

Evaluación de las acciones del programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2002

Mayor Enfra. Marina Patricia **Toledo-Sánchez**,* Gral. Ret. M.C. Rolando **Carrera-Cárdenas**,**
Tte. Cor. M.C. Manuel **Velasco-Pasillas**,*** M.C. Mtro. en S.P. Adrián Gabriel **Delgado-Lara******

Clínica de las Especialidades de la Mujer-Escuela Militar de Graduados de Sanidad. México.

RESUMEN

Antecedentes. El Programa de Arranque Parejo en la Vida (PAPV) busca lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, disminuir la mortalidad materna y neonatal. La evaluación de la calidad constituye una piedra angular del mismo.

Objetivo. Describir la evaluación de las acciones del PAPV desarrollado en la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional (CEM SDN).

Método. Estudio observacional, analítico y transversal. Se estudió una muestra estadísticamente representativa de 450 mujeres atendidas en la CEM por embarazo, parto o puerperio durante los años 2001 y 2002. Se efectuó estadística descriptiva y determinación de significancia con la prueba de Z.

Resultados. Existió control prenatal en 65.78% de mujeres de la muestra estudiada en el año 2001 y aumento a 70.22% en el año 2002. El control prenatal se inicia entre la semana 13 a 24 en un porcentaje de 37.1% (2001) y 34.1% (2002). Las complicaciones más comunes fueron desgarros de segundo grado (15.1% y de segundo grado (6.6%). En los dos años sólo se registró una defunción de un neonato.

Conclusiones. Los indicadores evaluados del PAPV señalan un avance significativo en diversos aspectos de control prenatal así como en la protección de los recién nacidos en la CEM SDN. Es necesario continuar con el seguimiento y evaluación del presente programa a fin de confirmar la consistencia de estos hallazgos.

Palabras clave: Mujer, embarazo, parto, puerperio, mortalidad, materna, neonatal, calidad, arranque parejo en la vida.

Alike Start in Life Program's Evaluation 2001-2002

SUMMARY

Background. The Alike Start in Life Program (ASLP) is a government strategy looking for a universal coverage for equal conditions of quality healthcare for women in pregnancy, childbirth and puerperium, and to diminish both mother and neonatal mortality. Quality evaluation constitutes a cornerstone to the ASLP.

Objective. To describe the evaluation of the ASLP as performed at the Specialties Womens Clinic of the National Defense Ministry (SWC NDM).

Method. An observational, analitic and transversal study was done. A statistically representative sample of 450 women were studied at the (SWC NDM).

Results. Prenatal control was made in 65.78% studied women in 2001 year, and increased to 70.22% for the 2002 year. Such control was initiated before the 12 pregnancy week in 29.7% in 2001, increasing to 33.5% in 2002. Common pregnancy complications included a first (15.1%), and a second (6.6%) tearing degree. Thorough both years only a child death was reported.

Conclusions. Evaluated indicator of the ASLP shows a significant advances in diverse prenatal control issues as web as in neonate protection at the SWC NDM). We consider as necessary to replicate, follow and to evaluate this features in order to confirm these results consistency.

Key words. Woman, pregnanc, childbirth, puerperium, mortality, mother, neonate, quality, Alike Start in Life.

* Egresado de la Maestría en Salud Pública, Escuela Militar de Graduados de Sanidad. ** Profesor Titular del Seminario de Tesis, Maestría en Salud Pública, EMGS. *** Jefe de Neonatología, Clínica de Especialidades de la Mujer. **** Subdirector del Programa Arranque Parejo en la Vida, Dirección General de Salud Reproductiva.

Correspondencia:

Mayor Enfra. Marina Patricia Toledo-Sánchez

Calle Juan de la Barrera, Edif. C 26, Dpto. 104, Col. El Colibrí, Cuautitlán Izcalli, Edo. de Méx. C.P. 54769.

Recibido: Marzo 24, 2004.

Aceptado: Septiembre 14, 2004.

Introducción

Antecedentes científicos

La evaluación en los servicios de salud. En la década de los cincuenta, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició trabajos aislados, a través de la revisión de expedientes clínicos, creó la Comisión de Supervisión Médica e integró la Auditoría Médica, con lo que sentó las bases para la evaluación de la calidad de la atención médica y desarrolló modelos sistemáticos de evaluación de la misma. A partir de la experiencia del IMSS, se concedió mayor importancia a la Auditoría Médica y se iniciaron acciones similares en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En los 80, el Instituto Nacional de Perinatología desarrolló una estrategia para la implantación de un programa de garantía de la calidad de la atención médica, mediante la formación de círculos de calidad. Al mismo tiempo, el Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, realizó un estudio sobre satisfacción de usuarios y prestadores de servicios de salud y la Secretaría de Salud instrumentó círculos de calidad en el primer nivel de atención.

Dentro de la actual administración, la Secretaría de Salud, a través de las Direcciones Generales de Calidad y Educación en Salud, promueve la calidad en los servicios de salud y el uso adecuado de la tecnología disponible, bajo las estrategias de capacitación, generación del sistema de información de calidad, formación de equipos de mejora continua y evaluación comparativa, y encuestas periódicas regionales y nacionales, sobre la calidad a usuarios y sobre prestadores, todo ello en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

La calidad se ha convertido en un factor principal en el desarrollo y organización exitosa de los programas, para alcanzar las metas principales, hoy en día, el control de la calidad debe estar completo y eficazmente organizado para satisfacer las demandas de esta nueva estructura de mercados y negocios.³

A principio de 2001, y en vista de los cambios en el perfil epidemiológico del país, los éxitos en el control de diversos padecimientos, y las prioridades de la nueva administración, el Consejo Nacional de Salud volvió a revisar la lista de indicadores –entre ellos los rubros de que dispone de indicadores para evaluar sus componentes técnico e impersonal– y aceptabilidad, se maneja cinco indicadores en total, los cuales son: porcentaje de nacimientos por cesárea, porcentaje de unidades de primer nivel con disponibilidad de medicamentos esenciales mayor a 80%, tiempo de espera en la consulta externa, tiempo de espera en Urgencias y porcentaje de pacientes que reciben información sobre su padecimiento, sin embargo, a excepción del porcentaje de nacimientos por cesárea, no se dispone de cifras del año 2000 para estos indicadores dado que la información necesaria para su elaboración depende del seguimiento de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual comenzó a operar en 2001.

El programa Arranque Parejo en la Vida se inició en la Secretaría de la Defensa Nacional, en el III nivel de atención médica, específicamente en la Clínica de Especialidades de la Mujer, ya que dicha instalación hospitalaria cuenta con el personal médico, de enfermería, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, especialistas en cada una de las áreas, además de contar con el equipo y material requeridos para brindar atención ginecoobstétrica, promoción de la salud, trabajo social, indispensables para cubrir con las expectativas de accesibilidad de servicios de salud, para toda la población militar y derechohabiente que lo requieran; además, por su ubicación geográfica es desde el punto de vista estratégico la que tiene la mayor cobertura y capacidad de atender a la población militar y derechohabientes; en un segundo momento las autoridades del servicio de sanidad tienen previsto incrementar la cobertura y aplicación del programa Arranque Parejo en la Vida, haciéndolo llegar a las demás instalaciones sanitarias del país en forma escalonada, con el propósito a corto plazo de sumar esfuerzos con las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud para contribuir en la constitución de la red de atención hospitalaria militar y de esta forma alcanzar los objetivos y metas de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa Arranque Parejo en la Vida, en beneficio de la población mexicana.

Métodos

Tipo de estudio

Este estudio es de tipo observacional, analítico y transversal (prevalencia de período)

Universo

Se numeraron, en forma progresiva, todos los expedientes de las mujeres atendidas en la clínica en los años 2001 (4,181 expedientes) y 2002 (4,119 expedientes) y se eligió al azar, irrestricto, hasta completar el tamaño de la muestra, la que se ha calculado con la confianza de 95%, para todos los indicadores que prevalezcan en forma $\geq 3\%$; para ello se ha fijado el error permisible en 75% del valor de p ($3\% = 0.0225$ (introducido a la teoría de los conjuntos).

$$\text{Entonces } n = 0.03 \times 0.97 = 220.82 \\ (0.0225/1.96)^2$$

221 mujeres atendidas por embarazo, parto y/o puerperio en el 2001 y otras tantas en el 2002 (prudentemente se elevó a 225 unidades estadísticas en cada muestra: 450 en total).

Delimitación del universo

Criterios de inclusión

- Todas las pacientes admitidas, y dadas de alta en la clínica, por causas de embarazo, parto y puerperio, registradas en el respectivo expediente clínico, útil para el efecto, y sus respectivos productos del embarazo.

Criterios de exclusión

- Pacientes atendidas en la clínica dadas de alta por otras causas ajenas al embarazo, parto o puerperio, o aquellas con expedientes no útiles para el efecto.

Criterios de eliminación

- Expedientes no útiles para el estudio (en su lugar se eligieron al azar los expedientes necesarios para suplirlos).

Estadística

Se utilizó la prueba de Z para comprobar la hipótesis, por tratarse de un estudio que mide proporciones y la diferencia entre los dos años se verificó con la confianza de más de 95%.

Resultados

En el año 2001 65.78% de las mujeres con atención obstétrica en la Clínica de Especialidades de la Mujer recibieron consulta prenatal en esa misma unidad, otro 22.22% recibió su control en otro escalón sanitario, o en otro sistema de seguridad (IMSS o ISSSTE) o fueron controladas por médico privado; el restante 12% no tuvo control prenatal. En tanto que en el 2002 el porcentaje de mujeres con control prenatal en la Clínica de Especialidades de la Mujer ascendió a 70.22, es decir, aumentó 4.44 puntos porcentuales; misma proporción en que disminuyeron las mujeres con control prenatal externo. La cantidad de embarazadas sin control prenatal no varió en los años en estudio (*Cuadro 1*).

Del total anual de embarazadas en control prenatal llevado a cabo en la Clínica de Especialidades de la Mujer en el

2001, 29.72% iniciaron antes de la semana 12 de gestación, 37.16% tuvieron su primera consulta entre la semana 13 y la 24, 14.86% entre la semana 25 y 29 de gestación, 10.81% entre la semana 30 y 35 y 7.43% de la semana 36 a la 38 de gestación, y en el 2002 el porcentaje fue 33.54% antes de la semana 12, 34.17% asistieron entre la semana 13 y la 24 por primera vez a consulta, 10.12% asistieron entre la semana 25 y 29, 12.02% asistió entre la semana 30 y 35 y 10.12% recibió su primera consulta entre la semana 36 y 38. En el 2002, diez mujeres más que en 2001, iniciaron su control prenatal, cinco de ellas antes de la semana 20 de gestación. No existe diferencia significativa entre los años 2001 y 2002. (*Cuadro 2*).

Las complicaciones en el parto que se presentaron con más frecuencia en las mujeres atendidas durante 2001, fueron: los desgarros de 1/er. grado con 16.00%, los desgarros de 2/o. grado en 6.22%, desgarro perianal de 1/er. grado y laceración de labios menores en 3.11% cada una, laceración vaginal con 2.67%; el resto representó 13.78%.

En el 2002, de las 225 mujeres atendidas en la Clínica de Especialidades de la Mujer sufrieron complicaciones en el parto 130 de ellas, las más frecuentes fueron los desgarros de 2/o. grado con 15.11%, seguidas por los desgarros de 1/er. grado en 6.66%, el antecedente de cesárea previa se registró en 4.89%, la presentación fetal anormal en 4.44%, laceraciones 3.56%, laceración de labios menores con 2.67%; estas seis complicaciones suman 37.27% del total de las 225 que constituyen la muestra aleatoria.

La muestra del 2001 con respecto a la condición de los recién nacidos fue de 100% nacidos vivos, y en el 2002 los nacidos vivos fueron 99.56% con 0.44% correspondiente a una defunción.

Cuadro 1. Mujeres con atención obstétrica en la Clínica de Especialidades de la Mujer que asistieron a la consulta prenatal. Años 2001-2002.

Periodo Lugar	2001		2002		Z	Significancia	
	No.	%	No.	%		Sí	No
En la CEM	148	65.78	158	70.22	*-1.01		/
Control externo	50	70.22	40	17.78	**1.18		
No controladas	27	12	12	12	0.00		
Total	225	100	225	100			

Fuente: Expedientes Clínicos, de la CEM de las pacientes seleccionadas en la muestra aleatoria. * Confianza de sólo 68.78%. ** Confianza de sólo 76.17%.

Cuadro 2. Inicio del control prenatal de las embarazadas según las semanas de gestación, en la CEM años 2001-2002.

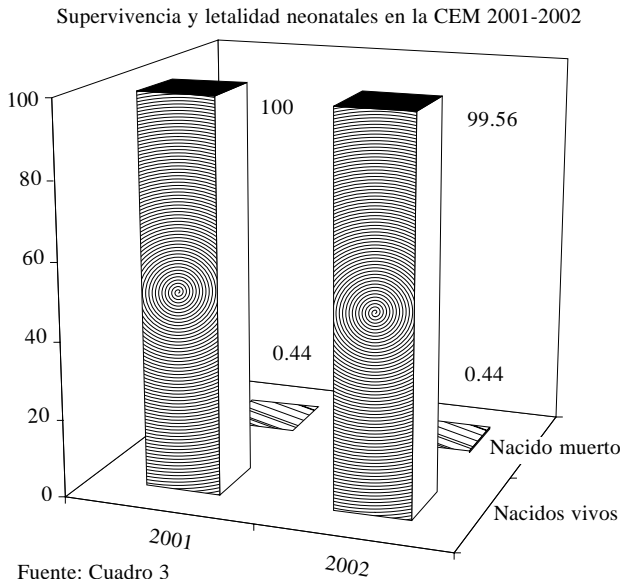
Semanas de gestación	2001		2002		Z	Significancia	
	No.	%	No.	%		Sí	No
≤ a12	44	29.72	53	33.54	-1.3*		
De 13 a 24	55	37.16	54	34.17	-0.54**		
De 25 a 29	22	14.86	16	10.12	0.27***		
De 30 a 35	16	10.81	19	12.02	0.33****		
De 36 a 38	11	7.43	16	10.12	0.83*****		
Total	148	100	158	100			

Fuente: Expedientes Clínicos de la CEM de las pacientes seleccionadas en la muestra aleatoria. * Confianza de sólo 52.79%. ** Confianza de sólo 41.48%. *** Confianza de sólo 21.75%. **** Confianza de sólo 26.68%. ***** Confianza de sólo 59.57%.

Cuadro 3. Supervivencia y letalidad neonatales en la CEM Años 2001-2002.

	2001	%	2002	%	Z	Significancia	
	No.		No.			Sí	No
Nac. Vivos	226	100	225	99.56	-1.00**		
Nac. muerto	0	0	1	0.44	1.00**		
Total	226*	100	226*	100			

Fuente: Expedientes Clínicos, de la CEM, de las pacientes seleccionadas en la muestra aleatoria. * Hubo un parto gemelar. ** Con una confianza de 65.58%.



Fuente: Cuadro 3

Figura 1. Porcentaje de recién nacidos en la CEM: 100% nacidos vivos en el 2001 y 99.56% en el 2002.

En el año 2001 nacieron 226 productos de las 225 pacientes de la muestra. Hubo un parto gemelar, todos nacieron vivos. En el 2002 un producto nació muerto ($Z = 1.00$) (Cuadro 3).

Discusión

Como puede apreciarse en el cuadro 1 sólo 65.78% de las 225 pacientes que llegaron al parto, registradas en la muestra aleatoria, correspondiente al año 2001, y 70.22% de las correspondientes al 2002, acudieron a la consulta externa prenatal en la CEM ($Z = -1.01$ diferencia no significativa), ya que 22.22% en el año 2001 y 17.78% en el 2002 fueron controladas en otros escalones del servicio o en otro sistema de seguridad o por médicos particulares, sin embargo, resulta preocupante que 12%, tanto en el año 2001 como en el 2002, no hayan sido controladas durante el embarazo, fenómeno que trata de disminuir el Programa APV, y que después de un año de iniciado no demostró absolutamente ninguna diferencia (no en la CEM, sino en el Servicio de Sanidad Militar).

De las pacientes sí controladas en la CEM, sólo 60.14% en el año 2001 y 59.49% en el 2002 iniciaron su control antes de la semana 20 de gestación, lo que evidentemente

debería haber mejorado de un año a otro de funcionar el APV, sin embargo, aunque la diferencia no es significativa el porcentaje sí es menor en el 2002; en la misma tesitura se encuentran los porcentajes en los que se les practicaron BH, QS y VDRL a las pacientes controladas en la CEM con diferencias que tampoco son significantes, las tendencias son descendentes del año 2001 al 2002, con excepción del EGO.

Como se trata de un estudio analítico en el que se investigan diferencias en las muestras del grupo que se dan en la naturaleza, es difícil medir con exactitud el peso de las diferentes variables en la determinación de los hechos; así, se ignora cuáles son las razones por las que estos estudios no se realizaron en 100% de las gestantes, lo que resulta preocupante, más en lo que al VDRL se refiere, el que es deseable practicarlo a partir de la 1/a. consulta y al séptimo mes en 100% de las embarazadas, ya que si bien mide la presencia de anticuerpos inespecíficos (reaginas) cuando se encuentra positivo se correlaciona en 95% de los casos con la sífilis y en los dos años estudiados sólo se investigó en alrededor del 88% de las pacientes; ninguna corrección se realizó al respecto en el año 2002 en el que se inició el APV.

Las IVU resultaron las más frecuentes en el año 2001 y la vulvovaginitis en el 2002, de todas las complicaciones registradas en las pacientes controladas antes de la 20 SG. En los años 2001 y 2002 sólo la diabetes gestacional muestra una disminución significativamente menor en el año 2002 ($Z = 1.96$) con 95% de confianza, la causa de este fenómeno escapa a la naturaleza de este estudio analítico, lo más probable es que el azar haya jugado un papel determinante.

En lo que a las embarazadas que acudieron a control durante o después de la semana 20 de gestación alude, 22.03% presentó manifestaciones patológicas en el año 2001 y 42.19% en el 2002 ($Z = 2.46$ con 98.61% de confianza) por las limitaciones de este tipo de estudios no se puede señalar con seguridad las causas del fenómeno, sin embargo, sí puede decirse que lejos de mejorar las cifras en el año 2002 se deterioraron.

La ruptura prematura de membranas es el componente más conspicuo del fenómeno; el total de las complicaciones refuerza la impresión de deterioro en el año 2002 ($Z = 3.36$ con 99.92% de confianza).

El porcentaje de los nacimientos eutócicos disminuyó significativamente del año 2001 al 2002 ($Z = 2.85$, con confianza 99.57%) y las cesáreas también aumentaron en forma muy significativa ($Z = 3.00$ con 99.73% de confianza). Las complicaciones del parto también parecen hablar del dete-

rioro entre los años 2001 y 2002, especialmente en lo que al total de las complicaciones se refiere ($Z = 2.08$ con 96.99% de confianza) las anteriores afirmaciones parecen reforzarse con la disminución significativa de los alumbramientos normales y la elevación significativa de los anormales ($Z = 3.75$, con 99.98% de confianza) no así los resultados de las complicaciones del puerperio en donde los cálculos no resultaron significantes, quizás porque no regresen al control posnatal.

No existe significancia en los porcentajes de las pacientes anestesiadas entre los años 2001 y 2002, pero sí lo existe respecto al bloqueo peridural, que aumentó significativamente en el año 2002 ($Z = 2.45$ y confianza 98.57%) la disminución de la anestesia local ($Z = 2.6$ con 99.08% de confianza) (las variables de estos fenómenos pueden ser múltiples y desde luego escapan a la naturaleza del estudio).

Las calificaciones del Apgar al minuto de nacimiento no resultaron significantes entre los años estudiados, sin embargo, parece haber tendencia al deterioro entre ellos. En cambio en lo que hace al tamiz neonatal es encomiable la muy consistente mejoría que ha sufrido este indicador, respecto a la detección del hipotiroidismo ($Z = 18.65$ con más de 99.994% de confianza).

Sin embargo, es lamentable que no se realice la detección de la fenilcetonuria, máxime cuando la prueba es en extremo sencilla.

Ha mejorado significativamente la protección de los recién nacidos con BCG ($Z = 2.62$), sin embargo, parece estacionaria la protección con vacuna Sabin, sorprende que las coberturas con ambos biológicos no sean de 100%.

Referencias

1. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.
2. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Págs. 108-14.
3. Feigenbaum AV. Control de la Calidad Total. Págs. 3-27.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-007SSA2-1983. Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación de servicios.
5. Programa de acción: Arranque Parejo en la vida 2001-2006.
6. Programa de mejora continua de la Calidad de la Atención Médica, Secretaría de Salud.
7. Ruelas BE. Calidad de la Atención en Salud. *Rev. Salud Pública Mex* 1995; 2(3): 5-6.
8. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: Frenk, J. Investigación en servicios de salud: una antología. Washington, D.C.; O.P.S; 1992, p. 555-63.
9. Gilmore CM, Moraes Novaes H. Manual de gerencia de la calidad. Washington, D.C.; O.P.S., 1999.
10. Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, y Dirección General de Información y Desempeño de la Secretaría de Salud, México.