

# RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN EL CUIDO MATERNO \*

*Dr. Fernando Alpizar*

## RECOMENDACIONES

El cuidado prenatal es una parte esencial en el cuidado primario de la salud como se definió en la conferencia de Alma Ata en 1978. Con el objeto de considerar de qué manera la responsabilidad profesional para el cuidado prenatal puede ser promovido, se han hecho dos comités de FIGO, Mortalidad Perinatal y Estudios de Morbilidad y Mortalidad Materna, convenidos en hacer un taller con IANAMEH/MCI en cooperación con la Confederación Internacional de Obstétricas (ICM) y la Organización Mundial de la Salud (WHO) el 17 y 18 de octubre de 1988 en Río de Janeiro, Brasil.

Los participantes en el taller reconocieron que existen servicios muy sofisticados en muchos países y en un esfuerzo para asistir a aquellos países que están ansiosos para mejorar su cuidado materno, se desarrollaron varias recomendaciones.

Las recomendaciones de este taller como fueron aprobados por la Junta Directiva de la FIGO el 23 de octubre de 1988 son las siguientes:

1. Todas las personas envueltas en el cuidado prenatal deben participar en revisiones regulares de su trabajo con el fin de identificar y planear estrategias para su mejoramiento con el fin último de disminuir la mortalidad y morbilidad perinatal y materna.

La responsabilidad profesional para el mejoramiento de los servicios pertenece a los obstetras y ginecólogos que deben jugar un rol de líderes.

El proceso de revisión debe de incluir a todo el personal del cuidado prenatal incluyendo a los obstetras, pediatras, anestesistas, patólogos, enfermeras obstétricas, trabajadores sociales, visitantes sociales, parteras tradicionales, administradores y líderes de la comunidad. El papel del equipo de salud debe

ser resaltado y las comunicaciones deben ser promovidos por la formación de Comités de Revisión Materna, que deben ser formados por los miembros del equipo de salud envuelto en todos los tres niveles de atención materna (primario, secundario y terciario). Deben realizarse comparaciones sistemáticas de datos, verticales y horizontales dentro y fuera del país.

2. Las siguientes acciones son consideradas esenciales para llevar a cabo el monitoreo y que el asesoramiento sea más efectivo y más comprensivo.

2.1.1. La evaluación del cuidado prenatal deberá ser efectuado en relación con el tiempo, número de visitas y la información clínica obtenida en cada visita.

2.1.2. El criterio de referencia al nivel secundario y terciario debe ser definido de acuerdo a las condiciones locales. La valoración de riesgo es indispensable.

2.1.3. El trabajo de las comadronas debe ser reconocido, definido y actualizado de acuerdo a objetivos específicos en su entrenamiento, su relación con las necesidades locales, recursos y la evolución del embarazo.

2.1.4. Historias estandarizadas debe ser llevada para cada madre y su niño.

2.2.1. El estudio de la mortalidad materna debe tener una alta prioridad en los países con una alta tasa de mortalidad. Deben de establecerse intentos para encontrar las causas y las circunstancias alrededor de cada muerte materna con el debido respeto de la confidencialidad. Cuando sea posible deberán instalarse comités de mortalidad perinatal y materna.

2.2.2. Siendo la madre y el niño las personas más afectadas, deben ser impulsadas en tomar parte en el proceso, supliendo información para la revisión de la mortalidad y morbilidad. Estas "discusio-

\* JORNADA DE TRABAJO FIGO-IAMANEH. OCTUBRE 1988, RIO DE JANEIRO, BRASIL

nes verbales post-mortem con la familia" pueden ser de una gran ayuda.

**2.2.3.** Conocimiento, actitud y estudios prácticos que contemplen en el embarazo y el parto juegan un papel vital en la evaluación del cuidado maternal.

**2.2.4.** La comparación de los datos de diferentes unidades, regiones, sectores y niveles de atención deben ser hechos de una manera que sea interesante y educacional. Deben ser impulsada la "inspección cruzada", por ejemplo las visitas a la unidad vecina. La rivalidad amistosa es considerada como una manera sana, productiva y conductiva para aumentar el éxito y un sentido general de la responsabilidad profesional.

**2.3.1.** En el nivel terciario, reuniones regulares deben ser conducidas para revisar la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Esto debe formar parte de un programa de entrenamiento del manejo clínico y la residencia.

**2.3.2.** Siempre que sea posible, el examen post-mortem debe ser realizado para determinar la causa subyacente y el modo de muerte materna y neonatal. El entrenamiento es requerido para aumentar el estándar de estos exámenes.

**2.3.3.** La muerte neonatal y la muerte neonatal tardía debe también ser analizada además del comportamiento de los niños de 500-1000 gr al nacimiento con el objeto de dar un cuadro completo del cuidado intensivo neonatal estándar. Las muertes maternas que ocurren luego de 42 días del parto o aborto también deben ser estudiadas para buscar una posible relación con el parto.

**2.3.4.** Los centros terciarios deben formular planes para el mejoramiento del cuidado maternal basados en estadísticas de sus centros y estudios paralelos conducidos por ellos.

**3.** En cada país debe ser creado un sistema integrado para el monitoreo y mejoramiento del cuidado prenatal y adaptado a todos los niveles de manejo a través de la cooperación entre los centros terciarios y los Ministerios de Salud. Las facilidades de recolección de datos existentes pueden ser usadas como puntos de partida para un sistema más comprensivo. Los datos de análisis de datos deben ser usados para la diseminación de información, acciones para remediar

situaciones y uso racional de los recursos existentes. El reporte de FIGO del Panel de Monitoreo y Reporte de Mortalidad y Morbilidad Perinatal (Heidelberg 1982) provee una metodología estándar en la recolección de estadística perinatal.

**3.1.** Los Ministerios de Salud en cooperación con los Comités de Revisión Materna deben ser alentados para tener reuniones regulares con los responsables distritales de la salud para revisar sus índices comparativos y los factores que contribuyen a sus diferencias.

**3.2.** Después del análisis de los datos obtenidos, las acciones correctivas deberán ser tomadas para rectificar deficiencias para prevenir recurrencias de accidentes ya sea por educación, entrenamiento, cambio de prácticas o a través de alocación de recursos de los administradores para el mejoramiento del personal, equipo o facilidades de transporte.

**3.3.** En cada nivel de atención, una persona o personas deben ser designadas para proveer información interesante que pueda tener valor educacional al grupo de revisión.

**3.4.** Investigación operacional y estudios de intervención deberán ser efectuados para evaluar los costos y el impacto de las acciones descritas.

**4.** A las sociedades nacionales de cada país se les solicita su cooperación en la diseminación de los acuerdos anteriores y a efectuar reportes anuales cada abril a la secretaría de la FIGO en Londres para la transmisión al Comité de Mortalidad y Morbilidad Materna y Perinatal de la FIGO en lo que concierne:

- La acción exitosa en comenzar un sistema de monitoreo en todo el país del cuidado prenatal.
- El resultado de sus esfuerzos.
- Las dificultades encontradas.
- Las maneras de cómo son submontados los obstáculos.

La cooperación y asistencia con organizaciones como la OMS, secciones regionales de IAMANEH-MCI y cuerpo profesionales como el de asociaciones de enfermeras obstétricas, deben ser contempladas en el planeamiento, implementación, evaluación y diseminación de la información de esta revisión.