayor complicación (4.5%), en una investigación llevada a cabo en el Hospital Escuela (Valecillo 1988). Dos aspectos aplicamos; riesgo Obstétrico y el Riesgo Reproductivo.- Fundamos la clínica de Embarazo de Alto Riesgo (EAR), desde mayo-88, manejada por un Perinatólogo que maneja el EAR complejo, apoyada por 2 Ginecólogas con alto grado de responsabilidad.- El 27% son de consulta prenatal para EAR.- Los estudios de ultrasonido se aumentaron en un 150% y los registros cardiográficos en un 300% a tal extremo que se desarrolló un Seminario al respecto.

Todos estamos de acuerdo en que conocer el Riesgo Reproductivo no es campo exclusivo de la actividad prenatal, pero con el carácter preventivo del EAR, se inclinaron en ese sentido, el Programa de Planificación

Familiar, no demográfico, ni socio-económico, esto valió dar servicio dirigidos de anticoncepción quirúrgica voluntaria ( AQV ), a aquellas pacientes que tienen factores productores de EAR, vale decir cariópatas, nefrópatas, multíparas, etc.- Insistimos en métodos temporales como amplia educación al resto de la población, con proyección sobre DIU Post-parto y amenorrea lactancinal; etc. - La prevalencia de anticoncepción es de 26% para Ministerio de Salud Pública, y 64% IHSS- Regional.

### ASPECTO PSICO-SOCIAL

Este campo lo estamos estudiando porque de una u otra forma lo hemos resuelto ya que el E.A.R. por el Depto. de Psicología.- en el cuadro No.7 se advierte de su importancia.

CUADRO No. 7	
IMPORTANCIA CONTROL PRENATAL I.H.S.S. REGIONAL	
ASPECTO PSICOSOCIAL EN EMBARAZO.	
-	Problemas Psicológicos o sociales en el presente embarazo.
-	Antecedentes obstetricos negativos.
-	Mujeres solteras adolescentes o hayan sido violadas.

### RESULTADOS

Con todo lo descrito hasta aquí y con los resultados anotados en el cuadro No.8 sobre datos socio médicos de Honduras en donde es fácil ver el sub-desarrollo, damos a continuación algunos resultados de la intervención en el control prenatal en el IHSS. Regional (San Pedro Sula), por supuesto que estamos conscientes que debemos seguir estudiando más éste campo para conclusiones cada vez más cerca de la verdad.

Quisiéramos comparar el impacto por períodos en el IHSS-Regional, ( Cuadro No. 9), aún cuando no ignoramos el sub-registro; 1986 nos se pudieron encontrar datos más que en el Anuario.- Pero 1987-88 si podemos establecer una comparación, y se hace en semestres pues recuérdese que la intervención se inicia en julio/87, notándose un aumento de los nacimientos en el segundo año, las pérdidas fetales disminuyen en

CUADRO No. 8

IMPORTANCIA CONTROL PRENATAL  
I.H.S.S. REGIONAL

Datos Socio-Médicos (Honduras), Salud en cifras MSP 1985-88

Población estimada (1987)	4.376.839	Hab.
Esperanza de vida (1983)	61	Años
Tasa natalidad (1987)	38 x 1000	
Tasa " Mortalidad Infantil "	62	
15 - 45 años edad	42%	
" Global de fecundidad	5.6%	
HG. Deficiente edad fértil	15%	
HT. Deficiente edad fértil	12.3%	
Camas por Ha. ( X 1000)	0.8	
% Cesarea (1988)	9.5%	
Cesarea IHSS.	15.5%	
Coberturas IHSS.	11.1%	
Ind. Crecimiento Demográfico		
% Escolaridad (1987)	3.2%	
0	28.4%	
Primaria	57.9%	
Secundaria	11.9%	
Superior	1.9%	
Control prenatal en mujeres con último hijo.		
Nacido vivo	65%	
Prevalencia anticonceptivos	26% (IHSS 64%)	
Electricidad	40	
Radio	10%	

1988, y al observar la comparación en semestres ( ver cuadro No.9) en 1987 la proporción fue de 20/12, y el 88 el /50% para cada semestre, en la prematuridad se presentaron 33 casos en 1987, y 34 en 1988, también hay diferencias en semestres para 1987 ( 22/11) y 88 prácticamente no hay, más sin embargo este fenómeno.

En el mismo cuadro aparecen cuatro casos de partos inmaduros para 1988 los cuales hasta ese año se iniciaron los registros de los bebés de 20 a 28 semanas.

El retardo el Crecimiento Intrauterino (RCIU), sufre variación de 14 casos en 1987 a 10 en 1988.- Obsérvese que las cifras de la Hipertensión Inducida por Embarazo (HIE ), en la cual hay una disminución del 54% en 1988; y de la Eclampsia en un 50%, los problemas de sangrado disminuyen de 10 a 9 casos o sea 9%.- Las muertes maternas fueron por Trombolismos Puerperal en un

caso; y la otra un edema pulmonar agudo en un aborto en 1988.- En 1987 fué por Eclampsia.

CUADRO No.9

IMPORTANCIA CONTROL PRENATAL  
I.H.S.S. REGIONAL

Datos Comparativos I.H.S.S. regional por años

Evento	1986	1987	1988
Pérdida fetal	2878/29 (1%)	3045/32 (1.05%)	3196/28 (0.8%)
Por semestre- Primero	0	20	14
Segundo	0	12	14
Prematurez- Primer	0	22	18
Segundo	0	11	16
		33	34 = 4 inmaduros
		38	
RCIU		14	10
Hipertensión y Emb.		95	52
Eclampsia		2	1
DPPNI-Placenta Previa		10	9
Mortalidad materna		1	2
Consulta Prenatal			

Nótese el incremento de consulta prenatal ( 8.1%).

En el cuadro No. 10 hacemos una comparación con el Hospital Leonardo Martínez (HLM), que también es un Hospital General como el nuestro y que está en la misma Región.- Podemos decir que el HLM goza de un excelente cuerpo de Obstetras, pero vemos que la consulta prenatal regional es deficiente (3.4) consultas por pacientes; en el IHSS., es de 7.7 por paciente, en EAR fue de 9 de promedio.

El control prenatal institucional en el Ministerio de Salud en 65% (1987) en el IHSS-, 95%.- La mortalidad materna aún cuando la cifra no es exacta hay una diferencia sustancial; lo mismo se puede decir de la muerte fetal que sí está documentada.- La prematuridad sigue la misma tendencia, más sin embargo no se debe olvidar el sub-registro.

**CUADRO No. 10**  
**IMPORTANCIA CONTROL PRENATAL**  
**I.H.S.S. REGIONAL**

**DATOS COMPARATIVOS ENTRE HLM - IHSS. 1988**

	H.L.M.		I.H.S.S.	
	N	%	N	%
Nacimientos	10.167		3196	
Vivos	9.944	97.3	3112	99.2
Muertos	223	2.7	27	0.8
Prematurez	476	4.6	38	1.7
Atenciones	10.104		3175	100
Vaginal	9.171	91.1	2760	87
Cesáreas	933	8.9	415	13
Atención Prenat.	44.380*	3.4 P.Pta.	20.859	7.7 P-Pte. Por EAR.
Mortalidad Materna	14X10.000		6X10.000	

\* Incluye Partera.

Con el fin de conocer e intentar disminuir la morbi-mortalidad perinatal y materna, tuvimos el propósito de desarrollar un programa de intervención con enfoque de Riesgo, Educación al paciente y a los proveedores del servicio, en el área prenatal de nuestro Departamento de Ginecología y Obstetricia IHSS Regional desde julio 1987 a dic-88.

Los porcentajes siguientes y que son más importantes nos obligan a implementar más medidas con ese objetivo, pues comprobamos la importancia de la intervención, recalando la alta respuesta del derecho-habiente y el personal médico y de enfermería en forma positiva.

Se incrementó a la consulta prenatal en 8.1%, 95% de las pacientes aproximadamente tuvieron el control prenatal, tanto institucional como privada.

La distribución de la misma Bajo Riesgo fue 7.7 por paciente y embarazo de Alto riesgo 9 promedio.

La mortalidad fetal disminuye de 1.5% a 0.8%.  
La prematurez disminuye relativamente; el RCIU Disminuye en 3%.

La HIE disminuye en 54%. Las Cesáreas disminuyen del 17% al 13% por la normalización.

Vale la pena mencionar la relación parto/aborto era de 1/6, en 1987 y de 1/9 en 1988.

En la Mortalidad materna no fuimos afortunados, pero sus causas bien podría decirse que no guarda relación con el control prenatal, y tienen alto índice de mortalidad.- La mortalidad materna es de 6 x 10.000. Desconocemos la muerte post-neonatal tardía. La Sepsis Puerperal solo se presentó entre el 2 a 4 %

### RECOMENDACIONES

- 1.- Se supone que toda mujer embarazada debe tener control prenatal, mínimo 5 veces, sobresaliendo la educación sobre todo higiénica-dietética, la nutrición debe señalarse lo más sencillo posible, para que el mensaje sea lo más satisfactorio aceptable.
- 2.- Evaluar los factores de Riesgos, elaborando una lista especial de los mimos, tanto en la historia reproductiva como en el examen físico, para un monitoreo especial- Es imperativo absorber la estrategia de enfoque de riesgo.
- 3.- Es definitivo que además de la educación de la mujer embarazada, debe hacer un adecuado adiestramiento de los proveedores del servicio de salud, creando los equipos de salud.
- 4.- Que debemos tener presente que sin interesarnos en el control de cada embarazada y de la misma sociedad, no entendemos que el sub-desarrollo es una etapa transional para alcanzar el progreso y el desarrollo específico.- Es humanizar los servicios.
- 5.- Que en cuanto a nosotros se refiere seguimos haciendo los esfuerzos hasta conseguir que la asistencia sea adecuada.- Hemos desarrollado las bases para implementar el Sistema Informático Perinatal y si es posible incorporar a una Red Perinatal.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Myton Bechy: Influencia-Socio-Económica en el peso al nacer en Honduras.

- Pag. 86 Revista Médica Hondurena Vol. 46, Jul. Agost. Septo. 1978- No. 3
- 2.- W. Forth. Las Bases Fisiológicas de la Farmacoterapia con Hierro. Therapie Wuche. Vol. 28 Pag. 7329-1978.
  - 3.- Canto DC.TH y Cois. Efectos Hematológicos del Sufato Ferroso asociado con fólico. y Vit. B12 embarazadas con anemia.
  - 4.- Hábitos alimentarios de las Mujeres Embarazadas que asistan a control al Centro de Salud Las crucitas, Comayaguela, Honduras. Tesis- Ana Luisa Ordoñez- Guatemala 1981.
  - 5.- Hamison K. Anemia, Paludismo y Enf. de Células Falciforme- Temas actuales. Ginecología y Obstrectricia- Vol. 3 1982.
  - 6.- Samayoa. M.E. Control del Peso de la Paciente Embarazada. Pag. 127. Revista Médica Hondureña Vol. No.3 1983.
  - 7.- Fesans R.4 Aumento de peso durante el embarazo - Método por su cálculo cuando se desconoce el peso habitual. Bol. Of. Sanit. Penam. 95 (2) 1983.
  - 8.- Morrison. John- Hierro, anemia y Embarazo. Mundo Médico- Pag. 29, Vol. 1 No. 4 Oct. 1984.
  - 9.- Path. Teconología para la atención prenatal Health Technology-Directions 4 (1) Pag. 11 -1984.
  - 10- Hinders Man. Sh. G. Asesoría Sobre Nutrición Prenatal. Mundo Médico. Pag. 45. Vol. 2. No.3- Septo. 1985.
  - 11- Estados Unidos. Insuficiencia de peso al nacer Madres y Niños. Vol. 5 N.1 Nov. - Dic. 1985.
  - 12- López Canales, José R. y Cois. -Consideraciones Biológicas, en la Gestante Adolescente. Pag. 260 - Revista Médica Hondurena Vol. 54 Oct. Nov. Dic. 1986. No.A.
  - 13- Anuario Estadístico 1987-IHSS. SabateL.R.M.y Cois. La Gestante Adolescente: Su actitud frente al embarazo. Pag. 365- Toko-Ginecología Práctica No. 531 -1988.
  - 14- Informe anual de los Programas de Salud. Depto. Medicina Preventiva Regional 1987.
  - 15- Situación Actual de la Alimentación Materno-Infantil en Honduras. Seminario, Lactancia Natural -1 Contadora Panamá- Abril 1987.
  - 16- Anemia y Embarazada. Mesa Redonda- XV Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología No. 1987.
  - 17- Winick Myron- Nutrición y Embarazada. Mundo Médico Pag. A5 - Vol 4. No. 10
  - 18- Padgett M.E. A; Vallecillo M.G. Infecciones Urinaria durante el embarazo - Pag. 261 Revista Médica Hondurena Vol. 56-04 Nov. Dic. 1988. No. 4
  - 19- Delgado H.L. Antropometría Materna. Nutrición y Crecimiento Fetal, su aplicación y enfoque de alto Riesgo, Monografía sobre crecimiento y desarrollo del niño, Incap. 1988.
  - 20- Konte J.M. y Cois. Proyecto de Prevención de Partos Prematuros. En la Costa Norte de California- Ohtat. - Gynecol. 71 (5) 727 -1988
  - 21- Informe Atenciones Materna-Región Sanitaria No.3. 1988.
  - 22- Haas S. y Cois. Variación en la Mortalidad Neonatal Temprana según Diferentes tipos de retraso en el desarrollo fetal.- Monografía sobre crecimiento y desarrollo Incap. 1988.
  - 23- Salud en Cifras- Ministerio Salud Pública - Honduras 1985-88.