

“Calidad de la Atención Prenatal que se brinda en Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua”

AUTOR:

DR. SERGIO C. DURÁN TORRES

ASESORAS:

***Dra. Desirée Sagarnaga Durante
Dra. Margarita Levario Carrillo***

265025

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

P

/

D

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

45

FACULTAD DE MEDICINA

2es.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

**“Calidad de la Atención Prenatal que se brinda en
Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:

Dr. Sergio Cenobio Durán Torres

CHIHUAHUA, CHIH.

AGOSTO 1998

“Calidad de la Atención Prenatal que se brinda en Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua”

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar, presenta:

Dr. Sergio Cenobio Durán Torres

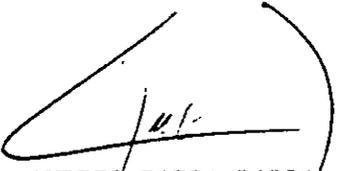
Dr. Manuel Acosta Armendáriz

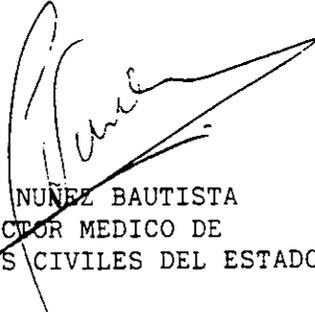
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA EN
DELEGACIÓN CHIHUAHUA

Dra. Desirée Sagarnaga Durante
Dra. Margarita Levario Carrillo

ASESORES DE TESIS

AUTORIZAN:


DR. ANDRES BARBA BARBA
DIRECTOR GENERAL DE
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO


DR. RENE NÚÑEZ BAUTISTA
SUB-DIRECTOR MEDICO DE
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

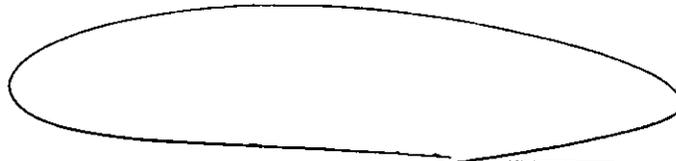
**“ Calidad de la Atención Prenatal que se brinda en
Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Sergio Cenobio Durán Torres

AUTORIZACIONES:



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



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.



DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.

INDICE GENERAL

1. Marco Teórico
2. Planteamiento del problema
3. Justificación
4. Objetivos
5. Metodología:
 - * tipo de estudio
 - * población
 - * lugar
 - * tiempo
 - * muestra
 - * criterios de inclusión
 - * criterios de exclusión
 - * información a recolectar
 - * método para captar la información
 - * consideraciones éticas
6. Resultados
 - * tablas y gráficas
 - * descripción
7. Análisis de los resultados
8. Conclusiones
9. Bibliografía
10. Anexos

MARCO TEÓRICO:

En términos de morbilidad y mortalidad, las mujeres embarazadas conforman uno de los grupos más vulnerables dadas las condiciones especiales de los procesos biológicos de la reproducción (1).

La calidad de la atención médica que se brinda a estas personas durante el embarazo, influye según se ha demostrado, en la obtención de tasas menores de bajo peso, prematuridad y de mortalidad perinatal y materna (2-5).

Sin embargo y a pesar de la gran importancia para cualquier país, que representa la salud de la mujer embarazada, hay pocos datos publicados sobre calidad de la consulta prenatal (2, 6) y diversos autores difieren en cuanto a los criterios de la calidad que consideran valiosos para llevar al cabo dicha evaluación (7-9); Botasilla subraya la importancia de la toma de tensión arterial, la medida de talla y peso, los exámenes de pelvis y análisis de orina y sangre, mientras que otros califican de adecuada la atención cuando se otorgan más de 8 consultas durante el embarazo y siempre y cuando la mujer haya dado a luz después de 36 semanas de edad gestacional (2). Otros evalúan la atención prenatal por el número de consultas prenatales (que en ocasiones consideran ser 5 el número mínimo aceptable), por la edad gestacional en que recibió la primera consulta prenatal y la duración del embarazo (10). De hecho, se han establecido índices para la evaluación del control prenatal como el de Kessner que actualmente es fuertemente cuestionado (10-12), y aquel surgido de su adecuación y elaborado por Kotelchuk superando algunos de los inconvenientes detectados en el primero (12).

Estudios nacionales han tratado de probar indicadores de salud materno-infantil sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para medir el desempeño y calidad de los servicios de atención materno-infantil utilizando como indicadores, el porcentaje de embarazadas con 33 a 38 semanas de gestación y cubiertas con por lo menos 4 consultas antes del parto, el porcentaje a quienes se les tomó tensión arterial cuando menos en cuatro ocasiones antes del parto, el porcentaje con primera consulta prenatal antes de la 16a. semana de gestación y el porcentaje a quienes se les realizó examen general de orina en 4 ocasiones antes del parto (1).

Se ha sugerido considerar la referencia oportuna del médico a hospital y la realización de medidas médico preventivas como aplicación de toxoide tetánico, odontología preventiva, realización de exámenes de laboratorio y envío a trabajo social, como indicadores de calidad, agregando aquellos relativos a la atención del parto como la oportunidad de la indicación médica para resolución del embarazo, el lapso entre admisión de la paciente en hospital y su llegada a la sala de expulsión y la congruencia entre el diagnóstico de ingreso y el de egreso materno (2,13).

Algunos autores demuestran la importancia de considerar como prioritario el manejo de otros factores dentro del control prenatal adecuado, como el diagnóstico y tratamiento oportunos de las enfermedades transmitidas sexualmente (14) y muestran los beneficios que en materia de costos representa un control de calidad adecuado (15).

Es evidente que resulta difícil interpretar la calidad de la atención médica, sobre todo porque amerita la evaluación tanto de su estructura como de su proceso y resultados (13) y en materia de control prenatal, aunque muchos resultados han encontrado la relación entre la cantidad con que dicha atención se brinda y los resultados en la resolución del embarazo, pocos han tenido la oportunidad de examinar la calidad de dicho control prenatal (6).

En México, el *Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*, ha establecido normas que buscan homogeneizar y facilitar el adecuado control de la mujer embarazada y garantizar cada vez más el éxito de la atención prenatal incidiendo así en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En dichas normas se establecen indicaciones que permiten evaluar la calidad de este proceso, en forma al parecer más adecuada a nuestra realidad social: número de consultas prenatales (7 como mínimo), inicio del control prenatal (antes de la 14a. semana de gestación), inicio del control prenatal clínica, medición y registro de peso, talla y presión arterial, valoración del crecimiento uterino y del estado de la salud del feto; valoración de la biometría hemática, glucemia, examen general de orina, VDRL, grupo sanguíneo y RH, prueba de VIH en las mujeres de alto riesgo para SIDA; biometría hemática y general de orina a las 18, 31 y 36 semanas de gestación, de glucemia a las 24 y 31 semanas; aplicación del toxoide tetánico, prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, la no prescripción de medicamentos antes de la 14a. semana, el envío a odontología preventiva oportuna a segundo nivel (16).

En relación al empleo de la ultrasonografía, existen estudios que confirman su sensibilidad en la detección de muchas malformaciones letales a pesar de que resultados negativos en el examen ultrasonográfico prenatal no pueden asegurar que el feto se encuentre libre de patología (17), y hay controversia entre si debe o no considerarse como parte del control prenatal básico, pues mientras algunos estudios lo aconsejan para todas las pacientes (18) otros trabajos recientes concluyen que su uso en la población de embarazadas de bajo riesgo no impacta en forma significativa ni la frecuencia de aborto por anomalías fetales ni la sobrevivencia de fetos con patología potencialmente tratable (19).

Numerosos artículos recientes señalan la importancia de la atención médica prenatal adecuada, dado el gran impacto que en la salud de la población y en su desarrollo en general conlleva, y sobre todo, tomando en cuenta el costo social, económico, político etc... de su descuido, que puede traducirse entre otras cosas, en tasas elevadas de mortalidad materna-infantil (20-22).

PROBLEMA:

¿Cuál es la calidad de la atención médica prenatal que se otorga a las mujeres derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado en la Ciudad de Chihuahua, Chih.?

JUSTIFICACIÓN:

A pesar de que una de las causas de mayor demanda de atención médica en esta institución, es el embarazo, no existen en Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, estudios que permitan establecer con claridad la calidad con que se otorga la atención médica a la mujer gestante, lo que dificulta el establecimiento de medidas de control y manejo acertadas por parte de quienes tienen bajo su responsabilidad la administración de los procesos de atención a la salud en esta institución.

Por ello, y sabiendo que a nivel no sólo de nuestro país sino internacionalmente la salud materno-infantil se reconoce como uno de los indicadores más válidos del desarrollo de un pueblo, estudios como el presente que buscan la identificación de los factores de riesgo que afectan en este periodo de la vida a su población derechohabiente, así como las acciones que se realizan ó se dejan de realizar por parte del equipo médico, permitirá retroinformar a los integrantes de éste y establecer mecanismos que faciliten la corrección de las desviaciones (como la unificación de criterios de manejo, protocolos de estudio etc...) favoreciendo no sólo el paulatino acercamiento a la calidad en el otorgamiento de los servicios, sino que, muy probablemente, en la calidad de vida tanto de la madre como del recién nacido.

Sólo la búsqueda intencionada y sistemática de esta información permitirá a través de su análisis crítico y cuidadoso, apoyar la toma de decisiones indispensable para mejorar estos procesos de atención médica en Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

OBJETIVOS

• GENERAL:

Determinar la calidad con que se brinda la atención prenatal a las mujeres embarazadas derechohabientes en Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

• ESPECÍFICOS:

1. Conocer el perfil general de la mujer que acude a control del embarazo a la consulta externa de Medicina Familiar ó Ginecología de Pensiones Civiles del Estado, en la Cd. de Chihuahua, Chih.
2. Identificar el protocolo de manejo que en esta Institución los médicos establecen para control del embarazo.
3. Determinar las deficiencias que en dicho control médico se presentan.
4. Contar con información válida que una vez analizada, permita retroinformar y ofrecer propuestas para la mejora del proceso de atención médica prenatal, a quienes pueden y deben en Pensiones Civiles del Estado, tomar decisiones al respecto.

METODOLOGÍA:

a) **TIPO DE ESTUDIO-** Encuesta descriptiva retrospectiva
(Observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo)

b) **POBLACIÓN:** Mujeres que cumplen con las características que se necesitan a continuación (en grupo de estudio) = 858

LUGAR: Chihuahua, Chih

TIEMPO: 2 de Enero de 1996 al 30 de Mayo de 1997

c) **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Aleatoria, se calculó con un 95% de confianza, 80% de poder de prueba tomando como variable de referencia el control prenatal adecuado en 6.8% (15). El universo de estudio es de 858, por lo que con ayuda del programa EPIINFO 5 se calculó la muestra en 186.

Mujeres derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, que hayan terminado su embarazo en la Ciudad de Chihuahua, Chih. a cargo de esta institución durante el periodo comprendido entre el 1o. de Julio de 1995 y el 30 de Junio de 1996.

d) **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- ◆ Mujer derechohabiente de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.
- ◆ Que haya terminado su embarazo en la ciudad de Chihuahua, Chih., entre el 1o. de julio de 1995 y el 30 de junio de 1996, a cargo (costo) de esta institución.
- ◆ Aquellas cuyo embarazo terminó en cesárea o parto.

OBJETIVOS

• GENERAL:

Determinar la calidad con que se brinda la atención prenatal a las mujeres embarazadas derechohabientes en Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

• ESPECÍFICOS:

1. Conocer el perfil general de la mujer que acude a control del embarazo a la consulta externa de Medicina Familiar ó Ginecología de Pensiones Civiles del Estado, en la Cd. de Chihuahua, Chih.
2. Identificar el protocolo de manejo que en esta Institución los médicos establecen para control del embarazo.
3. Determinar las deficiencias que en dicho control médico se presentan.
4. Contar con información válida que una vez analizada, permita retroinformar y ofrecer propuestas para la mejora del proceso de atención médica prenatal, a quienes pueden y deben en Pensiones Civiles del Estado, tomar decisiones al respecto.

METODOLOGÍA:

a) **TIPO DE ESTUDIO-** Encuesta descriptiva retrospectiva
(Observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo)

b) **POBLACIÓN:** Mujeres que cumplen con las características que se necesitan a continuación (en grupo de estudio) = 858

LUGAR: Chihuahua, Chih

TIEMPO: 2 de Enero de 1996 al 30 de Mayo de 1997

c) TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Aleatoria, se calculó con un 95% de confianza, 80% de poder de prueba tomando como variable de referencia el control prenatal adecuado en 6.8% (15). El universo de estudio es de 858, por lo que con ayuda del programa EPIINFO 5 se calculó la muestra en 186.

Mujeres derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, que hayan terminado su embarazo en la Ciudad de Chihuahua, Chih. a cargo de esta institución durante el periodo comprendido entre el 1o. de Julio de 1995 y el 30 de Junio de 1996.

d) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ◆ Mujer derechohabiente de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.
- ◆ Que haya terminado su embarazo en la ciudad de Chihuahua, Chih., entre el 1o. de julio de 1995 y el 30 de junio de 1996, a cargo (costo) de esta institución.
- ◆ Aquellas cuyo embarazo terminó en cesárea o parto.

e) CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN 6 EXCLUSIÓN:

- ◆ Que no se encuentre el expediente clínico.
- ◆ cuando el embarazo terminó a las 20 o menos semanas (aborto)

g) PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN:

A partir del mes de febrero de 1996, se inicia con la elaboración del proyecto de investigación sobre la Calidad de la Atención Prenatal en Pensiones Civiles del Edo. de Chihuahua.

Previa revisión inicial del proyecto, a principios del mes de mayo se realiza la validación de la encuesta por 20 gineco-obstetras que laboran tanto en instituciones de salud incluyendo Pensiones Civiles, como en practica privada. Una vez autorizado, aproximadamente en la segunda semana de junio se procedera a la revisión de 232 expedientes de mujeres derechohabientes que entre el 1o. de enero de 1995 y el 30 de junio de 1996 hayan terminado su embarazo en la Cd. de Chihuahua, Chih., y a cargo de Pensiones Civiles del Estado, producto (s) con edad gestacional superior a las 20 semanas.

Los expedientes clinicos seran obtenidos en el Departamento de Archivo Clínico previa autorización de la C.Delegada y de la Jefa de dicho departamento, a razón de 30 semanales (5 diarios de lunes a jueves y 10 los viernes); los datos se recabaran en la cedula disenada especialmente que se adjunta, de forma que para el 1o. de septiembre se realice la organización y presentacion de los mismos utilizando una base de datos creada para ello en el programa DBASE IV.

Durante los meses de octubre y noviembre se llevara al cabo el analisis e interpretacion de los datos, pudiendo entonces iniciar con la difusión del trabajo (tanto dentro de la institución como a través de su publicacion).

f) INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICIÓN):

Como **datos generales**, se incluyen:

- numero de afiliación: cédula otorgada por la Institución (Pensiones Civiles del Edo) a sus derechohabientes.
- Hospital donde finalizo el embarazo: Unidad medica donde ocurrio el parto o cesarea.
- Ocupacion: labores a las que se dedica primordialmente la mujer embarazada.
- Edad: tiempo en anos, entre el nacimiento de la mujer actualmente embarazada y su primera consulta para control de la gestación
- Estado Civil: situación legal en relación al matrimonio (soltera, casada, viuda, divorciada, union libre)
- Grado máximo de estudios: nivel escolar máximo alcanzado al inicio del control de la gestación.
- G,P,C,A: numero de embarazos, partos, cesareas y abortos que ha tenido la mujer previos a la gestación que a este estudio interesa
- Duracion del embarazo al momento del nacimiento (semanas): tiempo de gestacion, cuantificado en semanas, al momento del parto o cesarea
- Vía de termino: forma en que es extraido el producto de la madre, ya sea por parto (vía vaginal) eutocico o distocico (según se especifique en el expediente clínico por el medico que atendio el parto) o por cesarea (cirugia transvaginal o transabdominal para extraccion del producto).
- Motivo: causa que justifico la necesidad de hacer cesarea a la paciente.
- Producto: especificacion de que el producto (nino) nacio vivo o muerto.
- Peso: cuantificacion del peso del producto en gramos al momento de nacer.
- Apgar: calificacion otorgada por el medico que atiende el parto o por el pediatra al minuto de haber nacido, en relación a las condiciones del producto y especificada en el expediente clínico.
- Malformaciones congenitas: presencia o ausencia de malformaciones en el producto.
- Numero de sonografias: registro de la cantidad de exámenes de ultrasonografia practicados a la embarazada a partir de la primer visita de control prenatal.
- A la semana: semana (s) de embarazo en las que se realizo examen de ultrasonografia a la paciente.
- Hallazgo: resultados de cada examen ultrasonografico especificados en el expediente clínico

La calidad de la atención prenatal, será medida en base a ciertas variables a las cuales se les ha otorgado una puntuación determinada señalada en la encuesta (cédula de recolección de datos), y que son:

*** I. Control General:**

- número de consultas prenatales:

numero de veces que la mujer embarazada acudio para control de su embarazo con el medico del servicio de Penciones Civiles del Estado

INDICADOR:

7 o + consultas	=	4 puntos
5 - 6	=	3
3 - 4	=	2
1 - 2	=	1
0	=	0

ESCALA: DE INTERVALO

- semanas de embarazo al inicio del control:

semanas de evolucion de la gestación al momento de la primer consulta para control del embarazo.

INDICADOR:

16 o menos semanas	=	3 puntos
17 - 28 semanas	=	2
29 o +	=	1
sin control	=	0

ESCALAS: DE INTERVALO

*** II. Registro en cada consulta de:**

Cuantificación y registro en el expediente clínico de las variables que a continuación se mencionan, durante las visitas de control prenatal independientemente del método de medición, de su valor, variaciones entre una y otras consultas y las acciones medicas concomitantes.

- peso:

masa corporal

- presión arterial:

tension arterial sistolica y diastolica en cualquier posicion

- crecimiento uterino:

altura en centimetros, del fondo uterino a partir de la sinfisis publica

- estado de salud del feto:

frecuencia cardiaca fetal

INDICADOR: para todas las variables incluidas en este rubro (registro en cada consulta de):

en todas las consultas	=	2 puntos
en la mayoría	=	1
en la mitad o menos	=	0

ESCALA: NOMINAL

* III. Solicitud inicial y manejo adecuado según resultados de:

Registro en el expediente clínico, de que durante la primer consulta para control del embarazo, se hayan solicitado los exámenes de laboratorio y gabinete que a continuación se mencionan y se hayan indicado las acciones científicamente aceptables según los resultados, por parte del medico que lleva al cabo el control.

- glucemia:

cuantificación de glucosa en sangre, en ayunas

- biometría hemática:

cuantificación de hemoglobina sanguínea, hematocrito, concentración media globular y de los elementos formes

- examen general de orina:

análisis de la primera muestra de orina del día, describiendo el color, apariencia y cuantificando pH, densidad, y presencia o ausencia de sangre, células, acetona, bilirrubina, glucosa, albumina, centonas, bacterias y otros.

- VDRL:

examen serológico rutinario para la detección de enfermedades venereas

- Grupo sanguíneo y Rh:

examen para la tipificación sanguínea dependiendo de la presencia o ausencia de ciertos antígenos

- VIH:

examen para la detección en sangre del virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)

INDICADOR: para las variables contenidas en este rubro (solicitud inicial y manejo adecuado según resultados de):

si	=	1 punto
no necesario	=	1 (cuando dentro de los 2 últimos meses se obtuvieron resultados normales de alguno (s) de estos exámenes y se encuentran en

el expediente; en el caso de grupo y Rh, se considerara no necesario cuando se tenga el dato en el expediente independientemente de la fecha en que se obtuvo.

no = 0

ESCALA: NOMINAL

*** IV. Indicación de:**

Registro en el expediente clínico de la prescripción por parte del medico que realiza el control prenatal, de las siguientes acciones, sin importar las dosis o periodicidad:

- hierro:

fumarato o sulfato ferroso por vía oral

- acido folico:

- envío a odontología preventiva:

revisión odontológica, aun y cuando no se presente patología bucal

- aplicación de toxoide tetánico:

aplicación de la vacuna antitetánica

INDICADOR: para las variables incluidas en este rubro (indicacion de):

si = 1 punto

no necesario = 1 (en el caso de envío a odontología preventiva, cuando se encuentre ya en revisión por este servicio; en el caso de la aplicación del toxoide tetánico, cuando éste se haya aplicado en los últimos 5 años y en forma completa)

no = 0

ESCALA: NOMINAL

*** V. Referencia oportuna a segundo nivel:**

Registro en el expediente clínico, de haber otorgado a la paciente un pase para su atención en otro servicio.

- pase a hospital:

entrega del documento pase antes de la 39a semana de gestación, para que la paciente acuda al hospital para la atención de su parto o cesarea

- interconsulta por presentar patología:

envío oportuno, a segundo nivel para atención de patología cuyo diagnostico no haya podido precisarse y/o requiera de manejo especializado

INDICADOR: para las variables contenidas en este rubro (referencia oportuna a segundo nivel):

si	=	1 punto
no necesario	=	1 (porque la paciente haya llegado directamente a la atención del parto o cesarea sin control prenatal previo, o por no presentar datos sugestivos de patología que amerite la atención en otro servicio, o bien alcanzar un control adecuado a pesar de haber presentado estos datos)
no	=	0

ESCALA: NOMINAL

VI. Consejería en Planificación Familiar.

Registro en el expediente clínico, de que se haya aconsejado o sugerido algún tipo de método anticonceptivo a la paciente para su utilización una vez terminado el embarazo.

INDICADOR:

si	=	2 puntos
no	=	0

ESCALA: NOMINAL

Los valores de cada variable, permitieron realizar una sumatoria y clasificar así la **calidad de la atención prenatal** brindada a la paciente dentro de la siguiente escala:

* **EXCELENTE:** * 28 puntos

* **BUENA:** * 22 a 27 puntos

* con un mínimo de 5 consultas prenatales

* habiendo iniciado el control prenatal antes de la semana 29 del embarazo

* **REGULAR:** * 13 a 21 puntos

* con un mínimo de 3 consultas prenatales

* habiendo iniciado el control prenatal antes de la semana 29 del embarazo

* **INSUFICIENTE:** * 12 puntos o menos

* 2 o menos consultas prenatales

* inicio del control prenatal en la 29a. semana de gestación o posteriormente.

h) **consideraciones éticas:**

Dado que se trata de un estudio tipo encuesta descriptiva retrospectiva recabando datos de fuentes

secundarias, no existen riesgos para los pacientes, cuyos nombres al igual que aquellos de los médicos tratantes, no serán divulgados.

Por lo anterior, no consideramos necesario requisitar la carta de consentimiento.

Los resultados serán puestos a consideración de las autoridades Institucionales, quienes podrán o no, autorizar su difusión.

RESULTADOS:

• Descripción:

En estos 188 casos de mujeres estudiadas, encontramos las siguientes características:

- El 8.5% terminó el embarazo en el Sanatorio Paltore, y del resto, partes iguales acudieron a la Clínica del Centro y Clínica del Parque de esta ciudad (45.7% respectivamente).
- Aunque en el 57.4% no se registró la ocupación, 50 de ellas (26.6%) aseguró dedicarse al hogar y el 11.2% son profesionistas, de hecho, el 6.9% son maestras.
- Tampoco se registró la escolaridad en el 82% de los casos, pero se especifica que el 10.6% son profesionistas
- El promedio de edad en el grupo es de 27.4 años, con una desviación estándar de ± 4.3 años, con un rango de 24 años y una moda de 28 siendo la mediana de 27 años.
- Aunque en el 56.4% no se registró el estado civil, el 41.5% mencionó estar casada y sólo el 2.1% de los registros especifican ser solteras, divorciadas o en unión libre).
- En la tabla 1, referente a los antecedentes obstétricos, se observa que para casi la tercera parte (27.7%) era el primer embarazo, el 67% tenía entre 1 y 2. El 3.8% rebasó los 4 embarazos. Además, la mitad del grupo (53.7%) no tenía antecedentes de parto, y el 80% tenían entre 0 y 1 partos anteriores. En 140 de las mujeres (74.5%) no existía antecedentes de cesárea, lo que si ocurrió en el 20.2% (una cesárea) y el 5.3% con 2 o más. Finalmente, el 86.2% no manifestaron haber sufrido de aborto alguno.
- Las pacientes tuvieron un promedio, moda y mediana en relación a la duración del embarazo, de 39 semanas, con una desviación estándar de 1.5 semanas.
- Como se observa en la gráfica 1, se indicó estudio sonográfico a casi el 70% del grupo (al 43% del grupo se le solicitó 1 estudio de sonografía, pero al 22% se le solicitaron dos, al 5% tres o más).
- Los hallazgos en estos estudios fueron normales en el 91%, con un 5% de casos de placenta previa (gráfica 2). Las semanas de gestación en que más frecuentemente se dió esta indicación fueron las semanas 7, 24 y 34. Los resultados de estos estudios no muestran anomalía alguna en el 91.5% de los casos, siendo la placenta previa la anomalía más frecuente con un 5.4% de presentación.
- El 45% de estos embarazos terminó en cesárea, casi igual que los partos eutócicos que ocuparon un 48% de los casos, con un 7% de partos distócicos. (gráfica 3)
- La causa principal por la que se les realizó ésta, fue precisamente por el antecedente de cesárea previa (42.9%) seguida por la desproporción cefalopélvica con un 26.1%, sufrimiento fetal en el 4.8% de los casos y en similar proporción (3.6%) placenta previa y embarazo gemelar (gráfica 4).
- En el 99.5% de los casos, se logró un producto vivo (gráfica 5), cuyo peso promedio fué de 3260grs, con una mediana de 3200 grs.
- El 67% acudió a 7 ó más consultas prenatales, el 18.1% a 5 ó 6, el 10% a 3 ó 4 y sólo el 4% a menos de 3 consultas médicas para control del embarazo. (gráfica 6)
- En la gráfica 7 se observa, que alrededor del 35% del grupo iniciaron el control prenatal antes o en la semana 16 de embarazo, y un grupo similar entre la 17a. y 28a. semana, existiendo alrededor de un 25% que acudió tarde (después de la 28a. semana de gestación .
- La frecuencia en el registro de las variables peso de la embarazada, tensión arterial (TA), detección del estado de salud del feto y del crecimiento uterino, se realizaron en el total de las consultas en el 42% de los casos tratándose de peso y TA, sólo en el 27.1% en caso de salud del feto y en el 14.4% se especificó siempre el tamaño del útero. (Gráfica 8)
- En relación a la solicitud inicial de auxiliares diagnósticos y manejo adecuado según resultados, (ver gráfica 9), en general se indicó en el 92.6% de los casos la glucemia, en el 98.9% la biometría hemática y en el 95.7% el exámen general de orina, sin embargo, sólo en el 89.9% se solicitó

VDRL y en el 82.4% el VIH. En el caso del tipo y Rh sanguíneo, el 93.1% se especificaba en el expediente.

- La gráfica 10 muestra que si bien el 86.2% de este grupo recibió la indicación médica de ingerir Hierro, la inmensa mayoría al parecer no fueron enviados a los servicios de odontología preventiva (98.4%) y aplicación de toxoide tetánico (93.6%); al 97.9% se le entregó oportunamente el pase para su atención obstétrica en segundo nivel durante su control prenatal.
- Los registros señalan que al 60.6% se le indicó algún método anticonceptivo (gráfica 11).
- Finalmente, de acuerdo a la clasificación mencionada, la calidad con que se otorga la atención prenatal a estas pacientes fue buena en un 35.1% de los casos, regular en el 63.8% y fue insuficiente en el 1.1% (gráfica 12)

- **Tablas y gráficas**

Tabla 1. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	52	27.7%
2	74	39.4%
3	41	21.8%
4	14	7.4%
5	5	2.7%
6	2	1.1%
TOTAL	188	100.0%

PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	101	53.5%
1	50	26.6%
2	23	12.2%
3	11	5.9%
4	2	1.1%
5	1	0.5%
TOTAL	188	100.0%

CESÁREAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	140	74.5%
1	38	20.2%
2	10	5.3%
TOTAL	188	100.0%

ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	162	86.2%
1	22	11.7%
2	4	2.1%
TOTAL	188	100.0%

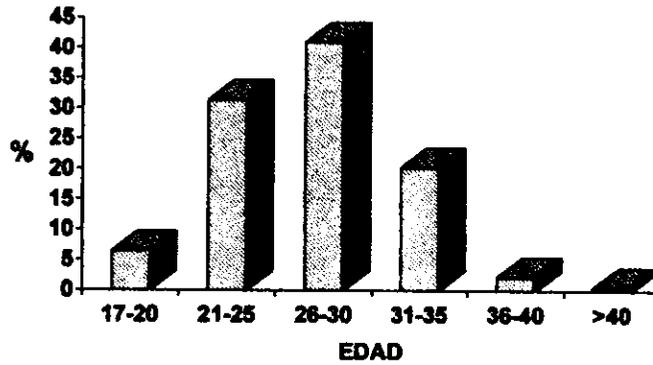
Tabla 2. CONTROL GENERAL

CONSULTAS PRENATALES	No. PACIENTES	PORCENTAJE
1 A 2	8	4.3%
3 A 4	20	10.6%
5 A 6	34	18.1%
7 ó MAS	126	67.0%
TOTAL	188	100.0%

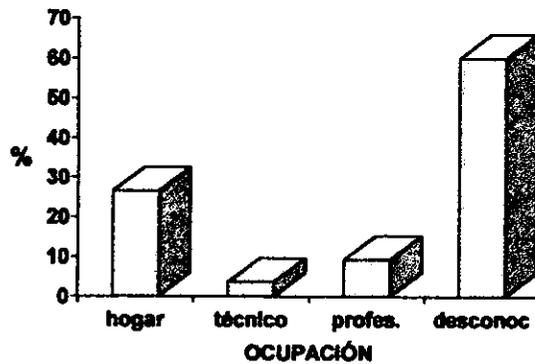
SONOGRAFÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	59	31.4%
1	80	42.6%
2	41	21.8%
3	7	3.7%
4	1	0.5%
TOTAL	188	100.0%

CALIFICACIÓN FINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	66	35.1%
REGULAR	120	63.8%
INSUFICIENTE	2	1.1%
TOTAL	188	100.0%

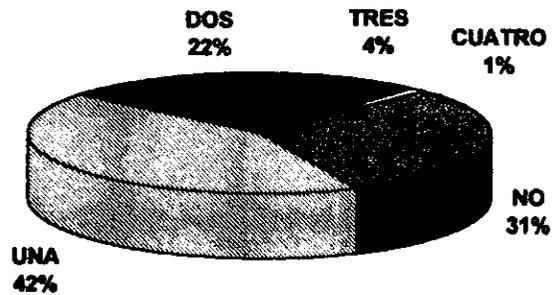
Calidad de la Atención Prenatal Datos Generales



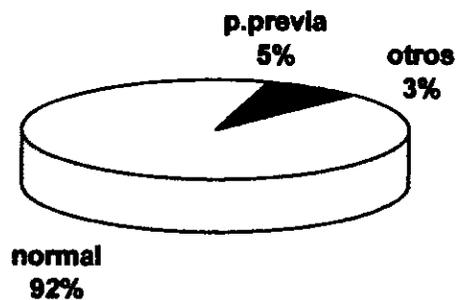
Calidad de la Atención Prenatal Datos Generales



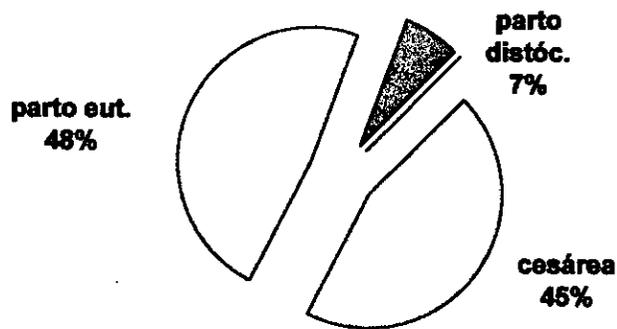
Calidad de la Atención Prenatal Sonografía durante el embarazo



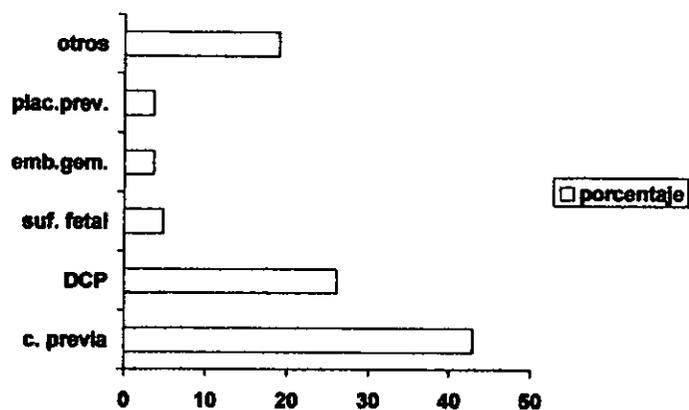
Calidad de la Atención Prenatal Hallazgos en la Sonografía



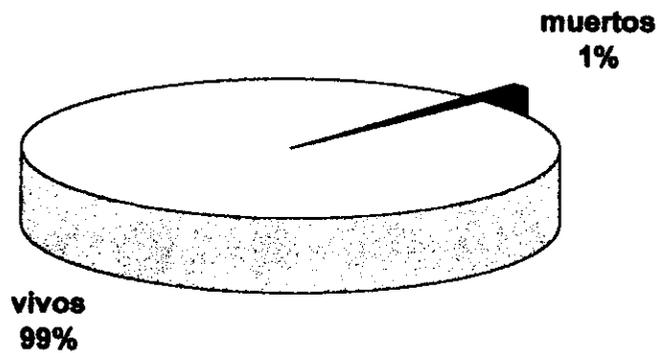
Calidad de la Atención Prenatal Vía de término del embarazo



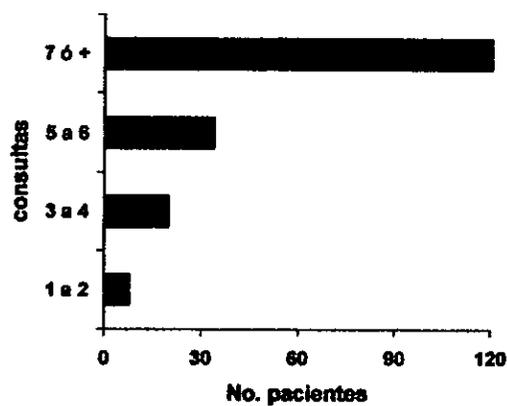
Calidad de la Atención Prenatal Indicación de la Cesárea



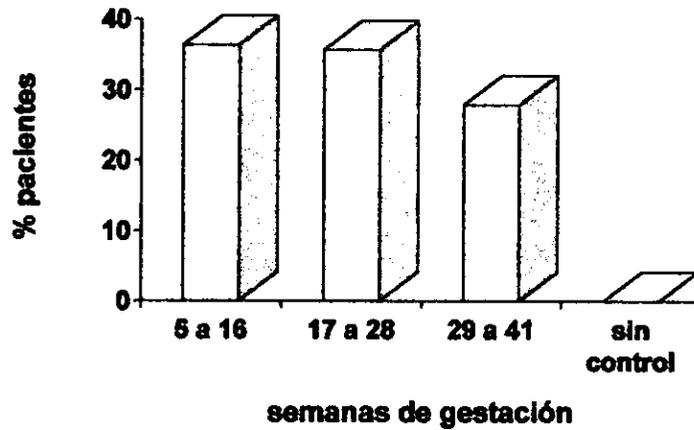
Calidad de la Atención Prenatal Tasa de Mortalidad Perinatal



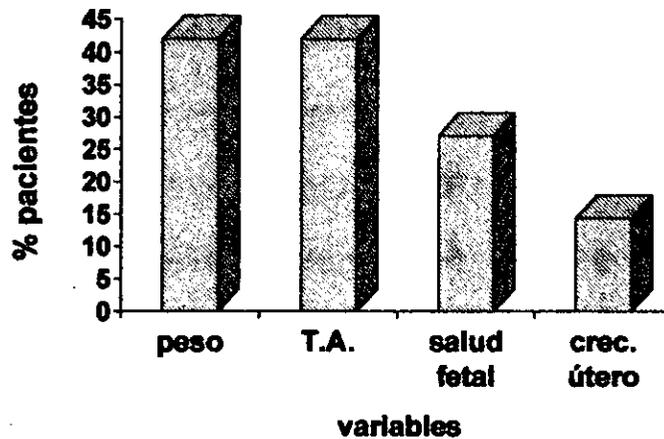
Calidad de la Atención Prenatal Consultas médicas Prenatales



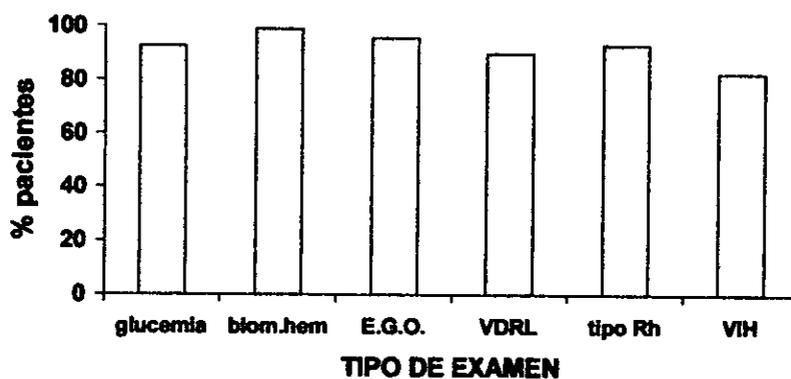
Calidad de la Atención Prenatal Semanas de Gestación al inicio del control



Calidad de la Atención Prenatal Exploración física (registro en toda consulta)



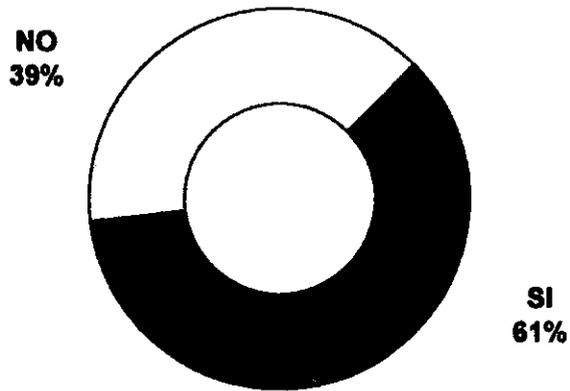
Calidad de la Atención Prenatal Auxiliares de Laboratorio solicitados



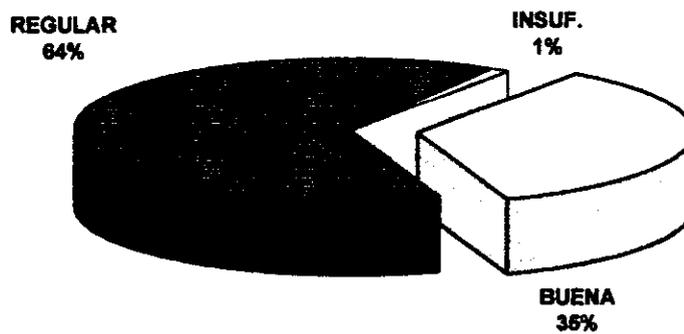
Calidad de la Atención Prenatal Indicaciones Médicas



Calidad de la Atención Prenatal Anticoncepción



Calidad de la Atención Prenatal



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

A pesar de que Pensiones Civiles del Estado cuenta con los recursos suficientes tanto humanos como técnicos para lograr un control prenatal excelente, la calidad del control recibido por la derechohabiente embarazada fue tan sólo regular en el 63.8%, lo que de ninguna forma parece justificable sobre todo cuando se reconoce a la Salud Materno-Infantil como uno de los retos más importantes y valiosos para todo sistema de Salud, y en cualquier país.

Esto llama la atención sobre todo por tratarse de una Institución que facilita el acceso a médicos especialistas en el área de Gineco-Obstetricia, además de que la inmensa mayoría de la población atendida tiene en general un nivel socioeconómico y cultural suficiente para comprender y atender las indicaciones médicas en favor del embarazo, cosa que debiera redundar en un control adecuado de éste.

No parece existir interés por parte de los médicos que realizaron el control prenatal a las pacientes incluídas en este estudio, en conocer datos generales que son reconocidos internacionalmente como posibles factores de riesgo para el embarazo; de hecho, es notorio que en más de la mitad de los casos, no se haya registrado la ocupación de la mujer, ni la escolaridad y el estado civil por lo que se pierde la oportunidad de detectar y suprimir oportunamente riesgos como cuando existe exposición a radiaciones, contacto con fuentes de contagio (trabajo en laboratorios, hospitales) o el exceso de trabajo, embarazo no deseado etc...

Parece ser, que el médico confía más en los auxiliares diagnósticos que en su ejercicio clínico:

- a más del 90% de las mujeres se les solicitaron los estudios sanguíneos considerados básicos
- es evidente la franca tendencia a solicitar sonografías, que fueron realizadas a 7 de cada 10 pacientes, (a la tercera parte en 2 ó más ocasiones), y con resultados en más del 90% de los casos normales.
- variables que exigen de la exploración física al momento de la consulta como la cuantificación de la tensión arterial y el peso de las pacientes, (factores reconocidos por su importancia en el control prenatal), sólo en 4 de cada 10 pacientes se registraron , y aún con menor frecuencia la movilidad fetal y el tamaño del útero.
- en general, no se envía a las pacientes a revisiones odontológicas de prevención y a la aplicación de toxoide tetánico
- poco más de la tercera parte de estas mujeres no recibe, al parecer, orientación en relación a planificación familiar lo que es muy cuestionable, dado que es un grupo con 27 años de edad en promedio y se trataba del primero ó segundo embarazo para el 67% de ellas. Además, el restante 37% tenía ya 3 ó más embarazos, y sin embargo, el expediente no consignaba que se hubiera realizado ó aconsejado algún método definitivo de contracepción.

Dada esta inclinación médica al control "a cierta distancia" y dirigido a la detección de daño, no es de extrañar la inclinación por la resolución quirúrgica del embarazo, que se demuestra considerando el elevado índice de cesáreas (casi en la mitad de los embarazos) y que no parece corresponder a la frecuencia ya mencionada de sonografías normales.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES:

Los hallazgos en este estudio, reflejan la inexistencia de criterios uniformes de manejo del embarazo entre el personal médico de Pensiones Civiles del Estado en la Cd. de Chihuahua, Chih., aunque obviamente pudiera tratarse de la omisión del registro de datos en los expedientes, lo que sin embargo, es también una deficiencia dada la importancia de contar con información válida y confiable que permita el control adecuado sobre todo en pacientes que reciben atención por varios médicos durante un mismo embarazo.

Considero importante subrayar que en ninguno de los expedientes se encuentran notas de supervisión por parte de algún médico evaluador, ni formatos específicos para el control del embarazo.

Todo lo anterior, refleja una falta de criterios uniformes para el manejo adecuado del embarazo y la ausencia de una evaluación sistemática del quehacer médico, por lo que sugiero la elaboración concensada de un programa de Salud Materno-Infantil que exigiría la estructuración de protocolos de estudio y manejo en primero y segundo niveles de atención y un sistema de evaluación integral con análisis permanente de indicadores previamente validados, etc.. todo lo que seguramente permitirá contar con la indispensable retroinformación oportuna y confiable necesaria para apoyar la toma de decisiones adecuada, clave para lograr la mejora continua de la calidad de la atención prenatal que Pensiones Civiles del Estado brinda a su población derechohabiente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Vega G. Evaluación de la atención materno-infantil en cinco unidades de medicina familiar. *Salud. Pub. Méx.* 1993;35:283-7
2. Buekens P, Hernandez P, Infante C. La atención prenatal en América Latina. *Salud Pub. Méx.* 1990;32:673-84
3. Office of Technology Assessment, US Congress. *Healthy children: Investigating in the future.* Washington, D.C. : US Congress, Off of Tech Assessment, 1988
4. Gortmaker SL. The effects of Prenatal Care upon the health of the new born. *Am J Public Health.* 1979;69: 653-60
5. Showstack JA, Budetti PP, Minkler D. Factors associated with birthweight: an exploration of the roles of prenatal care and length of gestation. *Am J Public Health.* 1984; 74: 1003-8
6. Kogan M, Alexander G., Kotelchuck M., Nagey D. Relation of the content of prenatal care to the risk of low birth weight. *Maternal reports of health behavior advice and initial prenatal care procedures.* *Jama* 1994;271 (17):1340-5
7. Nagey DA. The content of Prenatal Care. *Obst Gynecol.* 1989;74: 516-28
8. Alexander GR, Cornely DA. Prenatal Care Utilization: its measurement and relationship to pregnancy outcome. *Am J Prev Med.* 1987; 3: 243-53
9. Pettiti DB, Hiatt RA, Chih V, et al. Outcome evaluation on the content and quality of prenatal care. *Birth.* 1991; 18: 21-5
10. Alfaro N, Prado C. , Orozco M. El control prenatal inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía. *Perinatal Reprod. Hum.* 1995;2:65-9
11. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health.* 1994; 84(9):1414-20
12. Kotelchuck M. The Adequacy of Prenatal Care Utilization Index: its US distribution and association with low birthweight. *Am J Public Health.* 1994;84(9):1486-9
13. Hidalgo A, Aparicio A, Cedillo M, Calidad de la atención Médica en muerte perinatal Y. *Rev. Med. IMSS. Méx.* 1995;33:161-6
14. Figueroa R, Narciso L, Casanova G. Frecuencia de enfermedades transmitidas sexualmente en pacientes en control prenatal. *Rev Ginecol Obstet Méx.* 1994;62:93-7
15. Schramm W. Weighing costs and benefits of adequate prenatal care for 12,023 births in Missouri's Medicaid program, 1988. *Public Health Rep.* 1992;107 (6):647-52
16. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Normas para la atención materno infantil.* IMSS Méx. 1995.
17. Goncalves L, Jeanty P, Piper J. The accuracy of prenatal uyltrasonography in detecting congenital anomalies. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 171(6):1606-12
18. Barrett J, Brinson J. Evaluation of obstetric ultrasonography at the first prenatal visit. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165:1002-5
19. Crane J, LeFevre M, Winborn R, Evans J, Ewigman B, Bain R et al. A randomized trial of prenatal ultrasonographic screening: Impact on the detection, mangement, and outcome of anomalous fetuses. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 171(2):392-9
20. Levario M, Sagarnaga D, Centeno J. Calidad de la atención prenatal en los casos de muerte perinatal I. *Rev. Reg. Inv. Sist. Salud* 1996; 1:11-2
21. Recomendaciones para orientar a los médicos en los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos. Declaración de Helsinki, modificada en Tokio. XVIII Asamblea Médica Mundial 1964, XXIX Asamblea Mundial 1975.
22. Moore TR, Origel W, Key TC, Resmik R. The perinatal and economic impact of prenatal care in a low socioeconomic population. *Am J Obstet Gynecol.* 1986; 154: 29-33.

ANEXOS

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

**PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
CHIHUAHUA, CHIH.
"CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL"**

No. _____

No. de afiliación: _____ Hospital donde finalizó el embarazo: _____

Ocupación: _____

Edad: _____ Edo. Civil: _____ G= _____ P= _____ C= _____ A= _____

Grado máx. de estudios: _____

Duración del embarazo al momento del nacimiento _____ sem.

Via de término:

PARTO

Eutócico

Distócico

CESÁREA

Motivo: _____

Producto: Vivo Muerto Peso: _____ grms. apgar: _____ Malf. Cong. _____

No. de sonografías: _____ A la sem: _____ Hallazgo _____
 sem: _____ Hallazgo _____
 sem: _____ Hallazgo _____
 sem: _____ Hallazgo _____

INDIQUE CON UNA CRUZ EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE:

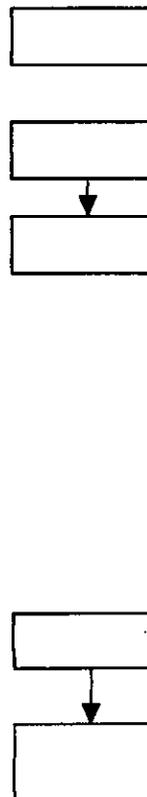
I. CONTROL GENERAL	7 ó Más (4 pts.)	5-6 (3pts.)	3-4 (2 ptos.)	1-2 (1 pts.)	0 (0 pts.)
No. de Consultas Prenatales:					
Sem. de Embarazo al inicio del control	≤ 16 sem. (3 pts.)	17-28 sem (2 pts.)	≥ 29 sem (1 pts.)	Sin control	

SUBTOTAL =

I. Registro en cada consulta de:	En Todas (2 pts.)	En la mayoría de las consultas (1 punto)	En la mitad o menos (0 pts.)
♦ Peso			
♦ Presión arterial			
♦ Estado de salud del feto			
♦ crecimiento uterino			

SUBTOTAL + + =

TOTAL HOJA 1 =



III. Solicitud inicial y manejo adecuado según resultados de:	SI (1pto.)	No (1pto.)	NO (0 pts.)
◆ glucemia			
◆ Biom. hemática			
◆ Ex. Gral. Orina			
◆ VDRL			
◆ Gpo. sanguíneo y RH			
◆ HIV			
Indicación de:			
◆ Ingestión de hierro y ac. fólico			
◆ Envío a odontología preventiva			
◆ Aplicación de Toxoide Tetánico			
Referencia Oportuna a 2o. Nivel			
◆ Pase a Hospital			
◆ Interconsulta por presentar patología			

SUBTOTAL

+ + =

IV. Consejería en Planif Familiar.	SI (2 pts.)	NO (0 pts.)

SUBTOTAL

+ =

TOTAL HOJA 2 =

↓

TOTAL HOJA 1 + HOJA 2 =

↓

CALIFICACION: E B R I