

CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL CONTROL PRENATAL EN UNA ENTIDAD DE 1º NIVEL, MANIZALES, AÑOS 2005-2007

JUAN SEBASTIÁN ÁLVAREZ*, FABIÁN CABALLERO*, JOSÉ JAIME CASTAÑO CASTRILLÓN, FIS. MSc.**,
DIANA MARCELA ESCOBAR*, ÁNGELA MILENA FRANCO*, PAULINA GÓMEZ*, PAMELA MOSQUERA*,
LUISA JHOANNA SUAREZ*, VALENTINA VILLEGAS GONZÁLEZ*, PAOLA ZULUAGA*,
VIVIANA ZULUAGA*, OSCAR ALBERTO VILLEGAS ARENAS, MD.***

Resumen

Introducción: Control prenatal es el cuidado de la salud de la madre y el feto y persigue obtener un producto y madre sanos. Investigar sobre el tema, redundará en beneficios para la institución y para la comunidad.

Materiales y métodos: Estudio trasversal realizado en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública de Manizales (Caldas-Colombia), durante 3 años. Pretende cuantificar y cualificar las acciones de Promoción y Prevención que se ejecutan en las gestantes asistentes al control prenatal de esta institución.

Resultados: Se encontró que entre 18-34 años fue la mayor población atendida con un 78.9%. La valoración que con más frecuencia se realizó fue la obstétrica con un 98.4% y el paraclínico parcial de orina se hizo a 98.8%, siendo oportuno en el 39.8%. Se obtuvo una madre sana en el 98.8% y un producto sano en el 96% de los casos. La adherencia al control prenatal fue de 62.5%.

Conclusiones: Se sugiere incluir en la historia clínica del Centro Latinoamericano de Perinatología las casillas para la glicemia, curso sicoprofiláctico y proteinuria. Las casillas destinadas a estreptococo beta y pelviana versión externa, no son diligenciadas. La adherencia al control por parte de las gestantes (62.5%) debe incrementarse. ASSBASALUD ESE, brinda servicios de calidad reconocida, por su presencia cercana a la comunidad, por su organización bien estructurada, por contar con funcionarios capacitados y porque destina recursos suficientes para cumplir sus metas, persiguiendo ante todo ganancia y bienestar social.

Palabras clave: Prevención primaria, patrones de cuidado materno, atención prenatal, mujeres embarazadas.

Remitido para publicación: 17-03-2010. Aprobado para publicación: 12-05-2010

* Estudiante 10º Semestre, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales

** Profesor Titular, Director Centro de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Carrera 9º 19-03, Tel. 8879680, E.688, Manizales, Caldas, Colombia. Correo: jcast@umanizales.edu.co.

*** Docente de Semiología, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales.correo:oscarvillegasa@hotmail.com

Fulfillment of the Activities of Promotion and Prevention in the Prenatal Control in a First Level Entity, Manizales, years 2005-2007

Summary

Introduction: Prenatal care is the health care of mother and fetus and pursues to obtain a healthy mother. Research on the subject, benefit both the institution and the community.

Materials and methods: A cross-sectional study made in a Public Health Services Provider Institution of Manizales (Caldas, Colombia), for a period of 3 years. The study aims to quantify and qualify the promotion and prevention actions made with pregnant women attending prenatal care at this institution.

Results: It's found that the largest population served 78.9%, were between the ages of 18-34 years. The assessment most frequently performed was the obstetric, 98.4% and urine partial paraclinical, 98.8%, being opportune in 39.8%. A healthy mother was obtained in 98.8% and a healthy product in 96% of the cases. Adherence to prenatal care was 62.5%.

Conclusions: It's suggested to include in the clinical history of the Latin American Center for Perinatology the boxes for glycemia, sicoprofilactic course and proteinuria. The boxes for streptococci and pelvic external version are never processed. Adherence to monitoring by pregnant women (62.5%) should be increased. ASSBASALUD ESE provides quality services recognized for their presence near the community, for its well-structured organization, for having trained staff resources to meet intended goals, primarily pursuing profit and social welfare.

Key words: Health promotion, primary prevention, prenatal care, pregnant women.

Introducción

El embarazo es una condición fisiológica; pero a pesar de ello, favorece la presentación de una serie de alteraciones que comprometen el bienestar materno-fetal y aún la vida. La morbilidad materna es un indicador negativo que acompaña con mayor frecuencia a las comunidades vulnerables y a países subdesarrollados como Colombia, lo que deja mucho que desear acerca de la calidad de los

controles y medidas preventivas realizadas por los servicios de salud.^{1,2,3,4,5,6.}

Se tiene el concepto de que el control prenatal puede reducir la morbilidad materna y perinatal, a través de la identificación y tratamiento de enfermedades propias de la gestación o enfermedades intercurrentes, además de la detección de pacientes con riesgos de complicaciones durante el parto, atendido por personal capacitado y con los recursos técnicos adecuados para resolver estas necesidades.⁴

Se denomina control prenatal al cuidado de la salud de la madre y del niño por nacer, tiene como finalidad obtener un producto de la concepción vigoroso, nacido a término, de peso adecuado, buscando que la madre se encuentre sana y en condiciones de criar a su bebé. El inicio del control prenatal debe ser precoz, es decir que la primera consulta médica se realice durante el primer trimestre del embarazo, así, las mujeres de canalización oportuna tienen un control prenatal más completo comparadas con las que son captadas tardíamente.

La adherencia y el número de controles prenatales a los que asisten las gestantes, les da más probabilidades de tener un embarazo y producto normales en relación con aquellas que asisten a pocos controles o no lo hacen. La falta de adherencia al control prenatal se ha convertido en un problema de salud pública, es básico el aumento de la cobertura de este en la población, implementando acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo; para lograrlo se debe realizar una adecuada identificación e intervención de los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, la ejecución de pruebas paraclínicas básicas, el seguimiento gráfico de los parámetros de evolución de la altura uterina, peso materno, presión arterial y la suplementación con micronutrientes que permita disminuir la morbilidad materna y perinatal, partos prematuros y de productos con bajo peso al nacer; siendo estos, indicadores de calidad de la atención en salud que diferencian significativamente a países desarrollados de los países en vía de desarrollo, como es el caso de Colombia.^{2,3,5,7,8,9,10.}

Es recomendable captar a la embarazada durante el primer trimestre, el ideal es alrededor de la semana 12, para poder realizar todo el paquete de medidas preventivas y terapéuticas. Se recomienda un control mensual hasta la semana 32, uno cada 15 días a partir de este momento hasta la semana 38 y luego uno semanal hasta la semana 41. Para el diagnóstico

del embarazo el síntoma más frecuente es la amenorrea que se confirma con la medición de la gonadotropina coriónica o con un gravindex en sangre como lo recomienda el Ministerio de la Protección Social de Colombia.

El control inicia con la realización de una excelente historia clínica, donde se deben incluir los antecedentes personales, gineco-obstétricos y familiares. Para un adecuado y práctico registro se cuenta con la historia clínica del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y el carné prenatal.¹¹

A las gestantes que no se les realiza el paquete de acciones de Promoción y Prevención (P y P), se presume que tienen mayor riesgo de presentar complicaciones no detectadas o de hacerlo tardíamente y probabilidad aumentada de ser remitidas durante el embarazo por patologías que afecten a la madre y/o al feto, tales como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), bajo peso al nacer, infantes pretérmino o gestantes con infecciones, estados hipertensivos y metabólicos entre otros, con menor posibilidad de solución exitosa.^{10,11} en contraste con las que se les realizan todas las actividades de prevención recomendadas en la Resolución 0412 de 2000. El periodo prenatal es también un tiempo oportuno para apoyar a la mujer sobre cambios de comportamientos que podrían mejorar la experiencia prenatal y el posparto temprano, mediante el curso sicoprofiláctico que está incluido dentro de las actividades prenatales.

Todas las mujeres en edad reproductiva (10-49 años) que lleguen a los Centros de Salud por cualquier motivo de consulta, deberían poder acceder a una atención integral que contemple su salud reproductiva incluyendo: prevención de cáncer genital y mamario, cuidado preconcepcional, control prenatal en el caso de las embarazadas y asesoramiento en procreación responsable.^{13,12}

Una buena salud oral en las embarazadas puede disminuir los riesgos de parto prematuro, bajo peso al nacer y caries en la infancia,

por lo que ésta acción es trascendental en los cuidados pre y posnatales. El uso de antibióticos tópicos o sistémicos debe ser con base al criterio riesgo versus beneficio^{15,16,17,18}

Los requerimientos energéticos y de micronutrientes como Calcio, Hierro, Zinc, Ácido fólico y vitaminas A, C, D, E, B1, B2, B6 y B12 son enaltecidos durante el embarazo por los diferentes cambios que se producen en el cuerpo de la gestante y por el crecimiento fetal, por lo que deben complementarse, ya que han demostrado disminuir la incidencia de Preeclampsia y controlar las infecciones en especial las urinarias y cervicouterinas y favorecer el buen desarrollo del sistema neurológico. La baja concentración de Vitamina B12 en plasma, durante el embarazo fue asociado con un riesgo significativamente más alto de RCIU. También se ha reportado asociación entre las bajas concentraciones de Vitamina B12 y de ácido fólico en el líquido amniótico y defectos del tubo neural.^{11,16,19, 20, 21, *}

Hoy en día, los gobiernos y sus dirigentes, se interesan en la percepción que tienen las gestantes y el personal de salud sobre la calidad de la atención del control prenatal desde el enfoque de satisfacción: en cuanto a las maternas, se ha percibido inconformidad con los horarios de atención y en el personal de salud, la mala remuneración recibida y la dificultad para cumplir los objetivos del control prenatal fueron las principales barreras identificadas y que se traducen en falta de coberturas y de adherencia a los controles prenatales.^{6,11}

En países latinoamericanos como Chile, el 90% de las mujeres embarazadas asisten al control prenatal. En Argentina, alrededor del 20% de las mujeres presenta alguna patología durante el embarazo. De éstas, son muchas las que se beneficiarían directamente del cuidado prenatal si la captación fuese precoz y con adherencia. Actualmente, cerca del 80% de las embarazadas reciben algún tipo de control prenatal en este país, pero debe mejorarse la oportunidad y calidad del mismo, ya que un

buen control prenatal se relaciona más con un parto de bajo riesgo.^{10,22,23}

En Colombia, la seguridad social en salud presenta un modelo de atención prenatal con las barreras que se derivan de tener un plan de beneficios restringido en exámenes de laboratorio y un arsenal farmacológico limitado, pero también en donde debe primar la racionalidad en la solicitud y la prescripción de los mismos y sobretodo un compromiso por parte del personal en salud que atiende a la gestante. Las acciones de vigilancia epidemiológica y de los comités de vigilancia institucional, municipal y regional, han permitido un mayor control y análisis de los casos problema y producir planes de mejoramiento que incluyen la definición de evitable o no, la identificación de los responsables y el tiempo que demanda realizarlo, este modelo permite retroalimentar los hallazgos y las conclusiones. El personal de salud y las IPS se sienten acompañados y a su vez vigilados con lo que se pretende ganar espacio en la batalla contra la morbilidad materna y neonatal.²

En los últimos 10 años en Colombia se ha incrementado considerablemente la cobertura del control prenatal sobre todo a nivel urbano, lo que es muy importante ya que los equipos básicos de salud han empleado una adecuada identificación y clasificación del riesgo obstétrico definiendo el nivel de atención y las acciones específicas para la intervención del riesgo obstétrico especialmente para la Preeclampsia, el Parto prematuro y el Bajo peso al nacer.^{1,10}

En el marco de la Ley 100 del 22 de diciembre de 1993, los decretos reglamentarios y las demás normas que de ellas se derivan, en especial la Resolución 0412 de 25 de febrero de 2000 del Ministerio de la Protección Social de Colombia, se plasman las normas técnicas y guías de atención aplicables a la mayoría de problemas de salud pública que afectan a la población; una de ellas es la norma técnica 06 que hace relación con la identificación de enfermedades del embarazo y el control pre-

natal, en la cual se establecen una serie de actividades y su momento, que se le deben realizar a la gestante durante el control de su embarazo.¹

ASSBASALUD ESE, como responsable de la salud del primer nivel de complejidad para el municipio de Manizales (Colombia), en sus 37 centros de atención distribuidos estratégicamente en el área rural y urbana, tiene la obligación de ceñirse a estas pautas para ejecutar los programas de salud pública, de morbilidad general y para este caso de P y P.

Es conveniente aclarar que esta investigación académica original, no se trata de una auditoria para valorar metas cumplidas o para soportar cuentas de cobro o reembolsos de dineros, sino de establecer un balance de la calidad y oportunidad de las acciones de P y P en el programa de atención prenatal dentro del amplio panorama de los servicios de salud ofrecidos a una comunidad.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio de corte transversal para cuantificar y cualificar las actividades de Promoción y Prevención (P y P) efectuadas y su oportunidad en relación con lo normado en la resolución 0412 de 2000, en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2007, en las clínicas la Enea, San Cayetano, la Asunción y el Centro piloto y en los centros y puestos de salud, la Palma, el Bosque, el Prado, el IPC Galán, el Carmen, Cervantes, Fátima, Aranjuez, Minitas, Estambul, la Linda, Bajo tablazo, kilometro 41, la Garrucha, la Cabaña, Alto bonito, la Aurora, Lisboa, entre otros de ASSBASALUD ESE en Manizales (Caldas, Colombia), Empresa Social del Estado, que presta servicios de salud de baja complejidad, con énfasis en programas de salud pública y acciones de recuperación de la salud con calidad, bajo principios de responsabilidad social y humanización de sus servicios, a usua-

rios de la ciudad, con extensión al eje cafetero y zonas aledañas. Y unas pocas ejecutadas en las Clínicas AMAN y Rita Arango Álvarez Del Pino.

Se revisaron 1245 historias clínicas de gestantes y se recopiló la información en una tabla diseñada para abarcar las variables registradas en la historia clínica precodificada, del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y posteriormente compararlas con la resolución 0412 de 2000 del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Los criterios de inclusión fueron mujeres gestantes que acudieron a controles prenatales durante el periodo 2005 - 2007; no hubo criterios de exclusión.

Las variables empleadas fueron: Documento de identidad, cédula o tarjeta de identidad, fecha de inicio de la atención, edad (años), fecha de la última menstruación, fecha probable del parto, talla (cm), peso inicial (kg), peso final (kg), tensión arterial (mmHg), frecuencia cardíaca (latidos por minuto), frecuencia cardíaca fetal (latidos por minuto), altura uterina (cm/semana), valoración odontológica (si/no), valoración ginecológica (si/no), valoración obstétrica (si/no), parcial de orina (si/no/semana), hemoclasificación (si /no/semana), hemoglobina (si/no/semana), Coombs (si / no), colposcopia (si /no), citología (si /no), prueba de Elisa para VIH (si /no), VDRL para Sífilis (si /no), glicemia (si/no), ecografías obstétricas, frotis del flujo vaginal (si /no), sulfato ferroso (si /no), ácido fólico (si /no), calcio (si/no), toxoide tetánico (si /no), clasificación del riesgo (bajo o alto), unión estable (si/no), carné materno (si/no), adherencia a los controles (si/no), madre (sana/ complicada / viva /remitida), producto (sano/ complicado /vivo /remitido). También se recolectaron las semanas en que se efectuaron los exámenes, para documentar la oportunidad.

Las variables razón se describieron mediante promedios y desviaciones estándar, las variables nominales mediante tablas de frecuencia. La asociación entre estas últimas se determinó

empleando la prueba de χ^2 entre variables, razón y nominales con prueba t. Todos los análisis de estadística inferencial se efectuaron con un nivel de confianza $\alpha=0.05$. Los análisis estadísticos se efectuaron por medio del programa SPSS V.15 (SPSS inc.).

La presente investigación respeta todos los principios de la ética médica y de la confidencialidad que reza la Constitución colombiana de 1991 y las demás normas incluido el reglamento estudiantil de la Universidad de Manizales, no hubo contacto directo con las pacientes, sólo con sus historias clínicas y por no ser necesario no se tuvo en cuenta la identificación individual por lo que se presume bajo riesgo de filtración de información abierta a personal ajeno a los investigadores. Se contó con la aprobación y el concurso de ASSBASALUD ESE para la ejecución de la investigación.

Resultados

En total intervinieron en el estudio 1245 historias clínicas de mujeres atendidas en el control prenatal entre los años 2005-2007 en ASSBASALUD ESE. En la Tabla 1 se observan algunas variables numéricas de esta población y resalta la tensión arterial sistólica normal en un 98.7% y diastólica en un 99.7%; la altura uterina se halló alterada en un 58.2%. En las variables demográficas como la edad se destaca que entre 18-34 años fue la mayor población atendida con un 78.9% (Figura 1) y mayor frecuencia de asistencia al Centro de Salud La Asunción con un 22.1%, seguida del Centro de Salud IPC Galán con 13% y Cervantes 8.5%. Según el año de atención el 2007 fue el de mayor asistencia con un 58.8% seguida del año 2006 con un 32.9%. De las valoraciones, la que con mayor frecuencia se realizó en las gestantes fue la obstétrica con un 98.4%, seguida de la ginecológica con un 98.1%. La Odontológica sólo se realizó en el 66.8%. Al final de la gestación, se obtuvo una madre

sana en el 98.8% del total de las gestantes y un producto sano en el 96%. La adherencia a los controles prenatales fue de 62.5% y no fue adecuada en el 37.5%

TABLA 1. Variables ejecutadas durante el control prenatal en las Clínicas de ASSBASALUD en el periodo 2005-2007 Manizales, Caldas

Variable	N	%
Tensión arterial sistólica		
Normal	1211	98.7
Alterada	16	1.3
Tensión arterial diastólica		
Normal	1220	99.7
alterada	4	.34
Frecuencia cardíaca		
normal	1165	98.15
alterada	22	1.85
Frecuencia cardíaca fetal		
normal	1167	99
alterada	12	1.01
Altura uterina		
normal	450	41.8
alterada	626	58.2
Aumento de peso (Kg)		
>10	548	57.6
< 10	403	40.2
Talla (cms)		
>150	880	87.9
< 150	121	12.1
Edad (años)		
< 17 o > 35	256	17.1
18-34	960	78.9
Centro de atención		
Asunción	223	22.1
IPC	131	13
Cervantes	86	8.5
Enea	82	8.1
Año de atención		
2007	648	58.8
2006	363	32.9
2005	82	7.4
2008	6	.5
Valoración ginecológica		
si	1037	98.1
no	20	1.9
Valoración obstétrica		
si	1086	98.4
no	18	1.6
Valoración odontológica		

si	626	66.8
no	311	33.2
Madre		
sana	1216	98.8
complicada	8	.6
remitida	7	.6
Producto		
sano	1178	96.0
vivo complicado	47	3.8
anteparto	1	.1
mortinato	1	.1
Adherencia		
si	683	62.5
no	409	37.5

En la Tabla 2 Se evidencian los resultados de los paraclínicos; el parcial de orina se hizo a 98.8% del total de las gestantes que figuran con dato en la historia clínica y fue oportuno en el 83.6% de esta población; la hemoclasificación se hizo al 99.9% y fue oportuna en el 90.3%; VRDL al 97% y fue oportuna en el 81.4%; la citología al 59.6%, oportuna en el 85.8%; la glicemia a 77.3%, con oportunidad en 85.7%; VIH a 90.5%, oportuno al 84%. Es necesario aclarar que para el cálculo de todos los porcentajes registrados en la tabla se excluyeron los faltantes. Como se ve en la Tabla 2, el número de faltantes en algunos casos es alto. Aproximadamente la mitad de las gestantes asistieron a control en el 1° trimestre de embarazo.

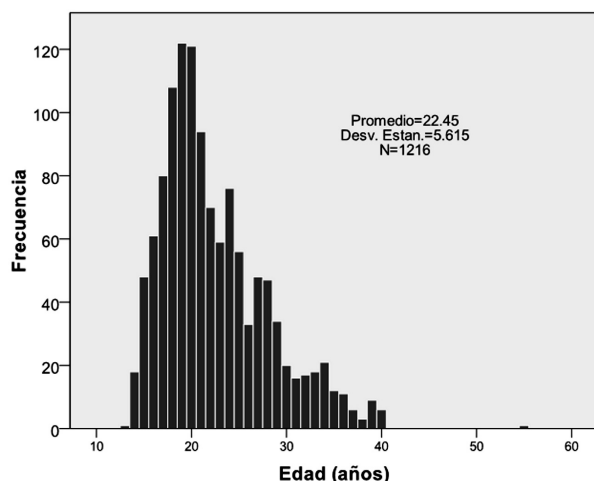


Figura 1 Frecuencia de la edad de las gestantes atendidas en ASSBASALUD ESE, años 2005 a 2007.

Tabla 2. Paraclínicos realizados en el control prenatal y su oportunidad en gestantes atendidas en ASSBASAJUD ESE entre los años 2005-2007.

	N	%
Parcial de orina		
Si	1028	98.8
No	13	1.2
Faltantes	204	
Oportuno	693	83.6
No oportuno	136	16.4
Faltantes	416	
Hemoclasificación		
Si	1137	99.9
No	1	.1
Faltantes	107	
Oportuno	772	90.3
No oportuno	83	9.7
Faltantes	390	
Hemoglobina		
Si	1057	99.1
No	10	.9
Faltantes	178	
Oportuno	734	86.4
No oportuno	116	13.6
Faltantes	395	
VDRL		
Si	1050	97.0
No	33	3.0
Faltantes	162	
Oportuno	690	85.8
No oportuno	114	14.2
Faltantes	441	
Citología		
Si	490	59.6
No	332	40.4
Faltantes	423	
Oportuno	318	82.6
No oportuno	67	17.4
Faltantes	860	
Colposcopia		
Si	91	16.4
No	465	83.6
Faltantes	689	
Oportuno	54	47.8
No oportuno	59	52.2
Faltantes	1245	
Glicemia		
Si	436	77.3
No	128	22.7

Faltantes	681	
Oportuno	329	85.7
No oportuno	55	14.3
Faltantes	862	
Coombs		
Si	96	10.8
No	797	89.2
Faltantes	352	
Oportuno	55	31.1
No oportuno	122	68.9
Faltantes	1068	
VIH		
Si	861	90.5
No	90	9.5
Faltantes	294	
Oportuno	592	84
No oportuno	113	16
Faltantes	536	
Frotis de flujo vaginal		
Si	145	29
No	355	71
Faltantes	745	
Trimestre 1° cita de atención		
1°	484	51.2
2°	297	31.4
3°	165	17.4
Faltantes	299	

Relaciones entre variables

Con el propósito de analizar la relación entre las diferentes variables indicativas de un buen control prenatal y las variables correspondientes a la madre y al producto indicativas de un normal período gestacional y de un producto sano, se creó la variable calidad de atención que se compone del número de controles positivos en cuanto a asistencia y, a oportunidad dividido entre el valor máximo de este número (27) y multiplicado por 100. La Figura 2 muestra un histograma de esta variable, que presenta un promedio de 52.77, desviación estándar 22.71 mínimo 0 y máximo 96.3. Esta variable indica en términos porcentuales, el número y oportunidad total de los paraclínicos realizados a la gestante; este número no es solo responsabilidad de ASSBASALUD ESE, sino también de la adherencia al control prenatal de la respectiva gestante.

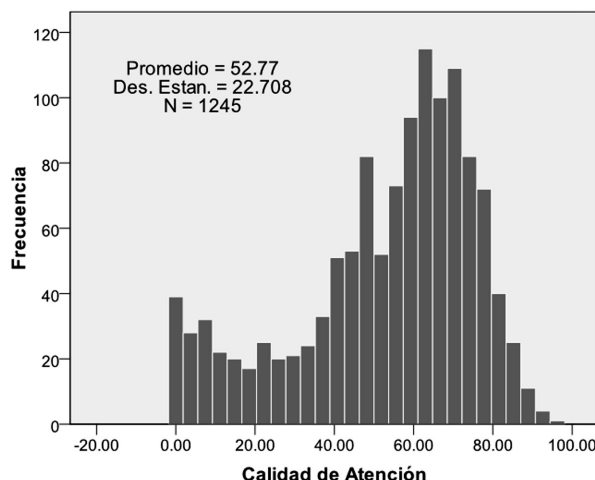


Figura 2. Histograma de la variable calidad de seguimiento en población de gestantes atendidas en ASSBASALUD ESE, en el periodo, 2005-2007

Mediante diversos procedimientos estadísticos se cruzó esta variable con las variables, talla de la madre, ganancia de peso de la madre, frecuencia cardíaca de la madre y el feto, nivel de diferencia altura uterina semana, estatus de la madre, producto, semanas de embarazo.

Se encontró relación significativa con nivel de ganancia de peso ($p=0.095$) como lo muestra la Figura 3, donde se destaca que

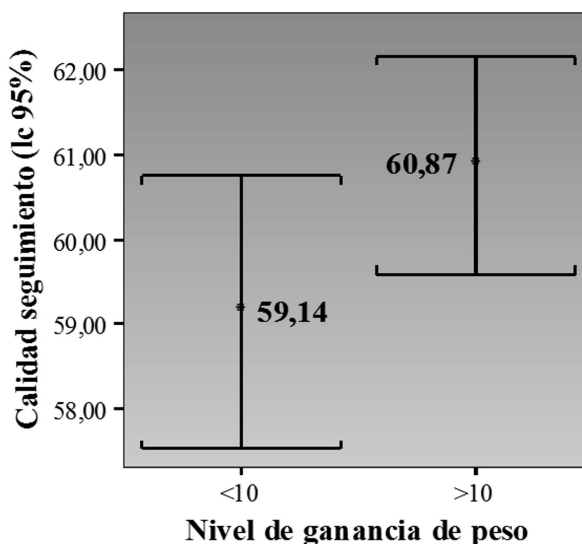


Figura 3. Relación entre calidad de seguimiento, y nivel de aumento de peso en gestantes atendidas en ASSBASALUD ESE en el periodo 2005-2007

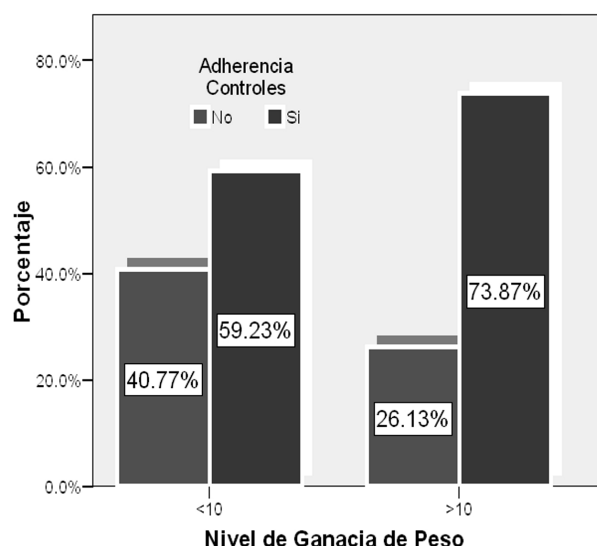


Figura 4. Relación entre adherencia a controles y nivel de ganancia de peso de gestantes atendidas en ASSBASALUD ESE, en el período 2005-2007.

las madres que muestran un aumento de peso mayor a 10 kg (N=548) presentan un promedio de calidad de atención de 60.87 frente a 59.14 de las madres con ganancia de peso menor a 10 (N=403).

También se encontró relación significativa con la diferencia entre altura uterina y sema-

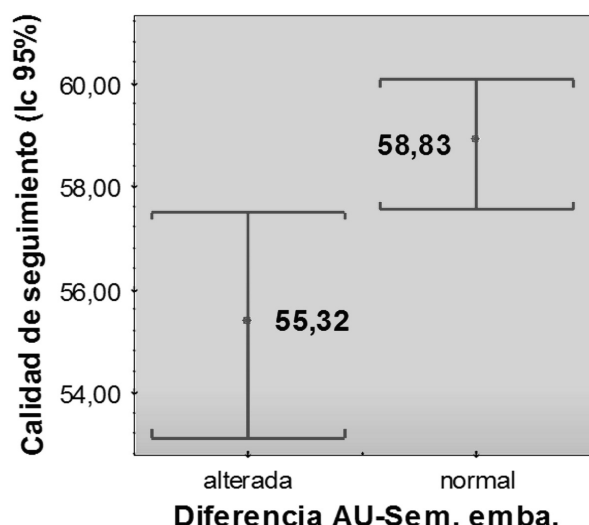


Figura 5. Relación entre calidad de atención y diferencia entre altura uterina y semanas de embarazo, para población de gestantes atendidas en ASSBASALUD ESE, en el período 2005-2007.

nas de embarazo ($p=0.04$); en la Figura 4, se muestra un promedio de calidad de atención de 58.30 en el grupo de diferencia normal ($n=745$) con relación a 55 del grupo alterada ($N=331$). Análogamente hubo relación significativa con estatus de la madre ($p=0.022$) y estatus del hijo ($p=0.052$).

En relación al cruce intentado con otras variables solo hubo relación significativa entre adherencia a controles y ganancia de peso ($p=0.000$) como lo muestra la Figura 5, se destaca en ella que las gestantes que si tienen adherencia a controles tienen mayor proporción de aumento de peso mayor a 10 Kg (63%), las gestantes que no tienen adherencia a controles muestran una mayor proporción de aumento de peso menor a 10 Kg (53,4%).

Discusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que dentro de las políticas públicas el cuidado materno es una prioridad, el cual tiene como fin optimizar el embarazo y sus resultados previniendo la morbilidad materna y perinatal. Uno de los grandes inconvenientes en la adecuada realización del control prenatal (CP) es la adherencia a las recomendaciones y la asistencia al mismo, al cual idealmente deberían asistir el 100% de las gestantes, sin embargo, no todas las mujeres lo hacen ya que aún existen barreras ajenas a las embarazadas que impiden el acceso y la adherencia al CP, tal como se hace referencia en el artículo de Cáceres M,²⁴ 2009.

Como resultado del estudio y análisis de las historias clínicas (HC) de las gestantes realizado en el presente trabajo, se sugiere la importancia de incluir una casilla en las HC precodificadas de la CLAP/OMS para registrar el valor de la glicemia, que permita destacar la trascendencia e importancia de la misma para un adecuado control prenatal, posibles diagnósticos de diabetes gestacional y las con-

secuentes repercusiones en el producto. Como inconveniente adicional, se identifica que la glicemia es una prueba catalogada como de segundo nivel, lo que crea dificultades normativas en su realización. De ser viable administrativamente, se debe cambiar la norma para que se traslade esta y los recursos para su realización al primer nivel. La recomendación académica y clínica define que la prueba de O'Sullivan es una buena prueba de tamizaje para encontrar causas de diabetes gestacional y, por lo mismo, se debe realizar a todas las embarazadas entre las semanas 24 y 28 de gestación.

Así mismo se plantea la importancia de anexar una casilla para registrar la asistencia al curso sicoprofiláctico con su cónyuge, quien adquiere el derecho a acompañar a la futura parturienta en el 100% del tiempo de su labor de parto y parto, dado el valor de la adquisición de conocimientos por parte de la madre en cuanto a la importancia de la lactancia materna, técnicas para un trabajo de parto menos traumático y los signos de alarma, que faciliten el desarrollo del periodo perinatal, neonatal y posteriores, que persigue estimular buenas acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y tratar de revertir situaciones adversas como la descrita en el artículo García LM²⁵ y colaboradores en el año 2008, en donde se encontró que el 92.9% de la muestra no asistió al curso sicoprofiláctico.

Dada la gran incidencia de hipertensión materna y sus repercusiones en la mortalidad maternofoetal, se recomienda consignar en los resultados del parcial de orina, las variables de proteinuria y hematuria, adecuando un lugar para cada una de ellas y, no solo registrar la presencia de bacteriuria como se hace en la actualidad en la HC precodificada de la CLAP, para el diagnóstico de infecciones que siendo útil, usualmente no es tan grave como los estados hipertensivos del embarazo.

Al revisar la historia clínica precodificada de la CLAP se notó, cómo se destinan hasta 3 casillas para la identificación, cédula de ciu-

dadanía y número de historia, podría obviarse dos de ellas, ya que corresponden al mismo dato en una repetición innecesaria y en su espacio y remplazo, incluir las anteriormente planteadas.

Así mismo, es primordial recalcar la importancia de sistematizar las historias clínicas, en este caso las de las gestantes, dada la relevancia de verificar los antecedentes y factores de riesgo para tenerlos presentes antes y durante el trabajo de parto. Muchas gestantes llegan a las clínicas de ASSBASALUD ESE a tener su hijo sin la HC precodificada de la CLAP (por diferentes razones, muchas de ellas ajenas a su desempeño y, las más por dificultades de la institución) que se ha diligenciado durante sus controles; pero que no prestan el servicio para el cual fue implementada, al reposar en los anaqueles de los puestos y centros de salud donde se llevó a cabo el seguimiento de la gestación o en el peor de los casos porque se contrata una institución para el control del embarazo y a otra para la atención de su parto, muy probablemente para ahorrar costos económicos; pero incrementando las dificultades en la atención y los riesgos, en una práctica que no hace bien a nadie con complicaciones complementarias para el binomio madre-hijo.

Las casillas destinadas a “estreptococo beta y pelviana versión externa”, no se diligencian y tampoco existe establecido un protocolo de tratamiento o actuación frente a pacientes con eventuales registros positivos, por lo que los investigadores recomiendan que de ser posible, se deben retirar y emplear ese espacio para otro tipo de información realmente práctica.

En la resolución 0412 del 2000 se plantea los beneficios del tamizaje para Hepatitis B en todas las gestantes, pero en la HC de la CLAP no hay donde registrar el resultado de dicho examen, se concluye que se debe agregar.

En cuanto a las repercusiones en el producto y el número de controles prenatales los resultados de la presente investigación coinciden con

otros estudios elaborados, no solo en Colombia, sino también en el mundo, que tienen como conclusión que el control prenatal adecuado modifica la incidencia de complicaciones tales como el Síndrome de insuficiencia respiratoria, bajo peso al nacimiento y prematurez en los neonatos.³ Lo anterior se ve reflejado en que en el presente estudio se obtuvieron recién nacidos sanos en el 96% y madres sanas en el 98.8% de los casos; asociados a examen clínico ginecológico y obstétrico normal en el 98.1% y 98.4% de las maternas.

Un estudio previo realizado en mujeres taiwanesas y del sudeste de África encontró que al brindar información adecuada a las mujeres durante el periodo preconcepcional y gestacional, se logra una mayor aceptación de dichas pacientes hacia los controles prenatales, una amplia asistencia a los mismos y mejoramiento en los conocimientos acerca de los cuidados en este periodo, así como la información necesaria de los servicios locales de salud y el acceso a los mismos.²⁶ Esto se deduce tácitamente de las conclusiones del presente estudio, concordando con aquel.

De igual forma se debe dar a conocer la disminución de mortalidad materna evidenciada en los últimos años en Colombia, encontrado en un estudio realizado en Cali que muestra la disminución del 80% de la mortalidad materna gracias a la intervención de factores de riesgo en la atención prenatal, la alta cobertura institucional de atención del parto y una red de referencia y contrarreferencia de pacientes, que pretende cada vez más a ser oportuna y eficiente.³ Coincidente una vez más con esta

investigación, al no presentarse ninguna muerte materna ni del recién nacido.

Por último, es obligatorio aclarar que este proyecto fue realizado en ASSBASALUD ESE, institución de la que se especificaron las características previamente, haciendo énfasis en que es un centro de primer nivel de complejidad, por lo tanto no se incluyeron en el estudio pacientes de alto riesgo obstétrico, debido a que son referidas a otras Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) que ofrecen cuidados por especialistas en obstetricia, de lo anterior se infiere conjuntamente que existe un excelente proceso de identificación y remisión de las pacientes durante el control prenatal, que redundo en mejor atención y evitar manejo de distocias y otras complicaciones en el primer nivel, donde no existen los recursos de infraestructura, los tecnológicos, no tanto humanos, suficientes para su resolución.²⁷

ASSBASALUD ESE no escatima recursos y ha demostrado cumplir con altos niveles de cobertura y ejecución para la mayoría de las acciones de P y P: ejemplarizadas en que la hemoclasificación se le realizó al 99.9% de los casos, hemoglobina al 99.1%, parcial de orina al 98.8% y VDRL al 97%; pero cuando se habla de oportunidad, las cifras son del orden del 85.5%, 81.3%, 79.7% y 81.4% respectivamente, lo que objetiva la tardía llegada al inicio del control prenatal. Como grandes limitantes para ser aún más eficientes, son precisamente este inicio tardío del seguimiento prenatal de algunas gestantes y la pobre adherencia (del 62.5%), que por decisión propia, son renuentes a cumplir con un derecho que les asiste.

Literatura citada

1. Ministerio de protección social. República de Colombia. Resolución 0412. Bogotá: ministerio de la protección social; 2000.
2. Ortiz R, Beltrán MA. Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. *MedUNAB* 2005; 8: 102-112
3. Sánchez H, Pérez G, Pérez P, Vázquez F. Impacto del control prenatal y la morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2005; 43(5): 377-380
4. Faniete P, Rivera C, Faniete J. Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1997-2006. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007; 67(4): 228-232
5. Say L, Raine R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 812-819
6. Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit.* 2006; 20(1): 31-9.
7. Herrera JA. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colomb Med* 2002; 33: 21-25.
8. Tough S, Siever J, Johnston D. Retaining women in a prenatal care randomized controlled trial in Canada: implications for program planning. *BMC public health.* 2007; 7: 1-8
9. Saldarriaga OJ, Sánchez M, Avendaño L. Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. *CES Odontol* 2004; 17(2): 10-23.
10. Flores M, Neufeld L, González T, Rivera J, Martorell R, Ramakrishnan U. Multiple micronutrient supplementation and dietary energy intake in pregnant women. *Salud pública Mex* 2007; 49(3): 190-198.
11. Goldani M, Barbieri M, Silva A, Bettiol H. Trends in prenatal care use and low birthweight in southeast Brazil. *Am J public health* 2008; 94(8): 1366-1371.
12. Dirección nacional de salud materna infantil, ministerio de salud y ambiente de la nación. La salud de las mujeres en edad fértil. *Bol proaps-remediar.* 2005; 3(17): 13-19
13. Herrera J. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colomb Med* 2002; 33: 21-25
14. Murillo L, Miranda W. Calidad del Control Prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua. Agosto-Octubre 2004. CIES. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Centro de investigacione; 2004.
15. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M, et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: Una vía hacia el parto natural. *Rev Chil obstet ginecol.* 2006; 71(2): 98-103
16. Nazzari O. Cáncer cervico uterino y embarazo. *Rev Chil obst ginecol* 2002; 67(1): 66-68.
17. Rochelle L, Krakowiak P, Hujoel P, Peters R. Dental Care Use and Self-Reported Dental Problems in Relation to Pregnancy. *Am J Public Health* 2004; 94: 765-771.
18. Subgerencia de operaciones, programa remediar. El embarazo y el uso de drogas en el primer nivel de atención. *Bol proaps-remediar* 2005; 3(17): 4-9.
19. González R, Dezerega V, Vásquez R. Evaluación de la aplicación de la tabla de crecimiento nacional en la ecografía rutinaria durante el período 22 a 26 semanas, en 1162 ecografías. *Rev Chil obst ginecol* 2005; 70(4): 213-217.
20. Carvalho J, Moscoso G, Tekay A, Campbell S, Thilaganathan B, Shinebourne EA. Clinical impact of first and early second trimester fetal echocardiography on high risk pregnancies. *Heart* 2004; 90: 921-926.
21. Sanchez F, Trelles E, Terán M, Pedroso P. Nutrición, Suplementación, Anemia Y Embarazo. *Rev Cubana Obste Ginecol* 2001; 27(2): 141-145
22. Fraifer S, García S. Control Prenatal en embarazadas. *Evid. Actual. Práct. Ambul.* 2004; 7: 173-177
23. Alcaldía de Manizales. Secretaria de salud. Historia clínica perinatal – CLAP – OPS/OMS. Manizales: Alcaldía de Manizales; 2006
24. Cáceres FM. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colom Obstet Ginecol* 2009; 60 (2): 165-170
25. García LM, Charrasqui M, Floréz YL, Palencia LM, Santodomingo FJ, Serpa YJ. Prácticas sobre estimulación prenatal que realizan las gestantes adultas asistentes al control prenatal en Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte* 2008; 24(1): 31-39
26. Ling M, Shieh C, Wang HH. Comparison Between Pregnant Southeast Asian Immigrant and Taiwanese Women in Terms of Pregnancy Knowledge, Attitude Toward Pregnancy, Medical Service Experiences and Prenatal Care Behaviors. *J Nurs Res.* 2008; 16 (2): 97-108
27. Freitez M. Control prenatal y complicaciones maternas durante el parto y puerperio inmediato. Barquisimeto (Venezuela) : Departamento de obstetricia y ginecología Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda"; 2009