

CONTROL DE CALIDAD DE LA ASISTENCIA PRESTADA A LA EMBARAZADA EN UN ÁREA DE SALUD

Ángel Modrego Navarro / J. Ignacio Jaén Díaz / A. Carmen Sardón Rodríguez / M. Jesús Abarca López
Dirección de Atención Primaria. Ambulatorio de San Ildefonso. Toledo.

Resumen

Se presentan los resultados de un control de calidad de la asistencia prestada a través de un programa de embarazo en 12 Centros de Salud del Área 1 de Toledo. Para ello, se realizó una auditoría a nivel hospitalario público y en los centros de salud participantes, consensuándose criterios explícitos y normativos, en base a los cuales se revisó una muestra de 484 historias clínicas.

De los resultados encontrados, destacan el alto porcentaje de cumplimiento de los criterios referentes a la captación precoz y a la visita puerperal (90,3 y 94,6% respectivamente), siendo el tratamiento adecuado de la anemia ferropénica, el criterio más frecuentemente incumplido (53,3%). Se establecen medidas correctoras y se fijan estándares para la reevaluación.

Se destaca la necesidad de implicar al segundo nivel asistencial en la realización de programas de salud, tanto en sus objetivos como en su evaluación, así como a las Direcciones respectivas, asumiendo la mejora de resultados como responsabilidad de todos.

Palabras claves: Embarazo. Control de calidad. Coordinación niveles asistenciales.

QUALITY CONTROL OF THE ASSISTANCE GIVEN TO THE PREGNANT WOMAN IN A HEALTH AREA Summary

The results of a quality control of the assistance, given through a programme of pregnancy in 12 health centres in Area number 1 of Toledo are shown here. To do so, an **auditory** was performed at a public hospital level and in the participating health centres, unifying explicit and normative criteria, which were the base to check a sample of 484 clinic records.

In the results found, the high percentage of observance of the criteria referring to the early captation and the puerperal visit (90.3% and 94.6% respectively) is outstanding and the adequate treatment of the **ferropenic** anemia is the most frequently unobserved criteria (53.3%). Correction measures are established and standards for the re-evaluation are fixed.

We emphasize the need to involve the second assistance level as well as the respective Management in the performance of health programmes in its aims, assuming the improvement of results as a responsibility of all of them.

Key words: Pregnancy; Quality control; Coordination in assistance levels.

Introducción

Una estrategia para mejorar la calidad asistencial podría ser la sinergia en la movilización de todos los factores y estamentos responsables, asumiendo la inevitable diferencia en los enfoques que sobre el tema pueden tener profesionales clínicos y gestores¹. Basándonos en estos dos estamentos, podríamos describir áreas de acción sinérgicas en las que uno puede influir y aportar mejoras en las funciones del otro. Así, la acción integrada de los gestores,

facilitando la formación continuada, la incentivación y el control de calidad, y de los profesionales, participando en la gestión al consensuar objetivos, y en la planificación, identificando problemas, podría reportar una multiplicación de la eficiencia interna del sistema. Esta directriz básica marcó la pauta en nuestro sector, estableciendo una estrategia, según la cual, los profesionales consensúan objetivos con la dirección, y ésta favorece y estimula el control de calidad asistencial, como un mecanismo de incentivación y motivación de los equipos de atención primaria (EAP).

Correspondencia: Ángel Modrego. Dirección de Atención Primaria. Ambulatorio de San Ildefonso. Avda. Barber 26. 45005 Toledo.

Este artículo fue *recibido* el 27 de mayo de 1992 y fue *aceptado* tras revisión el 21 de abril de 1993.

Tabla 1. Criterios utilizados en el control de calidad con sus respectivas excepciones y aclaraciones

| Criterio | Excepciones (altern. aceptab.) | Aclaraciones |
|---|--|--|
| 1º.- Toda historia clínica de la embarazada constará de: fecha de la última regla y grado de riesgo. | | |
| 2º.- La embarazada tendrá realizada apertura de la documentación antes de la 13ª semana de embarazo. | Que conste en historia clínica que no residía en la Zona de Salud. | |
| 3º.- La embarazada tendrá realizada serología de lúes, toxoplasma y rubeola antes del cuarto mes de embarazo constando el resultado en historia clínica. | Abandono del programa, constando la causa por escrito en historia clínica. | |
| 4º.- La embarazada desde el momento de la captación tendrá realizada trimestralmente al menos: una ecografía, una glucemia basal, un hemograma y un sedimento urinario. | Abandono del programa, constando la causa por escrito en historia clínica. | Captadas en el primer trimestre: 3-3-3-3 Captadas en el segundo trimestre: 2-2-2-2 Captadas en el tercer trimestre: 1-1-1-1 |
| 5º.- Toda embarazada desde el momento de la captación tendrá documentadas tomas de tensión Arterial y peso al menos cada 45 días. | Abandono del programa, constando la causa por escrito en historia clínica. | |
| 6º.- Toda embarazada en la que se detecte una hemoglobina igual o inferior a 11 g/dl será sometida a tratamiento con hierro a dosis adecuadas. | Que conste en historia clínica que el tipo de anemia o el estado de la paciente lo desaconseja | Tratamiento adecuado a la anemia ferropénica es sulfato ferroso 600 mg/día oral. |
| 7º.- En los 10 días posteriores al parto deberá constar que ha realizado visita puerperal constando al menos el estado de genitales externos (mama y vulva). | Ausencia del domicilio de la púerpera constando el motivo de la misma. | |
| 8º.- Deberá constar información escrita del proceso del parto antes de transcurridos 30 días del mismo. | | |

Presentamos el fruto de esta experiencia, en un problema asistencial concreto, la asistencia a la embarazada. Éste fue considerado de especial relevancia por los profesionales de nuestro sector, ya que mejorar el nivel de salud materno-infantil ha de ser uno de los objetivos prioritarios de cualquier programa de medidas preventivas llevado a cabo desde la atención primaria, existiendo un consenso general sobre la importancia del adecuado control prenatal en la disminución de la morbimortalidad materno infantil².

La oferta de servicios sanitarios frente a esta problemática, la mujer, se caracteriza por ser dispersa, multicéntrica, desordenada y con múltiples lagunas, viéndose más favorecida en las áreas urbanas que en las rurales, y siendo, por otra parte fundamentalmente asistencial y especializada, realizada en la mayoría de los casos siguiendo criterios individuales de los especialistas³.

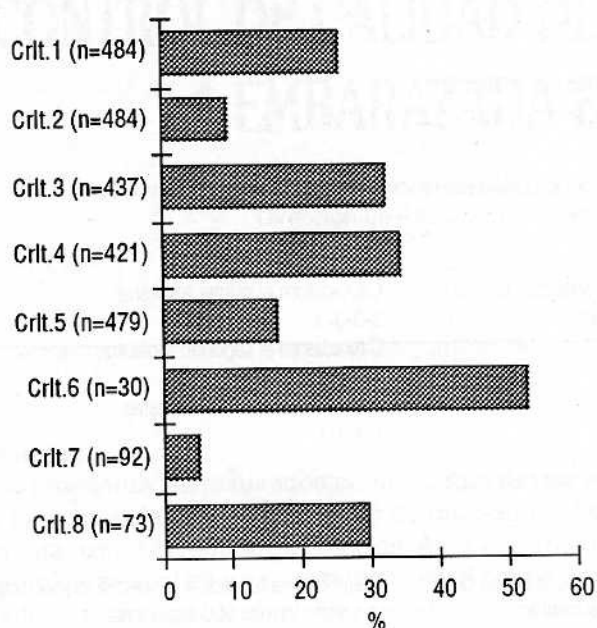
Estos antecedentes impulsaron el desarrollo y puesta en marcha de un programa-marco de atención al embarazo, parto y puerperio, y la realización posterior de un control de calidad de la asistencia prestada en nuestra área.

El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis de la calidad de la atención prenatal ofertada por los profesionales en los Centros de Salud y por los obstetras de su hospital de referencia y determinar, como señala Lane⁴, si la atención sanitaria se ofrece de forma apropiada, mediante la investigación del proceso seguido en este problema asistencial.

Material y métodos

El área de salud de Toledo (355.941 habitantes) contaba en marzo de 1991 con 13 EAP funcionantes, poniéndose en marcha en la misma fecha un programa de atención al embarazo, parto y puerperio que, consensado con el 2º nivel asistencial, fue asumido por 12 de aquéllos, cubriendo una población de 123.512 personas. El diseño del mismo contó con la participación y el compromiso de un representante de cada EAP, miembros del Servicio de Ginecología del hospital de referencia y miembros de las direcciones médicas de atención primaria y

Figura 1. Control de la calidad asistencial prestada a la embarazada. Porcentaje de incumplimiento en los diferentes criterios



atención especializada, estableciéndose responsables en cada uno de los niveles implicados (un responsable por cada EAP participante, otro en el Servicio de Ginecología y otro en la Dirección de A. Primaria).

Para un número de embarazos esperados, en el grupo de población cubierta de 1.112/año (estimación realizada en base al número de partos de años anteriores en la zona en estudio) se incluyeron en el programa hasta noviembre del 91, 968 mujeres, lo que suponía un 87% de cobertura de la población diana. Es en este mes, cuando al objeto de mejorar la calidad prestada a este colectivo poblacional, se decidió la realización de un control de calidad, implicando tanto a los profesionales como a la dirección en la evaluación y puesta en marcha de medidas correctoras.

Se consensuaron, entre todos los responsables del programa, ocho criterios explícitos y normativos (tabla 1), intentando encontrar aquéllos aspectos de la asistencia que se consideraron más relevantes, en relación con el problema asistencial estudiado y cuyo cumplimiento sería considerado como la "calidad óptima" por los participantes en el grupo de consenso. Se analizó su cumplimiento en una muestra de 484 historias clínicas, que suponían el 50% de las embarazadas incluidas en el programa en cada centro participante entre los meses de marzo y noviembre de 1991. El proceso de selección de las historias se

llevó a cabo en cada Centro eligiéndose, una vez agrupadas, uno de cada dos.

Teniendo en cuenta que durante todo el embarazo se utilizaba un documento común de registro, independientemente de que la paciente fuera atendida en su Centro de Salud o en el Servicio de Ginecología, ya que era ésta la que portaba la historia, los resultados obtenidos reflejarían lo ocurrido en esta actividad asistencial, de manera global, y no desde la perspectiva aislada de uno u otro nivel.

Resultados

Los resultados obtenidos expresados como porcentaje de historias que incumplen los criterios, se muestran en la figura 1. Destaca el alto grado de cumplimiento de los criterios 2 y 7, que traducen una captación precoz (antes de la 13ª semana) del 90,3% de los casos, y la realización de la visita puerperal en los diez días siguientes al parto en el 94,6% respectivamente.

Como contrapartida, sólo el 46,7% de los casos en que se detectó una Hb < 11 g, fue tratado correctamente según las normas explicitadas en el criterio 6^o.

De los 147 casos que incumplían el criterio 4 (34,9% de incumplimiento) en 102 de ellos no se había realizado la ecografía en el período adecuado. El cumplimiento del criterio exigía la realización en cada trimestre de al menos una ecografía, una glucemia basal, un hemograma y un análisis sistemático de orina⁶.

Respecto a los 143 casos que incumplían el criterio 3 (32,7% de incumplimiento) destacar que en 78 de ellos, la serología se había realizado, aunque no se podía demostrar que fuera antes del cuarto mes, al no constar la fecha en la historia clínica, por lo que podemos suponer que el grado de incumplimiento sería menor. Es probable que su carácter de exploración rutinaria ocasione un subregistro de la misma, hecho ya destacado por otros autores⁷.

El grado de incumplimiento alcanzado en el criterio 1 (26,2%) tuvo su origen en la falta de operatividad de la hoja de riesgo empleada en el programa, propuesta por el nivel especializado, muy restrictiva a la hora de valorar los embarazos que podían ser controlados por los EAP. El propio rodaje del programa demostró que no era seguida por los profesionales del nivel que la propuso, por lo que dejó de usarse, traduciendo el grado de incumplimiento un defecto de registro en este sentido, y la necesidad de

Tabla 2. Causas de incumplimiento, medidas correctoras y estándares de calidad propuestos para la reevaluación

| Causas identificadas como responsables de incumplimiento | Recomendaciones propuestas |
|--|---|
| <i>Criterio 1</i> Hoja de valoración del embarazo de riesgo inapropiado. Dificultad en su aplicación práctica. | El nivel especializado deberá diseñar una nueva hoja que refleje el riesgo real, y determine claramente los embarazos de alto riesgo. Estándar para la reevaluación 85%. |
| <i>Criterio 2</i> Consideramos aceptable el grado de incumplimiento, teniendo en cuenta que la independencia de la paciente condiciona la mejoría del estándar. | Continuar con las medidas de difusión y captación precoz emprendidas por los EAPs. Estándar para la reevaluación 92%. |
| <i>Criterio 3</i> En gran parte, el incumplimiento se debe a que no consta en la historia la fecha de realización de la serología. | Se insistirá en ambos niveles asistenciales sobre la importancia de cumplimentar correctamente todos los apartados de la historia clínica de la embarazada. Los equipos investigarán el resultado de la prueba en la visita posterior a la realización de la misma, anotando la fecha y resultado en la historia clínica en los casos en que ésta falte. Estándar para la reevaluación 90%. |
| <i>Criterio 4</i> Dificultades organizativas y de previsión de recursos en el segundo nivel. El modelo actual de historia clínica dificulta el registro de determinados datos analíticos. | Adecuar los recursos y su organización, a las necesidades del programa (segundo nivel). Asignar a los Centros de Salud, un día fijo de citación de ecografías. Introducir los cambios necesarios en el formato de historia clínica, que faciliten un correcto registro de datos. Estándar para la reevaluación 75% |
| <i>Criterio 5</i> Probablemente el incumplimiento es achacable tanto a que algunas embarazadas no acuden el día previsto, como la existencia de fallos en el registro y/o citación por parte de los EAPs. | Modificar los horarios de consulta que pudieran dificultar la accesibilidad de las mujeres al programa. Resaltar la importancia de la periodicidad de los controles periódicos a los profesionales intentando que éstos le transmitan a su vez a las embarazadas. Estándar para la reevaluación 90% |
| <i>Criterio 6</i> Inexistencia de pautas comunes de actuación, a nivel especializado, sobre el aspecto que recoge el criterio. Falta de iniciativa de los profesionales de Atención Primaria para prescribir tratamiento con hierro. | Nombrar un responsable del programa en el segundo nivel que protocolice actuaciones y asegure el conocimiento de las actividades a realizar a todos los participantes en el mismo. Establecer reuniones semestrales entre los responsables del primer y segundo nivel. Estándar para la reevaluación 90% |
| <i>Criterio 7</i> Consideramos tolerable el grado de incumplimiento, máxime teniendo en cuenta que en dos de los casos la visita se realizó, en uno a los 12 y en otro a los 21 días. | Monitorizar la actividad, manteniendo un estándar para la reevaluación del 95% |
| <i>Criterio 8</i> Consideramos que la información del parto se entrega en un alto porcentaje de casos. El incumplimiento se debería a que la mujer no transmite esta información a su médico. | Resaltar la importancia de esta información al nivel especializado. Desde los equipos se debería aprovechar la visita puerperal para recoger el informe de alta. Estándar para la reevaluación 90%. |

elaborar una nueva hoja que reflejara el riesgo real (clasificación del embarazo de riesgo).

Por último, el criterio 5, que refleja la periodicidad con que se llevaban a cabo los controles (elemento considerado más relevante que el número de los mismos⁸) alcanzó un grado de cumplimiento del 83,3%, siendo responsabilidad de los dos niveles. Se detectó en algún caso un registro paralelo por parte de la enfermería, pero al ser una información que no estaba disponible en el documento de uso común, la historia clínica, se dio por incumplido el criterio.

Discusión

La devolución de la información obtenida a los equipos, el análisis de la misma y la propuesta de medidas correctoras (Tabla 2), consensuadas igualmente con los profesionales que participaron en la confección de los criterios, dieron paso a una reunión con la Dirección de Hospital y los responsables del Servicio de Toco-Ginecología en febrero de 1992, que asumieron por completo, previa exposición y aclaraciones de los mismos, los resultados del es-

tudio, y las medidas correctoras propuestas, fijándose los estándares a alcanzar en la reevaluación prevista en noviembre de 1992, haciendo constar que no se habían fijado estándares de cumplimiento para la primera evaluación debido a la escasa información que al respecto existía en la bibliografía consultada.

Los resultados obtenidos, al menos en algunos aspectos fundamentales⁶, como la captación precoz de la embarazada (90,3% de cumplimiento), contrastan con los publicados en otros estudios realizados en medios similares, que, en ningún caso superaron el 75%^{7,9-13}.

La pertinencia de los programas de control de calidad ha sido planteada por numerosas instancias, existiendo la necesidad de asegurar la calidad de los servicios para garantizar una mayor igualdad en las prestaciones sanitarias¹⁴. En este sentido, es un hecho reflejado en la bibliografía que la realización de auditorías en los centros de salud de nuestro país ha posibilitado la mejora de la calidad de la atención prestada, modificando prácticas asistenciales con la implantación de medidas correctoras oportunas^{15,16}.

Sin embargo, pensamos que en los procesos asistenciales rara vez interviene un solo nivel, por lo que es imprescindible, la coordinación y la integración de los resultados del control de calidad en la estruc-

tura de toma de decisiones de las direcciones de los niveles asistenciales implicados, como único medio para garantizar la eficacia de las medidas correctoras. Cuando se logran unas relaciones estrechas con el segundo escalón asistencial, consensuando los objetivos y actividades a ejecutar en los diferentes programas de salud, y participando en el diseño de las mismas, las posibilidades de éxito son mucho mayores.

El proceso de trabajo emprendido posibilitará la mejora paulatina de otros resultados menos satisfactorios, revelándose como una herramienta útil para la motivación y el compromiso de los profesionales implicados.

Agradecimientos

Agradecemos al personal de los Centros de Salud de Sonseca, Los Yébenes, Polán, Fuensalida, Camarena, La Puebla de Montalbán, Yepes, Ocaña, Consuegra, Polígono, Santa Bárbara y Tembleque el interés y esfuerzo demostrado, sin los cuales la realización de este trabajo no hubiera sido posible.

Quisiéramos agradecer así mismo, la colaboración y el compromiso mostrado, por la Dirección y el personal del Servicio de Ginecología del Hospital "Virgen de la Salud" de Toledo, indispensables para la mejora de los resultados expuestos.

Bibliografía

1. Repullo Labrador JR. La calidad en el centro del debate administración-profesionales. *Libro de Conferencias y Comunicaciones*. 2º Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria. SESPAS Madrid 1987.
2. Batalla Martínez C, García Soldevilla M, Pérez Callejón A. Control del embarazo normal. En: Martín Zurro, JF. Cano. *Manual de Atención Primaria. Organización y Pautas de Actuación en la Consulta*. Barcelona. Doyma 1986; 185-302.
3. *Programa marco de Atención a la mujer*. Gobierno de Navarra. Servicio Regional de Salud, 1989.
4. Lane DS, Kelman HR. Assessment of maternal Health care Anality: Conceptual and Methodological Issues. *Medical Care* 1984; 22: 791-807.
5. Guía para la elaboración del Programa de la Mujer en Atención Primaria de Salud. *Colección Atención Primaria de Salud*. Volumen 4. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
6. *Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud*. OMS. Serie de informes técnicos nº 600 (6º informe). Ginebra, 1976.
7. Revilla L de la, Delgado A, Castejón R, Ceinos F, Solís JM. Valoración de la calidad de un programa de control de embarazo en atención primaria. *Control de Calidad Asistencial* 1989; 4.1: 14-9.
8. Ezcurdia M, et al. La consulta prenatal y el embarazo de riesgo. *Libro de Ponencias*. 8ª Reunión Nacional de Medicina Perinatal. Madrid, noviembre 1986.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. *OMS: Los objetivos de SPT en el año 2000*. Madrid 1986.
10. Benet JM, Cortés P, Lote S, et al. factores de riesgo cardiovascular, Audit de su detección en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1990; 7: 20-8.
11. Buitrago F, Alcaine F, Bullón, et al. Evaluación de la calidad asistencial prestada a pacientes diabéticos en tres centros de salud. *Atención Primaria* 1990; 7: 17-21.
12. Santos de Vega N, Montero García D, Lajas JA, Ramos E, Gómez Merino T. Control de gestación en la provincia de Salamanca. *Atención Primaria* 1992; 9: 54-60.
13. Bailén E, et al. Eficiencia de la auditoría en la mejora de un Programa de Control del embarazo. *Atención Primaria* 1992; 9: 85-8.
14. Moreno C, et al. Evaluación de un programa de vigilancia prenatal. *Atención Primaria* 1988; 5: 197-202.
15. Castejón R, Delgado A, Revilla L de la, Solís JM, Ceinos F, Bellón JA. Estudio comparativo de la calidad de la atención prenatal entre centro de salud y hospital. *Atención Primaria* 1989; 6: 706-11.
16. García Pardo T, Louro A, et al. Garantía de la calidad de la vigilancia prenatal en un Centro de salud rural. *Atención Primaria* 1992; 9: 370-3.

