



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1
ORIZABA, VERACRUZ



Universidad Veracruzana

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

“APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CONTROL
PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO EN PACIENTES
EMBARAZADAS DE LA UMF No. 1”

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. IGNACIO ESCOBAR CARMONA

ASESOR DE TESIS
M. EN C. ENRIQUE LEOBARDO UREÑA BOGARIN

ORIZABA, VERACRUZ

ENERO 2014



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD



AUTORIZACIÓN PARA INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TESIS
RECEPCIONAL TITULADO:

“APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 1”

NOMBRE DEL AUTOR: DR. IGNACIO ESCOBAR CARMONA

NÚMERO DE REGISTRO: R -2012 – 3101 – 15

ESPECIALIDAD QUE ACREDITA: MEDICINA FAMILIAR

PROMOCIÓN: 01-MARZO-2011 AL 28-FEBRERO-2014

UNIDAD SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 01
ORIZABA, VERACRUZ.

INSTITUCIÓN QUE OTORGA EL AVAL UNIVERSITARIO: UNIVERSIDAD VERACRUZANA

DRA. SOCORRO VÁZQUEZ ÁVILA
Coordinador de Educación e
Investigación en Salud HGRO 01

DRA. CESIAH MONTAÑO SALVADOR
Profesor Titular de la Residencia de
Medicina Familiar Sede UMF 01,
Orizaba Ver.

M. EN C. ENRIQUE LEOBARDO UREÑA BOGARIN
Médico Familiar y Asesor Clínico - Metodológico

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa e hija,

Por las sonrisas, el apoyo y el amor que día a día me dan, gracias amores.

A mi Familia,

Por el apoyo incondicional que me han mostrado siempre, gracias madre.

A mis profesores,

Por la enseñanza transmitida y aprendida a diario con ustedes.

A mis asesores,

Por el tiempo invertido, el interés y la enseñanza que dejan en este proyecto.

Y sobre todo a Dios.

Por las bendiciones antes mencionadas, Gracias.

INDICE

RESUMEN ESTRUCTURADO	5
INTRODUCCION	6
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	15
OBJETIVOS	18
MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
CRITERIOS DE SELECCIÓN	20
VARIABLES	21
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	22
PROCEDIMIENTO.....	26
RECURSOS.....	28
FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.....	29
RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIÓN	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	42

RESUMEN ESTRUCTURADO

“Apego a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de la UMF no. 1”

Escobar-Carmona I¹, Ureña-Bogarín E².

¹Residente de tercer año de Medicina Familiar, ²Coordinador de Planeación y enlace Institucional Delegación Ver. Sur.

Introducción: Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son propuestas para mejorar la calidad en la atención Médica. No hay estudios que exploren la capacitación del médico de primer nivel de atención en relación al apego de la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo.

Objetivo General: Determinar el grado de Apego a la GPC de Control Prenatal con enfoque de Riesgo en pacientes embarazadas de la UMF 1.

Material y Métodos: Estudio Observacional, transversal, Retrolectivo, que se efectuó en la UMF 1 Orizaba, de Enero a Diciembre 2011, se evaluaron 660 expedientes, solo 265 cumplieron criterios de inclusión y estuvieron disponibles para el análisis. Usando la cedula de verificación de la GPC de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo con 36 ítems divididos en los siguientes Dominios: Promoción a la Salud, Pruebas Específicas Factores de Riesgo y Vigilancia prenatal, Pruebas Diagnósticas, Vigilancia y Seguimiento, y Criterios técnicos médicos de Referencia, se realizó análisis estadístico univariado y bivariado.

Resultados: El apego a la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo se considera malo con promedio de 60.75. El 94% de los expedientes tuvieron referencia adecuada, contrastando, la vigilancia de factores de riesgo en el 83% se realizó inadecuadamente.

Conclusión: El control prenatal que se realiza en la UMF 01 no está apegado a la GPC de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Por primera vez, se muestra el grado de apego a la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo de una UMF del IMSS.

Palabras clave: Apego, GPC, Control Prenatal.

INTRODUCCION

En las últimas décadas ha surgido un gran interés mundial en el desarrollo de guías de práctica clínica (GPC) y en el movimiento de la medicina basada en evidencia. Las GPC se han convertido en una propuesta de los sistemas de salud para mejorar la calidad, disminuir la heterogeneidad de la atención médica y hacer más organizado y eficiente el manejo de los recursos. Pueden disminuir el rezago en la información y tecnología; apoyan las decisiones de los médicos a través de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible, ya que buscan incluir los últimos avances que cumplan criterios de costo-efectividad. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el propósito de brindar atención médica con profesionalismo y calidad, se han instrumentado diferentes estrategias para que el personal se mantenga actualizado en el avance del conocimiento y desarrollo de tecnologías. Respecto a las GPC, la posición del IMSS sigue siendo de vanguardia entre las instituciones de salud en México ya que desde hace varios años ha trabajado en la elaboración y difusión de guías y, más recientemente, está implementando un programa estratégico para su elaboración y utilización como herramientas cotidianas, tanto en la provisión como en la gestión de los servicios. La muerte materna es un problema de salud pública a nivel mundial, nacional, y por supuesto a nivel estatal, en el que las acciones de los servicios de salud no han logrado el impacto necesario para abatirla; y ha tomado tal relevancia que está contemplada como uno de los principales compromisos y Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). No existen estudios específicos que hayan explorado a nivel de la capacitación del médico de primer nivel de atención en relación al apego de la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo, por tal motivo el presente trabajo, plantea la importancia del médico de primer nivel en cuanto al conocimiento sobre la GPC de Control prenatal con enfoque de riesgo, para efectuar la más adecuada aplicación se ésta esperando brindar con los resultados una base sólida que contribuya a la mejora de los procesos de atención y, por consecuencia, la disminución de la mortalidad materna.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo, colocan a las mujeres embarazadas en condiciones biológicas de gran susceptibilidad para ser afectadas por diversas causas de morbilidad y mortalidad, con el impacto adicional consecuente sobre el producto de la concepción ⁽¹⁾.

Actualmente se reconoce que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistémica y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal ⁽²⁾. Entre los objetivos del Control Prenatal (CPN) se encuentran: diagnosticar las condiciones fetales y maternas, identificar factores de riesgo y educar a la gestante para el ejercicio de la maternidad y la crianza. Además de los riesgos biológicos, se exploran los riesgos biopsicosociales y se brinda orientación a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación ⁽³⁾. Las investigaciones realizadas en prácticamente todo el mundo demuestran que la mortalidad, en todas las edades, es siempre más alta entre los pobres que entre los ricos, y que este diferencial es particularmente alto durante la infancia, la vejez y el embarazo ⁽⁴⁾. Un estudio reveló una inadecuada estructura por el mal estado de esfigmomanómetros y lámparas de cuello, adecuado nivel de competencia profesional, satisfacción por parte de las embarazadas con la asistencia médica recibida y de los médicos de familia con el servicio brindado, por lo cual se consideró que la calidad del proceso de atención prenatal en el área de “Mella” es adecuada ⁽⁵⁾.

En un estudio de casos y controles se analizaron 407 expedientes de la madre y del recién nacido, divididos en dos grupos: 118 recién nacidos con morbilidad y 289 sin morbilidad, se comprueba que el control prenatal adecuado modifica la incidencia del síndrome de insuficiencia respiratoria, bajo peso al nacimiento y prematuridad en los neonatos ⁽⁶⁾.

En otro estudio se comprobó que la historia de atención prenatal y previsibilidad al ingreso a la unidad médica donde ocurrieron muertes maternas, la historia de

atención prenatal, la mayor frecuencia en los casos de muerte la tuvieron las mujeres con antecedente de cinco y más consultas durante el embarazo: 33.2 % en 2000 y 38.9 % en 2005. Finalmente, 39.9 % de las muertes fue prevenible en 2000 y 41.7 % en 2005; 58.5 % fue no prevenible en 2000 y 58.3 % en 2005; 1.6 % no fue valorable en 2000 ⁽⁷⁾. Se identificaron los casos de muerte materna ocurridos en el Estado de México a través del registro de la Secretaría de Salud estatal encontrando que el 72% de las mujeres fallecieron por causas directas, en lo que se refiere al control prenatal se encontró que el 62% de las mujeres estuvieron bajo control, de las cuales el 23% asistió entre 2 y 3 veces a consulta y un 24% a más de cuatro visitas ⁽⁸⁾.

Se realizó un estudio donde los factores asociados con la evolución de Hipertensión y Embarazo fueron: edad avanzada, antecedente de trastornos hipertensivos en embarazos previos y sobrepeso. Estos factores pueden identificarse desde el inicio del control prenatal; por tanto, desde ese momento deberá reconocerse, en forma temprana, a las mujeres con riesgo de hipertensión crónica y así prevenir las complicaciones asociadas con el trastorno ⁽⁹⁾.

En un estudio se halló que la proporción de pacientes de un grupo con preeclampsia con control prenatal durante el embarazo índice fue menor en el grupo de preeclampsia con respecto a los controles ($p < 0.05$). Un buen control prenatal permite identificar factores de riesgo y la aparición temprana de la enfermedad en pacientes embarazadas, principalmente en los grupos de mayor riesgo ⁽¹⁰⁾.

De acuerdo al Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica, las GPC son “recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir las decisiones de profesionales sanitarios y pacientes, acerca del cuidado de salud apropiado, en circunstancias clínicas específicas ⁽¹¹⁾”.

Una buena GPC debe ser multidisciplinaria: desarrollada mediante un proceso que incluya la participación de todos los grupos implicados en el tema objeto de la guía (médicos de atención primaria y especializada, enfermería, otros trabajadores sanitarios o no sanitarios, pacientes, organizaciones sanitarias). Clara: debe utilizar un lenguaje claro, definir los términos de modo preciso, y utilizar una presentación lógica y fácil de seguir. Con una separación definida entre las

recomendaciones y los comentarios que acompañan. Tiene que ser válida: las recomendaciones propuestas son fruto de una revisión bibliográfica rigurosa, consiguiéndose con su implantación mejoras sanitarias. Rigurosa: las GPC deben reflejar claramente las personas que han intervenido en la elaboración, y los métodos empleados en la identificación de las evidencias y la elaboración de las recomendaciones. Reproducible: si siguiésemos todos los pasos indicados en la elaboración de la guía, los resultados de las recomendaciones serían los mismos, y la aplicación similar. Fiable: para un problema clínico concreto, cualquier profesional haría idéntica interpretación de las recomendaciones. Flexible: deben quedar reflejadas todas las alternativas de manejo posibles y razonables e identificar claramente las excepciones en sus recomendaciones. Aplicable: las recomendaciones propuestas para un problema clínico concreto deberían poder llevarse a la práctica en nuestro ámbito, teniendo en cuenta los recursos disponibles y la estructura sanitaria. Actualizada: aportando las novedades consolidadas sobre el tema que aborda. Revisión programada: debe establecer cuándo y cómo deben ser revisadas y actualizadas las recomendaciones. En cuanto a los Tipos de GPC podríamos diferenciar: Basadas en la opinión de expertos: no existe una metodología estructurada para su elaboración y pueden existir sesgos en las recomendaciones finales. Basadas en el consenso: existe una metodología estructurada de elaboración y, aunque pueden existir sesgos en la selección de estudios, se llega a los acuerdos a través de consenso sobre la evidencia científica. Basadas en la evidencia: se diferencian de las anteriores en que estandarizan la búsqueda y evaluación crítica de la bibliografía, y establecen un sistema explícito de ponderación de la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones basadas en un nivel de evidencia determinado. De esta forma se minimizan los sesgos en las recomendaciones. Sin embargo hay que tener en cuenta que las GPC: Aunque utilizan revisiones sistemáticas para apoyar sus recomendaciones, si éstas no existen, sintetizan la mejor evidencia disponible en ese momento para apoyar una decisión clínica determinada, especificando en este caso que el nivel de evidencia es menor ⁽¹²⁾. La mortalidad materna aún es uno de los más lamentables problemas de salud en diversos países del mundo. Las tasas

de mortalidad materna más altas se registran en los países en vías de industrialización de África, Asia y América Latina. En 1992 la Organización Mundial de la Salud reportó 500,000 defunciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio; de éstas, sólo 2% sucedió en países industrializados, con tasas de 4-10 por cada cien mil nacidos vivos, que contrastan de forma alarmante con las informadas por los países en vías de desarrollo, que en ocasiones son hasta 100 veces superiores ⁽¹³⁾.

En el año 2000, la tasa de mortalidad materna hospitalaria en el IMSS se situó en 39 por cada 100,000 nacidos vivos, producto de una tendencia creciente observada a partir de 1997 y que alcanzó cifras similares a los registrados diez años antes. Con relación a la magnitud y trascendencia social del problema, a nivel nacional, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) para el año 2007 fue de 52.7 por 100,000 nacidos vivos estimados; en ese año el estado de Veracruz tuvo una RMM de 78.5, ocupando el quinto lugar a nivel nacional ^(14,7). Existen tres principales mediciones de la mortalidad materna: la razón de la mortalidad materna, la tasa de mortalidad materna y el riesgo de defunción materna durante todo el ciclo de vida. A nivel universal, alrededor del 80% de las defunciones maternas son el resultado directo de complicaciones surgidas durante el embarazo, parto o el puerperio ⁽¹⁵⁾.

La revisión de Cochrane incluyó un estudio clínico de pequeña magnitud únicamente. No se halló evidencia de algún beneficio o daño asociado con la medición de rutina de la altura uterina en las embarazadas concluyendo que es necesario realizar un estudio clínico multicéntrico con un gran número de pacientes, aleatorizado, controlado y bien diseñado para evaluar la efectividad de la medición de rutina de la altura uterina en lugares de escasos recursos, donde las embarazadas no tienen acceso a la ecografía y concurren al control médico durante el segundo trimestre del embarazo. ⁽¹⁶⁾. Varios grupos de organismos del tracto genital femenino se han identificado predominantemente en las placentas de las mujeres que tuvieron un parto prematuro, independientemente de la ruta de parto. Este informe apoya la observación de que las infecciones corioamnióticas pueden estar asociadas con aproximadamente un tercio de los casos de trabajo

de parto prematuro. Por desgracia, la opción más razonable para el control, que es la detección prenatal y el tratamiento de infecciones del tracto genital, no es realista, especialmente en lugares de escasos recursos, por diversas razones, incluyendo el apoyo de laboratorios pobres. La limitación anterior deja a la quimioprofilaxis antibiótica durante el embarazo de rutina como una alternativa viable ⁽¹⁷⁾. Las deficiencias comunes en la prestación de atención de salud son: La atención inversa. Las personas con más medios son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos ⁽¹⁸⁾.

La mortalidad materna registrada se ha mantenido en valores muy aproximados durante los últimos 12 años, siendo para 2003 de 6.5 por 10 000 nacidos vivos (n.v.), inferior al promedio de América Latina que es de 8.7, aceptándose que existe subregistro. La brecha entre los estados es notable, mientras Nuevo León reporta una mortalidad materna de 1.3, en Guerrero se eleva a 12.2 y en Chiapas de 11.3 por 10 000 n. v. y en los municipios indígenas de estos mismos estados es aún mayor ⁽¹⁹⁾.

Hay razones para ser optimistas sobre el futuro de las guías clínicas, independientemente de su especialidad médica, médicos encuestados creen que la medicina basada en la evidencia y guías de práctica clínica tendrá la mayor influencia en la toma de decisiones clínicas en los próximos tres a cinco años. Un panel de expertos describieron una coincidencia de circunstancias que pueden constituir un punto de inflexión con respecto a la adherencia a las guías. Más personas están prestando atención al uso (o uso insuficiente) de las guías porque ven el valor de una mayor adherencia del médico que puede llevar a la reducción de costes y mejorar la calidad. Hay más evidencia sobre la cual se pueden basar las guías clínicas ⁽²⁰⁾.

Se evaluó si un mayor porcentaje de cumplimiento de las guías de terapia física holandés para el dolor de espalda está relacionado con mejores resultados, los médicos registraron el proceso de atención y el número de sesiones de

tratamiento en los archivos de los pacientes la adherencia a las guías se evaluó mediante indicadores de calidad. Se indicó que un mayor porcentaje de adherencia a las guías están relacionadas con mejor funcionamiento físico y una menor utilización de la atención ⁽²¹⁾. El médico de primer nivel lleva a cabo el control prenatal, detecta el riesgo y da un pase al siguiente nivel, dejando la responsabilidad a la paciente de si asiste o no; se repite con gran frecuencia la detección de infecciones en vías urinarias y con la misma frecuencia el manejo Inadecuado de éstas (vinculadas con partos prematuros); cuando se acerca la fecha de atención del parto se dan citas abiertas para que acudan al hospital más cercano (como puedan). La evaluación del control prenatal se basa generalmente en el número de consultas y no en la calidad de las consultas otorgadas en esta materia. El sistema de salud y el propio Centro Nacional ha dotado de tiras reactivas para correr estudios de laboratorio simples que pueden ser predictivos de complicaciones, pero la mayoría de las cintas caducan sin ser utilizadas porque los médicos desconocen la norma para llevar a cabo la atención prenatal ⁽²²⁾.

Se determino el grado de apego a la GPC de dolor lumbar y solo en 8% tuvieron un grado de apego alto a la GPC, en tanto que el 33.14% estuvieron en niveles medios y 58.28% en grado de apego bajo ⁽²³⁾. El registro ACORISC se diseñó con el fin de analizar de forma sistematizada el grado de adecuación en la práctica habitual a las guías de práctica clínica más conocidas relativas al tratamiento farmacológico en pacientes de alto riesgo vascular. Los objetivos, por tanto, fueron conocer el grado de conocimiento y utilización de las diferentes GPC por los profesionales que atienden a pacientes de alto riesgo vascular y describir el grado de control en éstos de parámetros de riesgo esenciales, como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM). El cumplimiento con las GPC es un factor esencial a la hora de aplicar correctamente los tratamientos. Sin embargo, no basta con declararlo en una encuesta ⁽²⁴⁾.

Tras la implementación de la GPC, se observó una reducción de los casos de Hemorragia Post Parto susceptibles al manejo activo por lo que sugiere que las intervenciones que parten del análisis crítico de la propia práctica clínica, para llevar a cabo un proceso de adopción de una GPC, mejoran aspectos de esta

práctica ⁽²⁵⁾. Se compararon las indicaciones y uso de hemoderivados propuestas por una guía clínica, medicina basada en evidencias y/o un comité evaluador frente al que se hace en la práctica diaria en los diferentes servicios de un hospital. La concordancia con la guía se consideró positiva cuando coincidió por lo menos con una de las indicaciones estipuladas en los métodos evaluatorios. En cuanto a no concordar con la evaluación, ésta se presentó en 144 casos (16%) del total de la población estudiada. Cuando se comparó por servicios, las solicitudes elaboradas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia presentó el más bajo apego en relación al resto y Pediatría el más alto ⁽²⁶⁾.

Se evaluó el porcentaje de adherencia a la Guía de Practica Clínica de Control Prenatal por parte del personal medico y de enfermería y se determinó que el trimestre de gestación crítico con un menor porcentaje de adherencia a la GPC de CPN es el primer trimestre con un 57% para todos los profesionales, seguido por el segundo trimestre con 24.9% y por último se encuentra el tercer trimestre con 18.1%. La no adherencia de los criterios anteriormente descritos, es debida a la no aplicación directa de la GPC de CPN ⁽²⁷⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las guías de práctica clínica son de ayuda invaluable, entre otros beneficios, auxilian al profesional y al paciente a tomar mejores decisiones; en el sistema de salud proveen líneas encaminadas a homologar la atención, ya que en la provisión de la atención médica confluyen factores del paciente, del médico y del entorno social, físico y organizativo; esta interacción puede resultar en variabilidad de la práctica clínica y en su nivel de calidad, resultados en salud y costos. Los patrones culturales y actitudes del paciente, la experiencia, juicios y conocimientos del médico y la disponibilidad de recursos son determinantes en la interacción del paciente y el sistema de atención médica ya que es determinante propiciar la atención prenatal de rutina en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar, aumentar su efectividad estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados materno-fetales, lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de los servicios de salud. Por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de apego a la Guía de Práctica Clínica publicada por el IMSS para el adecuado control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de la UMF 1 de Orizaba?

JUSTIFICACIÓN

La investigación científica es un proceso que tiene como fin resolver problemas de vacío de conocimiento, al garantizar la producción de conocimiento, o bien alternativas de solución: éste es el punto de partida de esta investigación, ya que dentro de los servicios de salud, y específicamente dentro de la Delegación Veracruz Sur, no hay datos de investigaciones similares a la propuesta por este trabajo; es decir, no se cuenta con datos de evaluaciones en cuanto a la calidad de la atención materna, específicamente de evaluación del apego a la normatividad existente para este proceso de atención; es por esto que se considera que el presente estudio aportará datos importantes para conocer este proceso de atención, así como identificar áreas de mejora en los procesos de atención a la mujer en periodo de embarazo, dentro de esta Delegación. Magnitud: La muerte materna, en la actualidad, es un grave problema de Salud Pública, por lo que se ha incluido dentro de los Objetivos del Milenio, en los que los 189 países participantes, -entre ellos México-, adquirieron el compromiso de reducir la muerte materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo que para nuestro país significa reducir la RMM de 89 a 22.3 por 100,000 nacidos vivos en ese periodo. De acuerdo a los registros de muerte materna a nivel nacional en los últimos años, México presenta una RMM muy por arriba de lo esperado para cumplir con estos objetivos (55.2 por 100,000 nacidos vivos en 2008); de tal forma que si no se implementa una estrategia efectiva, que permita un avance significativo en la reducción de la muerte materna, México difícilmente podrá cumplir con este compromiso internacional. En este sentido el control prenatal adecuado es una de las mejores estrategias para el abatimiento de la muerte materna, sin embargo, hasta el momento no ha logrado su objetivo de garantizar una maternidad saludable, a pesar de haber incrementado de forma importante su cobertura en los últimos años; esto tiene una relación directa con la calidad con que se lleva a cabo. Otro aspecto importante para mejorar la calidad de la atención médica es el apego a la normatividad existente, que para el control prenatal se traduce en el

apego a la NOM 007, ya que el apego a los lineamientos existentes para este proceso, garantiza una mejor calidad en la atención. Trascendencia: Actualmente la sociedad demanda cada vez más servicios de calidad que garanticen principalmente el mantenimiento o la recuperación de la salud, de aquí la trascendencia que tiene el apego a la normatividad existente para la atención de la mujer en periodo de embarazo, que garantice la calidad de esta atención, ya que, como se ha comentado anteriormente, el apego a estándares y normas de atención pueden contribuir en la detección oportuna de complicaciones que conducen a la muerte materna, o bien a la atención adecuada de los casos de urgencia. El aspecto que nos ocupa en esta investigación es la atención de los servicios de salud para la salud materna, específicamente en las unidades de primer nivel de atención, ya que es el encargado del control del embarazo y puerperio y es durante el control prenatal en las unidades de primer nivel de atención donde podrían detectarse complicaciones en fase oportuna, y así evitar la muerte. En nuestro país, si no se logra una reducción rápida de las defunciones, no se podrá cumplir con las metas planteadas que permitan lograr los Objetivos del Milenio para el año 2015, lo que traería consigo múltiples repercusiones a nivel nacional e internacional, sin dejar de lado la trascendencia a nivel familiar y social que trae consigo una muerte materna. Dentro de los programas de calidad se hace alusión a que sí es posible modificar los procesos de atención, al realizar la estandarización de procesos y procedimientos de atención, mediante el seguimiento adecuado de lineamientos establecidos en manuales o NOMs, con lo cual hay un mayor aseguramiento de la calidad. De aquí la trascendencia del apego que el personal de salud tenga a estos lineamientos y a la normatividad vigente para llevar a cabo este proceso de atención, con lo que seguramente se lograría modificar de forma importante las complicaciones que culminan en una muerte materna. No perderemos de vista que la mortalidad materna es un problema multifactorial en el que intervienen otros aspectos que influyen de manera determinante, pero que no son de interés para la presente investigación. Es importante mencionar también la trascendencia que puede tener la evaluación a la atención materna como punto de partida para emprender modificaciones que

permitan implementar acciones de mejora, que repercutan en la menor presentación de defunciones maternas. Vulnerabilidad: Desde el punto de vista en el que esta investigación plantea la problemática del apego a la normatividad en el proceso de atención de la mujer durante el embarazo y puerperio, se considera que éste es un problema que puede ser modificable favorablemente, ya que los programas de calidad médica plantean que la estandarización de procesos de atención médica, aseguran la mínima calidad requerida, con lo que se logra mejorar el resultado final de la atención, en este caso la disminución de la muerte materna, ya que en teoría es posible evitar otras muertes si se logra identificar y evitar los fallos en la oportunidad y la calidad de los procesos de atención. Es necesario lograr la calidad de la atención directa, incrementando la capacidad del médico y de la enfermera para detectar y tratar oportuna y adecuadamente a una paciente; y emprender la adecuación de los procesos organizacionales que sustenten la atención médica, para lo cual es importante la evaluación de estos procesos, misma que brinda información fiable y pertinente para la toma de decisiones. Dentro de los modelos de calidad en la atención médica, una parte importante y difícil, es involucrar a todo el personal en la organización en esta nueva filosofía de la calidad; sin embargo, la implementación de estos modelos en forma más frecuente en la actualidad dentro de los servicios de salud, y de acuerdo a las demandas que la población exige, garantiza que el cambio en la actitud hacia la calidad por parte del personal puede ser posible, llevando implícito en este caso el apego a la normatividad específica, que se marca para realizar cada proceso, así como la evaluación a este apego en los procesos como base para la mejora continua.

OBJETIVOS

Objetivo general: Determinar el grado de apego a la guía de práctica clínica de control prenatal con enfoque de Riesgo en pacientes embarazadas de la UMF 1 de Orizaba

Objetivos específicos:

1. Identificar el grado de apego por nivel de escolaridad de la paciente
2. Identificar el grado de apego por número de gestas.
3. Identificar el grado de apego por ocupación.
4. Identificar el grado de apego por turno de atención médica
5. Identificar el grado de apego por número de consultas recibidas
6. Identificar el grado de apego por los diferentes Dominios específicos de la Guía de Práctica Clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de Estudio

Por su temporalidad: Transversal.

Por su objetivo: Comparativo.

Por el grado de control de la causa: Observacional.

Por la unidad de análisis: Individual.

Por la recolección de datos: Retrospectivo

Población de estudio: Embarazadas en control prenatal

Población de Trabajo: Expedientes físicos y/o electrónicos de pacientes derechohabientes que se hayan desembarazado en el 2011 adscritas a la UMF 1 de Orizaba

Lugar del Estudio: UMF 1 Orizaba Veracruz.

Periodo de estudio: Enero de 2012 a Junio 2013

Periodo de recolección de datos: Diciembre 2012 a Marzo 2013

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

1. Expedientes de pacientes que hayan llevado control prenatal en la UMF 1
2. Expediente de pacientes atendidas por resolución de embarazo en el HGR de Orizaba Ver.
3. Expedientes de pacientes que hayan tenido resolución de su embarazo a término.
4. Expedientes que cuenten con Identificación completa de la paciente
5. Expedientes Completos

Criterios de Exclusión:

1. Expediente que no se encuentre al momento del estudio.

Criterios de Eliminación

1. Expedientes Incompletos

Tamaño de la Muestra: Mujeres atendidas de resolución de su embarazo a término durante 2011

Tamaño de la muestra: Se revisó a la totalidad de pacientes atendidas por parto o cesárea en el HGR 1 de Orizaba Ver durante el 2011, que hayan llevado control prenatal en la Unidad de Medicina familiar No.1

Muestreo: Por conveniencia se hizo un censo con un total de 660 expedientes.

VARIABLES

1. Edad
2. Escolaridad
3. Ocupación
4. Número de consultas de control prenatal
5. Número de Hijos
6. Numero de Gestas
7. Número de partos
8. Numero de Cesáreas
9. Número de Abortos
10. Trimestre de Gestación
11. Riesgo obstétrico
12. Referencia a segundo nivel de atención.
13. Vía de nacimiento
14. Apego
15. No de médicos que atendieron a la paciente.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad cronológica del individuo al momento del registro	Continua	20, 21, 22, ...59
Escolaridad	Cualitativa	Nivel de instrucción o escolaridad de la usuaria.	Último año escolar aprobado.	Ordinal	- Primaria - Secundaria - Técnica - Profesional
Ocupación	Cualitativa	Empleo, oficio, actividades diarias de la embarazada.	Tareas, desempeño de actividades diarias de la embarazada según su realización.	Nominal	- Trabaja - No trabaja
Número de consultas de control Prenatal	Cuantitativo	Número total de asistencias al médico que realiza un paciente	Total de consultas desde el inicio del año hasta el momento del registro.	Razón	1, 2, etc.
Número de Hijos	Cuantitativo	Persona respecto de su madre o de su padre	Número de hijos al momento de registro	Razón	1,2, 3, etc.
Numero de Gestas	Cuantitativo	Número de ocasiones en que ocurrió implantación de un ovulo fecundado en el endometrio	Total de embarazos que haya tenido al momento del estudio.	Razón	1,2,3, etc.

		del útero.			
Número de Partos	Cuantitativo	Número de expulsiones por vía vaginal del feto concebido.	Total de Productos nacidos por parto vaginal.	Razón	0, 1,2,3, etc.
Número de Cesáreas	Cuantitativo	Número de expulsiones por vía abdominal del feto concebido.	Total de Productos nacidos por vía abdominal.	Razón	0, 1, 2,3, etc.
Número de Abortos	Cuantitativo	Número de Interrupciones de embarazos por causas naturales o deliberadamente provocadas.	Total de Embarazos interrumpidos antes las 20 SDG o productos con peso menor de 500gr.	Razón	0, 1,2,3, etc.
Trimestre de Gestación	Cualitativo	Es cada uno de los tres periodos de tres meses de que consta el Embarazo.	Considerándose el primer trimestre desde la fecha de última menstruación hasta la semana 12 de gestación, el segundo desde la semana 13 hasta la 28 y el tercero desde la semana 29 hasta el final del Embarazo	Nominal	- I Trimestre - II Trimestre - II Trimestre
Riesgo	Cualitativo	Estado de vulnerabilidad	considerándose como alto riesgo	Nominal	1. Alto Riesgo

Obstétrico	o	de la gestante frente a una enfermedad en particular	obstétrico gestantes con antecedentes personales patológicos, ginecológicos y sociales de riesgo y aquellas con condiciones y enfermedades médicas que coloquen en riesgo su salud y la del feto	las l	go 2. 2. Bajo Riesgo
Referencia a Segundo Nivel de Atención	Cualitativo	Establecimiento de Salud responsable de satisfacer las necesidades de salud través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas que puede ser medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología , con acciones de promoción de la salud,	Referencia al Hospital General que jurisdiccionalmente corresponda enviar a la paciente.	Nomina l	- Si - No

		prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud			
Vía de Nacimiento	Cualitativo	Método de Obtención del producto de una gestación	Método de Obtención del producto de una gestación	Nominal	Abdominal Vaginal
Apego	Cualitativo	Medición de preferencia estadística referida a la cantidad y magnitud de un conjunto de procedimientos que se pueden emplear para la toma de decisiones en una organización.	Medición de preferencia estadística referida a la cantidad y magnitud de un conjunto de procedimientos que se pueden emplear para la toma de decisiones en una organización.	Nominal	Si No
Numero de Médicos que atendieron a la Paciente	Cuantitativo	Es el profesional de la salud (médico) que realizó la atención al paciente	Numero total de medico Familiares y/o No familiares que estén involucrado en el control prenatal de la paciente.	Nominal	1,2,3 etc.

PROCEDIMIENTO

Previo registro del protocolo y aprobado por el comité local de investigación y autorización por los directivos de la unidad médica, se realizó la selección de los expedientes de pacientes que tuvieron resolución de su embarazo durante enero a diciembre del 2011, se revisó una muestra de conveniencia de 660 expedientes de mujeres embarazadas que tuvieron control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Orizaba, Veracruz, y que cumplieron los criterios de selección; Expedientes de pacientes que hayan llevado control prenatal en la UMF 1, Expediente de pacientes atendidas por resolución de embarazo en el HGR de Orizaba Ver. Expedientes de pacientes que hayan tenido resolución de su embarazo a término. Expedientes que cuenten con Identificación completa de la paciente y Expedientes Completos, para ello se solicitaron los expedientes al archivo de la unidad de estudio o bien en el consultorio adscrito, a dichos expedientes se les aplico dos instrumentos uno que mide variables sociodemográficas y clínicas elaborado adhoc para el estudio y la cedula de verificación de la Guía de Practica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo diseñada por la Dirección de Prestaciones Médicas, División de Excelencia Clínica que da énfasis a las recomendaciones de Promoción a la salud, Pruebas Específicas, Factores de Riesgo y Vigilancia Prenatal, Pruebas Diagnósticas, Vigilancia y Seguimiento, así como Criterios Técnicos Médicos de Referencia que constan de 5 indicadores con 36 ítems en total (Anexo 1), se incluyeron en el estudio a expedientes de pacientes derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, que estuvieron en control prenatal por su médico familiar, que hayan sido desembrazadas en el periodo de estudio de Enero a Diciembre del 2011. En cada cedula de verificación se determinó el apego a cada uno de los indicadores de acuerdo a las notas de control prenatal. Se recabaron la información de los 36 ítems planteados en la GPC desarrollada por el IMSS para el primer nivel de atención, colocando en la celda pertinente a cada ítem "1" cuando en el expediente conste como realizada la recomendación sugerida en la

GPC, o en caso contrario se colocara "0", y cuando la sugerencia recomendada por la GPC no aplique al caso en particular se colocara "NA". Para la evaluación del expediente clínico se considerara el Total de Recomendaciones cumplidas (1), Total de recomendaciones no cumplidas (0), Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA), tomando como base; el Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado considerando como SI APEGO a la GPC con el 80% o más de recomendaciones cumplidas.

Para el procesamiento de los datos se utilizaron los programas SPSS 19, Excel 2010 y Stat Calc de Epi info 7. Se realizó análisis estadístico univariado y bivariado.

Análisis Estadístico:

Se utilizó estadística descriptiva; medida de tendencia central para variables cuantitativas y medidas de frecuencia para variables cualitativas. Se utilizó Prueba exacta de Fisher y Chi Cuadrada.

RECURSOS

Humanos

- 1 Residente de Medicina Familiar
- 1 Maestro en Ciencias e Investigación.

Físicos

- Computadora Laptop Acer One Procesador Intel Celeron 2 GB Disco RAM, 320
- GB memoria interna.
- 1 Memoria Flash USB 8 GB
- 1 Banda Ancha de Internet Móvil
- 2 Paquetes de 500 hojas blancas cada uno
- 1 Impresora Lexmark X3650
- 10 Bolígrafos Negros
- 10 Marca textos fluorescentes
- 1 Engrapadora
- 1 Paquete de Clips
- 1 Paquete de posticks
- 1 Paquete de 20 Folders

Financieros:

- Los propios del investigador.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue factible para llevarse a cabo ya que se contó con las instalaciones, tiempos y facilidades necesarias.

El presente estudio se apegó a las consideraciones de los principios de investigación médica, establecidos en la Declaración de Helsinki en 1975 enmendados en Edimburgo en el año 2000, así como al reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en el mismo rubro y a las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social para el mismo fin.

Se solicitó autorización al comité local de ética e investigación del Hospital General Regional de Orizaba No. 1

Se trata de un estudio de revisión de expedientes clínicos por lo que se consideró de bajo riesgo.

RESULTADOS

Cuadro 1.- Asociación de variables de las mujeres embarazadas en relación al apego a las GPC.

Variable	Apego		%	p	OR (IC)
	<50	>50			
Número de Gestas > 3	2**	19	7.9	0.43	0.55 (0.09-2.62)
Número de Gestas < 3	39	205	92.1		
Empleada	18	64	30.9	0.05*	1.95 (0.98-3.86)
Desempleada	23	160	69.1		
Riesgo Obstétrico Bajo	26	131	59.2	0.55	1.23 (0.59-2.59)
Riesgo Obstétrico Alto	15	93	40.8		
<5 consultas	16	44	22.6	0.006*	2.62 (1.21-5.62)*
> 5 Consultas	25	180	77.4		
Primaria o menos	13	105	44.5	0.07	0.53 (0.24-1.12)
Secundaria o mas	28	119	55.5		

Fuente.- ** Se utilizó Prueba exacta de Fisher. * Significancia Estadística. Encuestas realizadas en el proyecto "Apego a la GPC Control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de una UMF "

Durante el periodo de estudio, se evaluaron 660 expedientes con la cedula de verificación de la GPC de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo diseñada por la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS desde la plataforma SIMF, 395 expedientes fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión, así 265 expedientes estuvieron disponibles para el análisis.

Las características demográficas y obstétricas de las pacientes incluidas en el estudio están descritas en el cuadro 1 donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la ocupación de Empleada con el mal apego a la GPC de control prenatal ($p < 0.05$) y así mismo donde el total de consultas otorgadas durante el control prenatal fue menor a 5 ($p < 0.006$).

Cuadro 2.- Asociación de variables de los médicos de la unidad de primer nivel de atención en relación al apego a las GPC.

Variable	Apego		%	p
	<50	>50		
Médico Mujer	23	105	48.3	0.27
Médico Hombre	18	119	51.7	
Médico Familiar	36	179	81.1	0.23
Médico General	5	45	18.9	
Médico del turno Vespertino	25	104	48.7	0.007*
Médico del turno Matutino	16	120	51.3	

Fuente.- * Significancia Estadística. Encuestas realizadas en el proyecto "Apego a la GPC Control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de una UMF "

Al evaluar las variables con respecto al personal de salud, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas asociadas al sexo del médico, ni al nivel de formación, no encontrando diferencias entre aquellos con título de médico familiar y los que no lo tienen. La relación entre el turno vespertino y matutino se muestra en el cuadro 2. Evaluamos la relación entre el mal apego y el turno vespertino encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p < 0.007$).

Cuadro 3.- Asociación de variables de criterios de operación en la consulta de control prenatal en relación al apego a las GPC.

Variable	Apego		%	p	OR (IC)
	<50	>50			
Promoción a la Salud inadecuada	8	19	10.2	0.03*	2.62 (0.96-6.98)
Promoción a la Salud adecuada	33	205	89.8		
Pruebas Diagnósticas inadecuada	37	64	38.1	0.000*	23.13 (7.4-79.8)
Pruebas Diagnósticas adecuada	4**	160	61.9		
Vigilancia y Seguimiento inadecuado	25	8	12	0.000*	42.18 (16-108.46)
Vigilancia y Seguimiento adecuado	16	216	88		
Criterios de Envío inadecuado	7	9	12.5	0.000*	42.19 (15-122.47)
Criterios de Envío adecuado	34	215	87.5		

Fuente.- * significancia estadística $p < 0.05$ **Se utilizó Prueba exacta de Fisher. Encuestas realizadas en el proyecto "Apego a la GPC Control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de una UMF "

Se evaluó la relación entre los diferentes criterios operativos de la consulta de control prenatal encontrando significancia estadística en varias de las variables comparadas, en relación al apego a la GPC y la promoción a la salud adecuada, encontramos que entre el grupo de aquellos que recibieron promoción adecuada existe un mayor apego ($p < 0.03$); al comparar el grupo de aquellos con pruebas diagnósticas adecuadas frente a pruebas diagnósticas inadecuadas, encontramos $p < 0.05$, además que aquellos con falta de apego a las GPC tienen 23 veces más posibilidades de presentar pruebas diagnósticas inadecuadas. En los rubros de vigilancia y seguimiento inadecuado al ser comparados con mal apego, encontramos $p < 0.05$ aunado a que el grupo con falta de apego a la GPC tiene 42 veces mayor probabilidad de presentar una vigilancia y seguimiento de manera inadecuada. En cuanto a los criterios de envío entre ambos grupos encontramos $p < 0.05$.

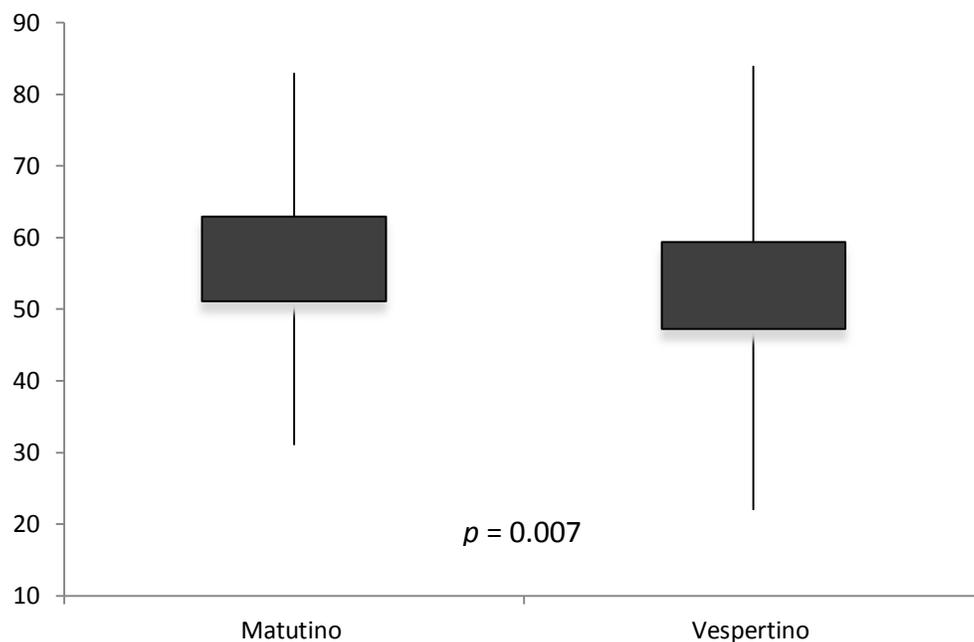
Cuadro 4.- Frecuencias de acciones realizadas en la consultas de control prenatal de acuerdo a la GPC.

Variable	Tipo de atención	Frecuencia	%
Promoción a la Salud	Inadecuada	27	10
	Adecuado	238	90
Criterios de Envío	Inadecuado	16	6
	Adecuado	249	94
Vigilancia Factores de Riesgo	Inadecuado	219	83
	Adecuado	46	17
Pruebas Diagnósticas	Inadecuado	101	38
	Adecuado	164	62
Vigilancia y Seguimiento	Inadecuado	33	12
	Adecuado	232	88

Fuente.- Encuestas realizadas en el proyecto "Apego a la GPC Control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de una UMF", datos expresados en frecuencias y porcentajes.

La comparación de las variables de operación de la consulta de control prenatal se muestra en el cuadro 4. La promoción a la salud en el primer nivel de atención se realizó de manera adecuada en el 90% de los expedientes evaluados. En cuanto a los criterios de envío se halló que el 94% de los expedientes tuvieron notas de referencia a segundo nivel de manera adecuada, en contraste en la vigilancia de factores de riesgo, 83% de los casos que se atendieron fueron de manera inadecuada.

Figura 1.- Promedio de Apego de los médicos a la GPC de la entre los turnos matutino y vespertino.



Apego a la GPC	Promedio	Mínimo	Máximo	p
Matutino	61.99	31	83	0.007
Vespertino	59.44	22	84	
Global	60.75	22	84	

Fuente.- Encuestas realizadas en el proyecto “Apego a la GPC Control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de una UMF “

En la figura 1 se observa el promedio global de apego a la GPC. En general el apego a la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo se considera malo con un promedio de 60.75, teniendo como puntaje máximo 84. Al evaluar los resultados por turno encontramos un mejor desempeño en el turno matutino, con una significancia estadística $p < 0.05$.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio mostro que en promedio el grado de apego a la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo, es bajo (60.75%). La relevancia de los resultados del presente estudio consiste en que por primera vez, se muestra el grado de apego a la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo de una UMF del IMSS. En México, no existen datos publicados que muestren el apego a la GPC en nuestra población de estudio.

Existen datos en estudios recientemente publicados que destacan las características propias de la atención médica, y mencionan la utilidad de la revisión de los expedientes clínicos para valorar la calidad de la atención. Vázquez-López, publico en agosto 2005, un artículo en el que coincidentemente alude a los eventos de una consulta de control prenatal (altura de fondo uterino, foco cardiaco fetal, peso, medición de la tensión arterial) y en un grupo de 150 expedientes logra determinar que existe un bajo apego a las buenas prácticas clínicas, además de concordar en la evaluación de nuestro estudio sobre la tesis de que las notas medicas son un indicador indirecto que orienta a conocer la eficacia del proceso médico. ⁽²⁸⁾

El Instituto del Cuidado de la Salud de Nueva Inglaterra demostró en febrero del 2008 una baja adherencia por parte de los médicos en unidades de primer nivel de atención a las GPC, al igual que en nuestro estudio los médicos basaron sus decisiones clínicas en su experiencia personal. Lo antes mencionado podría explicar la imitada tendencia que en ambos casos los médicos demostraron para solicitar pruebas diagnósticas; así mismo podría explicar el abandono de los criterios de envío a hospital por parte de los clínicos, no obstante las guías de práctica clínica basadas en la evidencia podrían sugerir lo contrario. ⁽²⁰⁾

Se observó al evaluar los resultados del porcentaje de apego a la Guía por turno un desempeño superior en el turno matutino, con una significancia estadística $p < 0.05$, no obstante, No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a sexo de los médicos ni con relación a la formación profesional de los mismos.

Nuestro estudio tiene múltiples fortalezas que afianzan la validez interna, el tamaño de muestra fue amplio con un total de 265 expedientes, lo cual representa el 100% de los expedientes de mujeres gestantes en la unidad médica evaluada, además se utilizó como instrumento la aplicación de la cedula de evaluación de la Guía de Práctica Clínica. Además se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social, institución que acopia a más del 50% de la población en México.

Es posible considerar como limitación el hecho de que los pacientes incluidos fueron sólo derechohabientes del IMSS que acudían a la UMF seleccionada y no representan a la población abierta. Además de no haber alcanzado el número total de la muestra, sin embargo la muestra de este estudio es hasta 2 veces mayor que los usados en otros similares, y desde nuestro particular punto de vista la tendencia de nuestros resultados se mantendría en caso de haber cumplido el total de la muestra ⁽²⁸⁾.

El presente estudio demuestra que la gestión de la calidad en la atención en salud es posible mediante la supervisión del ejercicio de los médicos familiares y/o generales a partir de las notas médicas que generan en la consulta externa y de esta forma se pretende que la institución pueda componer métodos de mejora que certifiquen una mejor adherencia y sostenibilidad a las GPC.

El fruto de este estudio será recomendado a los jefes de departamento clínico de las unidades de medicina familiar de la delegación Veracruz Sur, para motivarlos a que a partir de la aplicación de instrumentos como las cedula de evaluación de las GPC, supervisen la adherencia de sus médicos a las buenas prácticas clínicas, ya que hemos demostrado que lo anterior es directamente proporcional al bienestar del binomio en todas las etapas del embarazo.

CONCLUSIÓN

El control prenatal que se realiza en la UMF 01 no está apegado a la GPC de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo en donde no se efectúa el objetivo primordial que es de otorgar una orientación a la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible y evitar que alcancen morbilidad o incluso mortalidad materna por que como se ha mencionado la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo es un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los profesionales de la salud a decidir la intervención médica más apropiada en un escenario clínico concreto, siempre y cuando la adherencia a ésta sea de manera adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín de Práctica Médica Efectiva. Atención del Embarazo con enfoque de riesgo. Revista de Salud Pública 2000;2(9); 1-3
2. Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México. Instituto Mexicano del Seguro Social; Julio 2009
3. Cáceres-Manrique FM. El control Prenatal; Una reflexión urgente. Rev Col Obst y Ginecol. 2009;60(2);165-70
4. Bronfman-Pertovsky MN, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C, More-Altamirano A, Rutstein S. Prenatal care in the primary level of healthcare: provider characteristics which influence users' satisfaction. Salud Pública Mex 2003; 45:445-454.
5. Del Valle-Llagostera JG, Plasencia-Asorey C, Del Valle-García N, Nápoles-Vaillant E, Matamoros-Sánchez D. Calidad de la atención prenatal en el área de Mella. MEDISAN 2010;14(5):641
6. Sánchez-Nuncio HR, Pérez-Toga G, Pérez-Rodríguez P, Vázquez-Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (5): 377-380.
7. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E. De la Cruz-Mejía L. El descenso de la mortalidad materna en el IMSS, 2000-2005. ¿Azar o resultado de acciones específicas? Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (2): 211-218.
8. Karam-Calderon MA, Bustamante-Montes P, Campuzano-González M, Camarena-Pliego A. Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. Medicina Social. 2007;2(4);205-11
9. Romero-Gutiérrez G, Muro-Barragán SA, Ponce de León-Ponce AL. Evolución de hipertensión gestacional a hipertensión crónica. Ginecol Obstet Mex 2009; 77(9):401-406.
10. Morgan-Ortiz F, Calderón-Lara SA, Martínez-Felix JI, Gonzalez-Beltran A, Quevedo-Castro E. Factores de riesgo asociados con preeclamsia: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex 2010;78(3):153-159

11. Pantoja T, Strain H, Valenzuela L. Guías de práctica clínica en atención primaria: Una evaluación crítica. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1282-1290.
12. Etxeberria-Agirre A, Lekue-Alkorta I. Como leer una guía de práctica clínica. *Guías Clínicas* 2006; 6 Supl 1: 8.
13. Caballero-Leal LA, Muñoz-Rodríguez MR, Soler-Huerta E, Blanco-Cornejo AV, Aguilar-Barradas MR. Mortalidad materna. Experiencia de cinco años en la Delegación Veracruz Norte del IMSS. *Ginecol Obstet Mex* 2009; 77(11):508-11.
14. Hernández-Siliceo JC. Apego a la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo y puerperio en la Jurisdicción Sanitaria V. Diciembre 2009.
15. Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement. WHO Library Cataloguing.
16. Buchmann E. Routine symphysis-fundal height measurement during pregnancy: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization. Disponible en http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd00225_0_dimcc.com/en/index.html
17. Dim CC. Prophylactic antibiotic administration during second and third trimester in pregnancy for preventing infectious morbidity and mortality: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization. Disponible en http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd00225_0_dimcc.com/en/index.html
18. Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud.
19. Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Estrategia de cooperación con el país. México. Noviembre 2005

20. Kenefick H, Lee J, Fleishman V. Improving Physician Adherence to Clinical Practice Guidelines: Barriers and Strategies for Change. New England Healthcare Institute. February 2008.
21. Rutten GM, Degen S, Hendriks EJ, Braspenning JC, Harting J, Oostendorp RA. Adherence to Clinical Practice Guidelines for Low Back Pain in Physical Therapy: Do Patients Benefit? *Physical Therapy* 2010; 90(8): 1111-1122
22. Freyermuth G, SESIA PM. La muerte materna acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. *Mujeres y hombres en el siglo XXI*.
23. Santo-Pérez E, Loria-Castellanos J, Calzada-Rojas CC. Apego a la Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor lumbar en pacientes referidos de primer nivel al servicio de Urgencias Adultos del HGR 25 IMSS. Tesis para obtener el diploma de especialidad en urgencias médico quirúrgicas, Enero 2012.
24. Gonzalez-Juanatey JR, Alegría-Ezquerria E, Aznar-Costa J, Bertomeu-Martinez V, Franch-Nadal J, Palma-Gamiz JL. Conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(8):801-6
25. Narváez-Delgado EJ, Figueras A. Descripción de la atención al parto antes y después de la implementación de una guía de práctica clínica de prevención y manejo de la hemorragia posparto en dos hospitales de Managua. Tesina para optar al Título Master FÁrmaco epidemiología. Septiembre 2007.
26. Corbalá-Fuentes C, Navarro-Jaramillo F, Aguilar-Solano A, Gárate-Ureña J, Pacheco-Ureña A, Haro-García L. Análisis del uso clínico de la hemotransfusión. *Rev Mex Patol Clin* 2003; 50(2): 104-108
27. Rentería-Córdoba SPC, Acosta F. Evaluación de la adherencia a guías del programa de control prenatal en el cafésalud (cafi) San Juan IPS, primer semestre de 2010. Universidad del ces Facultad de salud pública "Auditoria y Calidad en Salud" Medellín.

28. Vázquez-López E, Boschetti-Fentanes B, Monroy-Caballero C, Ponce-Rosas R. Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar. 2005;(2): 57-60

ANEXOS

1. Cedula de evaluación



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
División de Excelencia Clínica

Cédula de Verificación

Delegación/UMAE:		
Unidad:		
Nombre del paciente:		
No de seguridad social:		
Edad :		
Fecha de la evaluación:		
TÍTULO DE LA GPC		Calificación De Las Recomendaciones
Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo		
POBLACIÓN BLANCO		
Mujer Adulta Embarazada	Médico Familiar	Primer Nivel de Atención
		Cumplida: SI=1 NO=0 No Aplica=NA
RECOMENDACIONES		
Promoción de la Salud		
Que las mujeres embarazadas y las que planean embarazarse sean informadas de la suplementación con ácido fólico antes de la concepción y hasta la semana 12 de gestación		
Ofrecer la oportunidad a mujeres embarazadas de asistir a clases de cuidados prenatales y tener información por escrito acerca de los cuidados prenatales.		
Pruebas Específicas. Factores de Riesgo y Vigilancia prenatal		
Indaga presencia de violencia intrafamiliar.		
Cuestiona exposición ante enfermedades infectocontagiosas (VIH,		

Rubeola).	
Sondear consumo y abuso de sustancias tóxicas o adicciones.	
Interrogar enfermedades hipertensivas del embarazo.	
Antecedentes de malformaciones o cromosomopatías.	
Documentar ocupación y duración de horas de trabajo en caso de trabajar.	
Identificar factores de riesgo para hepatitis B, en caso de presentarlos, canalizar al servicio de medicina preventiva, de corroborarse debe enviarse a especialidad.	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	
Realiza biometría hemática en la primera cita y a las 28 semanas de gestación.	
En pacientes con antecedente de exposición a enfermedades infectocontagiosas efectúa pruebas adicionales (Rubéola, Varicela, Sarampión, VIH, Virus del papiloma)	
En la primera consulta descarta incompatibilidad a Grupo y Rh, solicita biometría hemática, examen general de orinal, glucosa y VDRL.	
Recomienda en la primera consulta prenatal de rutina, realizar la detección de VIH.	
Recomienda Ultrasonido obstétrico entre la semana 10 a 13 de gestación.	
Solicita glucemia entre las 24 a 28 semanas de gestación.	
En caso de presentar síntomas de vaginosis bacteriana corroborar diagnóstico con exudado y cultivo vaginal y proporcionar tratamiento.	
No se recomiendan las pruebas de detección de toxoplasmosis en la atención prenatal ya que es probable que los daños superen los beneficios.	
No está indicado el uso de ultrasonografía Doppler durante la atención prenatal de rutina, para predicción de preeclampsia, de restricción de crecimiento fetal o muerte perinatal.	
VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO	
La atención prenatal, en embarazos no complicados, es realizada por la enfermera materno-infantil con conocimiento de la guía.	
Independientemente de la edad gestacional, en la primera consulta, el médico familiar, identifica factores de riesgo para resultados adversos del embarazo. Identificar los que son modificables y dar indicaciones precisas.	
Las mujeres embarazadas asisten como mínimo entre 4 a 5 consultas de atención prenatal durante todo el embarazo.	
El dolor epigástrico puede ser manifestación de enfermedad ácido-péptica, pero es diferenciado del dolor epigástrico asociado a preeclampsia.	
Se recomienda medir el fondo uterino, tensión arterial y las	

proteínas en orina en cada consulta a partir de la semana 24 de gestación.	
En la semana 38 de gestación, insistir en la medición del fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.	
Durante la semana 38, dar información con oportunidad de discutir dudas y problemas, otorga información apoyada en clases prenatales e información escrita.	
En caso de anemia ofrece tratamiento con hierro y ácido fólico.	
En mujeres RH negativas, no sensibilizadas, aplica profilaxis con vacuna anti-D.	
Detecta bacteriuria asintomática con urocultivos en etapas temprana del embarazo.	
Indica Imidazole vaginal por 7 días en el caso de candidiasis vaginal o nistatina durante diez días por vía vaginal.	
Prescribe metronidazol vaginal en el caso de tricomoniasis vaginal por diez días.	
En el caso de gardenella (<i>Hemophilus vaginalis</i>) indica clindamicina vaginal durante 7 días.	
CRITERIOS TÉCNICOS MÉDICOS DE REFERENCIA	
En pacientes con factores de riesgo o resultados adversos refiere a partir de la semana 16 a segundo nivel para su control.	
Envía a Ginecobstetricia a pacientes con embarazo de 36 semanas y posición pélvica o transversa.	
Remite a Ginecobstetricia a pacientes con embarazo de 36 semanas y placenta previa	
La mujer con embarazo no complicado es enviada a urgencias de gineco-obstetricia para valorar inducción del parto a partir de las 41 semanas de gestación.	
Toda mujer RH negativa con compañero sexual RH positivo es expedida a Gineco-obstetricia antes de la semana 28 de gestación.	
EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de recomendaciones cumplidas (%)	
Apego a la GPC (SI/NO)	
OBSERVACIONES:	
Nombre del verificador:	

2. Formato de características Sociodemográficas

Nombre del paciente:						
No de seguridad social:						
Escolaridad:	1. Analfabeta.	2. Primaria	3. Secundaria	4. Bachillerato	5. Profesional	6. Carrera Técnica
Ocupación:	1. Desempleada	2. Empleada	OBSERVACIONES:			
Riesgo obstétrico	1. Bajo	2. Alto				
Número de consultas médicas						
Número de consultas						
Numero de gestas						

3. Cronograma

	Programado												Realizado											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Elabora- ción de protoco- -lo					2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2								2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2			
Regis- tro de protoco- -lo										2 0 1 2												2 0 1 2		
Recole- cción de la informa- -ción.											2 0 1 2												2 0 1 2	
Análisis de la informa- -ción.												2 0 1 2												2 0 1 2
Redac- ción de la tesis.	2 0 1 4												2 0 1 4											
Presen- tación.		2 0 1 4												2 0 1 4										
Envío a Publica- -ción		2 0 1 4												2 0 1 4										