



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 73
POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ**

**“CALIDAD DE LA ATENCION PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NUM. 73 DEL IMSS POZA RICA, VER”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. YARENI BELLO SANCHEZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
yare_00@hotmail.com**

ASESORES DE TESIS:

**DRA SUSANA ESCAMILLA ROQUE
COORDINADORA DE ENSEÑANZA DE LA UMF 73
susana.escamilla@gmail.com**

**DRA. TERESA MARTINEZ ORTIZ
COORDINADOR CLINICO DE LA UMF NUM. 73
teremt3@hotmail.com**

POZA RICA DE HIDALGO, VER.

FEBRERO DE 2014

DEDICATORIAS

A Dios por permitirme llegar hasta este punto de mi vida y culminar una etapa mas de mi formación, porque se que este es el propósito que El tenia encomendado para mi.

A mis padres Romeo y Elvia, por ser el apoyo incansable en cada una de mis metas, por su comprensión, su amor y fortaleza en todas las adversidades presentadas durante este camino, por disfrutar los logros y ayudarme a aprender de mis errores.

A mi hermano Alan, por contagiarme de su entusiasmo y su positividad durante este trayecto, por brindarme su ayuda cuando mas lo he necesitado, por ser mi gran amigo y complice.

A Betto por creer en mi, por amarme y alentarme cada día a dar un paso más y porque sé que en donde quiera que este, estaría orgulloso de lo que he logrado.

A mi amiga Raquel por acompañarme estos 3 años de lucha inquebrantable, llenos de alegrías, enseñanzas y tropiezos, pero siempre con la idea firme de mejorar como persona en todos los aspectos, por su invaluable amistad y paciencia.

A Efraín Pecero por estar conmigo en todo momento, por no soltar mi mano cuando lo he necesitado, por su amor incondicional, por sus enseñanzas del día a día y por compartirme parte de su vida.

A mi familia y amigos, quienes me han acompañado en esta travesía, por sus palabras de aliento y cariño, por su confianza y por compartir junto conmigo los gajes de esta profesión.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Susana Escamilla Roque por su orientación, asesoramiento y apoyo en la realización de esta investigación.

A la Dra. Teresa Martínez por su asesoramiento y apoyo durante la realización de este proyecto de investigación.

Al Dr. Cesar Pérez Vences por su apoyo en la realización de este proyecto de tesis.

A todas las pacientes embarazadas que participaron en la realización de este proyecto de investigación.

INDICE

➤ Portada	.....1
➤ Dedicatorias	.....2
➤ Agradecimientos	.....3
➤ Índice	.....4
➤ Resumen	..... 5
➤ Marco teórico	..... 6
➤ Antecedentes	.....15
➤ Justificación	.....24
➤ Planteamiento del problema	.....26
➤ Hipótesis	.....27
➤ Objetivos	.....28
➤ Material y métodos	.....29
➤ Resultados	.....32
➤ Discusión	..... 42
➤ Conclusiones	..... 43
➤ Bibliografía	.....45
➤ Anexos	.....50

RESUMEN

“Calidad de la Atención Prenatal en la Unidad de Medicina Familiar núm. 73 del IMSS Poza Rica, Ver”

Bello Sánchez Y. , Escamilla Roque S., Martínez Ortiz T.,

Resumen: La importancia del control prenatal radica en que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. **Objetivo:** Determinar la calidad de la atención prenatal brindada por el médico familiar a la población embarazada derechohabiente el primer nivel de atención de la UMF 73 del IMSS. **Métodos y materiales:** Se realizara un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional; mediante la aplicación de encuestas transversales a mujeres embarazadas derechohabientes del IMSS que acudieron a control prenatal en la UMF 73 del turno vespertino durante los meses de marzo a diciembre de 2012. **Resultados:** El 38% recibió información sobre los esquemas de vacunación, el 85% de la población fue orientada sobre los datos de alarma obstétrica. El 20% recibió información concerniente a la lactancia materna. El 21% recibió consejería sobre planificación familiar. El 48% de la población recibió un trato cordial por parte del personal médico. En el 54% de la pacientes se ausculto la frecuencia cardiaca fetal. En relación al trato recibido por las mujeres embarazadas, el 48% lo refirió como cordial, el 44% como indiferente y el 8% como grosero En el 100% de la población se otorgo prescripción de acido fólico, medición de signos vitales. **Conclusiones:** Existen varios aspectos relacionados con la información otorgada por el personal de salud en relación a la planificación familiar, lactancia materna y los esquema de vacunación en el embarazo, que deben reforzarse al igual que considerar un mejor trato hacia las pacientes, ya que es un factor importante en la subsecuencia del control prenatal. Sin embargo, en general, se considera como una adecuada calidad de la atención prenatal otorgada en la UMF 73 pero que podría mejorarse entre todo el equipo de salud.

Palabras claves: calidad, atención prenatal, medicina familiar, primer nivel de atención.

MARCO TEORICO

Un problema recurrente en el estudio de la calidad en la atención en salud es su definición. Por ejemplo, el Instituto de Medicina de Estados Unidos define la calidad como el grado en que los servicios en la atención médica incrementan la probabilidad de los individuos, y de la población en general, de obtener los resultados de salud deseados, y, adicionalmente, como el grado en que estos servicios son consistentes con el estado actual del conocimiento médico (1).

Tradicionalmente se han señalado dos dominios sobre los cuales se puede estudiar la calidad: i) los aspectos clínicos o técnicos de la atención en salud; y ii) la interacción psicosocial entre el paciente y el proveedor de la atención en salud. Como lo señala Lindelow (2003), la premisa general de los diferentes estudios que tratan la calidad de la atención en salud es la posibilidad de establecer un conjunto de normas clínicas, éticas y culturales con el fin de lograr un manejo efectivo y apropiado para un problema de salud determinado. De esta forma, cualquier desviación de este conjunto de normas resulta en una disminución de la efectividad clínica o en la imposibilidad de alcanzar las demandas legítimas y las necesidades del usuario de los servicios de salud (1).

Varios estudios que han evaluado el uso del control prenatal desde la década de los setenta han sugerido diversos índices para medir la calidad de este servicio. Entre estos estudios sobresalen el índice de Kessner (1973) y el índice de Kotelchuck (1994). Estos usan como referencia para definir un adecuado control prenatal un número óptimo de visitas realizadas durante el período de gestación y un determinado mes del embarazo a partir del cual la madre debe comenzar a concurrir a estos controles. Otros estudios definen la calidad en la atención prenatal como aquella que cumple los estándares establecidos por la autoridad pública en cada país (1).

Se entiende por Control Prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Los planificadores y organizadores de la salud deben considerar al cuidado prenatal como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer. No es obvio mencionar que el control prenatal provee una oportunidad válida para que las mujeres con factores de riesgo biológico presentes reciban asesoría y cuidados para controlarlos. (2)

El control prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Detectar enfermedades maternas subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y síquicamente para el nacimiento (2).

El control prenatal debe ser:

- Precoz: Debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud. Además permite la detección temprana de embarazos de riesgo.
- Periódico: La frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles.
- Completo: Los contenidos y el cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia.
- Amplia cobertura: En la medida que el porcentaje de población bajo control es más alto (lo ideal es que comprenda el total de las embarazadas) se espera que aumente su contribución a la reducción de la morbimortalidad perinatal.(2)

Entendemos a este control prenatal como uno de los pilares básicos de la Atención Primaria, no desde el punto de vista de una atención primaria sino desde el punto de vista de una atención médica primordial, tratando de poner allí a recursos humanos formados y motivados para esta atención fundamental. Además los lugares donde se efectúe esta atención deben contar con sus estadísticas y la de los Hospitales de referencia para conocer la real importancia de su labor y el impacto beneficioso que su tarea pueda llegar a ejercer sobre la comunidad en que actúan.(3)

La cobertura y la calidad de la atención prenatal están relacionadas directamente con la mortalidad materna. La mayor parte de las muertes perinatales también tiene relación con las enfermedades subyacentes de la madre y los problemas del embarazo, el parto y el puerperio, por lo que una atención prenatal completa y adecuada resulta sumamente importante para prevenir el deceso de los menores. Además, es imposible desarrollar acciones efectivas de atención sin la presencia de personal capacitado en todos los niveles de atención, especialmente en donde no hay suficiente información disponible, como sucede en las regiones rurales del país. (4)

El enfoque de riesgo es un instrumento para identificar los problemas prioritarios que contribuyen a la mortalidad perinatal en los diferentes niveles de atención y cobertura, y a partir de ello crear y distribuir en forma racional los recursos que se requieran, proponiendo estrategias que muestren beneficios en la población obstétrica, así como en la disminución de la mortalidad perinatal (semana 28 del embarazo hasta los primeros siete días de vida). (5)

La mayoría de los modelos de control prenatal actualmente en uso en el mundo no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia "dura" ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y, por lo tanto, la asignación

óptima de recursos. En los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres. Así como pobre difusión y manejo de los programas para poblaciones específicas. (6)

En realidad, la cobertura de la atención prenatal tiene sentido sólo cuando ésta es efectiva. La falta de atención prenatal se asocia con tasas elevadas de bajo peso al nacer y de mortalidad perinatal, como lo mostraron Laurenti y Buchalla en Brasil y México. (7)

Al mismo tiempo, por lo general el estudio del efecto de la atención prenatal presenta menos complicaciones cuando se lleva a cabo en "usuarias" de los servicios de salud y no en la población total. (7)

El control prenatal como parte de los servicios de salud de carácter obligatorio e imprescindible otorgado a toda mujer embarazada, es el pilar fundamental para determinar el pronóstico materno y fetal, y llevar a cabo las acciones pertinentes de manera oportuna e inmediata para evitar la presencia de riesgos que pongan en peligro la integridad de la madre y el producto de la gestación. (8)

Por citar lo establecido en la Guía de Práctica clínica del Control Prenatal con Enfoque de Riesgo “la atención a la salud materno infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas durante el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada”. (9)

La importancia del control prenatal radica en que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de

alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal”. (9)

La guía de práctica clínica del control prenatal indica que la primera consulta debe realizarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) y debe enfocarse a descartar y tratar padecimientos subyacentes y establecer un plan de atención en caso de parto o en caso de urgencias durante el embarazo. (9)

En fase temprana del embarazo toda mujer debe recibir información acerca del número probable, tiempo y contenido de las citas prenatales. Para mujeres primigestas con embarazo no complicado un esquema de 10 citas es adecuado. Una mujer con dos o más gestaciones previas con un embarazo no complicado, un esquema de 7 consultas es adecuado; mientras que en embarazadas de bajo riesgo de 4 a 6 consultas prenatales (EMI) deberán ser indicadas. (9)

Dentro de las actividades que se indican en las consultas prenatales según la guía de práctica clínica son:

- Primera cita: Previa a las 12 semanas de gestación (SDG). Dar información y aclarar dudas, identificar mujeres con alto riesgo para eventos adversos durante el embarazo, solicitar exámenes de laboratorio (BHC, VDRL, EGO, grupo sanguíneo y factor rH). Calcular fecha probable de parto por fecha de última regla (FUR) o en su caso por ecografía, medición de tensión arterial, índice de masa corporal (IMC). (9)
- 16 semanas. Interpretar resultados de laboratorio, dar suplementación de hierro, aclarar dudas. (9)
- 18-20 semanas. Realizar ultrasonido obstétrico para detectar anomalías estructurales. Medir y registrar presión arterial. (9)

- 25 semanas en primigestas. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Información y esclarecimiento de dudas. (9)
- 28 semanas en todas las mujeres embarazadas. Detección de anemia y células atípicas, detección de anemia y suplementación de hierro, ofrecer vacuna anti rH negativo en caso necesario. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Información pertinente. (9)
- 31 semanas. Información oportuna y esclarecimiento de dudas. Identificar mujeres que requieran cuidados especiales . (9)
- 34 semanas. Ofrecer segunda dosis de vacuna anti rH en mujeres Rh negativo. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Dar información oportuna y aclarar dudas. Valorar pacientes con anemia y otorgar tratamiento adecuado. En embarazos normo evolutivos informar fecha de parto, establecer medidas preventivas y detección de preclampsia. (9)
- 36 semanas. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Determinar posición fetal y en caso de duda realizar ultrasonido. Mujeres con presentación pélvica enviar a segundo nivel a Ginecología y Obstetricia. En caso de reporte anterior de placenta previa, realizar nuevo ultrasónico para confirmar. Información oportuna. (9)
- 37 semanas. Descartar presentación anormal del producto y evitar postmadurez mediante atención oportuna. (9)
- 38 semanas. Insistir en medidas de prevención de embarazo posmaduro. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Dar información oportuna, verbal, aclarar dudas. (9)
- 40 semanas o más. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Dar información oportuna, verbal, aclarar dudas. Envío a urgencias de gineco-obstetricia para inducción. (9)

Los programas de control prenatal, tal como se aplican actualmente, están basados en los modelos desarrollados en Europa durante las primeras décadas del siglo pasado.

Los estudios observacionales suelen demostrar que en las mujeres que reciben control prenatal, la mortalidad materna y perinatal es menor y los resultados del embarazo son mejores. Estos estudios también permiten establecer una relación entre el número de consultas prenatales o la edad gestacional al inicio del control y los resultados del embarazo luego de controlar los factores de confusión, como la duración de la gestación. Debido a este efecto sugerido de dosis-respuesta, los programas de control prenatal procuran aumentar la cantidad de controles que se realizan, sin tener en cuenta que, en general, las mujeres de bajo riesgo suelen realizar consultas de control prenatal más tempranamente durante los primeros meses de embarazo. (10)

También se ha sugerido que quizás es posible brindar una atención más efectiva con menos consultas pero "orientadas a un objetivo", especialmente centradas en los elementos del control prenatal científicamente comprobados como efectivos y con un impacto sobre los resultados. Es muy probable que el modelo de consultas prenatales no represente un ahorro en los costos para los prestadores de salud; sin embargo, con este modelo, las mujeres podrían dedicar más tiempo y energía a otras actividades más útiles, y se dispondría de personal e instalaciones para otras actividades. (10)

Existen diferencias muy grandes entre los países latinoamericanos en la cobertura de atención prenatal y sus tendencias en el tiempo. Sin embargo, existe una tendencia general hacia su aumento. No sólo se observa el incremento de cobertura por personal médico y servicios hospitalarios, sino que en diferentes países se capacita a las parteras empíricas como una estrategia que refuerza los esfuerzos institucionales, en particular en áreas rurales. (11)

Conociendo la heterogeneidad en la calidad de la atención prenatal médica, cobra importancia la valoración de los efectos y calidad de la atención que las parteras empíricas realizan en países como Honduras y Guatemala, en donde el aumento de la cobertura de atención prenatal reposa de manera importante en las parteras empíricas. (11)

México ha otorgado gran importancia al equipo de salud de las mujeres embarazadas mediante esfuerzos orientados tanto a la atención específica de estas como a la ampliación de coberturas de los servicios institucionales de salud. (12)

La importancia de la atención prenatal se ha fundamentado en estudios que reportan, entre las mujeres que las reciben, menor riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer, menor probabilidad de prematuridad, mortinatos y complicaciones durante el embarazo y el parto, así como menor probabilidad de muerte materna. Además se ha señalado que estos efectos se encuentran en función no solamente en el hecho de acudir o no a consulta durante el embarazo, sino al inicio de las mismas y al número de consultas recibidas. (12)

La importancia de la morbilidad percibida durante el embarazo y su relación con la búsqueda de la atención médica se vuelve crucial en poblaciones de alto riesgo de mortalidad materna como es la indígena. (13)

Uno de los problemas que se ha identificado para el cumplimiento de los objetivos de la atención prenatal, como se ha mencionado anteriormente, es la incorporación tardía de la madre a los servicios de salud y la subsecuente realización de sus visitas. Esta decisión de ir o no al control prenatal por parte de la embarazada, podría encontrarse influida por los conocimientos, actitudes y actividades relacionadas con la atención a su embarazo, siendo posible que estos desempeñen un papel esencial para que la madre decida si durante el embarazo recibe atención médica y de ser así, en que etapa del mismo acudir. (14)

El aspecto cognoscitivo sobre la eficacia y el grado de beneficio que le ofrece la asistencia médica durante el embarazo se encuentra asociado al inicio temprano de la atención

prenatal. Las mujeres con actitudes negativas hacia la atención prenatal institucional tienen mayor probabilidad de utilizarlo en forma no satisfactoria. (15)

Las actitudes hacia la atención prenatal pueden considerarse como producto y proceso de una elaboración social de lo real. Son el resultado de lo que la mujer ha aprendido de su experiencia directa en embarazos previos o de la observación de este hecho en otras mujeres, con las que interactúa o como un producto de las comunicaciones alrededor del él en donde hay descripciones, atributos, cualidades o defectos atribuidos al control prenatal. (15)

Esto nos remite de nueva cuenta al papel que juegan las instituciones en estimular o desestimular a la mujer para la utilización de los servicios. Creando condiciones que transforman los servicios en ineficientes desde el punto de vista de las gestantes. Ante lo cual habría que identificar los factores que favorecen que ellas tengan pocas expectativas de lo que ofrece la atención prenatal. (16)

En este sentido se hacen las siguientes propuestas: promover el inicio temprano de la atención prenatal y su continuidad, considerando para el pronóstico individual los hallazgos encontrados para impulsar el trabajo colectivo en salud en la población blanco ya que los factores asociados a un control prenatal no satisfactorio son susceptibles de ser modificables a través de procesos educativos. Incrementar los estudios de salud, en particular los procesos de atención para identificar las condiciones que estimulan o inhiben la utilización de la atención prenatal, el conocer las debilidades con sistema, las posibilidades y las fortalezas, desarrollando un análisis que nos lleve a plantear nuevas estrategias de atención prenatal. Continuar acercándonos a la comprensión e la utilización de la atención prenatal institucional desde el enfoque de las ciencias sociales, mediante herramientas cualitativas. (17)

ANTECEDENTES

La OMS considera que solo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal. Otros estudios han revelado prevalencias de 69% y 38.8% , y una mediana de cuatro consultas por gestante. Entre los factores asociados a la baja adherencia al control prenatal se encuentran: la edad, los bajos ingresos, la multiparidad⁷, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico (18).

De otro lado, la adherencia del personal de salud a los protocolos se ve afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a la paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud (18).

Según datos de la UNICEF treinta de cada 100 mujeres de 15 a 40 años no reciben atención prenatal en todo el mundo, 46 en Asia meridional y 34 en África subsahariana. Los resultados de este problema incluyen trastornos hipertensivos del embarazo que pueden provocar enfermedades y la muerte, o casos de desnutrición o subnutrición que pasan desapercibidos. La anemia por carencia de hierro entre las mujeres embarazadas está relacionada con la muerte de 111.000 mujeres todos los años. Alrededor de un 17% de los recién nacidos en los países en desarrollo registraron bajo peso en 2003; estos bebés tienen 20 veces más probabilidades de morir en sus primeros años de vida. (19)

Mediante la promoción, la asistencia técnica y la financiación, UNICEF ayuda a las comunidades a prestar información a las mujeres y a sus familias sobre los síntomas que presentan las complicaciones del embarazo, el espaciamiento de los nacimientos, cuestiones

de nutrición y salud, y la mejora de la situación nutricional de las mujeres embarazadas para evitar el bajo peso al nacer y otros problemas. (19)

Para estudiar si los controles prenatales son adecuados, se han creado varios índices siendo el de Kessner el más utilizado. Este combina la edad gestacional, el tiempo de la primera visita prenatal y el número total de visitas y agrupa a los pacientes en 3 categorías: adecuado, intermedio e inadecuado. Se considera que debe haber cierto número de visitas de acuerdo con la semana gestacional. Se considera adecuado si la primera visita se establece antes de las 14 semanas, si el control prenatal comienza después de las 28 semanas se considera inadecuado. (20)

Tabla 5. Índice de Kessner⁽²⁰⁾

Nivel de cuidado/semana de gestación	Nº de visitas prenatales
● Inadecuado	
– 14 a 21	0 o no declarado
– 22 a 29	≤ 1 o no declarado
– 30 a 31	≤ 2 o no declarado
– 32 a 33	≤ 3 o no declarado
– 34 o más	≤ 4 o no declarado
● Adecuado	
– < 14	≥ 1 o no declarado
– 14 a 17	≥ 2
– 18 a 21	≥ 3
– 22 a 25	≥ 4
– 26 a 29	≥ 5
– 30 a 31	≥ 6
– 32 a 33	≥ 7
– 34 a 35	≥ 8
– > 35	≥ 9
● Intermedio	
– Otras combinaciones no descritas anteriormente	

Nota: Se considera CPN adecuado cuando la primera visita se establece antes de las 14 semanas. Si el CPN comienza después de las 28 semanas se considera inadecuado.

El Centro Nacional de Estadística en Estados Unidos, concluyo, en el año 2001, que el 12% de las mujeres americanas tenía un control prenatal inadecuado. Sin embargo este hallazgo dista diametralmente con los encontrados en otros países. Paredes y Cols. concluyen que 75.5% de sus pacientes estudiadas tenían un control inadecuado en Ecuador, de acuerdo al índice de Kessner. Las razones de las diferencias halladas son obvias y

dependen del tipo de población estudiada. Por ejemplo en Brasil, Rodríguez encontró una asociación negativa entre la residencia rural y la calidad del control prenatal. (20)

En Estados Unidos se calcula que los costos directos e indirectos de las secuelas del parto pretermino se encuentran entre 6 y 10 mil millones de dólares anualmente. Considerando el gran costo económico hospitalario y social que conlleva la presencia de fetos prematuros, se necesita mejorar los programas de salud ampliando la cobertura y haciendo más eficientes los controles prenatales en nuestra población. (20)

Para ello la OMS recomienda restringir a 4 el número de consultas prenatales. Esto puede reducir los costos en las mujeres en términos de tiempo, horas de trabajo, cuidados de los niños pequeños y gasto de transporte. Se deben hacer esfuerzos para enrolar al mayor número de gestantes, de manera de asegurar un cuidado gestacional aceptable, incidiendo en las de menor grado de instrucción, quienes están más propensas a tener controles prenatales inadecuados. (20)

Se evaluó la calidad de la atención prenatal en el área de salud “Mella”, municipio Julio Antonio Mella de la provincia de Santiago de Cuba durante el segundo semestre de 2009, con vista a lo cual se empleó la metodología propuesta por la Facultad de Salud Pública de La Habana para ello, relacionada con los componentes de una evaluación táctica (21)

El procedimiento 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, con independencia de algunas dificultades encontradas que deben eliminarse. (21).

En Brasil se realizó un estudio que investigó el rol de las actitudes maternas y las características sociales y demográficas sobre el uso adecuado de la atención prenatal en una muestra de mujeres de bajos ingresos del sur de Brasil. Los embarazos no planeados, la insatisfacción con el embarazo, la mayor paridad y el no convivir con el padre del hijo se relacionaron en gran medida con la atención prenatal inadecuada. (22)

Hubo un importante y marcado gradiente de ingresos asociado con la atención prenatal inadecuada dentro de esta población medianamente homogénea de bajos ingresos, la probabilidad de atención prenatal inadecuada aumentó considerablemente a medida que los ingresos disminuyeron. (22)

Los trabajos cualitativos futuros pueden ayudar a identificar los factores que contribuyen a la satisfacción materna durante el embarazo, así como también aquellos que actúan como barreras para la atención prenatal. Trabajos recientes han destacado la importancia de factores como la depresión materna en los primeros resultados nutricionales del niño (22).

Dentro de los países en vías de desarrollo encontramos al Perú, que hasta el 2007 se encontraba ubicado como el segundo país con la más alta tasa de mortalidad materna en Sudamérica y aun tiene una de las más altas en el mundo: 185 mujeres mueren por complicaciones del embarazo, parto y puerperio por cada 100 mil nacidos vivos; siendo las áreas con mayor ruralidad y pobreza las que reportan las cifras más altas. Esta condición indica que los servicios de salud materna y neonatal son mal o subutilizados debido a limitantes culturales o físicas, a las percepciones por parte de la comunidad sobre la calidad y la capacidad resolutoria de los servicios, a la falta de conocimiento y comprensión de los problemas que se producen durante el embarazo y que requieren atención sanitaria inmediata, y a la influencia en la toma de decisión de las comunidades para tomar las medidas necesarias y oportunas. (23)

En el Perú, la poca cobertura de primera atención durante el primer trimestre, partos institucionales, y partos por profesional calificado están asociados a mortalidad materna. Además los factores de calidad durante el control perinatal asociados a mortalidad materna demuestran limitaciones en el sistema de salud, como en los controles prenatales, donde se debe priorizar los momentos en que se realiza en vez de aumentar el número de controles.

Por ello es necesario un mayor compromiso del personal de salud calificado para disminuir las muertes maternas en los departamentos. Este compromiso se puede demostrar mejorando la accesibilidad a los servicios de salud para lograr una mayor cobertura de partos institucionales implementando alternativas en la prestación de servicios de salud como la “casa de espera”. (23).

En nuestro país en la última década –contrariamente a lo esperado, dado el notable incremento en la cobertura de los servicios prenatales y maternos– la mortalidad materna alcanzó cifras de 5.2 por 10 000 nacidos vivos registrados (NVR), como promedio anual, y se concentró en las regiones más pobres del país, en donde ocurrieron 70% de las muertes maternas. (24)

Otro estudio realizado en las algunas colonias de la ciudad de México revela la relación que existe entre la sintomatología percibida y la probabilidad de recibir una atención prenatal adecuada. (25)

En el estado de Chiapas, la atención prenatal resulta especialmente importante debido a que a pesar de los grandes esfuerzos desarrollados por el sector salud, la tasa de muerte materna continua siendo muy elevada particularmente entre la población indígena y marginada. Una tercera parte de las defunciones maternas en la entidad se deben a complicaciones del

embarazo no atendidas oportunamente, lo que las sitúa como causas de muerte prevenibles mediante una atención prenatal oportuna y adecuada. (26)

En un estudio realizado en el estado de Jalisco, la asistencia de las mujeres después del primer trimestre 22% resulto ser más alta que en los países desarrollados, pero más baja que en Cuba (27%), Puerto Rico (30%), Honduras (42%) y en zonas marginadas del estado de México(35.3%). (27)

La salud maternoinfantil continúa siendo uno de los grandes retos en el campo de la salud pública. En los proyectos que forman parte de la Revisión de la Atención Primaria de la Salud (RAPS) realizados en el contexto de la región fronteriza entre México y los Estados Unidos a principios de la década 1990–2000, la atención maternoinfantil fue identificada como una de las áreas de mayor interés para la investigación colectiva binacional, junto con la salud del adolescente y la salud ambiental y ocupacional. (28)

Como en la mayoría de los países en desarrollo, la mortalidad perinatal en Tijuana es alta y en 1997 la tasa de mortalidad perinatal registrada fue de 21,1 defunciones por 1 000 nacidos vivos. Según los resultados de uno de los escasos estudios sobre la mortalidad infantil en Tijuana, más de la mitad (61,12%) de las muertes infantiles en esta ciudad ocurren durante el período perinatal I (entre la semana 28 de la gestación y el día 7 después del nacimiento). (28)

Estudios norteamericanos realizados en la población hispana que reside cerca de la frontera con México coinciden en señalar que en esa zona las mujeres que han nacido fuera de los Estados Unidos y particularmente las que tienen poco tiempo de haber inmigrado o las que hablan español exclusivamente, suelen tener una baja cobertura de atención prenatal por motivos culturales, económicos y educacionales y por influencia de factores propios del

sistema de salud. Entre estos últimos figuran los largos tiempos de espera y la pobre relación entre médico y paciente. (28)

Durante la década pasada, la tasa de mortalidad infantil (de menores de un año) en México mostró un descenso significativo a expensas de la reducción de la mortalidad posneonatal (de niños de 1 a 12 meses de edad), mientras que la mortalidad neonatal (de menores de un mes) permaneció uniforme. Se observó un aumento de las malformaciones congénitas y trastornos perinatales, que en algunos estudios se han asociado con la calidad de la atención prenatal y obstétrica. (28)

En México, se puso en marcha la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, enfatizando las dimensiones técnica e interpersonal propuestas por Donabedian. Entre las 90 líneas de acción delimitadas por esta cruzada, se propuso mejorar los aspectos técnicos de la atención, garantizar el abasto oportuno de medicamentos, asegurar el trato digno a los pacientes y ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y todos aquellos que participan en los procesos de atención a la salud.

Para ello, el sector salud planteó dos grandes acciones: por un lado, ofrecer trato digno, tanto a los usuarios de los servicios de salud como a sus familiares y, por otro, mejorar constantemente la calidad técnica de la atención médica.¹⁴ Esta calidad ha sido definida por la Secretaría de Salud con base en resultados, indicadores (tiempo de espera, recetas surtidas y porcentaje de usuarios satisfechos) y atención médica efectiva, eficiente, ética y segura.(29)

Por lo general, existe un acceso segmentado de las mujeres a los servicios de salud, lo que ha provocado un gran traslape entre las poblaciones cubiertas por uno y otro sector: el de la seguridad social, el sector público y el privado. En la realidad, las usuarias utilizan más de

un componente del sistema nacional de salud. La atención privada de la salud se ha desarrollado al margen de las políticas oficiales y representa 50% del gasto total en salud. (29)

En estudios previos sobre la calidad de atención prenatal, se ha señalado la necesidad de tomar en cuenta más directamente las consideraciones de las usuarias, como se indicó en estudios que mostraron una apreciación baja de la calidad de control prenatal en Chihuahua.

En uno de los estudios se reportó que la calidad de la atención prenatal fue calificada como baja en 36,3% de la población en estudio. Otra investigación, efectuada también en la ciudad de Chihuahua con mujeres embarazadas, mostró que 62% de las mujeres entrevistadas consideraban que el trato médico en la consulta prenatal no fue del todo bueno. Así que tenemos una población de mujeres embarazadas, derechohabientes de diversos subsistemas del sector salud, que no están satisfechas con la calidad técnica de la consulta prenatal ni con el trato médico.(29)

Se realizó una investigación en el año 2006, que abordó la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las usuarias de los subsistemas principales del sistema de salud en la ciudad de Chihuahua, México. Los resultados dieron cuenta de los aspectos importantes para las mujeres, en términos de satisfactores, en el momento de acudir a las instituciones de salud para su atención prenatal. Estas mujeres presentan una predilección por obtener “orientación plena en cuanto a los cuidados” y un trato que vislumbre respeto e “interés de los médicos por sus emociones y sentimientos”. También critican la condición de las clínicas y los medicamentos surtidos. (29)

En México, la evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en la década de los ochenta, a partir de la introducción del concepto de garantía de calidad. Algunos de los primeros ejemplos de este tipo de programas en América Latina fueron los desarrollados en el Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud de México y en la Unidad

de Estudios sobre la Calidad de la Atención a la Salud, del Instituto Nacional de Salud Pública. (25)

En el estado de Veracruz, la tasa de mortalidad perinatal ha mostrado un descenso por debajo de la media nacional: de 15.8 en 1998 a 9.5 en el 2002, sin embargo es prioritario mejorar la calidad de la atención prenatal ya que existen diversos estudios de investigación cuyos resultados establecen una relación directa entre una inadecuada calidad de la atención prenatal y la mortalidad perinatal. (26)

De acuerdo con las propuestas clásicas de Donabedian, los resultados y los procesos de la atención son elementos esenciales para evaluar su calidad. Los indicadores utilizados en el proceso de evaluación, según este autor, pueden ser de estructura, proceso o resultado, según se refieran: a) a los recursos y su organización, en el primer caso; b) a las relaciones establecidas entre los proveedores y los pacientes, en el segundo; o c) a los cambios en el estado de salud del paciente, en el tercero. (26)

Recientemente se acepta que la calidad de la atención sea evaluada desde la perspectiva de los pacientes, constituyendo así un importante elemento en el desarrollo de los servicios de salud. (26)

JUSTIFICACION.

El control prenatal constituye la base del bienestar materno-fetal y predice el pronóstico de la mujer embarazada.

Las deficiencias en la atención clínica durante el embarazo constituyen factores desfavorables que afectan de manera negativa el desarrollo de una gestación normoevolutiva.

Las principales causas de la mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

También es importante destacar el papel de los costos hospitalarios como consecuencia de complicaciones durante el embarazo que pudieron ser prevenibles al contar con un adecuado control prenatal. Existen varios indicadores que permiten determinar si el control prenatal otorgado por las autoridades de la salud es adecuado, algunos comentan que el número de visitas prenatales es un indicador, sin embargo se han propuesto modelos de atención prenatal que destacan por ejemplo, un número de 4-5 consultas prenatales que bastarían para denominar una atención prenatal de calidad, esto fundamentado no en la cantidad de citas de control sino en la calidad de la atención médica desde el trato, hasta brindar una atención de calidez que permita la satisfacción de las usuarias. Por ello cada

vez es más importante hacer énfasis en la relación médico - paciente que es primordial y der gran influencia en la subsecuencia del control prenatal, ya que se ha establecido en algunos estudios que muchas veces no es el tiempo de espera, ni la infraestructura hospitalaria sino el papel que se le da a la mujer como participante activa de su propio embarazo, al existir una interacción adecuada entre el médico y la paciente.

Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de la atención prenatal otorgada a las mujeres embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 73?

HIPOTESIS

Hipótesis alterna

La percepción de la calidad del control prenatal se percibe como buena en un 68% de los casos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la calidad de la atención prenatal brindada por el médico familiar a la población embarazada de bajo riesgo derechohabiente del primer nivel de atención de la UMF 73 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer el grado de calidad de la atención prenatal otorgada en la UMF 73.
- Describir los factores condicionantes que determinan el inicio y/o la subsecuencia del control prenatal.
- Determinar las causas por las cuales no acuden a control prenatal las pacientes remisas.
- Identificar las causas por las cuales las pacientes llevan su control prenatal fuera del IMSS.

MATERIAL Y METODOS

POBLACION

Mujeres embarazadas derechohabientes de cualquier rango de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73 de Poza Rica, Ver, que acudan a control prenatal en dicha unidad médica en el turno Vespertino durante los meses de marzo a diciembre de 2012.

ESTIMACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se procede al cálculo de la muestra de estudio en base al número de mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal a la UMF 73 turno vespertino durante los meses de marzo a diciembre de 2012.

Población total de mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal a la UMF 73 turno vespertino durante los meses de marzo a diciembre de 2012:

1era vez= 295 Subsecuentes: 2889 total= 3184

Tamaño de la muestra: 343, nivel de confianza: 95%.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres embarazadas catalogadas como de bajo riesgo
- De 18 a 35 años de edad
- Derechohabientes del IMSS
- Adscritas a la UMF 73 en el turno vespertino
- Cualquier escolaridad
- Cualquier estado civil.
- Cualquier ocupación.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Mujeres embarazadas catalogadas como de alto riesgo.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que siendo incluidas en el estudio no llenen adecuadamente la encuesta aplicada

DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA

Se realizó un Instrumento tipo Encuesta adaptado de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio” y la Guía de Practica Clínica “Control Prenatal con Enfoque de Riesgo”, que incluyó nuestras variables de interés para medir la calidad de la atención otorgada a la mujer embarazada en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 73 del IMSS.

Dichas encuestas estaba compuesta de dos partes; la primera de 13 ítems de aspectos sociodemograficos para la obtención de datos personales de identificación de la persona encuestada tales como: nombre, numero de afiliación, domicilio, teléfono, lugar de procedencia, edad, UMF de adscripción y turno, ocupación (en la cual se dieron opciones para señalar: ama de casa, comerciante, profesionista y otros), escolaridad (con las opciones: Ninguna, saber leer y escribir, primaria, secundaria, bachillerato, nivel técnico y profesionista), estado civil (con las siguientes opciones a señalar: soltera, casada, divorciada, unión libre, viuda y separada), número de embarazos, edad gestacional, terminación de embarazos anteriores (señalando si fue parto, cesárea o aborto) y enfermedades asociadas en el embarazo.

Así mismo la segunda sección consto de 15 ítems relacionados con las actividades a realizar durante el control prenatal los cuales incluyeron: medición de peso, talla y tensión arterial, orientación sobre vacunas y aplicación de esquemas, calculo de edad gestacional, medición de fondo uterino, auscultación de frecuencia cardiaca fetal, solicitud e interpretación de exámenes complementarios, detección y tratamiento de enfermedades tales como anemia e infecciones urinarias, prescripción de fumarato ferroso y acido fólico,

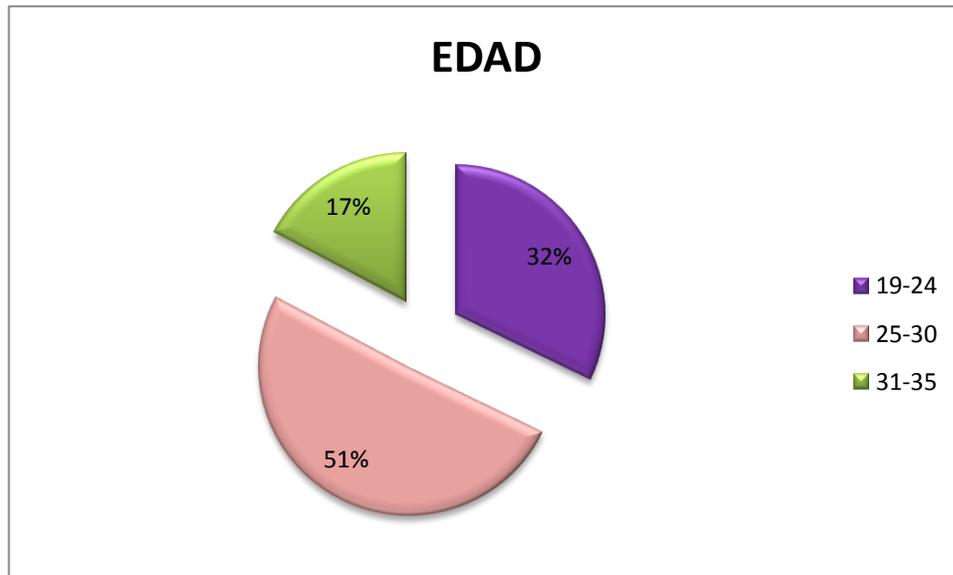
explicación de riesgos y complicaciones del embarazo, orientación sobre lactancia materna, orientación sobre signos y síntomas de alarma obstétricos, consejería sobre planificación familiar, trato recibido por el médico y si la paciente llevo su control prenatal por medio privado, todas las anteriores tuvieron como opción de respuesta Si o No , mientras que los últimos 2 ítem contenían como opciones cordial, grosero o indiferente y pena , desconfianza, trato u otros, respectivamente.

Una vez elaborado, se imprimieron 350 formatos de encuestas para la aplicación de las mismas a nuestra población de estudio, durante los meses de Marzo a Diciembre de 2012, las cuales contaron con consentimiento informado, requisitado y firmado por las mujeres embarazadas participantes en este estudio, se solicito un censo del total de mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en la UMF 73 al servicio de ARIMAC de la UMF 73, enfocándonos exclusivamente en el turno vespertino y captaron a las embarazadas durante la consulta de Medicina Familiar así como en las reuniones de Trabajo Social para la aplicación del estudio; acudiendo personalmente a la Unidad Médica para aplicar las encuestas a nuestra población de estudio.

Posteriormente una vez aplicadas todas las encuestas, fueron revisadas detenidamente de tal forma que fueron descartadas aquellas que no cumplieron los criterios de inclusión. Se realizo una base de datos de las encuestas satisfactorias en formato de hoja de cálculo Excell y se exportaron al programa de Estadística 2004 para su procesamiento estadístico, el cual consistió en estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes de las variables de nuestro estudio, y estadística exploratoria con gráficos de pastel para la ilustración y comprensión de los datos.

RESULTADOS

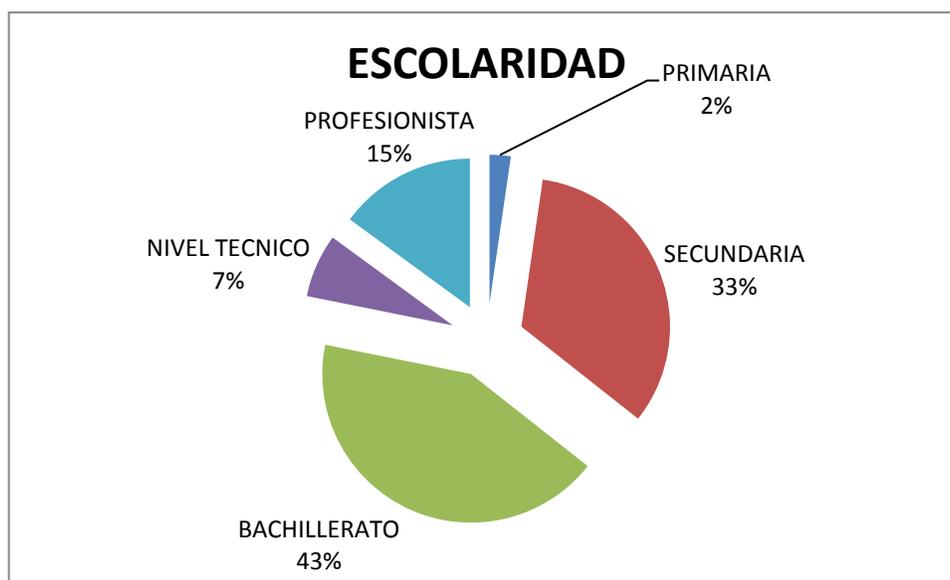
Grafica 1. Edad de las mujeres embarazadas de la UMF 73



Fuente: Encuesta Control Prenatal UMF 73

En la Grafica 1 se esquematizan los rangos de edad de las mujeres que participaron en el estudio, observando un 51% de mujeres embarazadas entre los 25-30 años de edad, el 32% corresponde a edades entre los 19-24 años y el 17% a mujeres entre los 31-35 años de edad.

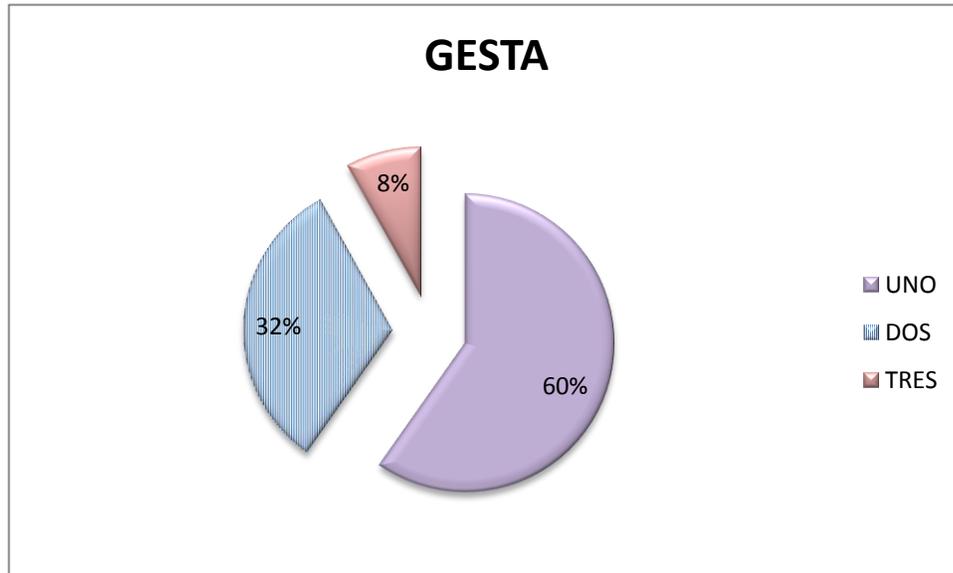
Grafica 2. Escolaridad en mujeres embarazadas en la UMF 73



Fuente: Encuesta Control Prenatal UMF 73

En la grafica 2 podemos observar que la mayoría de las mujeres encuestas tienen una escolaridad de bachillerato, representando el 43% de la población, el 33% de la población curso la secundaria, el 15% es profesionista, el 7% estudiaron carreras de nivel técnico, mientras que solo el 2% representa un nivel educativo del primaria, que equivale a la minoría.

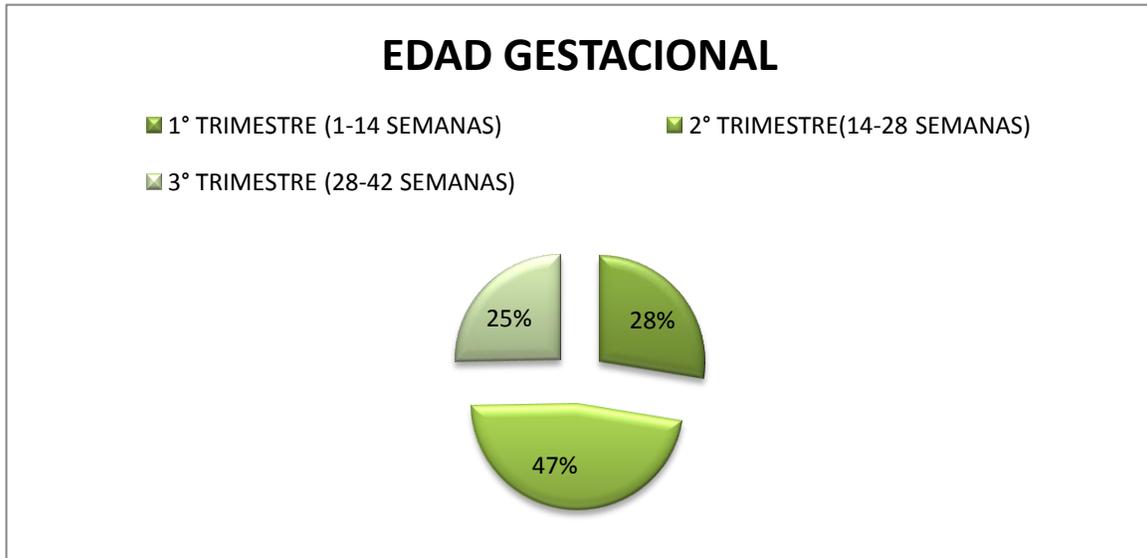
Grafica 3. Numero de embarazo en las mujeres encuestadas de la UMF 73.



Fuente: Encuesta Control Prenatal UMF 73

La grafica 3 ilustra que más de la mitad de la población encuestada era multigesta, representando el 60% de la población con 3 embarazos al momento de la realización del estudio, el 32% eran secundigestas y solo el 8% cursaron con el primer embarazo.

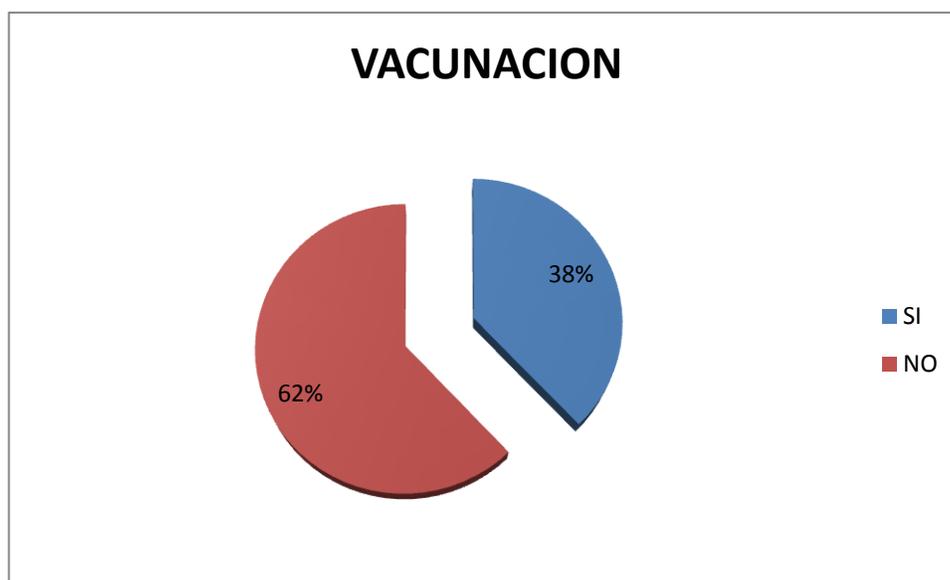
Grafica 4. Edad gestacional de mujeres embarazadas de la UMF 73



Fuente: Encuesta Control Prenatal UMF 73

La grafica 4 nos esquematiza que el 47% de la poblacion se encontraba en el 2º trimestre de embarazo, es decir, entre la semana 14 y 28, mientras que el 28% se encontraba en el primer trimestre que abarca de la semana 1 a 14 de gestacion y el 25% en el tercer trimestre de gestacion, es decir, entre las semanas 28-42.

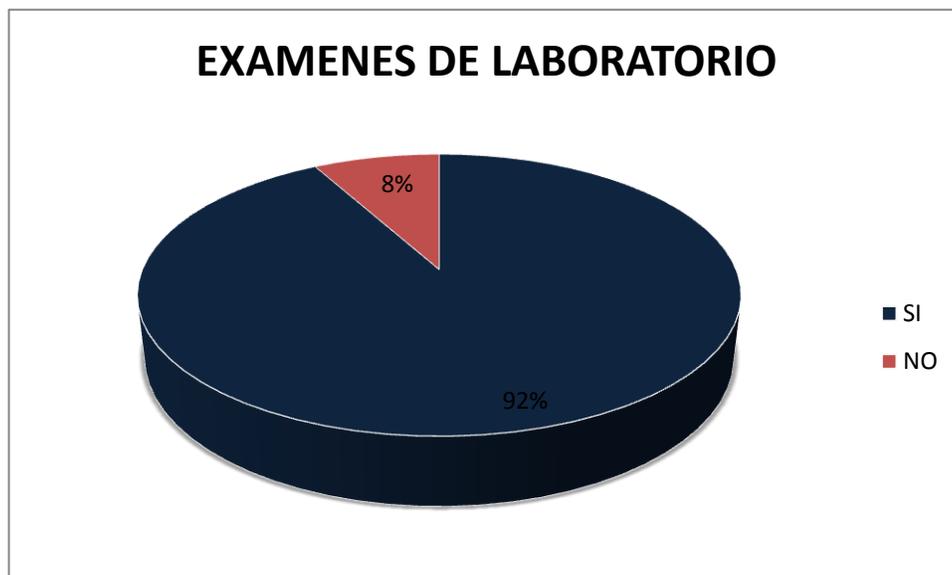
Grafica 5. Orientación sobre vacunación durante el embarazo



Fuente: Encuesta Control Prenatal UMF 73

En la grafica 5 se representa que solo el 38 % de la población recibió información adecuada sobre la aplicación de vacunas correspondientes durante el embarazo, mientras que el 62% de la población encuestada no recibió asesoría de los esquemas de vacunación que deben aplicarse durante la gestación.

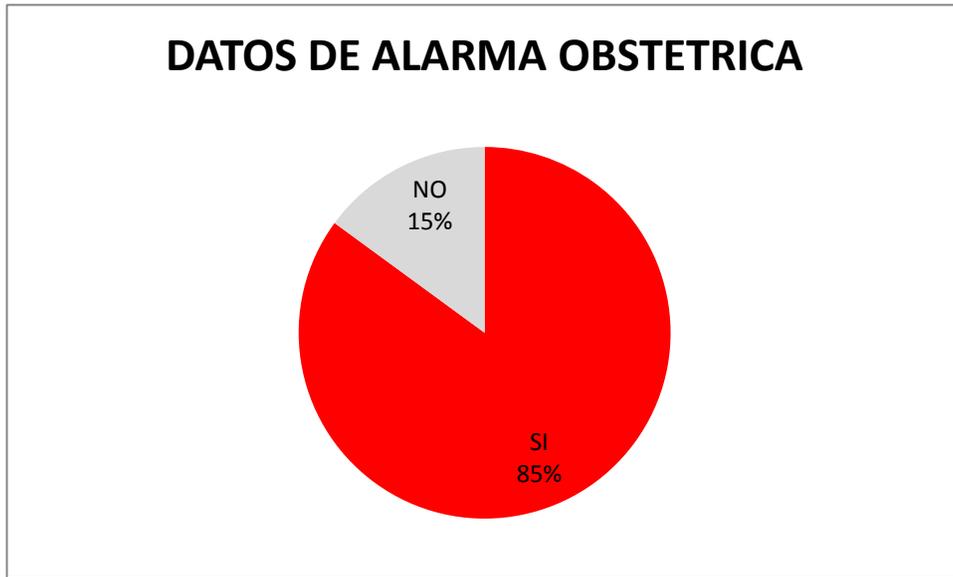
Grafica 6. Auxiliares de diagnostico solicitados a las mujeres embarazadas de la UMF 73.



Fuente: Encuesta Control Prenatal UMF 73

En la grafica 6 podemos observar que en el 92% de la poblacion se solicitaron examenes de laboratorio y gabinete mientras que en el 8 % no se solicitaron, lo cual nos indica la importancia de estos auxiliares

Grafica 7. Orientación sobre datos de alarma obstétrica en la UMF 73



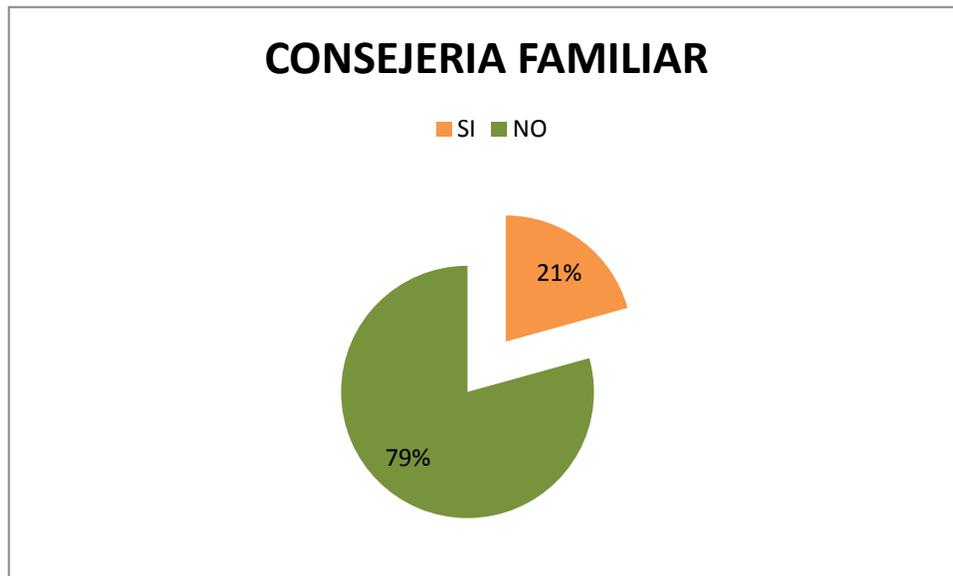
En la grafica 7 se ilustra que el 85% de la población recibió información sobre los datos de alarma durante el embarazo, mientras que el 15% de las mujeres embarazadas refirió no haber sido orientada al respecto.

Grafica 8. Orientacion sobre lactancia materna en la UMF 73



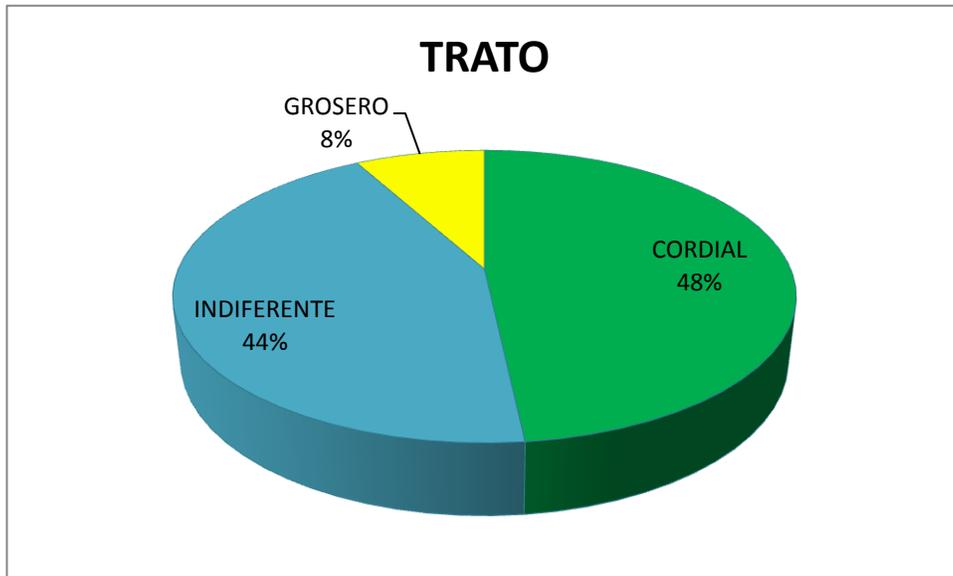
En la grafica 8 se representa que el 80% de la poblacion que participo en el estudio no recibio orientacion sobre la lactancia materna, mientras que solo el 20% fue informada sobre el tema.

Grafica 9. Consejería sobre planificación familiar en la UMF 73



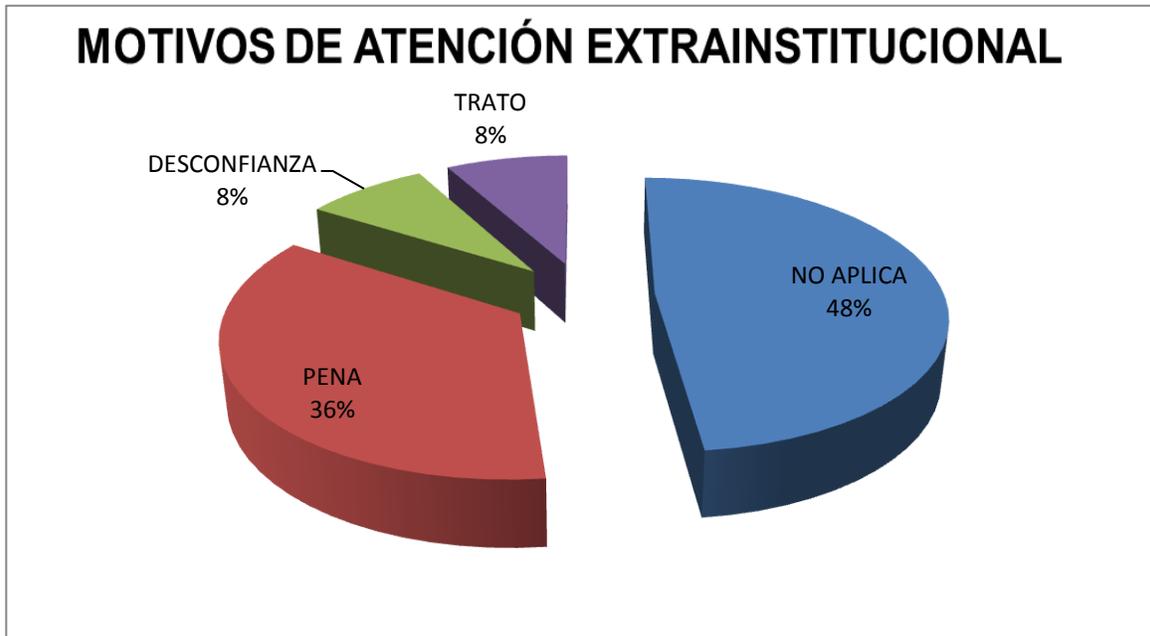
En la grafica 9 se ilustra que el porcentaje de la población estudiada que recibió consejería sobre métodos de planificación familiar fue del 79%, mientras que el 21% de la población no recibió orientación en planificación.

Grafica 10. Trato recibido hacia las mujeres embarazadas en la UMF 73



En la grafica 10 se esquematiza el trato recibido hacia las mujeres embarazadas que participaron en nuestro estudio, refiriendolo de tal manera: el 48% recibio un trato cordial, el 44% lo mencionaron como trato indiferente y el 8% lo indican como trato grosero por parte del personal medico.

Grafica 11. Motivos de atención prenatal extrainstitucional



En la grafica 11 se esquematizan los motivos por los cuales las pacientes embarazadas acudieron a control prenatal extrainstitucional, destacando que el 36% fue por pena, el 8% por desconfianza, 8% por trato y el 48% continuaron su control institucional.

Con respecto a la prescripción de ácido fólico y fumarato ferroso así como la medición de signos vitales, estas variables se cumplieron en el 100% de las pacientes, mientras que la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal en 54% de las pacientes se realizó, mientras que en el 29% no se realizó y en 17% no aplicaba esta variable por no ser valorable para la edad gestacional.

DISCUSION

La atención prenatal constituye la base fundamental en el desarrollo del embarazo, de ella depende la prevención, detección oportuna y el tratamiento de los riesgos y complicaciones durante la gestación.

Debido a ello se han desarrollado múltiples lineamientos, normas y guías clínicas para estandarizar y unificar criterios que garanticen y promuevan un embarazo normoevolutivo y un buen desenlace del mismo, con una serie de acciones ya establecidas y vigentes en nuestros días.

Sin embargo dentro de la calidad de la atención también debemos tomar en cuenta no solo el aspecto médico y científico, sino también la calidez con la que se brinda dicha atención, incluyendo el trato, indiscutiblemente como parte de la relación médico-paciente.

Por lo tanto no debemos dejar de lado la parte humanística de nuestra profesión, en este caso hacer énfasis en la ética médica no tan solo en el aspecto clínico, pues es importante no solo en la valoración inicial de la mujer embarazada sino en la atención subsecuente y otorgar un ambiente afectivo con orientación clara y sencilla hacia las pacientes.

CONCLUSIONES

La atención prenatal brindada en las mujeres embarazadas de la UMF 73 se considera como un indicador predictivo importante en la prevención y detección de complicaciones en el embarazo. Por ello el apego a los lineamientos establecidos nos permite determinar si es adecuada o inadecuada.

Dentro de las variables de nuestro estudio se observó que el rango de edad predominante fue entre los 25-30 años de edad en un 40% de la población. El nivel de estudios que predominó de la mayoría de las pacientes encuestadas fue el de bachillerato con un 37%. En cuanto al número de embarazos observamos que el 60% de las mujeres cursaban con 3 gestas al momento del estudio. En cuanto a la edad gestacional, el 47% se encontraba en el 2º trimestre de embarazo (14-28 semanas).

Con respecto a la prescripción de ácido fólico y fumarato ferroso así como la medición de signos vitales, estas variables se cumplieron en el 100% de las pacientes, mientras que la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal en 54% de las pacientes se realizó, mientras que en el 29% no se realizó y en 17% no aplicaba esta variable por no ser valorable para la edad gestacional.

En cuanto a la orientación sobre los esquemas de vacunación en el embarazo, solo el 38% recibió la información adecuada al respecto, lo cual nos habla de una información inadecuada en este tema. En cuanto a la orientación sobre los datos de alarma obstétrica el 85% fueron informadas sobre los signos y síntomas, mientras que el 15% refirió no haber recibido información al respecto.

En cuanto a la orientación sobre lactancia materna solo el 20% de la población encuestada recibió información concerniente al tema, por lo cual habrá que dar mayor énfasis al respecto. Así mismo en cuanto a la consejería sobre planificación familiar solo el 21% recibió orientación sobre los métodos de planificación familiar, mientras que el 79% no recibió asesoría. En relación al trato recibido por las mujeres embarazadas, el 48% lo refirió como cordial, el 44% como indiferente y el 8% como grosero.

De acuerdo a lo anterior existen varios aspectos relacionados con la información otorgada por el personal de salud en relación a la planificación familiar, lactancia materna y los esquema de vacunación en el embarazo, que deben reforzarse al igual que considerar un mejor trato hacia las pacientes, ya que es un factor importante en la subsecuencia del control prenatal. Sin embargo, en general, se considera como una adecuada calidad de la atención prenatal otorgada en la UMF 73 pero que podría mejorarse entre todo el equipo de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Mauricio García Fabián. "Los determinantes de la calidad de la atención en salud: el caso del control prenatal". *Coyuntura Económica*, Vol. XXXIX, No. 2, segundo semestre de 2009, pp. 61-97. Fedesarrollo, Bogotá – Colombia.
2. Lomuto Celia, Schwarcz Ricardo, Uranga Alfredo, et al. "El cuidado prenatal guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal". Ministerio de Salud de la Nación 2001.
3. Guiza- Salazar Ingrid Johana, Mora- Merchan Mayra Alejandra, Moya-Plata Delia." Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno-infantil". *Cuidarte Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES*. 21 de septiembre de 2010.
4. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. "Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México".
5. Martínez, PC. ,Ramos Frausto, VM, Rico Venegas, RM. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. *Revista electrónica bimestral de enfermería*. Núm. 27. Julio 2012. Pp. 397-407.
6. Bronfman-Pertzovsky M, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C. , Moreno-Altamirano A. "Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias." *Salud Publica Mex* 2003; 45: 445-454.

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.
8. Guía de práctica clínica del IMSS. “Control prenatal con enfoque de riesgo.” Julio 2009.
9. Carroli G , Khan Neelofur D , Gülmezoglu M , Piaggio G, Villar J. “Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión)”. The Cochrane Library Número 4, 2007.
10. Buekens P., Hernandez P., Infante C. “La atención prenatal en America Latina.” Salud Publica. Mex 1990; 32: 673-684.
11. Aguilar Barradas M.R, Caballero Leal L. A., Guevara Arenas J. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. Revista Médica del IMSS. Vol. 43, núm. 2, marzo-abril 2005.
12. Hernandez Leyva B., Trejo y Pérez J.A., et al. “Guía clínica para la atención prenatal”. Revista Médica del IMSS. Vol. 41. Supl. 1. 2003

13. Briones Garduño J.C., Meneses Calderon J. et al., "Control prenatal en el medio rural". Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 51, núm. 5. Septiembre octubre, 2008.
14. Garza Elizondo M.E., Nuñez rocha G. et al, "Costo de la atención prenatal: Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Chilena Obstetricia Ginecología. Vol. 72, núm. 5 , pp. 298- 303. 2007
15. García Peña MC , Martínez González L. , Reyes-Fausto S.. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social". Salud Publica Mex 1996. Vol. 38. Núm. 5. pp. 341-351.
16. Beltrán Avendaño M.A. Ortiz Serrano R. "Modelo de atención prenatal de bajo riesgo." MED UNAB. Vol. 8. Núm. 2. Agosto 2005.
17. Tipiani Oswaldo, Tomatis Cristina. "El Control Prenatal y el desenlace maternoperinatal". Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol.52. No. 4. Octubre-noviembre 2006. Págs. 247-252.
18. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFAP y el BANCO MUNDIAL". Organización Mundial de la Salud, 2008
19. Caceres-Manrique Flor de María. "El control prenatal: Una reflexión urgente". Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 60. Núm. 2. 2009. (165-170).

20. Del Valle García Nancy, Del Valle Llagostera Juan Guillermo, Plascencia Asorey Carolina, et al. “Calidad de la atención prenatal en el área de Mella”. MEDISAN 2010;14(5):641.
21. Olinto María Terea, G. Bassani. Diego, J. Surkan Pamela. “Uso inadecuado de los servicios prenatales entre las brasileñas: el rol de las características maternas”. Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2010, pp.10–15.
22. Bobadilla Renato, Calzado Jaime, Luzuriaga Iris, et al “Ética en el control perinatal en relación a mortalidad materna en el Perú, 2007 “ Revista ANACEM. Vol. 6. No. 1, 2012. Pp. 23-28
23. Belitsky Rubén, De Mucio Bremen, Delgado Luis R., et al. “ Salud reproductiva materna perinatal. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo”. Centro de Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud. Publicación científica CLAP No. 1321.01.
24. “Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Comisión nacional de arbitraje medico”. Comisión Nacional de Arbitraje Medico.
25. Aguilar Ruiz C.M., Estrada Arévalo A.R. , Mariaca Méndez R. et al. “Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México”.

Población y salud en Mesoamérica. Revista electrónica. Vol.4, núm. 1, art. 3. Julio-diciembre 2010.

26. Aldrete Rodríguez MG, Alfaro Alfaro N., Cabrera Piraval C.E. “Atención prenatal: conocimientos, actitudes y cuidados alternativos en Jalisco”. Investigación en Salud, abril, año/vol. III, núm. 001. Universidad de Guadalajara, Guadalajara México, pp. 34-44.

27. Ávila H., Bacardi M., Caraveo V.E., et al. “La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México”: Revista Panamericana de Salud Publica. Vol. 7. Núm. 2, 2000.

28. Camarena L, von Glascoe C. “Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México”. Rev. Faca. Nac. Salud Pública. 2007; Vol.25(1): págs. 40-49

29. Vazquez-Lopez E, Boschetti -Fentanes E, 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 Mex 2005; 7 (2):57-60.

ANEXOS

CUESTIONES ETICAS

REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

“Calidad de la Atención Prenatal en la Unidad de Medicina Familiar núm. 73 del IMSS Poza Rica, Ver”

FOLIO: F-2013-3005-6

REGISTRO: R-2013-3005-14



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Calidad de la atención prenatal en la unidad de medicina familiar No. 73 IMSS Poza rica Veracruz
Patrocinador externo (si aplica):	-----
Lugar y fecha:	Poza Rica de Hgo, Veracruz. A ___ de _____ del 20__.
Número de registro:	-----
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la calidad de la atención prenatal brindada por el médico familiar a la población embarazada derechohabiente de la UMF 73 Poza Rica Veracruz
Procedimientos:	Aplicación de encuestas
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir una atención de calidad en sus consultas de control prenatal.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	Según el art. 100 de la ley general de salud, describe que el profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.
Privacidad y confidencialidad:	Según el art. 16 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____
Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Yareni Bello Sanchez Matricula:98311753 Médico residente de la Especialidad de Medicina Familiar UMF 73 Poza Rica Veracruz

Colaboradores: Dra. Teresa Martínez Ortiz Matricula: Médico Especialista en Medicina Familiar, Jefa de Departamento Clínico UMF No. 73 Poza Rica, Ver
Dra. Susana Escamilla Roque Matricula: 10106065 Jefa de enseñanza e Investigación UMF 73 Poza Rica, Ver.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

FORMATO DE ENCUESTA DE APLICACIÓN PARA EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION “CALIDAD DE LA ATENCION PRENATAL EN LA UMF 73”.

El siguiente cuestionario contiene una serie de preguntas relacionadas con la calidad otorgada durante el control prenatal en cada una de las consultas a las que usted ha acudido, POR FAVOR, trate de contestar todas las preguntas con letra clara y legible. Toda la información que usted proporcione será de carácter CONFIDENCIAL y no afectara en ningún momento su persona ni la atención que reciba, esto nos permitirá mejorar la atención medica proporcionada a todas las mujeres embarazadas. Gracias por su participación. En algunas preguntas señale con una cruz la opción que corresponda a su situación.

ENCUESTA 1.

INSTRUCCIONES: Llene adecuadamente cada espacio con sus datos de manera correcta con letra clara y legible, así mismo marque la respuesta correcta dentro de cada paréntesis con una cruz X.

1	Nombre	
2	Numero de afiliación	
3	Domicilio actual	
4	Teléfono (particular y/o celular)	
5	Lugar de procedencia	
6	Edad	
7	Numero de consultorio y turno	
8	Ocupación	1. Ama de casa () 2. Comerciante () 3. Profesionista () 4. Otros: _____
9	Escolaridad	1. Ninguna () 2. Sabe leer y escribir () 3. Primaria () 4. Secundaria () 5. Bachillerato () 6. Nivel técnico () 7. Profesionista ()
10	Estado civil	1. Soltera () 2. Casada () 3. Divorciada () 4. Unión libre () 5. Viuda () 6. Separada ()
11	Numero de embarazo actual	
12	Semanas o meses de embarazo que cursa actualmente.	
13	Si no es su primer embarazo, indique la terminación de embarazos anteriores (parto, cesárea o abortos)	1. Parto vaginal () 2. Cesárea () 3. Aborto ()

ENCUESTA 2.

INSTRUCCIONES: Marque con una "x" la opción que corresponda en su caso.

14	¿Durante la consulta de control prenatal se le tomo la presión arterial, peso y talla?	SI () NO ()
15	¿Se le explico sobre las vacunas que debe recibir durante el embarazo?	SI () NO ()
16	¿Se le dijo cuantas semanas o meses de embarazo tiene?	SI () NO ()
17	¿El médico le solicitó exámenes de laboratorio y ultrasonido?	SI () NO ()
18	En las siguientes citas de control ¿ el médico reviso los resultados y se los comento?	SI () NO ()
19	Si en sus resultados usted presentó alguna enfermedad ¿el médico le otorgó tratamiento?	SI () NO ()
20	¿Se le otorgo Fumarato ferroso y acido fólico durante el embarazo?	SI () NO ()
21	Si usted cursa con 5 meses de embarazo o más, ¿el médico escucho el latido del corazón del bebe?	SI () NO ()
22	Si usted cursa con 5 meses de embarazo o mas ¿Se le realiza medición de su abdomen con cinta métrica en cada consulta?	SI () NO ()
23	¿Se le explicaron cuales son los datos de alarma durante el embarazo?	SI () NO ()
24	¿Se le explicaron los posibles riesgos y complicaciones del embarazo?	SI () NO ()
25	¿Se le dio orientación sobre la lactancia materna?	SI () NO ()
26	¿Se le oriento sobre los métodos de planificación familiar?	SI () NO ()
27	¿Cómo considera el trato recibido por el médico durante su control prenatal?	Cordial () Grosero () Indiferente ()
28	Si usted lleva control a nivel privado, ¿Qué la motivo a llevar su control en otra institución?	Pena () Desconfianza () Trato () Otros: