Artículo original

Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán, México

Evaluation of Adherence to the Clinical Practice Guidelines of Prenatal Control in Adolescents of a Family Medicine Unit of Morelia Michoacán, Mexico

A avaliação da adesão a Guias de Prática Clínica de controle pré-natal em adolescentes de uma unidade de medicina de família de Morelia Michoacán, México

Yiselin V. Álvarez-Huante,[*] Gerardo Muñoz-Cortés,[**] Paula Chacón-Valladares,[**] Carlos Gómez-Alonso[***]

Resumen

Objetivo: analizar el control prenatal en adolescentes embarazadas de acuerdo con los lineamientos de la Guía de Práctica Clínica (GPC). **Métodos:** estudio observacional, retrospectivo y transversal, mediante revisión de 92 expedientes clínicos de embarazadas adolescentes adscritas a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 80 en Morelia, Michoacán, México, de enero de 2014 a enero de 2015. La edad promedio de las adolescentes fue de 17.4 ±2 años (IC 14-19 años), se excluyeron expedientes incompletos. Para evaluar el apego al control prenatal, se utilizó la Cédula Única de Evaluación del Proceso de Atención Materna Integral para Atención Primaria, se consideró un apego adecuado mayor a 80%. Los resultados se muestran en frecuencias (porcentajes). **Resultados:** se encontró que 50% de las adolescentes embarazadas no trabajaba o estudiaba. Predominó el inicio del control prenatal en el segundo trimestre del embarazo. El apego a la GPC del control prenatal fue de 69.19%. La prueba inmunológica de embarazo se realizó en 18.1%, la confirmación del embarazo en el módulo de vigilancia prenatal fue de 79.8%. Las embarazadas remisas, reintegradas a atención médica constituyeron 48.9%; se otorgó a 88.3% cita prioritaria; y se envió al módulo de Enfermera Materno-Infantil a 36.2%. La detección oportuna de infecciones genitourinarias fue de 58% y el tratamiento oportuno de éstas fue de 45.7%. **Conclusiones:** el apego a la GPC no es adecuado; se identificaron deficiencias en la confirmación del embarazo, en el número de embarazadas remisas que se reintegraron a la atención médica y en la detección y tratamiento oportuno de las infecciones genitourinarias.

Summary

Objective: to analyze prenatal control in pregnant adolescents in accordance with the Clinical Practice Guidelines (CPG). **Methods:** observational, retrospective and cross-sectional study, through the review of 92 clinical records of pregnant adolescents assigned to the Family Medicine Unit no. 80 in Morelia, Michoacán, Mexico, from January 2014 to January 2015. The average age of girls was 17.4 ±2 years (IC 14-19 years), those incomplete records were excluded. The Certificate of Evaluation of the Process of Maternal Care for Primary Care was used to evaluate adherence to prenatal control, it was considered a suitable adherence higher than 80%. Frequency results are displayed (percentage). **Results:** it was showed that 50% of pregnant adolescents neither work nor study. Prenatal control began during the

Sugerencia de citación: Álvarez-Huante YV, Muñoz-Cortés G, Chacón-Valladares P, Gómez-Alonso C. Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en la UMF no. 80 de Morelia Michoacán, México. Aten Fam. 2017;24(3):107-111.

Palabras clave: embarazo en adolescentes, Guía de Práctica Clínica cuidado prenatal

Key words: pregnancy in adolescents, Clinical Practice Guide, Prenatal Care

Palavras chave: gravidez na adolescência, Guias de Prática Clínica, cuidados pré-natais

Recibido: 9/4/17
Aceptado: 18/5/17

[*]Médico residente, unidad de medicina familiar (UMF) no. 80, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). [**]Coordinación de Educación e Investigación en Salud, UMF no. 80, IMSS. [***]Analista físico-matemático, Centro de Investigación Biomédica de Michoacán, IMSS.

Correspondencia:
Paula Chacón-Valladares
paula.chacon@imss.gob.mx

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

second trimester of pregnancy. 69.19% of adherence to CPG during prenatal care. Immunological test of pregnancy was performed in 18.1%, the confirmation of pregnancy in prenatal monitoring module was 79.8%. 48.9% of reluctant pregnant women were rejoined to health care; 88.3% had a priority appointment; and 36.2% were sent to the Maternal and Child Nurse Module. 58% had a timely detection of genitourinary infections and the appropriate treatment given to these women was 45.7%. **Conclusions:** adherence to the CPG is not suitable; deficiencies in the confirmation of the pregnancy, the number of reluctant pregnant women who rejoined health care and in the detection and treatment of genitourinary infections were identified.

Resumo

Objetivo: analisar o controle pré-natal para adolescentes grávidas de acordo com as diretrizes da Guias de Prática Clínica (GPC). **Métodos:** estudo observacional, retrospectivo e transversal, através revisão dos registro de saúde de 92 grávidas adolescentes incluídas no Unidade de Medicina Família no. 80 (UMF), em Morelia, Michoacán, México, de janeiro de 2014 a janeiro de 2015. A idade média das adolescentes foi de 17.4 ±2 anos (CI 14-19 anos), foram excluídos registros incompletos. Para avaliar a adesão ao pré-natal, foi utilizado o Certificado do Processo de Avaliação Individual de Cuidado materno, (GPC) foi considerada adesão adequada quando atingido o 80% ou mais. Os resultados são mostrados nas frequências (percentagens). **Resultados:** descobrimos que 50% das adolescentes grávidas não trabalhavam nem estudavam. Predominou o início do pré-natal no segundo trimestre de gravidez. A adesão à GPC de controle pré-natal foi de 69.19%. O teste imunológico de gravidez foi realizada em 18.1%, a confirmação da gravidez em módulo de monitorização pré-natal foi de 79.8%. As grávidas que se omitiram do controle, e foram reintegradas aos cuidados de saúde constituiu 48.9%; ofereceu-se consulta de prioridade em 88.3%; e em 36.2% foi enviado para o módulo de enfermeira materno-infantil. A detecção precoce de infecções genito-urinárias, foi de 58% com o tratamento oportuno de 45.7%. **Conclusões:** a adesão à apego à CPG não é adequado; foram identificadas deficiências na confirmação da gravidez, no número de mulheres grávidas omissas que foram reintegrados aos cuidados de saúde e na detecção e tratamento de infecções do trato geniturinário.

Introducción

El embarazo normal se define como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.[1] En la etapa de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia;[2] debido a esto se considera como embarazo de alto riesgo.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, 16 millones de los partos en el mundo ocurren en adolescentes menores de 19 años de edad, lo cual equivale a 11% de todos los nacimientos registrados. En México las cifras varían dependiendo de los estados; en el año 2013 en Michoacán se registraron cerca de 20% de nacimientos en mujeres menores de 19 años, esto es casi el doble de lo reportado en el mundo en el mismo periodo.[3]

En México y en el mundo la atención a la salud materno-infantil es un tema prioritario, por lo cual es necesario llevar a cabo un adecuado control prenatal, éste se asocia con todas aquellas acciones y procedimientos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.[4] De ahí la importancia del apego a la Guía Práctica Clínica (GPC) centrada en el control prenatal con enfoque de riesgo por parte del personal de primer contacto; la GPC establece un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, asimismo, estandariza acciones y propicia la atención prenatal de rutina en forma integral mediante la participación de un equipo multidisciplinario, con el objetivo de implementar acciones que tengan impacto positivo en los resultados materno fetales.[5]

Para evaluar el apego a las acciones recomendadas por la GPC del control prenatal el Departamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) elaboró una cédula de evaluación, este instrumento valora los principales puntos críticos y las causas raíz del proceso salud-enfermedad, contiene 47 causas potenciales de disfunción del proceso relacionado a 10 indicadores del Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2014 y el cumplimiento de los criterios seleccionados de la GPC en atención prenatal con enfoque de riesgo en primer nivel. Para medir el apego de la GPC de interés se evaluaron indicadores que corresponden al primer nivel de atención.[6]

Debido a lo anterior y dada la importancia que tiene el apego adecuado a las GPC en los campos clínicos y preventivos, el objetivo de este trabajo fue analizar el control prenatal de adolescentes embarazadas de acuerdo con sus lineamientos.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal, en la unidad de medicina familiar (UMF) no. 80 del IMSS, en Morelia, Michoacán; se evaluaron 92 expedientes electrónicos de adolescentes embarazadas, utilizando como criterios de inclusión a embarazadas de 14 a 19 años de edad, que acudieron a control prenatal de enero de 2014 a enero de 2015, se excluyeron pacientes cuyo expediente electrónico estuviera incompleto. Se utilizó la Cédula Única de Evaluación del Proceso (CUEP) de atención materna integral para el primer nivel de atención y se evaluaron 14 acciones a través de tres puntos críticos: a) oportunidad diagnóstica (prueba inmunológica de embarazo, confirmación en el módulo de vigilancia prenatal); b) continuidad de la atención (cita prioritaria a embarazadas, embarazadas remisas y embarazadas reintegradas); y c) apego al diagnóstico y tratamiento de las infecciones urinarias (diagnóstico clínico y/o laboratorio, tratamiento establecido). La cita prioritaria se refiere a otorgar cita de seguimiento siete días posteriores a recibir la atención médica por la detección de amenorrea para revisión de resultados paraclínicos; se consideran pacientes remisas a las embarazadas que no asisten a una cita programada y se denominan pacientes reintegradas a las embarazadas que se localizan por medio de trabajo social con la finalidad de lograr nuevamente la integración a su control prenatal.

Mediante la Cédula de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica (CECAM) se evaluaron nueve parámetros (segunda cita siete días después de la primera atención médica, ácido fólico hasta la semana 12, hierro acorde con la GPC, prueba rápida del Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH-, biometría hemática completa -BHC- a la semana 28, examen general de orina -EGO- en las semanas 18-20 y 32-34, glucemia capilar en las semanas 24-28, ultrasonido antes de la semana 28 y toma de tensión arterial en cada cita). Los resultados se muestran mediante media y desviación estándar, frecuencias (porcentajes). Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS v. 20.

Este protocolo fue aprobado por el comité local de ética e investigación en salud del IMSS (R-2015-1603-22) y cumplió con los requisitos establecidos por la Ley General de Salud en materia de investigación.

Resultados

La edad media de las pacientes fue de 17.4 ±2 años. De acuerdo con la ocupación se encontró que 38% de las embarazadas estudiaba, 12% trabajaba, mientras que 50% no trabajaba ni estudiaba. Se identificó que el control del embarazo se inició en el segundo trimestre.

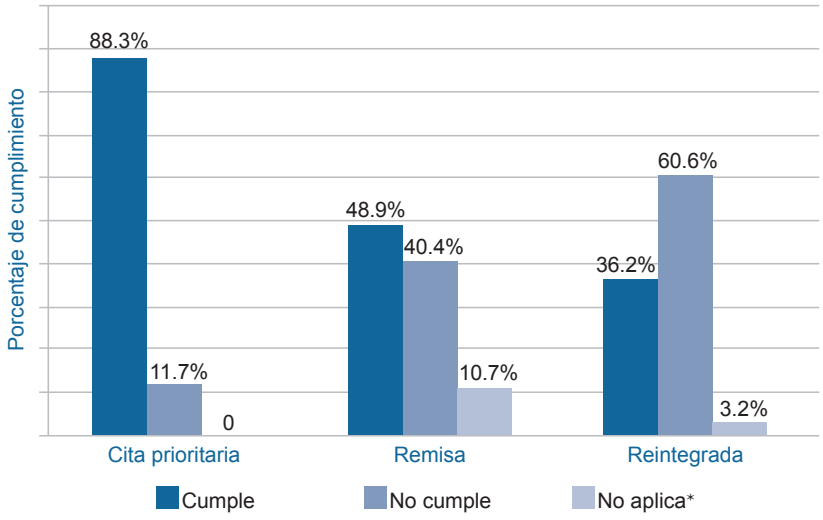
En relación con la oportunidad diagnóstica del embarazo, se demostró que la confirmación de este estado se llevó a cabo en el módulo de vigilancia prenatal en 79.8%; mientras que la prueba inmunológica del embarazo (PIE) se utilizó en 20.2%.

Al evaluar la continuidad de atención en la adolescente embarazada, tomando en cuenta los tres parámetros que a continuación se mencionan, se observó que la cita prioritaria a las embarazadas cumplió con un apego adecuado (>80%). Un alto porcentaje de las embarazadas fueron remisas en alguna de sus citas médicas y de éstas 60.6% no se reintegró a su control prenatal (figura 1).

Dos de los rubros más importantes debido a las complicaciones que pueden generar durante el embarazo fueron el apego al diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de vías urinarias (IVU), las cuales se muestran en la figura 2, en este escenario no se encontró un adecuado cumplimiento de acuerdo con la GPC.

En relación con la evaluación de los nueve rubros que miden la calidad de la atención médica, se obtuvo que el registro

Figura 1. Continuidad en la vigilancia prenatal en embarazadas adolescentes



*El rubro no aplica hace referencia a pacientes que no entran en esta clasificación debido a que llevaron a cabo todas sus consultas de manera adecuada.

de la tensión arterial fue el único parámetro que cumplió por arriba de 80%, lo cual resultó acorde con las recomendaciones de la GPC (figura 3).

Discusión

La evaluación del control integral de la adolescente embarazada permite obtener información médica por medio del expediente electrónico, con la finalidad de llevar un adecuado control prenatal que repercuta en un embarazo sin complicaciones.

Dentro de los resultados analizados, se encontró que la edad promedio de las adolescentes embarazadas fue de 17.4 ±2 años de edad (IC 14-19 años), lo cual fue similar a los resultados de Mejía-Mendoza y cols.,[7] la mediana fue de 18 años. En el estudio de Oviedo Cruz y cols.,[8] de causas de parto pretérmino asociadas a la edad, se determinó una mayor frecuencia de adolescentes embarazadas a la edad de 16 años.

La continuidad de la atención se evaluó por el cumplimiento de las citas prioritarias y el porcentaje de remisas reintegradas al control prenatal. El presente estudio determinó que la mayoría de las embarazadas cumplen al recibir la cita prioritaria dentro del tiempo estipulado (88.3%), mientras la reintegración de las embarazadas remisas no cumplió los parámetros establecidos (60.6%). En 2014 Rodríguez-Paez y col,[9]. identificaron que la inasistencia a los controles prenatales está relacionada con barreras económicas, socioculturales y geográficas que en muchas ocasiones no se integran en las políticas y estrategias de los sistemas de salud.

Este estudio logró la identificación de infecciones genitourinarias en 42.4% en embarazadas en la UMF no. 80, encontrándose que el tratamiento de éstas se indicó únicamente en 45.7% de los casos previamente referidos. Las infecciones de vías urinarias se asocian a diferentes complicaciones durante el embarazo, su identificación temprana así como su tratamiento oportuno son acciones prioritarias en Medicina Familiar; Buonanno y col.,[10] identificaron que la bacteriuria asintomática, la cistouretriritis y la pielonefritis, se asocian de manera frecuente a embarazos adolescentes, en ese mismo sentido Puil y cols.,[11] mostraron que las infecciones de vías urinarias están asociadas a parto pretérmino y bajo peso en recién nacidos. Estrada-Altamirano y col.,[12] en 2010 refirieron que el diagnóstico temprano de una infección urinaria en el periodo gestacional disminuye la morbilidad obstétrica y peri-

Figura 2. Apego al diagnóstico y tratamiento de las infecciones de vías urinarias (IVU) en el control prenatal

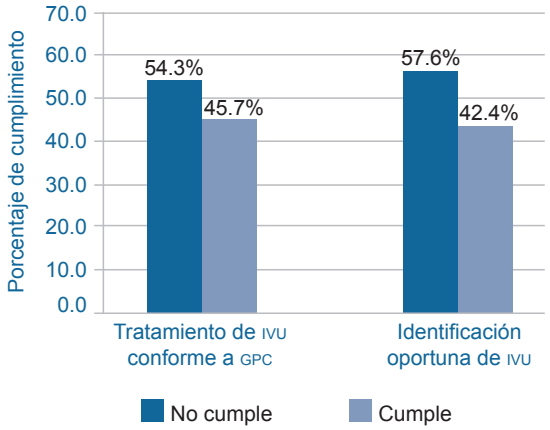
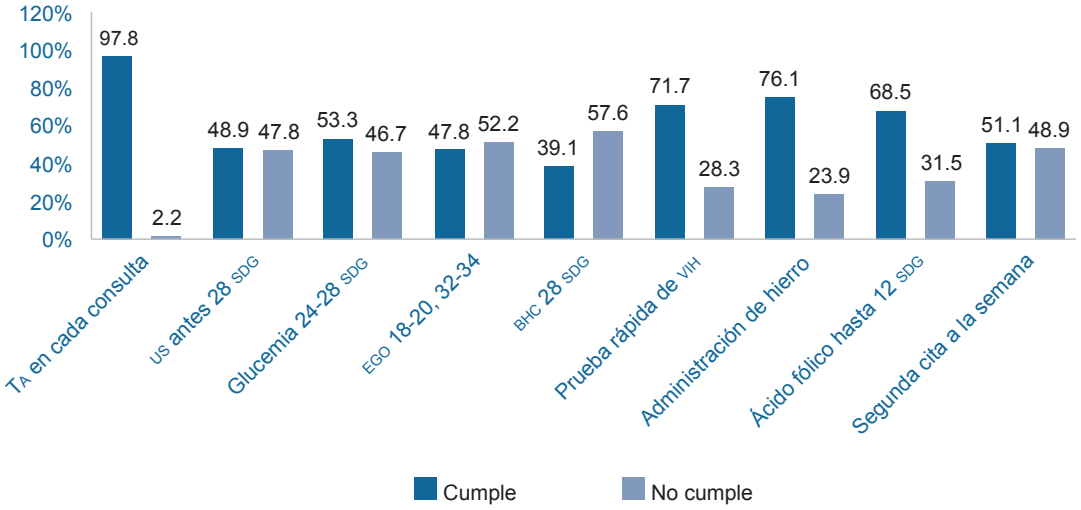


Figura 3. Evaluación de la calidad de atención*



*TA: tensión arterial; US: ultrasonido; SDG: semanas de gestación; EGO: examen general de orina; BHC: biometría hemática completa; VIH: virus de inmunodeficiencia humana. En dos de los parámetros no aplicaba la valoración (3.3% cada uno), por iniciar el control prenatal después de la semana 28 de gestación (US antes de la semana 28 de gestación y BHC a la semana 28).

natal, ante ello propusieron que todos los casos de bacteriuria asintomática deben ser tratados con antibióticos y señalaron que el escrutinio en embarazadas debe ser un procedimiento obligado dentro del cuidado prenatal en el primer nivel de atención. Ugalde y col.,[13] en 2012 realizaron un estudio en adolescentes embarazadas derechohabientes del IMSS e identificaron una asociación entre la infección de vías urinarias con parto pretérmino y de término en 54.3% y 33.8%, respectivamente.

Es sumamente importante que durante el embarazo exista una correcta atención médica con la finalidad de prevenir y detectar de forma oportuna complicaciones. Ahued y cols.,[14] en 2001 estudiaron a 899 pacientes de forma retrospectiva y concluyeron que la consulta prenatal y una adecuada adhesión reditúa de manera exitosa en el manejo de esta problemática clínica y social, esto también es soportado por diversos estudios centrados en el control prenatal.[15]

Actualmente existen pocos estudios que evalúen la atención y seguimiento en el control prenatal de la adolescente embarazada de acuerdo con la Cédula Única de Evaluación de Procesos de la Atención Materna con Enfoque de Riesgo que se basa en la GPC. En 2009 González-Morales y cols.,[16] evaluaron el cumplimiento de la GPC para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad, demostró que hasta 53.2% de los expedientes clínicos reflejaban mal cumplimento, lo cual impactó en una mayor morbimortalidad en este grupo.

Los costos de hospitalización y atención obstétrica en mujeres adolescentes son mayores que en adultas, por tal motivo se propone que los médicos familiares deben estar actualizados constantemente con una capacitación de la GPC de control prenatal, lo cual reduciría el riego de complicaciones e impactaría en los costos de atención en las adolescentes embarazadas.[17]

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentran los datos obtenidos, los cuales son reportados y registrados únicamente por los médicos familiares, así como el número de adolescentes embarazadas que fueron atendidas en una sola UMF.

Conclusiones

El apego a la GPC por parte de los médicos familiares en este estudio no fue adecuado. Se identificaron deficiencias en la confirmación del embarazo, en el número de embarazadas remisas que se reintegraron a la atención médica y en la detección y tratamiento oportuno de las infecciones genitourinarias. Se necesitan establecer estrategias que fortalezcan el apego a las GPC por parte de los médicos familiares y personal de primer contacto con la finalidad de evitar complicaciones relacionadas con un mal manejo del control del embarazo en adolescentes.

Referencias

1. Mendizábal R, Anzures L. La familia y el adolescente. Rev Med Hosp Gen Mex. 1999;62(3):191-7.
2. Fernández-Paredes F, Castro-García MA, Fuentes- Aguirre S, Ávila-Reyes A, Montiel-Marín BE, Godínez- González MA, et al. Características sociofamiliares y morbilidad materno-infantil del embarazo en adolescentes. Bol Med Hosp Infant Mex. 1998;55(8):452-7.
3. Consejo Nacional de Población. Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030; Michoacán 19-25 [Internet]. [Citado 2014 abril] Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/16_Cuadernillo_Michoacan.pdf
4. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública de México. 2015;57(2):135-43.
5. Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México: Secretaría de Salud; 2009.
6. IMSS. Cédula de Evaluación del Proceso de Atención Materna Integral. En: Manual Metodológico de Indicadores Médicos; 2013.
7. Mejía-Mendoza, Laureano-Eugenio J, Gil-Hernández E. Condiciones Socioculturales y experiencias del embrazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015;66(4):242-52.
8. Oviedo-Cruz H, Lira-Plascencia J. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. Revista de Ginecología y Obstetricia. 2007;(75):17-23.
9. Rodríguez-Páez F, Jiménez-Barbosa W. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control pre natal y desenlaces perinatales. Revista de Gerencia y políticas de Salud. 2014;13(27):212-27.
10. Buonanno A, Damweber B. Review of urinary tract infection. US Pharm. 2006;31(6):26-36.
11. Puil L, Mail J, Wright JM. Asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Rapid answers using the Cochrane Library. Can Fam Physician. 2002;48:58-60.
12. Estrada-Altamirano A, Figueroa-Damian R. Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. Perinatología y Reproducción Humana. 2010;24(3):182-6.
13. Ugalde-Valencia D, Hernández-Juárez M. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;5:338-41.
14. Ahued-Ahued J, Lira-Plascencia J, Simon-Pereira L. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. Cir Ciruj. 2001;69:300-3.
15. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered. 2011;22(4):169.
16. González-Morales I, Espinosa-Brito A, Alvarez-Amador G. Evaluación en el cumplimiento de la guía práctica clínica para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Revista electrónica de las Ciencias Médicos en Cienfuegos. 2009;7(3):163-79.
17. Santamaría BAM, Garduño AA, López EMA, Flores MMA, Herrera VJE, Salinas RV, et al. Análisis y evaluación costos de hospitalización y atención obstétrica en adolescentes embarazadas. Ciencia UG. 2012;2(2):11-5.