

Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa

Model of obstetric health care by obstetric and perinatal nurses in the General Hospital of Cuautitlán: a successful experience

Cynthia Ramírez-Hernández¹

RESUMEN

Introducción. La Comisión Interinstitucional de Enfermería creó en 2005 el Modelo de Atención Obstétrica centrado en la mujer gestante y su familia, para optimizar el potencial de la enfermera obstetra y perinatal. El objetivo de este estudio es describir el desempeño exitoso del modelo obstétrico por profesionales de enfermería, a fin de aportar evidencias para el diseño de políticas en salud materna y perinatal.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Se revisaron los registros de las bitácoras de atención en el Hospital Gral. de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada" del total de los partos atendidos entre agosto 2008 y diciembre 2011, por personal médico y de enfermería, así como los registros de productividad, en relación al desempeño de las competencias establecidas en el modelo de atención obstétrica por enfermeras y enfermeros obstetras y perinatales. Estas incluyen: atención de parto, valoración obstétrica, inducción y conducción de trabajo de parto, atención inmediata al recién nacido, anticoncepción posevento obstétrico, educación para la salud y cuidados en el puerperio.

Resultados. Del total de partos, 25.82% fue atendido por profesionales de enfermería, sin complicaciones en 97%; valoraciones obstétricas 5,112; 1,826 mujeres obtuvieron un método anticonceptivo. Se realizaron 11,727 pláticas de educación para la salud durante el puerperio inmediato.

Conclusiones. Integrar a las políticas de salud la intervención del profesional de enfermería en el cuidado del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo, transforma positivamente el paradigma en la atención obstétrica y perinatal.

Palabras clave. Enfermería obstétrica y perinatal, modelo de atención obstétrica, atención profesional de enfermería.

ABSTRACT

Introduction. The Inter-institutional Nursing Commission created in 2005 the model of Obstetric Health Care focused on pregnant women and her family in order to optimize the potential of the perinatal and obstetric nursing. The objective of this study is to describe the successful development of the obstetric model for nursing professionals, in order to provide evidence for the design of policies for maternal and perinatal health.

Material and Methods. Descriptive, retrospective and longitudinal study. The records in the logs regarding health care in the General Hospital of Cuautitlan "Gral. Jose Vicente Villada" were reviewed, of the total births between August 2008 and December 2011, by medical and nursing personnel as well as the productivity records, regarding the performance of the areas of responsibility established in the obstetric health care model by nurses and obstetric and perinatal nurses. These include: labour care, obstetric evaluations, induction and conduction of labour, immediate care to the newly born, contraception post obstetric event, health education and puerperium care.

Results. Of the total of births 25.82% were treated by nursing professionals, without complications in 97%; obstetric evaluations 5,112; 1,826 women were given contraception. 11,727 educational lectures were carried out during the immediate puerperium.

Conclusions. Integrate to the health policies the intervention of the nursing professionals in the pregnancy, labour and puerperium of low risk, transforms positively the paradigm in the obstetric and perinatal health care.

Key words. Obstetric and perinatal nursing, obstetric health care model, professional nursing health care.

¹ Departamento de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

INTRODUCCIÓN

Desde 1996, la Organización Mundial de Salud (OMS) consideró al personal profesional de enfermería como un elemento estratégico para lograr un cambio en la calidad y la eficacia de los servicios de atención obstétrica. En 1999, instó a los estados miembros, incluido nuestro país, al fortalecimiento y potencialización del desarrollo de servicios de enfermería y partería, creando modelos para la atención humanizada y de calidad en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo. En mayo del mismo año, la Organización Panamericana de Salud (OPS) estableció una serie de estrategias a fin de favorecer el ejercicio de la enfermería y partería de los países miembros.¹⁻² En Chile, las políticas de salud materna involucran en forma importante, los cuidados específicos por enfermeras calificadas, especialistas en la atención de la salud sexual y reproductiva.³ A su vez, desde 1999, en Brasil el ministerio de salud implementó la participación activa de profesionales de enfermería en la atención del parto de bajo riesgo,⁴ lo que se ha considerado como una estrategia exitosa para la disminución de la morbilidad materna y perinatal.⁵ En México, aunque en forma discreta, se han dado pasos firmes en esta dirección y existen experiencias de éxito como la del Centro de Investigación Materno Infantil GEN (CIMIGEN), institución de asistencia privada sin fines de lucro, ubicada en la delegación Iztapalapa de la Ciudad de México, que desde su puesta en marcha en 1987 ha atendido, principalmente por personal calificado de enfermería, a miles de mujeres embarazadas con resultados equiparables a los registrados por hospitales europeos. Por otra parte, en el 2005, la Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud, diseñó un modelo de atención obstétrica centralizada en la mujer gestante y su familia, que tiene como propósito aprovechar el potencial de la enfermera obstetra y perinatal con el fin de mejorar la calidad de la atención de las mujeres embarazadas y disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.⁶ Ante tal evidencia y frente a la situación particular del Estado de México derivada de la existencia de casi 8 millones de mujeres y 350,000 nacimientos anuales,⁷ se inició por primera ocasión en el sistema público de atención a la salud como parte de la Red Materna en el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y con el liderazgo de la maestra Beatriz García López, Jefe estatal de Enfermería, la gestión e innovación del cuidado integral a las mujeres embarazadas a través de la implementación y consolidación del Modelo Obstétrico incluyendo intervenciones como la atención del parto, valoraciones obstétricas en el servicio de urgencias, vigilancia del puerperio inmediato y mediato

y cuidados inmediatos del recién nacido. En 2008, se implementó este programa en el Hospital General de Cuautitlán (HGC) del Estado de México, localizado en uno de los municipios con mayor densidad poblacional. El objetivo de este trabajo es describir el desempeño exitoso del modelo obstétrico por profesionales de enfermería en una unidad médica de población no asegurada, a fin de aportar con evidencias para el diseño de las políticas de salud materna y perinatal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Se revisaron los registros de las bitácoras de atención en el HGC del total de los partos atendidos por personal médico y de enfermería. El periodo analizado incluyó desde agosto de 2008, por corresponder con el inicio del modelo de atención por personal de enfermería, a diciembre de 2011. Se realizó una búsqueda de información estadística concentrada en la base de datos del HGC, así como los registros de productividad del departamento de enfermería en relación al desempeño de las competencias establecidas en el modelo de atención obstétrica por enfermeras y enfermeros obstetras y perinatales. Éstas incluyen: atención de parto, valoración obstétrica, inducción y conducción de trabajo de parto, atención inmediata al recién nacido, anticoncepción posevento obstétrico, educación para la salud y cuidados en el puerperio.

RESULTADOS

El recurso humano involucrado en la implementación del modelo incluyó un total de 3 enfermeras especialistas perinatales, 5 licenciadas en enfermería y obstetricia y 10 pasantes de servicio social de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO) de la promoción 2010-2011. El análisis de los datos encontrados se describe por año y competencia del modelo de atención obstétrica para enfermería. Los hallazgos relacionados al desarrollo de competencias durante el periodo de estudio se presentan en el Cuadro 1.

El porcentaje de partos atendidos por personal de enfermería se incrementó desde el inicio del modelo hasta el año 2010, momento a partir del cual se observa un decremento. El total de partos atendidos, así como el porcentaje que corresponde a las atenciones por personal de enfermería se presentan en el Cuadro 2.

En forma semejante, las valoraciones obstétricas en urgencias por personal de enfermería se incrementaron desde 750 valoraciones en 2008 y 856 en 2009 hasta

2456 en el año 2010, mostrando un descenso a 1050 valoraciones el año siguiente.

En relación a la participación activa, vigilancia y uso de oxitocina durante la inducción y conducción del trabajo de parto, se observó un incremento en el número de pacientes con dichas intervenciones: 45 en 2008; 225 en 2009; 245 en 2010 y 477 para el 2011.

Dentro de las actividades a realizar como enfermera obstetra y perinatal se encuentra la atención inmediata al recién nacido de bajo riesgo. El número de atenciones en los años comprendidos en el periodo de estudio fue:

12 en 2008; 23 en 2009; 24 en 2010 y 14 en 2011.

Durante los años 2008 a 2010 la anticoncepción posevento obstétrico se incrementó de 58 dispositivos intrauterinos aplicados en 2008, lo cual correspondió con el 38.7% del total de partos atendidos, a 1051 en 2010, lo que representó el 51.6% del total de partos atendidos. En 2011 la anticoncepción posevento obstétrico por personal de enfermería disminuyó en una forma paralela a la de atención de partos (497, 37.4%).

En el periodo de estudio se realizaron un total de 11,727 pláticas de educación para la salud otorgadas

Cuadro 1. Desarrollo de competencia del modelo de atención obstétrica en el periodo de 2008 a 2011.

COMPETENCIA DEL MODELO DE ATENCIÓN OBSTETRICA	2008	2009	2010	2011
ATENCIÓN DE PARTO	150	1697	2037	1330
VALORACIÓN OBSTÉTRICA	750	856	2456	1050
INDUCTO-CONDUCCIÓN	45	225	245	477
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	12	23	24	14
ANTICONCEPCIÓN POSEVENTO OBSTÉTRICO	58	220	1051	497
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	600	2800	6503	1824
VISITA DOMICILIARIA DURANTE EL PUERPERIO	7	61	67	26

Fuente: Estadística del HGC./Registros de productividad de enfermería

Cuadro 2. Atención del parto por personal de enfermería.

Año	Total de Partos atendidos en HGC	Partos atendidos por personal de enfermería	% del total
2008	4065	150	3.6%
2009	6252	1697	27%
2010	5317	2037	38.31%
2011	4555	1330	29.1%

Fuente: Estadística del HGC./Registros de productividad de enfermería

a las mujeres durante el puerperio inmediato, sea en la sala de recuperación o en hospitalización. El contenido de las mismas abarcó la promoción de la lactancia materna exclusiva, cuidados maternos y neonatales durante el puerperio, así como datos de alarma para acudir inmediatamente al hospital. Al inicio de la intervención fueron 600 pláticas que se incrementaron a 2800 en 2009; 6503 en 2010; y una disminución a 1824 en 2011.

Sobre las visitas domiciliarias durante el puerperio, el total fue de 160, distribuidas de la siguiente forma: 7 en 2008; 61 en 2009; 67 en 2010 y 26 en 2011. Cabe mencionar que solo se programaron aquellas pacientes que presentaron alguna complicación durante el parto y/o puerperio.

Del total de los partos atendidos por profesionales de enfermería el porcentaje de mujeres sin complicación representa 97 % durante el periodo de estudio. (Figura 1)

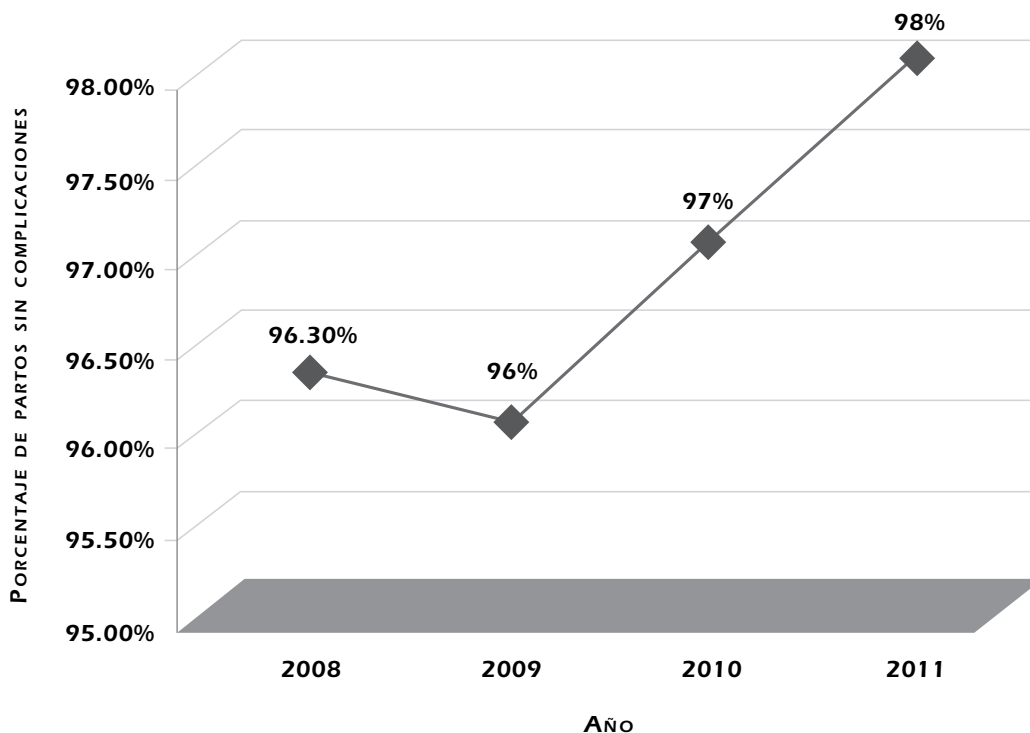


Figura 1. Porcentaje de partos sin complicaciones atendidos por personal de enfermería.

DISCUSIÓN

Las variaciones encontradas durante el periodo de estudio dependen, entre otros factores, que en el año 2008 la unidad contaba con 3 enfermeras especialistas perinatales para el desarrollo del modelo, un año más tarde se incorporaron 5 licenciadas en enfermería y obstetricia, lo que se reflejó en la productividad de ese año. En relación al entorno de respaldo político necesario para la correcta implementación de una estrategia, es importante comentar, que este se obtuvo de la jefatura estatal de enfermería, de tal suerte que en la planeación del recurso humano se buscó intencionadamente que el personal que cubriera las áreas de toco-cirugía, hospitalización y urgencias de ginecología fueran enfermeras con formación obstétrica. El incremento observado en 2010 co-

respondió a la alianza estratégica establecida con el Instituto Politécnico Nacional para desarrollar el servicio social en las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), incluyendo al HGC. Las pasantes de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO) rotaban por los diferentes turnos cubriendo las áreas correspondientes para ejecutar la meta programada: 100 partos al culminar su estancia de servicio social. Cabe mencionar que la discrepancia entre las cifras de atención de parto y atención del recién nacido se debe a la participación activa de pediatras y neonatólogos de la unidad, además de los médicos internos de pregrado, quienes se encargan de proporcionar cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido. En su ausencia y/o en coordinación con ellos, es que la enfermera participa en la reanimación neonatal, debido a que aún se presenta

resistencia por el personal médico para involucrar al personal de enfermería en esta actividad.

Por otra parte, la implementación de un método anticonceptivo posterior al parto forma parte de las estrategias para disminuir la mortalidad materna y mejorar las oportunidades de vida para las mujeres y sus familias, así como la de evitar embarazos no deseados. Aun cuando en este periodo, 1826 mujeres recibieron este servicio, las cifras continúan siendo bajas; sin embargo, es en el primer nivel de atención durante el control prenatal donde deben realizarse las acciones de consejería orientadas a la anticoncepción posterior a un evento obstétrico. En este sentido, es necesario fortalecer las intervenciones destinadas a orientar, asesorar y educar a las mujeres para desarrollar autocuidado de la salud antes, durante y después del embarazo. Esta actividad concuerda con lo establecido por la OMS: "los profesionales especializados en esta área deberán promover el apoyo social, fungir como consejeros y educadores de las mujeres y sus familias y a las comunidades donde actúan, respecto al autocuidado reformulando las políticas públicas relacionadas con la salud de la mujer y sus hijos".⁸ Los profesionales deberán ser competentes para realizar tareas obstétricas esenciales, tales como la asistencia prenatal, seguimiento y cuidado durante el trabajo de parto, parto y puerperio y planificación familiar.

Pinotti y Faúndes afirman que el modelo de asistencia prenatal privilegia el uso excesivo de tecnologías sofisticadas, costosas y en algunas ocasiones peligrosas e incluso poco eficaces para la mujer a quien se atiende, en comparación de tecnologías sencillas, económicas, eficaces y poco riesgosas. Los resultados de este estudio pretenden sumarse a las evidencias que apuntan hacia la necesidad de un cambio de paradigma en la atención obstétrica, desde el dominante centrado en la figura del médico y sus intervenciones a otro caracterizado por una práctica centrada en la mujer, orientada a la prevención con acciones sencillas y de bajo costo, brindando seguridad y calidad en la atención.⁴⁻⁹ Es importante resaltar que el 97% de las mujeres atendidas durante el periodo de 2008 al 2011 no presentaron complicación alguna. Para lograr esto se requirió del desarrollo del modelo obstétrico: proporcionar atención de acuerdo a lineamientos y normas oficiales, trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinario con comunicación efectiva, actualizar y capacitar al personal de enfermería en la atención obstétrica, garantizar la atención prenatal personalizada con periodicidad y accesibilidad en la atención.

Evidentemente hace falta mucho trabajo que hacer para lo cual se requiere del incremento de profesionales de enfermería obstétrica y perinatal, haciéndose patente que durante el año 2011 ocurrió un retroceso en

el desarrollo del modelo, debido a la ausencia de 10 recursos humanos (pasantes de licenciatura de enfermería, ESEO).

Conclusiones

Sin lugar a dudas el personal de enfermería con formación obstétrica es parte del equipo de salud que suma esfuerzos para lograr el incremento en la salud materna y perinatal. Si bien, el presente estudio abre la puerta a una nueva investigación más amplia, es una primera aproximación que destaca la importancia que posee el integrar a las políticas de salud la intervención del profesional de enfermería en el cuidado del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo, logrando transformar en forma positiva el paradigma en la atención obstétrica y perinatal.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. La Enfermería en la Región de las Américas- PHO/WHO. San Juan (Puerto Rico): PAHO-WHO; septiembre 1999. P. 71. [acceso 4-12-2012] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/hsonur3_es.pdf.
2. Salas-Segura S, Zárate-Grajales RA. Informe Final Del Taller Internacional De Gerencia En Enfermería En Los Servicios De Salud. México: PAHO/WHO; agosto 1999. P. 170. [acceso 4.12.2012] Disponible: www.paho.org/Spanish/Hsp/HSO/hsonur2.pdf.
3. Lattus-Olmos J, Sanhueza-Benavente M. La matrona y la obstétrica en Chile, una reseña histórica. *Rev Obstet. Ginecol.* 2007; 2 (3):271-276.
4. Vieira MA, Rosangela R. El significado de la especialización de Enfermería obstétrica. *Investigación y educación en enfermería.* 2005; 23(2); 42-55.
5. Barros LM, Magalhaes R, Ferreira E. *Rev Universidad de Antioquia/Facultad de enfermería/Medellin.* 2007;25(2); 44-51.
6. Comisión Interinstitucional de Enfermería de la SSA. Modelo de atención de Enfermería Obstétrica. México: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad; 2005. [acceso 30-11- 2012] Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cie>.
7. INEGI. México en cifras. Estadística. [acceso 30-11-2012] Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/>.
8. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [acceso 30-11-12]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/.
9. Pinotti JÁ, Faúndes A. Tecnología apropiada al nacimiento: perspectiva del obstetra. *Rev Femina.* 1985;13(9):806-10.