



Enfermería Global

ISSN 1695-6141

Revista electrónica trimestral de Enfermería

Nº 40

Octubre 2015

www.um.es/eglobal/

CLÍNICA

Atención prenatal: acciones esenciales desempeñadas por los enfermeros

Assistência pré-natal: ações essenciais desenvolvidas pelos enfermeiros

Prenatal care: essential actions developed by nurses

***Baptista, Rosilene Santos **Dutra, Michelinne Oliveira Machado ***Coura, Alexandro Silva ***Stélio de Sousa, Francisco**

*Enfermera. Doctora. Docente de la Universidad Estadual de Paraíba (UEPB) E-mail: rosilenesbaptista@gmail.com **Enfermera. Alumna del Programa de Posgraduación en Salud Pública de la Universidad Estadual de Paraíba. *** Enfermero. Doctor. Docente de la Universidad Estadual de Paraíba (UEPB). Brasil.

Palabras clave: Cuidado Prenatal; Enfermería en Salud Comunitaria; Competencia Profesional.

Palavras chave: Assistência Pré-Natal; Enfermagem em Saúde Comunitária; Competência Profissional.

Keywords: Prenatal Care; Community Health Nursing; Professional Competence.

RESUMEN

Objetivo: Investigar el perfil, el conocimiento y la práctica de las enfermeras que trabajan la atención prenatal de bajo riesgo.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal realizado en las Unidades Básicas de Salud Familiar Campina Grande / Paraíba, Brasil. Se incluyeron quince UBSF's del distrito sanitario I de Campina Grande, totalizando 15 enfermeros que respondieron a un cuestionario. La colecta de datos se llevó a cabo entre marzo y junio de 2013. El análisis de datos se realizó de forma manual, en mapa resumen, según la población estudiada y posteriormente se analizaron mediante estadística descriptiva y organizados en gráficos y tablas de frecuencias absoluta y relativa.

Resultados: Se puede considerar satisfactoria la atención prenatal realizada por los enfermeros, ya que además de los procedimientos y las pruebas de rutina, se observó que también llevan a cabo los procedimientos y pruebas consideradas como complementaria, de acuerdo con el Ministerio de Salud

Conclusión: Es necesario proporcionar un mayor número de orientación con respecto al uso de métodos anticonceptivos tras el periodo gestacional. Se revela también la necesidad de estudios de evaluación de la calidad y el impacto de la atención prenatal realizados por enfermeros especializados en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en el municipio, este enfoque sería de gran importancia para la consolidación de una práctica exitosa en Campina Grande.

RESUMO

Objetivo: Investigar o perfil, o conhecimento e prática dos enfermeiros que atuam na atenção pré-natal de baixo risco.

Método: Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal, realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Campina Grande/Paraíba, Brasil. Foram incluídas quinze UBSF's do distrito sanitário I de Campina Grande, totalizando 15 enfermeiros que responderam a um questionário. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de março a junho de 2013. A análise dos dados foi realizada manualmente, em mapa resumo, de acordo com a população estudada e posteriormente foram analisados através da estatística descritiva e organizados em gráficos e tabelas de frequência absoluta e relativa.

Resultados: Pode-se considerar satisfatória a assistência pré-natal realizada pelos enfermeiros, uma vez que além dos procedimentos e exames de rotina, observou-se que estes realizam os procedimentos e exames considerados como complementares, de acordo com o Ministério da Saúde.

Conclusão: Faz-se necessário o fornecimento de um maior número de orientação no que tange ao uso de métodos contraceptivos após o período gestacional. Revela-se ainda a necessidade da realização de estudos sobre avaliação de qualidade e impacto do atendimento pré-natal realizado por enfermeiros na redução de morbimortalidade materna e neonatal no município, abordagem esta que seria de grande relevância para a consolidação de uma prática bem-sucedida em Campina Grande.

ABSTRACT

Objective: Investigating the profile, knowledge and practice of nurses who work in low-risk prenatal.

Methods: This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study conducted at the Family Health Basic Units of the city of Campina Grande/Paraíba, Brazil. The study included fifteen Basic Health Units of the Family of the sanitary district I of Campina Grande, totaling 15 nurses who responded to a questionnaire. Data were collected between March and June 2013. Data analysis was performed manually in map summary, according to the population studied and later the results were analyzed through descriptive statistics and organized into charts and tables of absolute and relative frequency.

Results: the data analysis revealed satisfactory the prenatal care performed by nurses, since in addition to procedures and routine tests it was observed that they also carry out the procedures and tests considered as complementary, according to the Ministry of Health.

Conclusion: it becomes necessary to give a larger guidance regarding the use of contraceptives after pregnancy. Also the study revealed the need for studies about evaluation of quality and impact of prenatal care conducted by nurses in decreasing maternal and neonatal morbidity and mortality in the municipality. This approach would be of great relevance for the consolidation of a successful practice in Campina Grande.

INTRODUCCIÓN

En el mundo anualmente tienen lugar 120 millones de gestaciones, constatándose la muerte de cerca de medio millón de mujeres en virtud de complicaciones debidas al proceso gestacional o durante el parto. De todas estas gestaciones, 50 millones de mujeres son atacadas por dolencias, sufren enfermedades o graves limitaciones derivadas del estado gestacional ⁽¹⁾.

El índice de mortalidad materna en Brasil, según el Ministerio de Salud (MS), en 2012, fue de 68 por 100.000 nacidos vivos. La región Nordeste tuvo el mayor índice, registrando 427 muertes maternas, seguida de la región Sudeste con 417, Sur, con 149, Norte con 164 y Centro-Oeste, con 112. Con relación a la unidad federativa, Paraíba registró 26 casos, de los que 5 se registraron en la ciudad de Campina Grande ⁽²⁾.

La asistencia prenatal de calidad favorece la reducción de los índices de mortalidad de las mujeres derivados del período gestacional, así como viabiliza mejora en la calidad de vida materno-infantil ⁽¹⁾. El prenatal consiste en el acompañamiento a la futura madre, sirviendo como un momento de experiencias para la mujer y la familia; permite la detección precoz de alteraciones con la madre y el niño. En este contexto, el enfermero emerge como un profesional habilitado para asistir a la gestación de bajo riesgo, dado que en las últimas décadas hubo un aumento de la actuación del enfermero en sus diversas áreas ⁽³⁾. Además, según estos autores, varios aspectos han favorecido las conquistas para el desempeño profesional del enfermero entre los cuales destacan a transición del perfil epidemiológico y demográfico de la población brasileña, la reglamentación del Sistema Único de Salud (SUS), y los Consejos Federal y Regionales de Enfermería que respaldan legalmente a sus profesionales en actuaciones como la consulta de enfermería.

El acompañamiento gestacional carece de enfoque en lo que se refiere a la asistencia a la salud materno-infantil, la cual, históricamente, demanda especial cuidado en el ámbito de la Salud pública. Se verifica en territorio brasileño el mantenimiento de bajos indicadores esenciales de la salud, cabiendo mencionar los índices de mortalidad maternos y perinatales, que han fomentado la implantación de políticas públicas que enfocan el ciclo gravídico-puerperal ⁽⁴⁾.

Según el Ministerio de Salud, el principal objetivo de la atención prenatal y puerperal es “acoger a la mujer desde el inicio de la gravidez, asegurando en el fin de la gestación, el nacimiento de un niño sano y la garantía del bienestar materno y neonatal”⁽⁵⁾.

En 2000 el Ministerio da Salud creó el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento (PHPN), atendiendo la disminución de los elevados índices de enfermedad y óbitos maternos y perinatales, expandir la oferta al prenatal, definir parámetros para optimizar la atención a las gestantes y proporcionar el enlace entre los cuidados ambulatorios y el parto. Trata también de establecer las actividades elementales a ser ejecutadas en el transcurso de las consultas prenatales y puerpéreas ⁽¹⁰⁾.

El profesional responsable de ejecutar las consultas prenatales deberá tener cualificación para la mencionada actividad. Se ha comprobado que el prenatal de bajo riesgo puede ser ejercido no solo por el médico obstetra, sino también por un equipo multiprofesional, como enfermeros y enfermeros obstetras⁽⁶⁾.

Según la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería, decreto nº 94.406/87, está el enfermero autorizado a realizar la consulta prenatal básica. Además de esto, respalda también el proceder a la consulta de enfermería; prescripción de enfermería; prescripción medicamentosa, de acuerdo con protocolos firmados por programas de salud pública, así como normatizada por la institución de salud; asistencia durante el parto, puerperio, además de actividades educativas en salud, encontrando amparo en la Ley 7.498/86 ⁽⁷⁾.

Según el Ministerio de Salud ⁽⁵⁾, para una satisfactoria asistencia prenatal, resulta indispensable una serie de mecanismos, por ejemplo: profesionales cualificados; estructura física apropiada; aparataje e instrumentales imprescindibles; soporte de laboratorio; documentos propios de registros, procesamiento, análisis de los datos y medicamentos ⁽³⁾.

Ante la realidad del profesional de enfermería de estar progresivamente responsabilizándose de conducir y acompañar a la mujer durante el ciclo gravídico, a través de los programas de atención básica que dan autonomía al enfermero y que estos presentan actitudes, conocimientos y habilidades para el ejercicio cualificado de su profesión, el objetivo de este estudio fue investigar el perfil, el conocimiento y la práctica de los enfermeros que actúan en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en el Distrito Sanitario I del municipio de Campina Grande acerca de las acciones esenciales desarrolladas en la consulta prenatal de bajo riesgo en pro de una mejora en la asistencia prenatal a las gestantes y consecuente promoción de la maternidad segura.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, con abordaje cuantitativo.

La investigación se realizó en las UBSF's del municipio de Campina Grande/PB, Brasil. Los distritos sanitarios comprenden un área geográfica que comporta una población con características epidemiológicas, sociales y sus necesidades, y también los recursos sanitarios para atenderla. El estudio se desarrolló entre los meses de enero a septiembre de 2013. El estudio estuvo constituido por quince UBSF's pertenecientes al Distrito Sanitario I de la ciudad de Campina Grande-PB lo que garantizó una muestra con características geográficas, sociales, económicas y culturales pertenecientes a la población adscrita.

La población del estudio estuvo compuesta por enfermeros que trabajan en las UBSF's pertenecientes al distrito sanitario I de la ciudad de Campina Grande/PB.

La elección del lugar fue hecha por medio de sorteo aleatorio simple con los seis distritos sanitarios pertenecientes a la ciudad de Campina Grande/PB, componiendo un total de quince UBSF's visitadas y quince enfermeros investigados.

Los criterios utilizados en la selección de los sujetos fueron: ser enfermero de la ESF del Distrito Sanitario I de la ciudad de Campina Grande/PB, estar desempeñando actividades profesionales en el periodo de la colecta y aceptar participar libremente en la investigación, quedando excluidos los profesionales diversos de las características antes mencionadas.

Se utilizó un cuestionario estructurado, conteniendo cuestiones abiertas y cerradas basadas en el documento del Manual Técnico del Ministerio de Salud que traduce los patrones basados en evidencia científica en la práctica obstétrica, titulado: Prenatal y Puerperio⁽⁵⁾.

Se abordaron tópicos como el perfil de formación presentado, la demanda de atención mensual a las gestantes, el número considerado necesario de consultas prenatales a realizar durante la gestación de bajo riesgo, la época considerada necesaria para el inicio del prenatal, los exámenes de laboratorio solicitados en la primera consulta de la gestante, los exámenes clínicos realizados durante la consulta prenatal de bajo riesgo, cómo se procesa la solicitud de ecografía obstétrica durante el período gestacional, las orientaciones transmitidas a las gestantes durante la consulta prenatal de bajo riesgo, así como los criterios utilizados en la realización de visitas domiciliarias a las gestantes.

La recogida de datos se realizó entre los meses de marzo y junio de 2013. La técnica utilizada para entrevista fue la individual, realizada con los enfermeros en horarios agendados de acuerdo con la disponibilidad de los entrevistados. Los lugares de entrevista fueron las respectivas UBSF's donde están agrupados estos profesionales.

El análisis de los datos se basó en las acciones esenciales preconizadas por el Manual Técnico del Prenatal y Puerperio del Ministerio de Salud ⁽⁵⁾, así como en investigaciones que traducen evidencias científicas y realizada manualmente, en mapa guía, de acuerdo con la población estudiada, en que posteriormente fueron analizados a través de la estadística descriptiva y organizados en gráficos y tablas de frecuencia absoluta y relativa, utilizando el programa Software EXCEL.

Esta investigación se desarrolló de acuerdo con los parámetros de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud y Ministerio de Salud (1997) que disponen sobre investigación que involucra a seres humanos. El Término de Consentimiento Libre y Esclarecido fue firmado por las enfermeras, y todas fueron informadas sobre los objetivos de la investigación, el secreto y la no identificación como participante.

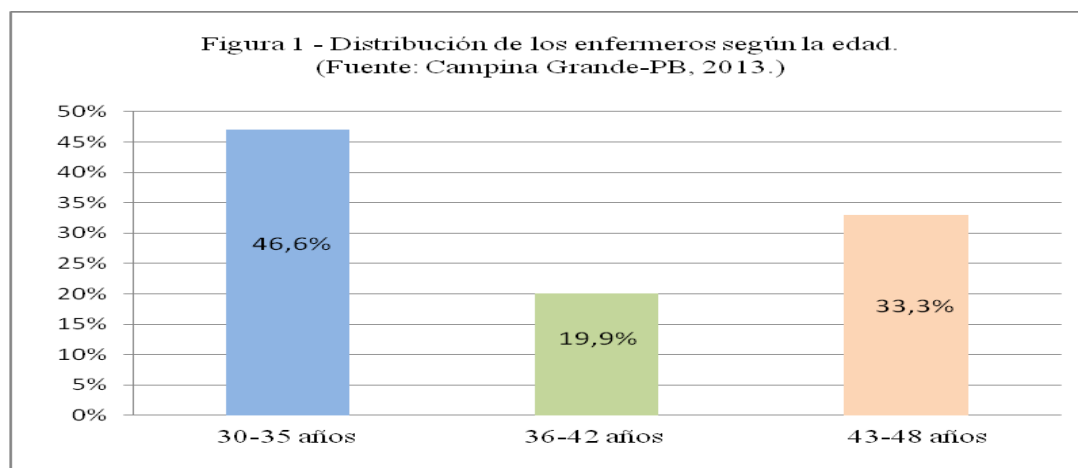
Se registró en la PLATAFORMA BRASIL, aprobado po la Secretaría Municipal de Salud y por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Estadual de Paraíba (protocolo nº 0018/2013).

RESULTADOS

Caracterización de la muestra

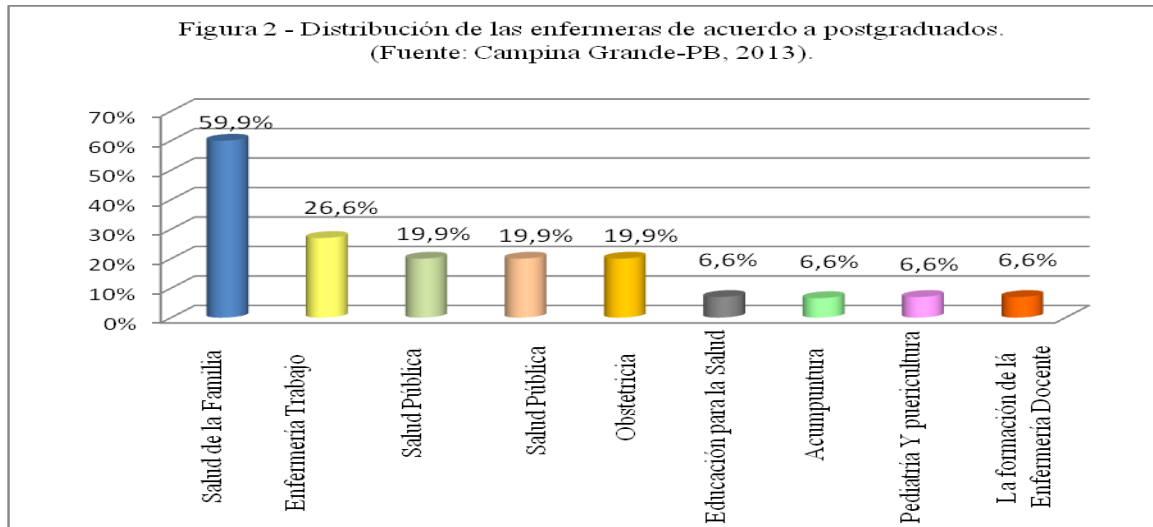
Participaron en la investigación 15 profesionales, todas (100%) del sexo femenino.

Se observa que entre las entrevistadas la edad variaba entre 30 y 48 años, con edad media de 39,3 años. De las 15 enfermeras, 07 (46,7%) tenían entre 30 y 35 años, 05 (33,3%) entre 43 y 48 años y 03 (20%) entre 36 y 42 años. (Figura 1)



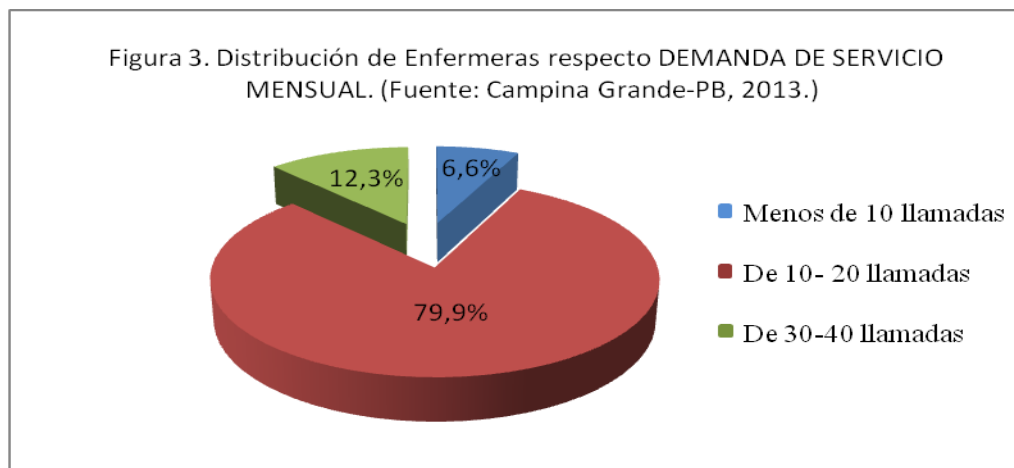
En lo que se refiere a posgraduación stricto sensu, 02 (13,3%) de las entrevistadas tienen máster en salud comunitaria. En relación a la posgraduación latu sensu, 15 (100%) de las entrevistadas poseen algún tipo de especialización, 09 (59,9%) en salud de la familia, 04 (26,6%) en enfermería laboral, 03 (20%) en salud pública, 03 (20%) en salud comunitaria, 03 (20%) en obstetricia, 01 (6,6%) en educación en salud, 01 (6,6%) en acupuntura, 01 (6,6%) en pediatría y puericultura, 01 (6,6%) en

formación de enfermero docente. Se observa también que 08 (53,3%) de las entrevistadas tienen dos o más especialidades y que 02 (20%) tienen dos o más especialidades y un máster. (Figura 2)



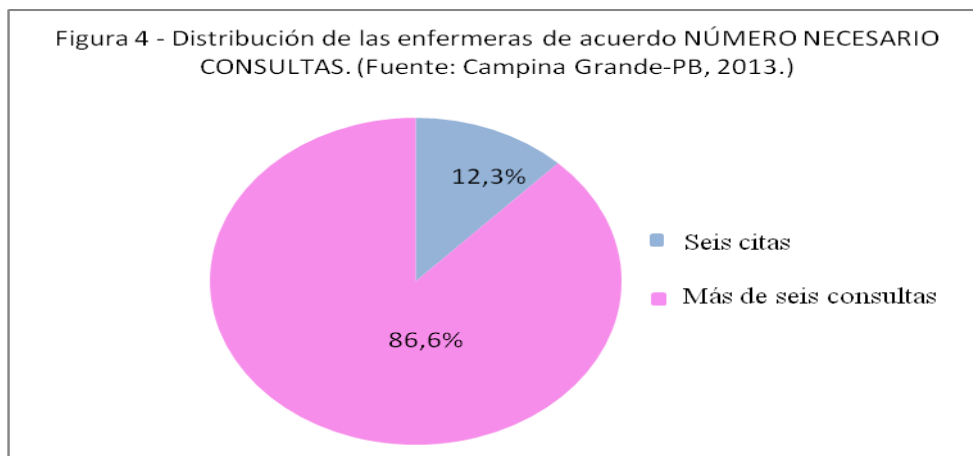
Demanda de atención mensual de los enfermeros a las gestantes en la ESF

Con realización a la demanda de atención mensual se observa que 12 (80%) de las entrevistadas alegan realizar de 10 a 20 atenciones, 02 (13,4%) de 30 a 40 y 01 (6,6%) menos de 10. (Figura 3)



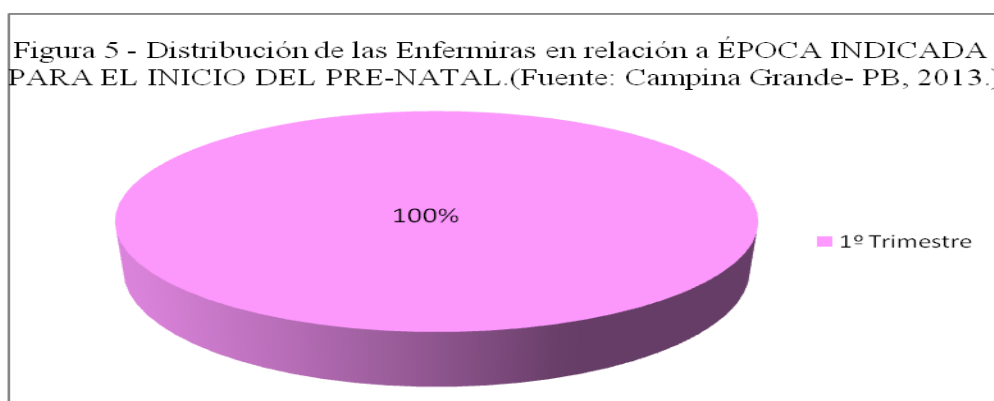
Número necesario de consultas prenatales a realizar durante la gestación según las enfermeras

En relación al número de consultas prenatales a realizar durante la gestación se observa que 13 (86,6%) de las entrevistadas consideran necesarias la realización de más de 06 consultas y 02 (13,4%) consideran 06 consultas como esenciales. (Figura 4)



Época indicada para el inicio del prenatal según la enfermera

En relación a la época indicada para el inicio del prenatal, 15 (100%) de las entrevistadas consideran el primer trimestre como ideal. (Figura 5)



Exámenes solicitados por el enfermero durante la primera consulta de prenatal

La tabla I revela que 100% de las enfermeras relatan solicitar durante la primera consulta prenatal los exámenes de grupo sanguíneo, serología para sífilis, rubeola, factor Rh, orina tipo I, hepatitis, hemograma, glucosa en ayunas y test anti-HIV, 79,9% ecografía, 59,9% Papanicolau, 40% colpocitología oncótica, 33,3% parasitológico de heces y 26,6% bacteroscopia vaginal.

Tabla I – Exámenes solicitados por las enfermeras durante la primera consulta prenatal.

Exámenes solicitados por las enfermeras	Nº	%
Factor Rh	15	100
Glucosa enayunas	15	100
Grupo Sanguíneo	15	100
Hemograma	15	100
Hepatitis	15	100

Rubeola	15	100
Serología para Sífilis	15	100
Test anti-HIV	15	100
Orina Tipo I	15	100
Ecografía	12	79,9
Papanicolau	09	59,9
Colpocitología oncológica	06	40
Bacteroscopia Vaginal	04	26,6

(Fuente: Campina Grande- PB, 2013.)

Exámenes clínicos realizados durante la consulta prenatal

Se observa según la tabla II que 100% de las enfermeras relatan la realización de la exploración del peso, de la presión arterial, auscultación de los latidos cardíofetales, altura materna, medición de la altura uterina, examen de las mamas, así como evaluación del estado nutricional como examen clínico durante la consulta prenatal. El examen céfalo-caudal sólo es referido por 79,9% de las entrevistadas.

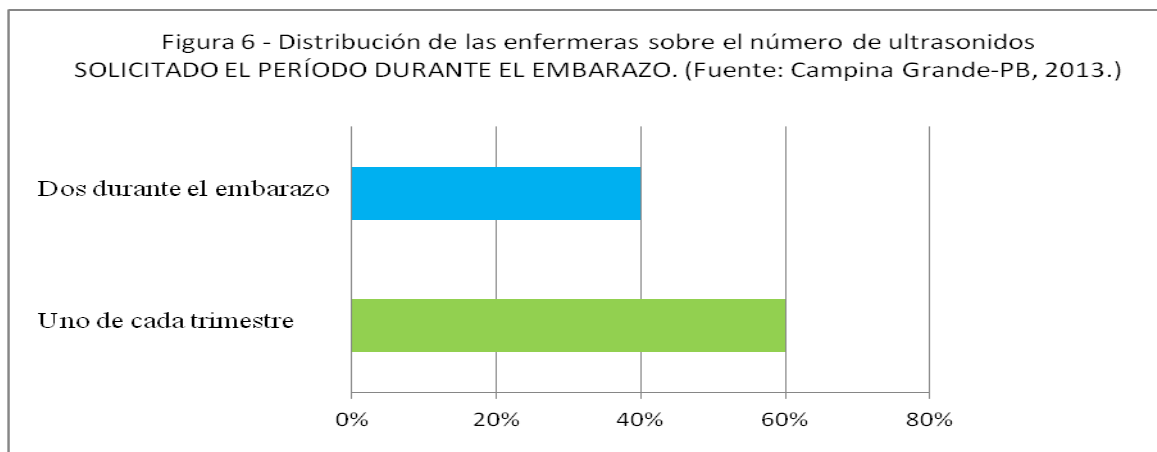
Tabla II – Exámenes Clínicos realizados por las enfermeras durante la consulta prenatal.

Exámenes clínicos realizados durante la consulta prenatal	Nº	%
Altura materna	15	100
Auscultación de los BCF	15	100
Evaluación del estado nutricional	15	100
Examen de las mamas	15	100
Medición de la altura Uterina	15	100
Peso	15	100
Presión arterial	15	100
Examen céfalo-caudal	12	79,9

(Fuente: Campina Grande- PB, 2013.)

Realización de la ecografía obstétrica durante el periodo gestacional

Se observa según la figura 6 que 60% de las enfermeras relatan solicitar una ecografía cada trimestre, y 40% solicitan dos.



Orientaciones transmitidas a las gestantes durante la consulta prenatal

En relación a las orientaciones transmitidas por las enfermeras durante la consulta prenatal se percibe con relación a la tabla III que 100% de las enfermeras referían la lactancia materna, vacunas de la madre, alimentación de la gestante, modificaciones corporales y emocionales y señales y síntomas del parto, 93,2% cuidados con el recién nacido, test anti-HIV, actividad sexual, consumo de tabaco y alcohol y consumo de medicamentos, tipos de parto y riesgo y enfermedades sexualmente transmisibles, 79,9% diabetes gestacional e importancia del ejercicio físico, 73,2% vacunas del recién nacido, participación del padre durante la gestación e importancia del sueño, 66,6% planificación familiar, 46,6% complicaciones gestacionales debidas al esfuerzo en el trabajo, 40% métodos contraceptivos. (Tabla 3).

Tabla III – Orientaciones transmitidas por las enfermeras durante la consulta prenatal.

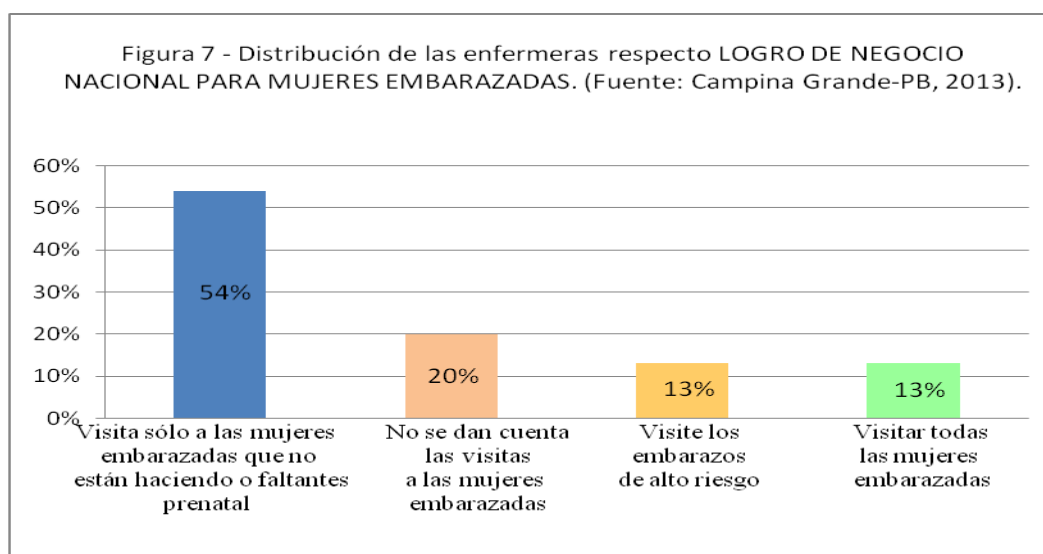
Orientaciones transmitidas por las enfermeras durante la consulta prenatal	Nº	%
Lactancia materna	15	100
Alimentación de la gestante	15	100
Modificaciones corporales y emocionales	15	100
Señales y síntomas del parto	15	100
Vacunas de la madre	15	100
Actividad sexual	14	93,2
Cuidados con el recién nacido	14	93,2
Enfermedades sexualmente transmisibles	14	93,2
Test anti-HIV	14	93,2
Tipos de parto y riesgo	14	93,2
Consumo de medicamentos	14	93,2
Consumo de tabaco y alcohol	14	93,2
Diabetes gestacional	12	79,9
Importancia del ejercicio físico	12	79,9
Importancia del sueño	11	73,2
Participación del padre durante la gestación	11	73,2
Vacunas del recién nacido	11	73,2

Planificación familiar	10	66,6
Complicaciones gestacionales debido al esfuerzo en el trabajo	07	46,6
Métodos contraceptivos	06	40

(Fuente: Campina Grande- PB, 2013.)

Realización de visitas domiciliarias a las gestantes

Se observa en relación a la figura 7 que en lo que concierne a la realización de visitas domiciliarias a las gestantes, 53,4% visitan solo a las gestantes que no están haciendo o faltan el prenatal, 20% no realizan visitas, 13,3% visitan a las de alto riesgo y 13,3% visitan a todas las gestantes.



DISCUSIÓN

Participaron en la investigación quince profesionales, todas del sexo femenino. La edad varió entre 30 y 48 años, con edad media de 39,3 años. En este estudio no se estableció una relación entre la edad del profesional y la actuación de este en la consulta prenatal.

En lo que se refiere a posgraduación, 02 de las entrevistadas tienen máster en salud pública, 15 tienen algún tipo de especialización, con mayor prevalencia en salud de la familia con 09. Se percibe también que 08 de las enfermeras tienen dos o más especialidades y que 02 tienen dos o más especialidades y un máster.

La actualización y la formación continua son elementos esenciales para la capacitación, que repercuten positivamente en la actuación profesional. Ante esto, un factor de relevancia abordado relaciona las posgraduaciones dado que todas las enfermeras que participaron del estudio presentaban alguna especialización, lo que puede significar que están buscando cada día más conocimiento, como forma de prestar una mejor asistencia a su clientela. De este modo, según la literatura,

profesionales con especialidad en obstetricia tienen alguna ventaja sobre los otros profesionales para el adecuado manejo en la asistencia a la gestante ⁽⁸⁾.

Con relación al número de atenciones a las gestantes realizados mensualmente, se observa que gran parte de las entrevistadas alegan realizar de 10 a 20 atenciones y que solo una pequeña parcela, de 30 a 40. Por tanto se percibe según relatos de los profesionales, que en la práctica la cantidad de gestantes es factor contribuyente para la dispensación de tiempo adecuado en la consulta y posterior optimización del servicio. Sin embargo, el Manual Técnico del Prenatal y Puerperio: Atención Cualificada y Humanizada ⁽⁵⁾ no hace relación entre la demanda de atención mensual y la calidad de la asistencia prenatal.

En relación al número necesario de consultas prenatales a ser realizadas durante la gestación, casi la totalidad de las entrevistadas relata que considera necesaria la realización de más de seis consultas y una parte minoritaria refiere considerar que seis consultas son necesarias para la obtención de un buen desempeño materno-fetal durante la gestación.

Según el Manual Técnico del Prenatal y Puerperio: Atención Cualificada y Humanizada ⁽⁵⁾, el número de consultas deseables para un buen acompañamiento a la gestante durante el prenatal deberá ser de al menos seis consultas, preferentemente una en el primer trimestre, dos en el segundo y tres en el último trimestre. Sin embargo, las enfermeras de la ESF del Distrito Sanitario I de la ciudad de Campina Grande resaltaron esforzarse para alcanzar este parámetro, haciendo lo posible para que la gestante compareciese a todas las consultas prenatales para un buen acompañamiento de la evolución de la gestación, con todo, la mayoría de las enfermeras considera que seis consultas no son suficientes para obtener más calidad y desarrollar todas las acciones preconizadas por el referido programa.

Investigación realizada en 75 países de América Latina, Asia y África, demostró no haber diferencias significativas en relación al resultado gestacional entre mujeres con una media de cinco consultas de prenatal cuando comparadas con otras con media de ocho consultas ⁽⁹⁾.

Con relación a la época indicada para el inicio del prenatal, todas las entrevistadas consideran el 1º trimestre, porque es en ese periodo cuando ocurre la formación del bebé, siendo por tanto ideal para evaluación, observación, tratamiento y educación de mujeres grávidas para evitar y controlar riesgos para que la gestación se desarrolle dentro de la normalidad.

En lo que concierne a la época indicada para el inicio del prenatal, otro estudio semejante sobre el prenatal en la Estrategia de Salud de la Familia realizado en Paraíba, en 2004, observó que solo 79% de las enfermeras declaraban el primer trimestre como época indicada para el inicio del prenatal ⁽¹⁰⁾.

De acuerdo con el Manual Técnico del Prenatal y Puerperio: Atención Cualificada y Humanizada ⁽⁵⁾, el calendario de atención prenatal debe ser programado en función de los periodos gestacionales que determinan mayor riesgo materno y perinatal, iniciarlo lo antes posible (primer trimestre) y ser regular y completo (garantizándose que todas las evaluaciones propuestas sean realizadas y sólo se cierra tras el 42º día de puerperio, periodo en que deberá haber sido realizada la consulta de puerperio.

En cuanto a la solicitud de exámenes por el enfermero durante la primera consulta del prenatal, se observa como rutina que 100% solicitan grupo sanguíneo, serología para sífilis, rubeola, factor Rh, orina tipo I, hepatitis, hemograma, glucosa en ayunas y test anti-HIV, y que solo 40% refiere la colpocitología oncótica, 33,3% parasitológico de heces y 26,6% bacteroscopia vaginal.

La justificación dada por la mayoría de las enfermeras por el bajo número de solicitudes de exámenes de colpocitología oncótica, bacteroscopia vaginal y papanicolau fue la demora en la recogida del material para análisis por parte de la secretaria de salud lo que en gran parte inviabiliza el análisis de laboratorio, así como el atraso en la entrega de resultados, que en algunos casos solo ocurre tras el término de la gestación. Con relación al bajo índice de solicitud del parasitológico de heces alegan que sólo lo solicitan cuando en los exámenes de laboratorio la hemoglobina se encuentra por debajo de 11g/dl e incluso cuando tras el suplemento de hierro elemental permanece inalterada o decae, siendo esta situación esporádicamente encontrada.

En lo que concierne a la solicitud del parasitológico de heces otro estudio realizado en Acre, en 2009, en la evaluación del desempeño de las actividades desarrolladas por los profesionales de enfermería en la atención prenatal, se observó que en todas las consultas prenatales era solicitado tal examen ⁽¹⁾.

Conforme el Manual Técnico del Prenatal y Puerperio: Atención Cualificada y Humanizada ⁽⁵⁾, en la primera consulta prenatal se debe solicitar: nivel de hemoglobina y hematocrito (Hb/Ht), grupo sanguíneo y factor Rh, serología para sífilis (VDRL), glucosa en ayunas, examen sumario de orina tipo I, serología anti-HIV, con consentimiento de la mujer tras el “asesoramiento pre-test”; serología para hepatitis B (HBsAg), de preferencia próxima a la 30ª semana de gestación, donde hubiera disponibilidad para su realización; serología para toxoplasmosis, donde hubiera disponibilidad, pudiendo también añadir otros exámenes a esa rutina mínima: parasitológico de heces, colpocitología oncótica por el hecho de que muchas mujeres frecuentan los servicios de salud solo para el prenatal, de este modo, es indispensable que, en esa oportunidad, sea realizado este examen, que puede ser hecho en cualquier trimestre, aunque sin la colecta endocervical, siguiendo las recomendaciones vigentes, bacterioscopia de la secreción vaginal: en torno a la 30ª semana de gestación, particularmente en las mujeres con antecedente de prematuridad, serología para rubeola: cuando hubieran síntomas indicativos, urocultura para el diagnóstico de bacteriuria asintomática y ecografía obstétrica (donde hubiera disponibilidad).

Referente a los exámenes clínicos realizados durante la consulta prenatal, se observa que 100% de las enfermeras informan realizar la medida del peso, de la presión arterial, auscultación de los latidos cardíofetales, altura materna, medición de la altura uterina, examen de las mamas, así como evaluación del estado nutricional. En contra partida 79,9% alegan realizar el examen céfalo-caudal. Otro estudio realizado en Campina Grande (Paraíba), con enfermeros que trabajan en PSF y actúan en el prenatal verificó que solo el 4,1% de los enfermeros refirieron realizar tal evaluación ⁽¹⁰⁾.

Según el Ministerio de Salud ⁽⁵⁾, evaluar el peso con relación a la altura y nutrición materna y su relación con el crecimiento fetal es un procedimiento recomendado para la asistencia prenatal, pues se ha visto ser de grande relevancia, ya que permite la

identificación de las gestantes con déficit nutricional o con sobrepeso. El aumento insuficiente de peso materno está asociado al crecimiento intrauterino retardado, a la hiperemesis gravídica, a las infecciones, parasitosis, anemias y otras enfermedades debilitantes, mientras que el aumento excesivo de peso predispone a la macrosomía fetal, al polihidramnios al edema y a la gravidez múltiple.

La medida de la presión arterial materna deberá ser realizada en todas las consultas para detectar precozmente estados hipertensivos. La auscultación de los latidos fetales debe ser realizada con sónar, tras 12 semanas, y con estetoscopio de Pinard, tras 20 semanas intentando constatar en cada consulta la presencia, el ritmo, la frecuencia y la normalidad de los mismos. La medida de la altura uterina debe ser realizada para identificar el crecimiento fetal y diagnosticar los desvíos de la normalidad a partir de la relación entre la altura uterina y la edad gestacional. El examen de las mamas debe ser realizado para la identificación de alteraciones, así como deben realizarse orientaciones para la lactancia materna en diferentes momentos educativos, principalmente si la gestante fuera adolescente. El mismo manual no hace mención de la realización del examen céfalo-caudal.

La incorporación del peso y la toma de la presión arterial en la rutina del prenatal observada es corroborada por estudio realizado en 2009, en la ESF del municipio de Teixeira (MG), en que 100% de las gestantes relataron que peso y presión arterial fueron evaluados en todas las consultas de prenatal.

En relación a la realización de la ecografía obstétrica durante el periodo gestacional, se observa que 60% de las enfermeras relatan solicitar una cada trimestre, mientras que 40% solicitan dos, teniendo en cuenta la dificultad enfrentada en su obtención, pues existe demora en la marcación y realización de este examen.

Según Brasil ⁽⁵⁾, la ecografía puede ser añadida a la rutina mínima de exámenes cuando hubiera disponibilidad, en la imposibilidad de determinación de la edad gestacional clínicamente, debe ser solicitada lo antes posible, en el primer trimestre, como examen complementario para evaluación de la diabetes gestacional y entre 16 y 20 semanas (ecografía morfológica) para descartar malformaciones fetales. No existe comprobación científica de que, rutinariamente realizada, tenga efectividad sobre la reducción de la morbilidad y de la mortalidad perinatal o materna. Las evidencias científicas actuales relacionan su realización al inicio de la gravidez con una mejor determinación de la edad gestacional, detección precoz de gestaciones múltiples y malformaciones fetales clínicamente no sospechadas. Los posibles beneficios sobre otros resultados son todavía inciertos. La no realización de ecografía durante la gestación no constituye omisión, ni disminuye la calidad del prenatal. Por otro lado, se justifica la realización de este examen en el primer trimestre gestacional (11^a-14^a semanas) para determinar la medida de la translucencia nuchal, a fin de encontrar anomalías cromosómicas, entre ellas el síndrome de Down, además de confirmar la presencia de latidos cardíacos fetales para establecer la vitalidad embrionaria ⁽⁵⁾.

Se constató que, en relación a las orientaciones transmitidas a las gestantes durante la consulta prenatal, 100% de las enfermeras se referían a la lactancia materna, vacunas de la madre, alimentación de la gestante, modificaciones corporales, emocionales, señales y síntomas del parto, 93,2% cuidados con el recién nacido, test anti-HIV, actividad sexual, consumo de tabaco, alcohol y toma de medicamentos, en contrapartida solo 40% refieren orientaciones sobre los métodos contraceptivos.

De acuerdo con Brasil ⁽¹²⁾, se deben realizar orientaciones para la lactancia materna en diferentes momentos educativos, visto que evita muertes infantiles, diarrea, infección respiratoria, disminuye el riesgo de alergias, colesterol alto, diabetes e hipertensión, así como reduce la posibilidad de obesidad.

En cuanto al bajo índice de orientación relacionado con la utilización de métodos contraceptivos, las entrevistadas alegan que solo realizan en la consulta puerperal, por creer innecesarias esas orientaciones en el prenatal ya que las gestantes sólo utilizan algún método contraceptivo tras el periodo puerperal.

Otro estudio realizado en Minas Gerais muestra que solo 32,5% de las gestantes recibieron orientaciones sobre métodos contraceptivos en el prenatal ⁽¹³⁾.

En estudio realizado en Pelotas (RS), el autor identificó que mujeres que no hicieron ninguna consulta en el prenatal tuvieron un riesgo casi tres veces mayor de no usar métodos anticonceptivos en el postparto ⁽¹⁴⁾.

Por lo que respecta a la realización de visitas domiciliarias a las gestantes 53,4% visitan solo a las gestantes que no están haciendo o faltan al prenatal, 20% no realizan visitas, 13,3% visitan a las de alto riesgo y 13,3% visitan a todas las gestantes. Las informaciones prestadas por las enfermeras fueron satisfactorias ya que una gran parte de ellas realiza visitas a las gestantes que no estão haciendo o faltan al prenatal, así como a pesar del bajo índice, se observa también realización de visitas a todas las gestantes y a las gestantes de alto riesgo.

Conforme el manual de Prenatal y Puerperio las consultas prenatales podrán ser realizadas en la unidad de salud o durante visitas domiciliarias. Las visitas domiciliarias deberán reforzar el vínculo establecido entre la gestante y la unidad básica de salud y, a pesar de estar dirigidas a la gestante, deberán tener carácter integral y de abrazo sobre la familia y su contexto social. De esta manera, cualquier alteración o identificación de factor de riesgo para la gestante, o para otro miembro de la familia, debe ser observado y discutido con el equipo en la unidad de salud. El acompañamiento domiciliario de la gestante debe tener como objetivos: Captar gestantes no inscritas en el prenatal; reconducir gestantes que falten al prenatal, especialmente las de alto riesgo; acompañar la evolución de algunos aspectos de la gestación, según orientación de la unidad de salud, en los casos en que el desplazamiento de la gestante a la unidad, en determinado periodo, sea considerado inconveniente o innecesario; completar el trabajo educativo con la gestante y su grupo familiar; así como reevaluar, dar seguimiento o reorientar a las personas visitadas sobre otras acciones desarrolladas por la unidad de salud ⁽⁵⁾.

CONCLUSIÓN

Los servicios de Salud, en especial las ESFs, se erigen como puerta de entrada para la realización del prenatal, siendo la mayoría de las veces el enfermero el primer profesional que establece este contacto. Para asumir esta posición, el enfermero debe estar preparado no solo para implementar los cuidados y tratamientos clínicos, sino para prestar toda orientación psicológica y social que la gestante necesite.

La actuación del enfermero es importante en la consolidación de la asistencia prenatal; sin embargo, son necesarias inversiones en la qualificação profesional para la atención a la gestante durante el ciclo gravídico y puerperal, demanda esta que podrá ser subsanada a partir de la formación de especialistas en enfermería obstétrica.

Los resultados de este estudio revelan que las competencias esenciales esperadas en la asistencia prenatal, preconizadas por el Manual de Normas Técnicas para Asistencia PreNatal del MS, fueron desarrolladas, sin embargo, algunas fueron realizadas en menor frecuencia, o sea, no fueron realizadas por todas las enfermeras entrevistadas.

El análisis de las acciones esenciales desarrolladas en la asistencia prenatal en el Distrito Sanitario estudiado apunta que puede considerarse satisfactoria la asistencia prenatal realizada por los enfermeros, una vez que además de los procedimientos y exámenes de rutina, se observó que los mismos realizan los procedimientos y exámenes considerados como complementarios, de acuerdo con las normas del MS para la asistencia prenatal. Sin embargo, es necesario suministrar un mayor número de orientación en lo que se refiere al uso de métodos contraceptivos tras el periodo puerperal.

Se revela aún la necesidad de la realización de estudios sobre evaluación de calidad e impacto de la atención prenatal realizada por enfermeros para la reducción de morbimortalidad materna y neonatal en el municipio, abordaje este que sería de gran relevancia para la consolidación de una práctica exitosa en Campina Grande.

REFERENCIAS

1. Cunha MA. Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco-AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo gravídico-puerperal. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade Materna no Brasil. Brasília (DF); 2012.
3. Araújo SMA, Silva MED, Maraes RC, Alves DS. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. Rev Eletrônica de Ciências. 2010; 3(2):61-7.
4. Siqueira DD. Assistência pré-natal em Sobral-Ceará: processo, resultado e impacto em 2005-09. [Dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF); 2006.
6. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev. Bras. Ginecol. e Obstet. 2006; 28(5):310-5.
7. Brasil. Decreto 94.406, de 25 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, (DF) 23 jun. 1986. p. 9273. Col. 3.
8. Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Esc. Anna Nery. 2009; 13(1):145-53.
9. Anversa, ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade no Processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia de Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(4):789-800.
10. Benigna MJC, Nascimento WGM, Lopes J. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra os enfermeiros. Rev Cogitare enfermagem. 2004; 9(2):23-31.
11. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Batista RS, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. Rev Ciência e Saúde Coletiva. 2009; 14(1):1347-57.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF); 2009.
13. Pereira BDM, Silva SR, Miranzi MAS. Métodos anticoncepcionais: orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério. Ciênc. Cuid. Saúde. 2010; 9(2):262-8.
14. Neutzling VT. Contracepção e saúde da mulher no puerpério. [Dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Católica de Pelotas; 2004.

Recibido: 15 de Junio 2014; Aceptado: 18 de Agosto 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia