

Programa Materno Infantil y Dinámica de Población -2

Atención del Embarazo, Parto y Puerperio en Colombia, Según Clasificación del Riesgo Materno Fetal

Dres.: Luis Daza Parada M.D., Oscar Henao Echeverry M.D.,
Jairo Barragán Espinosa M.D.

La Atención Materna desde el año 1969, de acuerdo con las políticas de ampliación de coberturas, venía realizando actividades programáticas por personal médico y paramédico, especialmente en el área de control prenatal y atención del puerperio.

Con esta política y basados en las normas de atención, se desarrolló el Programa Materno Infantil, en el área que nos ocupa hasta el año 1976.

Durante el mismo año se realizó una evaluación de las actividades del programa, en términos de impacto; parte de los cuales nos presentan la siguiente realidad para esos años.

a) El aumento de coberturas para la atención prenatal se incrementó casi en forma vertical, llegando en 1976 a cifras del 78% de la población asignada. Este aumento no se observó de igual manera para la atención del puerperio principalmente por falta de motivación en el momento del parto, ya que a ese nivel el Programa no contemplaba actividades específicas y, a factores socio-culturales de peso, tales como la Aten-

ción del Parto a domicilio por empíricos* que se daba en un 61% para 1975.

b) El promedio de consultas médicas para paciente obstétrica era de 1.8, es decir se encontraba la norma reducida a un 50%; de otro lado encontramos que la estructura de la mortalidad materna e infantil no tenía una modificación apreciable; para la primera observamos que la prevalencia de las causas era notoria, al punto que la primera causa que se identifica como "Otras complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio" la cual involucra entidades en un 80% reducibles, no solo permanecía en primer lugar sino que su incidencia específica era mayor para 1976; las restantes causas tales como, la toxemia, el aborto, la sepsis, obtenían fluctuaciones pero siempre se encontraban dentro de las primeras causas de mortalidad para la población materna.*

De igual forma se comportan las causas de mortalidad para menores de un año, dentro de las cuales siempre encontramos las causas propias del período perinatal y las afecciones hipóxicas y anóxicas del recién nacido.*

Lo anterior nos habla muy a las claras de que, a pesar de tener una buena cobertura de la atención prenatal y moderado incremento en la atención del puerperio, la calidad de la atención era baja y por ello no se alcanzaba un buen impacto en la población, objetivo de las actividades del Programa.

Era entonces imprescindible realizar una reestructuración de las actividades para llevar a cabo una atención de mejor calidad sin deteriorar las coberturas. Durante el año de 1975 se rediseñó el Sistema Nacional de Salud y dentro de él se contempló la regionalización de la atención por niveles de complejidad; paralelamente la División Materno Infantil ya tenía suficientemente desarrollada la investigación sobre los factores de riesgo para la embarazada. De esta manera con la infraestructura dada por el Sistema Nacional de Salud, se inició la implementación de la Atención Materna con criterios de riesgo dentro de los procesos de embarazo, parto y puerperio. Este enfoque presenta un esquema netamente preventivo, racionaliza los recursos para la atención y en suma tiende a mejorar la calidad de la atención sin deteriorar las coberturas alcanzadas.*

Este nuevo enfoque de la atención, comenzó a adaptarse en el país desde 1978; la extensión de servicios ha sido paulatina y desde aquel año a la fecha se lleva a cabo en 26 regionales del país (25.4% del total de regionales) y es de anotar que la clasificación del riesgo se ha incluido como parte fundamental dentro del modelo de Historia Clínica Única que en fechas próximas se implantará en todo el territorio nacional.*

Este sistema amerita supervisión y evaluación permanentes, con el fin de ajustarlos cada vez más a la realidad del grupo objetivo.

De estas actividades se presentan resultados iniciales; los cuales se dividen en:

- a) Frecuencias simples para las variables de riesgo.
- b) Cruce de variables para observar características de la población de embarazadas y recién nacidos clasificados con el presente sistema.

La evaluación se ha hecho con base en 5.000 formularios de riesgo en forma individual y 2.000 casos cerrados, que contemplan los dos formularios utilizados, los que incluyen el riesgo durante el embarazo y su resultado final para la Madre y el Recién Nacido.

Antes de iniciar la presentación de algunos resultados de la evaluación del modelo es conveniente informar que parte de ellos fueron expuestos en la Reunión Regional sobre enfoque de riesgo, celebrada en Bogotá del 3 al 6 de Marzo de 1981, en donde se pudo observar que Colombia es el país más avanzado en la prestación de servicios al grupo Materno Infantil con criterios de riesgo en el área Latinoamericana. El modelo de riesgo aplicado ha sido visto con mucho interés por las directivas de salud de varias regiones de Suramérica; es así como se ha asesorado en este aspecto a Cuba, Ecuador, Perú, Brasil, Bolivia, Chile y Panamá algunos de los cuales han adoptado varios puntos del Sistema de Clasificación de Riesgo desarrollado por la División Materno Infantil.*

Dentro del comportamiento de las variables de riesgo vale la pena destacar:

1. Nivel Educativo: De la población de embarazadas:*

En este aspecto se observa que un 54% de las mismas presentan analfabetismo o primaria incompleta.

2. Edad de Embarazo a la Primera Consulta:

Se observa que el 42% de las pacientes llegan a consulta de primera vez en el

tercer trimestre de embarazo. Durante el primer trimestre solo llega un 17%. El promedio de edad de gestación de ingreso al programa se encuentra en 23.8 semanas de gestación.*

3. La edad materna promedio para las embarazadas se encuentra en 24 años; estando el 78% de las mismas en edades que oscilan entre 18—34 años.*

4. Patología durante el Embarazo:

A pesar de que sabemos que en el país la embarazada presenta una apreciable gama de patología asociada; el modelo ha tenido limitantes en este aspecto ya que esta variable no se diligencia en buena forma por el personal médico el cual carece de la suficiente motivación para llevar a cabo la clasificación; por lo anterior encontramos patologías como anemia presente en un 3.4%, La toxemia en 0.4%, la infección urinaria en 7.2%.*

La falta de motivación obedece principalmente a una deficiente información sobre las ventajas y beneficios del modelo, la cual debe su impartida desde las facultades de medicina.

5. La patología durante el parto que se observa con más frecuencia es la distocia de Contracción por 4.40%.*

La toxemia intraparto es del orden del 1.22%, infección amniótica se presenta en 1.0% de las pacientes, las distocias feto-pélvica se encuentra en un 1.56%.*

6. La proporción de población por riesgo se conservó, en líneas generales, dentro de los mismos valores; así decimos que para:

La 1ra. Consulta:	el 8o. mes
El Alto Riesgo fue de 2.3%	3.4%
El Bajo Riesgo fue de 63.3%	58.2%
El Medio Riesgo 23.3%	18.7%

Y para el resultado final madre—recién nacido fue:

Alto Riesgo:	11%
Medio Riesgo:	7.1%
Bajo Riesgo:	81%

Dentro del estudio de las pacientes por cruce de variables tenemos, entre muchas, las siguientes: (Informe preliminar).

1. Se observa que las pacientes nulíparas que presentan algún factor socio-económico tienen mayor posibilidad de dar a luz recién nacidos mayores de 2.500 gramos que los grupos de pacientes que han tenido más de un parto.

2. Se encuentra que del volumen de pacientes clasificadas como Bajo Riesgo tanto en la 1ra. Consulta como al 8o. mes, un gran porcentaje tanto de madres como de recién nacidos conservan ese riesgo (86%); así como solo un 7.1% sube a Medio Riesgo; el 6.7% deriva hacia Alto Riesgo.

— Igualmente observamos que el volumen de pacientes clasificadas como Alto Riesgo a la 1era. Consulta o al 8o. mes el 50% termina como Bajo Riesgo.

De este cuadro se concluyen 2 cosas muy importantes a saber:

a) Por el volumen de pacientes que se mantienen en el mismo riesgo hasta el final de su proceso, nos permite decir que el modelo es altamente predictivo, y muy confiable en cuanto a la decisión sobre el nivel de atención del parto y el funcionario que lo ha de manejar.

b) Por la proporción de pacientes de Alto Riesgo que terminan siendo de Bajo Riesgo, nos permite decir que si el modelo se maneja dentro del concepto preventivo asegura para la paciente el Alto Riesgo que ella sea manejada por per-

sonal calificado y así su riesgo y el del recién nacido producto de este embarazo disminuirá en forma considerable.*

3. Existe una ligera tendencia por parte del grupo de embarazadas que han tenido (uno a tres partos), mayores de 35 años; y de menores de 17 años, a dar a luz mayor número de recién nacidos con peso inferior a 2.000 gramos que los otros grupos etareos y de paridad; así como las multíparas que han obtenido (4 partos o más) de 18 a 34 años presentan una prevalencia algo mayor para dar a luz recién nacidos entre 2.000 y 2.499 gramos.*

4. Los recién nacidos de alto riesgo, con presencia de variable socio-económica tienen mayor probabilidad de tener peso menor de 2.500 gramos que los otros recién nacidos clasificados en Medio y Bajo Riesgo.*

5. A diferencia de otros estudios los cuales observan que los pacientes con menor intervalo intergénésico tienden a dar a luz recién nacidos de bajo peso; el presente estudio no lo demuestra.

Estos son algunos resultados preliminares del estudio de las características

de la población clasificada con criterios de riesgo. Una vez terminado será publicado en forma más detallada y contemplando todos los cruces de variables necesarios para lograr una mejor evaluación del modelo.

Conclusiones

A manera de conclusiones podemos expresar lo siguiente:

- El enfoque de atención materna con criterios de riesgo permite mejorar la calidad de la atención mediante la racionalización de los recursos y la atención por niveles de complejidad.
- El sistema de riesgo aplicado en Colombia esta demostrando el cumplimiento de sus objetivos ya que permite clasificar en proporciones adecuadas (Alto—Medio y Bajo) para los diferentes niveles de atención a las pacientes embarazadas; además es de alta confiabilidad por su valor predictivo ya que un gran porcentaje de pacientes clasificadas en un riesgo determinado continuarán siéndolo hasta el resultado final.