

# ATENCION MATERNO INFANTIL DIRIGIDA HACIA LA COMUNIDAD

Experiencia del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital José Joaquín Aguirre de la Universidad de Chile.

Dr. PATRICIO MENA GONZALEZ (\*)

El campo de Salud Materno Infantil se transforma en algunos países en primera prioridad de salud, la que es enfocada con una orientación preventiva y de fomento, con equipos profesionales multidisciplinarios apoyados en la colaboración de las organizaciones comunitarias.

El análisis de nuestras cifras de salud muestra altas tasas de mortalidad materna, de mortalidad perinatal, aborto provocado y desnutrición materna. Junto a estas cifras, destaca el daño cerebral mínimo, consecuencia de la mal nutrición fetal, anoxia intra parto y/o desnutrición de los primeros meses de vida post parto. Una fórmula orgánica para el enfoque de esta programática podría ser la ampliación de los actuales programas maternos hacia programas integrales de atención de la mujer y la definición dentro de este programa de un sub programa de atención selectiva del alto riesgo obstétrico. Fundamenta el sub programa el hecho de que el alto riesgo se concentra en un pequeño grupo de madres que acumulan la mayor parte de la mortalidad y de los recursos anestésico-quirúrgicos. Parece razonable acumular recursos técnicos y humanos de alta calidad en aquellas pacientes sometidas a un mayor riesgo.

Se define objetivos del sub programa y requisitos para su cumplimiento: estructura de salud, recursos técnicos, equipo de salud y roles, normas de atención, instrumentos de registro, programación y coordinación.

## INTRODUCCION

Una de las características de la época presente es la tendencia progresiva de nuestra comunidad a tomar conciencia de sí misma y a expresarse en organizaciones que canalicen su opinión y su participación en la toma de decisiones y responsabilidades de los organismos reguladores de la vida de los pueblos.

El derecho a la salud ha ido removiendo las bases mismas de la medicina que, de una orientación particularmente curativa, tiende a hacerse preventiva y de fomento, llevando a la constitución de equipos multidisciplinarios capaces de reenfocar los grandes problemas de la medicina.

El campo de salud materno infantil se transforma en algunos países en primera prioridad de salud en la comprensión de la importancia que asume para el desarrollo de los pueblos el contar con una población de alto valor biológico, capacitada para la adquisición de la cultura y la realización de trabajos de complejidad progresiva.

El análisis de nuestras cifras de salud muestra altas tasas de mortalidad materna, mortalidad perinatal, aborto provocado y desnutrición. Diversos estudios centran su atención en el rendimiento intelectual de nuestros niños y señalan la existencia de un grupo de ellos que no logran expresar su potencial genético, a consecuencia del daño cerebral producido por la malnutrición fetal, anoxia intra parto y/o desnutrición en los primeros meses de vida post parto.

(\*) Profesor Asociado de Obstetricia y Ginecología Hospital J.J. Aguirre - Facultad de Medicina - Universidad de Chile. Departamento de Obstetricia y Ginecología.

El daño biológico antes descrito contribuye a iniciar un círculo vicioso formado por: desnutrición-enfermedad: baja productividad, baja tecnología: escasa producción y consumo de alimentos proteicos, insuficiente protección de salud: nuevamente desnutrición-enfermedad, etc. Por consiguiente, parece razonable enfocar este problema que parece ser el de nuestra subsistencia misma, utilizando programáticamente nuestros limitados recursos materiales y técnicos, de modo que actuando concretamente logremos superar las causas que nos impiden la plena expresión de nuestro potencial social.

Una fórmula orgánica para atender la problemática más arriba anotada sería la ampliación de los programas maternos a programas que atiendan a la mujer integralmente desde la niñez a la senectud y la concentración de recursos especialmente en las áreas de mayor riesgo, como son los embarazos y partos con fetos de alto riesgo, que hasta ahora han sido atendidos sin una programación selectiva para ello. Nos parece que la atención del alto riesgo obstétrico debe ser considerado dentro del programa de atención de la mujer como sub programa claramente diferenciado de las otras actividades del programa general.

El propósito del sub programa de atención de Alto Riesgo Obstétrico es reducir al máximo el riesgo de muerte materna y sufrimiento fetal agudo o crónico.

Los objetivos de este sub programa constituyen nuestra primera meta de acción:

- 1.—Captación precoz y cobertura total de los casos de alto riesgo preconcepcional.
- 2.—Prevención de riesgos post conceptuales (aparecen durante el embarazo) de las embarazadas sin alto riesgo preconcepcional.
- 3.—Asistencia del alto riesgo durante el embarazo, parto y puerperio con una

tecnología capaz de disminuir o atenuar dichos riesgos.

- 4.—Planificación eficiente de nuevos embarazos.
- 5.—Asistencia del Recién Nacido en la Unidad de Alto Riesgo.
- 6.—Prevención de embarazos en madres con alto riesgo de aborto provocado.
- 7.—Corrección de la desnutrición materna.

No consideraremos en el presente trabajo las fórmulas o soluciones para atender a la desnutrición materna, por ser este objetivo materia que escapa de la exclusiva responsabilidad de un Departamento de Obstetricia y Ginecología y, más bien, es responsabilidad de la comunidad nacional entera.

### **Fundamentos del Sub Programa de Alto Riesgo Obstétrico**

Las cifras de mortalidad perinatal nos muestran que un tercio de todas nuestras pacientes embarazadas acumulan el 66% de las muertes perinatales y el 66% de las intervenciones anestésico-quirúrgicas, constituyendo un grupo clara y fácilmente delimitable y que denominamos de Alto Riesgo. Podemos razonablemente presumir que junto a los casos de muerte perinatal se acumulan en este mismo grupo también los casos de fetos con daño cerebral mínimo. En nuestra experiencia ha sido posible, utilizando los datos de edad, paridad y la información sobre diagnóstico de grandes patologías materno-ovulares, detectar oportunamente las pacientes sometidas a alto riesgo fetal.

### **Requisitos para el cumplimiento de los objetivos del sub programa de Alto Riesgo Obstétrico.**

#### **1. Estructura de salud.**

La estructura para la atención integral de la mujer nace en la familia y en las organizaciones de comunidad (Unidades vecinales, Centros de Madres, Escuelas, Igle-

sias, Sindicatos, Clubes Deportivos) que se conectan en primera instancia con los Consultorios Periféricos extra hospitalarios ubicados en los barrios o sectores poblacionales.

El Consultorio Periférico se conecta con la Maternidad clásica durante la urgencia del parto de bajo riesgo (70% del movimiento de pacientes) y con la Unidad de Alto Riesgo en los casos así calificados (30%).

La Unidad de Alto Riesgo está estructurada por 5 Secciones de atención progresiva y un laboratorio altamente especializado.

Sus niveles de atención son:

- a.—Consultorio Patología del Embarazo.
- b.—Hospitalización Patología del Embarazo.
- c.—Sección de Atención Intensiva del Parto y Recién Nacido de Alto Riesgo.
- d.—Puerperio del Alto Riesgo.
- e.—Planificación Familiar para Alto Riesgo Obstétrico.

### **Funciones en la estructura de Alto Riesgo**

El Consultorio Periférico tiene por función:

- 1.—Captar precozmente todas las madres embarazadas y especialmente aquellas que son alto riesgo (madres solteras, esposas de trabajadores ocasionales, edades extremas de la vida obstétrica, patologías médicas pre-existentes al embarazo, desnutrición marcada, estaturas muy bajas).
- 2.—Atender durante todo su embarazo a las pacientes con bajo riesgo.
- 3.—Referir al Consultorio de Patología del Embarazo los altos riesgos detectados.

4.—Atención de la púerpera y recién nacidos normales.

5.—Atención de las consultas de Planificación Familiar.

Pensamos que el problema de aborto provocado debe ser enfocado, de acuerdo con experiencias previas en nuestro campo de trabajo, con criterio epidemiológico manejado desde el Consultorio Periférico. En nuestro Departamento ha sido posible establecer mapas epidemiológicos del riesgo de tener abortos provocados. Una sistematización de este procedimiento permitiría la concentración de actividades de planificación familiar en un grupo que es responsable de más de la mitad de nuestras muertes maternas.

Consideramos para la ejecución de este programa como indispensable la participación de las organizaciones de la comunidad.

El Consultorio de Patología del Embarazo (CPE) está capacitado para definir la magnitud de los riesgos y para reducir el impacto de éstos a través de un manejo adecuado de los problemas planteados. Funciona íntimamente conectado con la Sección de Hospitalización de Patología del Embarazo, a donde se refiere con liberalidad toda paciente cuya evolución ambulatoria no esté dando seguridades de progreso.

La Sección de Atención Intensiva del Parto y Recién Nacido recibe las pacientes atendidas en el Consultorio de Patología del Embarazo y Hospitalización de Patología del Embarazo y también recibe aquellos casos que al hospitalizarse en la Maternidad Clásica presentan a su ingreso, o después, características que los califiquen como de alto riesgo. En esta Sección se cuenta con recursos para monitorizar a madre e hijo antes y después del parto. Puerperio Patológico recibe a las madres de la Sección de Atención Intensiva del

Parto y Recién Nacido. En ella se realiza el estudio de aquellos factores de riesgo no previamente calificados por las secciones de embarazo patológico.

La Sección Planificación Familiar de Alto Riesgo tiene por objetivo una cobertura total de este grupo de madres con anticonceptivos de máxima eficiencia. Si algunas de estas madres manifiestan el deseo de tener un nuevo embarazo, a pesar de estar conscientes de su riesgo, se les procurará la más cuidadosa atención en la Unidad de Embarazo Patológico.

## 2. Recursos técnicos

La Unidad de Alto Riesgo requiere de un equipamiento e instrumental costoso y técnicas de laboratorio de alto nivel. El esfuerzo económico y organizativo empleado en la obtención de estos recursos se justifica ampliamente a nuestro juicio, por el hecho de permitir un enfoque clínico adecuado a este grupo que, aunque limitado de madres, está produciendo un muy importante impacto negativo en nuestras poblaciones.

La tecnología moderna permite medir cuantitativamente variables de importancia para la salud del feto, como son la madurez fetal, la función feto-placentaria, la detección de sufrimiento fetal crónico, sufrimiento fetal agudo y otras con un grado de sensibilidad que superan largamente la posibilidad de la clínica clásica. La madre con feto de alto riesgo se beneficia muy particularmente con esta tecnología, a través de la cual se le puede ofrecer diagnóstico y conductas clínicas más afinadas y certeras.

Motivados por el problema inmediato del alto riesgo, hemos recorrido un camino de perfeccionamiento que puede ofrecer un porvenir brillante a todas nuestras madres sin distinción de riesgos, cuando podamos ampliar esta tecnología a todas ellas. Pensamos que dentro de un país, algunas

Unidades de Alto Riesgo podrán adquirir especial importancia, concentrando algunas patologías especiales (incompatibilidad sanguínea materno fetal, enfermedades del trofoblasto) y sirviendo al mismo tiempo, dentro de su excelencia, para el aprendizaje de post graduados. Pero igualmente creemos se justifica dotar con Unidades de Alto Riesgo a todos los hospitales regionales. La base logística para laboratorios especializados se haría a través de una adecuada coordinación de recursos.

## 3. Equipo de salud y roles.

El funcionamiento del sistema complejo de salud antes descrito requiere de una participación más amplia de personas y, al mismo tiempo, de una redefinición de roles dentro de los equipos clásicos de atención. Nos parece cada vez más importante la participación de líderes de la comunidad de vecinos en los planos normativos de los Consultorios periféricos y en la ejecución de tareas, como pesquisa de alto riesgo y educación sanitaria de las comunidades.

La experiencia que se ha ido acumulando con la participación y compromiso de la comunidad misma en el desarrollo de los programas de salud, es de extraordinaria importancia y abre nuevas y promisorias expectativas en nuestro país. La sola presencia del poblador en los Consejos Normativos de los Consultorios periféricos ha puesto una nueva dimensión en la relación Medicina-Comunidad. Esta tiene un importante efecto multiplicador en las medidas de medicina preventiva, al transformar al poblador, de receptor de la medicina, en un colaborador de los programas médicos.

La crónica falta de recursos técnicos y humanos nos ha llevado a una redefinición de funciones en la que asignamos a la Matrona y Auxiliar de Enfermería,

importantes tareas en el Consultorio periférico. Reservamos al médico, funciones de control en el Consultorio periférico, concentrándolo en las labores asistenciales del Consultorio de Patología del Embarazo y de las secciones de parto monitorizado. El parto en maternidades "Clásicas" no lo modificamos sustancialmente en estos momentos, aunque desearíamos difundir hacia éstas los sistemas aplicados en las secciones de Alto Riesgo.

El equipo de profesionales de la Unidad de Alto Riesgo se integra con Obstetras, Pediatras, Anestesiastas, Médicos Internistas, Matronas y los laboratorios: Patólogos, Bioquímicos y Técnicos Laborantes.

#### 4. Normas de Atención

Normas detalladas de atención para cada circunstancia clínica, tipo de personal y nivel de trabajo, sistematizan la acción y permiten un control adecuado. La matrona, apoyada en normas claras, buenos métodos de registro clínico y técnicas rápidas de laboratorio del tipo de los micro-métodos, se hace extraordinariamente eficiente en la detección precoz de riesgos como: diabetes, infección urinaria, anemia, desnutrición, toxemia, cardiopatías, embarazo prolongado, sensibilización al factor Rh, ictericia, sífilis, tuberculosis, distocias pelvianas, cesáreas previas, etc.

#### 5. Requisitos programáticos y de coordinación.

Estructura, equipo de salud, comunidad integrada, recursos técnicos, normas, registros sistematizados y ojalá precodificados necesitan funcionar dentro de un programa con evaluación periódica y continua, con una coordinación central por área, zona y organismo nacional de salud que permita una regulación constante de las imperfecciones propias de sistemas estructurales complejos con equipos profesio-

sionales multidisciplinarios actuando en terrenos en donde todo retardo o imperfección daña las reales expectativas del pueblo.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—Aubry, R.H. and Nesbitt, R.E.L. Perinatal outcome in relation to a broadened approach to obstetric care for patients at special risk. *Am. J. Obst. and Gynec.* 105: 241-247, 1969.
- 2.—Aubry, R. and Nesbitt, R. High Risk Obstetrics, Cytohormonal evaluation and their practical utility in managing high risk patients. *Am. J. Obst. and Gynec.* 107:48, 1970.
- 3.—Baird, D. Factores sociales y económicos que afectan a la madre y el niño. *Am. J. of Public Health* 42:516-520, 1952.
- 4.—Klopper, A.; Diczfalusy, E. *Foetus and Placenta.* Blackwell, Oxford and Edinburgh, 1969.
- 5.—Nesbitt, R. La prevención desde el punto de vista del Obstetra. *Proceedings Biregional Institute on Maternity Care-Primary Prevention.* University of California, School of Public Health at Berkeley, 1964.
- 6.—Nesbitt, R.E.L.; Aubry, R.H. Valor de un sistema semiobjetivo escalonado en la identificación de grupo vulnerable. Syracuse, New York.
- 7.—Nesbitt, R.E.L.; Schlesinger, E.R.; Shapiro, R. El papel de la Medicina Preventiva en la reducción de la mortalidad perinatal y del lactante. *Public Health Reports* 81: Agosto, 1966.
- 8.—Puffer, R.R. and Griffith, G.W. *Patterns of Urban Mortality.* PAHO, 1967.
- 9.—Cellular response during Malnutrition at various ages. *J. Nutr.* 89:300, 1960.
- 10.—Normas de atención y procedimientos en el embarazo normal y patológico. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital J.J. Aguirre, Universidad de Chile, 1971.
- 11.—Nutrition and growth. *Proc Roy Soc. (Biol)* 156: 326-327, 1962.
- 12.—Perinatal problems. The second report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey. Livingstone, Edinburgh and London, 1969.