

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
VICERRECTORIA DE DOCENCIA
ESCUELA DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CUMPLIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LA NORMATIVA DE ATENCIÓN
MATERNA Y PERINATAL DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA, HOSPITAL
MAX PERALTA, CARTAGO, EN EL CUATRIMESTRE COMPRENDIDO
ENTRE ABRIL Y JULIO DEL AÑO 2005.

ESTUDIANTES.

Dra. Ana Iris Vargas Thames

Dra Yarubith Arias Arévalo

TUTORA

Msc. Marielos Rojas Espinoza

Agosto 2005

“El nacimiento de un niño vivo y sano no es, aunque lo parezca un hecho casual; es el resultado de un sinfín de cuidados y atenciones prodigiadas con generosidad y profesionalismo”

Domínguez, E. 2005

Para Rodrigo, Paula y Carla, mi familia, por su amor y apoyo incondicional

Ana Iris Vargas

*Le dedico este trabajo a mi esposo Rafael, y a mis hijos Ricardo y Rolando
por el amor y comprensión en mis ausencias.*

Yarubit Arias.

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento sincero a la Msc. Marielos Rojas Espinoza, nuestra maestra, por su orientación en este proyecto desde su inicio y que aún hoy continúa enseñándonos.

Índice

Introducción	9
Capítulo 1: Marco Contextual	11
1.1 Antecedentes	12
1.2 Justificación	14
1.3 Formulación del problema	17
1.3.1 Delimitación del problema	17
1.3.2 Definición del problema	17
1.3.3 Formulación del problema	18
1.4 Objetivos	19
1.4.1. Objetivo general	19
1.4.2. Objetivos específicos	19
Capítulo 2. Antecedentes y Marco Teórico	20
2.1. Antecedentes	21
2.1.1. Antecedentes Internacionales	
2.1.2. Antecedentes Nacionales	25
2.1.3. Antecedentes Locales	30
2.1.3.1 Servicio de Ginecoobstetricia Hospital Max Peralta	31
2.2. Marco Teórico	
2.2.1. Normativa de la atención materna y perinatal	36
2.2.2. Características de los modelos de atención prenatal	39
2.2.3. Aspectos técnicos del control prenatal	42
2.2.3.1. Generalidades sobre atención prenatal	42
2.2.3.2. Cuidados prenatales	44
2.2.3.3. Actividades y objetivos del control prenatal	44
2.2.5.4. Cronología de las actividades para el control prenatal	47
2.2.3.5. Historia Clínica perinatal	49
2.2.5.6. Lista de factores de riesgo	50

2.5.4.1.	Determinación de Edad Gestacional	51
2.5.4.2.	Determinación de Grupo Sanguíneo y RH	52
2.5.4.3.	Confirmación de existencia de vitalidad fetal	52
2.5.4.4.	Evaluación de la embarazada	53
2.5.4.5.	Evaluación nutricional de la embarazada	52
2.5.4.6.	Técnica de medida de la altura uterina	54
2.5.4.7.	Determinación de anemia	56
2.5.4.8.	Suplemento con hierro	57
2.5.4.9.	Suplemento con folato	57
2.5.4.10.	Prevención de defectos congénitos	58
2.5.4.11.	Seguimiento del crecimiento fetal	59
2.5.4.12.	Control de presión arterial	59
Capítulo 3. Marco metodológico		61
3.1.	Tipo de estudio	62
3.2.	Área de estudio	62
3.3.	Unidad de análisis	63
3.4.	Fuentes de información	63
3.5.	Identificación descripción y relación de variables	64
3.6.	Proceso Operacionalización de variables	65
3.7.	Selección de técnicas e instrumentos	67
3.8.	Plan de tabulación y análisis	68
3.9.	Resultados esperados y limitaciones	68
3.10.	Cronograma	69
Capítulo 4. Descripción, análisis e interpretación de resultados		70
4.1.	Características población de estudios	71
4.2.	Prestación del servicio	74
4.2.1.	Infraestructural y tecnología	74
4.2.1.1.	Papelería	75
4.2.1.2.	Material del consultorios	76
4.2.1.3.	Recurso técnico	76
4.2.2.	Recurso Humano	76
4.2.3.	Calidad de la atención	77

4.2.3.1. Tiempos de espera	77
4.2.3.2. Edad gestacional promedio de inicio de control prenatal	78
4.2.3.3. Clasificación de riesgo	78
4.2.3.4. Percepción de usuaria de atención recibida	79
4.3. Cumplimiento de la normativa	81
4.3.1. Prueba de embarazo	81
4.3.2. Cálculo de Edad Gestacional	81
4.3.3 Historia Clínica	81
4.3.4. Exploración Física.	82
4.3.5. Realización de citología cervicovaginal	83
4.3.6. Medición de peso y talla	83
4.3.7. Medición de la presión arterial	84
4.3.8. Suplemento de ácido fólico y hierro	85
4.3.9. Detección de sífilis, H.I.V. y toxoplasmosis	85
4.3.10 Determinación de grupo y Rh	85
4.3.11. Realización E.G.O con técnica	86
4.3.12. Tamizaje de Diabetes mellitus	86
4.3.13. Determinación de número de fetos, presentación y líquido amniótico	87
4.3.14. Educación en planificación	87
4.3.15. Solicitud de ultrasonido	87
4.3.16. Vacunación D.T.	88
Capítulo V: Conclusión y Recomendaciones	89
5.1. Conclusiones	90
5.1.1. Generalidades de la población	90
5.1.2. Prestación del servicio	90
5.1.3. Cumplimiento de la normativa	93
5.2 Recomendaciones	96
5.2.1 Recomendaciones generales	96

5.2.2	Prestación del servicio	96
5.2.3.	Cumplimiento de la normativa	97
Bibliografía		100
Anexos		107
Resumen ejecutivo		142

INTRODUCCIÓN

Cada día cobra más importancia, en el campo de la Obstetricia, la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo. La medicina preventiva es la más efectiva a la que se puede aspirar y esto hace importante la vigilancia prenatal, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos, o bien, que al suceder esto, sean detectadas las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello, obtener madres y productos más sanos y abatir la tasa de mortalidad materna y perinatal.

Las preocupantes estadísticas de morbimortalidad materna y perinatal, en los países en desarrollo, reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. Las tasas de mortalidad materna y perinatal se aceptan como indicadores que reflejan la eficacia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada (Acuña, Castro, 2003), éstas se encuentran en estrecha relación con determinantes sociales, económicos y demográficos y son el reflejo de la calidad de vida de cada país (Leitón F. Eduardo, 1994)

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

En los países en desarrollo, estos programas, frecuentemente, son mal implementados y las visitas a las clínicas pueden ser irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres.

Se ha sugerido que un primer paso en el mejoramiento de la atención a la mujer embarazada es un adecuado y cuidadoso control prenatal (Access en quality, 1999) y el mejoramiento en la calidad de la historia clínica, los que

han demostrado ser eficaz en disminuir la mortalidad materna y la morbimortalidad perinatal.(Jaramillo, A, 1998)

El control prenatal de Alto Riesgo es el conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de todos aquellos elementos, en que la madre, feto o neonato se encuentren en mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y el cuidado del recién nacido. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal.

Aunque la cobertura del control prenatal en Costa Rica ha aumentado considerablemente en las últimas décadas (MSP, 2004), es frecuente, sin embargo, aún en la actualidad, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, un bajo promedio de controles prenatales por paciente y el llenado incompleto de las Historias clínicas (Jaramillo Arias, Ivan et al, 1999), que se han convertido desafortunadamente en costumbre, en la práctica moderna.

CAPÍTULO I: MARCO CONTEXTUAL

1.1. ANTECEDENTES

El período de 1976 a 1986 fue designado por las Naciones Unidas como la "Década de la Mujer". Durante este tiempo, numerosos estudios se centraron en el análisis de los asuntos concernientes a la salud y al desarrollo de la mujer. Los hallazgos más importantes mostraron que la mortalidad materna era el mayor problema alrededor del mundo y por el subregistro, en los países, su magnitud era superior a la esperada.

Esto llevó a las Naciones Unidas a convocar la Primera Conferencia Mundial en Nairobi (Kenia) en 1987, que formuló un "Llamado a la Acción " para reducir los riesgos de embarazo y disminuir la mortalidad materna.

Esta iniciativa fue liderada por un Grupo Interagencial, compuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de actividades de Población (FNUAP) la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), El Consejo de Población y el Banco Mundial.

A través de esta iniciativa, se ha tratado de movilizar la opinión pública para reducir la enfermedad y muerte de las gestantes y, a la vez, abogar para que los embarazos y partos reciban una atención digna y un manejo apropiado.

En la última década, en la medida en que se ha profundizado en el conocimiento de las causas de muerte, se ha encontrado que el problema es mayor de lo esperado, debido al registro inadecuado e insuficiente de la mortalidad materna. Este problema es común para la mayoría de los países en América Latina y el Caribe - LAC -.

Anualmente, se estima que 11.285.000 mujeres de América Latina y el Caribe, quedan en estado de gravidez. Algunas de éstas debido a condiciones precarias de salud preexistentes están expuestas a mayores riesgos y a complicaciones específicas del embarazo.

Después de diez años de la puesta en marcha de esta estrategia, se han dado una serie de logros significativos. Existe a nivel de agenda pública un mayor conocimiento de la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de la atención materna. Más de la mitad de los países de la región han fijado la reducción de la mortalidad materna como meta de la política de desarrollo social. En el marco de la Reforma del Sector Salud, en 13 países de la región, se ha incorporado, en forma prioritaria y gratuita, la atención a la gestante de grupos económicamente vulnerable; y el mayor desafío para los próximos años debe hacerse en el área de promoción de la salud y bienestar de la gestante, para lo cual se debe involucrar a los diversos segmentos de la población en la construcción de la maternidad saludable, que debe ser no una prerrogativa del Sector Salud, sino una agenda que involucre a todos los sectores en el desarrollo de la equidad y justicia social con la mujer

En el año 2001, la OMS llevó a cabo una revisión sistemática de las investigaciones clínicas aleatorizadas que evaluó la efectividad de los distintos modelos de control prenatal (Creel L, Sass, 2002). Esta revisión tenía el propósito de evaluar la hipótesis que un modelo de CPN con un reducido número de visitas, con investigaciones clínicas dirigidas a objetivos concretos, era tan efectivo, como el modelo occidental estándar en términos de resultados clínicos, satisfacción y costos. Para las mujeres, los resultados seleccionados por comparar fueron: preeclampsia, infección del tracto urinario, anemia posparto y mortalidad materna. El bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal fueron los resultados feto-neonatales elegidos. También, se evaluaron la satisfacción de las mujeres y la relación costo-efectividad de los dos modelos en comparación.

Se concluyó que en la práctica clínica se pueden introducir los modelos con un número reducido de visitas prenatales sin riesgo de consecuencias adversas para la mujer o el feto-neonato, tanto en los países desarrollados como en desarrollo

1.2. Justificación

La muerte materna y la muerte fetal se erigen como dos tragedias propias del subdesarrollo en las que alguna vez como médicos hemos sido testigos o protagonistas. Constituyen dos situaciones extremadamente tristes y dolorosas, de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive, que trascienden como resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto médico (Jaramillo Arias, Iván et al, 1999)

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre, aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal, Por tal razón, los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan al mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición, control prenatal y parto (Huaman. M, 1997)

El control prenatal es el mejor instrumento mediante el cual podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esta forma, se podrá controlar el momento de mayor morbi-mortalidad en la vida del ser humano, como es el periodo perinatal y una de las principales causas de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.(Fernández. A et al 1992).

Tradicionalmente, esto se ha expresado en un proceso de atención de nueve meses donde el médico realiza un control periódico junto con una serie de exámenes y recomendaciones a la paciente, en caso de que no existan complicaciones. Aunque la cobertura del control prenatal en Costa Rica ha aumentado considerablemente en la última década alcanzando sobre el 85%

en el 2002 (Informe de MSP 2002), es frecuente, sin embargo, aún la captación tardía, en el último trimestre del embarazo, un bajo promedio de controles prenatales por paciente y el llenado incompleto de la Historia Clínica Perinatal simplificada (Acuña Castro, et al 2003)

Cuando se habla de la normativa atención prenatal, se hace referencia a la manera como se realizan los diferentes procedimientos, los pasos por seguir, la forma como se ejecutan y la medida como influyen en tiempos de espera y en los costos. Es sabido que cuanto más eficiente sea la atención estos aspectos disminuirán, y por lo tanto, existirá un beneficio para el cliente y para la Institución (el cliente se sentirá más satisfecho al esperar menos y el hospital al ahorrar recursos).

Además de estos aspectos la atención debe darse de una forma oportuna, en donde a la paciente se le dé un adecuado y cuidadoso control prenatal con el debido recurso humano y tecnológico, ya que el fin último es la reducción de la morbi-mortalidad perinatal. Por esta razón, deben establecerse mecanismos de control y seguimiento que permitan evaluar la forma como se cumple con la normativa de atención de un hospital, en este caso: el Max Peralta de Cartago.

La necesidad del estudio surge debido a que los modelos tradicionales de atención prenatal han sido cuestionados desde hace algunos años. A este respecto, se considera que el control prenatal actual tiene:

- Numerosas visitas habituales
- Recargo del Sistema de Salud
- La reducción del número de visitas no parece influir en el resultado materno y perinatal.(Intercambio Mag, atención prenatal)
- El mejoramiento en la Historia Clínica parece ser eficaz en disminuir la mortalidad materna y la morbilidad perinatal (Pasmino S. 1997-1998)

Estas apreciaciones indican la necesidad de revisar la consulta prenatal, y en qué medida el sistema está respondiendo a las necesidades de las pacientes,

disminuyendo la morbimortalidad materna y feto neonatal, pero a la vez, utilizando los recursos con equidad, con la intención de plantearse si es necesario, cambiar los criterios de atención.

De hecho, existe un creciente cuestionamiento de la atención prenatal que se da a las comunidades de escasos recursos (Aspectos clave, 2004) donde expertos han cuestionado el efecto real de muchos elementos de la atención prenatal sobre la mortalidad, a pesar de los beneficios que brinda la atención habitual en la salud materno-infantil. (Aspectos clave, 2004)

La presente investigación es realizada como un proyecto de graduación en la Maestría de Administración de los Servicio de Salud Sostenibles, y pretende estudiar la aplicación de la normativa de la atención materna y perinatal actual (Ministerio de Salud- Caja Costarricense de Seguro Social- 2001) en la Consulta Prenatal del Hospital Max Peralta de Cartago en el cuatrimestre de abril a julio del año 2005, los aspectos que pueden mejorarse en ésta y su aplicación, para disminuir la tasa de morbi mortalidad perinatal, así como establecer los aspectos críticos que influyen más bien, en un aumento de la morbi mortalidad perinatal.

Desde el punto de vista de la gestión de los servicios del Hospital al identificar los problemas que se presentan en la normativa, sobre todo en su aplicación, se permitirá realizar una propuesta para mejorar la atención y, por ende, lograr mayor satisfacción del usuario, lo que redundará en una mejor imagen de los servicios de atención prenatal. Además, se producirá una mayor eficiencia y equidad, lo que permitirá no solo cumplir las metas pactadas en los Compromisos de Gestión, sino una mejor utilización de los recursos disponibles.

1.3. Delimitación y formulación del problema

1.3.1. Delimitación del problema

¿Existe una apropiada aplicación de la normativa nacional de atención materna y perinatal 2001, en la consulta de Alto Riesgo del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago?.

1.3.2. Definición del problema

Es necesario estudiar la normativa nacional de atención materna y perinatal, establecida en 2001 por la Caja Costarricense del Seguro Social

Dado que una adecuada aplicación requiere de ciertas condiciones, se procede a evaluar los recursos materiales, técnicos y humanos con los que se cuentan en el Hospital Max Peralta; las características de la atención que se brinda, en relación con los horarios, los espacios para la consulta, las funciones y los objetivos de la consulta prenatal, así como las cifras de morbi mortalidad que brinden una idea de los resultados de la atención prenatal.

Además, se deben valorar ciertas características presentes en la atención como la periodicidad del control (mensual, quincenal, semanal), la forma como se evalúa a la población (biológicamente, de forma holística), y el énfasis hacia ciertos grupos de riesgos (adolescentes, mujeres de más de 35 años). (Rojas, modelo de atención, 2001).

Los aspectos mencionados son los que darán una idea del modelo y a partir de ahí, establecer su idoneidad de acuerdo con las políticas del Hospital y el beneficio de la paciente (sobre todo en la morbi mortalidad) .

Por último, se establece el cumplimiento de la normativa nacional, lo que indica que se analizarán los procedimientos y las acciones que se realizan para

la atención prenatal y la medida como estos se corresponden con la normativa, lo que llevará a concluir los aspectos que se pueden mejorar.

1.3.3. Formulación del problema

¿La prestación del servicio de Consulta de Alto Riesgo del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago, cumple en la aplicación de la normativa de atención prenatal de la C. C. S. S- 2001 en el año 2005?

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Evaluar la aplicación de la normativa nacional de atención materna y perinatal, en la Consulta de Alto Riesgo del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago para elaborar una propuesta que permita mejorar la atención que se brinda.

1.4.2. Objetivos específicos

1.4.2. a. Determinar las características del servicio que se brinda en la Consulta de Alto Riesgo, del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago.

1.4.2.b. Determinar el cumplimiento de la Normativa Nacional de atención materna y perinatal 2001, en la Consulta de Alto Riesgo del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago, en el primer semestre del año 2005

1.4.2.c. Definir los aspectos que se pueden mejorar en la aplicación de la Normativa Nacional de atención materna y perinatal 2001, en la atención prenatal del Hospital Max Peralta de Cartago, en el primer semestre del año 2005

1.4.2.d. Realizar una propuesta de atención, que permita mejorar el servicio que se brinda en la Consulta de Alto Riesgo del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago.

CAPÍTULO II
ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Son numerosos los investigadores que se han dedicado a estudiar la atención prenatal. Recientes estudios como los efectuados en Nepal, han revelado que es la calidad de los servicios en los centros de salud y la presencia de promotores de salud en las aldeas, y no la cantidad de instalaciones, los determinantes fundamentales en el uso de los servicios de atención prenatal. (Rhoe, 2003)

Además, un estudio realizado en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, indica que la asistencia de las mujeres en la atención prenatal se ve afectada por una serie de percepciones acerca de la la calidad de la atención, así como por los beneficios y riesgos que se perciben con respecto de la atención prenatal. El estudio demostró la necesidad de abordar de mejor manera las necesidades de información de las mujeres. (Rhoe, 2003)

También, se ha sugerido realizar pruebas a las mujeres para identificar factores de riesgo, con el fin de reducir la mortalidad materna, aunque estudios recientes han puesto en duda cuán efectivas son las pruebas de detección para predecir qué mujeres presentarán complicaciones (Majoko et al., 2002; Yuster, 1995 citados en Rhoe, 2003).

Asimismo, un estudio prospectivo en Guinea-Bissau estableció que la detección de factores de riesgo no contribuirán en forma significativa por reducir la mortalidad materna (Hoj et al., 2002 en Rhoe, 2003).

Existen otros que buscan en identificar qué indicadores de riesgo – por ejemplo, antecedentes obstétricos, edad, paridad y peso – son los más confiables (Rhoe, 2003). Un estudio en Nigeria reveló que ciertos factores de riesgo se vieron asociados a la anemia entre las mujeres embarazadas (Oboro et al., 2002 citado por Rhoe, 2003)

A pesar de que la detección de condiciones de riesgo puede identificar los grupos de mujeres con mayor probabilidad de presentar complicaciones obstétricas, estos factores de riesgo no predicen qué personas efectivamente presentarán complicaciones. La mayor parte de las mujeres calificadas como "de alto riesgo" no presentan problemas durante el parto, mientras que la mayoría de las mujeres que desarrollan problemas pertenecen al grupo "de bajo riesgo". (Rhoe, 2003)

Una revisión de la OMS sobre estudios aleatorizados, para evaluar la atención prenatal de rutina en varios países indicó que un menor número de visitas prenatales no influiría mayormente en el riesgo de madres y bebés, y que reduciría los costos (Carroli et al., 2001; Munjanja et al., 1996, en Rhoe, 2003).

Se dice que las mujeres y los proveedores tienden a aceptar el nuevo modelo de atención prenatal, pero necesitan tranquilidad sobre la seguridad de realizar menos visitas y espaciadas, entre quienes no presenten complicaciones (Langer et al., 2002, en Rhoe, 2003).

“Un estudio de la OMS sobre la atención prenatal realizado en Argentina, Cuba, Arabia Saudita y Tailandia reveló una considerable variabilidad en los servicios de atención prenatal entre clínicas seleccionadas de estos países (Piaggio et al., 1998). Un estudio realizado en la India reveló que la atención prenatal es un importante determinante para un parto sin riesgos (Bloom et al., 1999). La atención prenatal puede contribuir a reducir las complicaciones asociadas a trastornos hipertensivos del embarazo (por ejemplo, eclampsia) entre las mujeres de países en desarrollo.” (Rhoe, 2003)

El estudio colaborativo Nacional realizado en Colombia, 1998, por la Sociedad Colombiana de ginecología y obstetricia concluyó “El buen diligenciamiento de la historia clínica, la aplicación de un instrumento de calidad

y la supervisión conducen al mejoramiento de los resultados perinatales” (Jaramillo Arias y otros, 1998)

La disparidad entre países desarrollados y en desarrollo es mayor en el área de la salud materna que en otras áreas de la salud pública (Wall, 1998). En países desarrollados, el riesgo de morir por complicaciones del embarazo y el parto es de 1 de cada 1,800 mujeres, mientras que en los países en desarrollo, este riesgo es de 1 en 48 (WHO & UNICEF, 1996). Al menos el 75% de las muertes maternas son debidas a causas obstétricas directas: hemorragia, infección, hipertensión y parto prolongado.

Los factores individuales y contextuales, que estarían contribuyendo al retraso en el tratamiento de complicaciones obstétricas, según Thaddeus y Maine (1994), serían:

- 1) retraso de parte de la mujer embarazada, su familia o ambos, en buscar ayuda.
- 2) retraso en alcanzar un adecuado servicio de salud
- 3) demora en recibir el tratamiento adecuado en el servicio de salud.

La maternidad segura es un componente esencial de la salud reproductiva, y la Organización Safe Motherhood la define como la capacidad de una mujer para tener un embarazo y parto seguros y saludables.

Entre los posibles determinantes de la atención prenatal, del parto y posparto, además de los factores individuales y del hogar, estarían los factores contextuales. Resultados de Bulatao en el estudio de Rho, 2003 en su estudio “Do Health Services Reduce Maternal Mortality ?”, muestran como principales predictores en la reducción de la mortalidad materna, el ingreso per cápita y el acceso a los servicios de salud materna. Por su parte, Bollen y colaboradores (1999) afirman que numerosos investigadores enfatizan en que el efecto de los factores individuales varían de acuerdo con el contexto de la comunidad. Disponibilidad y aceptabilidad de servicios de salud son

dimensiones importantes que facilitan el uso de atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio.

Sin embargo, hay mujeres que prefieren los partos en casa, con atención de parteras / comadronas y, hay quienes buscan ayuda profesional y parto institucional. Los factores asociados a la primera elección serían la tradición o costumbre, habilidades de la comadrona / partera de cuidado especial, el costo, y respeto por costumbres locales (ejemplo: retorno de placenta, permitir a las mujeres estar parcialmente vestidas, y elegir la posición en el parto).

En el caso de la segunda elección, estarían el conocimiento de los beneficios proporcionados en los servicios de salud, por parte del personal de salud, como la capacidad de éste para manejar complicaciones, y percepción de que las parteras / comadronas no pueden manejar complicaciones (Mother Care Matters, 2000). Al respecto, Koblinsky menciona que no se debe olvidar el contexto socioeconómico, el cual influye e interactúa con las barreras para el uso de la atención calificada a nivel familiar y de la comunidad. Dentro de los factores individuales Shiffman (2000) identifica tres perspectivas en los determinantes de la mortalidad materna:

- 1) la perspectiva de salud promovida por acciones de maternidad segura dirigidas a la disponibilidad y uso de los servicios de salud materna.
- 2) la perspectiva del desarrollo económico y
- 3) el empoderamiento de la mujer que enfatiza la posición de la mujer en la sociedad.

Los seguidores de la perspectiva de salud argumentan que algunas intervenciones, incluyendo cuidado prenatal, servicios de planificación familiar, atención especializada en el parto y cuidado de emergencia obstétrica, podrían ser críticas para mejorar la salud y reducir las muertes maternas (Maine, 1993), mientras que los seguidores de la perspectiva del empoderamiento de la mujer

consideran que la educación de la mujer es la mejor manera de tener una maternidad segura (Shiffman, 2000).

El interés en estudiar la salud materna en nivel agregado es particularmente debido al reconocimiento de la importancia de los efectos contextuales sobre la conducta individual.

Diversos estudios muestran que los efectos de las variables de la comunidad son mayores que los del individuo en la mortalidad infantil (Sastry, 1997) Por esta razón, este estudio tomará en cuenta los factores asociados propiamente con la atención prenatal, así como la interrelación entre factores individuales, y de la comunidad.

Se hipotética que además de estar correlacionada con factores individuales como la educación de la madre, la atención prenatal tiene estrecha relación con la disponibilidad de servicios de salud.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

La necesidad de elaborar normas de atención, especialmente en el ámbito materno – infantil, ha sido una constante en el accionar de los servicios de salud públicos en Costa Rica. Su objetivo ha estado relacionado siempre con la mejoría en la calidad de atención de estos servicios, en un largo proceso, que se inicia a mediados de los años cincuentas, por el eminente médico, pediatra y salubrista, Dr. Rodrigo Loría Cortés. (Dr. Loría Cortés, 1998)

En 1969, se oficializa, el primer “Manual de Normas Técnicas y procedimientos en la Salud Materno-Infantil”, por el Ministerio de Salud.

A inicio de la década de los ochentas, el antiguo Departamento Materno Infantil, del Ministerio de Salud, retoma dicho Manual, lo actualiza y lo completa

en manuales separados; iniciándose, en esa época, un proceso de capacitación, en normas materno-infantiles al primer nivel de atención del Ministerio de Salud.

En 1985, se inicia la época de la integración de servicios de salud CCSS-MS, respondiendo a la necesidad de ampliar coberturas en las consultas preventivas y de evitar duplicación de acciones en el primer nivel de atención. El énfasis de este proceso se dio en el grupo materno-infantil, lo que favoreció una estandarización del proceso de atención y una mayor coordinación en cuanto al cumplimiento de normas técnicas entre las dos instituciones.

En 1986, con la implementación del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centro América y Panamá, que se desarrolló en esa época, con el apoyo interagencial de UNICEF, OPS/OMS y la Comunidad Europea, se da un gran impulso al proceso de normatización de la atención materno-infantil. El resultado fue la publicación conjunta MS-CCSS de Normas Nacionales de Atención Materna e Infantil, basadas en el enfoque de riesgo en la atención biopsicosocial, que incluyeron nuevas normas referidas tanto en el nivel ambulatorio como hospitalario.

En 1995, en el marco de la reestructuración del Sector Salud, donde la CCSS debe asumir la atención integral a las personas y el Ministerio de Salud la Rectoría del Sector, ambas instituciones publican, luego de un exhaustivo trabajo, las “Normas de Atención Integral de Salud para el Primer Nivel de Atención”, contando con la participación de funcionarios de todos los niveles, tanto del Ministerio de Salud como de la CCSS.

La aplicación de las diversas metodologías de evaluación de la calidad, han revelado que el área de cumplimiento de normas, es una de las más débiles en nuestro sistema de salud, aseveración que se reafirma en los hallazgos de los casos analizados de muertes infantiles y maternas que se realizan en todo el país.

El Plan Nacional de Prevención de la Mortalidad Infantil, elaborado en 1999, enfatiza la capacitación del personal de salud en normas de atención de los diferentes niveles, con el objetivo de desarrollar la capacidad del recurso humano en la solución de los principales problemas de salud, con un enfoque de trabajo en equipo interdisciplinario y dirigido a la satisfacción de las necesidades en salud de nuestra población.

Se estima en forma objetiva que el cumplimiento consciente de las normas de atención integral en el ámbito materno-infantil, redundará en un mejoramiento de la calidad de vida de la madre y del niño/a de manera particular y de la población costarricense en general.

La mortalidad infantil se refiere a los fallecimientos que ocurren antes del año de edad. “Su importancia radica en que es un indicador de la situación de salud de una población y también refleja el grado de desarrollo socioeconómico de la misma, ya sea en el ámbito nacional, regional o cantonal. Por lo anterior, es utilizado por organismos internacionales para comparar el nivel de desarrollo y de salud de los países.” (Netsalud, 2002).

En Costa Rica, la salud perinatal se mide con el indicador de mortalidad materna y con esta perspectiva, se analiza la atención de los servicios de salud en prenatal, parto y puerperio. (Ministerio de Salud, 2002).

Las tasas de mortalidad materna y perinatal se aceptan como indicadores que reflejan la eficiencia en la atención que se brinda a la mujer embarazada (Centro latinoamericano de Perinatología, 1983 y Moreno A. 1990)

En Costa Rica para el 2003, la tasa de mortalidad infantil fue de 10.5 por 1000 nacidos vivos y la de mortalidad materna de 2.6 por 10.000 nacidos vivos, cifras excelentes para el medio latinoamericano, pero lejos de países desarrollados, por lo que aún es un importante problema de salud pública. (Informe de salud MSP 2003)

En los últimos 10 años, la tasa de mortalidad materna ha presentado oscilaciones con un promedio de 22 muertes y una tasa de 2,56 por mil nacidos vivos. Al unir la tasa por quinquenio se observa una tendencia uniforme de ésta (Ministerio de Salud, 2002).

Al realizar la agrupación de la mortalidad materna por cantón de residencia y por cuatrienios, la provincia de Limón, seguida por Guanacaste, presentan cifras superiores a la tasa nacional; sin embargo, se nota que Heredia y Puntarenas tienen un aumento en el cuatrienio 1998-2001. (Ministerio de Salud, 2002). La provincia de Cartago, en el 2002, presentó una tasa de un comportamiento histórico semejante al resto del país.

De acuerdo con la causalidad de las muertes maternas, se observa que éstas son determinadas por factores asociados al embarazo y al parto, por lo tanto, se considera que la prevenibilidad de estas muertes resalta, puesto que las patologías son sensibles a tratamiento si existe un diagnóstico oportuno. Según se identifica en los análisis realizados por las comisiones respectivas, las muertes fueron prevenibles en un promedio de 82%, en los años 1998 a 2001. (Ministerio de Salud, 2002).

Generalmente, cuando se dan descensos en la natalidad, se observa el descenso en las tasas de mortalidad infantil. En Costa Rica, este descenso se ha asociado al aumento de la tasa, por lo que se piensa que están dando más nacimientos en poblaciones de mayor riesgo. Probablemente, en madres adolescentes y en grandes multíparas de las poblaciones más pobres y con mayores debilidades en sus condiciones de vida. (Netsalud, 2002).

“En Costa Rica, se le ha dado gran importancia a este tema, y desde hace más de seis años, las instituciones del Sector Salud han impulsado el Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI). Este sistema se creó en el año 1996, y fue oficializado por Decreto Ejecutivo en 1998. Se organiza por instancias interinstitucionales a nivel nacional,

regional y local, llamadas comisiones de análisis de mortalidad infantil nacional, regional y local, respectivamente (CONAMI, CORAMI y COLAMI). Tiene como propósito identificar la totalidad de los casos de muertes infantiles y su reporte obligatorio. "(Netsalud, 2002).

El análisis de los fallecimientos permite determinar la posible prevenibilidad de las muertes y su relación con las condiciones de vida de estas familias, así como la respuesta de los servicios de salud. La finalidad última es la definición y puesta en práctica de estrategias para el mejoramiento de los servicios de Salud y de acciones necesarias de otros sectores involucrados en el mejoramiento de las condiciones de vida

La información obtenida del SINAMI y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), permite conocer en detalle el perfil de estas defunciones. En cuanto a la edad de estos fallecimientos, la mayoría ocurre muy temprano: el 16% en la primera hora; en el primer día, la tercera parte (33%), y en la primera semana de vida, cerca de la mitad (53%). En el primer mes suceden más de dos terceras partes (68%), lo que resta, ocurre entre un mes y el año de edad (32%). Esta información revela la importancia de una atención de calidad durante el embarazo y el parto. (Netsalud, 2002).

"Con respecto de las causas de la mortalidad infantil, en el cuadro siguiente se observa la distribución de los grandes grupos de causas de la mortalidad infantil. La primera causa de defunción son las perinatales, que concentran en el 2002 el 54% de las defunciones y con una tasa que aumentó de 5,38 en el 2001 a 6,59 en el primer semestre. La segunda causa son las malformaciones congénitas, que permanecen estables en el periodo, concentrando aproximadamente la tercera parte de las defunciones. La tercera causa más importante son las enfermedades del aparato respiratorio y dentro de ellas las Infecciones respiratorias agudas (IRA's), que mantienen una tendencia al descenso en la tasa. La cuarta causa en importancia, son las Infecciosas y

parasitarias, que al igual que las IRA's parecen descender." (Netsalud, 2002).

Cuadro N° 3

Grandes Grupos de Causas de la Mortalidad Infantil, Costa Rica 2000-2001 y I semestre 2002

Tasas por mil n.v.

Código	Causas	I semestre 2002			2001			2000		
		Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
	Total defunciones menores de un año	411	100,00	12,21	827	100	10,82	798	100,0	10,21
P00-P96	Ciertas afecciones originadas periodo perinatal	222	54,01	6,59	411	49,70	5,38	386	48,4	4,94
Q00-Q99	Malformaciones congénitas	116	28,22	3,45	273	33,01	3,57	257	32,2	3,29
J00-J99	Enfermedades sistema respiratorio	32	7,79	0,95	57	6,89	0,75	70	8,8	0,90
J00-J219	Infecciones respiratorias agudas	8	1,95	0,24	27	3,26	0,35	27	3,4	0,35
A00-B99	Enfermedades infecciosas y parasitarias	10	2,43	0,30	35	4,23	0,46	32	4,0	0,41
I00-I99	Enfermedades Sistema circulatorio	8	1,95	0,24	11	1,33	0,14	8	1,0	0,10
V01-Y98	Causas externas de mortalidad	7	1,70	0,21	7	0,85	0,09	10	1,3	0,13
V89-X59	Lesiones accidentales	6	1,46	0,18	6	0,73	0,08	9	1,1	0,12
X91	Agresión	1	0,24	0,03	1	0,12	0,01	1	0,1	0,01
G00-G99	Enfermedades del Sistema nervioso	5	1,22	0,15	13	1,57	0,17	12	1,5	0,15
G00-G09	Enf inflamatorias del SNC	4	0,97	0,12	6	0,73	0,08	5	0,6	0,06
E00-E90	Enfermedades endócrinas, nutricionales y MB	4	0,97	0,12	3	0,36	0,04	9	1,1	0,12
R00-R99	Síntomas, signos y mal definidas	4	0,97	0,12	6	0,73	0,08	3	0,4	0,04
R95	Síndrome de muerte súbita infantil	4	0,97	0,12	6	0,73	0,08	1	0,1	0,01

Fuente: INEC

Fuente: (Netsalud, 2002).

En nivel histórico, se puede notar que Costa Rica ha tenido durante más de cuatro décadas descensos notables en lo que se refiere a la mortalidad de niños menores de un año, ya que los indicadores pasaron de una tasa de 87 en 1960 a una de 9 en el 2002. (UNICEF, 2003)

2.1.3 Antecedentes locales

El Hospital de Cartago fue creado en el año 1822, Aún después de la Independencia y el terremoto, seguía funcionando, aunque de una forma muy precaria, con la ayuda de los vecinos. No fue sino hasta abril de 1880 que se reabrió el Hospital en su sitio actual y el 19 de junio de ese mismo año se aprobaron los reglamentos que le crearon oficialmente.

Con el empeño y la ayuda del insigne Médico y Cirujano graduado en la Universidad de Pensilvania en 1896, el Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, el Hospital de Cartago pudo surgir. Para la construcción e implementación del Hospital, el doctor Peralta aportó parte importante de los fondos.

El primer Director de este Hospital fue el doctor Maximiliano Peralta, quien estuvo en este cargo hasta el momento de su muerte. Nunca percibió honorarios por los servicios que prestó al Hospital de Cartago.

Posterior a la muerte del doctor Peralta, el 26 de enero de 1922, la Hermandad de la caridad de Cartago acordó denominar al Hospital de Cartago, como Hospital Maximiliano Peralta Jiménez.

En los años posteriores a 1922, con la ayuda económica de Laura Peralta, se compró una cuadra situada hacia el sur, que más tarde se emplearía para la construcción del Hospital de los niños.

El 11 de noviembre de 1936, la Junta de Caridad paso a ser por decreto del presidente León Cortés Castro, entonces en el poder, la Junta de Protección Social, constituyendo una nueva época y un nuevo enfoque más de acuerdo con los tiempos actuales. Denominada. La “Ley de Asistencia y Protección Social” de 1940 y la aprobación de la ley N° 1153 “Ley de Asistencia Médico Social, generaron la reestructuración de todo el sistema hospitalario nacional. El hospital Max Peralta comienza desde ese momento en una nueva etapa para su consolidación.

2.1.3.1 Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago.

El Hospital Max Peralta de Cartago tiene una población adscrita de 515.307 habitantes, de las cuales 48.9% (252.180) son mujeres y de ellas 198.733 corresponde a mujeres mayores de 10 años, que representa un 78%. Cuenta

con 7 cantones de la provincia de Cartago y 4 de la provincia de San José. La población se distribuye de la siguiente forma:

Cuadro N° 1. Distribución de la población de la provincia de Cartago y Zona de los Santos Según Sexo. Año 2004

Cantón	población	Porcentaje	Mujeres
Total	515.307	48.9%	252180
Cartago	144.906	28.12	72.020
Paraíso	60.782	11.80	29.891
La Unión	92.375	17.93	46.037
Jiménez	14.344	2.78	6.859
Turrialba	71.421	13.86	34.571
Alvarado	13.289	2.58	6.443
Oreamuno	42.650	8.28	21.045
El Guarco	36.634	7.11	17.464
Zona de los Santos	35.160	6.82	16.028
Frailles (Desamparados)	3.760	0.73	1.822

Fuente: REMES. HMP, 2005

Cada uno de los cantones cuenta con los siguientes EBAIS como Centro de referencia.

Tabla No. 1
EBAIS adscritos al Hospital Max Peralta, Cartago, 2004

Cartago	Paraíso	La Unión	Jiménez	Turrialba	Alvarado
Cocorí		Núcleo Sn Diego		Central A	
Caballo Blanco		Sn Diego 1		Central B	
Occidente		Sn Diego 2		Mora	
Ochomogo		Sn Diego 8		Tucurrique	
Quircot				La Suiza A	
Carmen No. 1		Núcleo Concepción		La Suiza B	
Llano Grande		Concepción 3		La Suiza C	
Pitahaya		Concepción 4		Clodomiro Picado A	
Asis Morb.		Concepción 5		Clodomiro Picado B	
Loyola				Barrios del este	
Taras		Núcleo Sn Juan		Santa Teresita	
Manuel de Jesús No. 1		Sn Juan 7		Pavonu	
Oriente No. 2				Juan Viñas A	
Agua Caliente		Núcleo Villas de Ayarco		Juan Viñas B	
La Lima		Villa de Ayarco 6		Santa Cruz	
Oriente No. 1				Grano de Oro	
San Blas				Pejivalle	
Agua Caliente				Santa Rosa	
				Alto Quetzal	

Fuente: Dpto REMES, HMP, 2005

Tabla No.2
EBAIS adscritos al Hospital Max Peralta, Cartago, 2004

Oreamuno	El Guarco	Z. de los Santos	Frailles	Chacón Paut
Sn Rafael No.2	Parque Industrial			
Sn Rafael No.3	Guadalupe Centro		Corralillo	
Sn Rafael No.4	Guadalupe Sur		Sta Elena	
Sn Rafael No.5	Tejar Oriental		La Lucha	
Cot Norte	Catalina Rey		Frailles	
Cot Sur	Tejar Occidental		S. Juan Norte	
Sn Pablo de Oreamuno	Barrio Nuevo		S. Juan Sur	
Pacayas Oeste	El Empalme			
Pacayas Este	San Isidro			
Tierra Blanca Centro	Parque Industrial X			
Tierra Blanca Móvil	Quebradilla			
	Tobosi			

Fuente: Departamento REMES, HMP, 2005

Los grupos de edad de la población que se atiende se distribuyen de la siguiente forma:

**Cuadro N° 2. Provincia de Cartago y Zona de los Santos.
Población según grupos de edad y sexo. Año 2004**

Grupos de edad	Total de mujeres
De 10 a menos de 15	22763
De 15 a menos de 20	24680
De 20 a menos de 25	22571
De 25 a menos de 30	19749
De 30 a menos de 35	21465
De 35 a menos de 40	20253
De 40 a menos de 45	16716
De 45 a menos de 50	11498
De 50 a menos de 55	8149
De 55 a menos de 60	6229
De 60 a menos de 65	5851
De 65 a menos de 70	4597
De 70 a menos de 75	3945
De 75 a menos de 80	2556
De 80 años en adelante	1887

Fuente: Instituto Nacional de estadísticas y Censos, 2004

En cuanto al comportamiento histórico de la demanda de la atención de la Consulta Externa y Hospitalización en el Servicio de Obstetricia, se tiene el siguiente comportamiento en los últimos 5 años.

Tabla Nº 3. Comportamiento Histórico de la demanda de Atención Servicio de Obstetricia 1999-2003

año	1999		2000		2001		2002		2003	
	total	1era vez	total	1era vez	total	1era vez	total	1era vez	total	1era vez
Obstetricia ambulatoria	2477	1030	1023	569	1039	616	3057	1315	3081	1448
	egresos		egresos		egresos		egresos		egresos	
Obstetricia hospitalización	6608		6620		6169		6018		6061	

Fuente Departamento de registro y estadísticas HMP, 2004

La provincia de Cartago ha tenido un aumento de población sobre todo indígenas que por las características agrícolas de la provincia, migran a ésta, sobre todo provenientes de la zona de los Santos, y un porcentaje en aumento de indocumentados, principalmente, nicaragüenses, lo que se refleja en las características de las pacientes que son atendidas en el Servicio de Obstetricia.

El cantón que más refiere pacientes es el Central o Cartago, seguido de Paraíso y La Unión de Tres Ríos, este último de reciente adscripción al área.

El Servicio cuenta con 11 médicos especialistas, quienes laboran tanto en la consulta externa como en el área de hospitalización. La consulta externa brinda servicios de atención en ginecología, ginecología oncológica, clínica de mama y obstetricia. Se realizan diversos procedimientos, como, ultrasonidos de ginecología y obstetricia y colposcopia.

Se creó una consulta exclusiva destinada a las adolescentes embarazadas, los días viernes de 12 m.d a 3:00 p.m., a cargo de un médico especialista.

Del total de pacientes referidas (Arias, Vargas et al, 2003) realizaron una muestra para determinar las causas más frecuentes de referencia a la Consulta de Alto Riesgo. Se determina que las tres causas principales son:

1. Enfermedades crónicas maternas (34%): HTA, DM, Hipo o Hipertiroidismo, Ca. de cérvix y otras asociadas al embarazo, como las causas más frecuentes de envío.
2. El segundo grupo corresponde a gestantes adolescentes, 27%.
3. Multiparidad y gestantes añosas con un 20%, representan la tercera causa de envío a la Consulta de Alto Riesgo.

Dentro del proceso de hospitalización, el Servicio de Ginecología cuenta con 20 camas y el Servicio de Obstetricia con 45, divididas en 20 camas de parto y 25, de posparto.

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Normativa de la atención materna y perinatal

El concepto de salud materna se ha ampliado al análisis de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo vital, y a la integración de aspectos sociales, culturales, demográficos, de desarrollo y de género, lo que conllevaría la ventaja adicional de que mejoraría la reputación de los servicios, para contribuir a que la madre y su niño gocen de mejor salud: *La atención en salud en general, y en particular en el área materna e infantil, enfrenta el reto de un aumento de las demandas con recursos que no se incrementan en la misma proporción.* (Ministerio de Salud, Caja Costarricense de seguro Social, 1992, p. 7).

Se sabe que un paso clave hacia la reducción del medio millón de muertes maternas que se registran en países, en vías de desarrollo cada año

es precisamente hacer mejor uso de los servicios de salud. (University of Witwatersrand, 2002) máxime que:

Los trabajadores en salud están obligados a que el Sistema Nacional de Salud responda a las necesidades de la población desde el principio de EQUIDAD, "dar más al que más lo necesita", razón por el cual, se ha diseñado como estrategia el enfoque de riesgo para la clasificación de los usuarios de los servicios médicos, de tal manera, que puedan ser atendidas sus necesidades particulares, oportuna y eficazmente en el nivel adecuado de complejidad (Ministerio de Salud, Caja Costarricense de seguro Social, 1992, p. 7). Así mismo, la infraestructura mínima necesaria para la prestación de servicios ambulatorios de ginecología y obstetricia, involucra aspectos tales como: planta física, recursos materiales, recursos humanos, suministros y servicios de apoyo, educación para la salud, normas y procedimientos, gerencia y administración.

Tomando como punto de partida las directrices anteriores y los planteamientos de (www.fepafem.org.ve/investigaciones/ControlPrenatal/4.htm - 40k -: En línea, 2004) la sociedad civil, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales pueden llegar a ser un elemento de las políticas gubernamentales y la planificación, ejecución y supervisión de los programas concernientes a la salud sexual y reproductiva de forma que estos reflejen los siguientes principios:

Igualdad: *todas las personas son iguales ante la Ley y ante el Estado, por lo cual deben tener el mismo tratamiento, las mismas oportunidades de satisfacción de sus necesidades, de desarrollo de sus potencialidades y las mismas garantías para el ejercicio de sus derechos.*

Equidad: *reconocimiento de las diferencias y de las individualidades deben servir de base al tratamiento especial de las necesidades y oportunidades que debe tener cada persona para su desarrollo. Las diferentes necesidades en SSR que tienen las personas en razón de la edad, el sexo, el*

estado civil y las opciones frente a la reproducción y la sexualidad, deben ser reconocidas y atendidas por los servicios de salud.

Universalidad: *es la garantía de la protección de la SSR para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida, según lo previsto en la Ley 100 de 1993, de Seguridad Social en Salud.*

Autonomía: *es la posibilidad que tiene cada ser humano para decidir sobre su propio ser. Con este fin, las instituciones deben garantizar a los usuarios la información suficiente y adecuada para que puedan optar de manera informada en todo aquello que los afecta en su salud*

En el caso de las mujeres embarazadas: *corresponde al primer contacto de la mujer embarazada con el Sistema Nacional de Salud. Es la unidad de trabajo que tiene por responsabilidad la captación de las usuarias de los servicios maternos e infantiles (Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 1992, p. 7)*

La Iniciativa para Mejores Nacimientos (IMN) es una nueva estrategia que desarrollaron profesionales... con el fin de mejorar la calidad de la atención de la mujer durante el parto y mejorar los resultados maternos en países en vías de desarrollo. (University of Witwatersrand, 2002, p.1)

Las mujeres tienen mayores probabilidades de desarrollar complicaciones durante el trabajo de parto, así como de sufrir consecuencias adversas derivadas de estos problemas en parte porque se ofrecen servicios obstétricos de mala calidad, en los que les suceden cosas desagradables y el personal no las trata amablemente. Por lo tanto, es necesario abordar la calidad de la atención obstétrica para mejorar el grado de aceptación de los servicios y sus resultados (University of Witwatersrand, 2002, p.1).

La integración, en todas las políticas, programas y actividades es esencial para mejorar el impacto de éstos y utilizar mejor los recursos disponibles, basados en cambios de conducta y actitud, puesto que las políticas de población y los programas de planificación de la familia deben

apoyar los principios de elección voluntaria e informada y no imponer medidas coercitivas que violen los derechos humanos fundamentales, especialmente, los de las mujeres:

... los derechos sexuales y reproductivos tienen como base los acuerdos internacionales y constituyen la aplicación del ejercicio de los derechos humanos a los aspectos de la sexualidad y la reproducción humana... Los principios y enfoques definidos para las acciones en SSR son elementos teóricos que deben retomarse y practicarse nacional, departamental y localmente de forma que sirvan de guía para definir planes y programas tendientes a abordar de una manera holística los problemas de salud de la población, teniendo en cuenta sus particularidades y la especificidad regional y cultural. (www.fepafem.org.ve/investigaciones/ ControlPrenatal/4.htm - 40k -: En línea, 2004)

El embarazo de Alto riesgo se define en términos generales como aquel en que la madre, feto o neonato se encuentren en mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto (Cifuentes Rodrigo, 1994)

En el caso concreto de Costa Rica, las Normas Técnicas de Atención al Embarazo de Alto Riesgo pretenden: proveer al personal de salud de los elementos de juicio necesarios para detectar aquellas mujeres portadoras de factores de riesgo o patologías que deban ser sujeto y objeto de atención de mayor complejidad, y por lo tanto, derivadas al nivel apropiado de complejidad por medio de la estrategia de referencia y contrarreferencia (Ministerio de Salud, Caja Costarricense de seguro Social, 1992, p. 7)

2.2.2 Características de los modelos de atención prenatal

Los programas de atención prenatal presentan una serie de variaciones en su estructura. Las etapas que se desarrollen durante la atención dependen de la infraestructura, el nivel de desarrollo social, cultural y económico del país que se trate.

Las características que se presentan en una y otra propuesta se pueden observar en el anexo 1. Es evidente que el control prenatal, como se lleva a cabo actualmente, ha evolucionado tanto en el conocimiento médico como en la tecnología, agrega nuevos instrumentos a la atención prenatal, sobre todo en los programas de tamizaje J, Khan-Neelofur D, 2000, p.3). La implicación económica de estos programas es un factor importante para su ejecución, no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también, en los entornos desarrollados e industrializados:

La tendencia actual se orienta más a la detección de patologías que a la evaluación del grado de riesgo. Los factores de riesgo no parecen ser un buen predictor de aquellos embarazos que presentarán complicaciones: la mayoría de las mujeres que sufren complicaciones son consideradas de "bajo riesgo" y, a la inversa, la gran mayoría de las mujeres consideradas de "alto riesgo" cursan sus embarazos sin presentar mayores problemas (Rhoe, 2003).

La atención prenatal confiere prestaciones sanitarias, como prevenir la morbimortalidad en la madre y el niño. Pocos de los procedimientos que suelen emprenderse tienen una repercusión importante sobre la morbilidad o la mortalidad, y algunos pueden no tener efecto alguno. Es posible que otros no tengan ningún impacto a menos que también se sumen ciertos elementos concurrentes y en funcionamiento. Para complicar aún más la evaluación de la atención prenatal, hay un efecto variable según las poblaciones de estudio (Villar J, Khan-Neelofur D, 2000, p.3).

El nuevo modelo sobre la base de evaluación efectuada en el primer control de embarazo, identifica a las embarazadas consideradas de bajo riesgo a quienes se les ofrece un control de rutina – componente básico - basado en actividades orientadas al logro de objetivos definidos, científicamente evaluadas (Control Prenatal sin más datos)

Los estudios epidemiológicos y de observación tienden a demostrar que la atención prenatal implica una menor mortalidad materna y perinatal, así como mejores resultados del embarazo. Estos análisis, también, indican una asociación entre el número de visitas prenatales y edad gestacional al inicio de la atención y resultados del embarazo después de controlar los factores de confusión, como la duración de la gestación (Villar J, Khan-Neelofur D, 2000, p.3).

Recientemente la Organización Mundial de la Salud ha presentado los resultados de un estudio multicéntrico randomizado - WHO Antenatal Care Trial - realizado en 4 países de distintos continentes, en el cual se comparan el modelo habitual de C.P. - control mensual hasta el 6° mes. cada 2-3 semanas en los 2 meses siguientes, semanal en el último mes - con un nuevo modelo, con menor número de controles (4), que enfatiza aquellas acciones que han demostrado ser efectivas - Medicina Basada en Evidencia – para mejorar los resultados maternos y perinatales (Control Prenatal, sin más datos).

Debido a este efecto sugerido, los programas de atención prenatal procuran aumentar la cantidad de atención proporcionada sin considerar que las mujeres de bajo riesgo en términos generales tienden por asistir a la atención prenatal en forma temprana durante el embarazo:

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera. En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación con la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control. (Control Prenatal, sin más datos)

Además de la frecuencia de las visitas y los intervalos entre ellas, la atención, también, se ha dirigido a los elementos esenciales del contenido de la atención prenatal, para asegurar que la calidad no se pase por alto en favor de la cantidad. También, se sugirió que quizá podría proporcionarse una mejor

atención con visitas menos orientadas hacia metas, para enfocar en particular, los elementos que resultan científicamente efectivos y que influyen en los resultados (Villar J, Khan-Neelofur D, 2000, p.3). No obstante, debe considerarse que el tema clave no es si hay más o menos atención, si no la implementación sólo de aquellas prácticas que se han probado efectivas; la frecuencia de la atención y el tipo de personal que la presta pueden planificarse en consecuencia.

En la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados que ofrece el anexo 1, se formulan hipótesis acerca de qué resultados clínicos similares pueden lograrse con programas de atención prenatal de frecuencia reducida. No obstante, es preciso advertir que puede haber desviaciones psicosociales respecto de las expectativas actuales de las mujeres que requieren estos servicios (Villar J, Khan-Neelofur D, 2000, p.3).

2.2.3. Aspectos técnicos del control prenatal

El Control Prenatal se refiere a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza (Ministerio de Salud de Argentina, 2001)

2.2.3.1 Generalidades sobre la atención prenatal.

La atención prenatal: conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas ó visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el cuidado del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. (Casini y otros, 2002, 2).

Lo anterior, para que el control prenatal provea una oportunidad válida para que las mujeres con factores de riesgo biológico reciban asesoría y

cuidados para controlarlos (Rooney, 1992; Fiscella, 1995; SOGC, 1998; Schwarcz, 1999 citados por Ministerio de Salud, 2001).

Los servicios que deben prestarse durante el ante parto para el manejo del embarazo incluyen actividades clínicas, paraclínicas y educativas por realizar durante el proceso de gestación, con una periodicidad preestablecida, de manera que sea posible la detección oportuna y la intervención de entidades médicas susceptibles de control anteparto (www.fepafem.org.ve/investigaciones/ControlPrenatal/4.htm - 40k -: En línea, 2004): por ello, el control prenatal debe ser:

a. Precoz: debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado para establecer fehacientemente la edad gestacional, posibilitar acciones de prevención y promoción de la salud:

Debe entablarse un adecuado enganche terapéutico con la paciente, y ojalá con su familia. La primera consulta debe finalizar con recomendaciones sobre la evolución y el control de la gestación, a la vez que con la aclaración de las dudas que tengan la paciente y su familia. En la primera consulta, el médico debe determinar si existen factores de riesgo o predecir si la gestación evolucionará normalmente. Con los datos recolectados en esta valoración inicial, el médico debe estar en capacidad de elaborar un plan de intervención biopsicosocial, que involucre aspectos educativos, médicos, emocionales, familiares y sociales, de acuerdo con el riesgo particular de la paciente (www.fepafem.org.ve/investigaciones/ControlPrenatal/4.htm - 40k -: En línea, 2004)

b. Periódico: la frecuencia dependerá del nivel de riesgo médico, social y psicológico.

c. Completo: las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del

embarazo y de los controles e intervenciones requeridos, según edad gestacional.

d. Ofrecer amplia cobertura: se debe promover el control prenatal a la mayor cantidad de población posible con base en programas educacionales, garantizando la accesibilidad, igualdad y gratuidad de la atención.

2.2.3.2. Cuidados prenatales

El control prenatal como un sistema de prevención es el que se inicia antes del tercer mes, tomando en cuenta que el embarazo altera los procesos psicológicos y fisiológicos de la mujer y tiene el potencial para afectar el estado de salud, de la madre y del hijo. Los cuidados preparto, incluyen los componentes médicos y de enfermería, necesarios para proteger la vida y la salud de la madre y el feto, asegurar que sea una experiencia satisfactoria y que favorezca el desarrollo de la mujer y su familia.

2.2.3.3 Actividades y objetivos del Control Prenatal

El objetivo de todo cuidado prenatal es:

“... asegurar que todo embarazo culmine en el parto de un niño sano sin deteriorar la salud de la madre. Este objetivo se logra mediante la combinación de esfuerzos de los futuros padres, el médico, la enfermera y diversos miembros del equipo de salud, concediéndose especial atención a ampliar los conocimientos y experiencias de los futuros padres y la familia, de manera que todos los miembros asimilen el embarazo de modo positivo, se favorezca la salud de la madre y su futuro hijo, y se efectúe con facilidad la adaptación familiar para incluir a ese nuevo miembro (www.fepafem.org.ve/investigaciones/ControlPrenatal/4.htm - 40k –“:En línea, 2004), de esta forma, se disminuyen los factores de riesgo perinatal que se exponen a continuación.

Para brindar contenidos educativos a la salud de la madre, la familia, la crianza, prevenir, diagnosticar, tratar las complicaciones del embarazo, vigilar el crecimiento y la vitalidad del feto, detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas, aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo, preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento el Ministerio de Salud (2001), son parte del cumplimiento y aplicación de las siguientes actividades y objetivos durante el periodo de Control Prenatal:

Cuadro N° 4

Cuadro 2. Actividades y Objetivos del control prenatal.

Actividades	Objetivos
Fijar un cronograma para las visitas prenatales	Agendar las visitas prenatales de acuerdo a la edad gestacional en la primera consulta.
Administración de ácido fólico en periodo periconcepcional	Reducir la frecuencia de defectos del tubo neural, y de malformaciones cardiovasculares y renales.
Categorizar a la embarazada según riesgo, examen físico, y llenado de HCPB	Clasificar a las embarazadas de acuerdo a las necesidades específicas, registro de la información.
Evaluación en cada consulta de factores de riesgo.	Detectar embarazadas con necesidad de cuidados especiales y prevenir complicaciones.
Determinar Grupo sanguíneo y factor Rh	Prevenir y tratar la enfermedad hemolítica perinatal
Medir el peso pregestacional, la talla, la ganancia de peso durante la gestación y el nivel de hemoglobina.	Evaluar el estado nutricional materno
Identificar el embarazo inesperado y/o no deseado.	Prevenir el abandono del control prenatal y el poco autocuidado durante el embarazo.
Preparar a la mujer para la maternidad	Informar y lograr la participación de la embarazada y su familia en la identificación de signos de alerta, protagonismo en el parto, cuidados del puerperio, recién nacido.
Detectar tabaquismo y otras adicciones.	Intervención educativa para reducir el bajo peso y el parto de pretermino.
Medir la presión arterial	Detectar tempranamente todo tipo de hipertensión durante el embarazo, reducción de pre-eclampsia, eclampsia.
Determinar el nivel de hemoglobina	Detectar anemia y necesidad de dosis más altas de hierro, mejorar la salud materno y oxigenación fetal
Suplemento con hierro y ácido fólico	Evitar la anemia.
Medida seriada de la altura uterina	Identificar los fetos con crecimiento normal, embarazos múltiples, y RCIU.

Fuente: Ministerio de Salud, 2001

Además de los procedimientos seguidos en el cuadro anterior, el Control Prenatal está enfocado a detectar y controlar enfermedades crónicas, en algunos casos, las mujeres embarazadas tienen problemas médicos previos que deben ser corregidos o controlados. Estos se describen en el cuadro de actividades y objetivos que se desarrolla durante el periodo de Control Prenatal:

Cuadro N° 5

Actividades	Objetivos
Medir Glucemia	Detectar diabetes gestacional
Diagnostico de sífilis, VIH, Chagas, Hepatitis B, Toxoplasmosis	Identificar estas infecciones para su tratamiento y/o control.
Urocultivo	Diagnosticar y tratar la bacteriuria asintomática, para reducir pielonefritis y parto de pretérmino.
Vacunar contra el tétanos	Prevenir el tétanos materno y neonatal.
Detectar presentación pelviana a término	Intentar versión externa, para evitar la cesárea por presentación pelviana y en caso de ser irreversible programar la operación cesárea al término.
Comunicar e instruir sobre las principales situaciones de riesgo materno-perinatal	Participación de las embarazadas para el auto cuidado e identificación precoz de patologías de riesgo.
Recomendar la lactancia natural y preparar a la madre para la lactancia exclusiva	Contribuir al crecimiento y desarrollo del niño y reducir la morbimortalidad infantil.
Informar sobre métodos anticonceptivos	Prevenir el embarazo no deseado, el aborto provocado y la mortalidad materna.
Estudio Ecográfico	Detectar malformaciones fetales, localizar la placenta, vigilar el crecimiento fetal, anticipar el diagnóstico y confirmar el embarazo múltiple, ajustar la edad gestacional cuando la amenorea es desconocida.
Recomendar el lugar para la asistencia del parto	Brindar una atención del parto y del recién nacido en el nivel de complejidad que corresponda al riesgo materno perinatal.

Modificado de Schwarcz et al, 1995a

Fuente: Ministerio de Salud 2001

Trastornos como la hipertensión crónica, diabetes mellitus, anemia, patología uterina, carcinoma de mama durante el embarazo conllevan a modificar el tratamiento para evitar los efectos teratogénicos de algunas drogas

2.2.3.4. Cronología de las actividades para el Control Prenatal

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma elaborado de acuerdo con la oportunidad en que deben ser realizadas a lo largo del embarazo. En cada consulta debe confluir la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo el número de controles (Ministerio de Salud, 2001).

Durante el primer control, deben solicitarse los exámenes de laboratorio y establecer una cita para catorce días después, en la cual todas las mujeres deberán ser evaluadas por un médico, presentando los resultados de los laboratorios solicitados ([www.fepafem.org.ve/investigaciones/Control Prenatal/4.htm](http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/ControlPrenatal/4.htm) - 40k -: En línea, 2004).

La elección del número, la oportunidad de cada consulta y el contenido de las mismas se basan en el conocimiento epidemiológico del momento de aparición de los problemas perinatales prevalentes y en la posibilidad de resolverlos o controlarlos por tecnologías, prácticas y procedimientos de eficacia demostrada. (Ministerio de Salud, 2001). Los detalles de la cronología, las actividades que se realizan durante el Control Prenatal se pueden apreciar en el cuadro N° 6 que se expone a continuación:

Cuadro N° 6

Cuadro 3. Cronología de las actividades para el control prenatal

Consultas					
	Antes de las 20(1)	Entre las 22 y 24	Entre las 27 y 29	Entre las 33 y 35	Entre las 38 y 40
	1ra. Visita	2da. Visita	3ra. Visita	4ta. Visita	5ta. Visita
Prueba de embarazo	*				
Cálculo de amenorrea	*	*	*	*	*
Historia Médica y evaluación de riesgo	*	*	*	*	*
Examen clínico completo	*				
Peso corporal	*	*	*	*	*
Talla	*				
Suplementación con ácido Fólico + hierro	*	*	*	*	*
Examen Ginecológico, Papanicolaou y colposcopia ²⁾	*				
Detectar ETS y vaginosis	*			*	
Detectar otras ETS – Sífilis	*		*		
Detección de VIH con consentimiento informado	*			*	
Examen odontológico	*				
Medida de la tensión arterial	*	*	*	*	*
Medida de la altura uterina	*	*	*	*	*
Diagnóstico de vida fetal		*	*	*	*
Vitalidad fetal y cantidad de líquido amniótico		*	*	*	*
Grupo sanguíneo y factor Rh	*				
Determinar hemoglobina	*		*		
Detectar toxoplasmosis	*				
Detectar Chagas	*				
Orina completa	*		*	*	
Cultivo de orina	*		*		
Vacunación antitetánica ³⁾	*			*	
Detectar diabetes	*			*	
Detectar embarazo múltiple			*	*	*
Descartar presentación pélvica					*
Preparación para la maternidad		*	*	*	*
Educación. Recomendaciones para detectar síntomas de alarma.	*	*	*	*	*
Examen mamario y recomendaciones para la lactancia	*	*	*	*	*
Consejería sobre métodos anticonceptivos			*	*	*
Actividades para reducir el tabaquismo	*	*	*	*	*
Estudio ecográfico cuando se dispone de equipo	*			*	
Evaluar capacidad pélvica y relación feto pélvica					*

Fuente: Ministerio de Salud, 2001

Cada una de las actividades propuestas en los cuadros responden a objetivos que pretenden traducirse en el mejoramiento de la salud de la madre y del niño (Leitón, 1994)

Por ello, en niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazos de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para que las consultas prenatales se programen con intervalos de cuatro semanas hasta la semana veintiocho de gestación; después, cada dos semanas hasta la semana treinta y seis y, desde entonces, una vez por semana hasta que el embarazo llegue a término (Control prenatal, sin más datos).

La cronología de actividades que se programa pretende brindar a la mujer embarazada un monitoreo sistemático de su condición, de la condición del feto y de su desarrollo.

2.2.3.5. Historia Clínica Perinatal

El primer contacto con la mujer debe ser utilizado para realizar la historia clínica, dado que es la mejor fuente de información para evaluar los diferentes riesgos y de esta forma convertirse en un elemento de planificación para el futuro cuidado prenatal. La utilización de una metodología estructurada en la recolección de información durante la primera cita resulta fundamental (Lilford et al, 1992, citado por el Ministerio de Saludo, 2001).

Para hacer relevantes las acciones del control prenatal, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud han convenido en una serie de preguntas referidas a la identificación socio educacional, antecedentes familiares, personales, obstétricos y del embarazo actual, cuya respuesta es por sí una pauta que debe seguir quien realice el control de una gestante. La información requerida se detalla en la Fórmula de la Historia Clínica Perinatal que se expone en el anexo 7.

Las preguntas incluidas en este formulario representan una minuciosa y completa anamnesis, y sus respuestas consignadas en forma de cruz, se vuelcan en la Historia Clínica Perinatal Base. Este formulario integra el Sistema Informático Perinatal junto con el Carné Perinatal, (anexo: 8), los formularios complementarios diseñados para el alto riesgo y los programas de computación para el ingreso de las historias y procesamiento de los datos (Schwarcz et al, 1983; Schwarcz et al, 1987, citados por el Ministerio de Salud, 2001).

La recolección de estos datos fortalece la capacidad de autoevaluación asistencial mediante el análisis de los datos perinatales de la propia Institución. Por otra parte, cobran importancia los factores de riesgo.

2.2.3.6. Lista de factores de riesgo

Casini y otros, (2002) incluye estos factores en el listado de factores de riesgo que se deben evaluar durante el periodo de Control Perinatal:

Tabla N°4

CONDICIONES SOCIO DEMOGRÁFICAS DESFAVORABLES	HISTORIA REPRODUCTIVA ANTERIOR	DESVIACIONES OBSTÉTRICAS EN EL EMBARAZO ACTUAL	ENFERMEDADES CLÍNICAS
Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.	Muerte perinatal en gestación anterior.	Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico.	Cardiopatías.
Ocupación: esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés.	Recién Nacido con peso al nacer menor de 2500 g o igual o mayor de 4000 g.	Ganancia de peso inadecuado.	Neuropatías.
Desocupación personal y/o familiar.	Aborto habitual o provocado.	Amenaza de parto de pretérmino o gestación prolongada.	Nefropatías.
Situación inestable de la pareja.	Cirugía uterina anterior.	Preeclampsia.	Endocrinopatías.
Baja escolaridad.	Hipertensión.	Hemorragias durante la gestación.	Hemopatías.
Talla inferior a 150 cm.	Nuliparidad o multiparidad.	Madre con factor Rh negativo con o sin sensibilización.	Hipertensión arterial.
Peso menor de 45 kg.	Intervalo intergenésico menor de 2 años.	Obito fetal.	Epilepsia.
Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.			Enfermedades infecciosas.
Violencia doméstica.			Enfermedades autoinmunes.
			Ginecopatías.
			Anemia (hemoglobina < 9 g/dL).

Fuente: Elaboración propia apartir de diversas fuentes

2.2.3.7. Determinación de la edad gestacional

La edad gestacional se determina tomando en consideración la fecha de la última menstruación (FUM), calculando la semana actual de embarazo por las reglas clásicas (Pinard, Wahl o Naegele) o haciendo uso del gestograma. En caso de duda, la edad gestacional se puede corroborar por la medición de la altura uterina con la cinta obstétrica o por medio de la antropometría ecográfica (Ministerio de Salud, 2001). 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 (Control prenatal, sin más datos).

Los aspectos principales por evaluar en estas consultas, en el feto, están relacionadas con la edad gestacional, frecuencia cardiaca fetal, tamaño del feto, cantidad de líquido amniótico, tipo de presentación y posición - hacia fines del embarazo-, actividad fetal: ... *el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación con dicho diagnóstico. intrauterino en la población obstétrica bajo control.* (Control Prenatal sin más datos).

2.2.3.8. Determinación del grupo sanguíneo y del factor Rh

La isoimmunización, por factor Rh, es un proceso que puede ser modificado con el uso de gammaglobulina anti D hiperinmune. Las mujeres Rh negativas cuyos hijos son Rh positivos, compatibles al sistema ABO, tienen 16% de probabilidad de isoimmunizarse como consecuencia de ese embarazo y de ellos, 0,3% a 1,9% se sensibilizan antes del nacimiento. La aplicación de la gammaglobulina anti D, dentro de las 72 hs del parto, a puérperas Rh negativas no sensibilizadas, con hijo Rh positivo, protege en un 84% la probabilidad de sensibilización (OR = 0,16; IC 95% 0,07-0,36) (Crowther et al, 2000). La indicación se extiende a los abortos, embarazos ectópicos, amniocentesis y biopsia de vellosidades coriales (Ministerio de Salud de Argentina, 2001).

2.2.3.9. Confirmación de la existencia de vida fetal

Entre las 18 y 20 semanas de gestación, la madre comienza a percibir los movimientos fetales. A partir de la sexta semana, se puede confirmar la actividad cardiaca embrionaria por ecografía transvaginal: *Por detección externa con Doppler puede comenzar a detectarse a partir de la semana 14a; y por medio de la auscultación con el estetoscopio de Pinard entre las semanas 20a y 25ª* (Ministerio de Salud, 2001).

2.2.3.10. Evaluación de la mujer embarazada

En la madre se evalúa la altura fúndica, pruebas de laboratorio, estado nutricional, examen físico y mental general. La evaluación física inicial incluye la determinación de la tensión arterial, la altura y el peso. Siempre que sospeche un problema que requiera atención inmediata, la enfermera debe consultar al médico; debe asesorar a la mujer que presente actitudes negativas hacia su embarazo y proporcionarle instrucciones explícitas sobre la manera de obtener auxilio con rapidez en caso de algún problema. ([www.fepafem.org.ve/investigaciones/ Control Prenatal tal/4.htm](http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/Control%20Prenatal%20tal/4.htm) - 40k -: En línea, 2004).

2.2.3.11. Evaluación nutricional de la embarazada

Tiene como objetivo evaluar el estado nutricional de la madre y del feto durante la gestación para:

- Detectar ganancia de peso materno durante la gestación
- Identificar a las gestantes con déficit nutricional o sobrepeso al inicio de la gestación.
- Detectar a las gestantes con ganancia de peso menor o excesivo para la edad gestacional, en función del estado nutricional previo.
- Permitir orientarlas a conductas nutricionales adecuadas en cada caso, mejorando su estado nutricional, sus condiciones para el parto y el peso del recién nacido.
- El peso pregrávido insuficiente, y el aumento insuficiente o excesivo de peso durante la gravidez se asocian con resultados perinatales adversos

La ganancia de peso normal durante la gestación se considera cuando oscila entre 8 y 16 kg. a final de la gestación. El anexo 3 brinda los percentiles de peso esperados. La mujer que inicia su gestación con un peso adecuado para su talla deberá incrementar aproximadamente el promedio de ganancia de peso (12 kg.), la paciente que inicia su embarazo con un peso bajo para su talla deberá incrementar de 12 kg. a 16 kg. y la mujer con sobrepeso deberá

aumentar de 8 a 12 kg. El incremento máximo se da entre las 12 y 24 semanas de amenorrea.

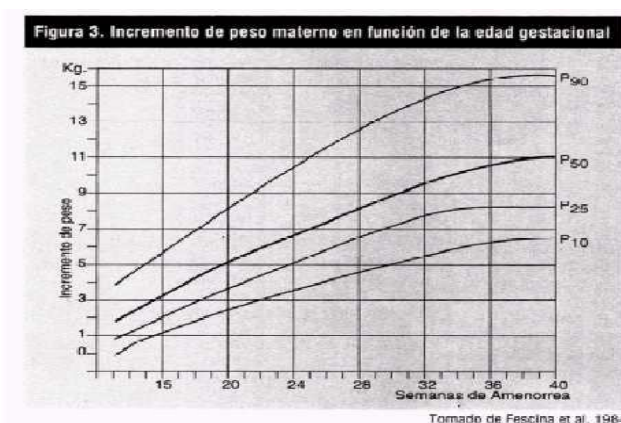
2.2.3.12. Técnica de medida de la altura uterina

Es una actividad destinada a monitorear la medición del peso y la talla materna, calculando el aumento de peso durante la gestación.

- Debe medirse el peso en todas las consultas prenatales con la embarazada descalza y con ropa liviana. Se recomienda utilizar balanzas de pesas para que puedan ser calibradas periódicamente.
- La talla deberá ser medida en la primera consulta, la gestante deberá estar descalza con los talones juntos, erguida con los hombros hacia atrás, mirando hacia el frente.
- Interpretación del aumento de peso con edad gestacional conocida.
- Adecuado: cuando el valor del aumento de peso se encuentra entre el percentil 25 y el 90.
- Alerta: cuando el valor de peso se encuentra por encima del percentil 90 o por debajo del percentil 25.

Otra forma de evaluar el peso cuando se desconoce el peso pregrávido es utilizar la tabla de peso materno para la talla según la edad gestacional. En la intersección de cada semana de amenorrea, con la talla materna, se presentan los percentiles 10 y 90 del peso gravídico calculados a partir de las tablas del peso actual/peso de referencia. Se procede a medir y pesar a la gestante y se observa el valor de la tabla según la edad gestacional.

Tabla N° 5. Peso materno para la talla según la edad gestacional



Cuadro N°7

Cuadro 4. Percentilos de Ganancia de peso materno y altura uterina según la edad gestacional

Incremento del Peso Materno en Kg Percentilo		Semanas	Altura Uterina* en cm Percentilo	
25	90		10	90
0.4	3.5	13	8.0	12.0
1.2	4.0	14	8.5	14.5
1.3	4.5	15	9.5	15.0
1.8	5.4	16	11.5	18.0
2.4	6.1	17	12.5	18.0
2.6	7.0	18	13.5	19.0
2.9	7.7	19	14.0	19.5
3.2	8.3	20	15.0	21.0
4.1	8.6	21	15.5	21.5
4.5	9.4	22	16.5	22.5
4.8	10.2	23	17.5	23.0
5.1	10.8	24	18.5	24.0
5.6	11.3	25	19.5	25.5
5.9	11.6	26	20.0	25.5
6.1	11.7	27	20.5	26.5
6.4	11.9	28	21.0	27.0
6.6	12.1	29	22.5	28.0
7.0	13.5	30	23.5	29.0
7.1	13.9	31	24.0	29.5
7.6	14.5	32	25.0	30.0
7.7	14.7	33	25.5	31.0
7.9	15.0	34	26.0	32.0
7.9	15.4	35	26.5	33.0
8.0	15.6	36	28.0	33.0
8.0	15.8	37	28.5	34.0
8.0	16.0	38	29.5	34.0
8.0	16.0	39	30.5	34.0
8.0	16.0	40	31.0	34.5

Las medidas de la AU fueron obtenidas desde el borde superior del pubis hasta el fondo uterino desplazando la cinta métrica entre los dedos índice y mayor.

Tomado de Fescina et al, 1984

Fuente: Ministerio de Salud, 2001

Al respecto, el Ministerio de Salud (2001) plantea que los datos de la mujer embarazada se interpretan de la siguiente manera:

Adecuado: cuando con una edad gestacional determinada el peso alcanzado se encuentra entre los percentilo 10 y 90 de la tabla de referencia.

Alerta: cuando con una edad gestacional determinada el peso alcanzado supera el percentilo 90 ó es inferior al percentilo 10.

2.2.3.13. Detección de anemia

Durante el embarazo ocurren tres etapas sucesivas que modifican el balance de hierro. En una primera etapa, el balance es positivo porque cesan las menstruaciones; luego comienza la expansión de la masa de glóbulos rojos, que es máxima entre las semanas 20-25. En el tercer trimestre, hay una mayor captación de hierro por parte del feto, fundamentalmente, después de la semana 30a. La suma de los requerimientos para el feto y la placenta, más la necesidad de expansión del volumen sanguíneo materno y la previsión de las pérdidas de sangre que se producen durante el parto, hacen que la necesidad de hierro alcance cifras máximas en un período muy corto. (ver anexo 3). Ninguna dieta es suficiente para proveer la cantidad de hierro que se requiere; si la mujer no tiene reservas previas la consecuencia natural es que al final del embarazo esté anémica (Ministerio de Salud, 2001)

Requerimientos de hierro durante el embarazo

1. Total de hierro requerido en un embarazo: 840 mg
2. Feto y placenta = 350 mg
3. Pérdida durante el parto = 250 mg
4. Pérdidas basales = 240 mg
5. Expansión masa eritrocitaria circulante = 450 mg
6. Costo neto: 600 mg (requerimientos del feto y placenta + pérdida durante el parto)

La mujer adulta no embarazada tiene un requerimiento promedio de hierro de 1,36 mg/día. Las mujeres embarazadas deben recibir durante el segundo y tercer trimestre una cantidad de hierro que garantice la absorción de 5-6 mg de hierro por día, lo que implica un consumo de 50- 60 mg/día (considerando una absorción promedio del 10%). Esta cifra sólo puede lograrse con suplementos farmacológicos.

En las embarazadas, la anemia por deficiencia de hierro produce:

1. aumento del riesgo de mortalidad materna
2. posparto (en anemias severas)
3. aumento del riesgo de prematurez
4. restricción del crecimiento fetal
5. cansancio, apatía (que dificulta el cuidado de sí misma y del recién nacido).

La OMS considera una prevalencia de anemia del 30% en embarazadas como umbral, para indicar la suplementación universal con hierro en todas ellas independientemente del nivel de hemoglobina. *En el primer control prenatal de rutina se debe solicitar una determinación de hemoglobina. Se considera valor normal una cifra igual o mayor a 12 g/dL en cualquier momento de la gestación* (Ministerio de Salud, 2001, p. 58)

2.2.3.14. Suplementación con hierro

La provisión de suplementos rutinarios con hierro a embarazadas que no presentan anemia por deficiencia de hierro (hemoglobina 12 g/dl) tiene un resultado positivo en la reserva de hierro: *El hierro debe ser administrado a las mujeres embarazadas desde la primera visita hasta 3 meses post-parto en una dosis diaria de 60 mg de hierro elemental y 500 microgramos de ácido fólico (comprimido)* (Ministerio de Salud, 2001, p. 58)

2.2.3.15. Suplemento con folatos

La deficiencia de ácido fólico produce anemia megaloblástica y puede tener efectos sobre el peso al nacer, nacimientos de pretérmino, y defectos del tubo neural. Lo anterior, se detalla en el anexo 4.

Durante el embarazo, en especial en el primer trimestre, las células se dividen con rapidez, lo cual conduce a un incremento de los requerimientos de folatos. La suplementación rutinaria de ácido fólico oral, debe iniciarse desde el primer control prenatal. *Un beneficio adicional de esta conducta es anticiparla al período preconcepcional, como una medida efectiva para la prevención de defectos del tubo neural.* La dosis recomendada diaria es de 500 microgramos

por vía oral. En la figura 5, se muestran los resultados de un metanálisis que estudia el impacto de la suplementación rutinaria de folatos, donde hay una reducción sustancial de niveles bajos de folato en suero y eritrocitos, eritropoyesis megaloblástica y una mejora global en los niveles de hemoglobina (Ministerio de Salud de Argentina, 2001, p. 59)

2.2.3.16. Prevención de los defectos congénitos

Para reducir la incidencia de malformaciones, se recomienda el siguiente procedimiento:

1. Administración de ácido fólico preconcepcional hasta la semana 12 de amenorrea.
2. Vacunación a todas las puérperas que no tengan anticuerpos contra la rubéola, disminuyendo el síndrome de rubéola congénita.
3. Pesquisa y tratamiento temprano de la sífilis.
4. Asesoramiento e incorporación de programas activos para evitar la ingestión de alcohol y el consumo de drogas lícitas o ilícitas.
5. Información de la edad materna avanzada como principal factor de riesgo demográfico para defectos congénitos. Los nacimientos de madres mayores de 40 años representan el 2% del total de nacimientos y dan origen a un tercio de los casos de Síndrome de Down.
6. Alcanzar en toda paciente diabética niveles de normo glucemia tres meses antes de la concepción. (ver anexo 5).

Durante el embarazo, la prevención también va dirigida a los trabajadores de salud quienes deben informar a la mujer acerca de las principales medidas que son necesarias para mantener una buena salud. La madre aumenta sus requerimientos nutricionales. Por lo tanto, debe recibir una dieta variada con alimentos tales como lácteo, frutas, legumbres, carnes, cereales y líquido (Alfaro y otros, 2001)

2.2.3.17. Seguimiento de crecimiento fetal

Es un procedimiento ideal para el seguimiento del crecimiento fetal en el nivel primario de atención. Su implementación requiere:

1. Provisión de cintas métricas y de historias clínicas prenatales que incluyan gráficas de las curvas del incremento de la altura uterina
2. Capacitación de los trabajadores de la salud en el manejo de los problemas detectados y provisión de protocolos claros
3. Auditoria continua de la práctica y calidad de la medida de la altura uterina.

La medida seriada de la altura uterina durante el control prenatal permite verificar el crecimiento fetal normal y detectar posibles desviaciones. Para ello, se diseñó una curva de altura uterina en función de la edad gestacional (Fescina et al, 1983; Fescina et al, 1984; Lindhard et al, 1990, citados por el Ministerio de Salud, 2001) En la figura 8 que se expone, en el anexo 6 se muestra la técnica de medida

2.2.3.18. Control de la presión arterial

El instrumento de medida de elección es el esfigmomanómetro de mercurio, al que hay que calibrar regularmente. El manguito neumático del aparato debe tener una longitud que permita dar una vuelta y media alrededor de la circunferencia del brazo. Se debe permitir que la embarazada repose durante 10 minutos por lo menos antes de tomar la presión arterial. La embarazada debe estar sentada y el manguito estar posicionado en el nivel del corazón: *Con excepción de valores de presión arterial diastólica muy elevados (110 mm Hg o mayor), medidos en posición sentada, todas las presiones diastólicas por encima de 90 mm Hg deben confirmarse luego de 4 hs* (Ministerio de Salud, 2001, p. 63). Los valores de presión arterial correspondiente a los ruidos de Korotkoff IV y V deben anotarse, pero, sólo el IV (atenuación de la audición del latido) debe utilizarse para iniciar las investigaciones clínicas y el manejo de la

embarazada. Hay que poner mayor énfasis en grupos con factores que aumentan el riesgo de preeclampsia:

- Primigrávidas
- Embarazo múltiple
- Preeclampsia en gestación previa
- Obesidad severa
- Hipertensión crónica
- Diabetes

CAPÍTULO III

MARCO

METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudio

Se trató de un estudio, prospectivo, transversal y descriptivo exploratorio, según señala Carlos E, Méndez A.(1995) por cuanto:

“Permite al investigador familiarizarse con el fenómeno que se investiga. Es el punto de partida para la formulación de otras investigaciones con mayor nivel de profundidad”.

No se tiene conocimiento de otras investigaciones formales realizadas en el país sobre el tema.

Al no contar con un modelo específico referido a este problema de investigación, se efectuó una recopilación de tipo teórica acerca de los conceptos relacionados con el tema.

Al no existir otros estudios referentes al tema, la C.C.S.S. puede tomar como base este trabajo, para realizar nuevas investigaciones.

Se definió como descriptivo porque “ identifica características del universo de investigación, establece comportamientos concretos, descubre y comprueba asociación de variables de investigación” (Méndez. Carlos, 1995)

Los estudios prospectivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, con la verificación de indicadores del proceso, a partir de la información que se obtiene en el periodo que comprende la investigación.

3.2 Área de estudio:

El estudio se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago. Este Hospital cuenta con un área de atracción directa, constituida por siete cantones de la provincia de Cartago y cuatro de San José.

3.3 Unidad de análisis

La muestra de análisis fue compuesta por:

- a. Doce funcionarios del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Max Peralta de Cartago, responsables de la atención, en la Consulta de Alto Riesgo (profesionales médicos, auxiliares de Enfermería y la secretaria)
- b. Pacientes gestantes que fueron atendidas en la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) en el cuatrimestre de abril a julio del año 2005, para un total de 349, siendo esto una muestra estadísticamente significativa, con intervalo de confianza del 95 por ciento con $d=0.05$, que se calculó con base en la siguiente fórmula estadística.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

3.4 Fuentes de información

En la realización de esta investigación, se utilizaron dos tipos de fuentes: primarias y secundarias:

Fuentes primarias:

1. Encuesta estructurada a los funcionarios de la consulta de alto riesgo.
2. Encuesta estructurada a las pacientes gestantes que fueron atendidas en la Consulta de Alto Riesgo, en el período de estudio
3. Recopilación de la información que se documenta en la Historia Perinatal Simplificada de los expedientes clínicos, en una base de datos elaborada, con el programa de Software STATS, Windows, Excel y Word 97.

Fuentes secundarias:

En la presente investigación, se procedió a la revisión de tesis, revistas, artículos, documentos y libros, con el fin de conseguir la información requerida.

3.5 Identificación, descripción y relación de las variables

Para el análisis de la consulta prenatal , se consideró conveniente trabajar en 2 variables:

- 1) prestación del Servicio
- 2) cumplimiento de la Normativa Nacional de atención materna y perinatal 2001

que reflejan en forma bastante amplia la atención prenatal que se brinda en el Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta, las cuales fueron fijadas de antemano en los objetivos:

El instrumento para el análisis del cumplimiento de la Normativa Nacional de Atención materna y perinatal 2001, se completó con la información registrada en las historias clínicas simplificadas. A partir de los ítems registrados en cada historia, se determinó el cumplimiento de requisitos mínimos de calidad en el proceso de atención.

Esta consulta se brindaba cinco veces a la semana y se caracterizó por el trabajo en equipo de médicos asistentes y enfermeras del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Max Peralta.

Según los criterios de referencia para ser atendidos en la consulta de A.R.O. se consideraron aquellas mujeres gestantes con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al riesgo reproductivo.

En la consulta, las mujeres gestantes fueron evaluadas en forma individual por cada uno de las profesionales de la disciplina mencionada. Cada profesional estableció un plan de intervención en el momento cuando realizó la primera valoración o primera consulta prenatal, durante la cual se brindó indicaciones a la paciente. Estos planes se modificaron conforme la evolución natural del embarazo.

Con esta dinámica, las intervenciones adquirieron un carácter integral. También, como indicadores de calidad de la atención se determinan los tiempos de espera para citas de primera vez, cita control, realización de ultrasonido y la calificación de las usuarias con respecto de la atención recibida.

3.6 Proceso de operacionalización de las variables

Problema de investigación					
<p>La prestación del Servicio de Consulta de alto riesgo del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago, cumple con la aplicación de la normativa de atención prenatal de la C.C.S.S.-2001 en e I cuatrimestre de abril a julio del año 2005</p>					
Objetivo general					
<p>Evaluar la aplicación de la normativa nacional de atención materna y perinatal, en la consulta de alto riesgo del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago, para elaborar una propuesta que permita mejorar la atención que se brinda</p>					
Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicador
Determinar las características del servicio que se brinda en la Consulta de Alto riesgo del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta	Prestación del Servicio	Aspectos que constituyen el carácter distintivo o particular con el que se brinda una atención	Infraestructura y tecnología	Existencia de la infraestructura y tecnología adecuada para evaluar las mujeres que son referidas a la consulta, que permita descartar o confirmar la existencia de alto riesgo perinatal	<p>Iluminación</p> <p>Distribución del espacio</p> <p>Ventilación</p> <p>Acceso al consultorio</p> <p>Vestidor y servicio sanitario</p> <p>Papelería necesaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica simplificada • Carne perinatal • Fórmulas de laboratorio <p>Material consultorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cinta métrica • Calendario • Balanza para pesar • Estetoscopio • Esfingomanómetro • Fetoscopio o doppler • Espéculo • Balde con agua

					jabonada <ul style="list-style-type: none"> • Lámpara de ganso • Kits de citología • Guantes • Gel • Algodón •
			Recurso Humano	Existencia del personal adecuado para evaluar las mujeres que son referidas a la consulta, que permita descartar o confirmar la existencia de alto riesgo perinatal	Recurso técnico <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiotocógrafo ✓ Ultrasonido ✓ Determinación Fosfatidil glicerol ✓ Determinación de Ph fetal ✓ Enfermera ✓ Médico asistente especialista en G-O ✓ Secretaria
			Calidad de atención	Existencia de las condiciones que garanticen atención oportuna, precoz, periódica, de amplia cobertura y con criterio de riesgo y que garantice la satisfacción de las usuarias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tiempos de espera para citas de primera vez ✓ Tiempos de espera para cita control ✓ Tiempo de espera para ultrasonido rutina ✓ Tiempo de espera par ultrasonido prioritario ✓ Edad gestacional promedio de inicio de control prenatal ✓ Porcentaje de pacientes con clasificación de

					<p>riesgo en la consulta</p> <p>✓ calificación de usuaria con respecto de la atención recibida</p>
<p>Determinar el cumplimiento de la Normativa Nacional de atención materna y perinatal 2001, en la Consulta del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago, en el año 2005</p>	<p>Cumplimiento de la Normativa Nacional de atención materna y perinatal 2001</p>	<p>Conjunto de directrices que rigen la realización de una actividad determinada</p>	<p>Actividades establecidas para realización de la Consulta de Alto Riesgo</p>	<p>Determinar el cumplimiento de cada una de las actividades establecidas en la consulta de alto riesgo</p>	<p>Prueba de embarazo</p> <p>Cálculo de EG</p> <p>Hist. Clínica y evaluación de riesgo</p> <p>Ex físico</p> <p>Peso</p> <p>Talla</p> <p>Suplemento de hierro y ácido fólico</p> <p>Ex ginecológico</p> <p>Examen de mamas</p> <p>PAP</p> <p>Detección de sífilis</p> <p>Detección HIV</p> <p>Examen odontológico</p> <p>Medir PA</p> <p>Medir AU</p> <p>Determinar FCF</p> <p>Grupo –RH</p> <p>HTO- HB</p> <p>Toxoplasmosis</p> <p>EGO</p> <p>Detección embarazo múltiple</p> <p>Detección de presentación</p> <p>Detección de DM</p> <p>Educación</p> <p>Planificación</p> <p>Solicitar U.S.</p>

3.7 Selección de técnicas e instrumentos

Se realizó la aplicación del instrumento respectivo (anexo N° 12) a las historias clínicas de las pacientes seleccionadas al azar. Para utilizar el cuestionario

sobre control prenatal, se tomaron las pacientes sucesivas que llegaban a cumplir con sus consultas de control prenatal, hasta completar el número requerido de 4 ó 5 pacientes por día.

Para la recolección de la información en los formularios correspondientes al control prenatal, una de las investigadoras se desplazó diariamente a la consulta, completó el formulario con el expediente y, a la vez, aplicó la encuesta a la gestante (anexo N° 10).

A los funcionarios del Servicio que realizan la consulta, se aplicó una encuesta común en una única ocasión y de forma separada. (anexo N° 11)

3.8 Plan de Tabulación y análisis.

Se utilizó el Software STATS, Windows, Excel y Word 97.

Para los componentes observacionales descriptivos, se emplearon medidas de estadística descriptiva, tales como: proporciones, promedios, media, mediana, desviación estándar y moda, según las características de las variables. Los gráficos se seleccionaron de acuerdo con el nivel de importancia asignado por las investigadoras y fueron el histograma de frecuencias para las variables cuantitativas, o gráficos de sectores y barras simples o agrupadas en el caso de variables de tipo cualitativo. La evaluación de los resultados se realizó a través de las variaciones de la información documentada en la Historia clínica, de la cuantificación de los defectos en el llenado de ésta y de los errores en la identificación del riesgo o en la conducta médica asumida frente al riesgo obstétrico detectado.

3.9 Resultados esperados y limitaciones

Se debió estandarizar el procedimiento de aplicación de las historias clínicas y cuestionarios para recolección de la información. A los participantes se les aseguró la confidencialidad de la información obtenida en los instrumentos. Para la evaluación de estructura, se emplearon instrumentos diseñados de

manera que recogieran las variables pertinentes para lograr las mediciones esperadas.

3.10 Cronograma

Fase	Fecha
I. Elaboración y aprobación del protocolo	10 de Septiembre 2004 a 20 de diciembre del 2004
II. Diseño y aplicación de técnicas e instrumentos	15 de Enero 2005 al 15 de marzo del 2005
III. Recolección de la Información	01 de Abril a 31 de julio del 2005
IV. Tabulación y análisis de la información	01 de agosto del 2005 al 14 de agosto del 2005
V. Elaboración del informe final	16 de agosto del 2005 al 31 de agosto del 2005

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Características de la población estudiada

Entre el 1^a de abril y el 31 de julio del 2005 se atendieron en la Consulta de Alto Riesgo del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Max Peralta, 1040 pacientes gestantes, se incluyeron en el estudio 87 pacientes mensuales, lo que representa un 33% del que acude a la consulta.

Al final, se obtuvo una muestra de 349 mujeres embarazadas con un promedio diario de 4.36 gestantes durante 80 días. Del total, 297 fueron valoradas en varias citas y 52, sólo en una ocasión, éstas se contra-refirieron al nivel local, pues no requerían control en el Alto Riesgo.

En cuanto al lugar de nacimiento, 288 que corresponde a 83%, son costarricenses y 61 (17%) extranjeras; de quienes 59 (97%) eran de origen nicaragüense y 2 de otros países, lo cual coincide con la importante migración que de Nicaragua se da hacia nuestro país, tal y como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 1



Fuente: expedientes médicos, 2005

En cuanto a la distribución por edad, las pacientes que se encontraron fueron entre un rango de 14 a 42 años, siendo el grupo de edad más frecuente entre los 21 y 35 años, con un promedio de 28 años, esto ubica a las pacientes en edades jóvenes.

Cuadro N° 8

Distribución por edad de las pacientes embarazadas atendidas en la Consulta de Alto Riesgo del Hospital Max Peralta de Cartago de abril a julio 2005.

Edad en años	N°	%
10 a 15 años	8	2.29
16 a 20 años	46	13.18
21 a 25 años	91	26.07
26 a 30 años	76	21.77
31 a 35 años	60	17.1
36 a 40 años	45	12.8
Mayor 41 años	23	6.5
Total	349	100

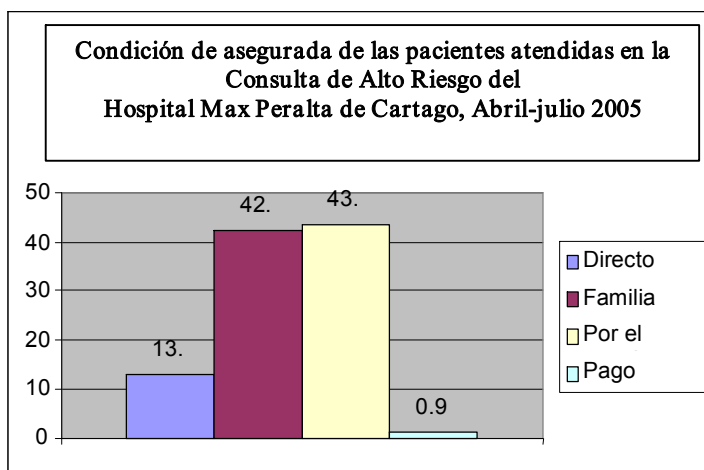
Fuente: expedientes médicos, 2005

La mayoría de las gestantes procedía de la provincia de Cartago 98.2% y la minoría de San José 1.72 % (zona de los Santos). (Ver anexo. N° 13)

Los establecimientos de salud que refirieron fueron los Centros de salud (30.37%); los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), (53.01%) y las clínicas periféricas (16.62%). (Ver anexo N° 14).

De acuerdo con la condición de aseguramiento de las pacientes se encontró que solo el 13.2% cotiza de manera directa para el Seguro Social (46 pacientes), grupo formado por las pacientes gestantes que continúan trabajando; un 42.5%, 149 pacientes son dependientes familiares o sea, están cubiertas por el seguro de sus cónyuges o algún otro familiar, un 0.94% corresponde a pago directo (3 pacientes). y un 43.4% aseguradas por cuenta del Estado lo que representa 151 pacientes. Esta situación refleja un alto costo de atención de estas pacientes para la C. C. S. S., porque por ley este grupo tiene derecho a la atención médica lo mismo que sus hijos en sus primeros años de vida. Gráfico N° 2.

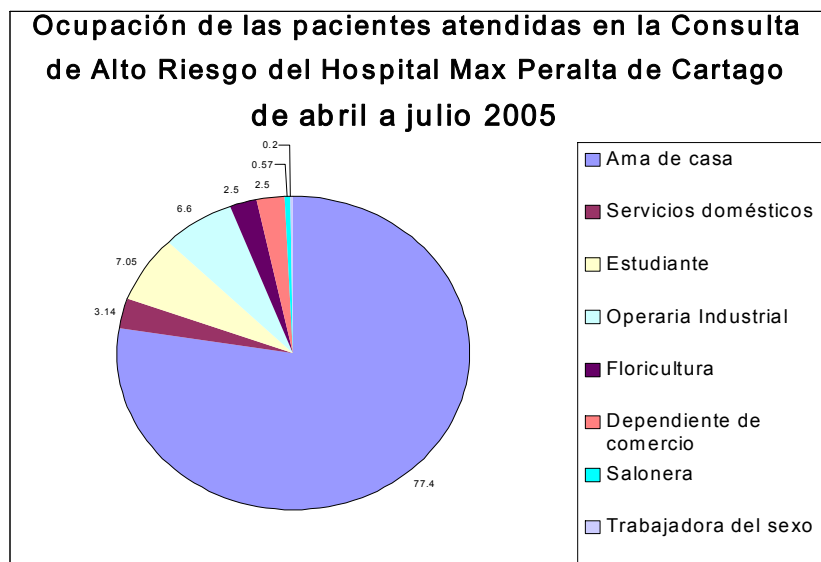
Gráfico N° 2.



Fuente. Expedientes médicos, 2005.

Tal como se ilustra en el grafico N° 3; en cuanto al perfil ocupacional, se encontró que un 77.04% trabaja en oficios domésticos sin remuneración (amas de casa); un 7.55% estudiaba; 15.4. % se dedica a alguna actividad remunerada. Las pacientes que trabajaban lo hacían en labores que no requieren de estudios superiores, lo que coincide con su baja escolaridad ya que 64.18% correspondía a primaria completa.

Gráfico N° 3



Fuente: expedientes médicos, 2005

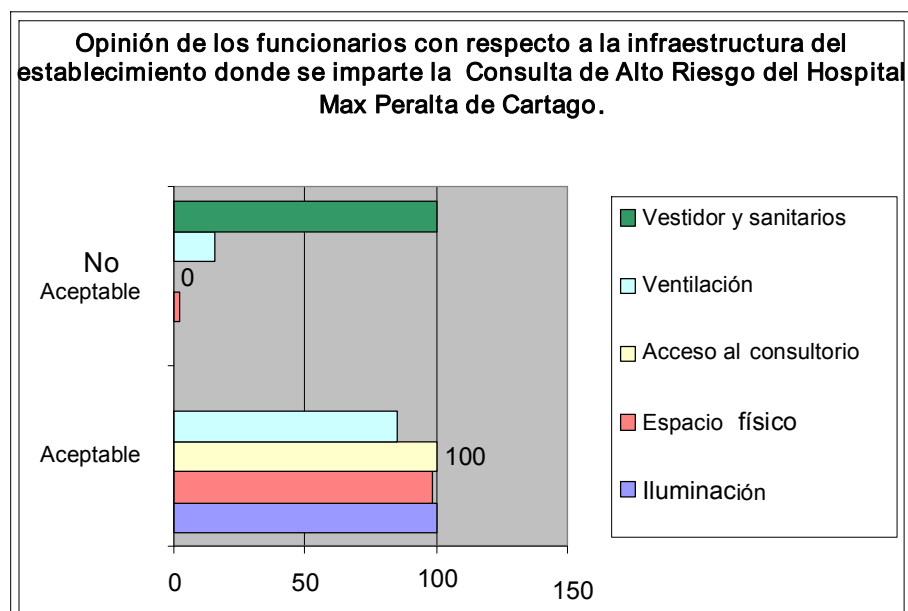
4.2 Prestación del servicio

El consultorio de Alto Riesgo está ubicado en la Clínica Alfredo Volio, en donde se da la mayoría de la Consulta Externa de especialidades del Hospital Max Peralta. Se encuentra dividido en 3 áreas: la Preconsulta, el Consultorio médico y el Área de Exploración.

4.2.1. Infraestructura y tecnología

Existe iluminación adecuada. Cada una de las áreas tiene luz propia, tal y como la mostró la encuesta que se realizó a los funcionarios quienes consideran que el espacio es adecuado en un 98%, la ventilación es suficiente en el 85% y el acceso al consultorio a pesar de que existe un flujo importante de pacientes, también, fue calificado como adecuado por el 100% de los funcionarios. Lo anterior, resumido en gráfico N° 4.

Gráfico N° 4



Fuente: encuesta a funcionarios de Consulta de Alto Riesgo del Hospital Max Peralta de Cartago, 2005

El Consultorio no cuenta con área de vestidor para las pacientes, ni servicio sanitarios, por lo cual al referirse al estado de éstos, que se encuentran para uso de todas las consultas que se brindan en la Clínica el 79% de las pacientes indica que no estaban limpios. (Anexo N° 15)

Con respecto de los resultados obtenidos en la encuesta realizada a las pacientes en cuanto a la limpieza del establecimiento el 89.9% considera que es buena y un 9 %, regular a mala. (Ver anexo N° 16)

Ahora bien, los problemas detectados, referidos a servicios sanitarios y vestidores aunque no constituyen motivo de atrasos en el proceso de atención, sí implican un riesgo sanitario, e incumplen con la normativa que tiene que seguir un hospital.

4.2.1.1 Papelería

De acuerdo con los funcionarios, se cuenta con un 100% de material, en historia clínica simplificada, carnet perinatal y fórmulas de laboratorio. Se detallan en el cuadro N° 9.

Cuadro N° 9.

Papelería disponible en la Consulta de Alto Riesgo del Hospital Max Peralta de Cartago, de abril a julio 2005.

Indicador	N°	%
Historia clínica	12	100
Carnet perinatal	12	100
Hojas de evolución	12	100
Hojas de urgencia	0	0
Referencias	12	100
Notas de enfermería	2	16.6
Hojas de signos vitales	1	8.3
Epicrisis	0	0
Ficha familiar	3	25
Hoja citología	11	91.6
Recetarios	12	100
Ordenes laboratorio y Rx	12	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud a cargo de la Consulta de Alto Riesgo del Hospital Max Peralta de Cartago, 2005

4.2.1.2 Material del consultorio

El 98% reportó existencia de cinta métrica y un 100% de calendario, balanza para pesar, estetoscopio, Esfingomanómetro y Doppler o fetoscopio. (Anexo N° 17)

No se cuenta con equipo para realizar la citología cérvico-vaginal, ya que según encuesta a los funcionarios, el 16% reporto no tenerlo en el momento cuando se necesita, lo que está de acuerdo con el bajo cumplimiento con la toma de citología que se reporta (ver cumplimiento de normativa)

4.2.1.3. Recurso técnico

Se tiene accesibilidad al cardiotocógrafo y al ultrasonido que se encuentran en el Área de Hospitalización del Servicio de Obstetricia, pero no se cuenta con estos equipos propiamente en la Consulta Externa. Las pacientes que requieren de estudios especiales son referidas a la Consulta de Perinatología o a la Consulta de Ultrasonido, ambas se encuentran ubicadas dentro del Hospital.

En cuanto a la determinación de FFG (fosfatidilglicerol) no se cuenta con este examen en el Laboratorio Clínico del Hospital, sino que las muestras se tramitan a San José. La determinación del Ph fetal no se realiza como procedimiento de consulta externa. (Ver anexo N° 17).

4.2.2 Recurso Humano

La consulta está a cargo diariamente de un médico asistente especialista en ginecología y obstetricia y, 3 veces por semana, del especialista en perinatología. Una enfermera auxiliar que se encarga de tallar y toma de signos vitales a las pacientes y una secretaria funcionaria del Departamento de Registros Médicos. Desde el punto de vista operacional se cuenta con el recurso humano necesario. (Ver Anexo N° 18)

4.2.3. Calidad de la atención

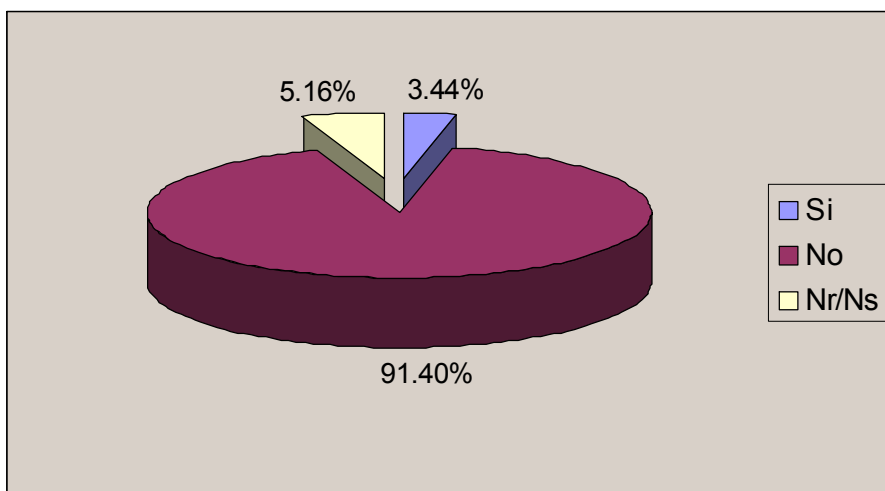
Evalúa la existencia de las condiciones que garanticen atención oportuna, precoz, periódica, de amplia cobertura y con criterio de riesgo

4.2.3.1. Tiempos de espera

Al 77.7% de las usuarias les parece mucho el tiempo de espera para obtener la cita. En el día de la cita, el 63% consideró aceptable el tiempo de espera antes de entrar a la consulta con el médico. Sin embargo, al 91% les pareció que el tiempo dedicado a la consulta fue poco. Y es importante destacar que el tiempo dedicado a la consulta es un factor de calidad. (Ver anexo N° 23 y N° 24)

Gráfica N° 5

Facilidad para obtener una cita, según usuarias en la Consulta de Alto Riesgo
Del Hospital Max Peralta de Cartago Abril-julio 2005



Fuente: encuesta aplicada a las pacientes atendidas en la Consulta de Alto Riesgo del Hospital Max Peralta de Cartago, 2005

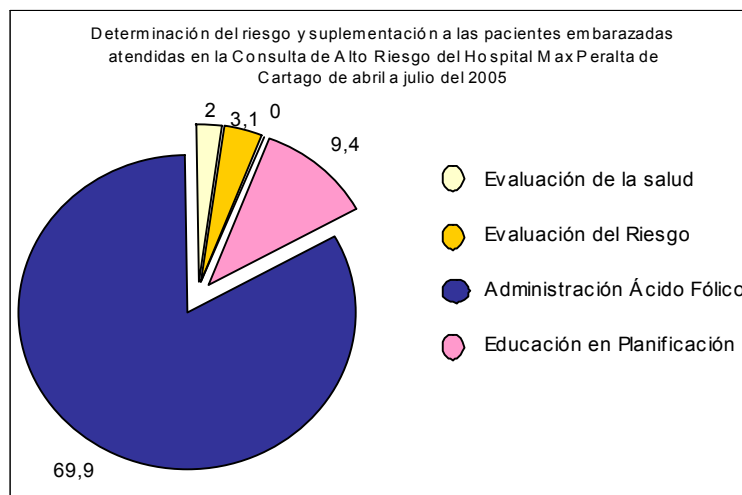
4.2.3.2. Edad gestacional promedio de inicio de control prenatal.

La edad gestacional promedio de las pacientes al asistir a la primera consulta prenatal, fue de 17 semanas, factor que ha de tomarse en cuenta ya que de acuerdo con lo establecido por la normativa, se considera como captación tardía. (Ver Anexo N° 19)

4.2.3.3 Clasificación de riesgo

La evaluación del riesgo solo fue realizada en 11 pacientes, lo que representa un 3.1%, tal y como se observa en la gráfica N° 6. Probablemente en muchos casos, el médico al plantear el diagnóstico de la paciente, lleva implícito el riesgo, con lo que se sugiere, que los médicos no siempre toman acciones basadas sobre la información obtenida de las historias clínicas, y manejan de forma inapropiada la información de los carnés prenatales. La Consulta de Alto Riesgo tiene como fin, atender a todas las gestantes a quienes al inicio de la gestación o en el transcurso de ella, se identifiquen factores de riesgo, por lo cual esta actividad se convierte en ineludible para justificar las citas posteriores a la paciente

Gráfica N° 6



Fuente: expedientes de pacientes atendidas . Consulta de ARO. HMP, 2005

4.2.3.4. Percepción de la usuaria con respecto de atención recibida

Con respecto de estos indicadores y la percepción de la calidad en la atención de las usuarias, se obtuvieron, en cuanto a la evaluación del trabajo del médico, los siguientes resultados, resumidos en el cuadro N° 10.

Cuadro N° 10. Resultado de evaluación de la atención por parte del médico en la Consulta Externa de Alto Riesgo del Hospital Max Peralta , abril –julio 2005

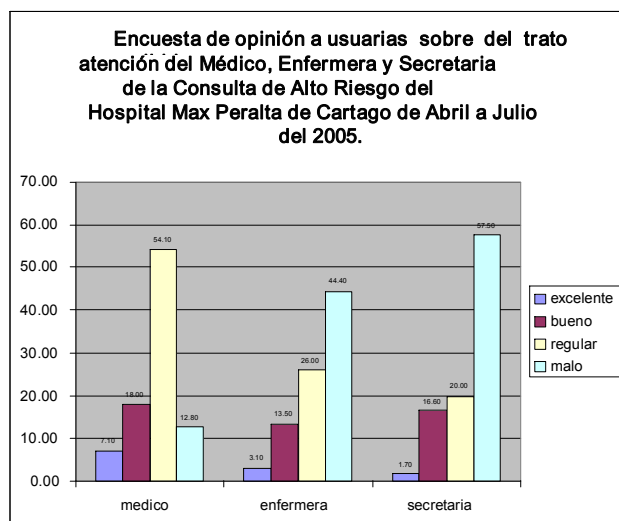
Pregunta que se realizó a la paciente	Porcentaje de Respuestas obtenidas		
	Sí	no	No aplica
1. El médico prestó atención a sus dolencias	53%	45%	2.2%
2. El médico la examinó	89%	6%	4.5%
3. El médico le explicó lo que tenía	9.1%	86%	4.8%
4. Entendió las recomendaciones	33.8%	31.2%	34.9%

Fuente: encuesta a usuarias, consulta ARO, HMP, 2005

Es importante señalar que a pesar de que la mayoría de las pacientes considera que el médico les presta atención a sus dolencias y las examina, al 86% el médico no les explica lo que tienen, ni se interesa en que entiendan sus recomendaciones, ya que solo el 33.8% refiere haber entendido. Cabe recordar que la mayoría de las pacientes tiene un bajo nivel de escolaridad. (ver Anexo N° 20). Lo que se resume al preguntar a la paciente con respecto de trato del médico donde solo el 7.1% de las pacientes lo califica como excelente mientras que cerca del 67%, como regular o malo. (Grafico N ° 7).

Al evaluar al resto de los funcionarios, como la auxiliar de enfermería, se obtiene que el 44.4% la califica como malo y solo un 16% entre excelente y bueno, al igual que el personal de Registros Médicos, donde la secretaria es, la que según la percepción de las usuarias, obtiene la calificación más mala con el 57.5% por su mal trato y un 17% entre excelente y bueno (Gráfico N° 7).

Gráfico N° 7



FUENTE: Encuesta a usuarias. Consulta de ARO, 2005

Para analizar el Servicio brindado en una forma integral por el equipo de salud, se realizaron tres preguntas básicas cuyos resultados se resumen en el siguiente cuadro

Cuadro N° 11. Resultado de evaluación de la atención del equipo de salud en la Consulta Externa de Alto Riesgo del Hospital Max Peralta , abril –julio 2005

Pregunta que se realizó a la paciente	Porcentaje de Respuestas obtenidas		
	Sí	no	na
Interés por brindar un servicio de calidad	5.7	84.8	9.4
Considera que los funcionarios son responsables en su atención	51	35.8	13.18
En general, ¿Cómo considera la atención?	excelente	bueno	Regular-malo
	7.2	24.9	67.9

Fuente: encuesta a usuarias, consulta de ARO, HMP, 2005

Es evidente que existe un descontento en la mayoría de las usuarias por el servicio brindado, el cual no es considerado de calidad, ni bueno, aunque el

51% de los funcionarios son considerados responsables, lo que apuntaría por investigar en futuros estudios, los parámetros que los usuarios consideran que son necesarios para brindar una atención con calidad.

4.3 Cumplimiento de la normativa nacional de atención materna y perinatal 2001

4.3.1. Prueba de embarazo

La determinación de la hormona gonadotropina coriónica y su subunidad beta, es la manera más precoz para el diagnóstico del embarazo. Solo en un caso (0.28%), fue pedida la prueba de embarazo sanguínea en el momento del control, esto probablemente porque están presentes a la hora del examen físico, los signos de certeza como son la auscultación de latidos fetales o el reporte ecográfico de un saco gestacional o embrión, en el instante de la consulta.

4.3.2. Cálculo de Edad Gestacional

Este es uno de los parámetros que se demostró más utilizados al alcanzar un cumplimiento de 85,4%. Sin embargo, debería realizarse en el 100% de los casos sin excepción ya que permite fijar un cronograma que planifica las actividades de control y la evaluación de las modificaciones anatómo-funcionales de la embarazada y la salud fetal.

4.3.3. Historia Clínica

El primer contacto con la mujer gestante debería ser utilizado para realizar la Historia Clínica, dado que es la mejor fuente de información para evaluar los diferentes riesgos y, de esta forma, convertirse en un elemento de planificación para el cuidado prenatal. El interrogatorio fue completado en el 100% de los casos de acuerdo con la fórmula 4-70-03-3075 Historia Clínica Femenina que tiene la C.C.S.S, (ver anexo N° 21). Sin embargo, el adecuado llenado de la

historia en la hoja perinatal simplificada código 4-70-03-3000 (ver anexo N° 9) demostró un déficit de llenado en el 67% de los casos Dentro de los datos de Historia Clínica, el indicador de movimientos fetales fue el que obtuvo un mayor cumplimiento anotándose en el 83.49% de los casos, (Gráfico N°9) lo cual es bastante bueno, ya que este parámetro solo se evalúa en embarazos mayores de 18 a 20 semanas de amenorrea, y es un indicador de la integridad fetal donde la disminución de éstos o el cese puede preceder a la muerte intrauterina.

4.3.4 Exploración física.

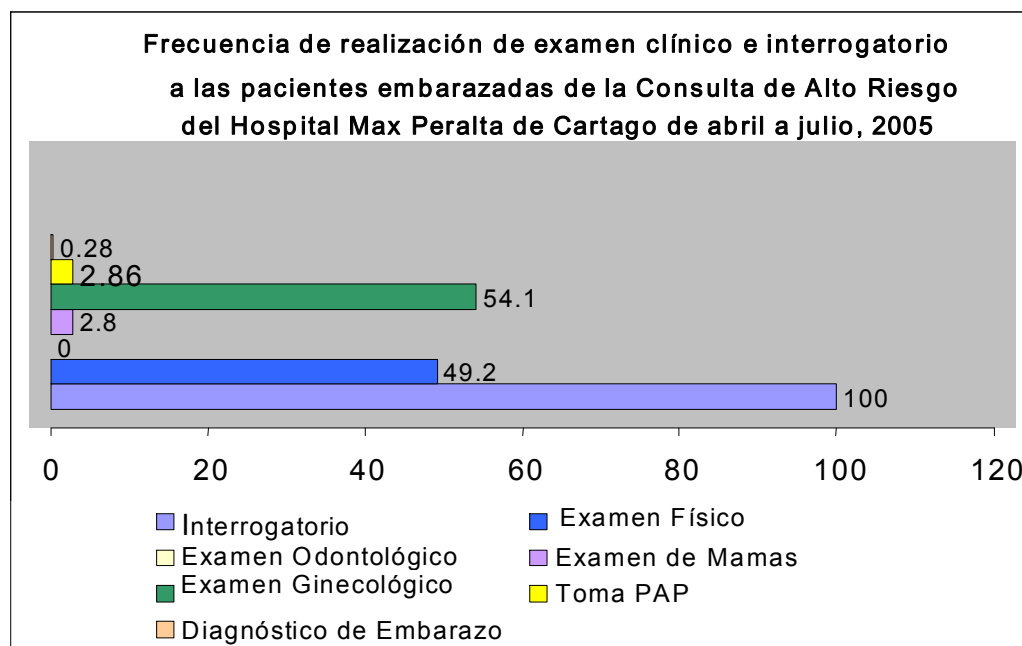
En relación con la realización del examen físico, examen odontológico , examen ginecológico y exploración de mamas, se encuentra una deficiente evidencia de cumplimiento de estas actividades, que se resume en el gráfico N° 8. Si se analiza esta variable con la encuesta que se les realizó a las usuarias, se encuentra que un 89% responde que si fuerón examinadas, lo que se aproxima al indicador de medición de altura uterina con un cumplimiento de 71.8% y de determinación de la frecuencia cardiaca fetal de 82.52%. Parece que a estas dos actividades se han resumido el examen físico de la embarazada, a tal punto que por ejemplo el examen odontológico no se evidencia descripción en ninguna de las pacientes, ya que definitivamente no se hace o demuestra que el médico mantiene su mala costumbre de no documentar, todo el trabajo que realiza.

A pesar del que el cáncer de mama puede presentarse hasta en el 1% de las embarazadas y por otro lado, se debe preparar las mamas para la lactancia, dado que se ha demostrado las múltiples ventajas de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño., no se realiza de forma rutinaria dicho examen, donde se obtuvo un cumplimiento de un 2.8%.

4.3.5. Realización de citología cérvico-vaginal (PAP).

La prevención del cáncer cervical es un aspecto importante de la ginecología preventiva. El test de Papanicolaou es sencillo, reproducible, cómodo y barato. Para conseguir un impacto sobre la mortalidad debe conseguir una cobertura mínima de 70% sobre la población a cribar (Vidart, J. A et al 2005). En este estudio, se demuestra un cumplimiento de un 2.86%.

Grafico N° 8



Fuente: Expedientes médicos, HMP, 2005

4.3.6. Medición de peso, talla.

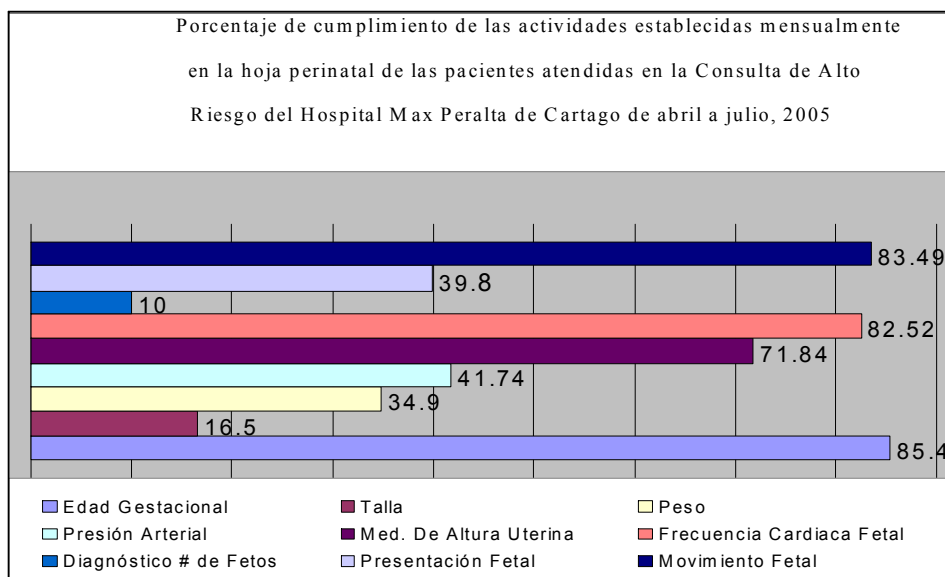
La determinación del peso materno en todos los controles tiene como objetivo determinar la ganancia de peso durante la gestación, para identificar las gestantes con ganancia menor o excesiva para la edad gestacional, así como orientar las conductas nutricionales en cada caso, ya que el peso gravídico insuficiente y el aumento de peso excesivo durante la gravidez se asocian con resultados perinatales adversos. Estas actividades son las que se realizan

en la pre-consulta y están a cargo de la enfermera auxiliar, encontrándose porcentajes de cumplimiento inferiores al 50% en todos los casos, y para el indicador de talla solo un 16.5%, a pesar de que debe realizarse solo una única vez, en todo el control prenatal, que es en la primera cita, (Gráfico N° 9) Dentro de las justificantes que alegó el personal de enfermería, es que estas actividades se anotan en la tarjeta de control prenatal de la paciente, por lo que no aparecen en el expediente médico.

4.3.7. Medición de la presión arterial

Con el objetivo de detectar tempranamente todo tipo de hipertensión durante el embarazo y deducir la preeclampsia y la eclampsia, que continúan siendo la primera causa de morbi -mortalidad materna, esta actividad debe realizarse en todas las citas de control. Esta investigación demuestra que sólo se registra en un 41.74% de los casos. Ilustrado en gráfico N° 9

Gráfico N° 9



Fuente: expedientes médicos, consulta ARO, HMP, 2005

4.3.8. Suplemento de ácido fólico y hierro.

La OMS considera la prevalencia de anemia, en el 30% de las embarazadas, por lo que considera indicar la suplementación con hierro de forma universal asociada a la suplementación diaria de ácido fólico (Schwarcz R, Díaz, 1992) la que debe iniciarse desde el primer control prenatal. El cumplimiento obtenido en la muestra es de 69.9 %, dejando un 30% de pacientes en riesgo de producirse anemia megaloblástica, nacimientos de pretérmino y defectos del tubo neural principalmente. (ver Gráfico N° 7)

En el primer control prenatal, debe de solicitarse de rutina un examen de hemoglobina, para determinar el tratamiento en caso de cifras menores a 11g/dl (Schwarcz R, Díaz, 1992). En esta muestra, se encontró un cumplimiento total del 58.25%, independientemente de tipo de consulta.

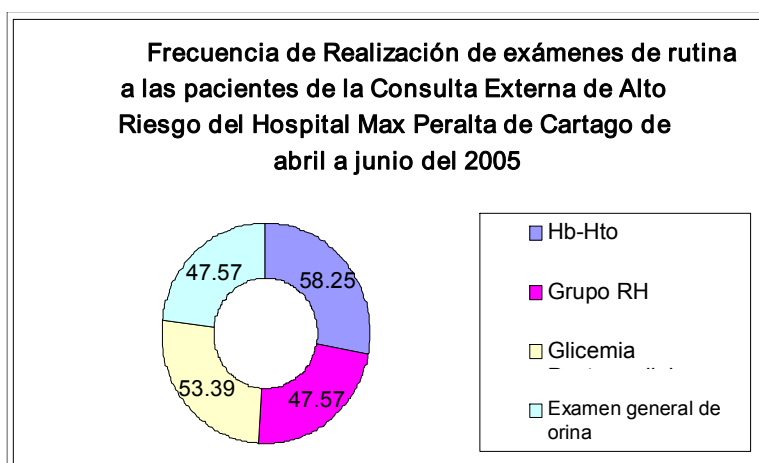
4.3.9 Detección de sífilis, HIV y toxoplasmosis.

A pesar de que en la Consulta de Alto Riesgo deben ofrecérsele las garantías diagnósticas exigidas por la buena práctica, y que el sistema hospitalario ofrece estos exámenes sin ningún tipo de restricción, se encontró un fallo importante en la determinación de infecciones de transmisión sexual e infecciosas, donde se tiene un cumplimiento de menos de un 50% para sífilis y SIDA, y casi inexistente para toxoplasmosis. Ver Anexo N° 22.

4.3.10 Determinación de grupo y factor Rh

Prevenir y tratar la enfermedad hemolítica perinatal es el objetivo de la solicitud de este estudio. Las mujeres Rh negativas cuyos hijos son Rh positivos, compatibles con el sistema ABO, tienen un 16% de probabilidad de isoimmunizarse como consecuencia del embarazo y hasta un 1.9% lo hace antes del nacimiento (Cifuentes, R, 1994). Se encontró que un 47.57% presentan esos exámenes en el momento de la consulta, independientemente de la edad gestacional. (Gráfico N° 10).

Gráfico N° 10



Fuente: expedientes médicos, Consulta de ARO, HMP, 2005.

4.3.11 Realización de Orina General con Técnica Aséptica

El objetivo de realizar un examen de orina general con técnica, es diagnosticar y tratar la bacteriuria asintomática, que está relacionada con pielonefritis y parto pretérmino hasta en un 25% de los casos (Cifuentes, R, 1994). Sin embargo, solo el 47.57% de las pacientes presentaba evidencia de resultado de esta prueba. (Gráfico N° 10)

4.3.12 Tamizaje de Diabetes mellitus

Entre las semanas 24 y 28 de gestación debe ser implementado un tamizaje selectivo para diabetes en pacientes que no presenten factores de riesgo y desde la primera consulta, para pacientes con factores de riesgo, el cumplimiento de esta normativa, con la realización del test de glicemia pos carga o glicemia posprandial, alcanzó un 53.39%. Independientemente de la asociación a factores de riesgo. (Gráfico N° 10)

4.3.13 Determinación de fetos, presentación, líquido amniótico

En la evaluación del líquido amniótico y diagnóstico de fetos, se utilizó el ultrasonido obstétrico, donde el reporte se encontraba en el momento de la cita en el expediente en el 10%. (Gráfico N° 9). La presentación fetal fue anotada en el 39.8% de los casos, a pesar de que es una apreciación clínica y que solo en caso de dudas, debe ser confirmada mediante el estudio ecográfico.

4.3.14 . Educación y planificación

Con el objetivo de mejorar la salud de la familia, además de la asesoría que debe brindarse sobre higiene y dietética en general, se debe insistir en los aspectos del uso de medicamentos y drogas, y en las condiciones laborales y ambientales. (Schwarcz R, Díaz, 1992). Hay evidencia de recomendaciones y educación en salud a 7 pacientes lo que representa solo un 2%. A pesar de que esto es una función de la enfermera auxiliar, no existe en el expediente ninguna evidencia de que ella lo realice.

La planificación familiar es de particular interés para evitar embarazos con periodos inter-genésicos cortos y en edades extremas de la vida, principalmente, en este grupo de pacientes donde se supone se encuentran en esta consulta porque tienen asociado algún factor de riesgo, que eventualmente, puede ser permanente o repetirse en futuros embarazos, sin embargo, solamente en casos de conserjería para esterilización quirúrgica, se documentó intervención en este indicador lo que representó 33 casos para 9.4%. No se realiza según el expediente en el control prenatal ningún otro tipo de consejería de planificación.

4.3.15 . Solicitud de ultrasonido

La tendencia actual, en la medicina europea, es la realización de tres estudios de ecografía durante el embarazo, dos de complejidad de primer nivel y una de complejidad de segundo nivel. (Vidal, J. A et al 2005). La unidad de ultrasonido a la que tiene acceso la consulta de alto riesgo se encuentra

ubicada dentro del Hospital, y se maneja como una consulta separada, donde se realizan tanto estudios de Obstetricia como de Ginecología. Se cuenta con la Unidad de perinatología que se dedica a la realización de estudios de ecografía especializada y detección de malformaciones o alteraciones fetales. La solicitud de ultrasonido se realiza al 94.5% de las pacientes, sin embargo, solo había reporte de estudio en 10% de las pacientes, ya que los tiempos de espera para estos estudios se encuentran a más de 12 meses.

4.3.16. Vacunación con DT

Con el objetivo de prevenir el tétanos materno y neonatal, se debe vacunar con dos dosis durante el embarazo, alrededor de las 25 y 30 semanas de gestación. En el presente estudio, no hubo reporte de indicación para la vacunación con DT en las gestantes estudiadas en ningún caso.

CAPÍTULO V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

5.1.1 Generalidades de la población

- La población que atiende la Consulta de Alto Riego es predominantemente del Área de Atracción
- Existe un importante porcentaje de extranjeras que hacen uso de los servicios de atención de la C. C. S .S . el cual se refleja claramente en esta investigación con un 17% y es preocupante porque la mayoría de estos inmigrantes esta en situación socioeconómica desfavorable y no cotizan para el Sistema de Salud.
- La mayoría de las pacientes se dedica a labores del hogar y tiene un nivel de escolaridad bajo, lo que influye en forma importante en la comprensión que muchas de ellas tengan de sus problemas médicos y la capacidad de seguir instrucciones, lo que se demuestra con el bajo porcentaje de pacientes que refiere comprender lo que el médico les explicó.

5.1.2. Prestación del Servicio

- En relación con la ubicación, organización, distribución, iluminación y ventilación de los servicios, estos aspectos son considerados como buenos y muy buenos por los (as) usuarios (as) y los (as) funcionarios. Sin embargo, en la calificación emitida ninguno (a) de los (as) entrevistados (as) calificó las instalaciones como excelentes.

- La consulta se caracterizó, por un lado, las pacientes que se quejaban de las demoras de acceso, del poco tiempo que se les dedica cuando llegan a presencia del médico y de la despersonalización del sistema. Los médicos, por otro lado, reclaman no tener materialmente tiempo suficiente para una atención adecuada y completa de la paciente.
- Se encontró un déficit importante en los materiales disponibles en el consultorio y es preocupante, que no se tengan disponible los equipos necesarios para realizar la citología, cérvico-vaginal, la cual alcanza apenas un 2.3 % de cumplimiento, situándose en niveles críticos.
- El recurso técnico con el que cuenta la consulta es adecuado, tiene servicios de apoyo de otras especialidades, tecnología de punta, con acceso a ultrasonido, cardiotocógrafos y estudios Doppler.
- Los tiempos de espera deben entenderse como un problema inherente del sistema, que no se pueden eliminar. El problema es que la consulta de ultrasonido sobrepasa por mucho los tiempos aceptados, lo que ha producido colapso del servicio y compromiso con la equidad que inspira todo servicio de salud; lo que se suma al aumento en la demanda por factores demográficos, mayor detección de morbilidad por inserción de nuevas tecnologías, aumento de escolaridad y niveles de vida que llevan a mayores exigencias de las usuarias de los servicios.

- La edad gestacional del primer control se considera muy avanzada, con un promedio de 18 semanas, ya que para poder programar correctamente toda la atención prenatal, es altamente recomendable que las pacientes acudan antes de la novena semana de amenorrea. (Domínguez, E, 2005), además, dentro de los objetivos del control prenatal la indicación de que debe iniciarse lo más precoz posible está establecida.
- El cumplimiento en cuanto a la clasificación del riesgo, se encuentra en niveles críticos (3.1%), la que ineludiblemente debe alcanzar un 100%. La clasificación del riesgo es fundamental para definir la conducta por seguir durante el control prenatal, entendiéndose que “riesgo bajo” no significa ausencia de riesgo o que éste no se desarrollará en el curso del embarazo o parto (CCSS. MSP, 2001).
- Con respecto de la percepción de la atención recibida por las usuarias la mayoría de las entrevistadas respondió de manera negativa sobre aspectos básicos como al trato e información de parte del personal de enfermería, secretaria y médico. Esto lleva a pensar de que si se cuenta con recurso humano suficiente, con adecuada capacitación y accesibilidad al equipo necesario, existe un problema referido a la motivación, lo que deberá analizarse con mayor profundidad en próximos estudios. Está bien descrito que si se motiva al personal, éste se encargará que el cliente quede satisfecho con la atención recibida porque un empleado feliz con sentido de pertenencia a la organización realizará su mayor esfuerzo no solo para cumplir las expectativas del cliente, sino para superarlas. (Fonseca, J UNED 2001)

5.1.3 Cumplimiento de la Normativa.

- No existe en la Consulta de Alto Riesgo del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta cumplimiento de la normativa de la atención materna y perinatal C.C.S.S. y M.S.P. 2001.
- La solicitud de la prueba de embarazo en la primera consulta mostró un cumplimiento deficiente, pero esto no influye en el cumplimiento de la Normativa, pues no es necesario realizarla en muchas ocasiones, ya que se pueden utilizar otros métodos de diagnóstico o certeza del embarazo. Además consultan con edad gestacional mayor de 17 semanas.
- En cuanto a la determinación de edad gestacional , se tiene un cumplimiento aceptable, pero este indicador debe alcanzar un 100% ya que este parámetro es indispensable para programar las actividades por cumplir en el control prenatal, así como para diagnosticar, oportunamente, patologías que complican el embarazo.
- La Historia Clínica, debe incluir la anamnesis, exploración ginecológica y exploración general. Se obtuvo un 100% de cumplimiento en la anamnesis, sin embargo, en la exploración física, se tiene porcentajes de cumplimiento realmente preocupantes que oscilan desde un 0 hasta un 49%, dichas actividades son indispensables para valorar el estado general de la embarazada, su adaptación al embarazo y clasificar el riesgo.

- Dentro de los indicadores de intervención de la Auxiliar de Enfermería, se evidencia cumplimiento deficiente en parámetros trascendentales como son presión arterial (41.7%) y peso materno 34.9%). Esto puede estar relacionado con la forma de documentación de la información, ya que estos datos se anotan en el carnet perinatal de la paciente. Por lo que esta información, no se encuentra, en el expediente médico disponible. Esto representa un sesgo, que debe tomarse en cuenta.
- El cumplimiento de la suplementación de hierro y ácido fólico, a pesar de que la directriz de la O.M.S. es clara en cuanto a que debe darse en forma universal a partir del primer trimestre del cumplimiento, y además está incorporado en la Normativa, no alcanzó el 100%; y no se documenta si recibe otro tipo de suplemento vitamínico, o que la paciente rechazó el medicamento, o que no hay disponible en el Hospital.
- La detección de infecciones de transmisión vertical: sífilis, HIV y toxoplasmosis, presentan porcentajes de cumplimiento muy bajos a los que se aceptan para la consulta de control prenatal los cuales no pueden ser inferiores a 100% (Domínguez, E, 2005)
- Identificar, controlar y registrar enfermedades crónicas que agravan la evolución del embarazo (diabetes, hipertensión y cardiopatías, etc), son

uno de los objetivos principales de esta consulta, sin embargo, es preocupante como se obtienen datos de solicitud de tamizaje para diabetes mellitus solo en el 53.39% de los casos. El diagnóstico precoz influye inversamente con la progresión de la enfermedad, incapacidad o lesión permanente y el resultado perinatal, y directamente con probabilidad de mejora con el tratamiento.

- Otro factor importante muy debilitado que se observó es la educación en salud y la planificación familiar, donde se pierde toda la oportunidad de prevenir y se dedica la función asistencial primordialmente a curar; donde el médico parece más interesado en el desarrollo de tecnología nueva y deja de lado la virtuosa simbiosis médico-paciente.
- La solicitud de estudio de ultrasonido se realiza al 95% de las pacientes la cual a primera vista parece muy acertada, sin embargo, el lograr que se realice el estudio solo alcanza un 10%, lo que a todas luces traduce ineficiencia y falta de oportunidad.

5.2. RECOMENDACIONES

5.2.1 Generales

Se recoge en este estudio, una serie de puntos que pueden considerarse para identificar tanto problemas como oportunidades de mejora. Aunque aquí se señalaron solo dos tipos de variables: la prestación del Servicio y el Cumplimiento de la Normativa de Atención Perinatal y Materna 2001, se trató de establecer una serie de indicadores en cada una que son prioritarios, y que en un número razonable fueran útiles como reflejo de la calidad de la Consulta de Alto Riesgo que se brinda en el Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta. La administración del Hospital y los médicos deben entender que todos van en el mismo barco y cualquier esfuerzo por aunar voluntades y no dividir las debe ser bienvenido. Se citan, a continuación, las sugerencias por implementar según el criterio de las investigadoras.

5.2.2 Prestación del Servicio

- Debe remodelarse el área asignada para la Consulta de Alto Riesgo, donde se cuente con servicio sanitario y vestidor para el uso de las gestantes.
- Aumentar la capacidad resolutive de la atención brindada, con lo que mejorará el grado de satisfacción por los servicios recibidos y, estimular la asistencia de la paciente a la consulta.
- Equipar los consultorios con todos los materiales que se necesitan para brindar una atención de calidad y que permita realizar los exámenes complementarios a la paciente.
- El Consultorio de Alto Riesgo debe estar equipado tecnológicamente, para lo que se requiere un ultrasonido con Doppler y sonda multifrecuencias, así como un cardiotocógrafo para que se le realice la

evaluación a la paciente de una forma integral, aumentando la capacidad resolutoria de la consulta y así, evitar la necesidad de que la paciente sea evaluada en citas diferentes.

- Es urgente protocolizar con los médicos, cual sería el tiempo mínimo requerido para cada tipo de paciente, caso nuevo o control, control con estudio de ultrasonido o colposcopia, crear agendas acorde con esos tiempos, con un sistema de citas flexibles que permita a los médicos establecer prioridades en concordancia con la patología y urgencia
- Informar sobre la importancia de realizar la primera visita prenatal precozmente (antes de la novena semana de amenorrea) y de acudir regularmente a los programas de educación maternal.
- Deben involucrarse, en las actividades de programación y control de la Consulta de Alto Riesgo, a todos los funcionarios en la prestación del servicio para que se interesen en la evaluación de la calidad, sin olvidar cuestiones básicas en la relación con el paciente., tales como: necesidad de tratarle con educación, implicarle en las decisiones relevantes con respecto de tratamiento, asegurarse de se que respeten sus derechos desde la confidencialidad hasta la información suficiente.
- Fomentar la motivación de personal, dando oportunidades para la capacitación con lo que se garantiza la consecución de los objetivos organizacionales, ya que suele haber una relación directa entre capacitación y resultados.

5.2.3. Cumplimiento de la Normativa

- Debe tenerse en cuenta, que muchas veces no será posible cumplir con los requisitos en todos y cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo. Sin embargo, sería deseable el cumplimiento de por lo menos el 80-90% de

los casos, excepto cuando se haga constatar la necesidad ineludible de un cumplimiento de un 100%.

- La responsabilidad última de la aplicación sistemática de las normas, recae en los Jefes del Servicio, quienes tienen el deber de detectar todos los fallos en la implementación, seguimiento y divulgación de éstas, para las cuales deben realizar auditorías frecuentes.

5.2.4. Propuesta de atención

Reorganización de la consulta según complejidad. Así se pueden involucrar otros profesionales como enfermeras obstétricas, médicos generales y especialistas en medicina familiar, garantizando que un número determinado de pacientes nuevas serán atendidas (cobertura). Así, la consulta puede dividirse en:

- Preconsulta y pos consulta: a cargo de una enfermera obstétrica quien debe entrevistar a la paciente y llenar la Historia Clínica Perinatal con los datos generales, control de signos vitales, peso y talla, llenado del carnet perinatal y explicación a ésta sobre su importancia, educación en salud de la familia gestante y planificación familiar, información sobre derechos y deberes del paciente y cursos de preparación psicoprofilácticos. Posterior a la consulta médica, debe asegurarse que la embarazada comprendió las indicaciones y la importancia que éstas tienen y, a la vez, aclarar posibles dudas existentes.
- Pacientes de primera vez que deben ser atendidas por el especialista en ginecología y obstetricia, quien es el responsable del cumplimiento de todas las actividades establecidas en la Norma de Atención materna y perinatal 2001. Debe recalcar la importancia y obligación de anotar en forma clara y completa TODOS los hallazgos e indicaciones y recomendaciones que se le brinden a la paciente; así como la CLASIFICACIÓN DE RIESGO.

- Visitas sucesivas para información de resultado y tratamiento si precisa, que pueden estar a cargo de médicos generales o especialistas en Medicina Familiar.
 - Consultas de revisión. Nuevamente, deben estar a cargo del especialista y éstas deben realizarse a las 20 semanas y al final del embarazo.
 - Citas extraordinarias en el Servicio de Emergencias a cargo de un médico especialista en ginecología.
-
- Implementar acciones conjuntas con la red de inter-niveles, estableciendo protocolos de manejo y referencia de pacientes en primer y segundo nivel, los cuales deben ser revisados periódicamente. Solicitar información de las características de las poblaciones de atracción, que permitan optimizar las intervenciones y definir las estrategias, evitando así, el exceso de demanda de los servicios hospitalarios y de atención especializada en pacientes que no lo requieren.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta Nassar, Edgardo. Conducción y Gerencia en los Silos, análisis del entorno y capacidad de resolución. Bogotá: Mimeo. Marzo, 1993.
2. Acuña Castro, Ricardo. Complicaciones materno fetales de las mujeres embarazadas mayores de 35 años en el Servicio de Maternidad del Hospital Max Peralta de Cartago de noviembre 2002 a enero 2003: Análisis y descripción. Tesis. UNIBE, Costa Rica. 2003.
3. Adrienne J. Kols y Jill E. Sherman. Family planning programs: improving quality. Baltimore: Johns Hopkins University School, 1998.
4. Arias Arévalo, Yarubit y Vargas Thames, Ana. <<Normas de Atención Integral de Salud>>. Entrevista con Carlos Montero Asesor de Atención Integral a las personas Primer nivel de atención. C.C.S.S y M.S.P. Costa Rica. 2003.
5. <<Behavioral Dimensions of Maternal Health and Survival>>. MotherCare Matters october de 2000: 28.
6. Bertrand, J. Access, quality of care, and medical barriers in family planning programs. New York: 1995.
7. Bollen, K., Glanville. Socioeconomic Status and Class in Studies of Fertility and Health in Developing Countries. University of North Carolina at Chapel Hill, 1999.

8. Cafisi, Daniel; Mejides, Andrés y Sepúlveda, Waldo. Ultrasonografía en Obstetricia y Diagnóstico prenatal. Buenos Aires, Argentina, 2005.
9. Caja Costarricense de Seguro Social. Manual de Atención Materna y Perinatal. Costa Rica. 2001
10. Casini, Sergio, Gustavo y Sáinz, Lucero. Guía de control prenatal: embarazo normal, 2002 <<http://www.sarda.org.ar/revista%20Sard%C3%A1/2002/2002-2.pdf>>.
11. Centro Latinoamericano de Preantología. Plan de desarrollo del CLAP. Uruguay, 1993.
12. Creel L., Sass J., and Yingher N. Panorama de la atención de calidad en salud Reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad: Population Council and Population Referente Bureau. Washington D.C., 2002.
13. Cifuentes, Rodrigo. Obstetricia de Alto Riesgo. Cali: Hospital Universitario del Valle, 1994.
14. DeGraff, D., Bilsborrow, S. and Guilkey, D. Community-Level Determinants of Contraceptive Use in the Philippines: A Structural Analysis. Demography 34, 1997.
15. Drovetta, Susana y Guadagnini, Horacio Mario. Diccionario de administración y ciencias afines. México: Limusa, 1995.
16. Donabedian, Avedis. Aspects of Medical Care administration: Specifying Requirements for Health Care. Harvard University Press, Massachusetts, 1973.

17. Flores S., Francisco y Campos Ramírez, Luis. Modelo para determinar la oferta y demanda mundial del Banano. Tesis. Universidad de Costa Rica, 1996.
18. Fonseca, Jorge y De la O, Albán. Antología Programa del curso de Gerencia Financiera. ICAP, 1994.
19. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Género. Publicación: UNFPA, 2003.
20. González, Ana Rita; Chacón, Hugo; Henderson, Alan; Morales Luis Guillermo y Velásquez, Juan Calos. Capacidad resolutive del nivel II y III de atención en salud: el caso de Costa Rica. Organización Mundial de la Salud. Cuatro tomos. Costa Rica, 1997.
21. Garrone, José Alberto. Diccionario Manual Jurídico. Argentina: Abeledo-Perrot, 1997.
22. Gómez Barrantes, Miguel. Elementos de estadística descriptiva. San José: ENED, 1988.
23. Harbour, Jerry . <<Manual de trabajo de reingeniería de procesos >> Revista Panorama. 1996.
24. Intercambio MAG. Atención prenatal. Viejos mitos, nuevas realidades. Maximize Access and Quality. 1999
 - a. <http://www.maqweb.org/spanish/present/atencion.pdf> >
25. Jaramillo Arias, Iván y otros. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud de Popayán. Colombia, 1998.

26. Jiménez Fonseca, Elías. La Seguridad Social en Costa Rica: Problemas y perspectivas. Costa Rica: EDNASS C.C.S.S, 1994.
27. Kols Adrienne, J. y Sherman Jill, E. Family planning programs: improving Quality, 1998
28. Lantis, K.; Green C., and Joice S. La calidad de la atención y los proveedores del servicio. Population Council y Population Reference Bureau. Washington D.C. 2002.
29. Leitón F, Eduardo. Factores que influyen en la utilización de la consulta prenatal de Hospital Dr. Tony Facio Castro. Tesis. Universidad de Costa Rica 1994.
30. Loría Cortés, R. Atención de la salud en el ámbito materno – infantil. C.C.S.S., 1998.
31. Lovelock, Christopher. Mercadotecnia de servicios. México: Prentice Hall. 1997.
32. Maine, D. Safe Motherhood Programs: Options and Issues. Center for Population and Family Health, School of Public Health, Faculty of Medicine, Columbia University, New York, 1993.
33. Mancey, Jones and Brugha, R.F. Using perinatal audit to promote change: a review. Health Policy and Planning, 1997.
34. Ministerio de Salud. Análisis sectorial de salud. San José: Costa Rica, 2002

35. Ministerio de Salud. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Perú, 2002.
36. Ministerio de Salud. Tasas de mortalidad perinatal. Netsalud, 2002.
<<http://www.ministeriodesalud.go.cr/dirservi/Boletin%20Informativo%20Mortalidad%20infantil%202002.htm>>
37. Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social. Normas técnicas de Atención Materna y perinatal. Costa Rica, 1994.
38. McHugh, Johansson and Pendlebur, Wheeler. Reingeniería de procesos de negocios; Menos coste y consultas en atención prenatales. México: Limusa, 1996.
39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. Ginebra, 1996.
40. Pabon Lasso, Hipólito. Evaluación de los servicios de salud: Conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo. Cali: Grupo Salud Comunidad, 1987.
41. Pagani, José María. Los Sistemas Locales de Salud. OPS-OMS. Washington, 1996.
42. Peppard, Joe y Phillip Rowland. Reingeniería en los procesos de negocios. México: Prentice may, 1995.
43. Quirós, Roberto. Economía y Salud. ICAP, 1995.
44. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Dos Tomos. Madrid: Espasa – Calpe, 2002.

45. Rho. Atención prenatal y evaluación de riesgo 2003.
<http://www.rhoespanol.org/html/sm_keyissues.htm>
46. Rojas, Jesús. Modelo de atención a la adolescente embarazada 2003.
<<http://payson.tulane.edu:8086/spanish/1h005s/1h005s0c.htm>>
47. Sharkarkansky. Primera Administración Pública. México. Editores asociales, 1971.
48. Sastry, N. Family-Level Clustering of Childhood Mortality Risk in Northeast Brasil. Population Studies, 1997.
49. Serrano, Marco. Investigaciones actuales: control prenatal. 2004
<<http://fepafem.org.ve/investigaciones/ControlPrenatal/4.htm>>
50. Shaw, James . El cliente quiere calidad: Otra forma - la mejor - de ver los negocios. México: Prentice Hall. 1997.
51. Shiffman, J. Can Poor Countries Surmount High Maternal Mortality?. Studies in Family Planning 2000.
52. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Recomendaciones para la organización de un servicio de Obstetricia y Ginecología. SEGO, 2005.
53. Thaddeus, S. and Maine, D. Too Far to walk: Maternal mortality in context. Social Science and Medicine, 1994.
54. Theron, G.B. Effect of the maternal care manual of the perinatal education programme on the ability of midwives to interpret antenatal cards and partograms. Journal of Perinatology, 1999.

55. Theron G.B. Improved practical skills of midwives practicing in the Eastern Cape Province of the Republic of South Africa through the study of a self-education manual. *Journal of Perinatology*, 2000.

56. Umaña Cerros, Juan Ramón. Niveles y Motivos de insatisfacción de los usuarios del Seguro Social: Unidad Médica ATLACATL. Tesis. ICAP, 1980.

57. UNICEF. Revised 1990 estimates of maternal mortality. Génova, Switzerland: World Health Organization, 1996

58. UNICEF. Panorama Costa Rica. 1996.
<http://unicef.org/spanish/infobycountry/costarica_statistics.html>

59. Villar J, Khan and Neelofur, D. Modelos de Atención Prenatal Corriente para el embarazo de bajo riesgo, 2000.

60. Wall, L. Dead Mothers and Injured Wives: The Social Context of Maternal Morbidity and Mortality Among the Hausa of Northern Nigeria. *Studies in Family Planning*, 1998.

61. Wilkinson D. Reducing perinatal mortality in developing countries. *Health Policy and Planning*, 1997.

A N E X O S

ANEXO: 1

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Resultados	Notas	Encubrimiento de asignación
Binstock 1995	Ensayo controlado "cuasi-aleatorizado". La asignación al tipo de atención brindado a la mujer se realizaba sobre la base de su fecha de nacimiento. La aleatorización no fue hecha sobre una base de "uno a uno".	Mujeres embarazadas de bajo riesgo.	Calendario experimental: plan de 8 visitas prenatales previstas. A cada mujer en el grupo de estudio le fue asignado un proveedor de atención dentro del estudio para toda su atención prenatal. Grupo de control: plan de 13 visitas previstas. Cada visita se llevaba a cabo por un proveedor potencialmente diferente.	Parto prematuro (<37 semanas), bajo peso al nacer (<2.500 g), cesárea, puntuaciones de Apgar a los 5 minutos de menos de 7 y satisfacción de la mujer (en una escala de 1 a 6).	Muchas mujeres se perdieron durante el seguimiento (93/320 [29%] en la intervención y 55/229 [24%] en el grupo de control).	C
Giles 1992	Ensayo controlado aleatorizado. La aleatorización se realizó extrayendo números aleatorios distribuidos en sobres cerrados. Si el número era impar la paciente era asignada a un consultorio de comadronas, y si era par, a uno de médicos. Como la distribución de números pares e impares no resultó al 50%, el número de participantes no fue equivalente.	Todas las mujeres embarazadas consideradas de bajo riesgo por la comadrona del consultorio del hospital donde serían atendidas eran elegibles para el ensayo.	Grupo experimental: todas las mujeres que participaban en el ensayo habían tenido su primera visita con el obstetra como "primera visita" general y examen obstétrico, también para confirmar la clasificación original de bajo riesgo dada por la comadrona en la visita de registro. Las mujeres que se visitaban en los consultorios de las comadronas eran vistas de nuevo por los obstetras en las semanas 30 y 40. Grupo de control: atención compartida estándar (obstetra/comadrona).	Resultados obstétricos: hipertensión inducida por el embarazo, episiotomía, parto vaginal normal, parto quirúrgico, analgesia epidural, uso de óxido nítrico, alimentación al pecho, problemas con la alimentación al pecho, pérdidas durante el seguimiento. Impresión de la atención: obtención de respuestas, confianza en la persona que brindaba la atención en el consultorio, explicación de las	De las 102 mujeres clasificadas como de bajo riesgo, una no correspondía a esta clasificación. Este error fue identificado en la primera visita al obstetra. Las pérdidas durante el seguimiento fue de 3/46 (6,5%) en el grupo experimental y de 10/56 (17,8%) en el de control.	A

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Resultados	Notas	Encubrimiento de asignación
				pruebas, consejo sobre trabajo de parto y parto, consejo para aliviar el dolor en el trabajo de parto, consejo sobre alimentación del lactante, apoyo en la elección de la alimentación, explicación sobre el período posparto, consejos sobre el bebé en casa.		
Majoko 1997	No se conoce el método de aleatorización. La unidad de aleatorización fueron los centros de salud en el distrito Gutu, Zimbabwe (aleatorización por cluster).	Todas las madres inscritas para atención prenatal desde el 1/12/1994 fueron elegibles para el reclutamiento.	Las mujeres asignadas al paquete experimental tuvieron sus visitas programadas siguiendo un programa orientado a metas de 5 visitas con los procedimientos de rutina limitados a esas visitas. Grupo control: atención prenatal de rutina para las áreas rurales.	Los resultados primarios fueron: número y momento de las visitas; utilización de centros de salud rurales para el parto; resultados fetales y neonatales.	El 80 % de las mujeres en el grupo experimental tuvo 5 visitas o menos. Aunque la unidad de aleatorización fue un cluster, el análisis se realizó usando a las mujeres como unidad.	B
McDuffie 1996	Ensayo controlado aleatorizado. Se utilizaron sobres opacos cerrados que contenían detalles tanto del grupo de control como del experimental para asignar el calendario de visitas. La secuencia de las asignaciones estaba determinada por una tabla de números	Todas las mujeres que se presentaban para hacer su reserva en cualquiera de los sitios participantes en el primer trimestre del embarazo. Criterios de exclusión: edad menor de 18 ó mayor de 39, edad gestacional de más de 13	El calendario experimental consistía en un total de 9 visitas (en las semanas 8, 12, 16, 24, 28, 32, 36, 38 y 40). Para las mujeres que ya habían tenido un hijo se programaba una llamada por teléfono en vez de la visita de la semana 12. El calendario de control (corriente) consistía en un total de 14 visitas (visitas cada 4 semanas entre la semana 8 y la 28, cada 2 semanas hasta la 36 y semanalmente después.	Resultados primarios: parto prematuro (menos de 37 semanas), eclampsia moderada y grave, cesárea, y bajo peso al nacer (menos de 2.500 g). Otros resultados maternos: tasa de cesáreas por sufrimiento fetal, trabajo de parto prematuro, ruptura prematura de la bolsa, diabetes gestacional, gestación múltiple,	Intervención: 9 visitas programadas. El número medio de visitas observado era de 12,0 (DE 4,2). Las pérdidas durante el seguimiento fueron de 217/1.382 (15,7%) en el grupo experimental y de 219/1.382 (15,8%) en el de control.	A

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Resultados	Notas	Encubrimiento de asignación
	aleatorios. Ni quienes recibían la atención ni quienes la daban eran ciegos a las hipótesis de estudio o a la aleatorización. Se solicitaba el consentimiento por escrito.	semanas, haber pasado o estar cursando una condición de riesgo obstétrico en el momento de la selección para el estudio, no hablar inglés o pensar en cambiar de seguro médico durante el embarazo.		corioamnionitis (clínica), abrupcio placentae, placenta previa, y hemorragia posparto (más de 750 ml para el parto vaginal y más de 1.500 ml para las cesáreas). Resultados neonatales: edad gestacional, peso al nacer, pequeño para su edad gestacional (percentil menor de 10), peso muy bajo al nacer (menos de 1.500 g), puntuaciones de APGAR bajas a los 5 minutos (menos de 7), y mortinatos (más de 20 semanas de gestación). Medidas de satisfacción de la mujer: con la atención prenatal, con educación durante las visitas prenatales y con el material educativo.		
Munjanja 1996	Ensayo controlado aleatorizado. Aleatorización por grupos. La unidad de aleatorización era cada consultorio, más que cada mujer. Unos sobres numerados cerrados contenían cualquiera de los	Todas las mujeres embarazadas consideradas de bajo riesgo o que desarrollaron alguna complicación durante el embarazo o el parto.	Programa experimental: total de 6 visitas. Todas las visitas en el nuevo programa estaban orientadas hacia objetivos que encaminaban al prestador de atención en una cierta dirección. Programa de atención prenatal estándar: número total de visitas, 14, pero sólo 7 antes del ensayo.	Parto prematuro (menos de 37 semanas), bajo peso al nacer (menos de 2.500 g), pequeño para su edad gestacional (PEG), mortalidad materna, tasa de morbilidad materna/100.000 y mortalidad perinatal/1.000.	Un total de 15.994 mujeres fueron reclutadas para el estudio y se obtuvieron los registros de 15.532 (97%) de las participantes. Número de visitas observado: - intervención = 4 - control = 6.	A

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Resultados	Notas	Encubrimiento de asignación
	tipos de programa asignados aleatoriamente, bien fueran asignaciones al grupo de control, bien al grupo experimental del estudio, en 7 consultorios.			Cesárea de emergencia, modelos de referencia durante el período prenatal y el trabajo de parto, e intervenciones obstétricas.		
Sikorski 1996	Ensayo controlado aleatorizado. Aleatorización hecha en la visita de reserva con bloques de aleatorización permutados de 8 y 16, estratificando entre las 6 oficinas en las cuales estaban las comadronas del reclutamiento. El calendario de visitas se hallaba en un sobre opaco numerado que no podía volver a cerrarse.	Todas las mujeres que se apuntaban a la atención prenatal en cualquiera de los sitios que participaban en el estudio (consultorios, hospitales, etc.).	Calendario del experimento: mujeres nulíparas, 7 visitas (semanas 24, 28, 32, 36, 38, 40 + visita de concertación); multíparas, 6 visitas (semanas 26, 32, 36, 38, 40 + visita de concertación). Calendario tradicional: 13 visitas en total (semanas 16, 20, 24, 28, 30, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40 + visita de concertación).	Variable primaria: tasa de cesáreas por desórdenes hipertensivos relacionados con el embarazo, medidas de morbilidad materna y fetal. Desórdenes hipertensivos relacionados con el embarazo, poca talla para la edad gestacional, trabajo de parto y modalidad de parto, prueba de APGAR a 1 y 5 minutos y hemorragia anteparto y posparto. Medidas de utilización de los servicios de salud: número de visitas, ingresos neonatales, números de controles por ultrasonido, y continuidad de la atención. Medidas de variables psicosociales: apoyo	La intervención A aumentaba las visitas de 7 a 8,6. En el grupo de control se reducían de 13 a 10,8. Las pérdidas durante el seguimiento fueron de 68/1.446 (4,7%) en el grupo experimental y de 30/1.446 (2,1%) en el de control.	

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Resultados	Notas	Encubrimiento de asignación
				social durante o después del embarazo, preocupación por el embarazo y el bienestar del feto, actitudes frente al feto y el bebé. Medida del grado de aceptación de la madre y del profesional del nuevo estilo de atención.		
Tucker 1996	Las asignaciones fueron encubiertas en sobres opacos que no podían volver a cerrarse. La aleatorización se comunicaba por teléfono. Se restringió la aleatorización a fin de mantener un número equivalente en ambos brazos del ensayo. Se utilizaron bloques permutados de una medida entre 14 y 20 para evitar conocer de antemano la próxima asignación en el ensayo. La aleatorización no se estratificó.	Todas las mujeres embarazadas que se presentaban a los médicos participantes entre febrero de 1993 y marzo de 1994 fueron consideradas para el ensayo.	Grupo experimental: atención prenatal corriente brindada por médicos generales y comadronas de acuerdo con planes de atención y protocolos para manejar las complicaciones. Grupo de control: atención estándar compartida entre comadronas y obstetras.	Parto prematuro (menos de 37 semanas), mortalidad perinatal, cesáreas, ingreso a unidades de cuidados pediátricos especiales.	El 6% de las visitas en el grupo experimental y el 28% en el de la atención estándar compartida fueron realizadas por obstetras. Las pérdidas durante el seguimiento fueron 44/834 (5,3%) en el grupo experimental y 47/840 (5,6%) en los grupos de control.	A
Turnbull 1996	Ensayo controlado aleatorizado. Las mujeres que dieron su consentimiento	Todas las mujeres que se apuntaban para recibir atención	Atención gestionada por una comadrona con la posibilidad de una visita con un especialista si era	Complicaciones graves prenatales, intraparto y postnatales de la	El número medio de visitas realizadas por un obstetra/ginecólogo	A

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Resultados	Notas	Encubrimiento de asignación
	<p>a participar en el estudio fueron asignadas aleatoriamente a cualquiera de los dos tipos de atención, sin estratificación. Se utilizaron bloques de 10 permutados al azar gestionados por personal administrativo que no participaba en el estudio. La asignación al tratamiento se hacía por teléfono.</p>	<p>en los consultorios habituales ubicados en hospitales. Eran consideradas elegibles si residían en el área de influencia del hospital; el registro para la atención prenatal se hacía dentro de las 16 semanas de embarazo y no debían tener ninguna complicación médica u obstétrica.</p>	<p>necesario, comparada con la atención compartida.</p>	<p>madre. Hemorragia anteparto, posparto, hipertensión o cualquier otra complicación médica grave. Los resultados médicos incluían la duración del trabajo de parto, edad gestacional en el momento del parto, modalidad de parto y extracción manual de la placenta. Los resultados fetales y neonatales eran: percentil de peso al nacer para la edad gestacional, puntuaciones de APGAR y admisión a unidades especiales de atención pediátrica, mortalidad perinatal. Impresión de la atención: satisfacción general de la atención prenatal, intraparto, postnatal hospitalaria, y postnatal domiciliaria.</p>	<p>era de 0,2 en el brazo experimental y de 1,7 en el de control (atención compartida). Las pérdidas durante el seguimiento fueron de 5/648 (0,7%) en el grupo experimental y 16/651 (2,4%) en el de control.</p>	
Wálker 1997	<p>Ensayo clínico controlado aleatorizado prospectivo. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente al esquema de visitas</p>	<p>Los criterios de inclusión del estudio consistieron en: i) embarazo de bajo riesgo, ii) comienzo de la atención</p>	<p>A las mujeres asignadas al grupo EVAPA se les programó que asistieran a 8 visitas prenatales (una visita inicial, y visitas subsecuentes a las 15-19 semanas, 24-28 semanas, 32 semanas, 36 semanas,</p>	<p>Número de visitas prenatales a las que asistió, edad gestacional al parto, peso al nacer, ganancia de peso semanal promedio, tipo de parto,</p>	<p>Número de visitas logrado: Grupo intervención: 7,65 (DE 1,6), Grupo control: 10,8 (DE 2,3).</p>	D

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Resultados	Notas	Encubrimiento de asignación
	de atención prenatal alternativo (EVAPA) o al esquema de visitas de atención prenatal tradicional (EVAPT) mediante un programa en software computarizado en el cual los datos de las características demográficas y personales se usaron para realizar el procedimiento de aleatorización.	prenatal antes de las 26 semanas de embarazo, iii) más de 18 años de edad, iv) capaz de leer en español o inglés.	38 semanas y semanalmente hasta el parto.	calificación de Ballard, restricción del crecimiento intrauterino, días en el servicio de neonatología, días en la unidad de cuidados intensivos neonatales, complicaciones neonatales, complicaciones maternas – parto pretérmino, anemia, infección recurrente del tracto urinario, hipertensión inducida por el embarazo, malposición fetal, abuso de sustancias, postérmino, y otros.		

Fuente: Villar J y Khan-Neelofur, 2000

ANEXO 2

		Cuadro 5. Percentilos de peso para la talla según la edad gestacional (P10 y P90)											
Edad gestacional en semanas		Cm de altura											
		140	143	146	149	152	155	158	161	164	167	P10	P90
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169		
13	P10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2		
	P90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.0	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4		
14	P10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4		
	P90	52.7	54.5	56.4	58.6	60.3	62.3	64.1	66.8	69.0	71.2		
15	P10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.8		
	P90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8		
16	P10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9		
	P90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5		
17	P10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	57.1		
	P90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1		
18	P10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7		
	P90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1		
19	P10	43.6	45.1	46.6	48.4	49.9	51.6	53.2	55.3	57.1	58.9		
	P90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1		
20	P10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2		
	P90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7		
21	P10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4		
	P90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7		
22	P10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0		
	P90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3		
23	P10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.8	60.7	62.6		
	P90	54.0	56.0	58.0	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3		
24	P10	46.8	48.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.3		
	P90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9		
25	P10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9		
	P90	55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.9	73.2	75.5		
26	P10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9		
	P90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1		
27	P10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5		
	P90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1		
28	P10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5		
	P90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1		
29	P10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5		
	P90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8		
30	P10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.0	63.1	65.1		
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4		
31	P10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1		
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4		
32	P10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7		
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4		
33	P10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7		
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4		
34	P10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7		
	P90	59.9	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0		
35	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3		
	P90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6		
36	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3		
	P90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6		
37	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3		
	P90	58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2		
38	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1		
	P90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.9	72.4	75.0	77.5	80.0		
39	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1		
	P90	59.5	61.6	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4		

Tomado de Fescina et al, 1984

ANEXO 3

FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE ANEMIA EN LA EMBARAZADA

1. Intervalos intergenésicos cortos (< de 2 años)
2. Antecedentes de menstruaciones abundantes (usuarias de DIU)
3. Dietas de baja biodisponibilidad de hierro Adolescentes
4. Parasitosis anemizantes (uncinariasis)

Fuente: Ministerio de Salud, 2001

ANEXO 4

Figura 5. Metanálisis del efecto de la administración sistemática de suplementos de ácido fólico

Comparación: Acido fólico vs no ácido fólico Variable de salida: Hemoglobina preparto baja

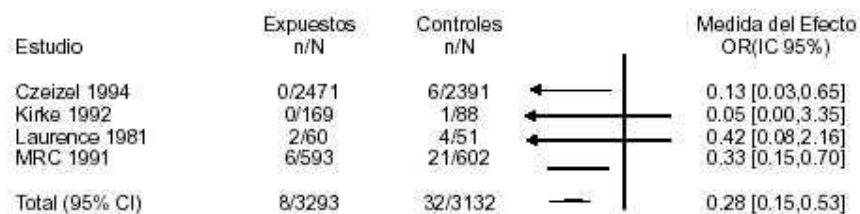
Estudio	Expuestos n/N	Controles n/N		Medida del Efecto OR(IC 95%)
Australia 1971	117/265	126/263		0.86 [0.61-1.21]
Burma 1976	11/21	14/25		0.87 [0.27-2.74]
India 1962	17/95	33/88		0.37 [0.20-0.72]
Nigeria 1985	5/37	6/40		0.89 [0.25-3.16]
UK 1960	250/758	314/721		0.64 [0.52-0.79]
UK 1966 ^a	45/120	20/60		1.20 [0.63-2.28]
UK 1970	23/235	146/463		0.31 [0.21-0.44]
Total	468/1531	659/1660		0.61 [0.52-0.71]

Fuente: Ministerio de Salud, 2001

ANEXO: 5

Figura 6. Metanálisis del efecto de la suplementación con folatos en la prevención de defectos del tubo neural

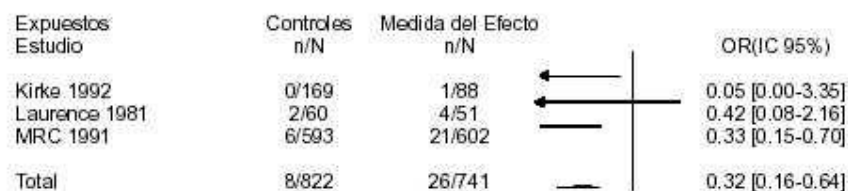
Comparación: Todos los ensayos Variable de salida: Defecto del tubo neural



Tomado de Lumley et al, 2000b

Figura 7. Metanálisis del efecto de la suplementación con ácido fólico en la prevención de la recurrencia de defectos del tubo neural

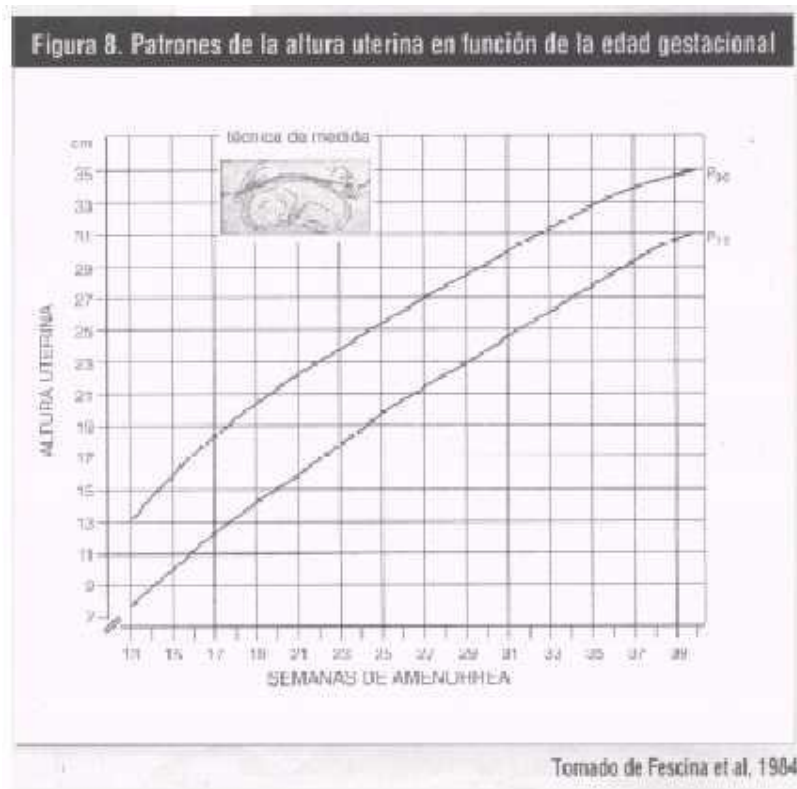
Comparación: Prevención con folatos de la recurrencia de defectos del tubo neural Variable de salida: Defecto del tubo neural



Tomado de Lumley et al, 2000a

Fuente: Ministerio de Salud, 2001

ANEXO: 6



Fuente: Ministerio de Salud, 2001

ANEXO 7

Fórmula examen físico del adulto

ANEXO 8
CARNET PERINATAL

ANEXO 9
Hoja Perinatal simplificada
Fórmula 4-70-03-3000

**Anexo 10. Instrumento, recolección de opinión de usuarias de Consulta
Alto Riesgo, Hospital Max Peralta, abril –julio 2005**

Variable	casos	porcentaje
Total de encuestas		
1. Tiempo de espera para obtener cita		
Poco		
Aceptable		
Mucho		
2. Tiempo entre hora de cita y atención médica		
Poco		
Aceptable		
Mucho		
3. Facilidad de obtención cita		
si		
No		
N.A		
4. ¿El médico puso atención a sus dolencias?		
si		
no		
NA		
5. ¿El médico la examinó?		
si		
no		
NA		
6. ¿El médico le explico lo que tenía?		
si		
no		
NA		
7.¿ Entendió la recomendaciones?		
si		
no		
NA		
8. ¿Tiene nueva cita?		
si		
no		
NA		

9. ¿Tuvo privacidad durante la consulta?		
si		
no		
NA		
10. ¿ Tenía un lugar para desvestirse?		
si		
no		
NA		
11. Trato del médico		
Excelente		
Bueno		
Regular		
Malo		
N. A		
12. Trato de Enfermería		
Excelente		
Bueno		
Regular		
Malo		
N. A		
13. Trato de la secretaria		
Excelente		
Bueno		
Regular		
Malo		
N. A		
14. La limpieza del establecimiento		
Excelente		
Bueno		
Regular		
Malo		
N.A		
15. Limpieza de Servicios Sanitarios		
Si		
No		
N.a		
16. Interés por servicio de calidad		

Si		
No		
N.a		
17. ¿Considera que los funcionarios fueron responsables en su atención?		
Si		
No		
N.a		
18. En general como considera la atención		
Excelente		
Bueno		
Regular		
malo		

NA. No aplica

Fuente. Instrumento de recolección de datos, por autores del trabajo.

**Anexo N° 11. Encuesta de Opinión funcionarios de la Consulta de Alto
Riesgo del Hospital Max Peralta de Cartago, 2005**

Area recurso técnico	Respuesta			
	Excelente	Bueno	Malo	Otro
I. Infraestructura				
Iluminación				
Distribución del espacio				
Ventilación				
Acceso al consultorio				
Vestidor y servicio sanitario				
II. Papelería				
Historia clínica				
Carnet perinatal				
Hojas de evolución				
Hojas de Urgencias				
Referencias				
Notas de enfermería				
Hojas signos vitales				
Epicrisis				
Fichas familiares				
Hojas de citología				
Recetarios				
Ordenes laboratorio y rayos X				
III. Recursos materiales				
1. Sala de preconsulta				
Dos sillas				
Equipo toma Presión				
Termómetro				
Balanza con altímetro				
Tarjeta de citología				

Material educativo				
Camilla				
Mesa para equipo				
Frascos de algodón y alcohol				
Jeringas de varios tamaños				
Agujas hipodérmicas				
Bandejas con agua jabonosa				
Vacunas				
Escritorio				
Material educativo				
2. Consultorio				
Gradilla y biombo				
Escritorio				
Sillas				
Mesa auxiliar Basureros con bolsas				
Equipo de diagnóstico				
Calendario y gestograma				
Cinta métrica				
Fetoscopio				
Sábanas				
Toallas de papel				
Baldes con agua jabonosa				
Frascos con espátula y aplicadores				
Tubos de cultivo				
Kit para Citología				
Solución de lugol				
Espéculos y guantes				
Pinza de mota				
Ordenes para centro de nutrición				

Camilla ginecológica				
Lavatorio				
Lámpara de cuello de ganso				
Banco				
3. Otros				
Soluciones intravenosas				
Equipo venoclisis				
Equipo para atención del parto				
Equipo de oxígeno				
Equipo para aspiración				
Determinación de glucosa por micrométodo				
Bomba de infusión				
Monitor de Signos vitales				
Aspiradores				
Cama de barandas				
Monitor de saturación de oxígeno				
Depósito para punzo cortantes				
III. Exámenes de laboratorio				
Hemograma y hematocrito				
Pruebas cruzadas para grupo y Rh				
Serología para LUES				
Pruebas de fibrinógeno				
Proteinuria				
General de orina				
Urocultivo				
Análisis de líquido amniótico				
Papel de Nitrazina				
Unidad de estudios materno fetales				
IV. Recurso Humano				

Auxiliar de enfermería				
Asistente de pacientes				
Enfermera general				
Enfermera Obstetra				
Interno universitario				
Médico residente en Obstetricia				
Médico asistente especialista en obstetricia y ginecología				
Médicos asistentes especialista de interconsulta				

Fuente: Normas Nacionales de atención Materna y Perinatal, CCSS-MSP, 2001

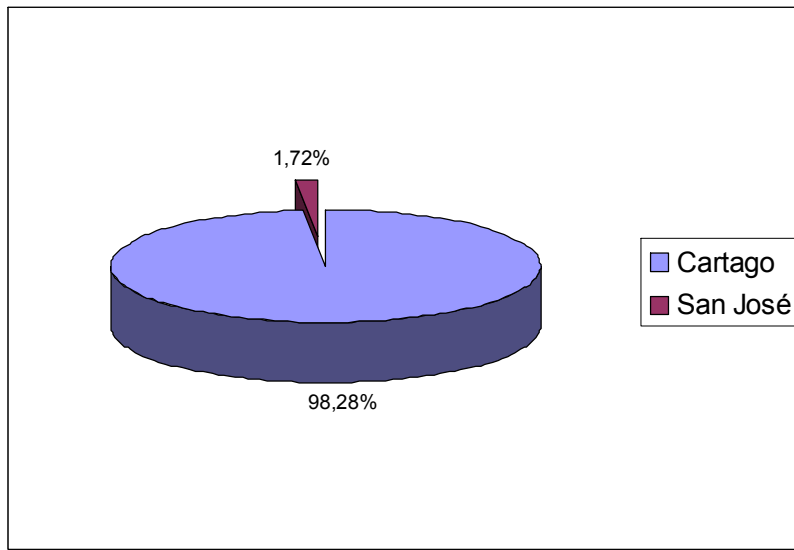
**Anexo N° 12 Instrumento de recolección de datos expedientes médicos.
Consulta de Alto Riesgo, Hospital Max Peralta, 2005**

ITEMES	si	no
Registro de datos		
Interrogatorio		
Examen Físico		
Examen Odontológico		
Examen de Mama		
Examen Ginecológico		
Toma citología Cérvico-vaginal		
Diagnóstico de embarazo		
Edad Gestacional		
Hb-Hto		
Grupo rh		
VDRL		
Glicemia postpandrial		
Orina general con técnica		
Medición de talla		
Medición de peso en Kg		
Medición de tensión arterial		
Medición de altura uterina		
Evaluación de cantidad de LA		
Diagnóstico de numero de fetos		
Frecuencia cardiaca fetal		
Movimientos fetales		
Presentación fetal		
Vacunación con DT		
Administración hierro-ácido fólico		
Evaluación de riesgo		
Evaluación de la salud		

Fuente: Norma Nacional de Atención Perinatal CCSS-MSP, 2001

ANEXO N° 13

Distribución de acuerdo al lugar de procedencia de las pacientes atendidas en la consulta de Alto Riesgo del Hospital Max Peralta de Cartago. Abril a julio, 2005

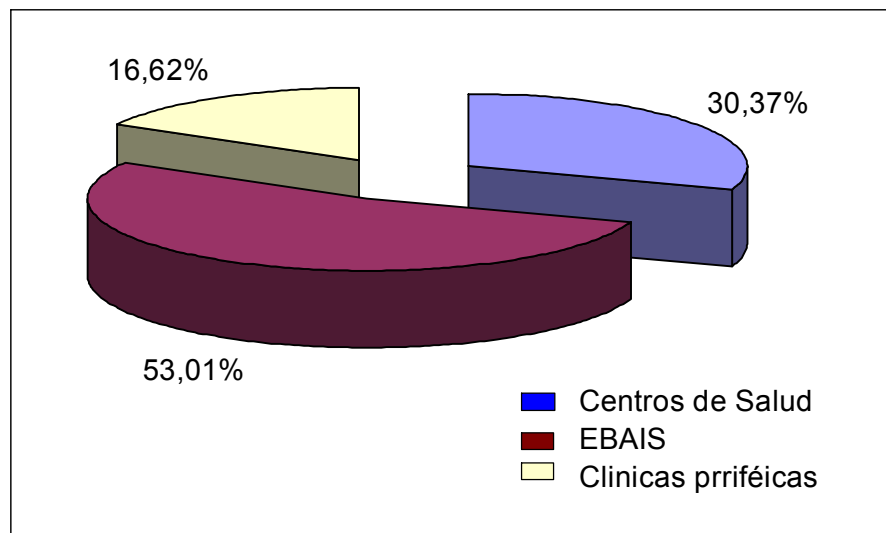


Fuente: Expedientes Médicos, Consulta ARO. H.M.P. 2005

Anexo 14

Distribución de acuerdo al lugar de referencia. de las pacientes atendidas en la consulta de Alto Riesgo del Hospital Max Peralta de Cartago.

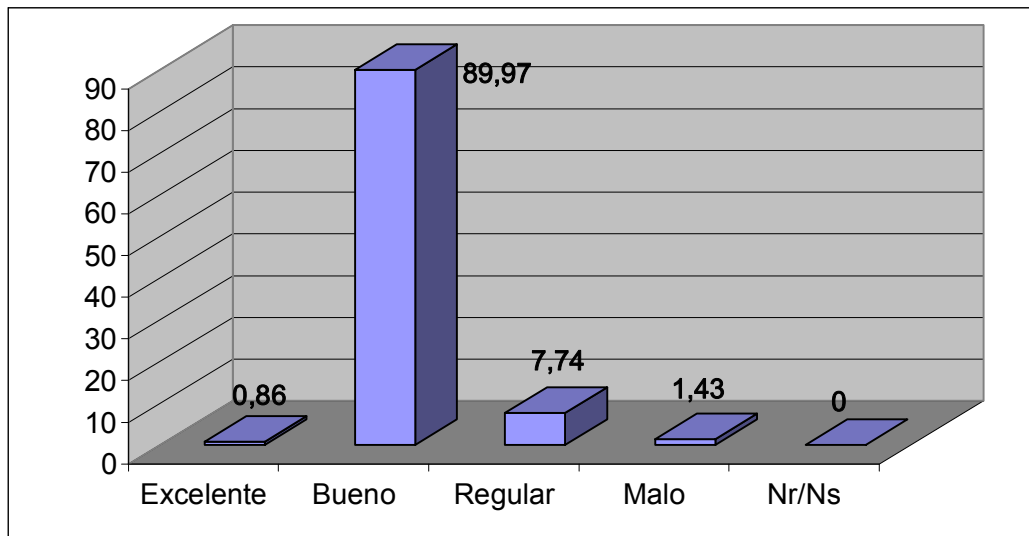
Abril a julio, 2005



Fuente: Expedientes médicos, Consulta de A.R.O, HMP, 2005.

Anexo 15

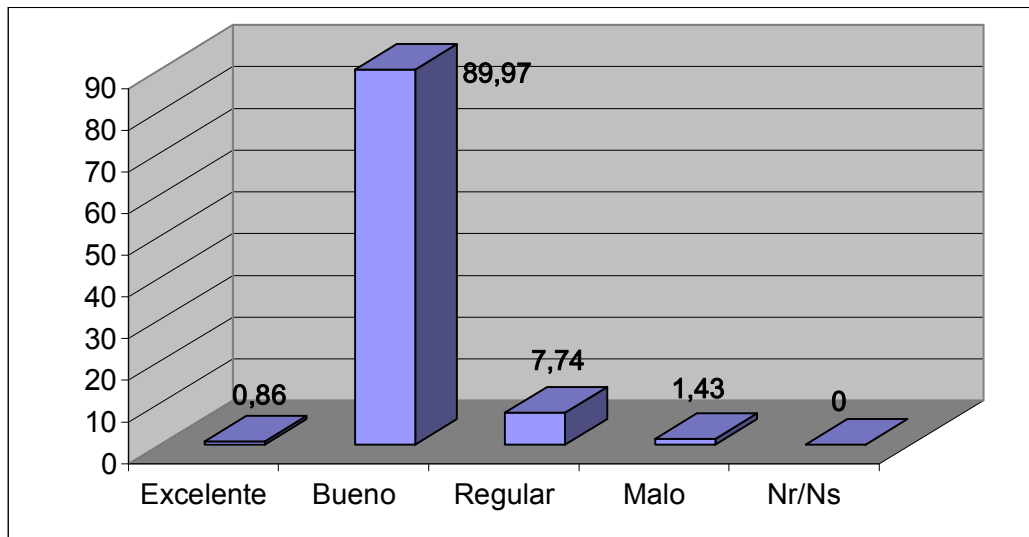
**Limpieza de los Servicios Sanitarios, según repuesta de las pacientes
atendidas en la Consulta de Alto Riesgo del Hospital Max Peralta de
Cartago. Abril a julio, 2005**



Fuente: Encuesta estructurada realizada a las pacientes de consulta de A.R.O., HMP, 2005.

Anexo 16

Limpieza del establecimiento, según repuesta de las pacientes atendidas en la Consulta de Alto Riesgo del Hospital Max Peralta de Cartago. Abril a julio, 2005



Fuente: Encuesta estructurada realizada a las pacientes de consulta de A.R.O, HMP, 2005.

ANEXO 17

**Materiales del consultorio de la Consulta de Alto Riego.
Hospital Max Peralta de Cartago, Abril-julio 2005.**

Indicador	Nº	%
Historia clínica	12	100
Carnet perinatal	12	100
Hojas de evolución	12	100
Hojas de urgencia	0	0
Referencias	12	100
Notas de enfermería	2	16.6
Hojas de signos vitales	1	8.3
Epicrisis	0	0
Ficha familiar	3	25
Hoja citología	11	91.6
Recetarios	12	100
Ordenes laboratorio y Rx	12	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud a cargo de la consulta de ARO, HMP, 2005.

ANEXO 18

**Recurso Humano con el que se cuenta para realizar la Consulta de Alto
Riesgo del Hospital Max Peralta de Cartago, 2005.**

DISPONIBILIDAD	Si		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RECURSO HUMANO						
Auxiliar de enfermería	12	100	0	0	12	100
Médico asistente ginecoobstetra o perinatólogo	12	100	0	0	12	100
Recepcionista	12	100	0	0	12	100
Técnico de archivo	12	100	0	0	1	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud a cargo de la consulta
A.R.O, HMP, 2005

ANEXO 19

Promedio de Edad Gestacional de inicio del control prenatal de las pacientes atendidas en la consulta de Alto Riesgo. Abril a julio, 2005.

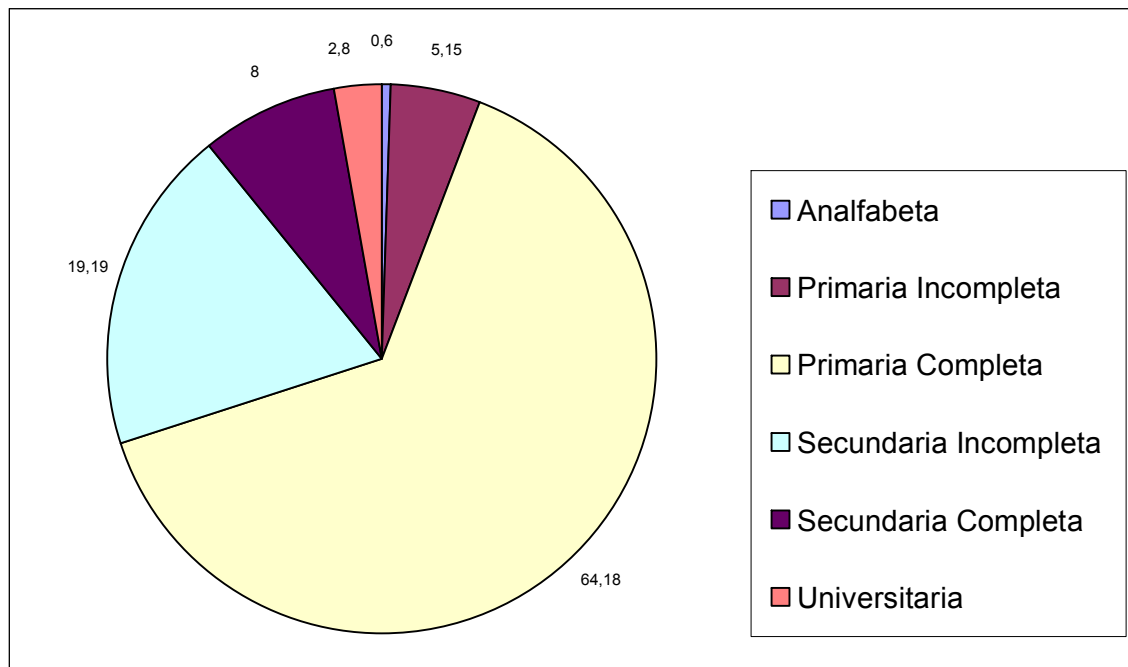
Edad Gestacional en semanas	#	%
Entre 5 y 10	1	0.2
Entre 11 y 15	21	6.0
Entre 16 y 20	235	67.3
Entre 21 y 25	52	14.8
Entre 26 y 30	13	3.7
Entre 31 y 35	16	4.5
Entre 36 y 40	9	2.5
Mas de 40	2	0.57
Total	349	100

Fuente: Expedientes médicos, Consulta ARO. HMP, 2005

Anexo 20

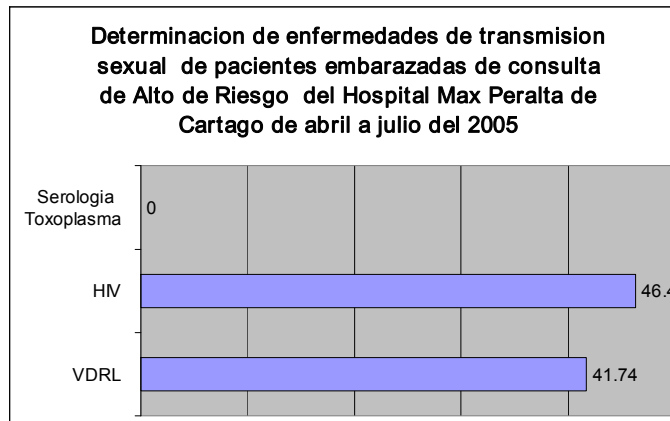
Nivel de escolaridad de las pacientes atendidas en la Consulta
de Alto Riesgo del Hospital Max peralta de Cartago.

Abril a julio, 2005



Fuente. Expedientes médicos. Pacientes Consulta ARO, HMP, 2005

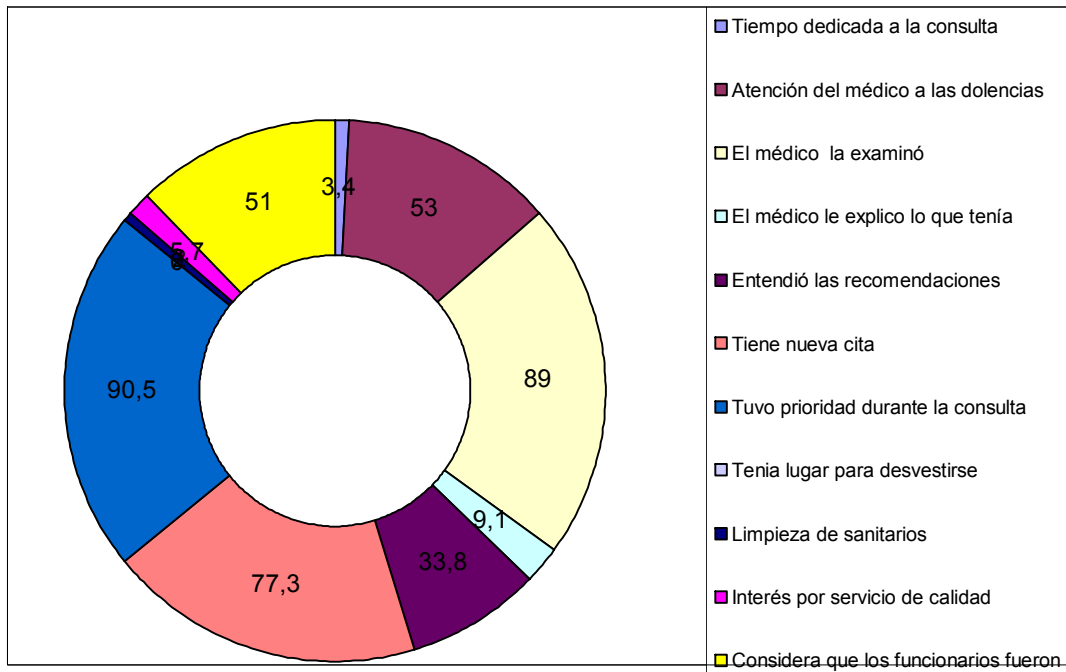
Anexo 21.
Historia Clínica Femenina
4-70-03-3075

Anexo 22**Cumplimiento de solicitud de Sífilis, HIV y toxoplasmosis en las pacientes atendidas en la Consulta de Alto Riesgo, Hospital Max Peralta de Cartago, 2005**

Fuente: Expedientes médicos, HMP, 2005

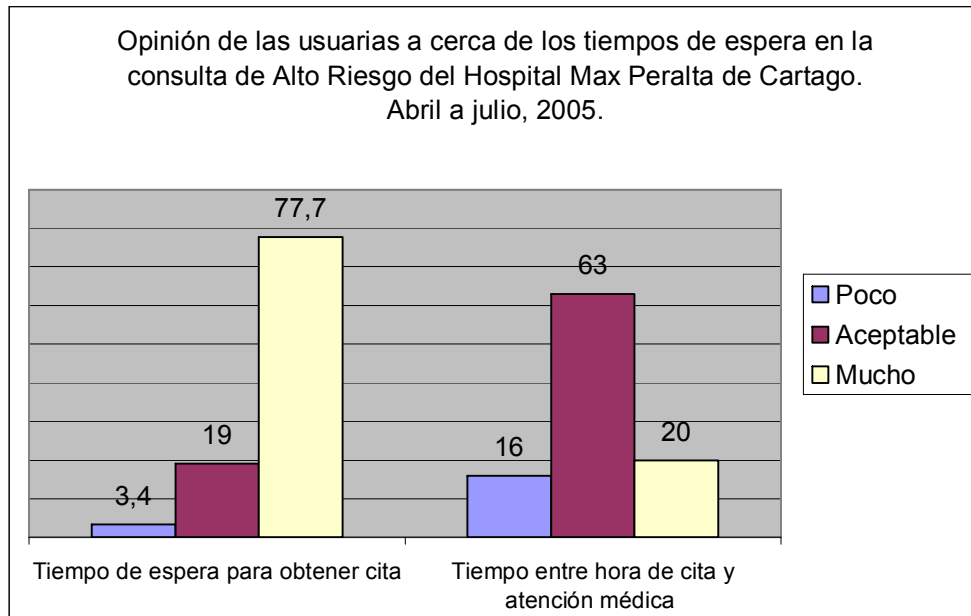
ANEXO N° 23

Opinión de las usuarios sobre el trato recibido en
general por el personal, Consulta de Alto Riesgo,
Hospital Max Peralta, 2005



Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud a cargo de la consulta ARO, HMP, 2005

ANEXO Nº 24



Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud a cargo de la consulta ARO, HMP, 2005

RESUMEN EJECUTIVO

El control prenatal y la clasificación del riesgo son el mejor instrumento mediante el cual podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo, además, el que puede en alguna medida contribuir en el descenso de la morbimortalidad perinatal. Existe un creciente cuestionamiento de la atención prenatal que se da a las comunidades, donde expertos han cuestionado el efecto real de muchos elementos de la atención prenatal sobre la mortalidad, a pesar de los beneficios que brinda la atención habitual en la salud materno-infantil.

Estas apreciaciones nos motivaron a realizar una revisión de la forma en que se esta aplicando la normativa de control prenatal en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Max Peralta de Cartago.

Realizamos un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y exploratorio, en el servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago, con doce funcionarios del Servicio de Obstetricia responsables de la atención prenatal de Alto Riesgo, pacientes gestantes que fueron atendidas en la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico, en el cuatrimestre de abril a julio del año 2005. Se utilizaron: una encuesta estructurada a los funcionarios de la consulta y a las pacientes gestantes que fueron atendidas, se recopiló información documentada en la Historia Perinatal Simplificada de los expedientes mediante un instrumento elaborado para el análisis del cumplimiento de la Normativa Nacional de Atención Materna y Perinatal 2001.

Obtuvimos resultados de la población tales como: se trató de mujeres gestantes del área de atracción y costarricenses, dedicadas a las labores domesticas, con un nivel de escolaridad bajo.

El área física donde se imparte esta consulta es buena.

Las usuarias se quejaban de las demoras de acceso, del poco tiempo que se les dedica cuando llegan a presencia del médico y de la despersonalización del sistema, por otro lado, los médicos reclaman no tener tiempo suficiente para una atención adecuada y completa de la paciente.

Se encontró un déficit en los materiales requeridas para esta consulta siendo muy adecuados el recurso técnico y los servicios de apoyo.

Se detectaron problemas importantes tales como: la clasificación del riesgo, en la exploración física, toma de la presión arterial, suplementación con hierro y ácido fólico, detección de infecciones de transmisión vertical, tamizaje para diabetes, educación en salud y la planificación familiar, y la realización de estudio ultrasonográfico.

Concluyendo que no existe en la Consulta de Alto Riesgo del Servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta cumplimiento de la Normativa de la Atención Materna y Perinatal C.C.S.S. y M.S.P. 2001.

Se incluye en nuestro trabajo una propuesta de atención en la consulta.