



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 47
SAN LUÍS POTOSÍ, S.L.P.**

**“CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 20 VILLA DE REYES, S.L.P. EN EL 2007”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARÍA GUADALUPE VÉLEZ TORRES

SAN LUÍS POTOSÍ, S.L.P.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 20 VILLA DE REYES, S.L.P.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARÍA GUADALUPE VÉLEZ TORRES

AUTORIZACIONES:

**DR. HIPÓLITO JIMÉNEZ RUIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF 47 SLP.**

**DR. ALBERTO RODRÍGUEZ JACOB
ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. VIRGILIO GÓMEZ RODRÍGUEZ
ASESOR CLÍNICO**

**DR. J. FERNANDO VELASCO CHÁVEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF. N° 45**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 20 VILLA DE REYES, S.L.P. EN EL 2007**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARÍA GUADALUPE VÉLEZ TORRES

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

INDICE

I. ANTECEDENTES.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1. Atención Prenatal.....	4
2.2. Calidad de la atención prenatal.....	10
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
IV. JUSTIFICACIÓN.....	15
V. OBJETIVOS.....	17
5.1 Objetivo General.....	17
5.2 Objetivos Específicos.....	17
VI. METODOLOGÍA.....	18
6.1 Tipo de Estudio.....	18
6.2 Población de Estudio.....	18
6.3 Tipo de Muestra	18
6.4 Tamaño de la Muestra.....	18
6.5 Criterios de selección.....	18
6.5.1 Criterios de Inclusión.....	18
6.5.2 Criterios de Exclusión.....	18
6.5.3 Criterios de eliminación.....	19
6.6 Variables.....	20
6.7 Método para la Recolección de la Información.....	23
6.8 Método para el análisis de la información.....	24
6.9 Consideraciones éticas.....	24
VII. RESULTADOS.....	26
VIII. DISCUSIÓN.....	36
IX. CONCLUSIONES.....	38
X. BIBLIOGRAFÍA.....	39
XI. ANEXOS.....	43

I. ANTECEDENTES

La evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en las primeras décadas del siglo XX y a partir de la segunda mitad de ese siglo se convirtió en una herramienta indispensable en la transformación de los sistemas de salud, respondiendo a los reclamos de eficiencia técnica y responsabilidad social de sus servicios.¹

Con la finalidad de garantizar calidad en las prestaciones de salud en los países de América Latina y el Caribe la OPS/OMS desde los años ochenta, viene desarrollando esfuerzos orientados a incrementar la calidad y eficiencia de la atención de los servicios de salud, así como incrementar la eficiencia en el uso de recursos disponibles.²

Actualmente existe un crecimiento vertiginoso del interés por la calidad de la atención médica en México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y para algunos afortunadamente también, responsabilidad social y de integridad moral.³

En Costa Rica para calificar la calidad de la atención prenatal se construyó un índice basado en cinco criterios, 1. medición de la tensión arterial, 2. medición del peso corporal, 3. toma de muestra de orina, 4. toma de muestra de sangre, 5. percepción de la paciente sobre el trato recibido durante la atención prenatal, identificándose una asociación significativa entre la ausencia e insuficiencia del control prenatal y menor peso al nacer. En general la calidad del control prenatal que se brinda en Costa Rica es satisfactoria.⁴

En Uruguay una de las formas para medir la calidad de la atención proporcionada en los hospitales es evaluar la tasa de utilización de las prácticas benéficas para la salud de la población atendida de las cuales las más utilizadas fueron con la administración de ácido fólico periconcepcional y administración de hierro, abandonar el hábito de fumar y el acompañamiento

durante el trabajo de parto, las cuales demostraron ser efectivas para reducir la morbilidad o mortalidad materna o perinatal.⁵

En tanto que en países como Estados Unidos se estableció que la atención prenatal es adecuada o inadecuada ajustando el número de visitas por la edad gestacional.⁶

Bobadilla en su estudio de atención médica prenatal en México uso estos parámetros pero de una forma modificada, encontrándose que solo el 17% de las mujeres tuvieron atención prenatal adecuada, el 32% inadecuada y el resto intermedia.⁶

De forma paralela se ha estudiado los factores que determinan el uso del servicio de atención prenatal; Ramírez y cols, reportaron en Tijuana, que la ausencia del control prenatal se asoció con la carencia del seguro médico, el no trabajar y el bajo ingreso.⁶

Mientras que en Chiapas, Sánchez y cols, reportaron que la atención prenatal adecuada, se asocia con vivir a menos de una hora del servicio de salud.⁶

En un estudio realizado por Mendoza y cols en la ciudad de México, evaluaron el control prenatal, considerándolo adecuado, cuando el control se inició en el primer trimestre y recibió nueve o más consultas prenatales, intermedio cuando recibió de cinco a ocho consultas e inadecuado cuando recibió cuatro o menos consultas y el inicio fue en el tercer trimestre, obteniendo que el 54% tuvo un control adecuado.⁷

En México la atención prenatal esta fundamentada en la NOM-007 SSA para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y basada en ella el Instituto Mexicano del Seguro Social diseñó el Lineamiento Técnico Médico para la vigilancia del embarazo y el puerperio y sus complicaciones en medicina familiar.^{12, 14}

CALIDAD DE LA ATENCION PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VILLA DE REYES, S.L.P. EN EL 2007.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: El control prenatal es una de las actividades fundamentales de la medicina familiar y forma parte esencial de los programas prioritarios de salud, implica no solo el número de visitas sino cuando fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con que calidad se realizaron.

OBJETIVOS. Determinar el cumplimiento de los criterios de calidad para la atención prenatal que se otorga en la unidad de medicina familiar No. 20 de Villa de Reyes, S.L.P. identificando el promedio de consultas prenatales por embarazada, las principales patologías concomitantes con el embarazo, el cumplimiento en el apego al Lineamiento Técnico Médico para la vigilancia del embarazo basado en la NOM-007-SSA2-1993, y la satisfacción de las pacientes en la consulta prenatal.

MATERIAL Y METODOS. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal no comparativo prospectivo, el estudio se realizó en la unidad de medicina familiar No. 20 Villa de Reyes S.L.P. a todas las mujeres que acudieron a control prenatal durante el periodo del 1 de enero al 30 de junio del 2007.

RESULTADOS. El promedio de consultas por embarazada fue del 26.4%, las patologías presentadas durante el embarazo fue del 57.1% y las principales fueron infección de vías urinarias, cervicovaginitis, anemia, el nivel de apego a la Norma Oficial Mexicana NOM007-SSA-1993 se identifico como completo en un 90.7% y como adecuado en un 54.14%, el nivel de satisfacción de la embarazada en control prenatal fue un 99%

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención prenatal de calidad, es decir apegada al Lineamiento Técnico Médico y a la NOM 007-SSA2-1993 reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.^{12, 14}

Alrededor del 80% de las muertes maternas son previsibles con acciones como el control prenatal con enfoque de riesgo.^{18, 22, 23}

La mortalidad materna e infantil refleja el grado de desarrollo social y económico de un país. La primera se considera un peligro de salud mundial, ya que la OMS ha estimado que hay aproximadamente 600 mil defunciones maternas registradas cada año en todo el mundo de las cuales el 98% sigue ocurriendo en los países en desarrollo.^{17, 24}

De esta manera, mientras que naciones industrializadas como Canadá, Estados Unidos de América y la mayoría de los países europeos registran tasas de mortalidad materna inferiores a 15 por 100 mil nacidos vivos, en Africa y Sudamerica son infrecuentes cifras 10 a 100 veces más elevadas, en donde Cuba y Costa Rica informan tasas de mortalidad materna entre 12 y 26 por 100 mil nacidos vivos, tanto que Bolivia y Perú las registran superiores a 150. En posición intermedia se ubica México con 65 en el año 2002.^{17, 24}

En el Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo 2001-2006 se registró un descenso de 25.1 por ciento en la mortalidad materna, es decir, de 36.6 por cien mil nacidos vivos al termino del 2001, descendió a 27.5 por 100 mil nacidos vivos al concluir el año 2004 y para el 2006 la tasa de mortalidad materna tuvo un comportamiento descendente a 18 por cien mil nacidos vivos.^{22,}

^{24, 25, 26}

En cuanto a la mortalidad perinatal ha mostrado una notoria tendencia descendente ya que este indicador se redujo de 12.0 en el 2001 a 11.3 defunciones fetales por cada mil nacimientos al término del año 2004, aunque hubo una tendencia ascendente al 11.8 al término del 2006.²⁷

Durante el año 2006 en la delegación del IMSS en San Luís Potosí se presentaron 138 muertes perinatales con una tasa del 13.0, de las cuales 5 son de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 de Villa de Reyes, lo que corresponde al 3.6% del total.

Dada la trascendencia y magnitud de este problema el sector salud en 1970 inició el análisis profundo de las causas de mortalidad mediante la creación de Comités de Mortalidad Materna los cuales hasta la fecha han sido y serán de utilidad.³⁰

Diversos estudios han demostrado asociación entre ausencia del control prenatal y tasa de mortalidad perinatal, la calidad del mismo es la que impacta en la mortalidad perinatal.^{27, 28, 29,30}

Estudios enfocados analizar la calidad de la atención prenatal han encontrado que una calidad inadecuada conlleva mortalidad prenatal.^{27, 28, 29,30}

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Se cumplen con los criterios de calidad para la atención prenatal que se otorga en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Villa de Reyes, San Luís Potosí durante enero a junio del año 2007?

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ATENCIÓN PRENATAL

La atención prenatal es una de las actividades fundamentales de la medicina familiar y forma parte esencial de los programas prioritarios de salud, es una herramienta en la que se practica uno de los preceptos básicos de la medicina familiar; atención longitudinal y continua del paciente y la familia.⁸

La atención prenatal se define como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, dirigidos a la prevención, detección y control de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.^{9, 10}

Sus objetivos primordiales son identificar factores de riesgo, diagnosticar las condiciones generales de la madre y del feto, educar a la madre para limitar las posibilidades de complicación y prepararla para el nacimiento de su hijo.^{10, 11}

La Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido establece que el control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías interrecurrentes con el embarazo.¹²

Promoviendo que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:¹²

- 1ª. Consulta en el transcurso de las primeras 12 semanas
- 2ª. Consulta entre la 22 - 24 semanas
- 3ª. Consulta entre la 27 - 29 semana
- 4ª. Consulta entre la 33 - 35 semanas
- 5ª. Consulta entre la 38 – 40 semanas

Indicando los criterios y procedimientos para la prestación de servicios como actividades sustantivas a realizar durante el control prenatal, como son:¹²

1. Elaboración de historia clínica
2. Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales)
3. Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración
4. Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración
5. Valoración del riesgo obstétrico
6. Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto
7. Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo)
8. Determinación del grupo sanguíneo ABO Y Rho
9. Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36
10. Detección del virus de la inmunodeficiencia humana VIH en mujeres de alto riesgo, bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
11. Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
12. Prescripción de medicamentos
13. Aplicación al menos de dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes
14. Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas de la embarazada
15. Promoción para que la mujer acuda con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada
16. Promoción de la lactancia materna exclusiva
17. Promoción y orientación sobre planificación familiar

18. Medidas de autocuidado de la salud

19. Establecimiento del diagnóstico integral.^{12,13}

El Lineamiento Técnico Médico para la vigilancia del embarazo y el puerperio y sus complicaciones en medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene como objetivo actualizar y estandarizar los criterios y procedimientos Técnico Médico para la vigilancia del embarazo y puerperio, a realizar el diagnóstico y tratamiento de sus complicaciones, adecuar los criterios técnicos médicos institucionales para la vigilancia prenatal y puerperal contenidos en la NOM-007-SSA2-93.¹⁴

De acuerdo a este Lineamiento Técnico se define a la atención prenatal como una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, en el primer nivel de atención, a efecto de vigilar la evolución del embarazo, educar a la embarazada y a su pareja para que participen en el cuidado de la salud durante la gestación y obtener así una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el cuidado del recién nacido.¹⁴

El Lineamiento Técnico médico para la vigilancia del embarazo contempla al igual que la NOM-007-SSA2-93 que la vigilancia prenatal estará dirigida a la prevención, detección de factores de riesgo obstétrico y perinatal así como a la prevención, detección y tratamiento de las enfermedades más frecuentes y relevantes preexistentes e interrecurrentes como es anemia, infecciones urinarias y cervicovaginales, preeclampsia – eclampsia, complicaciones hemorrágicas obstétricas anteparto y el retraso del crecimiento intrauterino.^{12,14}

El diagnóstico de embarazo se realiza por el método clínico y cuando se requiera confirmar el diagnóstico se utiliza la cuantificación de la fracción beta de gonadotropina coriónica.¹⁴

De acuerdo con el Lineamiento Técnico Médico para la vigilancia el embarazo y puerperio la consulta en la que el médico familiar confirma clínica o

paraclínicamente que la mujer está embarazada corresponde a la primera consulta prenatal en la que se inicia la vigilancia del embarazo:¹⁴

1. La primera consulta de vigilancia la recibirá, preferentemente, antes de la semana 14 de la gestación (primer trimestre del embarazo) en la que se ordenarán los estudios de laboratorio iniciales
2. La segunda consulta prenatal se procurará otorgarla entre los 7 y 10 días naturales posteriores a la primera, con el fin de que el médico familiar valore lo más rápidamente posible los resultados de laboratorio, complete y actualice la calificación del riesgo obstétrico
3. Posteriormente citará a la embarazada cada mes, la cita será más frecuente ante la presencia de factores de riesgo, complicaciones o enfermedad interrecurrente
4. A partir de la semana 34-36 de gestación la cita será cada semana para realizar una vigilancia prenatal más cuidadosa y dirigida a la detección de las complicaciones que hacen su aparición al final del embarazo.¹⁴

La adecuada aplicación del lineamiento de atención redundara en lograr envío a segundo nivel de atención a embarazadas de 37 semanas de gestación y productos de más de 2,500kg.

Durante la vigilancia de la atención prenatal se debe realizar:

1. La identificación, valoración y registro de factores de riesgo por antecedentes
2. La medición, interpretación y registro del peso corporal
3. La medición, interpretación y registro de la tensión arterial
4. La medición, interpretación y registro de la temperatura, pulso, frecuencia respiratoria materna
5. La medición, interpretación y registro de edema
6. La medición, interpretación y registro de la altura del fondo uterino
7. La medición, valoración y registro de la frecuencia cardíaca fetal y de los movimientos fetales

8. La solicitud, interpretación y registro de los resultados de los exámenes de laboratorio
9. La solicitud y valoración de los estudios de gabinete
10. La valoración y calificación de los factores de riesgo obstétrico y perinatal
11. La prescripción de hierro y ácido fólico
12. La aplicación de toxoide tetánico y diftérico
13. La citología exfoliativa cervical, cuando se requiera
14. La educación de la embarazada y su pareja para el autocuidado de su salud
15. El envío de la embarazada con complicaciones, a otro nivel de atención.^{12,14}

La adecuada aplicación de estos conceptos, permitirá mantener la tasa de morbimortalidad materna y perinatal en niveles aceptables, siendo estos indicadores de calidad de la atención de salud que diferencian significativamente a países desarrollados de los países en vías de desarrollo.¹⁵

Se debe establecer el diagnóstico y el tratamiento de las complicaciones más frecuentes y relevantes que complican el embarazo y que son susceptibles de modificarse o controlarse durante la vigilancia prenatal, en el primer nivel de atención.¹⁵

Se entiende por complicación menor del embarazo la que puede ser atendida por el médico familiar en las instalaciones y con recursos existentes en las unidades de atención primaria, como son:¹⁶

- Anemia
- Cervicovaginitis
- Bacteriuria asintomática
- Infección de vías urinarias bajas (cistitis)
- Infección de las vías urinarias altas (pielonefritis)
- Amenaza de aborto.^{9,15,16,17}

Las complicaciones mayores de embarazo son las que impone riesgo alto de morbilidad o mortalidad a la madre y al producto y requiere de los recursos hospitalarios para su adecuada atención, entre ellas:¹⁶

- Embarazo Ectópico
- Aborto
- Embarazo molar
- Embarazo múltiple
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Hiperemésis gravídica
- Preeclampsia – eclampsia
- Inserción baja de placenta
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Amenaza de parto prematuro
- Muerte fetal
- Ruptura prematura de membranas
- Diabetes gestacional.^{10,16,17,18}

2.2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Se entiende por calidad, la totalidad de funciones, característica o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores.¹⁹

La calidad técnica es el cumplimiento de todos los requisitos indispensables que se desarrollan acordes con lo estrictamente científico, es decir, con el cumplimiento de los protocolos de atención analizados.¹⁹

La calidad funcional es conocida como la manera como es brindado el servicio y como la persona percibe que es atendida.¹⁹

Donabedian define la calidad en los servicios de salud como el atributo que puede lograrse con los recursos disponibles y con los valores sociales imperantes. Representado la calidad como una oportunidad no tan solo de satisfacción si no de incrementar la eficiencia en los prestadores de servicios y la efectividad de las unidades de salud.^{2, 20}

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido define a la calidad de la atención como la secuencia de actividades que relacionan al prestador de lo servicios con el usuario incluyendo oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como los resultados.¹²

El Lineamiento Técnico Médico para la vigilancia del embarazo, del puerperio y sus complicaciones, en medicina familiar define calidad de la atención como el grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica con los menores riesgos para los pacientes, considerando los recursos con que cuenta la unidad médica y los valores sociales imperantes.¹⁴

Se define a la evaluación de la calidad de la atención médica como el análisis metodológico de la atención otorgada, que permite determinar las características del proceso de atención de sus resultados y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, de los trabajadores y de la institución, conforme a las normas éticas, conocimientos y tecnología vigentes, en un marco de administración racional de los recursos. Comprende el estudio clínico y paraclínico de las esferas biológica, psicológica y social, que se evalúan a través del expediente clínico y de la observación directa de la atención del paciente.²¹

La evaluación de la calidad y eficacia de los cuidados perinatales busca que todos los embarazos tengan una resolución exitosa, permite conocer la calidad e idoneidad con que se brindan los cuidados sanitarios, y como resultado, desarrollar mejora continua de las estrategias diagnosticas y terapéuticas que se ofrecen a los pacientes⁹

La calidad de la atención médica prenatal es un proceso dinámico que integra la ciencia y el arte de la medicina con el único objetivo de propiciar bienestar al binomio.⁹

El Instituto Mexicano del Seguro Social para evaluar la calidad de la atención prenatal diseñó instrumentos que permiten supervisar y evaluar la calidad de la atención mediante la calificación de acciones clínicas y paraclínicas, la calificación del riesgo obstétrico y la integridad de la atención mediante:

1. El Expediente Clínico Electrónico del Instituto Mexicano del Seguro social, cuyo diseño esta basado en lo establecido por la NOM-168 del expediente clínico y la NOM-007-SSA2-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.
2. Instrumento de evaluación en el nivel operativo de la vigilancia prenatal en medicina familiar. (JSMF VM1). Verifica el grado de cumplimiento de los criterios técnico médicos normados, es decir mide la calidad de la vigilancia prenatal institucional. (anexo V)

Se considera que la atención prenatal es completa cuando el médico familiar incluye en el expediente, antecedentes y los consigna, así como la evolución del embarazo consignando peso, presión arterial, altura uterina, frecuencia cardiaca, semanas de gestación.

Así mismo, se considera que la atención fue adecuada cuando incluye estudios de laboratorio solicitados; factor de riesgo consignado en el expediente y acciones preventivas realizadas.

En el país se ha iniciado un esfuerzo conjunto de los Servicios de Salud por alcanzar la calidad, existen indicadores de satisfacción de los usuarios, de efectividad, de trato digno que fortalece la cultura de la medición como un paso obligado para medir los cambios, es por ello que la Cruzada Nacional por la Calidad integra estrategias que buscan mejorar la calidad de los servicios

incluyendo al usuario como aval de los cambios o mejoras y evaluando el quehacer de los prestadores de servicio para fortalecer la credibilidad de las instituciones.²⁰

3. Instrumento de encuesta de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en atención prenatal (F 1 TD-/02) el cual mide el grado de satisfacción de la usuaria ante el servicio recibido.(anexo III)

V. OBJETIVOS

5.1. GENERAL

Identificar el cumplimiento de los criterios de calidad para la atención prenatal que se otorga en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Villa de Reyes, San Luís Potosí durante el periodo de enero a junio del año 2007

5.2. ESPECIFICOS

- Identificar el número de consultas de embarazadas que acudieron a atención prenatal de enero a junio del año 2007 en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Villa de Reyes, San Luís Potosí
- Determinar el promedio de consultas de atención prenatal por embarazada
- Identificar las principales patologías concomitantes con el embarazo
- Determinar el apego al Lineamiento Técnico Medico para la vigilancia del embarazo basado en la NOM-007-SSA2-1993
- Precisar el nivel de satisfacción de las pacientes en la consulta de atención prenatal (Cruzada por la Calidad de la Atención Médica)

IV. JUSTIFICACIÓN

El embarazo es un proceso normal que en la mayoría de los casos transcurre sin complicaciones, sin embargo existen enfermedades que de no detectarse a tiempo, ni de tratarse de manera oportuna y adecuada pueden poner en riesgo la salud de la madre de su hijo durante la etapa perinatal.¹⁵

La mayoría de estas enfermedades pueden modificarse favorablemente o controlarse cuando se detectan con oportunidad y se tratan con éxito mediante la aplicación de criterios y procedimientos normalizados para la atención durante el embarazo, parto y puerperio; sobre todo, cuando la morbilidad y mortalidad ocurridas en la etapa perinatal están originadas por complicaciones como: preeclampsia-eclampsia, hemorragias de origen obstétrico, infecciones genitourinarias, anemia, prematurez y el bajo peso al nacer.^{6, 22}

En el año 2006 la Unidad de Medicina Familiar No. 20 de Villa de Reyes se otorga un total de 10.735 consultas de medicina familiar por año, de las cuales la consulta prenatal ocupa el 7º lugar entre los 10 principales motivos de consulta, teniendo un total de 1769 consultas prenatales, de las cuales 417 corresponden a 1ª. vez y 1352 subsecuentes, es decir un promedio de atenciones prenatales por embarazada de 3.24 por abajo del valor de Referencia Nacional de 8.

Del total de embarazos de la unidad 171 presentaron alguna complicación, es decir el 41% y entre las más frecuentes se encuentran la infección de vías urinarias 131 casos (76%), ruptura prematura de membranas 16 casos (9.35%), hipertensión arterial sistémica gestacional sin proteinuria 2 casos (1.16%), hipertensión arterial sistémica gestacional con proteinuria 6 casos (3.5%), preeclampsia 6 casos (3.5%), hipertensión materna no especificada 4 casos (2.33%), infección genital 4 casos (2.33%), diabetes mellitus en el embarazo 2 casos (1.16%).

La atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social esta dirigida a lograr que las embarazadas alcancen 37 o más semanas de

gestación y los niños pesen al nacer 2,500 o más gramos, en su caso, a prevenir, atender y/o enviar a otro nivel de atención, en forma oportuna y adecuada, a quienes presenten complicaciones, así como educar a la embarazada y a su pareja para que participen en el cuidado de la salud durante el embarazo y el puerperio.^{14, 22, 24}

Por lo antes expuesto es relevante el apego a los criterios de calidad normados por el Instituto Mexicano del Seguro Social mediante el Lineamiento Técnico Médico.

VI. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal, observacional, prospectivo

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 de Villa de Reyes S.L.P. que acudan por primera vez a la atención prenatal durante el periodo de enero a junio del 2007

6.3 TIPO DE MUESTRA

No probabilística por conveniencia, la unidad de observación estudiada no presentan la misma probabilidad de ser elegidos.

6.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se consideraron al total de pacientes embarazadas (140) que acudieron durante el periodo comprendido del 1° de enero al 30 de junio de 2007 a la Unidad de Medicina Familiar de Villa de Reyes S.L.P

6.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar de Villa de Reyes S.L.P del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar durante el periodo de enero a junio 2007

6.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Embarazadas que pierdan su vigencia durante el estudio

6.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- a) Embarazadas identificadas, de la cual no se encuentre registro de su atención prenatal
- b) Embarazadas que no deseen participar en el estudio
- c) Embarazadas que cambien de domicilio durante el periodo de estudio

6.6. VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
Calidad	Cualitativa	1.Totalidad de funciones, característica o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores	Actividades del prestador de los servicios de salud con la embarazada en estricto apego a la NOM-007-SSA2-1993 y Lineamiento Técnico Médico para la Vigilancia del Embarazo, del Puerperio y sus Complicaciones, en Medicina Familiar y el resultado de la encuesta de la Cruzada Nacional por la calidad de la atención medica F1 TD/02	Nominal	1=Si 2=No
Atención Prenatal	Cualitativa	Totalidad de funciones, característica o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores	Conjunto de acciones y procedimientos secuenciales que conllevan a garantizar la salud del binomio durante el embarazo. Registrados en el expediente electrónico. Adecuada: cuando se consigna en el expediente los estudios de laboratorio solicitados, factor de riesgo, acciones preventivas realizadas. Completa: cuando se consigna en el expediente antecedentes, evolución del embarazo.	Nominal	1=Adecuada 2=Completa 3=Inadecuada 4=Incompleta

Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos en el momento del estudio	Numérica	1=<19 2=19-34 3=35 y más
Peso	Cuantitativa	Medida expresada en kilogramos	Peso de la embarazada al momento del estudio	Numérica	1=<50 2=50 y más
Talla	Cuantitativa	Medida expresada en centímetros	Medida de la embarazada al momento del estudio expresada en cm.	Numérica	1=<1.50cm 2=1.50cm y más
Escolaridad	Cuantitativa	Años realizados de estudios o alcanzados por la persona	Estudios escolares de la embarazada al momento del estudio	Nominal	1=primaria o menos 2=secundaria o más
Inicio de vida sexual activa	Cuantitativa	Relación íntima con otra pareja	Edad de primera relación sexual coital	Numérica	1=<19 2=19-34 3=35 y más
Número de embarazos	Cuantitativa	Periodos comprendidos desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos	Número de embarazos registrados hasta el momento del estudio	Numérica	1=primigesta 2=2-4 3=5 y más
Número de Partos	Cuantitativa	Fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más de gestación, de la placenta o sus anexos	Número de partos presentados en el momento del estudio	Numérica	1=0 2=1-3 3=4 y mas
Número de cesáreas	Cuantitativa	Intervención quirúrgica que tiene como objeto extraer al producto de la concepción vivo o muerto de 28 semanas o mas de gestación, así como sus anexos ovulares, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina	Número de cesáreas previas al embarazo actual	Numérica	1=si 2=no

Número de Abortos	Cuantitativa	Expulsiones de productos de la concepción de 21 semanas o menos de gestación o peso menor a 500gr.	Número de abortos presentados al momento del embarazo actual	Numérica	1=0 2=1-2 3=3 o más
Intervalo Intergenésico	Cuantitativa	Espacio que separa un embarazo de otro	Tiempo expresado en meses al momento del embarazo actual	Numérica	1=0 2=<13 3=13-60 4=mas de 60
Factor de riesgo obstétrico	Cualitativa	Factor que cuando esta presente aumenta la probabilidad de que la madre o el niño desarrollen una enfermedad	Suma de factores de riesgo y antecedentes en el expediente electrónico identificados en el control prenatal	Nominal	1=si 2=no
Acciones preventivas	Cualitativa	Acciones del control prenatal encaminadas a prevenir complicaciones como la anemia, malformaciones del tubo neural y tétanos neonatal	Aplicación de toxoide diftérico, indicación de hierro y acido fólico	Nominal	1=si 2=no
Enfermedades Concomitantes	Cualitativa	Patologías presentadas durante el embarazo	Infecciones y alteraciones presentadas durante el embarazo	Nominal	1=Si 2=No
Estudios de laboratorio	Cualitativa	Estudios de laboratorio realizados durante el control prenatal	Biometría hemática, glucemia, VDRL, examen general de orina, grupo sanguíneo y RH	Nominal	1=si 2=no
Diagnóstico y Tratamiento	Cualitativa	Se realiza con los datos de la embarazada al interrogatorio y exploración	Prescripción de medidas generales y farmacológicas a la embarazada	Nominal	1=si 2=no
Referencia	Cualitativa	Envío de la embarazada a segundo nivel para su atención	Envío de la embarazada para valoración por ginecoobstetricia por algún factor de riesgo o enfermedad agregada durante el embarazo	Nominal	1=si 2=no

6.7. METODO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información necesaria para llevar a cabo el presente estudio se colectó de fuentes indirectas, tales como los registros existentes en el expediente de cada una de las embarazadas atendidas en consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N° 20 de Villa de Reyes San Luís Potosí, mediante base de datos elaborada por el investigador, sustentada en el formato establecido para la anotación de los datos de las pacientes en control prenatal y el expediente clínico electrónico en la atención del control prenatal, mediante el siguiente procedimiento:

- a) Se localizaron los datos de las pacientes que acudieron a consulta de atención prenatal, en el formato Registro de Atención Integral de Salud (RAIS) y/o mediante el Sistema de Información Atención Integral a la Salud (SIAIS) en el cuadro de salida mensual y se identificó el número de embarazadas del periodo y se elaboró censo de embarazadas a estudiar.
- b) Posteriormente mediante el administrador del SIMF (Sistema de Información en Medicina Familiar) se localizó por número de Seguridad Social el expediente de cada embarazada a estudiar.
- c) Identificado el Expediente Clínico Electrónico se seleccionó la pestaña de atención médica en lo correspondiente a control prenatal y de ahí se recabaron los datos de cada variable en estudio en la base de datos Excel.

Cabe hacer mención que el expediente clínico electrónico del Instituto Mexicano del Seguro Social se diseñó basado en lo establecido por la NOM-168 del expediente clínico y la NOM 007-SSA2-1993 para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

d) Posteriormente se citó a la Unidad de Medicina Familiar o en su caso se realizó visita domiciliaria para la aplicación del instrumento de encuesta de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud F1 TD/02 (Formato No 1 Trato Digno 2002). (Anexo III)

6.8. METODO PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Posterior a la recolección de los datos de cada paciente embarazada atendida en la Unidad de Medicina Familiar, se validó la información obtenida, con el fin de verificar el correcto llenado de las cédulas de recolección de datos.

La información obtenida previamente ordenada y capturada en una base de datos elaborada en el programa SPSS.

Se aplicaron medidas estadísticas a las variables de tipo cuantitativo:

- a) Medidas de tendencia central
- b) Medidas de dispersión

Se aplicaron medidas estadísticas a las variables cualitativas:

- a) De Proporción

6.9. CONSIDERACIONES ETICAS

Se consideró una investigación sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención clínica, terapéutica o paraclínica. Se obtuvieron solamente datos estadísticos.

Por lo que se les proporcionó una carta de consentimiento informado en donde se les explicó el nombre del estudio, en que consistía su participación, y se hace énfasis en que los datos serán confidenciales. Criterios apegados a la

Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964, y a la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. (Anexo IV)

VII. RESULTADOS

El número total de consultas de atención prenatal otorgadas a embarazadas en el periodo de enero a junio 2007 fue de 568, de las cuales 24.65% (140) fueron de primera vez y 75.35% (428) subsecuentes, con un promedio de consultas de atención prenatal de 3.05%. (para fines del presente estudio se consideraron las de 1ª vez). (Gráfica 1)

Gráfica 1
FRECUENCIA DE CONSULTAS OTORGADAS DEL
1º DE ENERO AL 30 DE JUNIO DEL 2007
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Nº 20, VILLA DE REYES, SLP**



FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Referente al número de consultas prenatales por embarazada, el 62.1% (87) corresponden a 2-4 consultas, siguiendole 5 y más con 26.4% (34) y solo una consulta el 11.4% (16), con una media y moda de 3, desviación estándar de 1.5. (Tabla 1)

Tabla 1
CONSULTAS DE ATENCIÓN PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Nº 20 VILLA DE REYES, SLP.

Nº DE PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16	1	11.4
87	2-4	62.2
37	5 y más	26.4

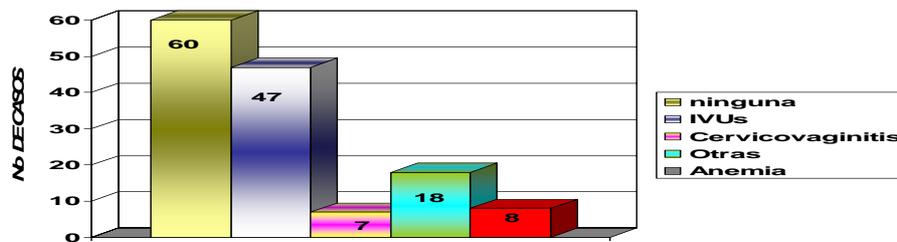
FUENTE: SIAIS Y EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Del total de atención prenatal de primera vez (140), el 42.9% (60) no presentaron patologías concomitantes. El 33.6% (47) cursaron con infección de

vías urinarias, el 5. % (7) con anemia, el 5.71% (8) con cervicovaginitis y el 12.85% (18) se presentaron otras patologías (amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, placenta previa, faringoamigdalitis). (Gráfica 2)

Gráfica 2

PATOLOGIAS CONCOMITANTES CON EL EMBARAZO



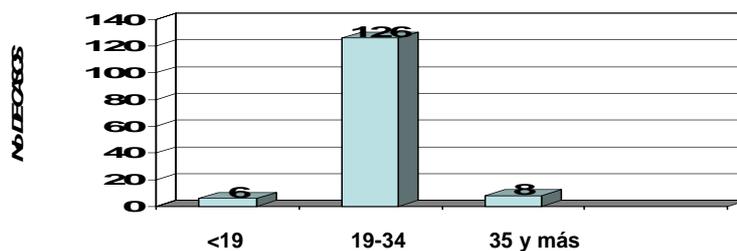
N: 140 (1ª vez)

FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

En relación a la edad se identificó al 4.3% (6) como menores de 19 años, el 90% (126) entre los 19 y 34 años y el 5.7% (8) mayores de 34 años. El rango de edad fue de 23 años, siendo la más joven de 15 años y la de mayor edad de 38 años, identificándose al 10% (14) las embarazadas en edades extremas de la vida. (Gráfica 3)

Gráfica 3

FRECUENCIA DE EDAD DE LAS EMBARAZADAS EN ATENCIÓN PRENATAL



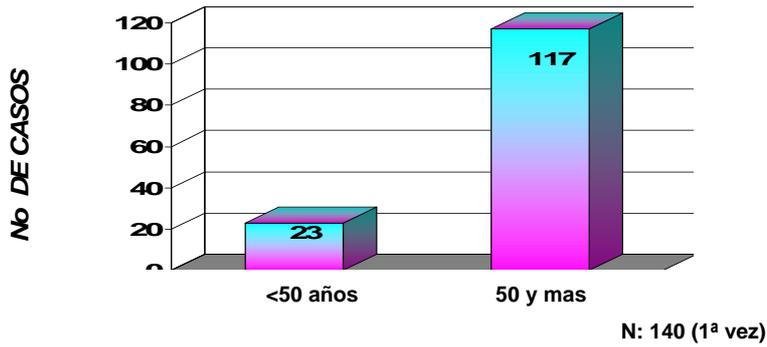
N: 140 (1ª vez)

FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

En relación al peso el 16.4% (23) fue menor de 50Kg. y 83.6% mayor de 50kg, siendo el rango menor de 1.43cm y el mayor de 106kg. (Gráfica 4)

Gráfica 4

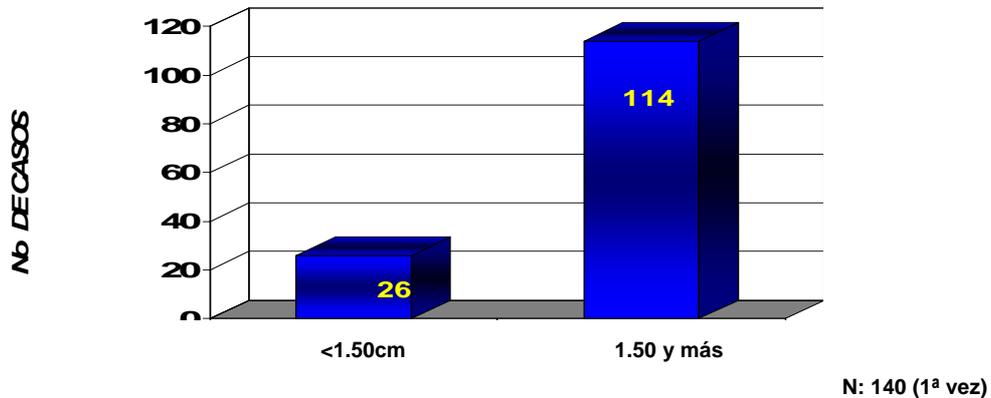
FRECUENCIA DE PESO DE LA EMBARAZADA EN ATENCIÓN PRENATAL



FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

En cuanto a la talla el 18% (26) fue menor a 1.50cm y el 81.4% (114) de 1.50 cm. y más; siendo el rango menor de 1.44cm y el mayor de 1.73cm. (Gráfica 5).

Gráfica 5
FRECUENCIA DE TALLA DE LAS EMBARAZADAS
EN ATENCIÓN PRENATAL



FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

La escolaridad el 62.1% (87) fue primaria o menos y el 37.9% (53) secundaria o más. (Gráfica 6).

Gráfica 6
FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD EN LAS
PACIENTES EMBARAZADAS



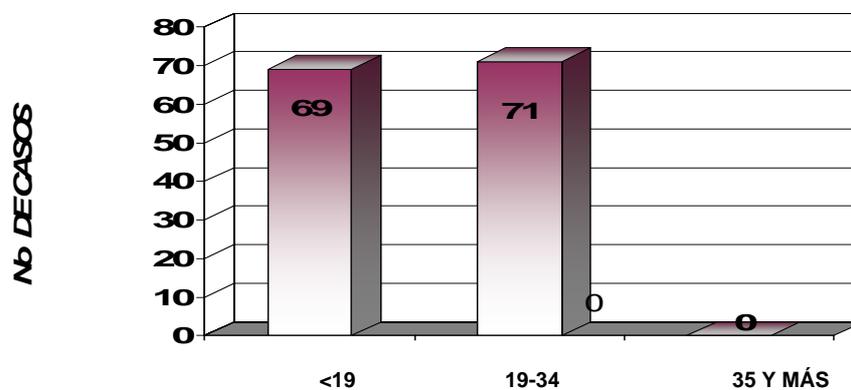
N: 140(1ª vez)

FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Relacionado al inicio de vida sexual activa el 49.3% (69) la inició antes de los 19 años y el 50.7% (71) de los 19 a los 34 años; no se identificaron pacientes después de los 35 años, el rango menor fue a los 12 años y el mayor a los 28 años. (Gráfica 7)

Gráfica 7

**FRECUENCIA DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA
DE PACIENTES EMBARAZADAS**



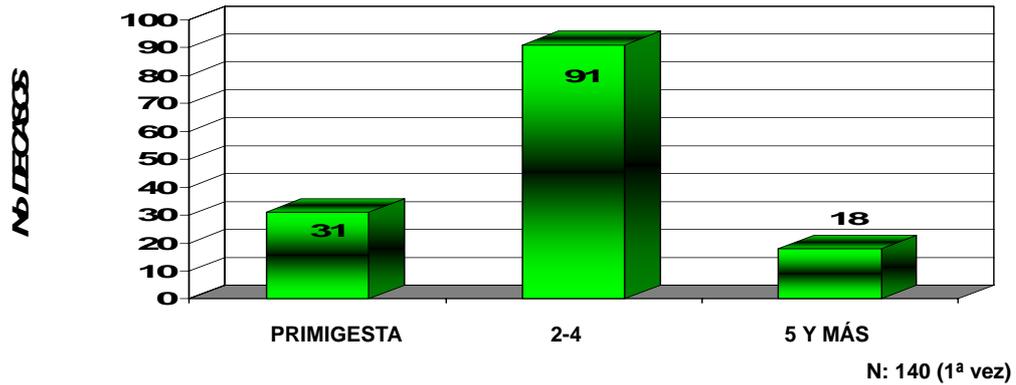
N: 140 (1ª vez)

FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Con respecto al número de gestas el 31.4% (44) son primigestas, 65% (91) tienen de 2 a 4 gestas y el 12.9% (18) tienen 5 gestas y más el rango menor fue de 1 y el mayor de 10. (Gráfica 8)

Gráfica 8

**NÚMERO DE GESTAS EN EMBARAZADAS
EN ATENCIÓN PRENATAL**

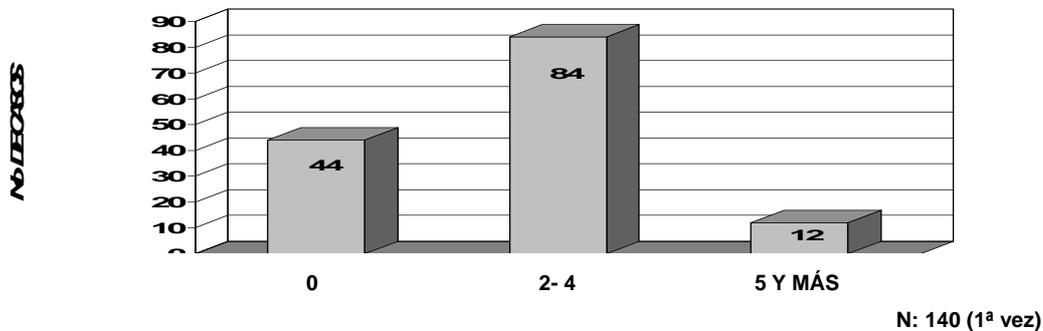


FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Referente al número de partos el 31.4% (44) no han tenido ninguno, 60% (84) han tenido de 1 a 3 partos, y el 8.6% (12) de 4 a más partos; el rango menor fue de 1 y el mayor de 9. (Gráfica 9)

Gráfica 9

FRECUENCIA DE PARTOS EN LAS PACIENTES EN CONTROL PRENATAL

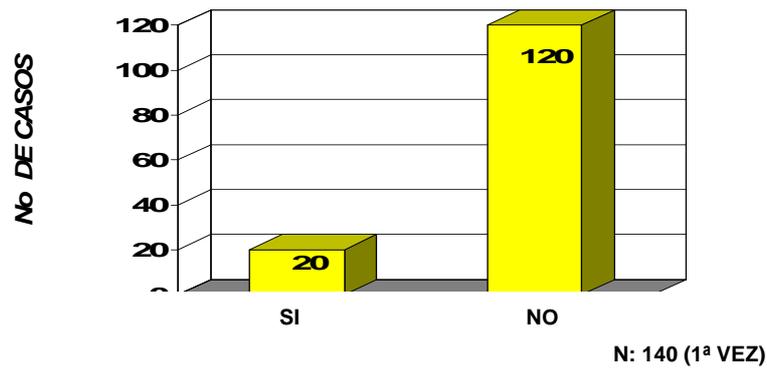


FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

En relación al antecedente de cesáreas el 14.3% (20) se les ha realizado. (Gráfica 10)

Gráfica 10

FRECUENCIA DE CESAREAS EN EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL

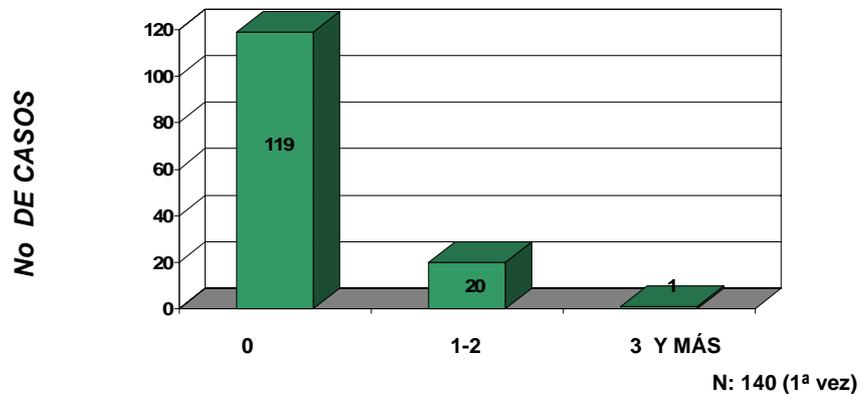


FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Con respecto al antecedente de abortos, el 85% (119) no lo han presentado el 14.3% (20) han tenido de 1 a 2 y el .7% (1) ha tenido 3; el rango mínimo es de uno y el máximo de 3. (Gráfica 11)

Gráfica 11

**FRECUENCIA DE ABORTOS EN EMBARAZADAS
EN CONTROL PRENATAL**

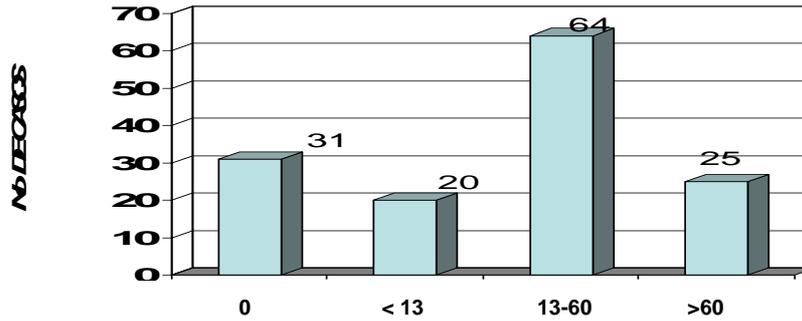


FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Referente al intervalo intergenesico el 22.1% (31) son primigestas, el 14.3% (20) fue menor de 13 meses, el 45.7% (64) fue de 13 a 60 meses y el 17.9% (25) mayor de 60 meses. (Gráfica 12)

Gráfica 12

**FRECUENCIA DE INTERVALO INTERGENÉSICO
EN EMBARAZADAS EN ATENCIÓN PRENATAL**



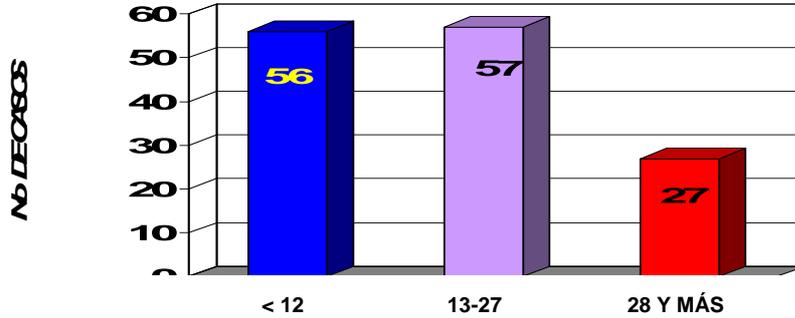
N: 140 (1ª VEZ)

FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

El inicio de la atención prenatal en semanas de gestación fue en el 40% (56) antes de las 12 semanas, el 40.7% (57) de las 13 a las 27 y el 19.3% (27) de las 28 semanas y más. (Gráfica 13)

Gráfica 13

**FRECUENCIA DE INICIO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL**



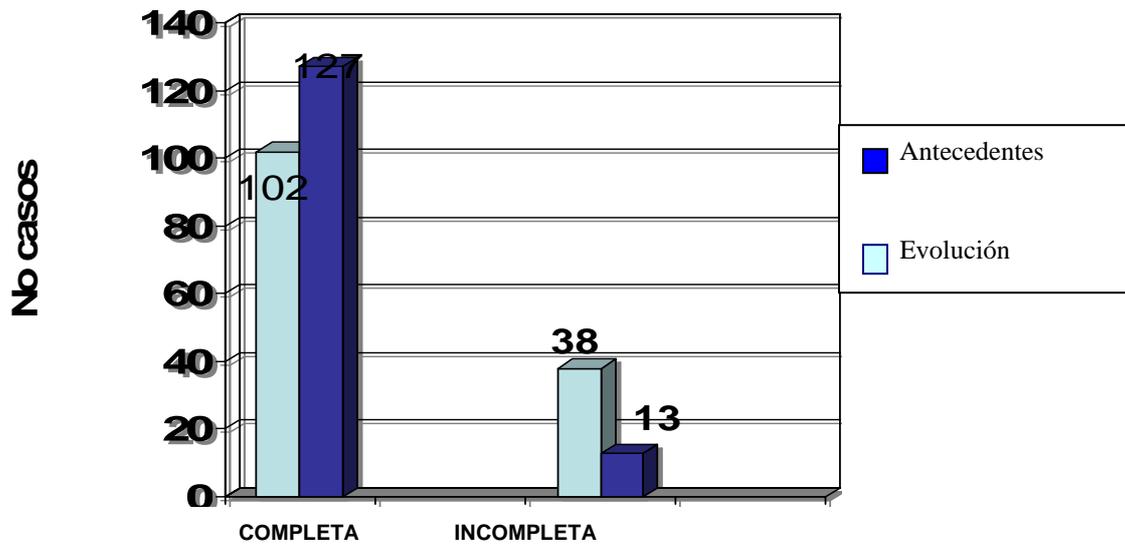
N: 140 (1ª VEZ)

FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

El nivel de apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido se identificó como completo en un 90.7% (127). (Gráfica 14).

Gráfica 14

**NIVEL DE APEGO A LA NOM-007SSA-1993 ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO
PARTO Y PUERPERIO**



N: 140 (1ª VEZ)

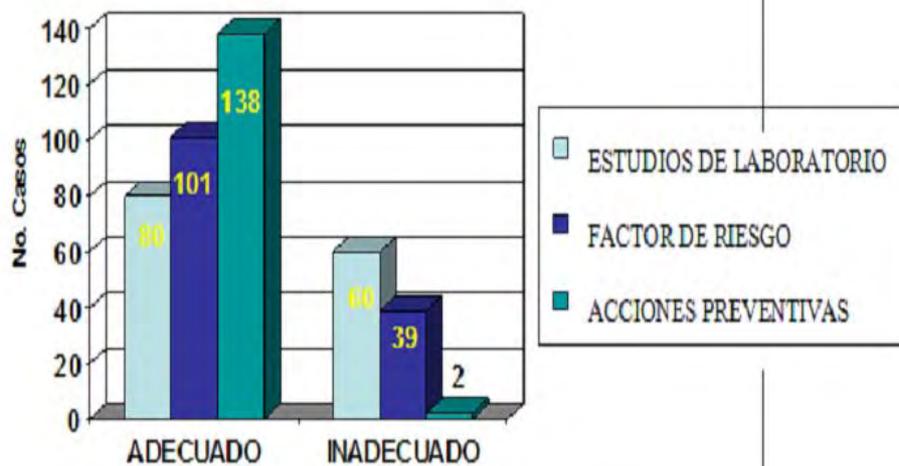
FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

***Nivel de apego: Completa (Incluye antecedentes consignados en el expediente, y evolución del embarazo (peso, presión arterial, altura uterina, frecuencia cardiaca fetal, semanas de gestación)

En cuanto a estudios de laboratorio completos y consignados en el expediente clínico se calificaron como adecuados el 57.14% (80), la identificación de factores de riesgo 72.14% (101), y acciones preventivas integrales 98.57% (138). (Gráfica 15)

Gráfica 15

**NIVEL DE APEGO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA 007
ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO**



N: 140 (1ª VEZ)

FUENTE: EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Nota: Adecuado (Incluye estudios de laboratorio solicitados; factor de riesgo consignado en el expediente, acciones preventivas realizadas)

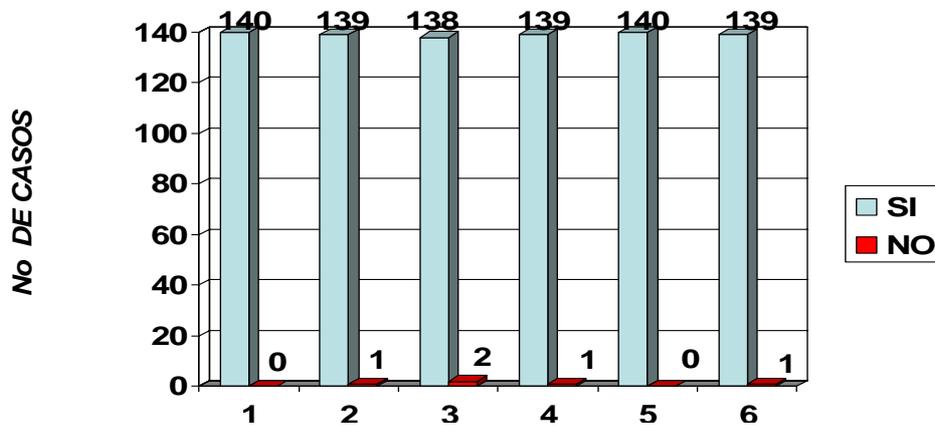
El nivel de satisfacción medido en su indicador denominado calidad de la atención del control prenatal por el médico, se determinó que se les permitió hablar sobre su estado de salud y recibieron un buen trato el 100% de las embarazadas.

Se explicó sobre su estado de salud sobre sus cuidados y la información fue clara y adecuada al 99.3% (139). Al .7% (1) no se les explicó y la información no fue clara y adecuada.

Se explicó sobre su tratamiento al 98.6% (138) y al 1.4% (2) no se le explicó sobre su tratamiento (Gráfica 16)

Gráfica 16

**SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES EN LA ATENCIÓN PRENATAL
1º DE ENERO AL 30 DE JUNIO DEL 2007
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Nº 20, VILLA DE REYES, SLP**



N: 140 (1ª VEZ)

1. Se le permitió hablar sobre su estado de salud
2. Se le explicó sobre su estado de salud
3. Se le explicó sobre su tratamiento que debe seguir
4. Se le explicó sobre los cuidados que debe seguir
5. El trato recibido fue bueno
6. La información recibida por el médico la consideró clara y adecuada

VIII. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró un porcentaje de consultas de control prenatal en el primer trimestre 45.7 %, el 26.4 % acudió en 5 y más ocasiones, hallazgo similar al estudio de Garza Elizondo, Rodríguez Casas⁶ en el que un 48.6% acudieron en el primer trimestre y el 27.3% acudió en 5 y más ocasiones según marca la Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-1993 en la cual se debe identificar preferentemente en las primeras 12 semanas y por lo menos deben ser 5 consultas durante el embarazo, por lo que no hubo variabilidad significativa, entre más temprano se realice el control prenatal mejor será la posibilidad de brindar un adecuada atención, con todas las posibilidades de éxito en la conclusión del embarazo, mejorando así el bienestar materno infantil.

De acuerdo a las propuestas clásicas de Donabedian, los resultados y los procesos de atención son elementos esenciales para evaluar su calidad.² Así como También los servicios de salud deben , además de ser técnicamente efectivos y económicamente eficientes, ser convenientes, aceptables y agradables para el usuario, encontrándose en nuestro estudio un grado de satisfacción de la paciente de un 99.3%.

En el presente estudio las patologías presentadas durante el embarazo con mayor frecuencia fueron infecciones de vías urinarias, cervico vaginitis y anemia coincidiendo con los estudios realizados por Pérez J y Lira J.^{31, 32} en su estudio realizado en México en donde se encuentra estas patologías infección de vías urinarias, cervicovaginitis y anemia de mayor frecuencia representando un factor de riesgo para un nacimiento prematuro.

En cuanto al apego a la Norma Oficial Mexicana en la realización de actividades durante el control prenatal tomando en cuenta las variables de antecedentes, evolución del embarazo, factor de riesgo, estudios de laboratorio y acciones preventivas realizadas coincidiendo en estudios realizados en Uruguay , Costa Rica por Núñez H, y Colomar.^{4,5}

IX. CONCLUSIONES

1. El número de consultas de atención prenatal de primera vez del total del periodo en estudio fue del 24.65%, por abajo del valor de referencia nacional de 50 y más.

2. El promedio de consultas por embarazada fue del 26.4%, por abajo de lo que marca la NOM 007-SSA-1993 de 5 consultas a 8 que marca el Lineamiento Técnico, tomando en cuenta que las detectadas en los meses de mayo y junio solo acudieron en una y dos ocasiones.

3. La identificación de patologías concomitantes durante el embarazo fue del 57.1% y las principales fueron infección de vías urinarias, cervicovaginitis, anemia, cien por ciento prevenibles y tratables.

4. La calidad de la atención prenatal fue completa pero no adecuada basándose en la Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA-1993 para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido y en el Lineamiento Técnico médico para la vigilancia del embarazo del puerperio y sus complicaciones en medicina familiar.

5. El nivel de satisfacción de la embarazada en control prenatal fue bueno en cuanto a la calidad de la atención.

ANEXO I

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2006						2007					
	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
REGISTRO DEL PROTOCOLO ANTE EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN LOCAL	X											
RECOLECCION DE INFORMACIÓN		X	X	X	X	X	X					
PROCESAMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS								X	X			
RESULTADOS Y CONCLUSIONES										X	X	
PRESENTACIÓN												X

ANEXO II

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad						
Peso						
Talla						
Escolaridad						
Inicio de vida sexual activa						
Número de Embarazos						
Número de Partos						
Número de Cesáreas						
Número de Abortos						
Intervalo intergenésico						
Evolución						
Factor de riesgo						
Acciones Preventivas						
Enfermedades concomitantes						
Estudios de laboratorio						
Diagnóstico y Tratamiento						
Referencia						

FUENTE. Expediente electrónico en atención medica de control prenatal

ANEXO III

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
CRUZADA POR LA CALIDAD

INDICADOR	SI	NO
Se le permitió hablar sobre su estado de salud		
Se explicó sobre su estado de salud		
Se le explicó sobre su tratamiento que debe seguir		
Se le explicó sobre los cuidados que debe seguir		
El trato que recibió fue bueno		
La información recibida por el médico la considero clara y adecuada		

FUENTE. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicio de Salud F1 TD/02

Nota: 1 (si) 2 (No)

ANEXO IV

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SAN LUIS POTOSI, S.L.P. 2007

Por medio de la presente acepto conciente, libre y voluntariamente en participar en el proyecto de investigación, titulado CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 20 VILLA DE REYES, S.L.P. EN EL 2007. cuyo objetivo es determinar el trato recibido durante la Atención Prenatal.

Se me explicó que mi participación solo consiste en contestar la encuesta que se me entregó y como contestarla, y la información obtenida es confidencial.

TESTIGO

TESTIGO

ACEPTO

ANEXO V

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUPERVISIÓN OPERATIVA A LA VIGILANCIA PRENATAL EN MEDICINA
FAMILIAR IMSS
(JSMF VM 1)

X. BIBLIOGRAFIA

1. Bronfman M., López S., Magis C., Moreno A., Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pùb de Méx* 2003; 45(6):445-54
2. Morales C. Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? *Rev. Med Hered* 2001; 12(3):96-9.
3. Ramírez A., García J., Frausto S. Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico: Un Modelo para la Realidad Mexicana. *Cad Saùde Publ., Rió Janeiro*. 1995; 11(3):456-62.
4. Núñez H., Elizondo A., Monge R., Griós C. El control prenatal en adolescentes embarazadas en Costa Rica. *Bol Med Hosp Infant Méx* 2002; 59:555-61
5. Colomar M., Belizam M., Cafferata M., Labandera A., Tomasso G., Althabe F., et al. Prácticas en la atención materna y perinatal realizada en los hospitales públicos en Uruguay. *Ginecol Obstet Mex* 2004;72(9):455-65.
6. Garza M., Rodríguez M., Villarreal E., Salinas A., Nuñez G. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev Esp Salud Pública* 2003;77(2):88-94.
7. Mendoza M., Sánchez B., García M., Avila H. Morbilidad percibida y control prenatal. Estudio de campo. *Perinatol Reprod Hum* 2022; 16(1):26-34.
8. Vásquez E., Boschetti B., Monroy C., Ponce R. Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México. *Arch en Med Fam* 2005; 7(2): 57-60.
9. Tena C., Ahued JR., Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecol y Obstet Méx* 2003; 71:409-20.

10. Cassini S., Sainz L., Hertz M., Andina E. Guía de control prenatal. Embarazo normal Rev Hosp Inf Ramón Sarda 2002; 21(2):51-62.
11. Velasco V., Navarrete E. Mortalidad materna en el IMSS: un análisis desde la perspectiva de la morbilidad y la letalidad. Cir Ciruj 2006; 74(1):21-6.
12. Norma oficial Mexicana NOM 007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido criterios y procedimientos para la prestación de servicio.
13. Pavon P., Trejo C., Ramirez M., Landa V. Evaluación del expediente clínico en la atención obstétrica. Rev Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. 2002; 2(1):12-6.
14. Lineamiento técnico medico para la vigilancia del embarazo del puerperio y sus complicaciones en medicina familiar, Guía IMSS.
15. Ortiz R., Beltrán M., MD. Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. Med UNAB 2005; 8(2):102-11.
16. Hernández B., Trejo JA, Ducoing DL., Vázquez L., Tome P. Guía clínica para la atención prenatal. Rev Med IMSS 2003; 41 (sulp): 559-569.
17. Elu MC., Santos E. Mortalidad Materna; una tragedia evitable. Perinatal Reprod Hum 2004; 18:44-52.
18. Comisión Nacional de Arbitraje Medico. Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Ginecol Obstet Méx 2004; 72(6):295-331.
19. Otero J., Otero I. Que es Calidad en Salud?. Etica y Marketing. Perú. 2002; 2:11-4.

20. Rodríguez A. Calidad en los servicios de salud. Horizonte Sanitario. Tabasco. 2005; 4(1):25-7.
21. Sánchez R., Ordóñez F., Beltrán C. La triada: Ética preventiva, calidad de la atención médica y derecho. Rev Inst Nal Enf Resp Méx 2001; 14(2):129-31.
22. Sánchez H., Pérez G., Pérez F., Vázquez F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43(5):377-80
23. Núñez H., Elizondo A., Monge R. El control prenatal en adolescentes embarazadas en Costa Rica. Bol Med Hosp Infant Méx 2002; 59: 555-61
24. Velasco V. Mortalidad materna: antiguo problema que persiste en nuestra época. Cir Ciruj 2004; 72(4): 263-64.
25. Informe de ejecución 2004-2005 del Programa Nacional de Población. Instituto Mexicano del Seguro Social 2001-2006
26. Velasco V., Navarrete E., Hernandez F., Anaya S., Pozos J., Chavarria M. Mortalidad materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción. Cir Cirj 2004; 72(4):293-99.
27. Aguilar M., Méndez GF., Guevara J., Caballero A. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. Rev Med IMSS 2005; 43(3):215-20.
28. Vilchis P., Gallardo J., Rivera A. Mortalidad perinatal: Una respuesta de análisis. Ginecol Obstet Mex. 2002; 70(10):510-20.
29. Lee I, Mortalidad perinatal en un hospital de segundo nivel de atención, Rev Med IMSS 2003; 41(1):31-36.

30. Ferrer L., Basavilvazo M., Lemus R., Toca L., Hernández M. Análisis de la tendencia de la mortalidad materna durante 10 años de seguimiento en una región urbana. *Ginecol Obstet Méx* 2005; 73(9):477-83.

31. Lira J., Oviedo H., Zambrana M., Ibarquengoitia O., Ahued R. Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73(8):407-14.

32. Pérez J., Cobian B., Silva C. Factores de riesgo materno y nacimiento pretérmino en un hospital público del occidente de México. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 72(4):142-49.