

CALIDAD DE LA ATENCION A EMBARAZADAS Y PUERPERAS EN UN AREA DE SALUD. GUANTANAMO, 1998.

Dra. Elena A. Maynard Abreu¹, Dr. Iván González Rodríguez², Dra. Mercedes Samón Leyva³, Dra. María Mercedes Delgado Delgado⁴.

RESUMEN

Se realiza una evaluación descriptiva sobre la calidad de la atención a la embarazada y puerpera en la Policlínica Docente "4 de Abril" del municipio de Guantánamo durante el período enero-abril de 1998. Se organizó un grupo de expertos, quienes precisaron criterios, indicadores y estándares para evaluar la calidad científico-técnica como dimensión. El proceso se abordó aplicando un examen de competencia profesional y auditoría a las historias clínicas. La satisfacción de la puerpera fue considerada como indicador de resultado. Los datos fueron procesados y se determinaron los valores porcentuales con ayuda del paquete estadístico EpiInfo Versión 6.0. Los indicadores observados fueron comparados con el estándar establecido. Se encontró que las dificultades principales que afectaron la atención de la embarazada y puerpera se relacionan fundamentalmente con equipo e instrumental en mal estado, inadecuada competencia profesional, dificultad con la indicación y registro de exámenes complementarios. Se comprobó insatisfacción de la puerpera con la atención recibida. Se recomienda integrar esta evaluación con la valoración del desempeño profesional y diseñar el proyecto de intervención capacitante.

Palabras clave: SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA; CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD; EMBARAZO; PUERPERIO.

¹ *Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesor Auxiliar de Bioestadística y Computación. Metodóloga de Investigaciones, Vicedecanato de Investigación y Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.*

² *Especialista de I Grado en MGI. Profesor Asistente. Jefe Dpto. de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.*

³ *Especialista de I Grado en MGI. Máster en Atención Primaria de Salud, Policlínico "Asdrúbal López", Guantánamo.*

⁴ *Especialista de I Grado en MGI. Profesor Instructor, Policlínico "Asdrúbal López", Guantánamo.*

INTRODUCCION

En Cuba durante la década de 1970 a 1980 surge el programa de atención integral a la mujer y el programa para la reducción de la mortalidad infantil el cual ha sufrido modificaciones, perfeccionándose hasta constituirse el programa materno infantil (PAMI) que incluye entre sus objetivos básicos la atención a la embarazada y puerpera.¹

En 1984 se creó el modelo del médico y enfermero de la familia como expresión más alta del sistema de salud en general y del subsistema de atención primaria en particular. Como parte de la atención prenatal en los consultorios del médico de la familia se realiza la captación, evaluación y reevaluación, entre otros controles, a todas las embarazadas pertenecientes a su área de acción y, a la vez, se ofrece un seguimiento a la mujer después del parto, con el fin de contribuir a una evolución favorable durante el período puerperal, además de garantizar que se mantenga la capacidad reproductiva y de producción social de la mujer después del parto.

Elevar la calidad de la atención prenatal contribuye a fomentar la atención médica primaria y es una de las directrices específicas de los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana a partir de 1990 y hasta el año 2000.

Un control precoz, frecuente, de buena calidad y con una cobertura amplia garantizaría los objetivos de la atención prenatal, los cuales están orientados hacia la disminución de la mortalidad perinatal.¹ Estos indicadores reflejan la condición social de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad, así como la situación social, cultural, económica y política, y la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud. También, reflejan las diferencias en términos de salud entre los países pobres y ricos. Se informa que una de cada 15 a 50 mujeres mueren en los países en desarrollo por causas relacionadas con el embarazo, mientras que esta probabilidad se reduce a sólo 1 de cada 4 000 a 10 000 mujeres en los países desarrollados.

Cuba, aunque es un país en más desarrollo debido a su sistema socio-económico, y tiene garantizada la atención médica a toda la población, y a pesar de que, en 1997, la tasa de mortalidad infantil fue de 7,4 por cada mil nacidos vivos y la materna alcanzó 2,2 por 10 000 nacidos vivos, la Carpeta Metodológica del MINSAF plantea que aún persisten deficiencias que pueden influir negativamente en estos indicadores, por lo cual uno de sus propósitos es mejorar la calidad de la atención a gestantes y puerperas.

En nuestra provincia, municipio y área de salud también existen esas circunstancias. Por tales razones se desarrolló este trabajo, con el objetivo de evaluar la calidad de la

atención de embarazadas y puérperas a partir de variables de estructura, procesos y resultados.

METODO

Se realizó una evaluación descriptiva de la calidad de la atención a la embarazada y la puérpera como un mecanismo interno de evaluación de la propia policlínica. Se utilizó la propuesta metodológica para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria.²

Se evaluó a 19 consultorios típicos, donde laboran médicos especialistas en Medicina General Integral, las 70 historias clínicas de atención y post-natal de igual número de embarazadas cuyos partos ocurrieron el período objeto de estudio, así como la opinión de las puérperas con la atención recibida.

Para el establecimiento de la jerarquía de objetivos para una futura intervención se empleó el método de enfoque lógico.

La evaluación de la calidad se realizó teniendo en cuenta indicadores proceso y resultados. En la estructura se consideró el estado de disponibilidad de los recursos materiales. En el proceso se evaluó la competencia profesional mediante un examen de competencia y auditoría médica a las historias clínicas. Los resultados se evaluaron por la satisfacción de la población con los servicios recibidos de indicadores de servicio. En todos los casos se elaboraron guías de evaluación o formularios.

El dato primario fue procesado con el paquete estadístico Epi Info, Versión 6.0.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la Tabla 1 se muestra la evaluación de la estructura con que contaban los médicos de la familia para brindar atención a las embarazadas y puérperas. Se observa que, de los 28 indicadores evaluados, más de la mitad resultaron inadecuados. Es de destacar el indicador de médicos con manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología (47,3 %).

El hecho de que menos de la mitad de los médicos dispongan de dicho manual conspira contra la adecuada capacitación de los médicos de la familia, teniendo en cuenta que son los responsables de la atención continua de las embarazadas y puérperas en la comunidad. Debe reconocerse sus necesidades de actualización y superación que, unidas al aseguramiento del buen estado y disponibilidad de recursos materiales, contribuirá a mejorar el proceso de atención.³⁻¹³

La evaluación de la competencia mediante un examen sobre aspectos de la atención a embarazadas y púerperas resultó inadecuada. El más crítico fue el criterio de que si el médico identifica o no los objetivos de la atención prenatal (47,3 %), (ver Tabla 2).

Estos resultados muestran conocimiento deficiente de temas básicos que deben dominar los médicos de la familia en el ejercicio de su profesión, considerando la importancia que tiene el cumplimiento del programa materno infantil y el subprograma sobre la atención a gestantes y púerperas.

La auditoría médica a las historias clínicas de atención pre y postnatal referida a los datos registrados en la consulta de captación resultó evaluada de adecuada en la mayoría de los indicadores (por encima del estándar). Sin embargo, el examen físico completo sólo se registró en el 45,7 % de las historias clínicas (Tabla 3).

Durante la primera consulta debe realizarse un examen físico completo, que le permita al médico, junto con la anamnesis, determinar si existen factores de riesgo para pronosticar si la gestación evolucionará normalmente, y debe finalizar con recomendaciones sobre la evolución y control de la gestación.¹⁻¹⁵

Respecto a la consulta evaluadora, resultó inadecuado el registro de los complementarios: glicemia (62,8 %), exudado vaginal, hemoglobina y hematócrito (71,4 %), (Tabla 3). En la consulta evaluadora que se realiza dentro de los primeros 15 días posteriores a la captación, deben estar los resultados de los exámenes complementarios que garantizan la valoración integral del caso y la identificación de elementos de riesgo. Esto aumenta la posibilidad de planificar con efectividad el manejo de la paciente en su atención obstétrica y la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de su salud.⁴⁻¹³

En la consulta reevaluadora resultó inadecuado el registro del exudado vaginal (57,1 %) y el parcial de orina (70,2 %). Esta consulta debe realizarse entre las 28 y 32 semanas de embarazo, donde se reconsideran todos los aspectos registrados en la historia clínica en los controles anteriores, y la evolución del embarazo, y se analizan los resultados de los complementarios indicados, se deciden estrategias y el nivel posterior de atención; de ahí la necesidad de que estén presentes en esta consulta.

En la auditoría médica a las historias clínicas, en lo referente a la atención de la púerpera, el registro de los datos fue inadecuado en todos los criterios evaluados, tales como: captación de las púerperas antes de las 72 horas (34,2 %), examen físico completo a la captación (27,1 %), antianémicos por vía oral indicados (34,2 %), orina evolutiva indicada en la captación (27,1 %), orina registrada en consulta de púerpera (14,2 %) y hemoglobina y hematócrito en la captación (21,4 %) y hemoglobina y hematócrito registrados en consulta de púerpera (10,0 %). Es sabido que el puerperio normal es un período de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional durante el cual, paulatinamente, regresan las modificaciones gravídicas, que opera por

un proceso de evolución hasta la restitución al estado inicial. Por lo contrario, las glándulas mamarias alcanzan gran desarrollo y actividad. Por estas razones, es necesario lograr la captación temprana de la puérpera para prevenir complicaciones que pueden aparecer en esta etapa.⁵⁻⁷

La satisfacción de la puérpera con el servicio recibido por parte del médico de familia (como criterio de evaluación de la calidad del resultado de la atención), aparece en la Tabla 4. Se observa, que de los 16 criterios evaluados, 13 resultaron inadecuados, lo que muestra insatisfacción de la puérpera con la atención recibida, en particular, con las acciones de promoción de salud. Según Ordoñez¹⁵, aún existe insatisfacción de la población con los servicios de salud, a pesar de los esfuerzos realizados, por debilidades en la prestación de servicios y una expectativa mayor de aquellos que están mejor informados en la comunidad acerca de su salud, entre otros aspectos.

CONCLUSIONES

Por los resultados obtenidos en este estudio, consideramos que la calidad de la atención a la embarazada y puérpera por parte del médico especialista en Medicina General Integral es deficiente, criterio corroborado por los valores de los indicadores seleccionados para evaluar la estructura, el proceso y los resultados de la atención médica a este contingente poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Botero U, Jubiz H, Henao G. Atención prenatal en: Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado. 5ta ed. Colombia: Bogotá; 1994: 84-86.
2. Jiménez C L, Báez DRM, Pérez MB, Reyes AI. Metodología para evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pub 1996; 22(1): 37-43.
3. Díaz Novás J, Fernández Sacasas JA. Del policlínico integral al médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integral 1989; 5(4): 556-564.
4. Colectivo de autores. Metodología de la atención prenatal. En:Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997; 3: 35-46.
5. Colectivo de autores. Puerperio normal. En: Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas, 1997: 433-438.
6. Agra Varela Y, García BS, Magrinya RP. Manual de Garantía de Calidad en Atención Primaria.

Consejería de Salud, Dirección Nacional de Planificación e Investigación. 1994.

7. Gutiérrez D. Salud Reproductiva: Concepto e Importancia. Organización Panamericana de Salud. Serie Paltex, para Ejecutores de Programas de Salud. 1996 (39):4-5.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica. Revisión 1998: 52-55.
9. Colectivo de autores. Metodología de la atención prenatal. En: Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1991:16-25.
10. Colectivo de autores. Vacunación a la embarazada. En: Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas 1991:77-83.
11. Paganini JN. La Investigación de Sistemas de Servicios de Atención de Salud. Un marco conceptual. En: La investigación de sistemas y servicios de salud en el marco de las orientaciones estratégicas y programáticas 95-98. Reproducción del trabajo presentado en la XXX Reunión del Comité Asesor de Investigaciones de Salud. El Salvador, Bolivia, Brasil. 20-22 abril, 1995: 7-9.
12. López Espinosa JA, Díaz del Campo S. Los médicos de la familia y sus recursos informáticos. Rev Cubana Med Gen Integral 1995; 11(2): 134-138.
13. Batista Moliner R. La vigilancia en salud a nivel de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integral 1995; 11(2): 109-111.
14. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Especialización. Vice-Ministerio de Docencia. Subárea II b Prevención, Módulo No. 18 Vigilancia Epidemiológica. En: Programa de Especialización en Medicina General Integral: Parte 1. Septiembre, 1990: 117-119.
15. Ordóñez Carceller C. Atención médica integral a las enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Cubana Med Ger Integral 1992; 9(3):188-9.

TABLA 1. EVALUACION DE CONSULTA A EMBARAZADAS Y PUERPERAS.

CRITERIOS	INDICADOR %	ESTANDAR %	EVALUACION
. Local	26,3	90	I
. Mesa multipropósito *	73,6	90	I
. Pesa para adultos *	73,6	90	I
. Estetoscopio clínico *	84,2	90	I
. Estetoscopio de Pinard *	100	90	A
. Esfigmomanómetro *	63,1	90	I
. Lámpara de pie *	42,1	90	I
. Cinta métrica *	47,3	90	I
. Autoclave *	63,1	90	I
. Tabla eval nutric embarazadas *	94,7	90	A
. Existencia de guantes **	42,1	90	I
. Existencia de espéculo ginecológico **	94,7	90	A
. Existencia de pinzas **	63,1	90	I
. Existencia de prueba citológica **	36,8	90	I
. Solución de Lugol disponible	5,2	90	I
. Historias clínicas pre y postnatal disponibles.	10,5	90	I
. Manual de diagnóstico y tratamiento disponible	47,3	90	I
. Tabletas prenatales disponibles	52,6	90	I

Simbología: - Adecuado I - Inadecuado

** En buen estado ** Completo*

TABLA 2. EXAMEN DE COMPETENCIA SOBRE ATENCION A EMBARAZADAS Y PUERPERAS.

CRITERIOS DE IDENTIFICACION	INDICADOR %	ESTANDAR %	EVALUACION
. Objetivos de atención prenatal	47,3	90	I
. Ventajas de atención prenatal	89,4	90	I
. Estudios diagnósticos de captación	100	90	A
. Otros exámenes del embarazo	78,9	90	I
. Vacunación	73,6	90	I
. Estudios diagnósticos a indicar en puérpera	89,4	90	I
. Seguim. a puérpera en consulta y terreno	84,2	90	I

Simbología: A - Adecuado I - Inadecuado

TABLA 3. RESULTADOS DE AUDITORIA MEDICA A HISTORIA CLINICA PRE Y POST-NATAL. CONSULTA DE CAPTACION Y REEVALUADORA.

CRITERIOS	INDICADOR %	ESTANDAR %	EVALUACION
. Captación precoz	90,0	90	A
. Examen físico a captación	45,7	90	I
. Parcial de orina *	100	95	A
. Heces fecales *	90,0	95	I
. Exudado vaginal *	100	95	A
. Hemoglobina y hematócrito *	100	95	A
. Grupo y factor Rh *	98,5	95	A
. VIH *	95,7	95	A
. Serología *	98,5	95	A
. Glicemia *	92,8	95	I
. Electroforesis hemoglobina	100	95	A
<i>Resultados auditoría. Consulta evaluadora post captación.</i>			
. Primeros 15 días	85,7	90	I
. Parcial de orina **	84,2	90	I
. Heces fecales **	80,0	90	I
. Exudado vaginal **	71,4	90	I
. Hemoglobina y hematócrito **	71,4	90	I
. Grupo y factor Rh **	92,8	90	A
. Serología **	92,8	90	A
. Glicemia *	62,8	90	I
. Electroforesis hemoglobina **	85,7	90	I
<i>Resultados auditoría. Consulta reevaluadora.</i>			
. 28-32 semanas	92,8	90	A
. Parcial de orina **	70,2	90	I
. Exudado vaginal **	57,1	90	I
. Hemoglobina y hematócrito **	90,6	90	A
. Serología **	92,3	90	A

Simbología: A - Adecuado I - Inadecuado

** - indicado ** - registrado*

TABLA 4. SATISFACCION DE LA PUERPERA EN CONSULTA.

CRITERIOS	INDICADOR %	ESTANDAR %	EVALUACION
. Señalamiento día y horario	95,7	90	A
. Cumplimiento día y horario	77,1	90	I
. Presencia de personas ajenas	78,5	90	I
. Privacidad	88,5	90	I
. Higiene	98,5	90	A
. Buena acogida	91,4	90	A
. No uso de términos científicos incomprensibles	57,1	90	I
. Recibió respuesta a sus preguntas	82,3	90	I
. Resultados de análisis a tiempo	57,1	90	I
. Tiempo suficiente de atención	85,7	90	I
. Recibió clases pre-parto	0,0	90	I
. Recibió info. sobre embarazo	84,2	90	I
. Recibió info. sobre lact. mat. (Embar.)	72,8	90	I
. Recibió info. cuidados recién nacido	57,1	90	I
. Visita post-parto hosp x méd. familia	25,7	90	I
. Prefiere su méd. flia. nuevamente para esta información	78,5	90	I