

CALIDAD DE LA CONSULTA PRENATAL EN EL -ISS- SECCIONAL ANTIOQUIA

Marleny Hernández de U. *
Amparo Lopera Pérez **
Lucía Vélez G. ***

RESUMEN

Investigación en la que se realiza un diagnóstico de la calidad de la atención en salud de la Consulta Prenatal realizada por personal médico y de enfermería en el ISS Seccional Antioquia. Como parte de éste diagnóstico se elabora el perfil epidemiológico del grupo de embarazadas atedidas en la Institución con énfasis en la morbilidad y factores de alto riesgo materno-fetal. Sobre la consulta prenatal se evalúa su relación con la edad gestacional, así como distintos factores que inciden directamente en su calidad. Finalmente se analizan las motivaciones hacia la consulta prenatal y las distintas formas de educación que en ella brinda el personal de salud.

* Magister en Salud Pública. Enfermera Salud Comunitaria ISS Antioquia.

** Magister en Salud Pública. Enfermera División Médica ISS Antioquia.

*** Licenciada en Educación en Salud. Oficina de Salud Comunitaria ISS Antioquia.

1. JUSTIFICACION

El I.S.S. en Antioquia tiene un alto porcentaje de egreso hospitalarios producidos por atención de pacientes embarazadas (primer semestre de 1984, el 38 por ciento), atención que lógicamente se debió iniciar con la consulta prenatal, la que en múltiples ocasiones ha tenido el calificativo de "mala" por las fallas que se presentan a través de todo el proceso.

Quienes han tenido oportunidad de conocer el I.S.S. a través del tiempo en sus diferentes áreas, se habrán preguntado seguramente, dónde están las fallas, y siendo imparciales se tendrán que responder: Puede ser en la consulta prenatal, en la atención parto, ó en la atención intraparto, pero difícilmente se puede hacer una afirmación debido a la falta de investigación en la materia, y específicamente en la Seccional de Antioquia.

Solo en marzo de 1984 la Oficina de Evaluación de Calidad empezóa evaluar la calidad de la historia clínica en los diferentes centros de atención básica quedando consignado específicamente para el área de obstetricia en dos trabajos así:

- a. Análisis de los egresos de obstetricia primer semestre de 1984.
- b. Análisis de la mortalidad materna I.S.S. Antioquia 1984.

Por tanto, cuando surgió la primera idea de realizar este trabajo, en diciembre de 1983, se partió de cero y se inició con base en la observación diaria, en entrevistas a personal de enfermería y a las pacientes.

Para el presente trabajo se partió de la hipótesis de que las complicaciones y muertes maternas y neonatales se debían a dos grandes fallas: primero, la mala calidad en la consulta prenatal y segundo, mala calidad en la atención pre e intraparto. Como primera fase del estudio y siguiendo el orden lógico del proceso de gestación, se decidió elaborar el presente trabajo con el objetivo de definir "la calidad de control prenatal que se está brindando a la paciente del I.S.S. de Antioquia".

Sus conclusiones permitirán analizar la necesidad de realizar en una segunda fase "la evaluación de la calidad de atención brindada en el parto y en el parto en las clínicas del I.S.S. ".

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar un diagnóstico de la calidad de la atención en salud de la consulta prenatal realizada por personal médico y de enfermería en I.S.S. Seccional Antioquia, con el interés de establecer correctivos y lograr una mejor atención al binomio madre-hijo.

Objetivos Específicos

Elaborar un perfil epidemiológico del grupo de las embarazadas, teniendo en cuenta las variables de persona, tiempo y lugar, para así orientar las acciones de la consulta prenatal.

Describir la morbilidad más frecuente presentada en el grupo de prenatales, como base para determinar un adecuado manejo por niveles de atención.

Determinar el porcentaje seccional de embarazadas con alto riesgo materno-fetal, con el interés de establecer parámetros que permitan organizar ese servicio en el nivel de alta especialidad.

Evaluar las causas por las cuales las madres buscan ó rechazan la consulta prenatal brindada por nuestra Institución, para así orientar los programas educativos y las acciones de la consulta prenatal, tendiendo a su mejoramiento.

Verificar si se está brindando educación como elemento fundamental de la consulta prenatal y analizar su orientación, con el fin de adecuar lo realizado hasta el momento.

3. METODOLOGIA

La muestra resultó de 317 gestantes pero se realizaron 338 encuestas que se tomaron para el estudio por no exceder al 5% de la muestra. Según los datos suministrados por la oficina de Planeación e informática del ISS, la distribución porcentual de la atención de los partos es: 80% para la Clínica León XIII, 15% para la Clínica de Itagüí y 5% para la zona de oriente, por tanto las encuestas se aplicaron así: 270 encuestas (80%) en la Clínica León XIII y 68 encuestas (20%) en la Clínica de Itagüí. En oriente no se aplicaron encuestas por ser poco significativo el dato con respecto a la distribución seccional.

Se utilizaron dos instrumentos para encuestar a madres en post parto inmediato y para corroborar los datos de la historia clínica. El cruce de variables se realizó teniendo la idea de obtener una visión de toda la Seccional, pero al mismo tiempo particularidades de las unidades programáticas (U.P.) y de los centros de atención básica (CAB). La ubicación se cruzó con todas las variables, lo que brindóla posibilidad de realizar un análisis con los métodos inductivo y deductivo, complementado con las herramientas estadísticas. Se recolectó la información en noviembre de 1984, se revisaron las encuestas y se procesaron en computador. En marzo de 1985 se inició la tabulación y análisis.

4. RESULTADOS

Se dividió la información en cinco grandes bloques, reuniendo en cada uno variables similares que al equipararlas permitieran una mejor comprensión de los resultados. Estos grupos y sus principales datos se presentan así:

Las 338 gestantes tomadas en la muestra están distribuidas, según sitio de adscripción (lugar de consulta), así:

UPZ-06:	85 gestantes	(25.2%)
UPZ-07:	82 gestantes	(34.2%)
UPZ-08:	170 gestantes	(50.3%)
UPZ-01:	1 gestante	(0.3%)

TOTAL: 338 gestantes

UPZ = Unidad Programática Zonal

Según el vínculo con el ISS las gestantes se clasificaron en:

Afiliadas:	109 (32.23%)
Beneficiarias:	223 (66.17%)
TOTAL:	332

Lo que da una relación beneficiaria-afiliada de dos a uno. No quedó en la muestra ninguna gestante con características de pensionada; a seis personas no se les tomó este dato.

Los demás aspectos que muestran características generales de la muestra, como son la edad, el estado civil y la escolaridad, se presentan luego por ser variables que inciden como factores de riesgo materno-fetal.

Indices de riesgo materno-fetal

Indagamos sobre los factores de alto riesgo que considera el centro latinoamericano de perinatología, buscando hacer una aproximación a los factores propios en nuestra población.

Los aspectos más importantes fueron:

Edad: Del total de la muestra solo 48 gestantes (14.3%), se ubicó en los grupos de riesgo obstétrico, o sea los comprendidos entre 12 y 17 años y los de 36 ó más años. De las 12 gestantes entre 12 y 17 años se cuenta con 11 primíparas y de las 36 gestantes de 36 años y más, 7 se clasifican como primiañosas, aspecto importante porque convergen en ellas dos factores de riesgo.

Paridad: Se encontró que 254 embarazadas (75%) tienen algún grado factor de riesgo discriminado así:

Alto riesgo: Nulíparas y grandes multíparas 178 (49%)
Mediano: gestantes de 3 a 4 partos 76 (21%)

Estado Civil: El 94.37% de las embarazadas afirmaron tener una organización estable y solo el 5.63% (19 embarazadas) afirmaron ser madres solteras.

Escolaridad: Teniendo presente que el mayor riesgo se atribuye a las personas analfabetas consideramos que el porcentaje de 19.2% en nuestra población es muy alto y a esto se suma el hecho de tener además 217 embarazadas (64.2%) quienes solo realizaron estudios de primaria.

Relación de consultas con la edad gestacional:

Con el fin de ver si había aproximación a la norma de la OMS que califica como buen control prenatal el que tiene de 8 a 12 consultas, investigamos el número total de consultas en el último embarazo y el tiempo de gestación que tenía la gestante al iniciar sus controles y se encontró que nuestras pacientes tuvieron cinco consultas promedio, lo que está muy lejos de la norma de la OMS.

El 53.4% de las embarazadas realizaron su primera consulta en el primer trimestre del embarazo, lo que indica que 46.6% iniciaron consulta en época tardía. Lo anterior incide en el número de consultas encontradas.

Relacionando la primera consulta con los antecedentes de paridad, observamos que en general las primigestantes fueron las que en mayor número consultaron desde el segundo mes, las secundigestantes hacia el tercer mes y las multíparas consultaron a partir del segundo o tercer trimestre. Se observó que a mayor número de partos hay menor interés por la consulta prenatal.

Calidad de la consulta prenatal

Para el presente estudio se define buena consulta prenatal, aquella en la cual se cumplan los siguientes parámetros:

- Examen físico: Que incluya como mínimo toma de presión arterial, control de peso, medición de altura uterina y auscultación de fetocardia. Además de inspección de problemas físicos de fácil detección, tales como palidez, presencia de abscesos, varices, lesiones de piel, edemas, etc.

- Que en su consulta se le ordenen exámenes definidos por el Ministerio de Salud como esenciales en toda mujer gestante y que son: Hematocrito y hemoglobina, serología, clasificación RH y citoquímico de orina. Además de otros específicos de acuerdo a la sintomatología expresada.
- Que contenga interrogatorio completo, teniendo en cuenta antecedentes personales, familiares y factores de riesgo que permitieran elaborar una buena historia clínica.
- Que investigue la morbilidad presente y se tome la conducta adecuada de acuerdo a normas previamente establecidas.
- Que imparta educación en todos los aspectos relacionados con el embarazo, parto y puerperio.
- Elaboración adecuada de la historia clínica.

Teniendo en cuenta estos criterios, los resultados fueron:

De las 336 embarazadas que fueron evaluadas en el ISS, 36 asistieron a algunas consultas con médicos particulares y 22 a entidades oficiales. Algunas de las consultas de entidades oficiales se presentaron en beneficiarias que acuden allí para el diagnóstico mientras legalizan su derecho.

En cuanto al profesional que atendió la consulta es importante resaltar que 336 embarazadas fueron en alguna de sus consultas evaluadas por médico general u obstetra, lo que permite asegurar que ninguna "tuvo todo el control por parte de enfermería" o sea, que se tiene claro el concepto de que el programa es una responsabilidad de equipo multidisciplinario.

El 35% de las embarazadas realizaron una ó más consultas con personal de enfermería, siendo mayor la participación de ésta disciplina en la UPZ-07 (norte) donde de 82 embarazadas el 69.5% acudió a la consulta delegada; sigue la UPZ-06 (sur) con asistencia del 62.3% frente a un 4% de la UPZ-08 (centro).

Esta distribución porcentual está en relación directa con la iniciación de los programas de control prenatal delegado que data de 1982 en la UPZ-07, desde 1983 en la UPZ-06 y en 1985 en la UPZ-08, excepto en el CAB de Bomboná que había iniciado en 1982.

Se observó que al 97% de las pacientes siempre se les controló presión arterial, fetocardia y altura uterina. Al tomar el dato por profesiones vemos que enfermería realizó estos procedimientos en 99% de los casos y la parte

médica en un 97%. El peso solo fue controlado en el 80% de los casos, justificado por la carencia de básculas a nivel de los consultorios.

En cuanto a exámenes de laboratorio se encontró que al 97.7% de las embarazadas se les practicaron exámenes de sangre establecidos en el programa (hematocrito, hemoglobina y serología) y al 97.6% se les ordenó citoquímico de orina. La frecuencia de exámenes no normalizados (coprológico y flujo vaginal) fue relativamente baja (40.3% y 31.6% respectivamente).

Las primeras causas de morbilidad para el grupo de gestantes en la Seccional fueron:

1a.	Gastritis	(30 %)
2a.	Várices	(20.8%)
3a.	Infección urinaria	(12.5%)
4a	Traumas	(11.6%)
5a.	Enfermed. eruptivas (con diagnósticos imprecisos)	(9.2%)

De las otras causas de baja frecuencia creemos importante resaltar las enfermedades sexualmente transmisibles (2.7%) pues consideramos que este dato puede deberse a una mala clasificación o a pocos medios de captación por parte del personal.

No se encontró ninguna gestante con problemas de TBC ni problemas mentales agudos a pesar de que fueron investigados.

Fué baja la presencia de eclampsia como diagnóstico muy preciso. Consideramos que se presentó confusión con hipertensión; se deduce esto de la información que aparece en la corroboración de historias clínicas donde hay mayor número de pacientes eclámpicas de las inicialmente reportadas.

Después de analizar la información se capta que hay criterios claramente definidos para la remisión de pacientes a los diferentes niveles de atención. Embarazadas de programa delegado siempre se remiten primero al médico general y este las pasa al obstetra si lo considera necesario. Lo que no se puede asegurar es que hayan sido oportunas dichas remisiones.

El 81% de las embarazadas no tuvieron ninguna remisión; para el parto llegaron a la clínica atendiendo las recomendaciones impartidas en la consulta prenatal, o apoyándose en experiencias de partos anteriores.

Quedan por analizar dos aspectos en la calidad de la atención a saber:

- Calidad del interrogatorio por parte de quien realizó la consulta: No fue investigado con preguntas directas sino inferido de las razones dadas por las embarazadas respecto a por qué les agrada o no la persona que las atendió en el control prenatal.
- Calidad de la historia clínica: No fue analizada en esta investigación.
- La educación como parámetro de buena calidad se trabaja independientemente por considerar que es de gran importancia.

Motivación hacia la consulta prenatal:

Un 99.4% de la muestra consideró importante la asistencia a la consulta prenatal y de estas un 87% asistió por decisión propia. Sin embargo el inicio de la consulta no se da en época temprana del embarazo, lo que implica que los programas educativos se deben enfocar más a la motivación para una consulta temprana que a la necesidad en sí de la consulta.

Otros factores que inciden en la calidad de la consulta fueron: Las dificultades para conseguir citas son mayores en los CAB donde no hay programas de control prenatal delegado, lo cual es lógico pues el personal de los equipos de cooperación asistencial agiliza las citas de las embarazadas valiéndose de los mecanismos ya establecidos. El promedio de embarazadas con dificultad para conseguir estas fue de 15% para la Seccional.

El grado de satisfacción con la persona que atendió la consulta arrojó diferencias entre la realizada por el médico y por enfermería resaltando los siguientes aspectos:

Un promedio de 83% expresó agrado con la consulta médica, frente a 89% con el personal de enfermería, diferencia que consideramos no es muy significativa. Al tabular las respuestas abiertas observamos que la diferencia se da porque enfermería brinda una mayor seguridad, dedica más tiempo a escuchar problemas, siempre da instrucciones, examina la paciente y hace mejor interrogatorio.

La satisfacción con el lugar asignado para la consulta fue expresada por un 81% de las gestantes. La insatisfacción del 19% restante fue justificada por centros de atención lejos de residencia, problemas con el médico tratante, horario de consulta no apropiada y grandes dificultades para conseguir citas.

En cuanto a si sus dudas fueron resueltas o no durante la consulta, un 11.2% respondió que no y un 88.8% que sí.

Un 20% de nuestras pacientes desearían que les cambiaran la forma de atención contra un 80% que esta conforme con el servicio prestado.

Educación en la consulta prenatal

También se analizaron las formas de educación tanto individual como grupal. Para la individual preguntamos sobre los conocimientos recibidos, un posible cambio de actitud frente al parto, una mejor y oportuna utilización de los servicios de la Institución. En lo grupal analizamos que se estuviera dando o no para observar la cobertura, pero no profundizamos sobre el contenido, metodología, etc. de este tipo de educación.

Un total de 177 prenatales recibieron educación individual, o sea un 52.3%. Con ella se logró cambio de actitud frente al parto en 78% y una correcta utilización de los servicios en 67%.

De las 338 embarazadas atendidas por el personal médico, 175, que equivalen a un 52%, recibieron educación en la consulta. Esta evaluación se orientó básicamente hacia la mejor utilización de los servicios del ISS.

Del total de embarazadas atendidas por enfermería (117), 82, que corresponden a un 70%, recibieron instrucciones individuales, porcentaje más elevado que el de la parte médica. La instrucción dada por el personal de enfermería fue más completa, se orientó tanto hacia los conocimientos como a una mejor utilización de los servicios lográndose además cambio de actitud frente al parto.

Para la educación grupal solo se alcanzaron coberturas de un 19%. La participación de enfermería en este tipo de educación fue la más alta respecto a las demás disciplinas que conforman el equipo de salud.

5. CONCLUSIONES

Al analizar los índices de riesgo materno fetal se concluye que un 19% de las embarazadas tiene algún riesgo, bien sea para el embarazo o para el parto.

El estudio de algunos índices en forma individual nos mostró:

- La edad es factor de riesgo en 14.3%
- La paridad en 53%
- En escolaridad el 83.4% de la población tiene muy bajo nivel.

Solo en 19.4% se cumplió la norma de la OMS respecto al número de consultas que se deben realizar durante el embarazo.

El 100% de las embarazadas fueron atendidas en su primera consulta por médico general. Se cumple así la norma de la OMS que establece que sea

este profesional quien atienda la primera consulta y que participe en los demás controles.

Se observa una relación directa entre el número de partos de las pacientes y el tiempo en que inician la consulta; así las primigestantes tienden a iniciar controles desde el segundo mes, las secundigestantes hacia el tercer mes y las multigestantes a partir del segundo trimestre.

De los parámetros que se tuvieron en cuenta para evaluar la calidad de la consulta prenatal se puede concluir que no hay variaciones significativas entre médicos y personal de enfermería en cuanto a la forma de practicar el examen físico (toma de presión arterial, pulso, peso, altura uterina y fetocardia), pero sí en la anamnesis y la educación individual impartida a la embarazada, las cuales fueron mejor evaluadas en el personal de enfermería.

Al 98.6% de las embarazadas se les efectuaron exámenes de laboratorio durante su control prenatal; solo el 3.6% no fueron hallados en el momento del parto.

Se analizó la morbilidad presentada en las gestantes durante el embarazo y se clasificaron como las cinco primeras causas de consulta:

- Gastritis
- Várices
- Infección urinaria
- Traumas
- Enfermedades eruptivas

Las remisiones se tabularon de acuerdo con el sitio donde fueron atendidas por el obstetra, así:

- En la consulta de alto riesgo obstetrico las cinco primeras causas de remisión:
 - Antecedentes de hipertensión y precesareadas
 - Posible presentación podálica
 - Pre eclampsia
 - Antecedentes de esterilidad
 - Infección urinaria
- En admisión de parto las cinco primeras causas de remisión:
 - Posibles embarazos gemelares y en podálica
 - Amenaza de parto prematuro
 - Ruptura prematura de membranas y amenaza de aborto
 - Embarazo prolongado e incompatibilidad RH

- Pre eclampsia y crisis asmática

En general se puede decir que las remisiones fueron adecuadas por la patología, pero no se puede precisar si fueron oportunas o atendidas en el sitio ideal.

Las remisiones a obstetricia fueron realizadas en general por médico general. Es importante destacar que ninguna embarazada fué atendida en su consulta prenatal solo por personal de enfermería (el 100% tuvo uno o más controles por médico).

Al analizar la motivación hacia la consulta prenatal se concluye:

El 99.4% de las embarazadas consideran importante la asistencia a la consulta prenatal y de estas 87% lo hace por iniciativa propia.

Del análisis de la educación impartida se puede resaltar:

La educación grupal solo alcanzó un 19%

- El contenido fue orientado hacia una correcta utilización de los servicios del ISS, en contraposición a lo dado en términos de conocimiento sobre su embarazo.
- Se logró con ella un cambio de actitud frente al parto.
- La educación brindada por el personal de enfermería fue mejor en los tres aspectos estudiados.
- Otras disciplinas que participaron de la educación grupal fueron nutrición y trabajo social.

6. RECOMENDACIONES

Además de las específicas para el ISS, se sugiere promover investigaciones que permitan analizar la calidad de atención recibida por la mujer en el pre-intra-post parto, tanto en la atención institucional como particular.

BIBLIOGRAFIA

- BOTERO, Jaime y colaboradores, Ginecología y Obstetricia, texto integrado tomo I, 2da. edición, Reimpresiones, Editorial U. de A. Medellín capítulos X-XVII 1982.
- BOTERO, Jaime y colaboradores, Ginecología y Obstetricia, texto integrado tomo II, 2da. edición Editorial U. de A. Medellín Colombia 1982 capítulos XVIII-XIX.
- BOTERO, Jaime y colaboradores, Ginecología y Obstetricia, 3ra. edición Editorial Carvajal, Cali. 1985.
- MONTOYA, G. Consuelo y colaboradores, Evaluación Educativa. Secretaría de Educación y Cultura de Antioquia. División de Tecnología y Medios Educativos 1982.
- GAYNE, R. Briggs, L. y colaboradores, Planificación de la Enseñanza Ed. Trillas México 1976.
- CANO, Gaviria Eduardo. Análisis de la Mortalidad Materna ISS. Antioquia oficina Evaluación de Calidad 1984.
- CANO, Gaviria Eduardo. Traumatismo de Vulva y Periné durante el parto en el ISS., Seccional Antioquia 1984-1985. Oficina Evaluación de Calidad.
- CANO, Gaviria Eduardo. Mortinatalidad. Estudio Comparativo primer semestre 1984-1985 UPI León XIII. Oficina Evaluación de Calidad.
- CANO, Gaviria Eduardo. Análisis de los egresos del Servicio de Obstetricia ISS Seccional Antioquia (camas propias y contratadas) primer semestre 1984. Oficina Evaluación de Calidad.

SITIOS DE ATENCION DEL ISS EN ANTIOQUIA

-UPI CLINICA LEON XIII -ALTA ESPECIALIDAD-		
UPZ - 06 Sede Itaguí	UPZ - 07 Sede Bello	UPZ - 08 Sede Consult. Central
CAI: Clínica Itaguí Clínica Santa Gertudris. Envigado	CAI: Víctor Cárdenas Jaramillo	
CAB Itagui Envigado Cristo Rey Barrio Colombia Caldas La Estrella Contrata servicios con la Regional Ancón Sur del SSSA. Para Amagá, Titiribí, Angelo polis, Fredonia y Venecia	CAB Bello, Pedregal, Occidente, Copacabana, Girardota, Barbosa, Rionegro, La Ceja, Marinilla, El Retiro, El Carmen de Viboral, Guarne	CAB: Central, Comercio, Campo Valdes, Bomboná (S. Ignacio)

UPI Unidad Programática Institucional.
 UPZ Unidad Programática Zonal
 CAB Centro de Atención Básica
 CAI Centro de Atención Intermedia

NUEVA FORMULA PARA NIÑOS DE BAJO PESO AL NACER

La alimentación de niños prematuros y de bajo peso al nacer es un asunto que concierne igualmente a los médicos y a las madres. Una alimentación temprana inadecuada ó no balanceada puede alterar el desarrollo posterior del sistema nervioso del niño.

Los niños prematuros han permanecido menos tiempo en el útero que otros niños. El objetivo nutricional al alimentarlos es alcanzar durante las primeras semanas de vida la misma tasa de crecimiento que hubieran tenido si hubiesen permanecido dentro del útero. Una tasa de crecimiento tal ofrece la mejor oportunidad de un desarrollo normal.

La Academia Americana de Pediatría ha descrito, cómo la demora en la recuperación del crecimiento puede tener consecuencias serias y permanentes. También ha definido la dieta ideal para los niños de bajo peso al nacer como aquella que mantiene una tasa de crecimiento lo más cercana posible a aquella que se tiene durante los últimos tres meses de vida intrauterina, pero sin sobrecargar el metabolismo del niño ó sus riñones.

Una nueva fórmula, ALPREM, ha sido diseñada por Nestlé, para ofrecer a los niños prematuros y de bajo peso al nacer, la oportunidad de crecer aproximadamente a la tasa de crecimiento fetal.

Esta fórmula especial contiene CISTINA, un aminoácido de especial importancia para el prematuro. Los fabricantes también señalan la utilidad de los oligosacáridos de la glucosa, -maltodextrinas- carbohidratos rápidamente disponibles que pueden ser absorbidos directamente en el tracto digestivo. ALPREM, debido a los triglicéridos de cadena media que contiene permite una tasa de absorción de grasa superior al 90 por ciento, como ha sido demostrado en los ensayos clínicos.