



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

C.A.A.P.S. No. 2 CUNDUACAN, TABASCO

**“EVALUACION DE LA CALIDAD TECNICA EN LA ATENCION PRENATAL EN 2
CENTROS DE SALUD COMUNITARIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION”.**

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

PRESENTA

DR. ALFONSO MARTIN BOLDO HORTA

CUNDUACAN, TABASCO

FEBRERO 2007



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.

**“EVALUACION DE LA CALIDAD TECNICA EN LA ATENCION PRENATAL EN 2
CENTROS DE SALUD COMUNITARIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION”.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIA**

PRESENTA

DR. ALFONSO MARTIN BOLDO HORTA

**DR. ELIAS HERNANDEZ CORNELIO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN CAAPS No. 1 CUNDUACAN, TABASCO**

**M. en C. REBECA HERNANDEZ MARTINEZ
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
MAESTRA EN CIENCIAS BÁSICAS BIOMÉDICAS**

**DR. CARLOS MARIO GARCIA TORRES
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO GINECOOBSTETRA**

SECRETARIA DE SALUD

CUNDUACAN, TABASCO

FEBRERO 2007

**“EVALUACION DE LA CALIDAD TECNICA EN LA ATENCION PRENATAL EN 2
CENTROS DE SALUD COMUNITARIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION”.**

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

PRESENTA

DR. ALFONSO MARTIN BOLDO HORTA

AUTORIZACIONES

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

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**“EVALUACION DE LA CALIDAD TECNICA EN LA ATENCION PRENATAL EN 2
CENTROS DE SALUD COMUNITARIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION”.**

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

PRESENTA

ALFONSO MARTIN BOLDO HORTA

AUTORIZACIONES

**DR. LUÍS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

**QUÍM. SERGIO LEÓN RAMÍREZ
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y ENSEÑANZA DE LA
SECRETARIA SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

**DR. GILBERTO ALFONSO MARTINEZ GONZALEZ
JEFE JURISDICCIONAL
JURISDICCIÓN # 06
CUNDUACAN, TABASCO**

**DR. JOSE ANTONIO PEREGRINO MENDEZ
GERENTE DEL CAAPS 2
CUNDUACAN, TABASCO**

INDICE

	Título.....	2
	Carta de autorización de impresión.....	3
	Índice.....	6
I.-	Antecedentes Científico.....	7
II.-	Planteamiento del problema.....	12
III.-	Justificación.....	14
IV.-	Objetivos	
	General.....	15
	Específico.....	16
V.-	Método	
	Tipo de estudio.....	17
	Población.....	17
	Lugar.....	17
	Tiempo de Estudio.....	17
	Tipo de Muestra.....	18
	Tamaño de la muestra.....	18
	Criterios de inclusión y exclusión.....	18
	Variable.....	19
	Método o procedimiento para captar la información.....	21
	Consideraciones éticas.....	22
VI.-	Resultados.....	23
VII.-	Discusión.....	46
VIII.-	Conclusiones.....	48
IX.-	Referencias bibliográficas.....	50
X.-	Anexos.....	53

ANTECEDENTES

Dentro del quehacer diario del médico existen situaciones en las que es necesario que desarrolle especial habilidad para su manejo y control, yendo más allá de la mera condición es de nuestro desempeño dentro de las aulas al tiempo de estudiar o al momento de enfrentarnos con las exigencias diarias de la consulta médica para la aplicación correcta de nuestros conocimientos. La importancia de la actualización médica continua, radica en que la medicina es dinámica por sí misma, por lo que lo que hoy es una verdad para mañana puede ser falso, entre ellos se encuentra el control prenatal, pan nuestro de cada día para el médico familiar, ya que siendo uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una familia, objetivo y universo de aplicación de nuestros conocimientos, implícito es el proceso de expansión de la misma. También lo es cuando de una manera abrupta este se interrumpe o causa detrimento alguno en contra de la madre o el producto ,siendo así cuando se considera que la atención prenatal por parte del médico tratante pasa a la categoría de arte ,ya que este deberá afinar sus sentido y conocimientos, para establecer un plan de detección de factores de riesgo en la mujer embarazada , porque recordaremos que en el embarazo no existe mujer sin riesgo, la misma situación de embarazo condiciona de una manera inherente riesgo en sí, correspondiendo a nosotros la creación y utilización de un método eficaz en cuanto a creación y a aplicación, por parte de él médico familiar. La morbilidad materna es una de las principales preocupaciones de las organizaciones de salud tanto internacionales , nacionales y regionales, puesto que forma parte de los parámetros que condiciona el grado de desarrollo y avance en materia de salud y progreso para todo País en vías de desarrollo, además fue uno de los preceptos mencionados e incluidos dentro de las declaraciones de Alma Ata en Kazajstán en el mes de septiembre de 1978 , en el marco de las conferencias, debates y normas emitidas por la Organización Mundial de las Naciones Unidas y la organización Panamericana de la salud.

Se ha definido el control prenatal, como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención , diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal¹ ,mediante el control prenatal podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo , de esta forma controlar el momento de mayor morbilidad en la vida

del ser humano , como es el periodo perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven. Según cifras proporcionadas por la Organización de las Naciones Unidas. Todos los años mueren 600,000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y aplicadas de manera regional contamos con índice de mortalidad materna ; de 2.48 x cada 10,000 nacidos vivos en el año 2004 y de 3.45 por cada 1000 nacidos vivos en el año 2003 , así como de 3.24 por cada 1000 nacimientos vivos en el año 2002 , 2.30 x cada 1000 nacidos vivos en el año 2001 y 3.65 x cada 1000 nacidos vivos en el año 2000, siendo estos valores los más fidedignos, fueron tomados del anuario estadístico INEGI / SEED., de manera local de 5 años a la fecha contamos con 4 muertes maternas en el municipio de Cunduacan, Tabasco. Cada vez se ha puesto más interés en perfeccionar métodos que nos permitan a los médicos, predecir situaciones que incrementen el riesgo en las embarazadas por lo que en cada país del orbe , se han establecido protocolos de manejo para su uso generalizado de sus médicos de manera obligatoria, pero no nadamas con esto quedan cubiertas las pesquisas intencionadas en el control prenatal , permanentemente se están tratando de establecer nuevos parámetros para mejorar la calidad de la atención prenatal, siendo uno de estos la frase presente en varias páginas internacionales de internet² , las cuales han llegado al consenso de que el control prenatal, debe cuando menos en todo los países que presenten protocolos o algoritmos de atención coincidir en ser precoz, periódico y completo la continua integración de metanálisis internacionales y su difusión³, el esfuerzo de investigadores locales ha enriquecido el “arsenal” con el que se cuenta ; para su correcto uso se implementan cursos de actualización , también cuando una nueva aplicación o corrección a la normatividad técnica de cada país es difundida como en el caso de México al realizarse cambios a la aplicación de la NOM-007-SSA 1993 de atención del embarazo, parto y puerperio^{4,5}

En México encontramos que aun en las regiones más apartadas de nuestro país se ha presentado la oportunidad de medir, la atención prenatal como lo fue en la región de frailesca en Chiapas⁶, en donde los estudios realizados, aportaron sobre mejorar la calidad de la atención siendo más necesario, que el número de consultas y mejorar la capacitación de las parteras y equipos de salud. En otros estudios , en donde se ha medido la satisfacción de los usuarios en la atención médica prenatal, en relación con el estado socioeconómico de la usuaria , se ha encontrado que a menor estatus socioeconómico, es menor la satisfacción por el trato recibido, aunque realmente , nada haya tenido que ver con la efectividad clínica del

medico⁷ al prestar el servicio, también en relación con el número de consultas y la efectividad de las mismas ,se contabilizaron controles prenatales de hasta 9 controles consultas; mas que los 5 requeridos por la normatividad, ahí se encontró que existe una asociación entre la capacitación del personal y las mejoras en el sistema de captación de información , que con el número de consultas dadas⁸ . Otros estudios han sido solamente signados de manera administrativa para conocer el impacto que causa la monitorización de parámetros establecidos por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud^{9,10}, aplicadas en poblaciones grandes , encontrando, que más que nada , los parámetros, establecidos para el control prenatal, de manera mínima establecidos con anterioridad, permiten de una manera equilibrada una evaluación desde el punto de vista administrativa de la calidad en la atención, no tanto para el usuario , sino como tamizaje grueso para detectar a tiempo factores de riesgo, que elevan el riesgo ya presente por el estado gravido^{11,12}en casi cualquier parte del mundo. Aun sin embargo en algunos estudios realizados por muertes maternas , se ha encontrado relación , con lo temprano o tardío que inicia su control prenatal una embarazada¹³ , al momento de presentar una complicación obstetricia, aquellas que lo iniciaron más tarde presentan mayor predisposición a la muerte materna , que aquellas que lo hicieron antes de la semana 12¹⁴ , en algunos otros países del tercer mundo como Haití, Perú, Colombia¹⁵a y Algunas regiones de Argentina en la Patagonia se han realizado estudios aleatorios aplicando los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud, resultando que aquellas madres que iniciaban su control a temprana edad gestacional, cursan con un mejor pronostico al detectarse a tiempo factores asociados de riesgo con muerte materna, disminuyendo significativamente el índice de mortalidad materno-fetal ^{16,17,18} . También han surgido estudios sobre el efecto en las mujeres con gestación múltiple, no encontrándose un ventaja mayor o menor que las usuarias con producto único, además si cabe recalcar , que el diagnostico temprano de los embarazos múltiples , en edades aun más tempranas , fue beneficioso para ellas ya que se tomaron las medidas pertinentes para su control prenatal, mas no altero el resultado final, por su riesgo al ser de tipo multiple^{19,20,21} , sobre todo en el posparto ya que como es sabido no todos los embarazos múltiples llegan a termino por su misma naturaleza y eso mantiene en cierto nivel la sobrevida en el periodo neonatal , así como también la detección de defectos congénitos en los productos de embarazos atendidos en el control prenatal, como bien se sabe está incluido dentro de los parámetros establecidos

para el control prenatal ,el uso de técnicas diagnosticas de apoyo, mediante la cual se realiza detección intencionada sobre defectos al nacimiento, los cuales por corresponsabilidad a menor edad

gestacional inicia una usuaria su control prenatal y se realiza la detección intencionada de defectos congénitos , mejor es el pronóstico siempre y cuando sea posible la intervención preparto o la planeación de una estrategia terapéutica inmediata al nacimiento, además de permitir saber al médico encargado de la atención prenatal, la viabilidad de llevar a término un embarazo o la utilización de otras técnicas de tipo invasivo para la atención del producto sin pasar por el estrés del parto, que podría ser contraproducente para su padecimiento^{22,23} .

Se ha intentado probar otras técnicas nuevas , adicionadas al control prenatal, protocolizado²⁴ ;incluyendo la participación activa de las usuarias al capacitárseles para llevar ellas misma sus registros médicos, disminuyendo el número de visitas a las unidades medicas , encontrando como resultado solamente que aumento el índice de partos quirúrgicos, pero en los demás parámetros , están con iguales ventajas que las usuarias que llevaron su control prenatal en la unidad médica, aunque según refiere ellas mas satisfechas, por haber participado al llevar ellas mismas su documentación.²⁵ Se ha llevado a cabo en México una participación más activa de los TAPS o Técnicos en Atención Primaria a la Salud , los cuales han penetrado en las áreas mas inaccesibles para que se mantenga un equipo de salud, brindando atención en los planes básicos de salud, incluyendo el control prenatal, siendo su aceptación con éxito se intento crear un equipo de salud que incluyera a un TAPS , pero no en áreas de difícil acceso sino en áreas en donde la cobertura poblacional excediera , la atención prestada, a lo que los resultados del programa , se encontró que de los 5 programas básicos , manejados en la secretaria de salud (IRA,EDA,PF, Niño sano Y Control prenatal) durante el primer año de trabajo , los TAPS otorgaron el 66% de la atención anual por los 5 programas básicos y de que la población atendida en pocas ocasiones supo diferenciar, entre el Médico y el TAPS, siendo la población satisfecha en su demanda de atención medica²⁶ .

Por último el tema en boga, es la atención de calidad ,los parámetros ó estándares de calidad validados de manera internacional o con un aval institucional, que avale la competitividad y la preparación de quienes otorgan el servicio y de quienes lo demandan, En México se cuenta con programas como el de salud reproductiva quien aunado al programa de atención materno-infantil “Arranque parejo en la vida” y la NOM-007-SSA 1993 de atención de embarazo, parto u puerperio, marca los parámetros de atención prenatal en primer nivel de atención en México, por supuesto avalado por los indicadores sugeridos por la Organización Mundial de la Salud, por lo que la realización en otros países también de ciertos estudios, en cierta manera son equiparables a los

resultados obtenidos en la cruzada por la calidad en atención materno-infantil del programa “arranque parejo en la vida” con los cuales encontramos un porcentaje de cumplimiento de los controles prenatales de 5 consultas efectivas, significando esto , la realización de todas las acciones de salud específicas por consulta de 1ª vez y subsecuente, teniendo como valores de medición de más del 80% como sobresaliente, de 60 al 80% como satisfactorio, mínimo del 40 al 59% y precario cuando el porcentaje de consultas con acciones efectivas es de menos de 40%. A menor edad gestacional de captación de embarazadas y atención prenatal , con cumplimientos de los parámetros específicos para cada consulta prenatal, así como el uso correcto de los apoyos paraclínicos y de gabinete, disminuyen la incidencia de muerte materno-fetal^{27,28,29,30}, así como aumenta la calidad de vida de los productos con padecimientos congénitos al detectarse a tiempo anomalías , para las que puede programarse una plan terapéutico para aplicación inmediata al posparto , así como también ha permitido con paso del tiempo , la inversión de la curva de crecimiento demográfico debido al aprovechamiento del control prenatal, para ofertar los demás apoyos del paquete básico de salud, y promoción para la salud en las madres con hijos menores de 5 años, siendo esto así , con la preparación de los médicos adscritos y los médicos pasantes en servicio social, de una manera uniforme para uso de los criterios y parámetros de control prenatal, desde la declaración de salud para todos en el año 2000 en Alma Ata, podemos decir que se ha avanzado en materia de salud, quedando todavía con buena parte del trabajo por realizar, pero demostrando ya que a 27 años de la declaración hay resultados positivos, al mantener los niveles de efectividad en atención prenatal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención prenatal es uno de los pilares en donde descansan los indicadores de salud de importancia para un país, nación o estado de cualquier parte del mundo, ya que todos aquellos que pertenecen o que están afiliados a alguna de las grandes organizaciones mundiales de la de salud, sabe, que es de exigencia y cumplimiento el parámetro relacionado con la disminución de muertes maternas y la atención prenatal para las mismas. La estrecha observancia por parte de las Instituciones de salud representativas de cada país, al elaborar programas de salud, normatividades técnicas y promover la capacitación en su personal, para una mejor atención, esto le permite cumplir con lo establecido para normar la atención mínima de salud para El embarazo, parto y puerperio de las mujeres que están bajo su responsabilidad, Cada año mueren cerca de 600,000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y parto. Además, dichas complicaciones contribuyen a más de tres millones de muertes infantiles (durante la primera semana de vida) y otros tres millones nacidos muertos, según la UNICEF ya que al menos en América latinas las tasas de Muerte Materna es de 190 por cada 100, 000 partos atendidos.

La mortalidad por complicaciones obstetricias en el municipio de Cunduacan, Tabasco data de 3 muertes hace 5 años a la fecha. Un total de 35 en el ámbito estatal ,en el año próximo pasado , de las cuales 1 muerte materna correspondió a Cunduacan , resultando de un total de 0.35 % del total de casos registrados en el año, por lo que Considerando que las instituciones de Salud cuentan con un protocolo ya establecidos para el manejo y control de las embarazadas y pese a ello existen complicaciones ginecobstetricas en ocasiones no detectadas en las mujeres, la calidad técnica del proceso de la atención prenatal influyen en la evolución de estos eventos, siendo la identificación por el médico de primer contacto a través de la consulta y captación oportuna, los métodos con lo que contamos.

Actualmente y de acuerdo a las políticas de salud establecidas de manera nacional e internacional, el adecuado control de muertes materna, aparte de corresponder al enunciado de Alma Ata “Salud para todos”, les permite a los países afiliados a las grandes organizaciones de salud, un determinado Status de salud, mínimo para su permanencia en ciertos círculos económicos de desarrollo.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Cual es el porcentaje de cumplimiento de las acciones de salud contempladas en la normatividad vigente para la atención prenatal?

JUSTIFICACION

Las estrategias y acciones van dirigidas hacia a la vigilancia del embarazo, y la prevención Este tipo de intervenciones requiere de un personal médico y equipos interdisciplinarios de salud debidamente capacitados en el manejo de la paciente obstétrica, para la realización de un control prenatal de calidad en el embarazo normal y en el caso de cursar con aparición de signos de alarma o factores de riesgo obstétrico hacer un adecuado uso de el sistema de referencia y contrarreferencia.

Existen en nuestro país, protocolos de atención destinados a brindar una atención de calidad, dentro del contexto de la atención prenatal. El encargado de llevar a cabo las acciones es el Programa de salud reproductiva , el cual garantiza una maternidad saludable y sin riesgos en todas las mujeres mexicanas, en coacción con el programa de Arranque parejo en la vida en cumplimiento de la norma oficial mexicana NOM-007-SSA 1993 de la atención del embarazo, parto y puerperio el cual tiene una acción fundamental, la atención prenatal con enfoque de riesgo, para identificar oportunamente en las áreas obstétricas y perinatales el nivel de atención idóneo para un adecuado control médico de la gestante y su hijo

Por lo que nosotros al realizar este estudio tratamos de establecer de alguna manera un control de calidad, para reducir así, las posibilidades de complicaciones en las embarazadas, al aumentar las posibilidades de detección de riesgo inherente a su estado grávido, ya que la atención prenatal debe ser un medio más por el cual se ofrezca una mejor calidad de vida tanto para la madre, como al producto de la concepción.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento normativo técnico en la atención medica prenatal

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el porcentaje de cumplimiento de las acciones de salud en la atención prenatal

Identificar las acciones de salud que con mayor frecuencia no se cumplen en el control de la atención prenatal.

MÉTODOLOGIA

Tipo de estudio

Se trata de un estudio de tipo, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.

Población

La población de estudio estuvo constituida de n= 58 mujeres embarazadas, pertenecientes a a las unidades medicas, “11 de Febrero” y Centro Avanzado de Atención Primaria a La Salud “Carlos Roviroso. del Municipio de Cunduacan.

Lugar

El presente estudio se realizó en el Municipio de Cunduacan Tabasco, específicamente en las unidades de salud de primer nivel de atención y las aéreas de informática y estadística del Centro Avanzado de Atención Primaria a La Salud “Carlos Roviroso de la jurisdicción sanitaria 06

Tiempo

El estudio se llevo a cabo, durante el periodo de los meses de enero del 2005 a junio del 2006, que correspondió a la etapa de identificación y seguimiento de la mujer embarazada en control prenatal .

Tipo de muestra

La muestra fue obtenida de la población rural de Cunduacan Tabasco, específicamente mujeres con embarazo con fecha probable de parto en el primer semestre del año 2005, que llevaron su control en las unidades medicas “11 de Febrero” y Centro Avanzado de Atención Primaria a La Salud “Carlos Roviroso. del Municipio de Cunduacan.

Tamaño de la muestra

El universo de estudio, es todas las mujeres, que finalizaron su periodo prenatal, registradas en el censo nominal de embarazadas entre los meses de enero y junio del 2005 en las unidades medicas, “11 de Febrero” y CAAPS Carlos Roviroso del Municipio de Cunduacan, siendo un total de 59 usuarias, con una exclusión por derechohabencia federal, quedando con 58 usuarias, de las cuales 36 son del C.S.C. Pob. “11 de Febrero” y 22 del Centro Avanzado de Atención Primaria a La Salud “Carlos Roviroso.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron mujeres que contaron con Expediente medico y con tarjetas prenatales , Primígestas, multígestas, de cualquier edad que terminaron su embarazo en los meses Enero-Junio del 2005 y que hayan llevado control prenatal en las unidades medicas , “11 de Febrero” y CAAPS Carlos Roviroso del Municipio de Cunduacan

Criterios de Exclusión

Se excluyeron a las Femeninas que no llevaron control prenatal en unidad primer nivel, que pertenezcan a otro municipio o de otro CAAPS o que sean emigradas ya con su clasificación de riesgo, las que abandonen el control prenatal y las que pertenezcan a una derechohabencia medica estatal o federal

VARIABLES

En este trabajo se considero como **variable independiente (causa)** a todas las **acciones de salud** que deben otorgarse a la mujer embarazada como control prenatal, entre ellas a las correspondientes de la consulta de primera vez:

Consulta de primera vez durante el Embarazo:

- confirmación del embarazo.
- Elaboración de historia clínica perinatal y carnet perinatal.
- indica riesgo obstétrico y refiere embarazadas en su caso.
- Valora y controla peso, talla y tensión arterial.
- Promueve salud bucodental.
- Indica estudios de Laboratorio prenatales (sífilis, Biometría hemática, Química Sanguínea,
- Aplica vacuna de Examen General de Orina completo, Tipo sanguíneo y RH (factor Sanguíneo))Toxoide tetánico e investigar antecedentes de vacunación contra Sarampión y rubéola.
- Administra micro nutrimentos.
- Previene y detecta Infecciones de Transmisión Sexual y Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), brinda tratamientos contra Infecciones de Transmisión Sexual y refiere los casos de VIH/SIDA.
- Brinda orientación y consejería, promueve la participación paterna.

Consulta de segunda vez Subsecuente:

- Realiza exploración física completa.
- Identifica signos y síntomas de alarma obstétrica.
- Solicita examen General de Orina.
- Proporciona micro nutrimentos.
- Administra la primera dosis de toxoide tetanico-diftérico.
- Proporciona orientación y consejería a la embarazada y a su pareja.

-Registra todas las actividades en la Historia Clínica Perinatal y en el carnet.

Tercera consulta subsecuente:

-Realiza exploración física completa.

-valora presentación fetal.

-Identifica signos y síntomas de alarma.

-Solicita exámenes de laboratorio complementarios (Biometría Hemática, Glicemia, y VDRL(Laboratorio de búsqueda de enfermedades venereas) .

-Proporciona micro nutrimentos.

-Brinda orientación y consejería a la embarazada y a su pareja.

-registra todas las actividades en la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal.

Cuarta y Quinta consulta subsecuente:

-Realiza exploración física completa.

-Valora presentación fetal.

-Identifica signos y síntomas de alarma obstétrica.

-proporciona micro nutrimentos.

-Aplica la segunda dosis de toxoide tetanico.

-Refuerza la orientación-consejería a la embarazada y a su pareja o familia.

-Registra todas las actividades en la Historia Clínica Perinatal y el carnet perinatal.

Se considero como **Variable Dependiente (efecto)** a la Calidad técnica de la atención prenatal la cual debe entenderse como:

El conjunto de acciones de salud, las cuales no pueden ser cambiadas o modificadas, siendo protocolizadas, para una correcta atención prenatal que prevenga o indique en tiempo y forma, la aparición de signos o factores de alarma durante el embarazo, parto y puerperio y de esta manera cuidar la salud y vida del binomio madre-hijo.

Método

Se identifico a las mujeres que estuvieran embarazadas y que tuvieran fecha de probable parto en el primer semestre del 2005 en el área de consulta externa de las unidades de salud ya establecidas el CSC “poblado 11 de febrero” y el CSC “Carlos Rovirosa” pertenecientes al Centro Avanzado de Salud Comunitario “Carlos Rovirosa” de la jurisdicción sanitaria 06 del municipio de cunduacan, Tabasco; y a través de su tarjeta de control de embarazo se procedió a tomar la información, necesaria para la realización de este estudio siendo un total de 58 mujeres que cumplieron con los requisitos necesarios para la realización de este estudio. Se les invito a firmar el consentimiento informado y posteriormente a la aceptación y firma de autorización, se procedió a incluirlas dentro del estudio.

Se dio un seguimiento a través de los expedientes médicos y las tarjetas de control prenatal, así como de los tiempos necesarios, para la realización de cada una de las citas o controles prenatales, al cabo del tiempo establecido para el levantamiento de la información se procedió a la recolección de datos , para ello, se solicito el apoyo de las autoridades de cada Centro de salud Comunitario para el uso de sus expedientes médicos , primeramente se procedió a realizar el conteo de aseveraciones o negaciones de acuerdo al instrumento de recolección de datos , a partir de ahí se realizo la tabulación y graficación de los resultados obtenidos, para así mediante un análisis de los resultados evaluados, se establezcan las conclusiones y mediante la discusión de las mismas , creando de esta manera propuestas, firmes , para crear un conocimiento.

ÉTICA DEL ESTUDIO

En el presente estudio se han considerado los criterios de Helsinki:

El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no se dispone de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.

Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles, identificados por el estudio.

El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos disponibles han resultado ineficaces en la atención de un enfermo, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no probados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta Declaración.

RESULTADOS

Características de la población estudiada

Edad

La tendencia de mayor frecuencia de edad fue la de mas de 19 años con 78% (45), y la de menor frecuencia la de menos de 19 años con 22% (13). Tabla 1, figura 1.

Tabla 1. Distribución de Frecuencias por rango de edad en las pacientes de control prenatal

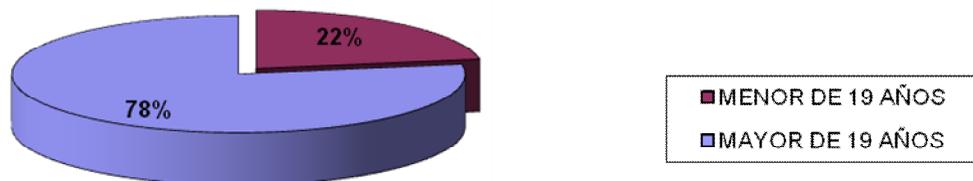
EDAD		
GRUPO	FA	FR %
MENOR DE 19 AÑOS	13	22 %
DE 19 AÑOS Y MAS	45	78 %

Fuente: Expediente y tarjeta de control prenatal de la paciente

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Figura 1.- Distribución por rango de edad



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

Estado civil

La tendencia de mayor frecuencia fue de 35 usuarias casadas y 23 en unión libre, correspondiendo a un 60% y 40% respectivamente. Tabla 2, figura 2.

Tabla 2. Distribución por frecuencia de mujeres casadas y unión estable en control prenatal.

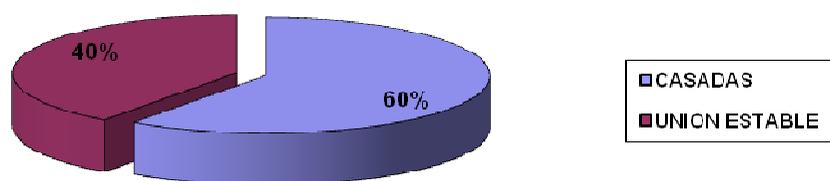
ESTADO CIVIL		
GRUPO	FA	FR %
CASADAS	35	60 %
UNION ESTABLE	23	40 %

Fuente: Expediente y tarjeta de control de la paciente

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Figura 2. Distribución por usuarias casadas o unión estable



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes medicos

Numero de Gestas

La tendencia de mayor frecuencia por numero de embarazos fue de 26 para mujeres con 3 embarazos o menos, 20 para la usuarias primigestas y **12 para las usuarias multigesta** con 4 embarazos o mas, siendo 45%, 34% y 21 % respectivamente. Tabla 3, figura 3.

Tabla 3. Distribución de frecuencias por número de embarazos.

GESTAS		
GRUPO	FA	FR %
PRIMIGESTA	20	34%
MENOR DE 3 GESTAS	26	45%
MAYOR DE 3 GESTAS	12	21%

Fuente: Expediente y tarjeta de control de la paciente

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Figura 3. Distribución por número de embarazos



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes medicos

Antecedente de cesarea previa

La tendencia de mayor frecuencia por usuarias con cesárea previa fue de e 43 usuarias sin cesárea previa, y **15 con cesárea previa**, nos da el 74 %.. y **26 %** respectivamente. Tabla 4, figura 4.

Tabla 4. Distribución de frecuencia por Cesárea previa

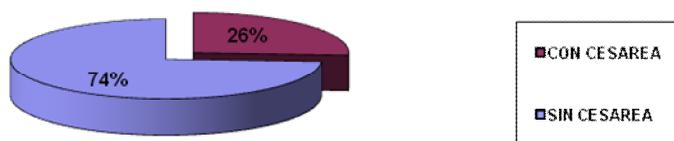
CESAREA PREVIA		
GRUPO	FA	FR %
CON CESAREA	15	26%
SIN CESAREA	43	74%

Fuente: Expediente y tarjeta de control de paciente

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Figura 4.- Distribución por frecuencia de Cesárea previa



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes medicos

Antecedentes de periodo intergenesico corto

La tendencia por mayor frecuencia de usuarias con Periodo Intergenesico corto, se presenta un total de **7 usuarias, que representa un total de 12%** de las usuarias y resta 51 usuarias con el 88% sin este antecedente. Tabla 5, figura 5.

Figura 5. Distribución por periodo intergenesico



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

Tabla 5. Distribución por periodo intergenesico corto

PERIODO INTERGENESICO CORTO		
GRUPO	FA	FR %
CON PERIODO INTERGENESICO CORTO	7	12 %
SIN PERIODO INTERGENESICO CORTO	51	88 %

Fuente: Expediente y tarjeta de control del paciente

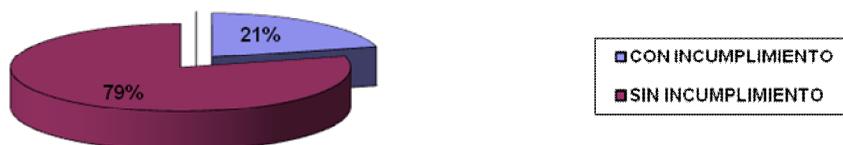
FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Cumplimiento de 5 consultas como mínimo.

La tendencia por el cumplimiento de un mínimo de 5 consultas, para un control de embarazo, solo se encontramos 12 usuarias con incumplimiento con el 21% del total y 79%, con cumplimiento mínimo de 5 consultas, en algunos casos de acuerdo a su nivel de riesgo obstétrico, llega hasta más de 8 las consultas de control. Tabla 6, figura 6.

Figura 6: Distribución por mínimo de consultas otorgadas por los servicios médicos



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

Tabla 6: Distribución de mínimo de consultas normativas

MINIMO DE CONSULTAS NORMATIVAS		
GRUPO	FA	FR %
CON INCUMPLIMIENTO	12	21%
CUMPLIMIENTO	46	79 %

Fuente: Expediente y tarjeta de control del paciente

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Confirmación de embarazo

Tendencia por **confirmación del embarazo en el 100% de los casos**, mediante signos de presunción o de certeza. Tabla 7.

Tabla 7. Distribución por confirmación del embarazo

CONFIRMACION DEL EMBARAZO		
GRUPO	FA	FR %
CONFIRMACION DE EMBARAZO	58	100 %

Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Realización de Historia clínica y carnet perinatal

Tendencia por elaboración de Historia clínica perinatal y carnet perinatal, con **56 usuarias o sea en el 96. % de los casos**, y 2 no realizados con el 4 % tabla 8, figura 8.

Figura 7.- Distribución por realización de Historia Clínica



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

Tabla 8 .Distribución de frecuencia por elaboración de historia clínica y carné perinatal

ELABORACION DE HISTORIA CLINICA Y CARNET PERINATAL		
GRUPO	FA	FR %
CON ELABORACION DE HISTORIA CLINICA Y CARNET	56	96 %
SIN ELABORACION DE HISTORIA CLINICA Y CARNET	2	4 %

Fuente: Expediente y tarjeta de control del paciente

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Asignación de riesgo obstetrico

Tendencia en la realización de riesgo obstétrico y se envió a unidad de segundo nivel para valoración en su caso, siendo en 57 usuarias cumplido o sea **el 98% de los casos**, y en 1 usuaria el 2% no se realizó .figura 9, tabla 9.

Figura 8.- Distribución por realización de Historia Clínica

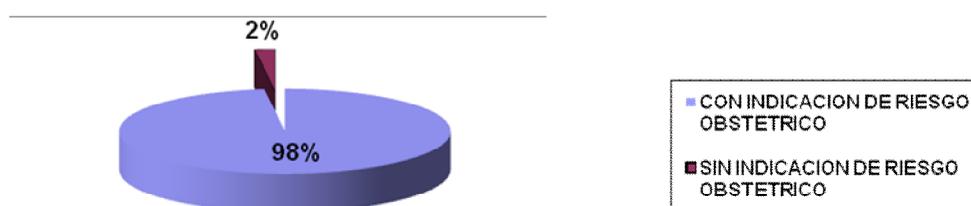


Tabla 9. Distribución por realización de Riesgo Obstétrico y canalización a 2° Nivel de atención

INDICACION DE RIESGO OBSTETRICO Y CANALIZACION EN SU CASO		
GRUPO	FA	FR %
CON INDICACION DE RIESGO OBSTETRICO	57	98 %
SIN INDICACION DE RIESGO OBSTETRICO	1	2 %

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes médico

Realización de valoración , control de peso , talla y tensión arterial

La tendencia en cuanto a la realización de valoración y control de peso, talla y tensión arterial, en 58 usuarias o sea **el 100% de los casos revisados**.

Tabla 10. Distribución de frecuencia por realización de Toma de peso, talla y tensión arterial.

VALORA PESO, TALLA Y TENSION ARTERIAL		
GRUPO	FA	FR %
TOMA Y REALIZACION DE PESO, TALLA Y TA:	58	100 %

Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes médicos

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Promoción de salud buco-dental

Tendencia por promoción de la salud buco dental en 58 usuarias o sea **el 100% de los casos presentados**, debidamente canalizados a odontología,

Tabla 11. Distribución por promoción de salud buco denta

PROMUEVE SALUD BUCODENTAL		
GRUPO	FA	FR %
PROMUEVE SALUD BUCODENTAL	58	100 %

Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Realización de laboratorios prenatales

Tendencia en la indicación de estudios de laboratorios prenatales, en 58 usuarias o sea en el **100% de los casos**, aunque esto no significa que las usuarias se los realizaran en tiempo y forma, tabla 12.

Tabla 12. Distribución por Indicación de laboratorios prenatales

INDICACION DE LABORATORIOS PRENATALES		
GRUPO	FA	FR %
INDICACION DE LABORATORIOS PRENATALE	58	100 %

Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Aplicación de 1ª dosis de Toxoide Tetanico.

Tendencia por aplicación de vacuna de TD, recordemos que no solamente durante el primer contacto con la usuaria embarazada se aplica, se especifica también que durante la semana 32 se realiza la primera aplicación, pero verificándolo de manera polarizada se encuentra aplicada en 58 usuarias o sea **el 100% de las usuarias** con aplicación de 2 dosis de TD o refuerzo según el caso.

Tabla 13. Distribución por cobertura de aplicación de vacuna inicial TD

APLICACIÓN DE VACUNA TD		
GRUPO	FA	FR %
SE APLICO VACUNA TD INICIAL	58	100 %

Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes médicos

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Administración de Micro-nutrimientos

Tendencia por administración de micro nutrientes siendo en 58 usuarias o sea el **100% de las usuarias.**

Tabla 14: Distribución por administración de micro nutrientes

ADMINISTRACION DE MICRONUTRIENTES		
GRUPO	FA	FR %
SE ADMINISTRO MICRONUTRIENTES	58	100 %

Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Prevención y detección de ITS y VIH

Tendencia por prevención y detección y referencia de los casos de ITS y VIH-Sida, cuando se capta a población de riesgo y accede a la realizaron de los laboratorios pertinentes, aunque han sido mínima la aceptación, pero la pesquisa es permanente en 58 usuaria o sea el **100% de los expedientes**

Tabla 15. Distribución por detección intencionada de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en usuarias

DETECCION INTENCIONADA DE ITS Y VIH-SIDA		
GRUPO	FA	FR %
DETECCION INTENCIONADA DE ETS Y VIH-SIDA	58	100 %

Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Orientación y Consejería

Tendencia al brindar orientación y consejería, así como promueve la participación paterna en el **98% de los expedientes**, o sea 57 usuarias, siendo 1 usuaria en donde no se realizó la actividad el 2%. figura 16. tabla 16.

Figura 9.- Distribución por Orientación y Consejería



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes medico

Tabla 16. Distribución por orientación y consejería proporcionada

BRINDA ORIENTACION Y CONSEJERIA		
GRUPO	FA	FR %
BRINDA ORIENTACION Y CONSEJERIA	57	98 %
SIN ORIENTACION Y CONSEJERIA	1	2 %

Fuente: Expediente del paciente.

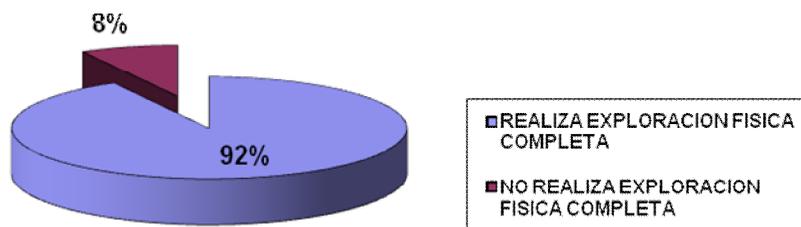
FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Realización de exploración física completa

La Tendencia de mayor frecuencia por realización de Exploración física completa en el **92. % de los casos evaluados** o sea 54 casos y no realizado en 4 casos correspondiendo el 8%. figura 17, tabla 17.

Figura 10. Distribución por realización de Exploración Física



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

Tabla 17. Distribución por exploración física en consulta subsecuente.

EXPLORACION FISICA COMPLETA		
GRUPO	FA	FR %
REALIZA EXPLORACION FISICA COMPLETA	54	92 %
NO REALIZA EXPLORACION FISICA COMPLETA	4	8 %

Fuente: Expediente del paciente

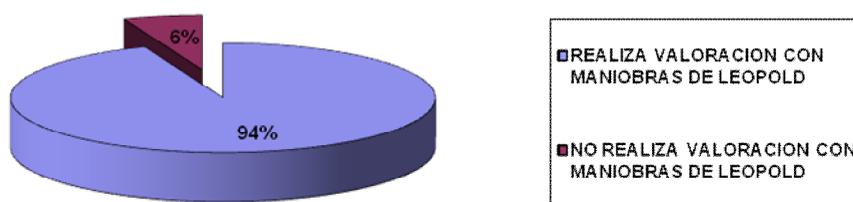
FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Realización de maniobras de Leopold

La Tendencia de mayor frecuencia por valoración de presentación fetal, mediante maniobra de Leopold en 55 expedientes, el 94% y no realizado en 3 expedientes correspondiendo el 6%. Figura 18, tabla 18.

Figura 11. Distribución por valoración de presentación fetal con maniobras de Leopold.



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

Tabla 18. Distribución por realización de valoración de maniobras de Leopold en consulta subsecuente.

VALORACION CON MANIOBRAS DE LEOPOLD		
GRUPO	FA	FR %
REALIZA VALORACION CON MANIOBRAS DE LEOPOLD	55	94 %
NO REALIZA VALORACION CON MANIOBRAS DE LEOPOLD	3	6 %

Fuente: Expediente y tarjeta de control del paciente.

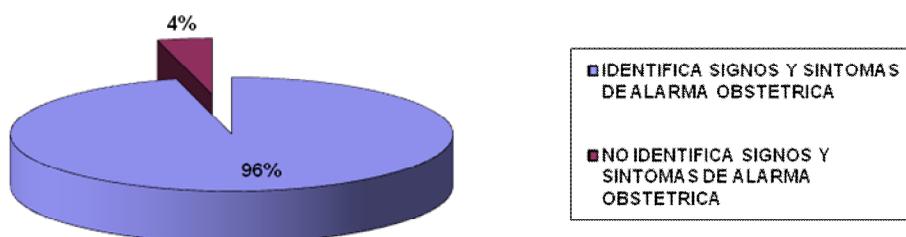
FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Identificación de signos de alarma Obstétrica

La Tendencia de mayor frecuencia al identificar signos y síntomas de alarma obstétrica, en 56 usuarias o sea en el **96 %** y no se realizo en 2 usuarias el **4 %**. Figura 19, tabla 19.

Figura 12. Distribución por identificación de signos y síntomas de Alarma Obstetrica.



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes Médicos

Tabla 19. Distribución por Identificación de signos y síntomas de Alarma Obstetrica en cada consulta subsecuente.

IDENTIFICA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA		
GRUPO	FA	FR %
IDENTIFICA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA	56	96 %
NO IDENTIFICA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA	2	4 %

Fuente: Expediente del paciente

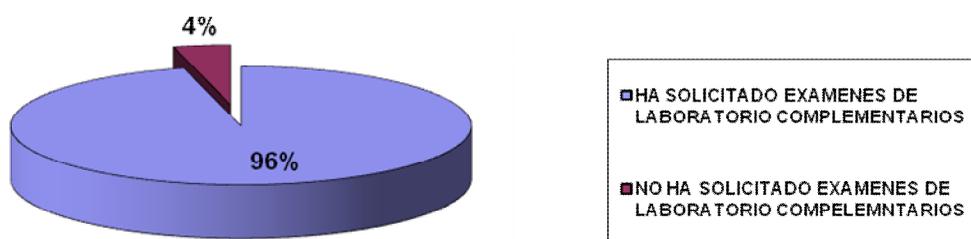
FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Realización de laboratorios complementarios

La Tendencia de frecuencia al solicitar exámenes de laboratorio complementarias (BH, Glicemia a la semana 28, y VDRL) en solo el **96% de los casos** o sea en 56 usuarias y solo en 2 el 4% no se halló solicitud o referencia solicitado. figura 20, tabla 20.

Figura 13.- Distribución por solicitud de Examen complementarios en consulta



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes medicos

Tabla 20. Distribución por solicitud de exámenes de laboratorios complementarios en consulta subsecuente

REALIZA EXAMENES DE LABORATORIO SUBSECUENTES		
GRUPO	FA	FR %
REALIZO LABORATORIOS SUBSECUENTES	56	96 %
NO REALIZO LABORATORIOS SUBSECUENTES	2	4 %

Fuente: Expediente y tarjeta de control del paciente.

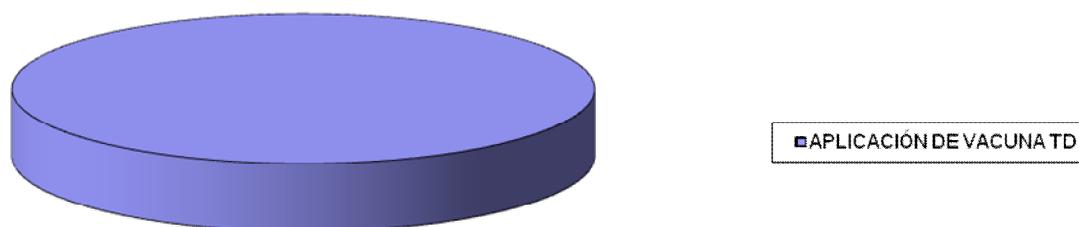
FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Aplicación de 2ª dosis de toxoide Tetánico

La Tendencia de mayor frecuencia al aplicar la segunda dosis de Toxoide tetanico en el **100% de los casos** o sea en 58 usuarias. figura 21, tabla 21.

Figura 14.- Distribución por aplicación de segunda dosis de Toxoide tetánico



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes medicos

Tabla 21. Distribución por aplicación de segunda dosis de Toxoide tetanico en quien esta indicado.

SE APLICÓ 2ª DOSIS DE TOXOIDE TETANICO		
GRUPO	FA	FR %
SE APLICÓ 2ª DOSIS DE TOXOIDE TETANICO	58	100 %

Fuente: Expediente y carné perinatal del usuaria

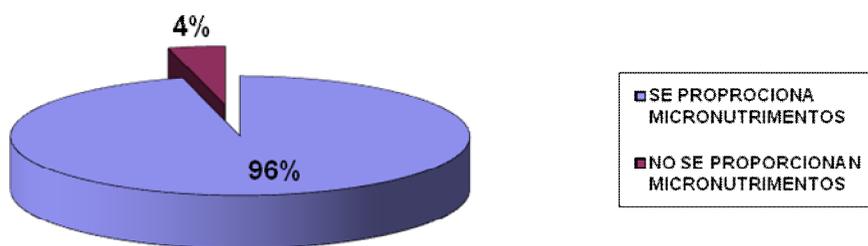
FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Aporte de Micronutrimientos en consulta subsecuente

Proporciona micronutrimientos, se encontró en el **96. % de los casos** o sea 56 usuarias., siendo 2 (4 %) las que no se indico la atención. Figura 22, tabla 22.

Figura 15.- Distribución por indicación y entrega de Micronutrimientos.



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes medicos

Tabla 22. Distribución por entrega de micronutrimientos en consulta subsecuente.

SE PROPORCIONA MICRONUTRIMENTOS		
GRUPO	FA	FR %
SE PROPORCIONA MICRONUTRIMENTOS	56	96 %
NO SE PROPORCIONA MICRONUTRIMENTOS	2	4 %

Fuente: Expediente y tarjeta de control del paciente

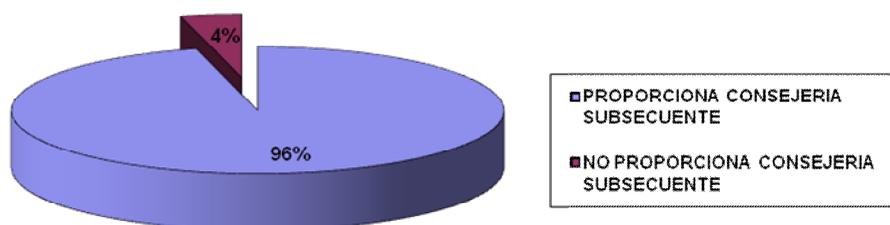
FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Reforzamiento de consejería

La Tendencia de mayor frecuencia en Refuerza la orientación consejería a la embarazada, pareja o familia en 56 usuarias o sea el **96 %**. figura 23, tabla 23.

Figura 16.- Distribución por aplicación de consejería en el núcleo familiar



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes medicos

Tabla 23. Distribución por refuerzo de consejería, en la embarazada, pareja o familia.

SE PROPORCIONA CONSEJERIA SUBSECUENTE		
GRUPO	FA	FR %
SE PROPORCIONA CONSEJERIA SUBSECUENTE	56	96 %
NO SE PROPORCIONA CONSEJERIA SUBSECUENTE	2	4 %

Fuente: Expediente del usuario.

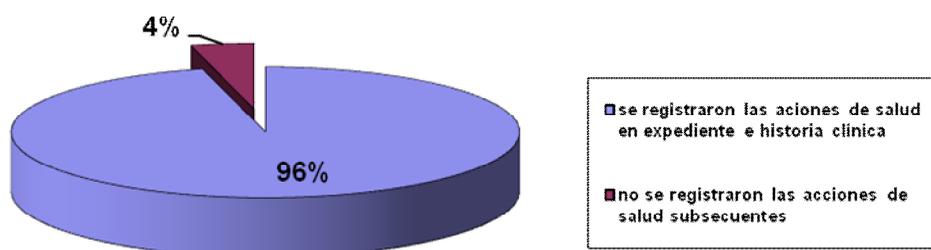
FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Registro de actividades en expediente medico y carne perinatal

La tendencia de mayor frecuencia Registra todas las actividades en la historia clínica perinatal y en el expediente medico se encontró con un faltante de 2(4%) usuarias, por lo que solo 56 expedientes complementaron las acciones o sea el **96. %**. Figura 24, tabla 24.

Figura 17.- Distribución de Mayor frecuencia al realizar registro de actividades de salud en expediente y carnet de atención



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes medicos

Tabla 24. Distribución por registro de acciones de salud en expediente y carné perinatal

SE REGISTRAN LAS ACCIONES DE SALUD EN EXPEDIENTE Y CARNET PERINATAL		
GRUPO	FA	FR %
SE REGISTRARON ACCIONES DE SALUD	56	96 %
NO SE REALIZARON ACCIONES DE SALUD.	2	4 %

Fuente: Expediente del usuario.

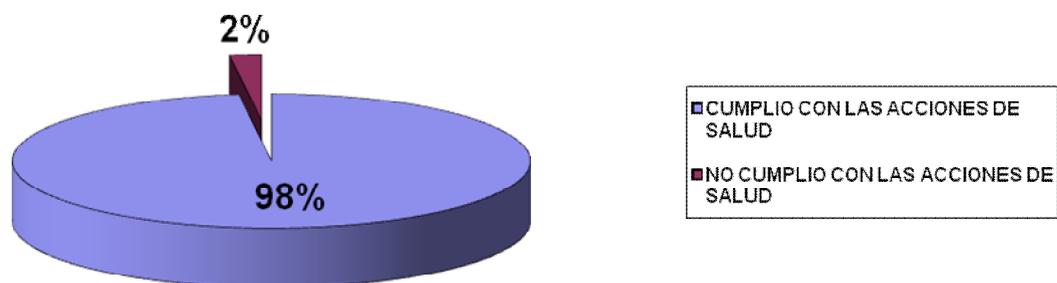
FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Cumplimiento de las acciones de salud en 1ª consulta prenatal

La tendencia de mayor frecuencia se registra en el cumplimiento de las acciones de salud en la 1ª consulta prenatal en 57 usuarias (98%), y no cumplimiento en 1 usuaria el 2%. figura 25, tabla 25.

Figura 18.- Distribución por mayor cumplimiento de acciones de salud en la consulta inicial.



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes médicos

Tabla 25. Distribución por cumplimiento de las acciones de salud en la primera consulta prenatal

CUMPLIMIENTO EN ACCIONES DE SALUD EN CONSULTA INICIAL		
GRUPO	FA	FR %
SE REGISTRARON ACCIONES DE SALUD	57	98 %
NO SE REALIZARON ACCIONES DE SALUD.	1	02%

Fuente: Expediente y carné perinatal del usuaria

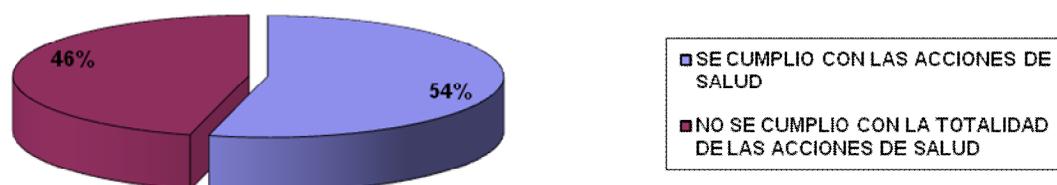
FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

Cumplimiento de las acciones de salud en consultas subsecuentes de control prenatal

La tendencia de mayor frecuencia en el cumplimiento de las acciones de salud en consulta prenatal subsecuente es de 31 usuarias (54%) que si se cumplió y en 27 usuarias (46%), no se cumplieron la totalidad de las acciones de salud. Figura 26, tabla 26.

Figura 19.- Distribución de mayor frecuencia en cumplimiento de la totalidad de las acciones de salud en consulta subsecuente



Fuente: Resultado de 58 revisiones mediante cuestionarios a expedientes medicos

CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE SALUD EN CONSULTA SUBSECUENTE		
GRUPO	FA	FR %
SE REALIZARON ACCIONES DE SALUD	31	54%
NO SE REALIZARON ACCIONES DE SALUD	27	46%

Tabla 26. Distribución por cumplimiento de las acciones de salud en consulta subsecuente

Fuente: Expediente y carnet perinatal del usuario

FA: Frecuencia absoluta

FR: frecuencia relativa

DISCUSION

-Las usuarias menores de 19 años representan un porcentaje, alto, para la muestra utilizada, siendo necesario reforzar las acciones preventivas, sobre todo en el área escolar mediante platicas dirigidas a los estudiantes de nivel medio y medio superior .

-Un alto porcentaje de la usuarias, están bajo régimen de unión libre o estable, lo que confiere mayor inestabilidad en las usuarias para su asistencia a control prenatal, debido a la cultura predominante, si no hay un hombre o un familiar de el esposo que la acompañe a su control prenatal, puede ser motivo de falta.

-En cuanto a número de gestas, se encuentran usuarias con mas de 3 gestas, incrementando por número de hijos y edad el riesgo obstétrico, por lo que se deberá incrementar las intervenciones mediante platicas y labor de convencimiento para realización de Obliteración Tubaria Bilateral en mujeres cuyas edades oscilen en los 40 años y por numero de gestas

-Se encontró en mujeres con periodos intergenesico corto, como causa principal, la no aceptación de método de planificación familiar posparto por una deficiente consejería, esto debido a la falta de seguimiento en las consultas subsecuentes que aunque se realizó, en las consultas dadas, no tuvo el impacto requerido para ser efectiva.

-De acuerdo a las expectativas del programa de arranque parejo, del cual se desprende este estudio , en el rubro de consultas prenatales mínimo de 5 , se cumplió con el estándar de 5 consultas mínimas en un porcentaje , aproximado al presentado por la jurisdicción sanitaria en los últimos reportes anuales del programa de arranque parejo con el estándar de 80% para sobresaliente y del 60-79% para satisfactorio ,siendo el ultimo reporte de la jurisdicción de 80% quedando todavía camino por recorrer para mejorar el cumplimiento de los mismos, por lo que deberá hacerse hincapié sobre la constante capacitación al personal de salud operativo, ya que los reportado en este estudio, en atención de 1ª vez y subsecuente es de 79% de manera global aunque se encuentra dentro de los parámetros establecidos por el programa de Arranque parejo en la Vida, el objetivo es mejorar y alcanzar el rango de efectividad de sobresaliente en la atención prenatal.

-De manera comparativa entre los 2 centros de salud en donde fue realizado este estudio se encontró un mayor nivel de cumplimiento por parte de la Unidad medica “ 11 de febrero de 2 consultorios con el total de los expedientes revisados con buen seguimiento de atención de 1ª

vez y subsecuente, no así el Centro Avanzado de Atención primaria Para la Salud “Carlos Rovirosa” en donde tal vez debido a la rotación del personal medico de base , contrato y pasantes no permite una adecuado conocimiento de la población a cargo de cada uno de los 3 consultorios, lo cual no ocurre así en la Unidad medica “11 de Febrero” la cual cuenta con personal fijo.

-Aunque nosotros no contamos con estudios paralelos a el realizado, ya que con los parámetros utilizados en el nuestro, al ser el programa de Arranque parejo de aplicación nacional, la simple clasificación dentro de sus parámetros lo estandariza con resultados obtenidos en cualquier otra parte del país en donde este se aplique y se respete los parámetros utilizados, en este caso de utilizó la comparación obtenida el año en curso de el estudio por la jurisdicción sanitaria correspondiente al Municipio, siendo la comparativa ubicada como se menciono en un punto anterior, si no tal vez el mismo porcentaje, si se ubico dentro de la misma clasificación de satisfactorio, ya que en este estudio los parámetros en los cuales hubo déficit pueden ser modificables para lo cual se deberán tomar las medidas y estrategias pertinentes

CONCLUSIONES

-Durante la consulta prenatal de primera se observo el cumplimiento casi total, de las acciones de salud para cumplimiento de certificación para la Organización Mundial de la Salud aval con el que cuenta nuestro estado y se asegura el brindar atención y protección de la vida de la usuaria por esto nos permitimos proponer:

1.- Mejorar el control de las usuarias de planificación familiar, para realizar una detección más temprana de embarazos en aquellas que sean faltistas bajo sospecha.

2- Realizar censo de aquellas mujeres en edad fértil las cuales no sean usuarias de métodos de planificación o que por alguna contraindicación medica, no puedan usar ningún método de planificación, o peor que no deseen llevar método alguno por su ideología o cultura.

-En la consulta subsecuente el déficit en el seguimiento a las acciones iniciadas durante el primer contacto con la usuaria, por parte del personal medico independientemente de los motivos que conlleven a este, disminuye las posibilidades de un buen control prenatal y por consecuencia de una motivación y confianza para en el usuario y para el medico al continuar con su control medico de una manera precisa, al no cumplirse con la realización de las acciones de salud se crea una situación de cumplimiento administrativo ya que si solo establecemos al cumplir el numero de consultas , pero no proporcionar calidad y calidez en el trato y atención prenatal, siendo la falta de calidad técnica, la que, podría ser la causa de una inadecuada atención medica prenatal, es posible que debido a ello y a una mal estructurada red de información en la comunidad, ha habido en el Municipio en donde se realizó el estudio 4 decesos por muerte materna en los últimos 5 años por lo que se propone lo siguiente:

1.- Realización de supervisiones con asesoramiento en arranque parejo en la vida

2.-Programación de capacitación más frecuentes en la modalidad de talleres con personal capacitado para impartirlas.

3.-Capacitación constante al personal de campo operativo, en relaciones humanas, y formación de redes ciudadanas.

4.-Integración del comité de salud y las autoridades civiles locales, para formación de red ciudadana de manera anual y con cada cambio de administración publica.

5.-Proporcionar a todas y cada una de las unidades medicas, adecuada información, manuales, y lineamientos técnicos que haya a disposición, con capacitación en forma de talleres

6.-El restablecimiento de la red ciudadana de salud en la comunidad con las parteras, vocal de salud del comité de salud y promotora de salud comunitaria, para la continuidad de los programas aun en ausencia de medico, en áreas de acción intensiva.

-En la consulta de 1ª vez, se ha obtenido una efectividad de 98% en 14 acciones de salud mencionadas dentro de este estudio para medir este parámetro , el adecuado cumplimiento de la normatividad en el ingreso a control prenatal de las usuarias, se debe mantener como logro y alcanzar el 100% de efectividad.

-En la consulta subsecuente encontramos un porcentaje menor del 54% en cumplimientos de los parámetros ya mencionados las acciones a desarrollar deberá ser enfocada, hacia el seguimiento de los embarazos, ya que la efectividad y efecto previsorio de el control prenatal, se debe a que a menor edad gestacional y mejor calidad de atención, aumenta la posibilidad de identificar factores de riesgo y disminuir la morbimortalidad materna.

-De manera global, en cuanto a cumplimiento de las acciones de salud, independientemente del cumplimiento normativo del numero de consulta que pide el programa de Arranque parejo como parámetro de clasificación de atención prenatal, encontramos un 76% de efectividad al sumar los porcentajes de la atención de primera vez y subsecuente ya que se clasifico que las acciones se han dejado de realizar al contabilizar que no fueron realizadas mas de 5 acciones de salud durante alguna de las consultas subsecuentes siendo la mas común la de registrar todas las acciones realizadas durante el control prenatal en el expedientes medico, no así en la consulta de primera vez en la cual todas las acciones debieron estar presentes para tomar en cuenta como realizada la consulta; así también de manera comparativa solo contamos con los resultados obtenidos por las instituciones oficiales de atención a usuarios de población abierta como es la secretaria de salud, con indicadores al 80%, siendo entonces inferior a la cifra manejada de manera estandarizada, para lo cual se debe de poner mayor énfasis en las acciones a realizar durante el transcurso de la atención prenatal.

-La edad de mayor frecuencia en las embarazadas fue de en el grupo de 19 años y mas, con predominio casadas, el nivel de estudios alcanzado es el de secundaria en la mayoría de estas embarazadas de esta edad, pudiera ser la causa, por lo que se deben dirigir las platicas de sexualidad y planificación familiares las escuelas de enseñanza media

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

- 1.- Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile. Embarazo de alto riesgo, http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/alto_riesgo/control_prenatal..
- 2.- Galimberti Diana, CELSAM (Centro latinoamericano Salud y Mujer), El control prenatal debe ser: precoz, periódico y completo.
<http://www.buenasalud.com/lib/emailor-print.cmf?id=3340&type=lib>.
- 3.-Villar J., Carroli G., Khan-Neelofur D., Gülmezoglu M., patrones de control prenatal de rutina para embarazo de bajo riesgo: Biblioteca Cochrane plus, 2005No.4 Oxford: <http://212.188.234.59/negwenClibPlus/ASP/view singledocument.asp?authcode=9628898>.
- 4.-Sánchez HJ., Ochoa-Díaz López, garcía-Gil MM, Martin-Mateo M. Bienestar social y Servicios de salud en la región Frailesca de chiapas: El uso de servicios de atención prenatal. Salud publica Méx. 1997; 39:530-538.
- 5.-Bronfman-pewrtzovsky MN, Lopez-Moreno S, Magis-Rodríguez C, More-Altamirano A. Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: característica de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud publica Méx. 2003; 45:445-454.
- 6.-Martínez-G. L, Reyes Frausto García MC.Utilizacion adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social.Salud Publica Méx. . 1996; 38:341-351.
- 7.-Vega-V. Genaro. Evaluación de la atención Materno- Infantil en cinco unidades de Medicina Familiar. Salud Pública Méx. 1993; 35:283-287.
- 8.-Zegarra R. Gorge. Calidad en la atención prenatal recibida por usuarias de la consulta externa Gineco-obstetricia del centro universitario de salud P. Diaz.BIREME/OPS/OMS-biblioteca virtual en salud:<http://bases.bureme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>.
- 9.- Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J. Factores asociados a Muerte Materna hospitalaria en el estado de Morelos, México. Salud publica Mex. 1994; 36:521-528.
- 10.- Alexander PK, Saint-Jean G; Crandall L; Fevrin E.Prenatal care utilization in rural areas and urban areas for Haiti.Rev. Panamericana de Salud Publica 2005 Aug ; 18(2):84-92.
- 11.-Huillcacuri Q. Esther.Valor del control prenatal, para la identificación de gestantes con riesgo de asistir a un numero insuficiente de controles prenatales en sus próximos embarazos.

Bireme/OPS/OMS/Biblioteca virtual en Salud; <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.

12.- Távora O. L., Sacsa D., Frisancho O., Mejoramiento de la calidad en presentación de los servicios como estrategia para reducir la mortalidad materna y perinatal, Ginecol & Obstetric, 2000 abril : 46(2): 124-34.

13.-Mere del C. J.; Ramos N.G., Riversa A. F. Acciones para disminuir la morbimortalidad materno-perinatal en la gestación múltiple. Ginecol & Obstetric ;octubre 1998; 44(3): 216-24.

14.- Reanne F., Pelcastre B., Salgado N., Parker F., Low birth weight in Mexico: new evidence from a multiple-site postpartum hospital survey. Salud Publica Mex. 2004: 46 ;23-37.

15.-Silva L. S., Cobertura e alguns aspectos qualitativos da assistência pre-natal de mães de crianças menores de 5 anos no estado de Pernambuco/Covering and some qualitative aspects of the smaller children'sw 5 years old mothers prenatal attendance in the state of Pernambuco. Recife 2000 BIREME/OPS/OMS Biblioteca virtual en salud; <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.

16.-Nazer J. Atención primaria para la prevención de defectos congénitos.Revista Médica Chilena April 2004; 132(4):501-8.

17.-Brown HC, Smith HJ. Asignación del registro de anotaciones del embarazo en las propias mujeres. Biblioteca Cochrane Plus, 2005 :

<http://212.188.234.59/newgenClibplus/ASP/viewsingledocument.asp?authcode=1945839>.

18.- Pérez R., Libreros V., Reyes S., Santa Cruz J., Alanís V.. Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médico y Técnicos en atención primaria a la salud. Salud Pública Méx.; 1994: 492-502.

19.-Jaramillo A. I., Palomino A. I., Pazmiño S., Pinzón B. F., Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en 2 instituciones de salud de Popayán. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Cauca. Colombia.

<http://www.encolombia.com/medicina/ginecologia/obste52101-mejoramiento.htm>.

20.- Vásquez L. E., Boschetti Fentanes, Monroy Caballero. Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos Familiares de la Ciudad de México. Archivos de Atención Médica Familiar; Vol. 7

(2) 2005: 57-60.

21.-Seclen-Palacin J., Benavidez B., Jacoby E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú . Revista de Salud del Perú: Volumen 16 (3), septiembre 30, 2004:149-157.

22.-Pazmiño de Osorio S, Amashta F., Perdomo C. “La Calidad del control prenatal como garantía de Salud”.Revista de La Sociedad Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología en línea ,Colombia 1998 ; Vol 49 n 4: [http:// www.Cencolombia/ Revista](http://www.Cencolombia/Revista).

23.-Sáez Cantero V. “Embarazo y Adolescencia. Resultados perinatales”. Rev. Cubana de Obstetricia Ginecología 2005;31(2).

24.-Salazar Aristizábal Ana Enf. MSP, Vasquez Truissi Martha Lucia Enf. Mag. Epidemiología.”Mortalidad materna en cali ¿Una decada sin cambios?”. Colombia Medica 1996;27:117-24.

25.-Ortiz Ricardo, Beltran A. Monica. “Modelo de Atención prenatal de Bajo Riesgo”MedUNAB 2005; 8: 102-112.

26.-Leyva H. Clever H., Castro A. Omar.Parra A. Jenny L. “Factores asociados a Mortalidad neonatal en el Hospital de Sullana(Peru)”Rev. Electronica BIOMED/ELECTRON J BIOMED 2005 ; 2 : 55-56.

27.-Garza E. Maria E.,Rodriguez C. M. S.,Villareal R. Enrique.”Patron de uso de los servicios de atencion prenatal, parto y puerperio en una Institucion de seguridad social mexicana”.Rev. esp. De Salud Publica 2003; 77, (2): 267-274. ISSN 1135-5727.

28.-Ramirez Z. M.,Richardson V.,Avila H. “La Atencion Prenatal en la Ciudad Fronteriza de Tijuana ,Mexico”. Rev Panam Salud Publica, feb. 2000, vol.7, no.2, p.97-101. ISSN 1020-4989..

29.-Aguilar B. Gustavo F., Mendez M. Javier, Guevara A. Luis A. “Mortalidad perinatal Hospitalaria y su relación con la calidad en la atención prenatal.” Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 215-220.

30.- Martínez G. L. , Reyes F. S, García-Peña MC.“Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social”.Rev. Salud Publica Mex 1996;38:341-351.

ANEXOS

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
JURISDICCION SANITARIA 06
CAAPS “CARLOS ROVIROSA”

Carta de consentimiento informado por participación en proyecto de investigación clínica.

Por medio del presente **ACEPTO** participar en el proyecto de investigación titulado:

**“EVALUACION DE LA CALIDAD TECNICA EN LA ATENCION PRENATAL EN 2
CENTROS DE SALUD COMUNITARIO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION”.**

El objetivo de este estudio es el de realizar una medición sobre , el cumplimiento de los programas de atención prenatal, establecidos por la Secretaria de salud , avalados por la Organización Mundial de la salud, en lss embarazadas a termino de las areas de responsabilidad establecidas para esta área de la Microregión de “Carlos Rovirosa”

Se me ha explicado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios que se puedan derivar de mi participación en el estudio que son los siguientes: No tiene ningún tipo de repercusión moral, mental y psicológica sobre mi persona y han sido considerados los criterios de protección a los seres humanos según lo declara Helsinki.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi estudio, así como ha responder a cualquier pregunta y aclara cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que conservo del instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer, respecto a mi permanencia en el mismo

Nombre y firma del Paciente ”acepto”

DR. Alfonso M. Boldo Horta

testigo

testigo