



**Español**

Universidad Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Conocimiento de la rutina de laboratorio por los profesionales de la Atención Básica: estudio descriptivo

Carla Vitola Gonçalves<sup>1</sup>, Nalú Pereira da Costa Kerber<sup>1</sup>, Ana Paula Backes<sup>1</sup>,  
Carolinne Borges Alves<sup>1</sup>, Vanessa Andréia Wachholz<sup>1</sup>, Flávia Seles Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Rio Grande

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el conocimiento y la interpretación de la rutina de laboratorio por los pre-natalistas de la red básica de salud. **Método:** Estudio evaluativo realizado entre septiembre de 2010 y febrero de 2011, por medio de entrevistas, con 15 médicos y 14 enfermeras. **Resultado:** 100% de los profesionales presentaban conocimiento sobre los exámenes de laboratorio que deben ser solicitados. En contrapartida, la interpretación de esos exámenes no fue satisfactoria, siendo referidos: valores incorrectos de glucemia y hemoglobina; interpretación y conductas erróneas frente al Rh negativo y la positividad del VDRL, anti-VIH, HBsAg y toxoplasmosis. **Discusión:** Los hallazgos de este estudio son preocupantes, ya que la excelencia de la asistencia pre-natal depende tanto de la solicitud de los exámenes, como de la calidad de las consultas, lo que posibilita intervenciones oportunas, para adecuar el final del embarazo. **Conclusión:** La interpretación de los exámenes básicos del Programa de Humanización en el Pre-natal y en el Nacimiento constituye un importante punto de fragilidad en la asistencia prenatal del municipio Rio Grande, RS.

**Descriptor:** Atención Prenatal; Calidad de la Atención de Salud; Evaluación en Salud.

## INTRODUCCIÓN

La asistencia pre-natal comprende un conjunto de procedimientos que objetiva prevenir, diagnosticar y tratar eventos indeseables en el embarazo, el parto y en el recién nacido. Su ausencia y/o deficiencia está relacionada a mayores índices de morbilidad materna y perinatal<sup>(1,2)</sup>. Son factores indispensables en esta asistencia: la organización del servicio, la capacitación de los profesionales y la utilización de los recursos adecuados y disponibles, que garantizan, la atención integral y los requisitos básicos para promover y prevenir las principales afecciones<sup>(3)</sup>.

Para organizar y definir esta asistencia pre-natal, el Ministerio de la Salud (MS) creó, en el 2000, el Programa de Humanización en el Pre-natal y en el Nacimiento (PHPN)<sup>(1)</sup>, el cual orienta que en la 1ª consulta sean solicitados los siguientes exámenes: dosificación de hemoglobina y hematocrito (Hb/Ht); grupo sanguíneo y factor Rh; serología para sífilis (VDRL); glucemia en ayuno; examen sumario de orina (Tipo I); serología anti-VIH y serología para toxoplasmosis (IgG y IgM, cuando haya disponibilidad para realizarlo). Estos exámenes deben ser repetidos, próximo a la 30ª semana y debe ser incluida la serología para hepatitis B (HBsAg). Además, este manual presenta las conductas preconizadas frente a los resultados de los exámenes citados.

Según el MS, esa calidad de la atención pre-natal está en riesgo, pues todavía existe alta incidencia de sífilis congénita en el país, con estimativa de 12 casos/1000 nacidos vivos en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS)<sup>(4)</sup>. La sífilis, si se diagnostica precozmente, es una enfermedad de fácil tratamiento que no deja secuelas. Eso indica la gran falta de base teórico-práctica de los profesionales responsables y su deficiente capacitación, pues frente a los avances de la medicina contemporánea, parece

anacrónico el hecho de que una enfermedad que tiene el agente etiológico bien definido, formas conocidas de transmisión, largo período de incubación y tratamientos que posibilitan excelentes índices de cura, continúe registrando nuevos casos<sup>(1,5)</sup>.

Se optó, entonces, por el estudio del conocimiento de los exámenes de laboratorio que tienen los profesionales de salud, ya que no se cuestiona la importancia de esos procedimientos para realizar una asistencia pre-natal efectiva. La realización de intervenciones oportunas en todo el período gestacional, sean ellas preventivas o terapéuticas, busca asegurar la asistencia de la embarazada en todos los niveles de complejidad del sistema de salud<sup>(1,6)</sup>. Además de esto, varios estudios resaltan la importancia del conocimiento acerca de los exámenes de laboratorio y su interpretación como reflejo de la calidad pre-natal prestada a las embarazadas<sup>(1,2,3,6-9)</sup>.

Algunos estudios abordan la evaluación de la calidad de los servicios, pero en su mayoría se limitan a describir los indicadores como cobertura, número de consultas pre-natales y número de partos<sup>(2,3,7-9)</sup>. Por causa de esa marginalización significativa sobre la evaluación del conocimiento mínimo necesario por parte de los profesionales envueltos y, por consiguiente, de los resultados efectivos alcanzados por las actitudes tomadas frente a la rutina pre-natalista, se tiene como objetivo evaluar el conocimiento y la interpretación de la rutina de laboratorio preconizadas en el PHPN de los pre-natalistas de la red básica de la salud.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, realizado en el municipio Rio Grande, el cual se localiza en la planicie costera sur del estado de Rio Grande del Sur, y cuyo sistema de salud está constituido

por 32 unidades básicas (UBS) y dos hospitales generales. La cobertura pre-natal en el año 2010 fue de 95,5%, siendo el SUS responsable por 60% de estos atendimientos.

El presente estudio presenta abordaje cuantitativo, que es adecuado para realizar la evaluación de servicios. La población fue compuesta por los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) que realizan atendimientos pre-natales en las UBS de la red pública del municipio estudiado. De las 32 UBS del municipio, solamente 18 ofrecen atendimento pre-natal. La atención es realizada por 22 médicos y 16 enfermeras, totalizando 38 profesionales. No obstante, en tres UBS nueve profesionales se negaron a participar del estudio, de modo que la muestra fue compuesta por 15 médicos y 14 enfermeros.

En este estudio se optó por la entrevista a los médicos y enfermeras responsables por la atención del pre-natal en las UBS del municipio. Este usa como referencia el Manual Técnico de Pre-Natal y Puerperio, del Ministerio de la Salud<sup>(1)</sup>, en el que las competencias de cada uno de estos profesionales están establecidas. Como competencia de la enfermera y del médico, el referido manual señala que ellos deben intercalar las consultas de pre-natal; solicitar exámenes y orientar el tratamiento conforme las normas técnicas y operacionales; orientar a las embarazadas sobre los factores de riesgo; identificar las embarazadas de riesgo y encaminarlas para la unidad de referencia; realizar la colecta de citopatológico; suministrar la tarjeta de embarazada debidamente actualizada en cada consulta. Sobre las competencias de la embarazada, ella debe portar la tarjeta de embarazada debidamente actualizada en cada consulta. Por tanto, tanto el médico como la enfermera pueden solicitar exámenes de conducta pre-natal, así como deben tener dominio sobre las conductas que serían tomadas frente a los resultados de estos exámenes.

Las informaciones fueron recolectadas por medio de un amplio instrumento estándar y pre-codificado que contenía cuestiones sobre el conocimiento de la rutina básica preconizada por el manual técnico del Ministerio de la Salud – Pre-natal y Puerperio: Atención Calificada y Humanizada - en relación a la solicitud e interpretación de los exámenes de laboratorio y a las conductas delante de sus resultados. Las entrevistas fueron realizadas entre septiembre de 2010 y febrero de 2011 por dos académicas de enfermería y dos académicas de medicina que demostraron interés en participar del estudio. Las respuestas a los cuestionamientos eran posibilitadas en las opciones: espontánea o inducidas. La forma espontánea de respuesta era cuando el entrevistador solamente leía la pregunta sin informar alternativas posibles. En el caso de la respuesta inducida, esta opción era marcada después de que el individuo diera como encerrada su respuesta espontánea y el entrevistador leyera las alternativas que éste no había citado anteriormente.

El entrenamiento de las estudiantes consistió en la lectura del cuestionario y del manual de instrucciones, aplicación del cuestionario en parejas y frente al grupo de investigación. En seguida, fue realizado un estudio piloto. El control de la calidad fue realizado mediante la repetición de 10% de parte de las entrevistas por el coordinador de la recolección de los datos. La digitación de los cuestionarios fue realizada utilizándose el programa Epi-Info 6.04. Todos los cuestionarios fueron doblemente transcritos por diferentes digitadores con posterior comparación y corrección de estas digitaciones. El análisis descriptivo de los datos fue realizado con los programas del *software SPSS (PASW Statistics Base Serie: 10112665)*.

El protocolo de investigación fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa en el Área de la Salud (CEPAS) de la Universi-

Gonçalves CV, Kerber NPC, Backes AP, Alves CB, Wachholz VA, Oliveira FS. Knowledge about laboratorial routine requested by professionals in Basic Care: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 Dec [cited year month day]; 12 (4): 813-22. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4091>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134091>

dad Federal de Rio Grande 63/2010. Además, se garantizó la confidencialidad de los datos, la participación voluntaria y la posibilidad de dejarla a cualquier momento, sin necesidad de justificación.

## RESULTADOS

Entre los 29 profesionales entrevistados, 86,2% eran del sexo femenino; edad media de 43 años ( $\pm 7,8$ ). Cuanto a la formación profesional, 51,7% eran médicos y 48,3% enfermeros, tenían en media 17 años de graduados y realizaban consultas de pre-natal desde hace 7 años, en media.

**Tabla 1:** Conocimiento de los exámenes prenatales entre profesionales de las unidades básicas de salud. Rio Grande, RS, Brasil, 2010-2011

<b>Hemograma<sup>a</sup></b>	(%)
Sí, espontáneo	100
Sí, inducido	0
No	0
<b>Tipo sanguíneo y factor Rh<sup>a</sup></b>	
Sí, espontáneo	96,6
Sí, inducido	3,4
No	0
<b>Glucemia em ayuno<sup>a</sup></b>	
Sí, espontáneo	100
Sí, inducido	0
No	0
<b>Anti-VIH<sup>a</sup></b>	
Sí, espontáneo	100
Sí, inducido	0
No	0
<b>VDRL (serología de sífilis)<sup>a</sup></b>	
Sí, espontáneo	100
Sí, inducido	0
No	0
<b>HBsAg<sup>a</sup></b>	
Sí, espontáneo	96,6
Sí, inducido	3,4
No	0
<b>Examen comun de Orina<sup>a</sup></b>	
Sí, espontáneo	100
Sí, inducido	0
No	0

<b>Urocultivo<sup>b</sup></b>	
Sí, espontáneo	93,1
Sí, inducido	3,9
No	0
<b>Toxoplasmosis IgG<sup>b</sup></b>	
Sí, espontáneo	93,1
Sí, inducido	3,9
No	0
<b>Toxoplasmosis IgM<sup>b</sup></b>	
Sí, espontáneo	93,1
Sí, inducido	3,9
No	0
<b>Parasitológico de heces<sup>b</sup></b>	
Sí, espontáneo	24,1
Sí, inducido	0
No	75,9
<b>Ultrasonografía obstétrica<sup>b</sup></b>	
Sí, espontáneo	69
Sí, inducido	31
No	0

<sup>a</sup>Obligatorios, según Ministerio de la Salud (BR). Prenatal y Puerperio: Atención Calificada y Humanizada; 2005.

<sup>b</sup>Sugerido realización si disponible, según Ministerio de la Salud (BR). Prenatal y Puerperio: Atención Calificada y Humanizada; 2005.

Fuente: Elaboración de las autoras, 2013

En la tabla 1, se observa que el conocimiento por parte de los pre-natalistas sobre cuáles son los exámenes de laboratorio que deben ser solicitados en la consulta prenatal se muestra estar de acuerdo con las normas establecidas por el PHPN. De los 29 profesionales entrevistados, 100% respondieron correctamente de forma espontánea sobre la necesidad de solicitar Hemograma, Glucemia en ayuno, Anti-VIH, VDRL (serología de sífilis) y examen común de orina. En relación al tipo sanguíneo, factor Rh y HbsAg, 96,6% respondieron espontáneamente; sobre los exámenes de urocultivo, toxoplasmosis IgG e IgM, 93,1% también relataron de forma espontánea pedirlos en su rutina prenatal. Al ser cuestionado si el examen parasitológico de heces debería ser solicitado, este tuvo solamente 24,1% de respuestas afirmativas contra 75,9% de negativas, siendo una conducta correcta, ya que en el PHPN no consta como obligatorio, la

solicitud de este examen. Y la ultrasonografía obstétrica fue referida como conducta obligatoria del prenatal espontáneamente por 69% de los entrevistados.

**Tabla 2:** Conocimiento de los exámenes prenatales entre profesionales de las unidades básicas de salud. Rio Grande, RS, Brasil, 2010-2011

Diagnóstico de anemia	(%)
Hemoglobina <11	82,8
Otros valores	17,2
<b>Embarazada Rh negativo</b>	
Solicitar Coombs indirecto	93,1
No solicitar examen	6,9
<b>Glucemia em ayuno normal</b>	
< 90mg/dl	72,4
Otros valores	27,6
<b>Sífilis (VDRL positivo)</b>	
Conducta correcta <sup>a</sup>	13,8
Conducta equivocada	79,3
No sabe	6,9
<b>Con qué tratar la sífilis</b>	
Penicilina	93,1
No sabe	6,9
<b>En la sífilis necesita tratar a la pareja sexual</b>	
Sí	93,2
No	3,4
No sabe	3,4
<b>Conducta con Anti-VIH reactivo</b>	
Encaminar al servicio de referencia	93,1
No sabe	6,9
<b>Conducta con HBsAg reactiva</b>	
Encaminar al servicio de referencia	65,6
Administrar vacuna e inmunoglobulina al recién nacido	10,3
No sabe	24,1
<b>Conducta con Toxoplasmosis IgG reactiva e IgM no reactiva</b>	
Ninguna	65,6
Encaminar al servicio de referencia	20,7
No sabe	13,7
<b>Conducta con Toxoplasmosis IgM reactiva</b>	
Tratada con espiromicina	6,9
Encaminar al servicio de referencia	65,6
Ninguna	10,3
No sabe	17,2

<b>Conducta con Toxoplasmosis IgG e IgM no reactiva</b>	
Orientaciones y repetir exámenes	58,7
Encaminar al servicio de referencia	10,3
Ninguna	20,7
No sabe	10,3
<b>Cuando los exámenes deben ser repetidos</b>	
De 24 a 30 semanas	86,2
Más de 31 semanas	13,8

<sup>a</sup>Fue considerado conducta correcta: Solicitar test confirmatorio (FTA-Abs); o tratar embarazada y su pareja. Todas las rutinas supra citadas hacen parte del manual técnico:Ministerio de la Salud (BR). Prenatal y Puerperio: Atención Calificada y Humanizada; 2005.

Fuente: Elaboración de las autoras, 2013

En la tabla 2 es analizada la conducta de esos profesionales frente a la interpretación de los exámenes de la rutina pre-natal. De los 29 profesionales entrevistados, 82,8% respondieron que el valor de hemoglobina menor que 11 es diagnóstico de anemia; 93,1% solicitarían Coombs indirecto cuando la embarazada fuese Rh negativo; 72,4% respondieron que valores menores de 90mg/dl indican glucemia en ayuno dentro de los valores de normalidad.

Cuanto a la rutina de la sífilis, sólo 13,8% refirieron la conducta correcta frente al examen de VDRL reactivo (solicitar prueba confirmatoria (FTA-Abs) o tratar la embarazada y su pareja), en contrapartida, 93,1% relataron usar la penicilina para tratar la sífilis y 93,2% respondieron positivamente sobre realizar el tratamiento junto a la pareja sexual.

En relación a otras serologías, 93,1% encaminan al servicio de referencia cuando el anti-VIH da reactivo y 65,6% cuando el HBsAg da reactivo; 65,6% de esos profesionales relataron ninguna conducta con el examen de Toxoplasmosis si la IgG da reactiva y la IgM no. Sin embargo, en la presencia de IgM reactiva para toxoplasmosis solamente una pequeña parte (6,9%) respondió tratar a la embarazada con espiromicina, siendo que 27,5% o no saben cuál es la conducta a tomar o simplemente no toman

ninguna. Además de eso, cuando el examen de toxoplasmosis IgG e IgM se presenta como no reactivo, sólo 58,7% de los entrevistados respondió orientar al paciente para repetir los exámenes. En relación al período en que los exámenes deben ser repetidos, 86,2% afirmaron ser entre 24 y 30 semanas de embarazo.

## DISCUSIÓN

Se utilizó como referencia para la discusión en varios momentos el PHPN (2005)<sup>(1)</sup> y el Manual de Prenatal: Embarazo de alto riesgo (2010)<sup>(6)</sup>. Una limitación de este estudio fue la negación de parte de algunos profesionales (médicos y enfermeros) para participar de la pesquisa, totalizando, al final, 76,3% de entrevistas con los profesionales envueltos en la atención pre-natal en las UBS del municipio de Rio Grande.

En la investigación, los profesionales entrevistados presentaron un 100% de conocimiento sobre la rutina de laboratorio que tiene que ser solicitada. Pero el conocimiento sobre la interpretación de los exámenes pre-natales y la conducta a ser seguida frente a los resultados demostró la falta de preparación de los profesionales para realizar la atención de forma adecuada. Cuando evaluamos la interpretación de los exámenes como valor de hemoglobina, glucemia en ayuno y la solicitud del coombs indirecto para las embarazadas Rh negativo, se puede observar que ni estos exámenes alcanzaron la totalidad de rutinas correctas.

La anemia por deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más prevalente en el embarazo. Los límites de referencia para la hemoglobina son menores en las pacientes embarazadas por la hemodilución fisiológica de la gestación, siendo considerada anemia los niveles de hemoglobina inferior a 11 g/dL. La deficiencia de hierro está correlacionada al aumen-

to de la mortalidad y la morbilidad materna, parto prematuro y bajo peso al nacer<sup>(10)</sup>. La alta prevalencia de anemia gestacional en países en desarrollo, dieta pobre en alimentos conteniendo hierro y el bajo costo del hierro medicamentoso, en comparación con los ensayos necesarios para que ocurra el seguimiento de la anemia en el laboratorio, constituyen algunos factores apuntados para justificar la implantación de programas de suplementación de hierro a todas las embarazadas. También se debe llevar en cuenta los riesgos postulados de la anemia por falta de hierro en las embarazadas, tales como: fatiga aumentada, reducción del desempeño laboral, estrés cardiovascular, resistencia reducida a la infección y baja tolerancia a la pérdida de sangre en el parto<sup>(11)</sup>. En el presente estudio, 17,2% de los participantes informaron valores superiores al 11g/dl de hemoglobina para diagnosticar la anemia. Este hecho puede llevar al uso excesivo de hierro, que está relacionado al posible efecto deletéreo y teratogénesis<sup>(10)</sup>.

A pesar de todos los profesionales referir la solicitud del tipo sanguíneo y del factor Rh como rutina obstétrica, 6,9% de ellos no asociaron la presencia de Rh negativo a la solicitud de coombs indirecto. La principal causa de la aloinmunización materno-fetal es la falla en la administración de inmunoglobulina anti-D. A pesar de las recomendaciones en relación a la profilaxis con inmunoglobulina ser divulgadas y conocidas, esta patología todavía afecta cinco a cada 1.000 embarazos. Además, la presencia de coombs indirecto positivo indica encamamiento inmediato de la gestante hacia el prenatal de alto riesgo<sup>(1,6)</sup>.

En relación al seguimiento de la diabetes gestacional, este aparece como siendo un examen solicitado por los entrevistados, denotando su importancia. En Brasil, la prevalencia de la diabetes gestacional en mujeres con más de 20 años, atendidas en el SUS, es de 7,6%, y de

estas, 94% de los casos presentan tolerancia disminuida a glucosa y 6% presenta diabetes pre-gestacional<sup>(6)</sup>. La hiperglucemia materna está relacionada a la cetoacidosis, mayor riesgo de infecciones, a las malformaciones y macrosomía fetal, parto quirúrgico y al síndrome de angustia respiratoria en el recién nacido<sup>(12)</sup>. Según el Ministerio de la Salud, todas las embarazadas, independientemente de presentar un factor de riesgo, deben realizar un examen de glucemia al inicio del embarazo. Su seguimiento es considerado positivo en las embarazadas con nivel de glucosa plasmática en ayuno igual o superior a 85mg/dL y/o en la presencia de cualquier factor de riesgo que desemboque en la diabetes gestacional. En la ausencia de factores de riesgo y glucemia en ayuno  $\leq$  85mg/dL, se considera seguimiento negativo y se debe repetir la glucemia en ayuno entre 24 y 28 semanas del embarazo<sup>(9)</sup>. En esta investigación fue usado como punto de corte para el seguimiento negativo el valor de 90mg/dl, pero, 27,6% de los participantes refirieron valores superiores a éste como normalidad glucémica. Esto implica en una menor solicitud de exámenes de tolerancia a la glucosa durante el período diabetogénico, y por consecuencia, un menor número de diagnósticos de tolerancia disminuida a glucosa.

Entre las rutinas investigadas en esta pesquisa, los exámenes referentes a las infecciones de posible transmisión vertical fueron los que presentaron mayor índice de interpretación y conducta incorrectas de los pre-natalistas. Por ejemplo, la sífilis, una enfermedad de fácil y accesible diagnóstico y tratamiento, con alto índice de morbimortalidad materno-fetal, presentó 86,2% de respuestas incorrectas de los participantes frente a un VDRL positivo. Además, algunos profesionales (6,8%) relatan no saber si debían o no tratar a la pareja. Hecho semejante fue encontrado en un estudio, que observó que sólo 21,1% de los obstetras presentaban

conocimiento básico adecuado en relación a la interpretación de los resultados de los exámenes de sífilis<sup>(5)</sup>. En Brasil, la prevalencia de sífilis en parturientes se encuentra en 1,6%, siendo cuatro veces mayor que la infección por VIH. En el 2005, cerca de 50 mil embarazadas fueron infectadas, con estimativa de 12 mil casos de sífilis congénita. En el 2009, en el país, la mayor proporción de los casos de sífilis congénita ocurrió en niños cuyas madres habían realizado el prenatal (75,5%). Entre las embarazadas que habían hecho el prenatal, 55,4% fueron diagnosticadas con sífilis durante el embarazo y de ellas, 53,7% no tuvieron sus parejas tratadas. Ese agravio es considerado un claro marcador de la calidad de la asistencia en la salud en el prenatal<sup>(4)</sup>.

En Brasil, se estima que 0,4% de las embarazadas sean seropositivas para VIH, lo que se traduce en aproximadamente 12.635 gestantes/parturientes portadoras del VIH/niños expuestos al año<sup>(4)</sup>. La mayor parte de los casos de transmisión vertical del VIH (cerca de 65%) ocurre durante el parto, y los 35% restantes ocurren intrauterino, principalmente en las últimas semanas de gestación, habiendo el riesgo adicional de transmisión post-parto por medio de la amamentamiento. La tasa de transmisión vertical del VIH, sin cualquier intervención, es aproximadamente de 25,5%. No obstante, diversos estudios demuestran reducción de la transmisión vertical de VIH para niveles entre 0 y 2%, por medio de intervenciones preventivas, tales como: el uso de antirretrovirales combinados; el parto por cirugía cesariana electiva para pacientes con carga viral desconocida o superior a 1000 copias; el uso de AZT en la parturiente y en el recién nacido y el no amamentamiento<sup>(13)</sup>. En nuestra investigación fue verificado que aún existen profesionales (6,9%) que, delante de un resultado positivo para VIH, relatan no saber la conducta a ser tomada. En el municipio de Rio Grande existe un servicio de referencia para

el prenatal de gestante VIH, siendo que hasta el momento de esta pesquisa se creía ser del conocimiento de todos los profesionales de la salud. Por eso, es preocupante el hecho de pasar desapercibido por los gestores de la salud que algunos profesionales no sepan cómo proceder frente a una embarazada con el resultado de anti-VIH positivo, debido a la magnitud y a la importancia de tal infección.

En relación al test de hepatitis B, 24,1% de los profesionales entrevistados no sabían qué hacer con el resultado del test de HBsAg reactivo, a pesar de que el municipio de Rio Grande dispone, a través de la Secretaría de Salud, la aplicación de la vacuna y de la inmunoglobulina en las primeras 12 horas del nacimiento. El Programa Nacional de Inmunización indica la vacuna contra hepatitis B, después del primer trimestre de gestación para las embarazadas que presentan serología negativa. Siendo así, se queda claro la obligación del examen de hepatitis B en el prenatal. Esta estrategia objetiva contribuir para reducir la transmisión vertical de la hepatitis B y de la tendencia de cronicidad (70% a 90%) que ocurre en la contaminación con edad precoz<sup>(14)</sup>. Otra medida importante para prevenir la transmisión vertical de la hepatitis B es el uso de vacuna y de la inmunoglobulina en los recién nacidos de madre con HBsAg positivo. Tal medida puede reducir la transmisión en hasta 95% de los casos<sup>(1,6)</sup>. Entonces, el dato encontrado en esta pesquisa es sorprendente, pues refleja la falta de conocimiento y de comunicación entre los profesionales pre-natalistas y los gestores de salud, además de indicar fallas en el proceso de capacitación de estos profesionales.

Otra infección investigada en este estudio fue la toxoplasmosis que, a pesar de no hacer parte de la rutina obligatoria del prenatal<sup>(1)</sup>, se encuentra insertada en la rutina del municipio, teniendo en vista que el estado de Rio Grande del Sur presenta alta prevalencia de esta en-

fermedad. Estudios realizados en Porto Alegre muestran una prevalencia de 38 a 40% de embarazadas con IgG e IgM negativos, por tanto con riesgo de contagio y transmisión vertical. En estos estudios, la tasa de infección aguda en el embarazo fue de 2,4 e 2,6%<sup>(15,16)</sup>. Ya que la toxoplasmosis, durante el embarazo, puede causar aborto, crecimiento intrauterino retardado, muerte fetal, prematuridad y malformaciones, es imperativo su prevención<sup>(1,6)</sup>.

La prevención de la toxoplasmosis debe ser realizada por medio de la orientación dada a las embarazadas con IgG e IgM negativas sobre las formas de contacto de la enfermedad. De modo que se debe alertar para: no ingerir carne cruda (principalmente puerco y embutidos), no contactar gatos (principalmente cachorros) y siempre que andar con tierra, usar guantes<sup>(1,6)</sup>. De acuerdo con los datos de esta pesquisa, sólo 58,7% de los participantes refirieron orientara las embarazadas con examen de toxoplasmosis IgG e IgM negativos sobre las formas de contagio de la enfermedad. Además de eso, 27,5% de los entrevistados no sabían cuál conducta tomar frente al examen de toxoplasmosis IgM reactivo. Se resalta que os pre-natalistas del municipio, además de no efectuar la prevención de la toxoplasmosis de forma efectiva, debido a que la orientación es la única forma de prevención, no saben cómo tratarla cuando esta ya fue contraída.

Cuando indagados sobre el examen de orina y el urocultivo, todos los profesionales confirmaron su solicitud. Tal vez por ser la infección urinaria el problema más común durante el embarazo, alcanzando 16 a 20% de las embarazadas<sup>(6)</sup>. Se resalta que, aunque el urocultivo no haga parte de la rutina obligatoria del MS, es la única forma de diagnosticar la bacteriuria asintomática que tiene como complicación la pielonefritis y el trabajo de parto antes del término.

Tanto la OMS<sup>(17)</sup> como el Ministerio de la Salud de Brasil<sup>(1)</sup> no preconizan el examen de

ultrasonografía como rutina prenatal, pero, en este estudio, se observó clara priorización de la ecografía obstétrica. Existe evidencia científica de que la realización precoz de la ultrasonografía durante el embarazo se relaciona a una mejor determinación de la edad gestacional, detección precoz de gestaciones múltiples y malformaciones fetales clínicamente no sospechosas<sup>(6,18,19)</sup>. No obstante, estudios confirman que el uso de la ultrasonografía como rutina en gestantes de bajo riesgo y después del segundo trimestre de gestación no presenta evidencias de impacto en la mortalidad y la morbilidad neonatal<sup>(18,19)</sup>. Se resalta que la ultrasonografía es un examen bastante deseado entre las embarazadas, por tanto los pre-natalistas muchas veces solicitan el examen cediendo a la presión de la paciente.

Hasta en relación al momento para realizar la segunda rutina de laboratorio durante el prenatal, los profesionales demostraron desconocimiento. Según el MS, los exámenes deben ser nuevamente solicitados en la 28ª semana de gestación. Para ampliar el margen de respuesta, esta investigación usó una tolerancia de 24 a 30 semanas, pero solamente 86,2% de las respuestas se encuadraron en este rango.

Los hallazgos de este estudio son preocupantes, ya que la excelencia de la asistencia prenatal depende tanto del atendimento a criterios cuantitativos de solicitud de exámenes, por ejemplo, como de la calidad del contenido de las consultas, de modo que posibilite intervenciones oportunas, para que los desenlaces maternos y neonatales sean adecuados<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Se concluye que la interpretación de los exámenes básicos del PHPN constituye un importante punto de fragilidad de la asistencia prenatal en el municipio de Rio Grande. El hecho

de que la embarazada vaya a todas las consultas propuestas y disponerse a realizar todos los exámenes solicitados, no significa que los mismos estén siendo efectivamente analizados, ya que eso depende invariablemente de la conducta del profesional. Para garantizar un atendimento y un acompañamiento adecuado a la embarazada es necesario evaluar el conocimiento de los profesionales y principalmente, cómo él está siendo aplicado en la práctica.

El mayor desafío en evaluar la calidad del prenatal, enfocando a los profesionales y sus posibles equívocos, y no los prontuarios o las tarjetas de la gestante, es responsabilizarlos como principal factor influyente en la relación salud-enfermedad para la mujer y el niño, independiente de las condiciones económicas o culturales de la embarazada. Por eso la importancia de capacitar a todos los profesionales envueltos, médicos y enfermeras, en tempo hábil y, principalmente, hacer con que la información técnica sobre lo que es preconizado por el MS sea parte de sus conductas.

Los datos obtenidos en este estudio pueden subsidiar el planeamiento de intervenciones y la toma de decisiones ligadas a la mejoría de la calidad de la atención prenatal en la red de servicios municipales. Tal proposición podrá contribuir para reducir la mortalidad materna y perinatal, considerada un indicador sensible de la adecuación de la asistencia obstétrica y neonatal y del impacto de programas de intervención en esta área, por la relación estrecha que guarda con la asistencia prestada a la embarazada y al recién nacido.

## CITAS

1. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada - manual técnico. Brasília; 2005.

2. Gonçalves CV, Cesar JÁ, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad saúde pública*. 2009; 25(11): 2507-16.
3. Carniel EF, Zanolli ML, Reis de Góes Monteiro Antônio MA, Morcillo AM. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. *Rev bras epidemiol*. 2008; 11(1): 169-79
4. Cesar JA, Mano PS, Carlotto K, Gonzalez-Chica DA, Mendoza-Sassi RA. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev bras saúde matern infant*. 2011; 11(3): 257-63.
5. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunehiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(6): 1293-300.
6. Barros M. Lima L. Oliveira E. Assistência pré-natal no município de quixadá: um estudo descritivo. *Online braz j nurs [Internet]*. 2012 Sept [cited 2012 Sep 20] 11(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3782>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20120029>
7. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Duarte G. Sífilis e gravidez e a história continua! *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(2): 49-51.
9. Ministério da Saúde. Pré-natal: gestação de alto risco. 5. ed. Brasília; 2010.
10. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Corrêa da Silva T. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad saúde pública*. 2011; 27(4): 787-96.
11. Uchoa JL, Sales AAR, Joventino ES, Ximenes LB. Indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal: realidade de gestantes atendidas em unidade de saúde da família. *Rev enferm UFPE on line*. 2010; 4(1): 209-17.
12. Rizzetti Anversa ET, Nader Bastos GA, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad saúde pública*. 2012; 28(4): 789-800.
13. Brandão AHF, Cabral MA, Cabral ACV. A suplementação de ferro na gravidez: orientações atuais. *Femina*. 2011; 39(5): 285-9.
14. Dal Pizzol TS, Justo Giugliani ER, Mengue SS. Associação entre o uso de sais de ferro durante a gestação e nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer e muito baixo peso ao nascer. *Cad saúde pública*. 2009; 25(1):160-8.
15. Persson M, Pasupathy D, Hanson U, Westgren M, Norman M. Pre-pregnancy body mass index and the risk of adverse outcome in type 1 diabetic pregnancies: a population-based cohort study. *BMJ Open*. 2012 [cited 2012 Sept 03] 2(1): [about 9 p.]. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000601.full>
16. Ministério da Saúde. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
17. Ministério da Saúde. Nota técnica referente à vacinação de gestantes contra hepatite B na rede do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
18. Varella IS, Wagner MB, Darella AC, Nunes LM, Müller RW. Prevalência de soropositividade para toxoplasmose em gestantes. *J pediatr (Rio J)*. 2003; 79(1): 243-8.
19. Reis MM, Tessaro MM, D'Azevedo PA. Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes de um hospital público de Porto Alegre. *Rev bras ginecol obstet*. 2006; 28(3): 158-64.
20. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunehiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6): 1293-300.

---

**Recibido:** 06/11/2012

**Revisado:** 06/08/2013

**Aprobado:** 03/09/2013