

ORIGINALES

Control de calidad del seguimiento del embarazo normal en atención primaria

R. Sánchez González^a, R. Álvarez Nido^a, M. Aroca Caballero^a, L. del Río Martín^a, J. Fernández Horcajuelo^a y C. Campoo Cobo^b

Centro de Salud San Blas. Parla. Área 10. Madrid.

Objetivos. General: aumentar la calidad de la atención materno-infantil en nuestra población.

Específico: mejorar al menos un 10% el registro de las actividades con peor cumplimiento en la primera evaluación del ciclo de calidad.

Diseño. Ciclo de calidad del programa de seguimiento de embarazo normal en atención primaria (AP). Dimensión de calidad estudiada: científico-técnica. Evaluación retrospectiva, cruzada, por iniciativa interna y sobre las historias clínicas de las gestantes. Marco temporal: primera evaluación sobre gestaciones de 1994-1995; aplicación de medidas correctoras durante 1996; segunda evaluación sobre gestaciones de 1997-1998.

Ámbito. Atención primaria.

Sujetos. Todas las gestaciones seguidas en nuestro equipo de AP durante los períodos descritos.

Mediciones y resultados principales. Criterios evaluados: actividades asistenciales del programa de seguimiento del embarazo normal del Área 10.

Primera evaluación (n = 54): incumplimiento global del 11,5%; los criterios con cumplimiento inferior al 80% fueron suplemento con ácido fólico, consejos a la gestante, detección de diabetes gestacional y visita al mes posparto. Segunda evaluación (n = 69): incumplimiento global del 6,3%; todas las actividades superaron el 80% excepto la exploración obstétrica en la primera visita, la visita a la semana posparto y la visita al mes posparto.

Conclusiones. Tras la introducción de unas medidas correctoras sencillas, logramos una mejoría global superior al 40% y un aumento en el cumplimiento de la mayor parte de las actividades, excepto en las visitas posparto y la exploración obstétrica en la primera visita. Creemos que es necesario mantener un ciclo continuo de mejora de calidad para conseguir una adecuada asistencia materno-infantil.

Palabras clave: Control de calidad. Embarazo. Atención primaria.

QUALITY CONTROL OF THE MONITORING OF NORMAL PREGNANCY IN PRIMARY CARE

Objectives. General: to increase the quality of mother-baby care in our population. **Specific:** to improve by at least 10% the record of activities with poorest compliance at the first evaluation on the quality cycle.

Design. Quality cycle of the normal pregnancy monitoring programme in primary care (PC). The scientific-technical dimension of quality was the one studied. There was a retrospective, crossed evaluation, on internal initiative, about the clinical records of the pregnant women. Sequence: first evaluation of pregnancies in 1994-95; application of corrective measures in 1996; second evaluation of pregnancies in 1997-98.

Setting. Primary care.

Patients. All the pregnancies monitored by our PC team during the periods described.

Measurements and main results. Criteria evaluated: care activities of the programme for monitoring normal pregnancies in Area 10. First evaluation (n = 54): 11.5% overall non-compliance. The criteria with under 80% compliance were: folic acid supplement, counselling, diagnosis of pregnancy diabetes and attendance in the month after delivery. Second evaluation (n = 69): 6.3% overall non-compliance. All activities surpassed 80% compliance except obstetric examination on the first visit, attendance a week after delivery and attendance a month after delivery.

Conclusions. After introducing certain simple corrective measures, we achieved overall improvement of over 40% and increased compliance in most activities, except for attendance after delivery and obstetric examination on the first visit. We think a continuous cycle of quality improvement needs to be maintained in order to achieve adequate mother-baby care.

Key words: Quality control. Pregnancy. Primary care.

(Aten Primaria 2001; 27: 537-541)

^aMédicos de Familia. ^bMatrona.

Correspondencia: Raúl Sánchez González.
Avda. Orovilla 57, 6.o C. 28041 Madrid.
Correo electrónico: RAYOL@inicia.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 31-I-2001.

Introducción

La prestación de una adecuada atención prenatal está relacionada con una disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil. Por tanto, los principales objetivos de un programa de seguimiento de embarazo deben estar encaminados a reducir, entre otros, la incidencia de bajo peso al nacer, el número de abortos y la morbilidad y mortalidad de causa obstétrica, así como promover la lactancia materna. Como en todos los ámbitos de la atención sanitaria, para conseguir estos objetivos debemos asegurarnos que la asistencia que prestamos alcanza un nivel de calidad necesario.

Las estrategias de evaluación y mejora de la calidad en los servicios de salud tienen como objetivo fundamental detectar áreas problemáticas de la atención sanitaria que pueden ser mejoradas mediante una intervención factible, para, una vez identificadas, poner en marcha dicha intervención o medida correctora¹.

Es notable el interés que está suscitando el desarrollo de programas de control de calidad en diversos ámbitos de la asistencia en Atención Primaria (AP), con el objeto de guiar la planificación y mejorar la asistencia prestada por los equipos de AP (EAP)².

En nuestro EAP decidimos evaluar la calidad de la asistencia prenatal prestada a las gestantes que atendíamos, con la finalidad de identificar y corregir nuestros errores y conseguir así mejorar la

asistencia maternoinfantil en nuestra población. Para ello tomamos como referencia los protocolos empleados en nuestro nivel asistencial. Como a la hora de evaluar la calidad de este tipo de programas es imposible establecer el beneficio concreto de cada una de las actividades que lo componen, decidimos considerarlo de forma global.

Por tanto, nos planteamos el presente estudio con los siguientes objetivos generales: evaluar la calidad de la asistencia prestada a las gestantes en nuestro EAP, identificar y analizar las posibles deficiencias, proponer medidas correctoras y comprobar su eficacia, monitorizando los cambios producidos. Nos fijamos como objetivo específico mejorar en, al menos, un 10% el grado de cumplimiento de las actividades con peor resultado en la primera evaluación.

Material y métodos

Hemos realizado un ciclo de mejora de la asistencia prestada en nuestro EAP a las embarazadas, basada en el Programa de Seguimiento del Embarazo Normal en AP del Área 10 del INSALUD de Madrid³. El ciclo consta de una primera fase de evaluación, un estudio de las posibles causas de error con la consiguiente implantación de unas medidas correctoras tras el análisis de los primeros resultados, y una segunda evaluación.

La evaluación se realizó por iniciativa interna y de forma retrospectiva y cruzada. La población de estudio está constituida por todas las gestaciones normales seguidas en nuestro EAP, según constaba en el registro específico de embarazo. Realizamos la evaluación sobre el total de las gestaciones, sin muestreo. Las unidades de estudio fueron las historias clínicas de las gestantes. La dimensión de calidad estudiada, la científico-técnica.

Marco temporal: la primera evaluación fue realizada sobre 54 gestaciones seguidas en los años 1994-1995. Posteriormente, aplicamos las medidas correctoras durante 1996. La segunda evaluación se realizó sobre 69 gestaciones seguidas en los años 1997-1998.

Los criterios evaluados son explícitos y normativos y se basan en las actividades asistenciales que constan en el Programa de Seguimiento del Embarazo Normal del Área 10 del INSALUD de Madrid³. Fijamos el estándar de cumplimiento de cada actividad en el 80%. En total son 31 criterios que detallamos a continuación:

En la primera visita debe constar:

- Fecha de la última regla (FUR) y fecha probable de parto (FPP).
- Antecedentes familiares, personales y obstétricos.
- Hábitos tóxicos.
- Exploración clínica general y exploración obstétrica.
- Talla, peso y tensión arterial (TA).
- Consejos generales sobre el embarazo.
- Prescripción de ácido fólico.

El resto de las visitas deben incluir cálculo de la edad gestacional, peso, TA y altura del fondo uterino (AFU), así como auscultación del latido fetal desde la semana 20, realizándose al menos los siguientes controles:

- Una visita mensual hasta las 32 semanas.
- Una visita quincenal entre la 32 y la 38 semanas.
- Una visita semanal desde la semana 38 hasta el parto.

Debe realizarse al menos una ecografía por trimestre.

Constará registro de la derivación al servicio de preparación al parto.

Se realizará un estudio analítico básico que incluirá:

- Grupo sanguíneo, Rh y test de Coombs indirecto en la primera visita.
- Hemograma en cada trimestre.
- Bioquímica básica en cada trimestre.
- Analítica de orina en cada trimestre.
- Sobrecarga oral con 50 g de glucosa (SOG) entre las semanas 24 y 28, o en la primera visita si existen antecedentes de riesgo para diabetes gestacional.
- Serologías de toxoplasma (en el primer trimestre y, si es negativa, en el segundo y tercero), rubéola (en el primer trimestre), lúes (en el primer trimestre) y virus de la hepatitis B (VHB) (en el primer trimestre si existen factores de riesgo y en el tercer trimestre en todos los casos).

Se realizarán 2 visitas tras el parto, en las que constará el tipo de parto y el peso del recién nacido:

- La primera, a los 7 días del parto, realizada por la matrona.
- La segunda, a los 30 días del parto, realizada por el médico.

Utilizamos programas informáticos específicos (EPIINFO 6.0 e IQUAL⁴) para

el análisis y la explotación de los datos. Se calcularon proporciones e intervalos de confianza del 95% para cada criterio, y se utilizó el test de la ji-cuadrado para comparación de proporciones.

Resultados

1. Primera evaluación: se revisaron las historias clínicas de las 54 gestaciones cuyo seguimiento fue realizado en nuestro EAP durante el período antes indicado (12,7% de los 425 embarazos detectados en dicho período). En el análisis global, se encontraron un total de 192 incumplimientos (11,5%). Tras analizar cada uno de los criterios, sólo cuatro de ellos obtenían un cumplimiento inferior al 80% (tablas 1 y 2). Éstos fueron: prescripción de ácido fólico, consejos generales sobre el embarazo en la primera visita, visita al mes posparto y realización de la SOG. Representan por sí solos un 47% del total de los incumplimientos de la primera evaluación (fig. 1).

2. Medidas correctoras: en función de estos resultados se realizó un análisis de las posibles causas, con el objeto de proponer una serie de medidas que permitieran una mejora en la reevaluación. Las causas principales de error sobre las que era factible actuar fueron: a) desconocimiento del programa por parte de algunos profesionales de reciente incorporación al centro; b) infrarregistro de algunas de las actividades realizadas; c) descoordinación entre el médico y la matrona y, por último, d) sobrecarga de la puerpera, que la llevaría a desatender sus propias revisiones tras el parto volcándose más en el cuidado del recién nacido. Como medidas correctoras se plantearon las siguientes: realización de una serie de sesiones en el equipo que sirvieran de recordatorio del programa de seguimiento del embarazo, adecuación de unas hojas de registro específicas para visitas posparto, puesta en marcha de un consen-

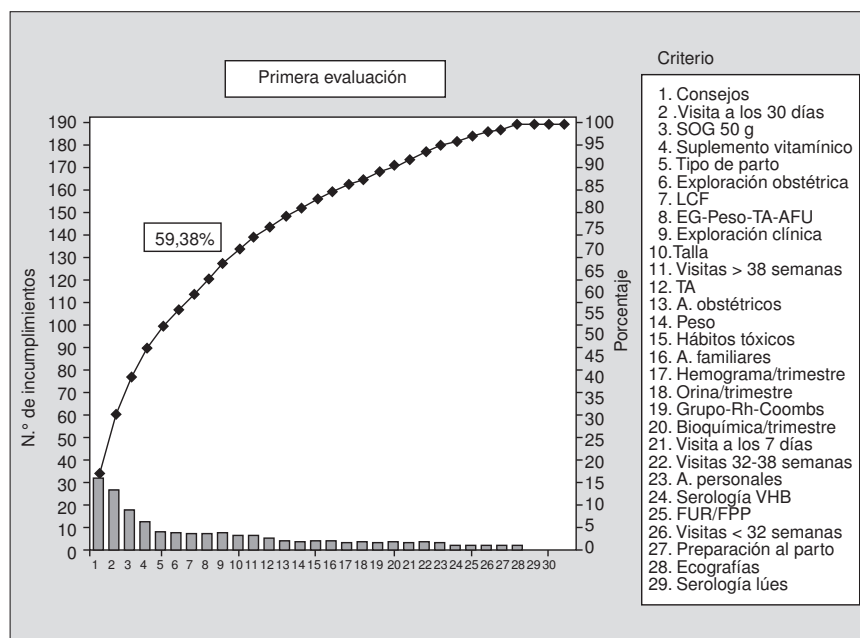


Figura 1. Gráfico de Pareto de la primera evaluación.

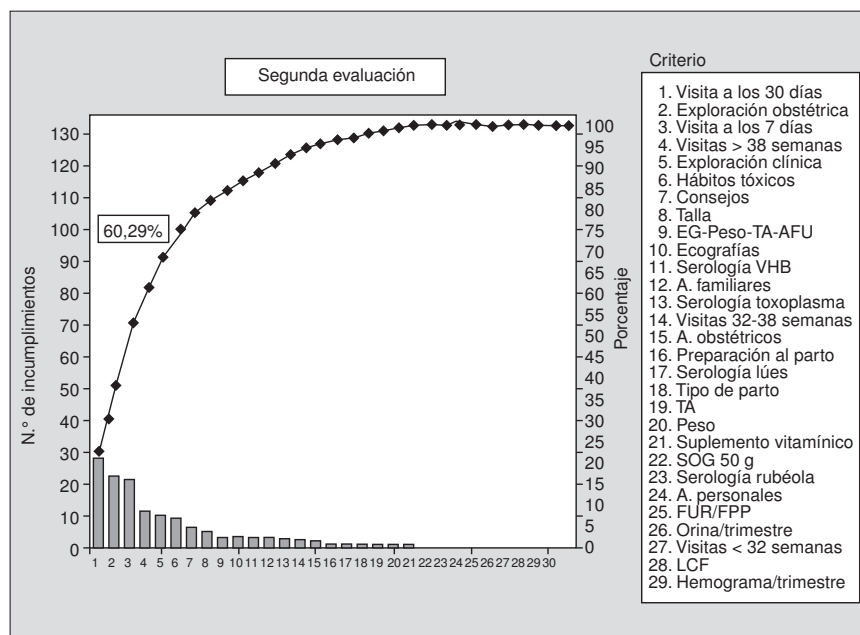


Figura 2. Gráfico de Pareto de la segunda evaluación.

so de actuación conjunta médico-matrona y educación sanitaria a la gestante a lo largo del embarazo sobre la necesidad de realizar las visitas puerperales. 3. Segunda evaluación: se realizó sobre las historias clínicas de las

69 gestaciones seguidas en el período indicado (20% de los 345 embarazos detectados) y el total de incumplimientos fue de 136 (6,3%) (fig. 2). En conjunto, se ha objetivado una superficie de mejora global superior al 44%. Se al-

canzan mejorías estadísticamente significativas en los 4 criterios con peor cumplimiento en la primera evaluación. Los criterios cuyo cumplimiento no alcanzaba el 80% en la segunda evaluación fueron la exploración obstétrica en la primera visita y la realización de visitas de control a la semana y al mes del parto (tablas 1 y 2). Estos 3 criterios suponen el 52% del total de todos los incumplimientos de la segunda evaluación.

Discusión

Una de las principales aportaciones de nuestro trabajo es que presenta los resultados obtenidos en la reevaluación tras la implantación de medidas correctoras. La mayor parte de los estudios publicados en relación con el control de calidad de la atención sanitaria a la embarazada en el ámbito de AP no presentan completo el ciclo evaluativo y no se llega a evidenciar la eficacia de las medidas correctoras propuestas por los diferentes autores⁵⁻⁹.

El objetivo final de toda evaluación de la calidad de la asistencia es conseguir una mejora de la atención al paciente. En nuestro caso, podemos destacar la influencia decisiva del establecimiento de dicho ciclo evaluativo, ya que, con medidas correctoras sencillas y fáciles de aplicar derivadas del análisis de la primera fase, conseguimos una mejora global superior al 44%.

En general, el cumplimiento de la mayor parte de los criterios en nuestro estudio es elevado. Aunque la comparación con otros trabajos es complicada ya que no siempre se utilizan los mismos criterios, podemos señalar algunos de ellos en los que obtenemos niveles de cumplimiento superiores a lo descrito en la bibliografía, como por ejemplo en el caso de la realización de curso de preparación al parto, que varía en un 44-63%^{6,10}; de serologías, en un 32-

TABLA 1. Criterios incluidos en la primera y sucesivas visitas

Criterio	Primera evaluación (n = 54)	Segunda evaluación (n = 69)	p
FUR/FPP ^a	96,3 (87,2-99,5)	100 (94,2-100)	NS
Antecedentes familiares	92,6 (82,1-97,9)	95,6 (86,6-98,7)	NS
Antecedentes personales	94,4 (84,6-98,8)	100 (94,2-100)	NS
Antecedentes obstétricos	92,6 (82,1-97,9)	97,1 (88,2-99,7)	NS
Hábitos tóxicos	92,6 (82,1-97,9)	86,9 (74,2-93,1)	NS
Exploración clínica	87 (75-94,6)	85,5 (72,3-91,9)	NS
Exploración obstétrica	85,2 (72,8-93,3)	68,1 (54,3-80,2)	< 0,05
Talla en primera visita	88,9 (77,3-95,8)	94,2 (84,2-98,2)	NS
Peso en primera visita	92,6 (82,1-97,9)	98,5 (91,3-99,9)	NS
Tensión arterial en primera visita	90,7 (79,6-96,9)	98,5 (91,3-99,9)	NS
Consejos en primera visita	40,7 (26,5-53,9)	91,3 (80,1-97,1)	< 0,05
Ácido fólico en primer trimestre	75,9 (62,3-86,5)	98,5 (91,3-99,9)	< 0,05
Visitas hasta las 32 semanas	96,3 (87,2-99,5)	100 (94,2-100)	NS
Visitas entre 32 y 38 semanas	94,4 (84,6-98,8)	97,1 (88,2-99,7)	NS
Visitas desde 38 semanas	88,9 (77,3-95,8)	84 (70,5-92,1)	NS
TA/AFU/Peso/EG ^b por visita	96,3 (87,2-99,5)	95,6 (86,6-98,7)	NS
LCF ^c en visitas > 20 semanas	96,3 (87,2-99,5)	100 (94,2-100)	NS
Ecografías por trimestre	96,3 (87,2-99,5)	95,6 (86,6-98,7)	NS
Preparación al parto	96,3 (87,2-99,5)	98,5 (91,3-99,9)	NS

Se indican porcentajes de cumplimiento y entre paréntesis los intervalos de confianza del 95%.

Se resaltan en negrita los porcentajes inferiores al 80%.

^aFecha de última regla/fecha probable de parto.

^bTensión arterial/altura de fondo uterino/peso/edad gestacional.

^cLatido cardíaco fetal.

TABLA 2. Controles analíticos y visitas posparto

Criterio	Primera evaluación (n = 54)	Segunda evaluación (n = 69)	p
Hemograma	96,3 (87,2-99,5)	100 (94,2-100)	NS
Bioquímica	96,3 (87,2-99,5)	100 (94,2-100)	NS
ABO/Rh/Coombs ^a	96,3 (87,2-99,5)	100 (94,2-100)	NS
Orina	96,3 (87,2-99,5)	100 (94,2-100)	NS
SOG 50 g ^b	66,6 (52,5-78,9)	100 (94,2-100)	<0,05
Serología toxoplasma	100 (93,3-100)	95,6 (86,6-98,7)	NS
Serología rubéola	100 (93,3-100)	100 (94,2-100)	NS
Serología lúes	100 (93,3-100)	98,5 (91,3-99,9)	NS
Serología VHB ^c	96,3 (87,2-99,5)	95,6 (86,6-98,7)	NS
Visita posparto a los 7 días	94,4 (84,6-98,8)	69,5 (57,3-80)	< 0,05
Visita posparto a los 30 días	50 (36-63,9)	59,4 (46,9-71)	NS
Tipo de parto y peso al nacer	83,3 (70,7-92)	98,5 (91,3-99,9)	< 0,05

Se indican porcentajes de cumplimiento y entre paréntesis los intervalos de confianza del 95%.

Se resaltan en negrita los porcentajes inferiores al 80%.

^aGrupo ABO/Grupo Rh/Coombs indirecto.

^bSobrecarga oral con 50 g de glucosa.

^cVirus de la hepatitis B.

que en tres de ellos conseguimos una clara mejoría en la segunda evaluación: la prescripción de ácido fólico en el primer trimestre, los consejos generales en la primera visita y la realización de la SOG mejoran hasta alcanzar incluso el 100% de cumplimiento en el último caso. Sospechamos que, en buena medida, este bajo grado de cumplimiento podría ser debido a problemas de infrarregistro por parte de los profesionales encargados de realizar las actividades, que se resolvieron una vez que los mismos tuvieron conocimiento de los datos de la primera evaluación.

Sin embargo, la realización de la visita al mes del parto, aunque aumenta su grado de cumplimiento, no alcanza el 60% y además existe un descenso en el número de visitas realizadas a la semana del parto, que en la primera evaluación se situaba en un 95%. Como hemos señalado anteriormente, creemos que este defecto en los controles tras el parto podría explicarse por la sobrecarga que supone el cuidado del recién nacido para la puerpera, que provoca una falta de motivación para acudir a la consulta. Este punto ya ha sido señalado en estudios previos donde se alcanzan resultados similares a los nuestros¹⁰, mientras que Baena et al^{6,12} obtienen un nivel de cumplimiento superior, aunque sólo realizan una única visita puerperal. No obstante, dado que en la primera evaluación concurrían las mismas circunstancias y obtuvimos un grado de cumplimiento mucho mayor, quisimos analizar con más detalle estos casos. Observamos que el 32% de ellos correspondía a un período de tiempo en el cual nuestro EAP no dispuso de la presencia de matrona, profesional sanitario encargado de realizar dicha actividad, y no se pusieron en marcha iniciativas para cubrir su ausencia.

El otro empeoramiento destacable fue el del registro de la explo-

93%^{6,7,10,11}; del test de O'Sullivan, sobre un 76%⁷, o de ecografías, un 50-86%^{5,6,10,11}.

Analizando los criterios que no alcanzaron el 80% de cumplimiento en la evaluación inicial, vemos

ración ginecoobstétrica en la primera visita. No encontramos justificación evidente para este hecho, aunque es un problema descrito con frecuencia en los estudios realizados en nuestro país en los que se analiza este parámetro^{5,6,11}.

No queremos terminar sin destacar que, aunque no se trataba de un objetivo de nuestro trabajo, ha aumentado el porcentaje de gestaciones que fueron controladas desde nuestro EAP desde el 13 al 20%. Este porcentaje, aun siendo superior al 9% descrito en la provincia de Salamanca⁵, es inferior al alcanzado en otras zonas de nuestro país, donde se han comunicado coberturas que oscilan en un 32-75%^{9,12-16} y consideramos que debería incrementarse, ya que la mayoría de las gestaciones no presentan factores de riesgo y pueden controlarse en AP contando con una coordinación dinámica con atención especializada⁵.

Queremos concluir diciendo que consideramos que es aconsejable incluir medidas de garantía de calidad en todos los programas de atención al embarazo en AP, ya que tienen un efecto positivo en la mejora de la asistencia. Asimismo sería conveniente mantener una

monitorización periódica del proceso asistencial con un número limitado de criterios.

Bibliografía

1. Leiva F, Prados JD. Investigación en calidad. Perspectivas de futuro. En: Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Vol. III. Madrid: DuPont Pharma, 1997; 395-417.
2. Avellana E, Pico JA, Urís J. La calidad en atención primaria de salud: nuevas perspectivas. La medida de la calidad. FMC 1994; 1: 75-87.
3. Área 10 del INSALUD. Madrid. Programa de seguimiento del embarazo normal en atención primaria. Programa de la Mujer. Madrid: INSALUD 1993.
4. Saturno PJ. IQUAL. Programa de gestión de calidad asistencial. Versión 1.0. Madrid: DuPont Pharma, 1998.
5. Santos N, Montero C, Lajas JA, Ramos E, Gómez T. Control de gestación en la provincia de Salamanca. Aten Primaria 1992; 9: 54-60.
6. Baena L, Plaza E, López F, Minaya JA, Alguacil P, Ruiz de Adana MJ. Evaluación de la calidad de la asistencia prenatal en atención primaria. Aten Primaria 1992; 10: 726-729.
7. Goberna J, García P, Gálvez M. Evaluación de la calidad de la atención prenatal. Aten Primaria 1996; 18: 55-58.
8. Burgos G, Aguado JA, Gastón JL, Herrera PT. Evaluación del programa de embarazo en un centro de salud utilizando la anemia como trazador. Centro de Salud 1995; 5: 351-356.
9. Martínez R. Estudio sobre la calidad en el control de embarazo. Centro de Salud 1996; 11: 722-728.
10. Ferraro J. Control de calidad. Programa de embarazo, parto y puerperio. Centro de Salud 1995; 7: 508-512.
11. Bailón E, Delgado A, Montoro R, Vázquez R, Sánchez MR, Alemany V. Eficacia de la auditoría en la mejora de un programa del control del embarazo. Aten Primaria 1992; 9: 37-40.
12. Baena L, Padial MJ, González AR. Evaluación del programa de control de embarazo del Centro de Salud La Chana en 1989. Comparación con años anteriores. Aten Primaria 1991; 8: 682-686.
13. Dueñas RM, Mitsuf MJ, Martínez J, Muñoz M, Fernández MJ, Lora N. Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. Aten Primaria 1997; 19: 188-194.
14. Díaz JA, García P. Evaluación de un programa de atención al embarazo, parto y puerperio. Aten Primaria 1989; 6: 226-232.
15. Moreno C, Jiménez MJ, Martínez A, Indurain J, Sanjuán C, Barandiarán ML. Evaluación de un programa de vigilancia prenatal. Aten Primaria 1988; 5: 197-202.
16. Díaz S, Cabrera R, Alonso R, Vázquez J. Cobertura y calidad del seguimiento de la atención prenatal en un centro de salud. Aten Primaria 1993; 12: 401-406.