

Archivos de Medicina Familiar

Volumen
Volume 7

Número
Number 2

Mayo-Agosto
May-August 2005

Artículo:

Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México.

Derechos reservados, Copyright © 2005

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



edigraphic.com

Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México

Prenatal Care Quality Evaluation in a Group of Family Physicians in Mexico City

Vásquez-López E*, Boschetti-Fentánes B**, Monroy-Caballero C***, Ponce-Rosas R.****

*Médico especialista en medicina familiar. **Psicóloga clínica, psicoterapeuta familiar y de pareja, Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez”, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). ***Profesora titular del Curso de especialización en Medicina Familiar, Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” (ISSSTE). ****Profesor Titular “A”. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Recibido: 26-09-04

Aceptado: 14-01-05

Correspondencia: Dr. Emilio Francisco Vásquez López. emiliovasquezlopez_1@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la atención prenatal que proporciona el médico familiar basándose en la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. **Diseño:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. **Material y método:** El estudio se realizó en la C.M.F. “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, de la Ciudad de México, de diciembre del 2002 a febrero del 2003. Se integró una muestra no probabilística obtenida por cuotas con un nivel de confianza de 95 % con un margen de error de 8 %. El grupo de estudio quedó conformado por un total de 150 expedientes clínicos los cuales se valoraron con un instrumento que contenía cuatro variables basadas en la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. **Resultados:** Este grupo de médicos familiares mexicanos realizaron satisfactoriamente cuatro de las nueve variables analizadas y de manera inadecuada las cinco variables restantes. **Conclusiones:** La calidad de la atención prenatal se realizó de manera inadecuada, ya que la norma oficial para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido se aplicó de manera parcial.

Palabras clave: Atención prenatal, Médico Familiar, Embarazo.

ABSTRACT

Objective: Our aim was to evaluate the quality of prenatal care provided by family physicians based on The Official Mexican Norm for Managed Care of Women During Pregnancy, Birth, and the Post-Natal Period, and Newborns. **Design:** We carried out an observational, descriptive, and cross-sectional study. **Materials and Methods:** This study was conducted at the Dr. Ignacio Chávez ISSSTE clinic in Mexico City from December 2002 to February 2003. We obtained a non-randomized sample by quota with 95% confidence level (95% CI) and an 8% margin of error. The group study comprised 150 patient medical records that were evaluated with a four-variable instrument based on The Official Mexican Norm for Managed Care of Woman During Pregnancy, Birth, the Post-Natal Period, and Newborns. **Results:** This group of Mexican City-based Family Physicians satisfactorily fulfilled four of nine variances. **Conclusions:** Prenatal care is partially fulfilled according to The Official Mexican Norm on Managed Care of Woman During Pregnancy, Birth, the Post-Natal Period, and Newborns.

Key words: Prenatal Care, Family physician, Pregnancy.

Introducción.

El control prenatal es una de las actividades fundamentales en medicina familiar y forma parte esencial de los programas prioritarios de salud,¹ es una herramienta en la que se practica uno de los preceptos básicos de la medicina familiar: *atención longitudinal y continua del paciente y la familia*.² La medicina preventiva^{3,4} en la atención prenatal, cumple la función de evitar que la gestante abandone los límites fisiológicos, detectar patologías en fases iniciales y ofrecer el tratamiento oportuno, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad perinatal.^{3,6}

La Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) *Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido*⁷, surge con la finalidad de favorecer el desarrollo normal en cada una de las etapas del proceso gestacional, mediante la aplicación de procedimientos normados para su atención⁸, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo⁹ y la realización de actividades eminentemente preventivas.

Es importante el conocimiento adecuado de las normas de atención por parte del personal que está en contacto con las embarazadas, debido a que las acciones deben realizarse en conjunto con la embarazada y su familia, por lo que es importante estudiar el entorno familiar en el que se desarrollará la gestación, o mejor aún, a través de la atención previa a la concepción ya que existen múltiples factores que la pueden retrasar o desviar¹⁰⁻¹⁵. Esta investigación tuvo la finalidad de evaluar la calidad de la atención prenatal, que reciben las pacientes embarazadas que acuden a una clínica de medicina familiar, mediante un instrumento de evaluación creado a partir de la norma oficial mexicana.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. Se integró una muestra no probabilística obtenida por cuotas, tomando como población de referencia expedientes clínicos de embarazadas que acudieron a la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE de la ciudad de México, en los meses de diciembre de 2002 a febrero de 2003, en ambos turnos. Se calculó un nivel de confianza de 95 % con un margen de error de 8 %. El grupo de estudio quedó conformado por un total de 150 expedientes clínicos.

Se incluyeron los expedientes de las pacientes que cumplieron los siguientes criterios: Gestantes que acudieron a control prenatal por lo menos en una ocasión; registro y nombre legible de pacientes con el diagnóstico de embarazo, anotadas en las hojas de informe diario de labores del médico. Embarazadas con vigencia de derechos y expediente clínico. Notas médicas e historia clínica legibles. Se diseñó un instrumento de evaluación con los criterios principales de atención referidos por la norma oficial mexicana de atención de la mujer durante el embarazo, se eligieron 26 variables de la norma. La información se analizó mediante estudio descriptivo usando el programa SPSS (versión 10).

Resultados

La edad promedio fue de 30.7 años con una mínima de 17 años y máxima de 42. La historia clínica completa, se realizó al 5 % de las pacientes. La primera consulta, la recibieron con más frecuencia en la semana de gestación (SDG) 11 y 12 con 10 embarazadas cada una, seguida de la SDG 9 y 14 con 9 gestantes, y en la SDG 4, 26, 32, 35 y 38 con un paciente.

El total de consultas prenatales fue de una en 15 pacientes, 2 en 24, 3 en 22, variando desde una consulta hasta 13 por embarazada, con una media de cuatro consultas. La medición de talla desde la primera atención prenatal, se realizó en 120 gestantes. El primer examen general de orina (EGO), se realizó con más frecuencia en la SDG 12 y 16 de embarazo, con seis y cinco embarazadas respectivamente.

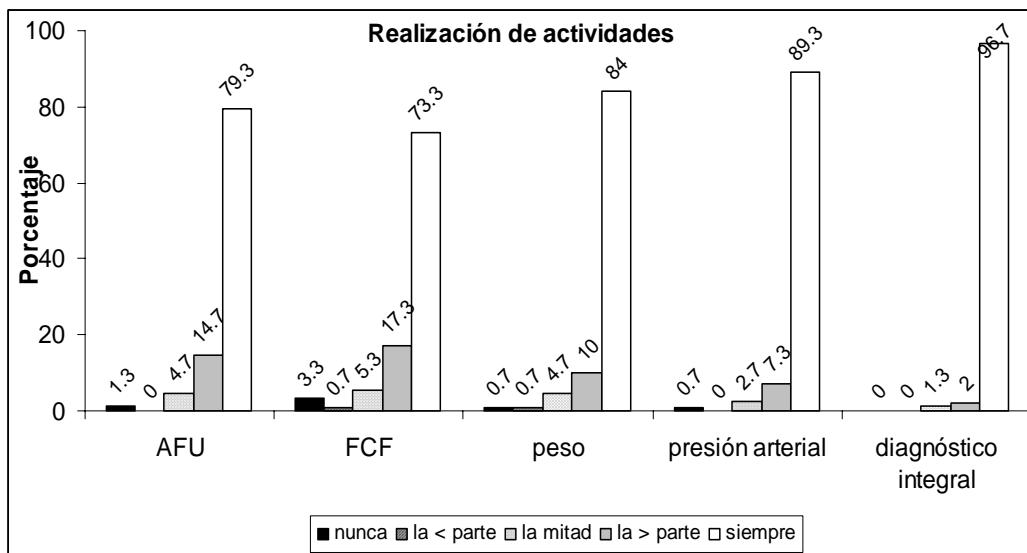
Con relación al total de EGO que se realizaron durante el embarazo se obtuvieron los siguientes datos: 93 pacientes (62%) nunca se consignó en el expediente, a 53 (35%) en una ocasión y a 4 (2 %) en dos ocasiones. La determinación del grupo sanguíneo desde la primera consulta, se determinó a 37 (24 %) de las pacientes y de estas se realizaron con mayor frecuencia en la SDG 12, con un total de cuatro pacientes. La determinación de biometría hemática (BH), se consignó en 48 (32%) de las pacientes, en la SDG 12 y 16 se realizó con mayor frecuencia la BH en cinco embarazadas en ambas SDG. La determinación de la química sanguínea desde la primera consulta prenatal se consignó en 47 (31%) de las pacientes. La determinación de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) desde la primera consulta prenatal se redactó en el expediente en 36 (24%) de las pacientes, la SDG 12 fue en la que se realizaron con mayor frecuencia con un total de cuatro ocasiones. La aplicación del toxoide tetánico desde la primera consulta prenatal, se señaló en el expediente a 29(19 %) embarazadas. La administración de hierro oral desde la primera consulta prenatal, se indicó en 109 pacientes (73 %); la administración de ácido fólico a 45 pacientes (30%).

La administración de medicamentos antes de la semana 14 se evitó en 53 (35 %) de las embarazadas, en 23 pacientes (15 %) se prescribieron fármacos y en 75 embarazadas (50 %) se desconocía su administración. El uso del *carnet perinatal* se utilizó en 8 pacientes (5%) de los casos. El registro de orientación nutricional se realizó en 133 (88 %) de los casos. En el 149 (99%) de las pacientes nunca se le sugirió acudir acompañada de algún familiar. El registro de promoción de lactancia materna en el expediente clínico se pudo observar en 12 pacientes (8%). El registro de orientación sobre planificación familiar en el expediente clínico se efectuó en el 17 pacientes (11 %). Las explicaciones relativas a las medidas de autocuidado se registraron en el expediente clínico en 134 pacientes (89.3 %).

Respecto a la valoración del fondo uterino a partir de la semana 12 del embarazo, se observó que siempre se revisó en 119 (79%) más detalles sobre esta información se pueden observar en la gráfica 1. La valoración de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) se escuchó a partir de la semana 18 de gestación en 110 pacientes (73%). El peso de la paciente se consignó en el expediente durante todas las consultas prenatales siempre en 126 (84%) embarazadas.

Con relación a la toma de la presión arterial, se observó que en 134 pacientes (89%) siempre se redactó en el expediente. Con respecto al registro del diagnóstico final integral, se observó que siempre se efectuó en 145 embarazadas (96 %). Gráfica 1

Gráfica 1



Se determinaron las características propias de las embarazadas, dividiendo a las mujeres en dos grupos: aquellas que acudieron a control antes de la semana 20 y las que acudieron después de la 21 semana de gestación (SDG), encontrando las siguientes diferencias: en promedio recibieron su primer control prenatal en la 12 y 29.6 (SDG) respectivamente, el número promedio de consultas recibidas fue de 4.8 en el primer grupo y dos en el segundo. La realización del primer examen general de orina fue en la 17 SDG en el primero y 27 SDG en el segundo, la determinación del grupo sanguíneo, VDRL y química sanguínea a la 12 SDG en el primero y 25 SDG en el segundo. Tabla I.

Tabla I. Comparación de dos grupos de embarazadas basándose en la semana de gestación en la que acudieron a su primer control prenatal.

Variable	< 20 sdg	>20 sdg
Edad	30	30
Primera consulta	12	36
Total de consultas	4.8	2.5
Semana de realización de primer EGO	17.4	27.2
Total de EGO	0.4	0.2
Determinación de grupo sanguíneo	12	25.3
Realización de BH	0.3	0.3
Realización de Química sanguínea	12.5	25.7
Realización de VDRL	12.2	25.1

Discusión

La revisión de expedientes proporciona información sobre las características propias de la atención médica, evitando el sesgo de información por parte del médico o de la paciente, que pueden responder a conveniencia propia o de manera prejuiciosa. Debido a que en el estudio se tomó como afirmativa aquella actividad registrada en el expediente, existe la probabilidad de que algunos datos registrados en el expediente no se hallan realizado, en tanto que otras actividades sí realizadas no se registraran, por lo que pudo haber un sesgo en la información registrada, sin embargo, el registro de una actividad sugiere su realización.

Existió un porcentaje alto de embarazadas que acudieron en etapas finales del embarazo o en una sola ocasión, acto que limitó la atención de manera adecuada. Se encontraron diferencias en las actividades prenatales realizadas entre los dos grupos de embarazadas que se compararon, con una tendencia meritoria hacia el grupo que acudió de manera precoz, lo que confirma la hipótesis de que entre más temprano se realice el control prenatal mejor será la posibilidad de brindar un adecuada atención, con todas las posibilidades éxito en la conclusión del embarazo, mejorando así el bienestar materno-infantil.

Es importante mencionar la participación del equipo multidisciplinario en la atención médica, ya que con su colaboración se puede facilitar el seguimiento de la gestante siendo esta una manera de mejorar la calidad de la atención prenatal. Resulta adecuado seguir educando a las mujeres adolescentes, en edad fértil y pacientes que planean un embarazo, además de respaldarse en la familia como red de apoyo.

Es conveniente insistir sobre el conocimiento de las normas oficiales mexicanas, que podrían ayudar a mantener informado a todo el equipo de salud sobre los requisitos necesarios para ejecutar satisfactoriamente un programa prioritario de salud. Además, se debería fomentar la actualización constante de todo el equipo de salud, mediante cursos frecuentes, acompañados de evaluaciones persistentes¹⁰ que indiquen fallas y aciertos; actividades que contribuyan a la solución de los problemas actuales de la atención médica. Las evaluaciones se deberían realizarse con la intención de identificar bases que sustenten el mejoramiento de la calidad en la atención.

Se debería dar la importancia que merece la primera consulta prenatal y la relación médico-paciente satisfactoria, estas acciones sin duda, fortalecerán la continuidad de la atención esencia de la medicina familiar. Estamos convencidos de que la atención de la embarazada normal se puede llevar con seguridad, eficacia y eficiencia en el primer nivel de atención; siempre y cuando se consideren los criterios normados para la atención prenatal.

Referencias

1. Goberna TJ, García RP, Gálvez LM. Evaluación de la calidad de la atención prenatal. Aten Primaria. 1996; 18(2): 75-78.
2. Zárate M, Rubinstein A, Terrasa S. Seguimiento del embarazo normal. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 1^a. Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2001. p. 499-510.
3. Botella LJ, Clavero NJ. Conducta del médico ante un embarazo normal. Tratado de Ginecología. 14^a Edición. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 1993. p. 191-197.
4. Scherger JE, Elizondo MV. Embarazo y parto normales. Medicina de Familia. Principios y práctica. 5^a Edición. Editorial DOYMA. Barcelona, España. 1999. p. 91-99.
5. González GA, Núñez ME, Ablanedo J. Atención Prenatal. Ginecología y Obstetricia A.M.H.G.O. no 3 del I.M.S.S. 3^a Edición. México: Méndez Editores. México. 1998. p. 85-101.
6. Díaz BJ, García MP. Evaluación de un programa de atención al embarazo, parto y puerperio. Aten Primaria. 1989; 6(4): 226-232.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Secretaría de Salud, México. 1993.
8. Hernández VM, Carrillo PA. Control prenatal asociado al número de consultas como método diagnóstico de hiperglucemia. Ginecología y Obstetricia de México. 2002; 70: 592-596.
9. Aguilar MV, Muñoz SR, Velasco VJ. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Práctica Médica Efectiva. 2001; 3(9): 1-3.
10. Sandoval PA, Andrade HJ, Cordero SG. Calidad del proceso de información en atención prenatal. Rev Med IMSS (Méx) 1996; 34(2): 165-168.
11. Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. 7^a edición. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000. p.141-149.
12. Ortigosa CE, Padilla JP, López OR. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México. 2002; 70: 28-35.
13. Pernoll ML, DeCherney AH, Taylor CM. Embarazo normal y cuidados prenatales. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos. 7^a Edición. México: Manual Moderno. 2000. p. 217-240.
14. Brian WJ, Culpepper L. Atención previa a la concepción. Medicina de Familia. Principios y Práctica. 5^a Edición. Barcelona: Ediciones DOYMA. 1999. p. 80-90.