

**ESCUELA DE ENFERMERAS DE GUADALUPE A.C.
INCORPORADA A LA U.N.A.M
CLAVE 3041**

Factores institucionales que condicionan la baja asistencia de la embarazada al servicio de Enfermería Materno Infantil en la unidad de medicina familiar # 94

**Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

Presenta:

López Alvarez Maria Margarita

**Asesores
L.E.O. Maria Elena Franco Morales**

MEXICO D. F.

JUNIO 2006

AGRADECIMIENTOS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI AMIGA LETICIA PEDRAZA MARTINEZ

Gracias por haberme ayudado a lo largo de toda la carrera por dedicarme tu tiempo porque gracias a ello me han permitido superarme, gracias a ti, he logrado las metas que hasta ahora me he propuesto, por eso, te digo que “una hermana podría no ser siempre mi amiga pero tu amiga siempre serás mi hermana.” ! Gracias!

A MI HERMANA YOLA

Por ayudarme y apoyarme siempre en todo momento de mi carrera y estar siempre a mi lado, aunque, no sea físicamente se que aunque estés lejos, siempre, estas al pendiente y pensando en tu hermana. ¡Gracias!

A LA LIC. MARIA ELENA FRANCO MORALES

Por dedicarme su tiempo en el asesoramiento y revisión de la tesis y a lo largo de toda la carrera gracias, por estar siempre conmigo.

A SOR JOSEFINA J. APARICIO GONZALEZ

Por haber creído en mi, darme su confianza y apoyo en mi carrera .cuando pensaba desertar de la escuela ¡gracias!

DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIOS

**Por que gracias a sus presiones y exigencias durante el servicio social pude
lograr avanzar en la tesis ¡gracias ¡**

**A DIOS Y A MI MADRE POR HABERME DADO LA VIDA Y PERMITIRME VIVIR
POR GUIAR MIS PASOS DIA A DIA, PARA SUPERARME Y LOGRAR MIS
OBJETIVOS.**

**GRACIAS A TODAS ESAS PERSONAS, MAESTROS, COMPAÑEROS Y
AMIGOS QUE ME BRINDARON SU AYUDA Y COMPRESION.**

INDICE

	Páginas
A3 Introducción	5
A4 Identificación del problema	6
A5 Marco teórico	7
1 Antecedentes historicos de la EMI	
11 Programa EMI	
Acciones de enfermeria	
Condiciones para que el medico envie a EMI	
111 Aspectos estadisticos comunes en el embarazo	
Concepto de calidad en el derechohabiente	
Trabajos realizados dentro del mismo marco	
A6 Objetivos	21
A7 Diseño de estudio	28
A8 Análisis de resultados	31
A9 Conclusiones	33
A10 Anexos	36
A11 Bibliografía	61

INTRODUCCIÓN

A través de la historia, la permanencia humana ha sido motivo de diversas investigaciones científicas para asegurar la permanencia del ser humano y por ende, el cuidado de la embarazada y su recién nacido. Esta responsabilidad se representa en la Tlamatquitciti, que es la mujer encargada del embarazo, la cual se destaca por sus conocimientos y habilidades, ella es considerada la figura principal en la vida de la mujer embarazada indígena mexicana.

Solo la Tlamatquitciti, puede asistir a la embarazada, solo ella puede dar las indicaciones que debe seguir la parturienta y ella decide en caso de presentarse complicaciones que es lo mejor para salvaguardar la vida de la madre y su hijo.

La constancia en la atención continua y la opinión de la Tlamatquitciti, tuvieron que garantizar a la embarazada un exitoso parto, por esta razón tuvo que ser importante la educación y la concientización que debió seguir la embarazada para garantizarle un alumbramiento sano, por lo que la Tlamatquitciti, tuvo que seguirse preparando para responder a las complicaciones, que se le iban presentando y estos conocimientos se siguieron de generación en generación, hasta llegar hasta nuestros días a través de la enfermera materno infantil y precisamente en los años de 1905 surge de manera institucional, la primera escuela de enfermería que tuvo la tarea de llevar conocimientos científicos, para asistir de manera profesional a la embarazada.

Después de aparecer en el ámbito médico, el Seguro Social promulga una ley para que se reconozca a la Enfermera como una profesionista. Bajo esta perspectiva la Enfermera ha de asistir a la embarazada con conocimientos que le permitan asegurar un buen seguimiento y encauzarla para percatarse de cualquier anomalía en su embarazo.

Por lo que se hace indispensable que el IMSS en el año de 1983, prepare al personal de Enfermería, para responder a la necesidad de atender desde el inicio hasta la canalización de la embarazada, en el momento del parto y es el momento de la presencia de la enfermera materno infantil (EMI).

En la UMF #94 las EMI tienen la misión de orientar a la embarazada y así disminuir riesgo de mortalidad materna.

En la unidad de medicina familiar # 94 en el año 2004 atendió 6 974 consultas de embarazo; por primera vez el 15.6% y subsecuentes el 84.7%, de estas EMI solo atendió el 9.6%.

Tal vez la poca información que tiene la embarazada acerca del servicio de EMI, la hace ser desconfiada y no se presenta al servicio, ya que las creencias son más fuertes en cuanto a que solo el médico es el que debe atenderla, por ello se hace indispensable la difusión del excelente servicio que dan las EMI.

Las EMI no son enfermeras improvisadas, sino que han llevado una capacitación que las hace responder como enfermeras profesionales en la atención del embarazo y el recién nacido.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O PROBLEMA.

Debido a que en la estadística de atención a las pacientes embarazadas se ha observado que en el servicio de Enfermería materno infantil tiene una baja productividad; pues de 6 974 (100%) consultas de embarazo sólo EMI atiende 567 es decir el (8.13%)

Se hace necesario indagar los factores multidisciplinarios que repercuten en este fenómeno y donde se esta desaprovechando el servicio al no presentarse la embarazada a Enfermería materno infantil, donde la habrán de orientar para desarrollar actitudes, conductas y hábitos favorables para el autocuidado de su salud materna y perinatal.

Las cifras de la poca asistencia de las embarazadas alarman al equipo de Enfermería materno infantil, y a los directivos de la unidad de medicina familiar # 94, luego entonces ¿será que los médicos familiares no confían en el servicio de Enfermería materno infantil y no canalizan a la embarazada a este servicio?. Por lo que bajo estas premisas se hace urgente abatir las causas para mejorar y elevar la productividad de Enfermería materna infantil en la unidad de medicina familiar # 94.

MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En su lucha por sobrevivir el ser humano ha construido costumbres y creencias, que al paso del tiempo le han permitido superar las vicisitudes propias de la evolución. El cuidado de la mujer embarazada de una u otra forma y en cualquier momento de la historia ha tenido la finalidad de asegurar la permanencia de la especie, aseveración sustentada en la historia cultural de las distintas civilizaciones. Ejemplo de ello lo constituye la cultura mexicana en la que prevalecía la creencia de que solo una mujer es capaz de entender los trances de la maternidad, de tal situación surge la figura de la Tlamatquicitl, quien fue una mujer con gran reconocimiento social en su época debido al extenso conocimientos que poseía sobre: los efectos beneficios de la herbolaria, los cuidados indispensables de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, los cuidados necesarios del recién nacido hasta una edad de 2 años y el espaciamiento de los embarazos a través de métodos de anticoncepción. ⁽¹⁾

En el momento, en que una mujer se sabía embarazada, la Tlamatquicitl iniciaba los rituales correspondientes a la ocasión, era incluida como un miembro más de la familia, lo que le permitía una participación activa en la vigilancia del embarazo.

Orientaba a la mujer preñada sobre aspectos de higiene y cuidados que debía tener en el transcurso de la gestación; cuidaba también de la higiene mental de la embarazada y el producto, para ello recomendaba evitar no enojos, sustos, sobresalto y estrés. Como medida de prevención de posibles alteraciones físicas en el recién nacido cuidaba que los antojos fueran satisfechos.

La orientación y promoción de la lactancia materna era un punto que no podía quedar fuera de la vigilancia del embarazo. En su papel de sacerdotisa encomendaba a la embarazada a la diosa Xochiquetzal para asegurar que el embarazo llegara a feliz término. ⁽¹⁾

Posterior al parto su participación era de gran importancia, ya que se

encomendaba a la parturienta a las diosas del puerperio: Metlacueye y Macilxochitl, vigilaba la cuarentena, efectuaba los baños de temascal y daba consejos sobre la alimentación para esta etapa, la cual consistía en atoles con raíces.

Recomendaba también el aseo y el reposo personal y enseñaba a la madre cómo cuidar a su hijo. Dicha vigilancia y educación continuaban hasta los dos años en los que hacía hincapié en la importancia de la lactancia materna para evitar un embarazo inmediato. Como consejera matrimonial orientaba a la pareja sobre el cómo lograr ser buenos padres y sobre las normas morales sexuales; así mismo, detectaba enfermedades de origen sexual y daba el tratamiento más conveniente. ⁽¹⁾

En la atención del recién nacido la Tlamatquiticitl, también se involucraba, los rituales formaban parte de la bienvenida al nuevo ser, a la niña se le explicaba su papel femenino dentro de la sociedad y se otorgaban los cuidados correspondientes al cordón umbilical enterrándolo entre las cenizas del hogar. Con respecto de los niños el cordón umbilical se entregaba a los guerreros, éstos cumplían con enterrarlo en los campos de batalla con la intención de que el niño fuera un buen guerrero.

Después se bañaba y vestía al recién nacido y se entregaba a la madre; de ésta manera se fortalecía el acercamiento inmediato entre ambos. La responsabilidad de la Tlamatquiticitl concluía con el destete, evento para el cual se efectuaba un banquete. ⁽¹⁾

Es importante señalar que la labor de la Tlamatquiticitl era regulado a través de una licencia profesional, para lo cual tenía que cumplir con el requisito de haber tenido por los menos un hijo y acreditar un examen de destreza. La presencia de este personaje se diluyó con la conquista española,

Dando paso al empirismo; la atención se redujo a la asistencia de la mujer exclusivamente durante el parto, actividad realizada por aquellas indígenas que

los españoles creían podían tener mayor experiencia.

Es así como el conocimiento heredado de generación en generación y que llegó a respaldar el trabajo de la Tlamatquicitl se perdió. Es pertinente comentar que estas mujeres sólo atendían a la población conquistada, ya que las mujeres españolas eran atendidas por los médicos españoles, lo cual marcó el precedente de una atención médica clasista. ⁽¹⁾

Durante la época de la colonia la iglesia tuvo ingerencia directa sobre el cuidado de la salud, al ser los encargados de administrar los recursos de los hospitales; como consecuencia lógica; éstos eran atendidos por religiosas quienes efectuaban las funciones inherentes de enfermería. Al respecto, el Arzobispo Nuñez de Haro ordenó a los sacerdotes de la Nueva España que en caso de falta de cirujano, ellos mismos tenían la responsabilidad de extraer al producto del vientre de la madre por medio de una operación cesárea con el fin de salvar el alma y tal vez la vida, en caso de que los familiares no acataran tal disposición, se le adjudicaba responsabilidad penal. Con el advenimiento del capitalismo se recrudeció la conducta discriminatoria hacia las mujeres curanderas y parteras (denominadas por el vulgo como matronas o comadronas). Por su parte el médico las relegó a la categoría de ayudantes, sus funciones se redujeron a las de tipo manual como bañar al recién nacido o cambiarlo de ropa. ⁽¹⁾

La revolución mexicana trajo como consecuencia una mayor participación de la mujer en la atención materno infantil a través de las soldaderas quienes asumieron en ocasiones la función de parteras. No es sino hasta el año de 1905 cuando surge la primera escuela de enfermería de la Ciudad de México ubicada en el Hospital General. Desde sus inicios y hasta 1974 estuvo dirigida por médicos, por lo que la formación de sus egresados estuvo enfocada hacia la curación y rehabilitación con enfoque de apoyo al quehacer médico. ⁽¹⁾

La institucionalización de la atención a la salud se concretó con la promulgación

de la Ley del Seguro Social en 1943. Ubicando al Médico como el pilar fundamental del cuidado de la salud y a la enfermera con la profesionista que le auxilia. 1957 marcó el inicio a la actividad educativa formal de la enfermería con el surgimiento de la Enfermera Sanitarista, quien habiendo recibido una capacitación específica se hizo cargo del cuidado de la atención materno –infantil. ⁽¹⁾

El modelo de atención que prevaleció desde esa época en las diferentes instituciones no alcanzó a cubrir las necesidades de salud demandantes, por lo que la mortalidad materna e infantil, continuó dentro de las primeras causas de mortalidad general.

SURGIMIENTO DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL

En 1975 la mortalidad perinatal llegó a ocupar el quinto lugar como causa de mortalidad general en el grupo del menor de cinco años, condición que propició el establecimiento de estrategias encaminadas a modificar dicha situación. A estos antecedentes se sumó la Conferencia sobre Atención Primaria llevada a efecto en Alma Ata en 1978, reunión de trascendencia para la salud materno infantil, pues en ella se determinó la atención a este grupo como estrategia prioritaria. Como respuesta a esta situación el IMSS estructuró un programa con el propósito de hacer eficiente y accesible los servicios de salud a la población materna e infantil con una visión de prevención e integralidad, surgiendo en 1982 el Programa Materno Infantil (PMI) con objetivos bien determinados: mejorar la calidad de la atención; optimizar recursos e incrementar la cobertura de mujeres en etapa pre-gestacional, intergestacional, mujeres embarazadas y niños menores de cinco años.

Este programa se concretó en el año de 1983 con la transformación de la enfermera general a enfermera materno infantil, para quienes se establecieron funciones bien específicas en el campo de la educación para la salud. Por tal

motivo, se establecieron como cualidades inherentes al innovador perfil de la enfermera: a) Facilidad de palabra, b) Saber escuchar, c) Habilidad para dar pláticas y d) facilidad para relacionarse.

Otros requisitos fueron; tres años de antigüedad como mínimo; haber laborado en los servicios de ginecoobstetricia, tocoquirúrgica o pediatría y aprobar el curso teórico práctico de materno infantil con duración de 80 horas. No fue, sino hasta 1990 que mediante un convenio el IMSS y el sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS se formalizó la categoría Enfermera Especialista Materno Infantil (EMI) transformando por única ocasión la plaza de las enfermeras generales con funciones en el programa⁽¹⁾

ACCIONES DE LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL

Desde sus inicios la EMI ha tratado de recuperar implícitamente el reconocimiento ancestral que tenía la Tlamatquicitl, teniendo como principal campo de acción el primer nivel de atención y sus funciones se enfocan en:

- Identificar signos de alarma o riesgo en la embarazada de bajo riesgo a través de la interpretación de resultados de laboratorio, el monitoreo mensual del crecimiento uterino, peso, presión arterial y búsqueda intencionada de edema y foco fetal.⁽¹⁾
- Proporcionar educación personalizada y acorde a los riesgos identificados con un enfoque de autocuidado de la salud y prevención.⁽²⁾

Descripción de la actividad de la Enfermera Materno Infantil. ⁽²⁾

- Recibe a las embarazadas de bajo riesgo derivadas por el médico familiar.
- Consulta la información contenida en el expediente clínico en las formas MF-5/2000 “vigilancia prenatal, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico” y en la MF-6/2000 “nota de atención médica” para continuar la vigilancia de la embarazada. ⁽²⁾

- Realiza interrogación de signos o síntomas a nivel de los diferentes sistemas o aparatos:

Digestivo: vómito, pirosis y constipación

Urinario: polaquiuria, disuria, tenesmo vesical y dolor suprapúbico

Genital: sangrados, salida de líquido amniótico y leucorrea

Cardiovascular: cefalea persistente, acúfenos, fosfenos, tinitus y edema.

Percepción de movimientos fetales

Tolerancia a actividades básicas y laborales. Y el manejo de sustancias tóxicas

Realiza exploración física completa con énfasis en: Peso, talla, TA, fondo uterino y búsqueda de edemas.

- Revisa e identifica alteraciones de resultados de estudios de laboratorio: EGO, BH y Glucosa.
- Entrega a la embarazada las solicitudes de laboratorio de acuerdo a las semanas de gestación y al esquema siguiente:
 - Biometría hemática entre la 18 a 20 semanas y entre la 32 a 34
 - General de orina entre las semanas 24 a 30 y a la semana 36
 - Glucemia en la semana 28 y a la semana 32.
- Otorga educación personalizada a la embarazada y su pareja de acuerdo a la presencia de factores de riesgo y de síntomas y/o signos de manera pertinente a la evolución del embarazo a fin de que desarrollen actitudes, conductas y hábitos favorables para el autocuidado de la salud materna y perinatal.
- Entrega documentación para recibir medicamentos: (ácido fólico, sulfato ferroso)
- Realiza envío a dental y Medicina Preventiva con base a factores de riesgo y medidas de prevención pertinentes.
- Otorga cita. ⁽²⁾

CONDICIONES PARA QUE EL MEDICO FAMILIAR ENVIE A ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

El Médico Familiar puede enviar a la embarazada a atención con la EMI a partir de la segunda consulta prenatal, momento en que a través de la clínica y el laboratorio puede determinar que el embarazo es de bajo riesgo, siempre y cuando este curse con menos de 30 semanas de gestación.

El procedimiento que sigue es el registró de la atención en la MF-5/2000 en la que señala diagnóstico y tratamiento establecido, así como la fecha en que hace el envío. Proporciona y elabora hoja de consentimiento informado y en la forma MF-6/2000 precisa las indicaciones de manejo que deberá realizar la EMI durante la atención prenatal que proporcionará a la embarazada, esta debe llevar visto bueno del Jefe de Departamento Clínico. Requisita y entrega forma MF-SS/2000 (solicitud de servicio dentro de la unidad de medicina familiar) a la embarazada, quien acude con asistente médica de la EMI, la que proporciona citas subsecuentes.

La EMI, regresa a la embarazada con el Médico Familiar en la semana 35, para que ésta reciba su hoja de envío al Hospital Tlatelolco, y en caso de ser trabajadora para que reciba su incapacidad.

ESTADISTICAS DE LOS PROBLEMAS QUE SON MAS COMUNES EN EL EMBARAZO

Hoy en día para algunas personas es difícil concebir a la enfermera, fuera del ámbito hospitalario, con una misión diferente a la curativa. Generalmente la

enmarcan como un personaje mitigador del dolor, relacionado con la enfermedad e incluso con la muerte; pierden de vista que ella integra múltiples acciones manifestadas en diferentes campos de acción, como actuar antes de que el dolor, la enfermedad y la muerte hagan acto de presencia en el individuo y la familia del mismo. ⁽¹⁾

Tal vez por ello el impacto de las actividades de la EMI no ha sido el esperado ,pues ,la mortalidad materna continua presentando tasas elevadas. Las causas principales de esta situación entre los años de 1980 a 1997 están representadas por: aborto en un 8.5% hemorragia del embarazo y parto en un 19.7%, toxemia en el embarazo con 36.3% infecciones genito-urinarias con un 0.7%, parto obstruido con 1.0% complicaciones del puerperio en un 8.4% y otras causas en un 25.4%. ⁽³⁾

En la región de la Raza en el año 2001 reportó como causas de muerte materna a la preeclampsia con un 48.5%, hemorragia del embarazo del parto y de puerperio con el 16.7%, sepsis puerperal con 6.1%, abortos con 8.9% y otras causas con un 19.8%. Al analizar las muertes maternas en el 51.7% no se dispuso de información acerca de la atención recibida durante el embarazo, en el 48.3% de los casos en que si se contó con información un hallazgo de importancia que el 20.4% de las mujeres que fallecieron carecieron de vigilancia prenatal y de las pacientes con atención prenatal 14.8% asistió a menos de 5 consultas. ⁽⁴⁾

De acuerdo al análisis de las condiciones clínicas de estas pacientes, los Comités Institucionales de Mortalidad materna dictaminaron que el 24.8% de las defunciones eran potencialmente previsibles al ingreso a la Unidad Médica, en el 16.1% se considero que la responsabilidad principal radico en la propia paciente. ⁽⁵⁾

Ante esta situación los esfuerzos por identificar y mejorar la calidad de la atención médica han sido múltiples y han evolucionado al desarrollarse nueva herramientas y sistemas de trabajo. ^{(6) (7)}

El concepto de Calidad de la atención médica se define como el conjunto de atributos de la relación que se establece entre el prestador de servicios con el usuario y que refleja la capacidad de satisfacer una serie de necesidades concretas en ambos. Situación que finalmente genera un sentimiento de conformidad o disconformidad por los servicios recibidos. ⁽⁸⁾

CONCEPTO DE CALIDAD DEL DERECHOHABIENTE

De la mano al concepto de Calidad, se sitúa el concepto de satisfacción, que se define como la sensación de bienestar que experimenta el individuo o una sociedad, trasladando esta definición al campo de la medicina podría ser entendida como "la sensación de bienestar que experimenta el individuo o la familia que recibe la atención médica, como resultado de la congruencia que encuentra entre sus expectativas y su apreciación de la calidad de la atención médica que se le proporcionó ", será pues el juicio final que los derechohabientes se forman de la atención recibida.

Cuando nos referimos a la satisfacción del prestador de servicios de atención médica la definimos como "la sensación de seguridad y bienestar que experimenta el personal institucional por la atención médica que proporciona de manera directa e indirectamente, al individuo o la familia, así como la congruencia que encuentra entre sus expectativas y las condiciones de trabajo existentes para prestar su servicio, las oportunidades de desarrollo que recibe y el reconocimiento que le brinda la institución por el trabajo realizado." ⁽⁸⁾

Como producto de Investigaciones previas sobre este campo, se han podido identificar algunos de los factores que influyen sobre el grado de satisfacción del paciente, entre los que destacan:

1. El trato amable y cortés brindado por prestador de servicios durante la atención al derechohabiente.

2. Orientación otorgada sobre el o los procedimiento(s) que se realizan al paciente.
3. La seguridad, limpieza y comodidad del área física de los servicios donde es atendido el paciente.
4. El trato personalizado y cálido del paciente por parte del personal.
5. La oportunidad con que se brinda la atención.
6. La orientación que se da a los pacientes acerca de su tratamiento y la ubicación de los servicios.
7. Integración de áreas en beneficio del usuario y procesos de modificación de acuerdo a los requerimientos del paciente. ^{(8) (9)}

METODOLOGIA PROPUESTA PARA ALCANZAR LA CALIDAD

El Dr. Donabedian señala que existen tres instancias implicadas en el proceso de Calidad:

- **Estructura** se refiere a la toda la infraestructura física y organizacional de las instituciones de salud (comodidad en las instalaciones físicas, organización, etc.).
- **Proceso** entendido como aquellos procedimientos y acciones realizadas en la atención de los pacientes (relaciones interpersonales y actividades técnicas).
- **Resultado** como resultado de los dos procesos anteriores el usuario y el prestador de servicio realizan un juicio propio sobre la atención y relación establecida. ^{(8) (9) (10)}

En nuestro país los primeros trabajos sobre calidad se iniciaron en el año de 1956, en el entonces recién inaugurado Hospital de La Raza, por un grupo de médicos interesados en los aspectos de calidad.

Dicha labor dio origen a la Comisión de Supervisión Médica, cuyos logros fueron aprovechados por la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para elaborar el documento Auditoria Médica. En 1972 el IMSS modernizó el proceso de Auditoria Médica con la emisión de la cédula para la evaluación médica y un año después con el instructivo de manejo del expediente clínico.⁽¹¹⁾

Entre 1972 y 1976 González Montesinos y colaboradores publicaron varios trabajos en los que validaron la cédula de evaluación propuesta para el expediente clínico.

En ese mismo tenor para el año de 1984 González Posada, Merelo Anaya, Aguirre Gas y Cabrera Hidalgo utilizaron este instrumento para la evaluación integral de la calidad de la atención médica. La propuesta vertida ahí sirvió de base para la edición de los documentos normativos para la Evaluación de la Calidad de la atención en Unidades Médicas del IMSS por parte de la Subdirección General Médica.⁽¹¹⁾

La metodología propuesta para alcanzar la calidad incluyen: la evaluación permanente de los procesos, la integración de un diagnóstico situacional, la identificación de problemas y procesos inconsistentes y de baja calidad, el uso de una planeación estratégica y el análisis comparativo de referencia internas con base en referencias externas. En los años de 1992 / 1993 se evaluó la calidad de la atención médica en 42 Unidades Médicas del tercer nivel del IMSS. Los resultados de este estudio señalan que la mayor parte de los problemas se encuentra en los recursos físicos (38%), en menores porcentajes en el proceso de la atención (19%), la organización (15%), cobertura de personal (18%) y los insumos (10%).⁽¹¹⁾

El Dr. Héctor Aguirre Gas con el propósito de contar con herramientas que permitan una evaluación objetiva de la calidad de las instituciones medicas, construyo un instrumento que permitiera identificar los factores, que condicionan la satisfacción del usuario desde los tres niveles que integran el proceso de la atención médica: Estructura, Proceso y Resultados.⁽¹⁰⁾

Este instrumento será utilizado en este estudio, tiene la característica de ser una lista de cotejo con opción de respuesta dicotómica para Si – No. Su validez respecto a constructo, criterio y contenido ha sido respaldada por los integrantes de la Secretaria General de la Comisión Americana Medico Social, quienes señalan que este instrumento tiene aplicabilidad general en el ámbito de trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por las características de instrumento no es posible determinar confiabilidad del mismo.

Dadas las adecuaciones que se realizaron del instrumento, se solicito validación por expertos en este caso fueron 3 enfermeras del área de materno infantil y dos jefes de departamento clínico, tras 3 rondas de sugerencias y adecuaciones el instrumento finalmente quedo integrado de la siguiente forma: El instrumento con base a las necesidades de nuestra investigación se subdividió en dos encuestas una de aplicación con la embarazada y otra con el médico familiar. La encuesta de la embarazada, se integro por 24 preguntas dicotómicas para Si y No distribuidas de la siguiente manera:

Los factores relacionados con la Estructura se exploran por las preguntas: 1, 2, 3, 4 y 22. Los factores relacionados con el Proceso se exploran con las preguntas: 5 a 21 y Los Factores relacionados con los Resultados se exploran con las preguntas: 23 y 24.

La encuesta destinada para el Médico Familiar, consta de 19 preguntas con opción a 5 respuestas que van de excelente, regular, suficiente, deficiente y no procede, distribuidas de la siguiente manera:

Los factores relacionados con la Estructura se exploran por las preguntas: 1 a 5.

Los factores relacionados con el Proceso se exploran con las preguntas:

6 a 18 y Los Factores relacionados con el Resultado se exploran con la pregunta: 19. Esta encuesta tiene la característica de no categorizar la calidad de la atención, sino solo proporcionan la frecuencia con que el evento investigado se presenta.

ANTECEDENTES SOBRE TRABAJOS REALIZADOS EN EL MISMO RUBRO

En el año 1990 en la UMF No 3 de Ciudad Valles se realizó estudio descriptivo comparativo sobre la asistencia al servicio de EMI, para ello se formaron 3 grupos; el primero correspondió a 40 embarazadas de bajo riesgo, el segundo a 40 embarazadas de alto riesgo y el tercero a 40 madres en control de niño sano. ⁽¹²⁾ Los resultados muestran que para el primer grupo el 79% de ellas asistió a control prenatal en promedio de 6 consultas con médico familiar y/o EMI. La escolaridad promedio que refirieron fue de nivel primaria. El 98% de estas embarazadas fueron atendidas dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y el 2 % restante en otras instituciones de salud.

El 10% de estas se complicaron durante la atención perinatal, ya que el parto fue resuelto por fórceps o cesárea. ⁽¹²⁾

En el segundo grupo se encontró que el 87% de las embarazadas habían asistido a control prenatal y orientación, sin embargo solo el 35% de ellas mostró una conducta informada en el momento del parto. ⁽¹²⁾

En el tercer grupo el 90% de ellos acudieron en promedio a 4 consultas de control de niño sano y el 76% de ellos presentó en promedio 3 consultas por padecimiento gastrointestinal o respiratorio. ⁽¹²⁾

En los años 1997-98 se realizó un estudio descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del IMSS, con el objetivo de evaluar la calidad de la atención que brinda la enfermera materno infantil, la frecuencia con que se utiliza la atención de la EMI y grado de satisfacción de usuarios y prestadores de servicio para lo que se aplicó un instrumento para identificar satisfacción de usuarios y otro para identificar satisfacción de la EMI. Los resultados de este estudio señalan que el promedio de consultas mensuales fue de 240, el mayor porcentaje del motivo de la consulta al Servicio de Materno-Infantil fue el control del niño menor de un año en un 81.2%, en tanto que la atención prenatal solo alcanzó un 18.8%, identificando como causa de esta situación que los médicos familiares canalizan a pocas pacientes a este programa, en cuanto a la satisfacción esta fue buena el 93.87% mencionaron el trato como amable y cordial, el 80.95% expresaron que el trato de la EMI les inspiró confianza, el 71.42% refirieron que el lugar donde se les

atendió fue cómodo y adecuado, el 63.20% esperaron más de 10 minutos en ser atendidas y el 73.46% expresaron estar satisfechas con este programa. ⁽¹³⁾

En el año 2004 en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 se otorgaron 6 974 consultas de embarazo, de estas 15.6% (1093) fueron de primera vez y 84.7% (5881) subsecuentes, la Enfermera Materno Infantil (EMI) proporcionó 9.6% (567) de la consulta subsecuente de embarazo. Situación que identifica una baja utilización de este servicio y que tal vez pueda verse reflejada en las estadísticas actuales de morbi-mortalidad materna que señalan una tasa de mortalidad perinatal del 1.7. Sin embargo a pesar de la importancia que tiene la función de la EMI, se desconocen las causas que originan la baja utilización de este servicio en la UMF 94, es por eso que mostraremos nuestro universo de trabajo, población y muestra estas cifras fueron sacadas de los cuestionarios aplicados a médicos y pacientes

Universo de trabajo

Mujeres con diagnóstico de embarazo 6974 (100%) y médicos familiares de la unidad de medicina familiar # 94 75 (100%)

Población

Mujeres embarazadas de la unidad de medicina familiar # 94 567 (8.13%)

Médicos de la unidad de medicina familiar # 94.49 (65.3%)

Muestra

101 embarazadas 17.8% y 49 médicos familiares 65.3% de la unidad de Medicina familiar # 94

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de tipo institucional que condicionan una baja asistencia de la embarazada al servicio de Enfermería Materno Infantil de la UMF 94.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los factores relacionados con la estructura de la unidad que condicionan una baja asistencia de la embarazada al servicio de Enfermería Materno Infantil de la UMF No. 94.
2. Describir los factores relacionados con el proceso que condicionan una baja asistencia de la embarazada al servicio de Enfermería Materno Infantil de la UMF N° 94.
3. Proporcionar los resultados que condicionan la baja asistencia de la embarazada al servicio de Enfermería Materno Infantil de la UMF No. 94.
4. *Lograr la investigación durante el año de servicio*

HIPOTESIS GENERAL

Existen factores de tipo institucional que influyen y condicionan la baja productividad en el servicio de Enfermería materno infantil de la unidad de medicina familiar # 94

HIPOTESIS DE TRABAJO

A mayor existencia de factores relacionados con la atención a mujeres embarazadas, será menor productividad en el servicio de Enfermería materno infantil de la unidad de medicina familiar # 94.

HIPOTESIS NULA

A menor cantidad de factores relacionados con la asistencia a la consulta de será mayor su productividad Enfermería materno infantil de la unidad de medicina familiar # 94

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En el transcurso de la existencia humana se han unido esfuerzos médicos y sociales con el propósito de promover una maternidad sin riesgo, nuestro país no escapa a esta situación, desde tiempos inmemorables ha existido la preocupación por el cuidado de la embarazada; en la actualidad las instituciones de salud basan las estrategias de protección a la salud del binomio madre-hijo en la evaluación de la morbilidad y mortalidad materna.

La evaluación de la calidad del sistema de atención a la embarazada se ha convertido en un proceso prioritario para el sistema de salud de nuestro país. Desafortunadamente, un gran número de muertes maternas siguen ocurriendo a causa directa y/o indirecta por complicaciones obstétricas, las cuales tienen la característica de ser altamente previsibles o controlables mediante una adecuada vigilancia del embarazo. Es así como la preclampsia en 48.5%, la hemorragia del embarazo en el parto y puerperio en 16.7%, la sepsis puerperal 6.1%, el aborto 8.9% y otras causas 19.8% siguen encabezando las estadísticas de mortalidad materna. ⁽⁴⁾

El análisis de la mortalidad materna ocurrida entre los años 2000 a 2002, encontró que en 51.7% de estas muertes no fue posible tener información acerca de la atención prenatal recibida. En el 48.3% de los casos en que si se contó con información, un hallazgo de importancia fue el hecho que solo el 20.4% de las mujeres que fallecieron carecieron de vigilancia prenatal y de las pacientes con atención prenatal el 14.8% asistió a menos de 5 consultas. Un aspecto importante es que el 24.8% de las defunciones eran potencialmente previsibles y en el 16.1% se identificó que la responsabilidad principal radico en la propia paciente. ^(4,5)

UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

Se encuentra bien documentado en la literatura médica nacional que un alto porcentaje de de las complicaciones maternas e infantiles son controlables si se detectan a tiempo. Por ello el Instituto Mexicano del Seguro Social incluye a la enfermera como parte activa dentro de los programas de salud materna e infantil, quien viene a constituirse como un pilar fundamental de la educación para la salud, pues su tarea fundamental es la educación.

El estudio se realizara en la unidad de medicina familiar # 94 dada la observación de identificar los factores que condicionan una baja productividad en el servicio de enfermera materno infantil, siendo necesario, el conocimiento de las causas que determinan la atención poco eficiente en enfermería materno infantil

Es imprescindible que la mujer y su pareja se encuentren bien informadas sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, así como de las condiciones que puedan poner en peligro al mismo.

En el año 2004 en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 se otorgaron 6 974 consultas de embarazo, de estas 15.6% (1093) fueron de primera vez y 84.7% (5881) subsecuentes, la Enfermera Materno Infantil (EMI) proporcionó 9.6% (567) de la consulta subsiguiente de embarazo. Situación que identifica una baja utilización de este servicio y que tal vez pueda verse reflejada en las estadísticas actuales de morbi-mortalidad materna que señalan una tasa de mortalidad perinatal del 1.7%. Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene la función de la EMI, se desconocen las causas que originan la baja utilización de este servicio en la UMF 94, de lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

DEFINICION NOMINAL

Factores relacionados con la estructura de la unidad

Envía a sus embarazadas a control prenatal con la EMI

Si

no

Si la respuesta es negativa explique los motivos

Si la respuesta es si cuantas embarazadas envía a EMI

1 por semana

1 por mes

1 por trimestre

¿Qué tiempo le lleva realizar el trámite administrativo para enviar a las embarazadas?

¿Qué problemas de tipo administrativo enfrenta cuando envía a una embarazada a EMI?

¿Por quién fue enviada con la enfermera materno infantil?

El médico familiar trabajadora social la asistente del consultorio.

¿Qué tiempo le lleva el traslado de su domicilio a la unidad?

¿Qué tiempo le transcurre desde el momento que solicita la atención de EMI y se le otorga la cita?

¿Qué tiempo necesita esperar a partir de la hora de la cita con la EMI y ser consultada?

Considera el consultorio cómodo y privado

Factores relacionados con el proceso

Considera que la atención y trato que proporciona la EMI a la embarazadas es

Excelente Regular Suficiente Deficiente

Considera que la habilidad técnica de la EMI para realizar interrogatorio y exploración de la embarazada es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

La información que la EMI proporciona a la embarazada sobre los signos y síntomas de alarma es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

La información que la EMI proporciona a la embarazada sobre alimentación es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

La información que la EMI proporciona sobre diabetes gestacional es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

La información que la EMI proporciona sobre enfermedad hipertensiva del embarazo es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

La información que la EMI proporciona sobre IVU en el embarazo es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

La información que la EMI proporciona sobre anemia en el embarazo es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

Los envíos que realiza la EMI para detección o aplicación de vacunas es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

La información que la EMI proporciona sobre metodología anticonceptiva es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

La información que la EMI proporciona sobre actividad física de la embarazada es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

La información higiénica que la EMI proporciona a la embarazada es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

El impacto de las acciones educativas de la EMI es:

Excelente Regular Suficiente Deficiente

¿La ha atendido siempre la misma enfermera.?

Si No

En cada consulta la interroga y explora detalladamente.

Si No

¿Le ha informado de los signos y síntomas de riesgo de los que Usted debe estar atenta durante su embarazo?

Si No

¿Le ha informado sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo?

Si No

¿Le ha informado acerca de cuanto tiene que subir de peso aproximadamente por cada trimestre de embarazo?

Si No

¿Le ha hablado acerca de padecer de diabetes durante el embarazo?

Si No

¿Le ha informado acerca de padecer de la hipertensión o preeclampsia durante su embarazo?

Si No

¿Le ha informado acerca de padecer infección de vías urinarias durante su embarazo?.

Si No

¿Le ha informado acerca de padecer anemia durante su embarazo?

Si No

¿Le ha informado acerca de la actividad física que debe realizar durante su embarazo?.

Si No

¿Le ha informado acerca de los cuidados higiénicos que debe realizar durante su embarazo?.

Si No

¿Le ha informado sobre los métodos anticonceptivos adecuados a su condición médica y social?

Si No

¿Le ha enviado a realizar detecciones a medicina preventiva?

Si No

¿Le ha enviado a aplicar vacunas a medicina preventiva?.

Si No

Factores relacionados con el resultado

Actividades realizadas por la EMI

Son de gran utilidad de poca utilidad de escasa utilidad
Sin ninguna utilidad para el desempeño de sus actividades

La calidad de la atención recibida por la enfermera materno infantil es

Excelente Buena Regular Mala

La satisfacción por la atención recibida por la enfermera materno infantil es:

Satisfactoria regular insatisfactoria
Excelente Buena Regular Mala

DISEÑO DE ESTUDIO

Descriptivo

Proporciona un panorama más preciso al permitir conocer las variables que se asocian y se resume mediante el empleo de medidas sumarias la información

Transversal

La recolección de datos se realizó en un periodo de tiempo limitado

De campo

Los datos se recolectaron directamente de la realidad

Ex post facto.

La muestra se realizó tomando en cuenta los hechos y el investigador no controló ni reguló las condiciones de la prueba

Universo de trabajo

6974 Mujeres con diagnóstico de embarazo (100%) y 75 médicos familiares (100%) de la unidad de medicina familiar # 94

Población

567 (8.13%) Mujeres embarazadas de la unidad de medicina familiar # 94.

50 (66%) Médicos de la unidad de medicina familiar # 94.

Muestra

101 embarazadas 17.8% y 49 médicos familiares 66% de la unidad de medicina familiar # 94

VARIABLES**INDICADORES**

<p>Estructura Física Administrativa</p>	<p>Envía a sus embarazadas a control prenatal a la EMI Tiempo de traslado Tiempo que tardan en dar cita Proceso de autorización para envió a EMI Personal que le envió al servicio EMI Desconfianza en el. desempeño Profesional de la EMI Proceso de autorización para envió a EMI,</p>
<p>Proceso Medidas preventivas</p>	<p>Procedimientos y acciones realizadas en la atención del paciente Medidas preventivas Sobre signos y síntomas de alarma, diabetes, hipertensión, anemia, alimentación, Infección de vías urinarias, planificación familiar, Aplicación de vacunas, y sobre actividades física e higiénicas</p>
<p>Resultado El beneficio de la calidad de atención</p>	<p>La calidad de la atención recibida por la enfermera materno infantil, las actividades realizadas por la enfermera materno infantil. La satisfacción de la atención recibida por la enfermera materno infantil</p>

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Inclusión de embarazadas:

Mujeres con diagnóstico de embarazo que sean derechohabientes de la UMF número 94.

Que sepan leer y escribir.

Que asistan a control prenatal con EMI.

Que acepten participar en el estudio.

Que respondan el 100% de las preguntas de la encuesta.

Inclusión de médicos:

Médicos Familiares adscritos a la UMF 94

Que acepten participar en el estudio.

Que respondan el 100% de las preguntas de la encuesta.

No inclusión

Médicos familiares y embarazados que deseen participar

Valides y confiabilidad

Se solicitó validación por expertos que fueron 3 enfermeras del área de materno infantil y dos jefes de departamento clínico

Instrumento

Para la recolección de datos se diseñó una encuesta para médicos con un total de 19 preguntas y para las embarazadas de 24 preguntas las cuales se refieren a datos generales y aspectos específicos relacionados con la baja productividad del servicio materno infantil

Procesamiento estadístico

Para el procesamiento estadístico se utilizó la computadora con el programa S.P.S.S. el cual es un programa estadístico

ANALISIS DE RESULTADOS

En el estudio se incluyó 65.3% de los médicos familiares adscritos a la UMF No 94, de estos, 80% refieren enviar embarazadas con la EMI, condición que no es compatible con la productividad y registros mensuales reportados por este servicio; es probablemente que esta respuesta se deba a que el Médico sabe que por organización propia del Instituto, es deseable que la EMI atienda a las embarazadas de bajo riesgo. Las condiciones identificadas para el no envío de embarazadas en 60% de los casos, se debió a factores relacionados con la estructura de la Unidad, 20% esta relacionado con la calidad de la atención que proporciona la EMI y finalmente 20% por la insatisfacción de la colaboración que reciben de la EMI

Los factores identificados relacionados con la estructura, que desmotivan al Médico Familiar a realizar envíos con la EMI, tienen que ver con el proceso de autorización por parte de JDC falta de asistente en el turno vespertino y exceso de consulta que condiciona olvido en la elaboración del envío. En relación con los factores identificados respecto al proceso de atención que otorga la EMI, los Médicos señalan desconfianza en su desempeño debido a que la embarazada por decisión propia decide regresar a la atención que le proporciona, y a la falta de cobertura de este personal ante el ausentismo programado o no programado. La opinión que el Médico tiene sobre la calidad del proceso de atención y trato que brinda la EMI a la embarazada, presentó diferencias importantes entre los Médicos Familiares del turno matutino y vespertino. 68% de los Médicos del turno matutino consideran las habilidades técnicas profesionales de regular a excelente, en tanto, que sólo 33% de los del turno vespertino comparten esta opinión. Con respecto a la habilidad como educadora el 72% de los del turno matutino la consideran de regular a excelente en tanto que 33% de los Médicos del turno vespertino compartieron esta opinión. Las actividades preventivas son consideradas de regular a excelente en 58% turno matutino, en tanto, que para el turno vespertino esta opinión la externo solo 33%. Las actividades de Planificación Familiar son

consideradas de regular a excelente en 93% turno matutino y sólo 59% del turno vespertino comparten esta opinión.

Finalmente respecto a la satisfacción que posee el Médico por la colaboración de la EMI, 52% lo consideró de poca utilidad para sus actividades médico preventivas que realiza y sólo 48% señaló que la ayuda de la EMI le es de utilidad.

Con respecto a la opinión expresada por las embarazadas atendidas por la EMI, la muestra se integró por 101 embarazadas con promedio de edad de 27 años, edad biológicamente apta para la reproducción, el promedio de escolaridad fue de secundaria situación acorde a otras investigaciones realizadas en nuestro medio, que han encontrado que el nivel de escolaridad de muestra población adulta es de secundaria. Con respecto a su ocupación más del 50% de ellas se dedica a las labores del hogar, situación que posibilita una mayor asistencia y demanda de atención médica.

Acerca de a los factores relacionados con la estructura 65% de ellas tardan 30 minutos o menos en llegar de su hogar a la clínica; 61% tarda de 15 a 30 días en ser atendida por la EMI, esto probablemente, se deba a que la cita es solicitada el día mismo en que ya habiendo sido atendida por su Médico Familiar es enviada con EMI ,para atención posterior de acuerdo a las semanas de gestación; 62% refiere tiempo de espera de 0 a 5 minutos, condición que pudiera deberse a la falta de puntualidad de los pacientes previos ó a demandas de atención en salud inesperadas, dado que la programación de citas para la atención en este servicio es de 20 minutos por paciente. La opinión de la embarazada tocante a la atención y trato que le proporciona la EMI en 95% lo refiere excelente, con relación a la información recibida parece ser pobre en lo referentes a las actividades de protección específica y consejería en Planificación Familiar. Finalmente sólo 74% de las embarazadas se refirieron satisfechas con la atención recibida.

CONCLUSIONES

1. Los factores identificados en los Médicos Familiares para el no envío de embarazadas con la EMI fueron:
 - Factores relacionados con la estructura de la Unidad en un 60%
 - Factores relacionados con el proceso de atención de la EMI en 20%
 - Factores relacionados con los resultados en 20%
2. Los factores identificados relacionados con la estructura, tienen que ver con el proceso de autorización por parte de JDC falta de asistente en el turno vespertino y olvido en el momento de la consulta.
3. Los factores identificados respecto al proceso de atención se deben a desconfianza en el desempeño profesional de la EMI.
4. La opinión que el Médico sobre la calidad del proceso de atención y trato que brinda la EMI a la embarazada, presentó diferencias importantes entre los Médicos Familiares del turno matutino y vespertino.
5. Los Médicos del turno matutino señalaron tener mayor confianza en las habilidades técnico médicas, educativas, preventivas y de consejería en Planificación Familiar, en comparación a la opinión de los Médicos del turno vespertino.
6. El 52% de los Médicos considera de poca utilidad para la atención de la embarazada a la EMI, sólo el 48% señaló que la EMI es de utilidad para la atención de esta población.
7. La edad promedio de las embarazadas incluidas en el estudio fue de 27 años, con escolaridad promedio de estudios secundarios y dedicadas en su mayoría a las actividades del hogar.
8. Los factores identificados en las embarazadas que son atendidas por la EMI son los siguientes:
 - Factores relacionados con la estructura de la Unidad alrededor del 60% de las embarazadas tardan de 15 a 28 días en recibir atención

en consultorio de EMI y tienen un tiempo de espera menor de 5 minutos.

- Factores relacionados con el proceso de atención de la EMI el 95% lo refiere como excelente, aunque con deficiente información sobre Diabetes, consentimiento informado y pobre realización de actividades de protección específica.
- Factores relacionados con los resultados solo el 74% de ellas se sintieron satisfechas

SUGERENCIAS

- 1.** Reorganización en trámites requeridos para el envío de embarazadas al servicio de EMI.
- 2.** Que los JDC proporcionen a los médicos familiares información sobre el procedimiento de envío internos a otros servicios.
- 3.** Que en el turno vespertino se cuente con asistente médica en el servicio de EMI, para facilitar su atención.
- 4.** Que el servicio de enfermería se vincule con las acciones de atención del Médico Familiar.
- 5.** Que todos los servicios de la Unidad realicen promoción permanente de la atención que brinda la EMI, a través de elaboración de período mural.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94.

Encuesta para embarazadas:

La siguiente encuesta tiene el propósito de conocer la opinión que Usted tiene sobre el servicio que proporciona la Enfermera Materno Infantil. Es anónimo por lo que se agradecerá que conteste con la mayor sinceridad.

Edad: _____ Ingreso mensual promedio: _____

Ocupación: _____ Grado máximo de estudios: _____

1.) Fue enviada con la Enfermera Materno Infantil por:

NADIE LLEGUE POR MI MISMA	EL MEDICO FAMILIAR	LA ASISTENTE DE Mi CONSULTORIO	LA TRABAJADORA SOCIAL	MEDICINA PREVENTIVA	OTRO PERSONAL DE LA UNIDAD
---------------------------	--------------------	--------------------------------	-----------------------	---------------------	----------------------------

2.) ¿Qué tiempo le lleva el traslado de su domicilio a la Unidad?: _____

3.) ¿Qué tiempo transcurre desde el momento que solicita la atención con la enfermera materno infantil y se le otorga la cita?: _____

4.) ¿Qué tiempo necesita esperar a partir de la hora de la cita con la Enfermera materno infantil y es atendida?: _____

La asistente médica del servicio:		
5.) La atendió con oportunidad y trato amable	SI	NO
6.) Le proporciono la información necesaria para la utilización del servicio y los tramites a realizar.	SI	NO

La Enfermera Materno Infantil:		
7.) La ha atendido siempre la misma enfermera.	SI	NO
8.) En cada consulta la interroga y explora detalladamente.	SI	NO
9.) El trato que el da es amable	SI	NO
10.) Le ha informado de los signos y síntomas de riesgo de los que Usted debe estar atenta durante su embarazo.	SI	NO
11.) Le ha informado sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo	SI	NO
12.) Le ha informado acerca de cuanto tiene que subir de peso aproximadamente por cada trimestre de embarazo	SI	NO
13.) Le ha hablado acerca de padecer de diabetes durante el embarazo.	SI	NO
14.) Le ha informado acerca de padecer de la hipertensión o preeclampsia durante su embarazo.	SI	NO

15.) Le ha informado acerca de padecer infección de vías urinarias durante su embarazo.	SI	NO
16.) Le ha informado acerca de padecer anemia durante su embarazo	SI	NO
17.) Le ha informado acerca de la actividad física que debe realizar durante su embarazo.	SI	NO
18.) Le ha informado acerca de los cuidados higiénicos que debe realizar durante su embarazo.	SI	NO
19.) Le ha informado sobre los métodos anticonceptivos adecuados a su condición médica y social.	SI	NO
20.) Le ha enviado a realizar detecciones a medicina preventiva.	SI	NO
21.) Le ha enviado a aplicar vacunas a medicina preventiva.	SI	NO
22.) Considera al consultorio cómodo y privado	SI	NO

23.) **La calidad de la atención recibida por la enfermera materno infantil es:**

Excelente	Buena	Regular	Mala	Deficiente

24.) **La satisfacción por la atención recibida por la enfermera materno infantil es:**

Satisfactoria	Regular	Insatisfactoria

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94.

Encuesta para médicos:

La siguiente encuesta tiene el propósito de conocer la opinión que Usted tiene sobre el servicio que proporciona la Enfermera Materno Infantil. Es anónimo por lo que se agradecerá que conteste con la mayor sinceridad.

¿Envía a sus embarazadas a control prenatal con la EMI?

Si	No
----	----

1.) En caso de que su respuesta haya sido negativa, favor explique los motivos:

- _____
- _____

2.) En caso de que su respuesta haya sido afirmativa, ¿aproximadamente cuantas embarazadas envía a EMI ?

1 por semana	1 por mes	1 por trimestre
--------------	-----------	-----------------

3.) ¿Qué tiempo le lleva el realizar el trámite administrativo para envío de la embarazada a EMI?:_____

4.) ¿Qué problemas de tipo administrativo enfrenta cuando envía una embarazada a EMI?:

- _____
- _____

	Excelente	Regular	Suficiente	Deficiente	No la proporciona
6.) Considera que la atención y trato que proporciona la EMI a la embarazada es:					
7.) Considera que la habilidad técnica de la EMI para realizar interrogatorio y exploración de la embarazada es:					
8.) La información que la EMI proporciona a la embarazada sobre los signos y síntomas de alarma es:					
9.) La información que la EMI proporciona a la embarazada sobre alimentación es:					
10.) La información que la EMI proporciona sobre diabetes gestacional es:					
11.) La información que la EMI proporciona sobre enfermedad hipertensiva del embarazo es:					
12.) La información que la EMI proporciona sobre IVU en el embarazo es:					
13.) La información que la EMI proporciona sobre anemia en el embarazo es:					
14.) Los envíos que realiza la EMI para detección o aplicación de vacunas es:					
15.) La información que la EMI proporciona sobre metodología anticonceptiva es:					
16.) La información que la EMI proporciona sobre actividad física de la embarazada es:					
17.) La información higiénica que la EMI proporciona a la embarazada es:					
18.) El impacto de las acciones educativas de la EMI es:					

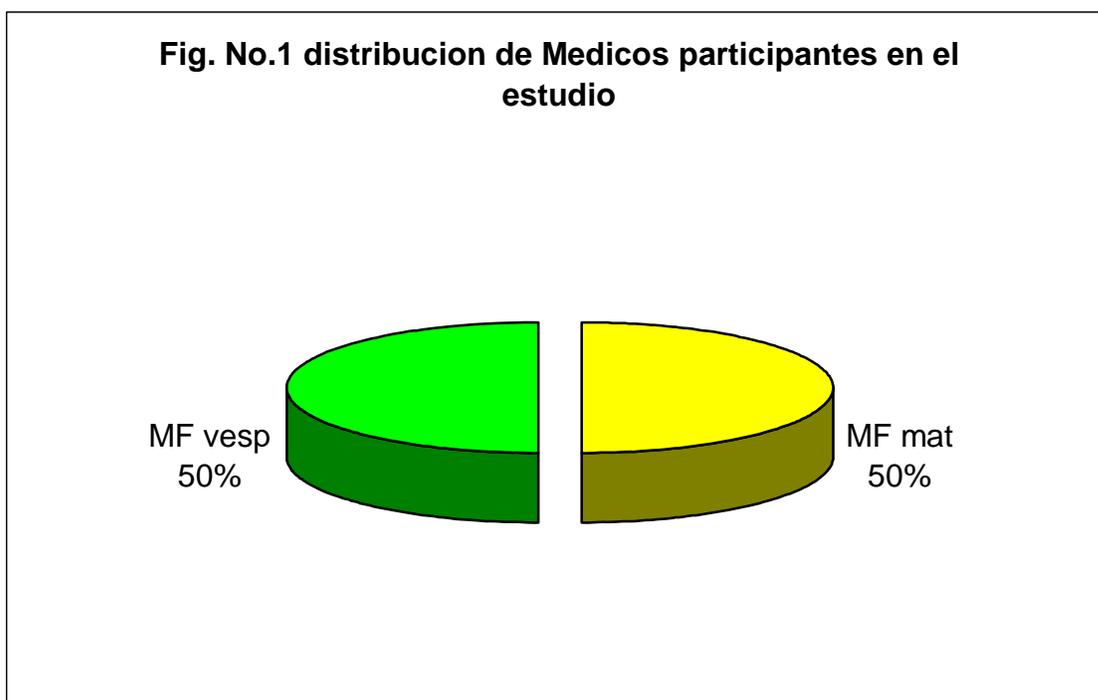
19.) Actividades realizadas por la EMI son:

De gran utilidad para el desempeño de sus actividades	De poca utilidad para el desempeño de sus actividades	De escasa utilidad para el desempeño de sus actividades
---	---	---

ANEXOS

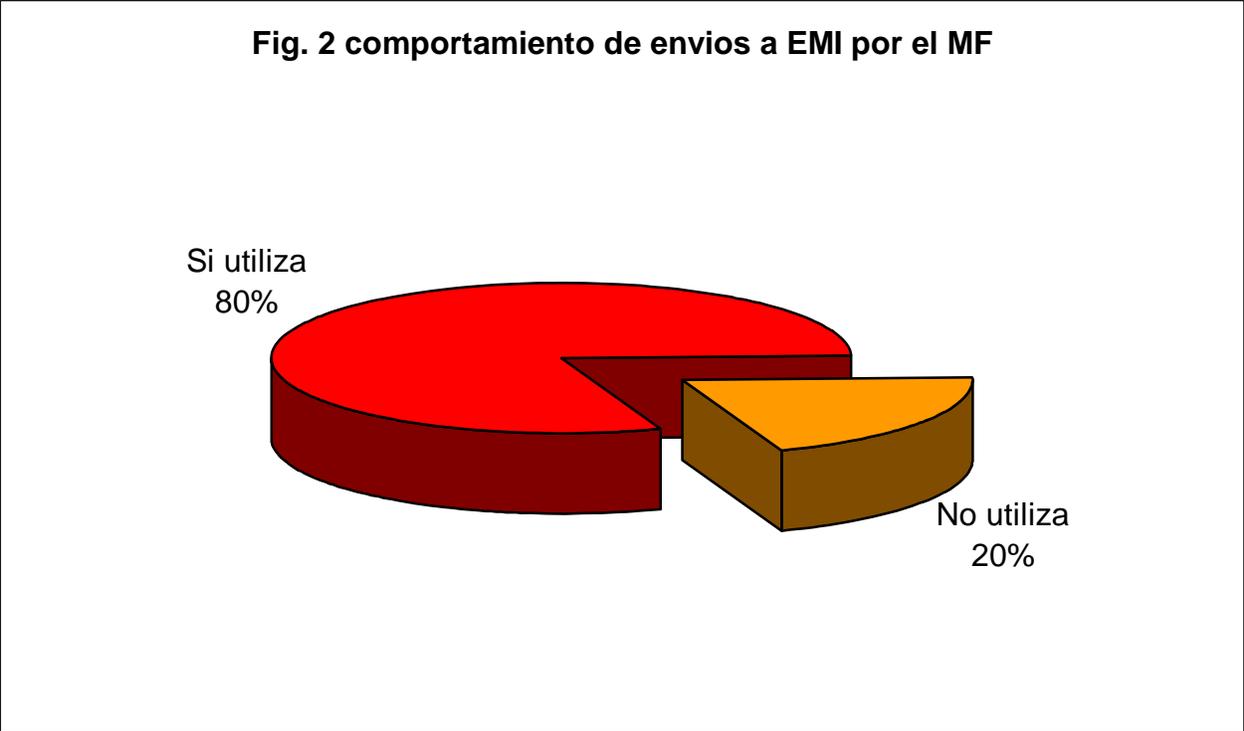
Resultados.

El estudio incluyó 50 Médicos Familiares de ambos turnos con adscripción a la UMF No. 94, como puede observarse en la figura 1 participaron el mismo número de Médicos del turno matutino y vespertino,



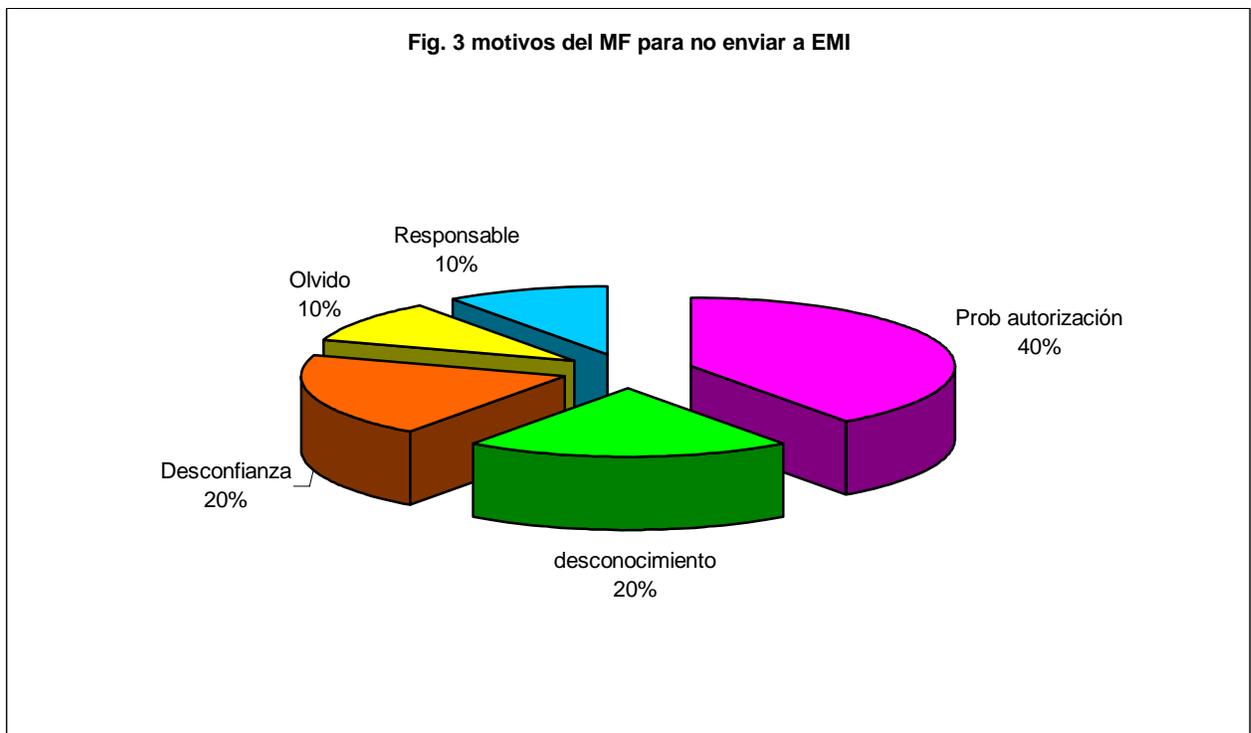
Fuente: encuestas aplicadas.

De estos el 80%(40) señalaron enviar a embarazadas a control prenatal con la EMI, mientras que el 20% (10) no utilizan este recurso para la atención de las embarazadas. En la figura 2 se aprecia que este comportamiento es similar en ambos turnos.



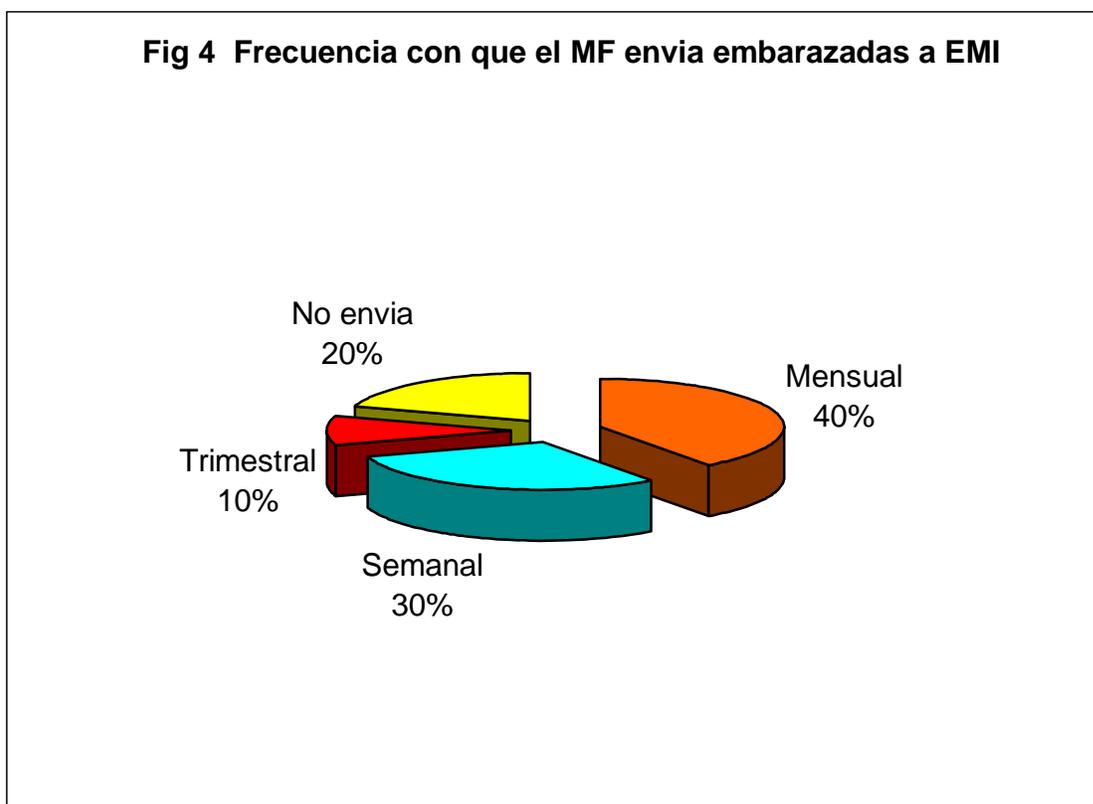
Fuente: encuestas aplicadas

Los argumentos señalados por el Médico Familiar para no enviar embarazadas a EMI aparecen en la figura 3, en el 40% es por problemas de autorización con JDC, 20% por desconocimiento del procedimiento de envío, 20% por desconfianza en el servicio, 10% por olvido, 10% señalo ser responsable del cuidado de sus pacientes.



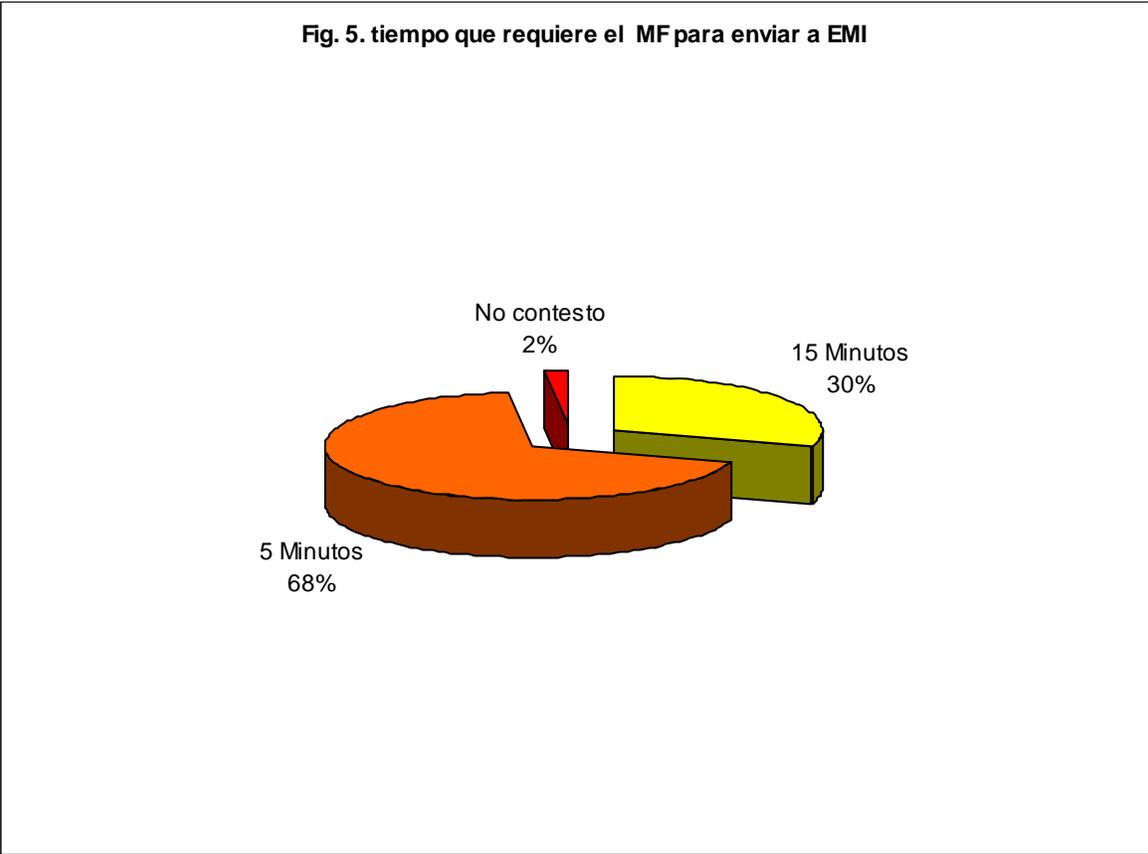
Fuente: encuestas aplicadas

La frecuencia con que el Médico realiza envíos de embarazadas a la EMI se muestran en la figura 4, como se observa el comportamiento más frecuente fue de manera mensual.



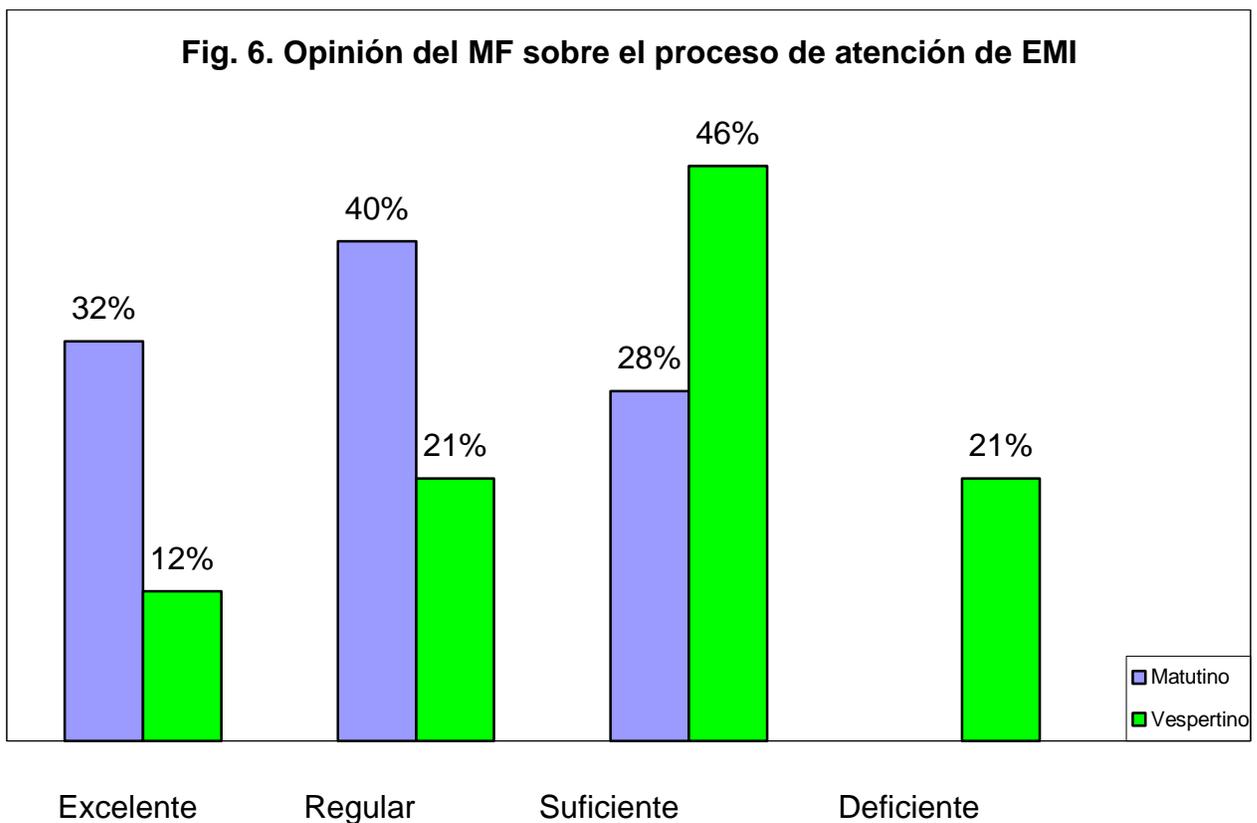
Fuente: encuestas aplicadas

En la figura 5 se representa el tiempo que toma al Médico realizar envío de la embarazada a EMI, el 68% de los Médicos Familiares requieren en promedio 5 minutos en tanto que el 30% realizan este trámite en tan solo 15 minutos y el 2% no envía.



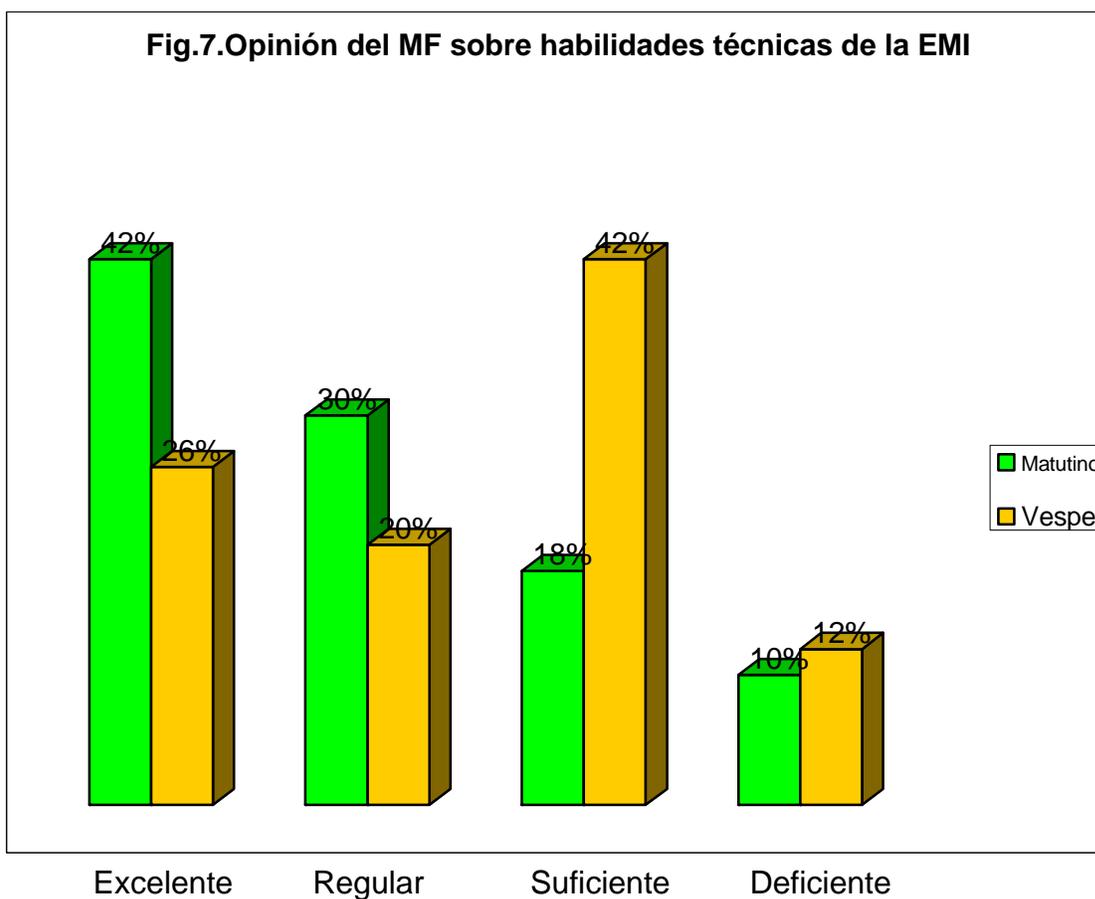
Fuente: encuestas aplicadas

La opinión que el Médico tiene sobre la atención y el trato que brinda la EMI a la embarazada se representa en la figura 6, como puede apreciarse esta va de excelente a suficiente para el turno matutino, en tanto que en el turno vespertino va de excelente a deficiente.



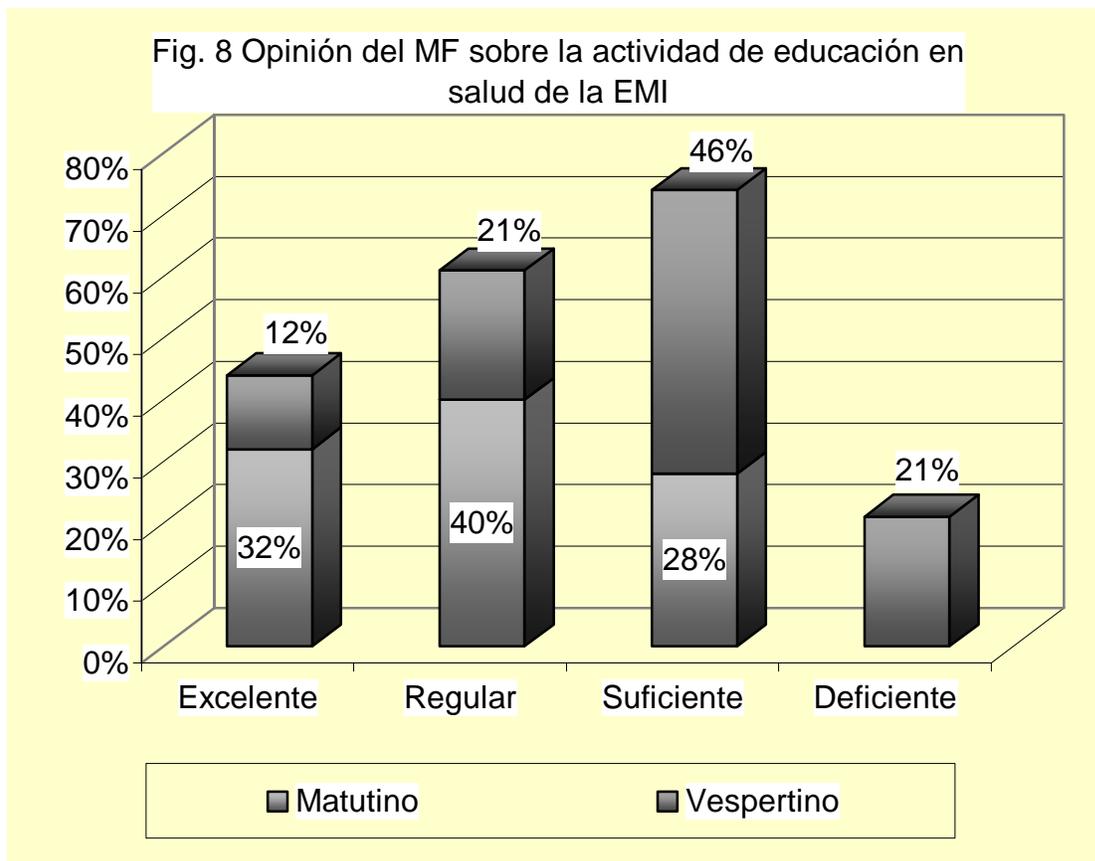
Fuente: encuestas aplicadas

La figura 7 hace referencia a la opinión que el Médico tiene sobre las habilidades técnicas de la EMI, como se aprecia en este punto existe una menor confianza ante el actuar profesional de este personal.



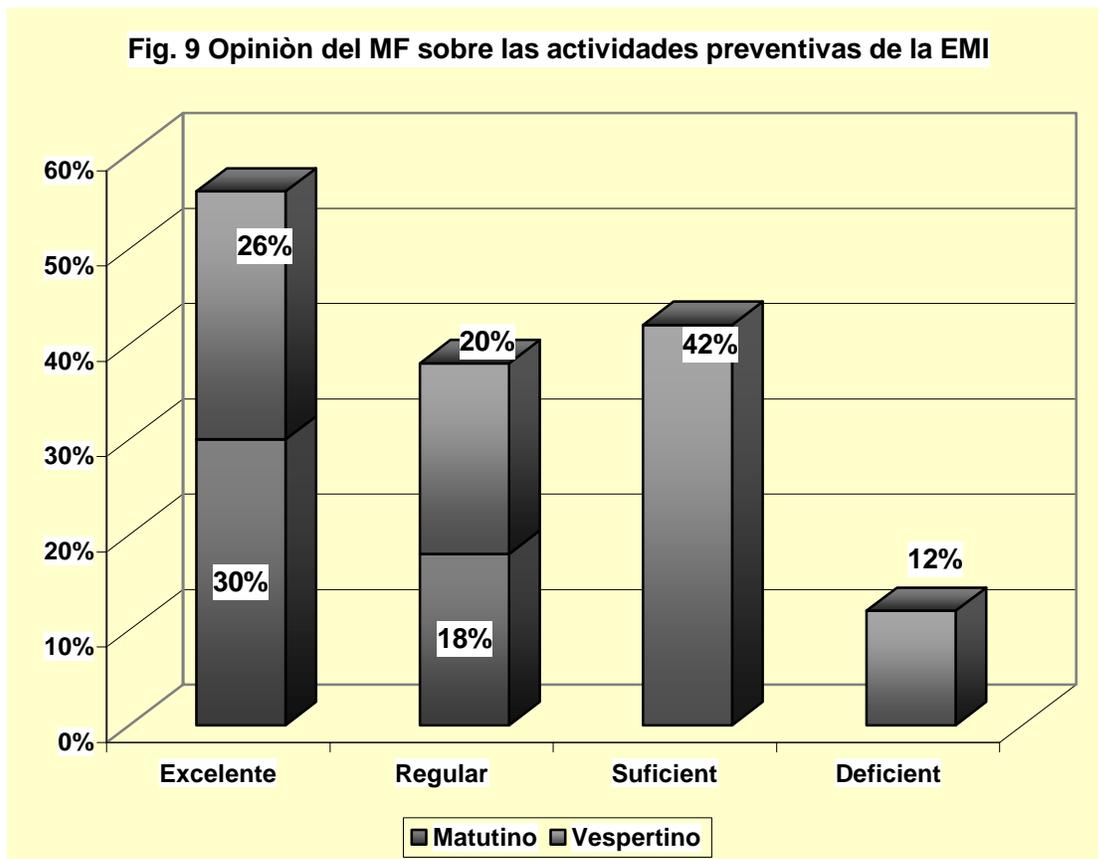
Fuente: encuestas aplicadas

Es incuestionable la labor que desempeña la EMI como educadora en salud al orientar a la embarazada sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo, el peligro de presentar diabetes gestacional, anemia, infección de vías urinarias, preeclampsia y eclampsia, la figura No. 8 muestra la opinión que sobre este punto de su labor tiene el Médico familiar.



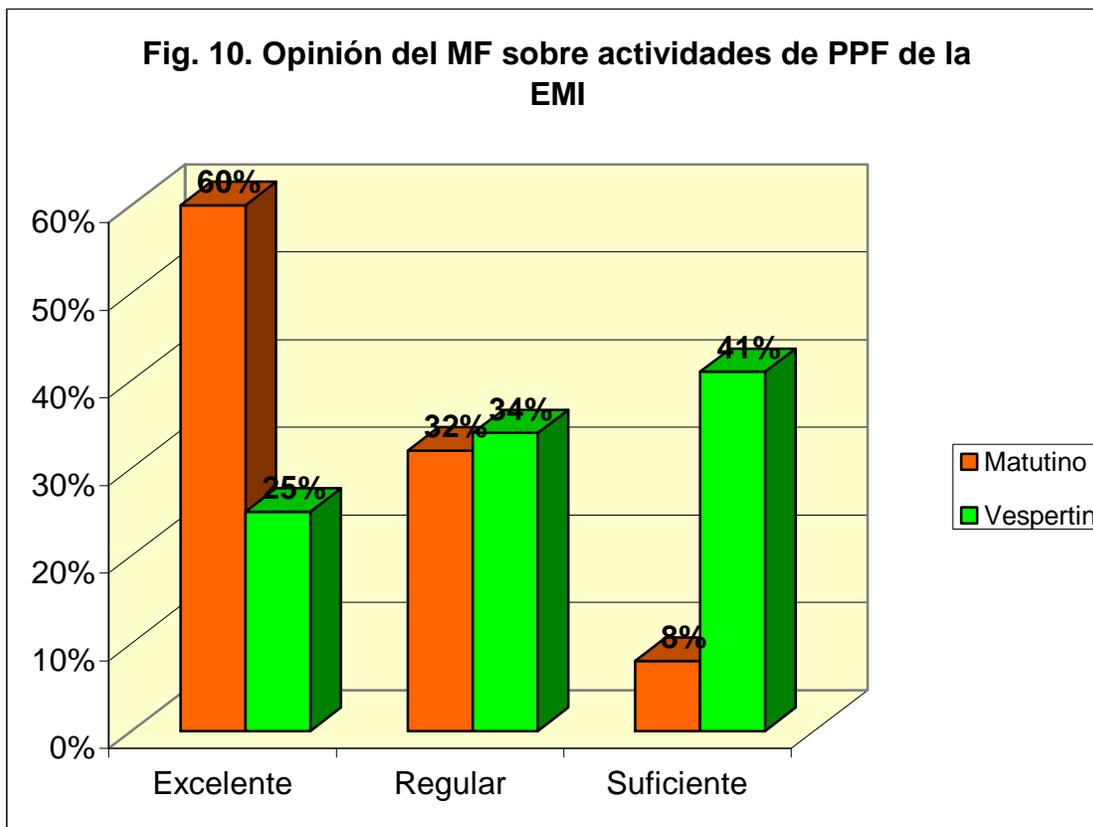
Fuente: encuestas aplicadas

Las actividades específicas de prevención a la salud son otras de las actividades fundamentales que desempeña la EMI, desafortunadamente de acuerdo a los resultados mostrados en la figura 9 es poca la confianza que el Médico tiene ante el desempeño de estas actividades por este personaje.



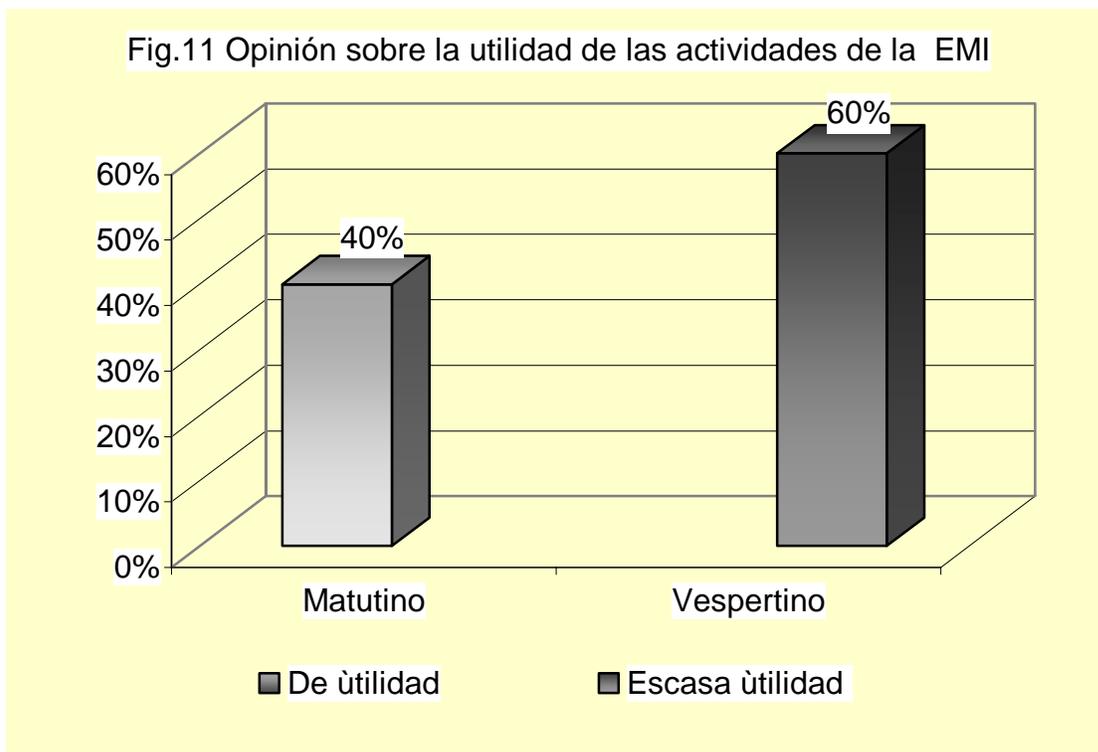
Fuente: encuestas aplicadas

La opinión que el Médico expreso con referencia al proceso de consentimiento informado para la elección de protección anticonceptiva realizado por la EMI, se presenta en la figura 10, como puede apreciarse la confianza por el actuar profesional de la EMI sigue siendo menor en el turno vespertino.



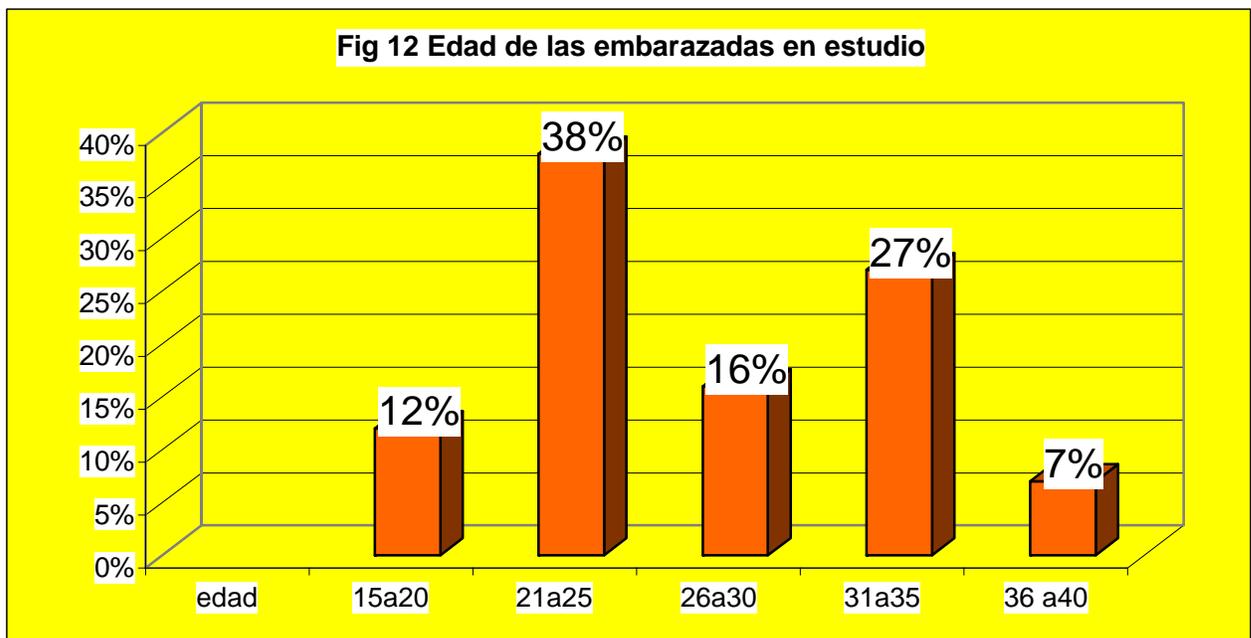
Fuente: encuestas aplicadas

El 40% de los Médicos consideran las actividades realizadas por la EMI de utilidad en tanto que el 60% lo consideran de escasa utilidad para el cuidado de la embarazada, esto se aprecia en la figura 11.



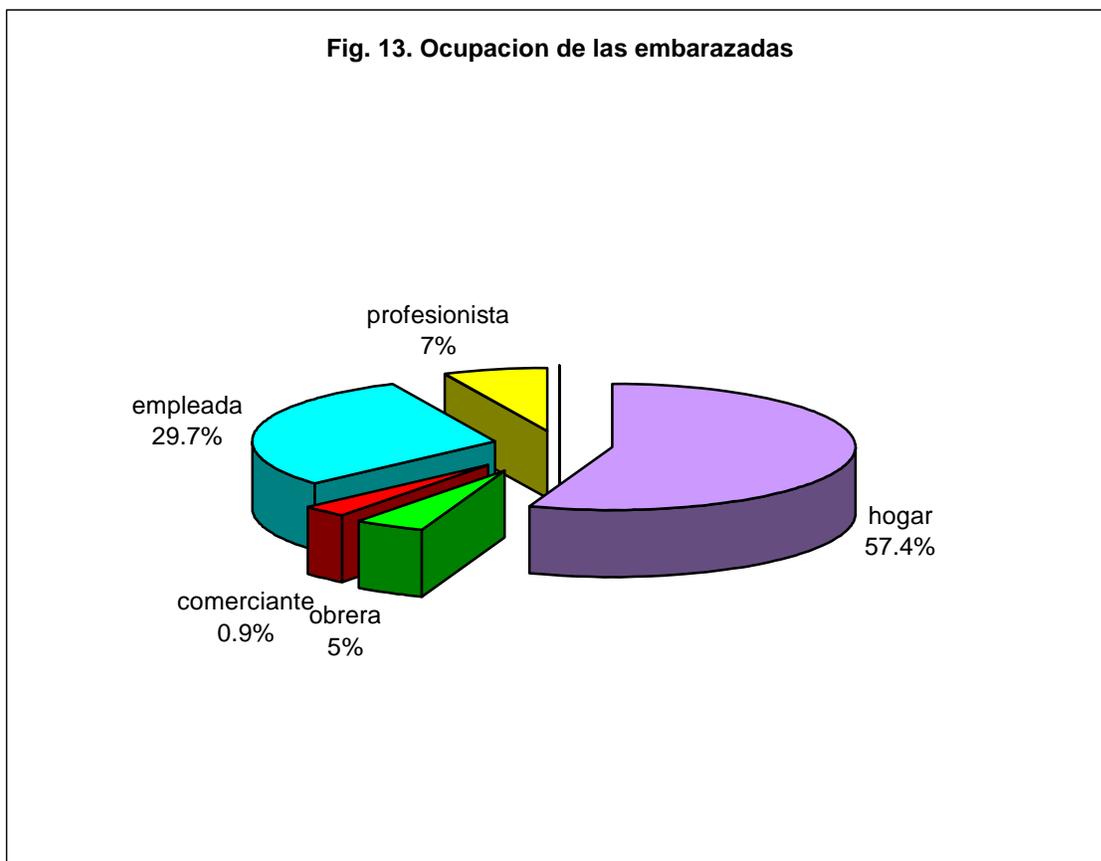
Fuente: encuestas aplicadas

En el estudio se incluyó también 101 embarazadas que asistieron a control prenatal con la EMI del 13 de mayo al 13 de junio. La edad promedio de estas fue 27.3 años con un rango de 16 a 40 años. La figura 12 nos muestra la distribución de las embarazadas de acuerdo al grupo de edad, de 15 a 20 años fueron (12%), de 21 a 25 fueron (38%), de 26 a 30 fueron (16%), de 31 a 35 fueron (27%) y de 36 a 40 solo fueron (7.%)



Fuente: encuestas aplicadas

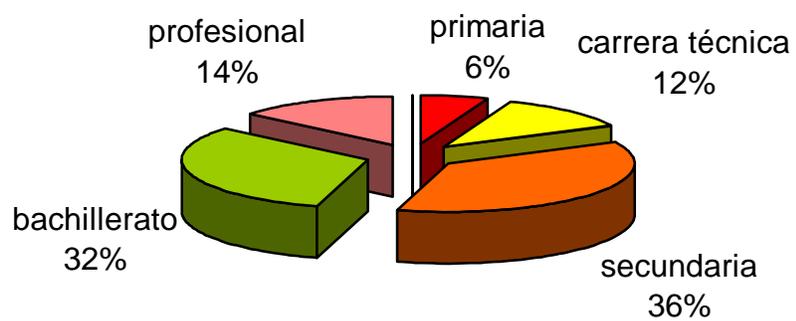
La figura 13 muestra que la ocupación más frecuente de las embarazada fue el hogar en 58 (57.4%), empleadas 30 (29.7%), profesionistas 7(7%), obreras 5 (5%) y comerciantes en 1 (0.9%)



Fuente: encuestas aplicadas

En la figura 14 se muestra el grado máximo de estudio de las embarazadas fue de secundaria (36.%), bachillerato el (32%), profesionistas (14%), carrera técnica (12%) y nivel de primaria en (6%),

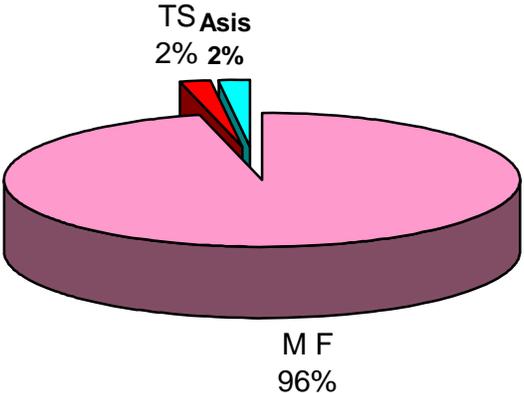
Fig. 14. Escolaridad de las embarazadas



Fuente: encuestas aplicadas

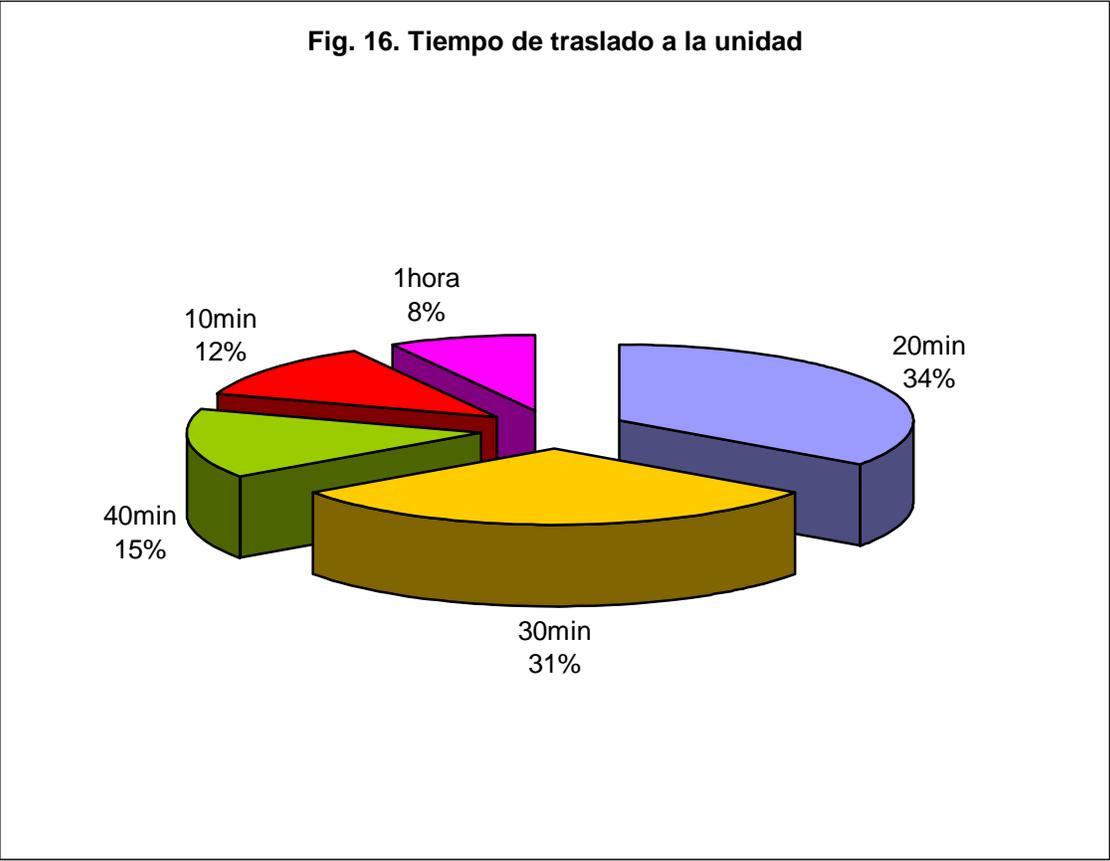
Los personajes de atención a la salud que envían a la embarazada a EMI se presentan en la figura 15, es el Médico Familiar quien realiza el mayor número envíos en el 97 (96%), Trabajo Social 2 (2%) y Asistente Médica 2 (2%)

Fig. 15. Personal de atención de la salud que envía embarazadas con la EMI



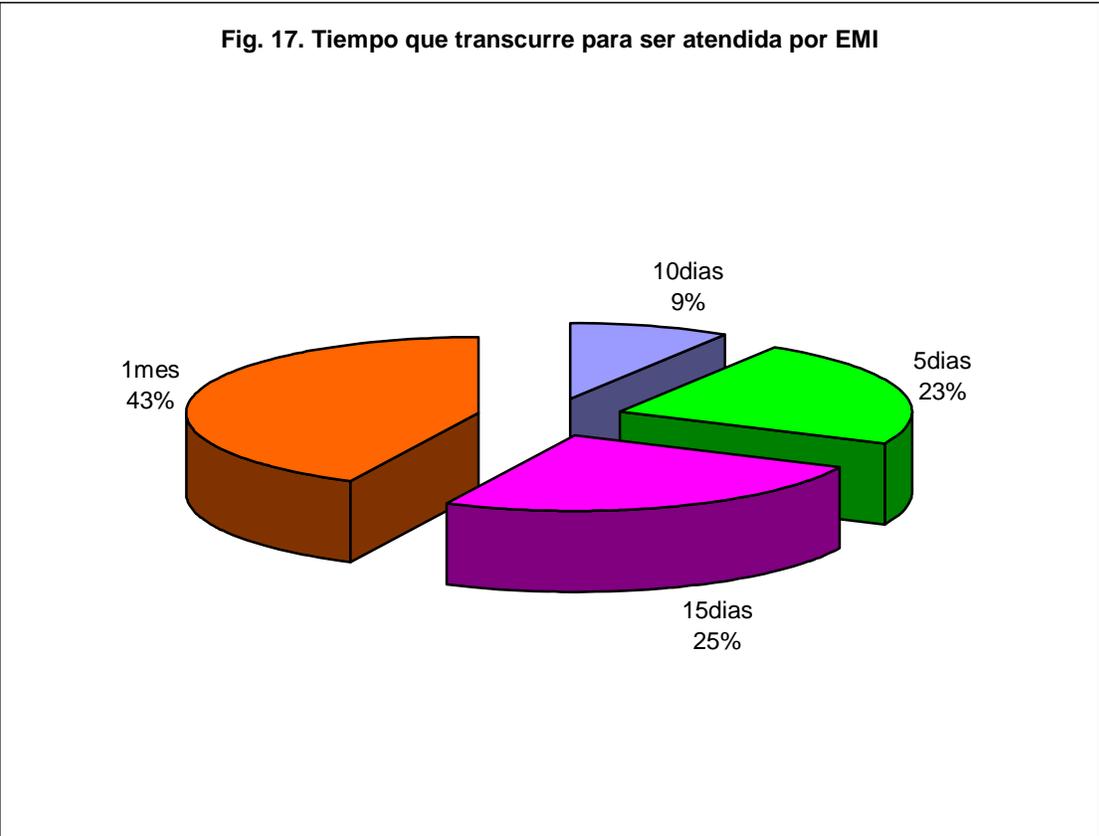
Fuente: encuestas aplicadas

Con respecto a las condiciones de la estructura y organización de la Unidad, en la figura 16 se muestra el tiempo aproximado que toma a la embarazada trasladarse de su hogar a la Unidad. El (34%) de las embarazadas ocupan 20 minutos, el (31%) 30 minutos, (15%) 40 minutos, el (12%) 10 minutos y solo el (8%) dijeron tardar 1 hora.



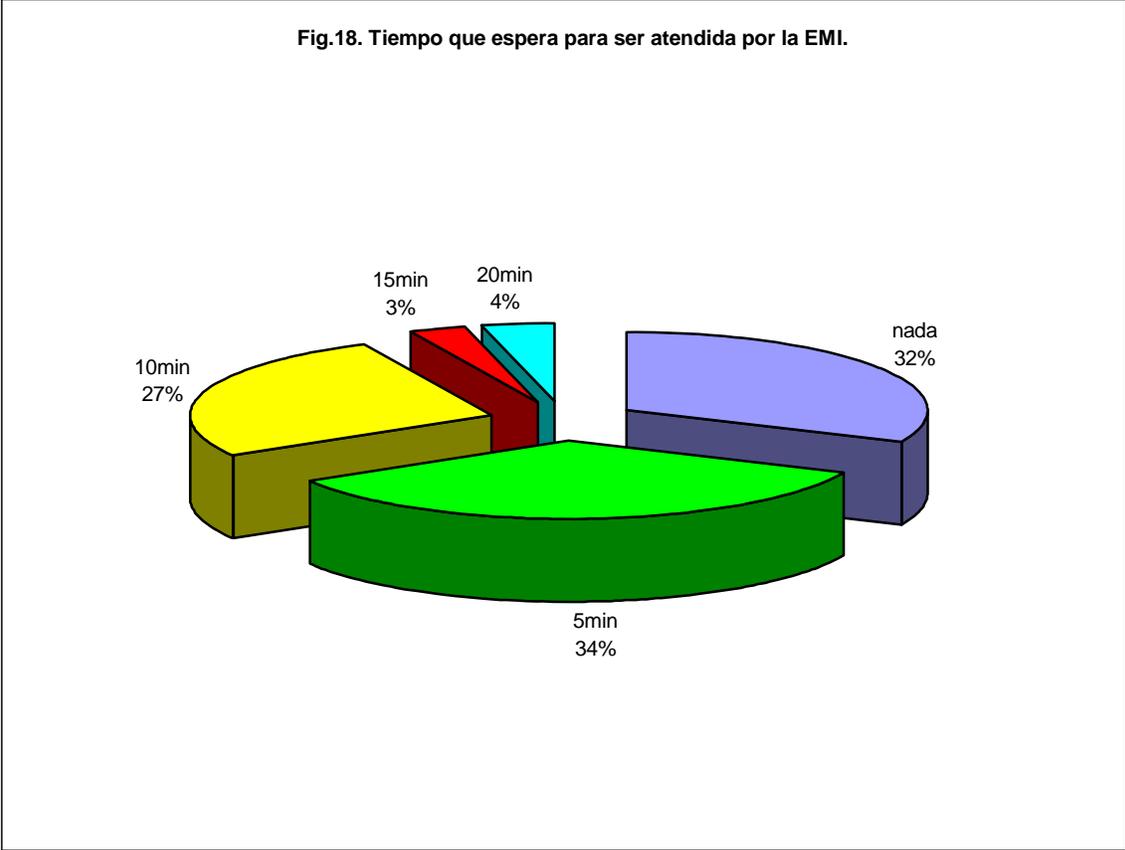
Fuente: encuestas aplicadas

La figura 17 muestra el tiempo que transcurre desde el momento que solicita la atención con la EMI y se le otorga la cita. (43%) de embarazadas refirieron tardar 1mes, (25%) 15 días, (23%) 5 días y (9%) 10 días.



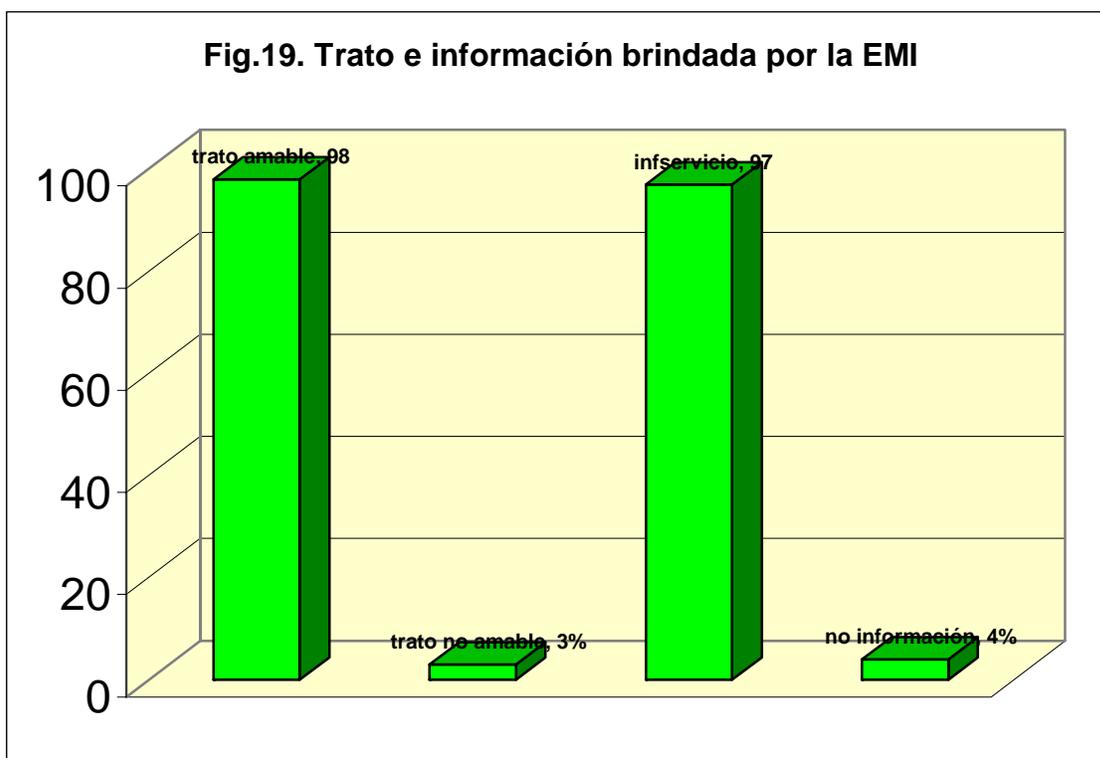
Fuente: encuestas aplicadas

Con respecto al tiempo que se espera para recibir consulta con la EMI, (34%) de las embarazadas señalaron esperar solo 5 minutos, (32%) expresaron haber sido atendidas de inmediato, (27%) esperaron 10 minutos, 4%) 20 minutos y (3%) esperaron 15 minutos, esto se muestra en la figura 18.



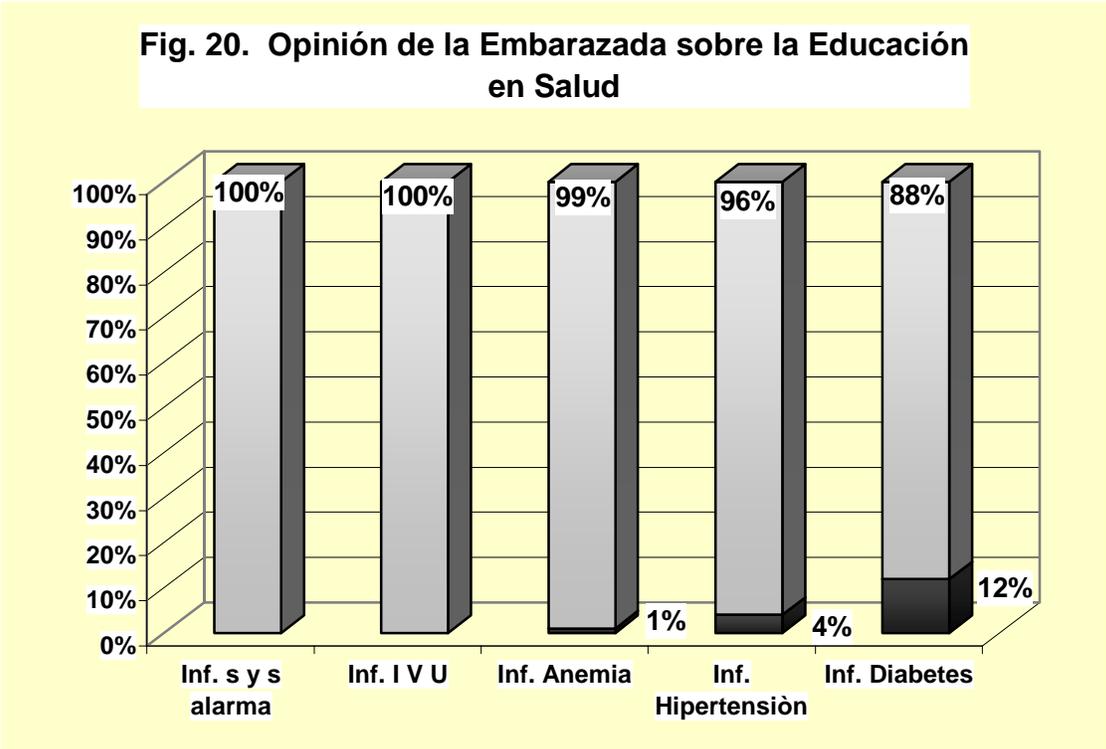
Fuente: encuestas aplicadas

La figura 19 muestra que el 98% de las embarazadas recibieron un trato amable y 97% información pertinente por parte de que la EMI.



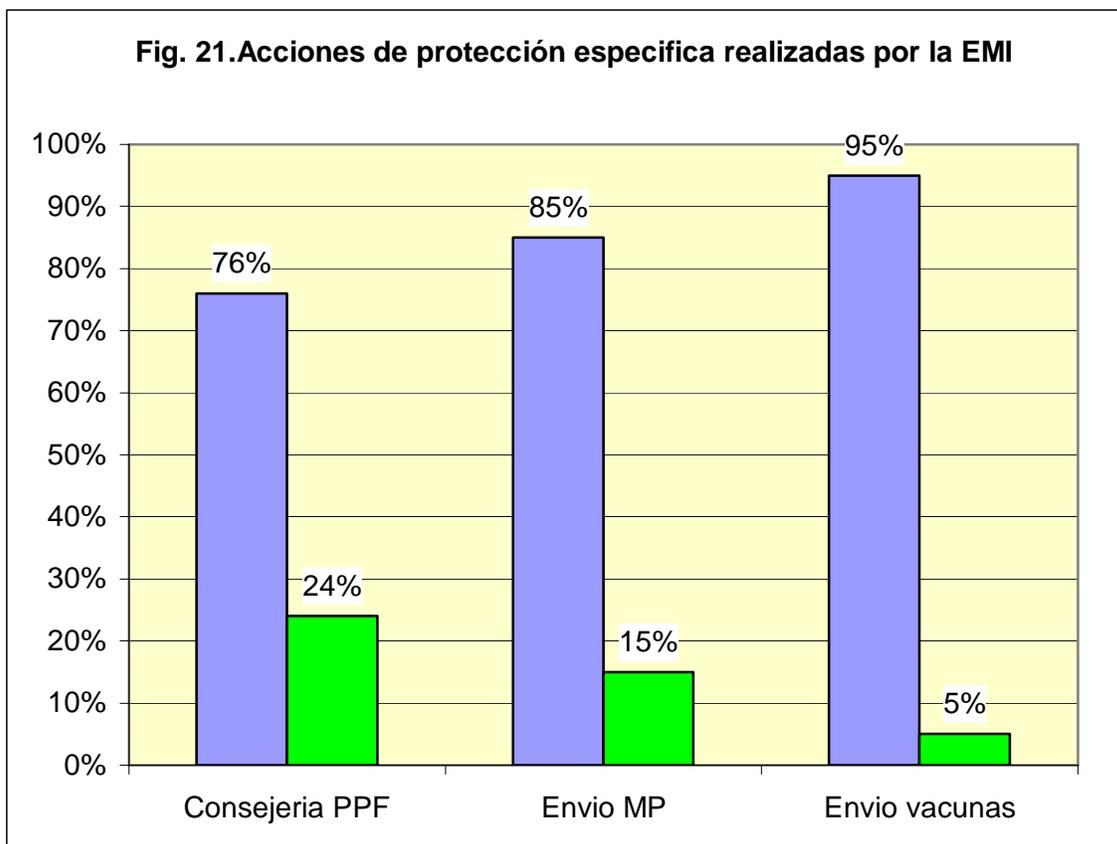
Fuente: encuestas aplicadas

El 100% de las embarazadas refirieron que si recibió información sobre signos y síntomas de alarma e I.V.U., sobre anemia el 99%, sobre hipertensión el 96% y sobre diabetes el 88%, los resultados se muestran en la figura 20.



Fuente: encuestas aplicadas

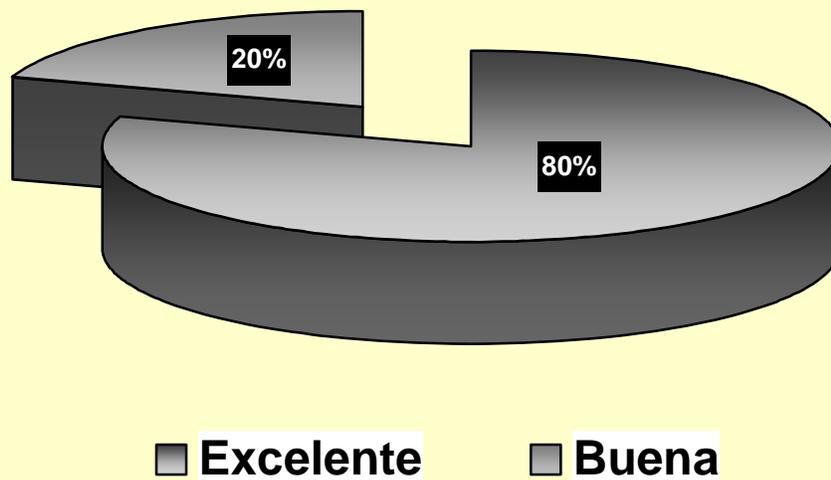
El proceso de consentimiento informado, envío a inmunizaciones y envío a medicina preventiva para realización de detecciones son actividades de protección específica pertinentes a la embarazada que realiza la EMI. En la figura 21 se aprecia que el proceso que presenta una mayor inconsistencia es el de consejería.



Fuente: encuestas aplicadas

El total de las embarazadas expresaron sentirse satisfechas con la atención recibida de la EMI, solo el 80% la considero excelente en tanto que el 20% la considero buena, estos resultados se muestran en la figura 22.

Fig. 22 Satisfacción referida por la embarazada atendida por la EMI



Fuente: encuestas aplicadas

BIBLIOGRAFIA

1. Ramírez C. C. evolución del cuidado materno infantil rev enfermeria IMSS 2001, 9 (1):1-4
2. Manual de procedimientos para la vigilancia prenatal y puerperal en medicina familiar agosto de 2002
3. INEGI.estadísticas de mortalidad relacionadas con la salud reproductiva. Salud publica de Mexico1999;41:138-146
4. Vitelio VM, Navarrete HE, Pozos CJ. mortalidad materna por preeclampsia eclampsia en la región la raza (1988-1997).rev. IMSS.1999;37:349-356
5. Vitelio VM .Navarrete HE. Pozos CJ. Cardona JA.características epidemiológicas de la preeclampsia-eclamsia en el IMSS. Rev.IMSS .1999,24.325-331
6. . Dikason Silverman Kaplan enfermería materno infantil ed. Mosby 2000 México
7. Olds Sb. London ML. Ladewing PA. Enfermería Materno Infantil un concepto integral
8. Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención medica. Un texto introductorio. Perspectivas en salud publica. Instituto Nacional de Salud. México: 1990.

9. Donavedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud pública de México. 1993. Vol.35 (Pt 3):238-247.
10. Aguirre H. evaluación de la atención medica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de la unidad medica. Salud publica de México.1990:32:170-181.
11. Héctor Aguirre Gas. Programa de mejoramiento continuo. Resultados en 42 unidades medicas del tercer nivel. Rev. Med. IMSS (Méx); Vol. 37(6): 473-482.
12. Elvira Ángeles García y Magdalena López García proyección de la enfermera materna infantil Revista de enfermería año 1991 Vol. 4 #2y3
13. Lara B. A y Villeta R. Calidad de la atenciones el programa de enfermería materno infantil Desarrollo científico de enfermería año 1999 Vol. 7 #8
14. Héctor Mondragón Castro y Héctor Mondragón Alcocer gineco-obstetricia primera edición junio del 2001 México
15. . Dikason Silverman Kaplan enfermería materno infantil ed. Mosby 2000 México