



## Original

# Registros médicos y apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención prenatal

Mary Amor Paz-Ramos<sup>a</sup>, Luisa Enriqueta Hernández<sup>b</sup>, María Valeria Jiménez-Báez<sup>c</sup>, Luis Sandoval-Jurado<sup>d,\*</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Medicina Familiar No 16. IMSS, Quintana Roo, México. <sup>b</sup>Unidad de Medicina Familiar No 14. IMSS, Yucatán, México.

<sup>c</sup>Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud, IMSS, Quintana Roo, México.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 28 de junio de 2017

Aceptado el 30 de noviembre de 2017

On-line el 30 de diciembre de 2017

#### Palabras clave:

Guía de práctica clínica

Apego

Control prenatal

Embarazo

### R E S U M E N

**Objetivo.** Determinar el apego a la Guía de Práctica Clínica con enfoque de riesgo en embarazadas atendidas en la consulta externa.

**Metodología.** Estudio descriptivo, mediante revisión de expedientes médicos de pacientes embarazadas de alto riesgo en una unidad de Atención Primaria. Se obtuvieron datos respecto al control prenatal en un periodo de seis meses. Se realizó estadística descriptiva. Se consideró apego a un porcentaje  $\geq 80\%$  de actividades realizadas de acuerdo a la guía.

**Resultados.** Se analizaron 173 expedientes y se obtuvo un apego del 73 %. Los rubros con menor porcentaje de apego fueron: diagnóstico (55,45 %), educación (60,33 %), referencia a segundo nivel (61,71 %) y solicitudes de análisis de laboratorio (62,45 %).

**Conclusiones.** Se obtuvo un apego a las acciones de la guía por debajo de lo recomendado; sin embargo, es probable que las acciones sean realizadas por el personal médico sin ser asentadas en los registros, por lo que es recomendable realizar estudios prospectivos que midan el apego a las recomendaciones así como las circunstancias que podrían asociarse a que dichos registros no se lleven a cabo.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

## Medical records and adherence to clinical practice guideline in prenatal care

### A B S T R A C T

**Objective.** To determine the attachment to the clinical practice guide with risk approach in pregnant women seen in the outpatient clinic.

**Methodology.** Descriptive study, by reviewing medical records of high-risk pregnant patients in a primary care unit. Data on prenatal control were obtained over a six-month period. Descriptive statistics were performed; attachment was considered a percentage  $\geq 80\%$  of the activities accomplish according to the guide.

#### Keywords

Clinical practice guide

Attachment

Antenatal care

Pregnancy

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sanju.luis@gmail.com](mailto:sanju.luis@gmail.com) (L. Sandoval-Jurado).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.054>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

**Nota del Editor:**

El lector debe tener en cuenta que este artículo procede de México y que en él va a encontrar términos no habituales en el vocabulario español. Se ha mantenido el texto original para no desvirtuarlo.

**Results.** 173 records were analysed and an attachment of 73% was obtained. The items with the lowest percentage of attachment were: Diagnosis with 55.45%; Education with 60.33%; Reference to second level with 61.71%, and request of laboratory analysis with 62.45%.

**Conclusions.** We obtained an attachment to the actions of the guide below recommended, however, it is probable that the actions are performed by the personal physician without being recorded in the registries so it is advisable to carry out prospective studies that measure attachment Recommendations as well as the circumstances that apply to records that are not carried out.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
Published by Ergon Creación, S.A

Para reducir las complicaciones del embarazo y el parto se ha determinado que la principal intervención de Salud Pública es el control prenatal; por ello es importante que la calidad y la uniformidad del mismo sean garantizadas mediante pautas sistematizadas en todas las instituciones y el personal de salud.

La adhesión a las guías médicas influye en la reducción de las complicaciones relacionadas con el parto, mientras que la mala calidad de la atención disminuye la utilización de los servicios de salud. Las complicaciones en el embarazo se presentan hasta en 70 % en algún momento del periodo prenatal, del parto o del puerperio; acudir tardíamente a control prenatal, repercute en la identificación oportuna de las mismas<sup>1</sup>.

México es uno de los países de Latinoamérica con mayor cobertura de seguridad social, lo que incrementa la probabilidad de acudir al menos a una visita prenatal con personal cualificado; sin embargo, solo 75 % de las pacientes son atendidas por personas cualificadas y la adhesión al control prenatal es mayor en las mujeres con algún nivel educativo<sup>2</sup>.

En Suecia los procedimientos de diagnóstico se ofrecen con mayor frecuencia a parejas con mayor edad materna y mejor nivel educativo<sup>3</sup>. Al evaluar las prácticas de detección de diabetes gestacional, se encontró que los profesionales de la salud no tienen recomendaciones suficientemente apropiadas en relación con la práctica<sup>4</sup>.

En relación con las cesáreas, se observa hasta en 40,5 % de todos los nacimientos en Latinoamérica y el Caribe, con un incumplimiento de las directrices basadas en experiencias, ya sea por parte de los individuos o por las instituciones que actúan como proveedoras de la atención<sup>5</sup>.

En una revisión durante 2015 se identificó una gran disparidad entre las guías de control prenatal sobre el número y el tipo de intervenciones propuestas para el control prenatal de rutina<sup>6</sup>. Así mismo, se ha demostrado la existencia de brechas entre la experiencia y la práctica, representadas por el mal uso, la subutilización o el abuso en el sistema de salud, donde menos de un tercio de las mujeres tenían más del 80 % de todos los cuidados recomendados documentados<sup>7</sup>.

En mujeres con alto riesgo obstétrico se presentó hasta en 26 % una utilización inadecuada del control prenatal; así mismo solo un porcentaje mínimo fue remitido a un hospital para consulta adicional antes de las 28 semanas, mientras que el 11 % fue referido a las 28 semanas y el 11,5 % no tenían ninguna referencia documentada a un hospital<sup>8</sup>.

En la India se han identificado vacantes de personal de hasta 52 %, sistemas de información débiles, falta de continuidad de la atención, sistemas de remisión al azar y mecanismos

de rendición de cuentas distorsionados, lo que disminuye la calidad de la atención<sup>9</sup>.

En un análisis de los registros de cuidado prenatal para verificar que las guías estuvieran siendo aplicadas, basándose en el principio de que lo que no es registrado no se considera realizado, se encontró que no basta que los protocolos y las directrices estén disponibles en las instituciones, y que es necesaria la capacitación del personal médico y de enfermería en los protocolos y las directrices, ya que elementos de principios de buena atención eran evidentes en unos registros mientras se encontraban ausentes en otros<sup>10</sup>.

---

## Objetivos

El presente trabajo tuvo como objetivos evaluar los registros médicos en Atención Primaria y determinar el apego a la Guía de Práctica Clínica (GPC) con enfoque de riesgo en embarazadas atendidas en la consulta externa.

---

## Material y métodos

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, realizado en una Unidad Médica de Atención Primaria (UMAP), en Cancún, México, en un periodo que comprendió los meses de enero a junio de 2014.

De un total de 1879 pacientes atendidas por los médicos de primer nivel en dicha UMAP, se seleccionaron los expedientes de las embarazadas evaluadas como alto riesgo. Se realizó la revisión en cada uno de los expedientes electrónicos y en específico de la hoja de control prenatal, la cual se evaluó mediante una lista de cotejo (instrumento de recolección de indicadores) en el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC en la atención prenatal con enfoque de riesgo.

Se eligió la muestra por conveniencia. Se incluyeron todos los expedientes de las embarazadas de alto riesgo que se encontraban en control durante el periodo del estudio. En cada expediente se evaluó el total de acciones realizadas de acuerdo a la guía y se eliminaron los que carecían de hoja de control prenatal. Se definió como apego al cumplimiento de más del 80 % de las recomendaciones marcadas en la guía. Se estimó una muestra con una confianza del 95 %, una proporción esperada del 50 % y un error del 8,0 %.

**Tabla 1 – Frecuencia de las acciones realizadas para la exploración física.**

Acción	n	%
Peso	172	99,4
Talla	172	99,4
Presión arterial	173	100,0
Presión arterial media	173	100,0
Fondo uterino	173	100,0
Frecuencia cardiaca fetal	172	99,4
Movimientos fetales	167	96,5
Maniobras de Leopold	80	46,2
Exploración vaginal	64	37,0
Síntomas de vasoespasmio	169	97,7
Edema	169	97,7

Se obtuvieron 164 expedientes de mujeres embarazadas de alto riesgo atendidas por Medicina Familiar en una UMAP.

Con el fin de reducir el sesgo de registro e incluir datos que pudieran haber sido consignados en otras partes del expediente electrónico se realizó la revisión completa de los mismos. Se desarrolló un instrumento de recolección de indicadores en los que se evaluaron 35 recomendaciones, 11 en relación con la exploración física, 9 referentes a laboratorio y gabinete, 2 de diagnóstico, 2 de tratamiento, 4 referentes a los envíos dentro la unidad de primer nivel, 3 dirigidos a educación materna, 2 respecto a criterios de referencia y 2 de incapacidad.

Se cotejaron los rubros cumplidos, que fueron representados como porcentajes que corresponden a 100 % de cumplimiento por dominio y global; se consideró 'apego' al que cumplía con 80 % o más y 'falta de apego' al que cumplía con 79 % o menos.

Posteriormente los datos recabados fueron registrados en el programa 'SPSS versión 20' para estimar las frecuencias relativas del apego a la guía y en relación con cada uno de los indicadores que la integra.

## Resultados

En tanto a las acciones realizadas en el consultorio, el registro de peso se realizó en 99,4 % de los casos, al igual que la talla; la presión arterial, presión arterial media y el fondo uterino fueron registrados en 100 % de los casos; la frecuencia cardiaca fetal fue registrada en 99,4 % de los casos; los movimientos fetales en 96,5 % de las pacientes atendidas; las maniobras de Leopold se registraron sólo en 46,2 %; la exploración vaginal en 37 %. Por otro lado, los síntomas de vasoespasmio y los datos de edema en la cara o las extremidades fueron registrados en 97,7 % de las mujeres atendidas. Por tanto, el promedio de apego a las acciones listadas en la GPC respecto a la exploración física de las pacientes atendidas fue de un 88,49 % (Tabla 1).

Al revisar la solicitud de análisis de laboratorio durante el control prenatal de las pacientes encontramos que a 93,6 % se solicitó biometría hemática, 92,5 % glucosa en ayuno, 13,9 % glucosa postprandial, 72,3 % prueba serológica para sífilis y ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) para virus

**Tabla 2 – Frecuencia de acciones realizadas para los estudios de Laboratorio.**

Acción	n	%
Biometría hemática	162	93,6
Glucosa	160	92,5
PTO	24	13,9
VDRL	125	72,3
VIH	91	52,6
Grupo y Rh	99	57,2
EGO	149	86,1
PFH	23	13,3
USG	139	80,3

**Tabla 3 – Frecuencia de acciones realizadas en relación al diagnóstico y tratamiento.**

Acciones	n	%
<b>Diagnóstico</b>		
IVU	94	54,3
Cervicovaginitis	96	55,4
<b>Tratamiento</b>		
Ácido fólico	170	98,2
Fumarato ferroso	168	97,1

de inmunodeficiencia humana a 52,6 %; el grupo sanguíneo y Rh fue solicitado a 57,2 %; el examen general de orina a 86,1 % y las pruebas de función hepática a 13,3 % de los casos. La ultrasonografía fue solicitada a 80,3 % de las pacientes, lo que representa 62,42 % de promedio de apego a la solicitud de análisis de laboratorio y gabinete señalados en la GPC (Tabla 2).

En el rubro de diagnóstico se documentó que a 54,3 % se interrogaron datos de infección de vías urinarias y a 56,6 % de cervicovaginitis, lo que representa 55,49 % de apego a las acciones señaladas en la GPC.

En el dominio de tratamiento encontramos que a 98,2 % se prescribió ácido fólico y a 97,1 % fumarato ferroso, lo que da un promedio de apego de 97,68 % (Tabla 3).

Se realizaron 78,6 % envíos a Medicina Preventiva de UMAP; 73,4 % para aplicación de toxoide tetánico; 57,8 % a Trabajo Social; y 65,3 % a Estomatología; todo ello supone un cumplimiento de un promedio de 68,78 % de las acciones.

Respecto al análisis de las intervenciones educativas realizadas en las mujeres embarazadas durante su control prenatal, encontramos que 95,4 % informa datos de alarma obstétrica, en tanto que 65,9 % orienta a las pacientes en cuanto a los métodos de planificación familiar disponibles y más convenientes en cada caso. Por otro lado, solo 19,7 % orienta a las futuras madres en la lactancia materna y los cuidados del recién nacido. Así, resulta un promedio de cumplimiento de 60,30 % de las intervenciones.

La referencia protocolaria a las 34 semanas de gestación a segundo nivel no se aplicó en 59 embarazadas, por ser pacientes a las que ya se había referido desde el inicio de la gestación o antes de las 34 semanas (por alto riesgo o urgencia) y continuaban en control por segundo nivel. Por tanto, la referencia se realizó oportunamente en 82,40 %.

**Tabla 4 – Acciones realizadas sobre envíos, educación, referencia a segundo nivel e incapacidades.**

Acciones	n	%
<b>Envíos</b>		
Medicina preventiva	136	78,6
Aplicación TD	127	73,4
Trabajo social	100	57,8
Estomatología	113	65,3
<b>Educación</b>		
Datos de alarma	165	95,4
Planificación familiar	114	65,9
Lactancia materna	34	19,7
<b>Referencia</b>		
Protocolaria	94	82,40
Urgente	78	41,02
<b>Incapacidad</b>		
A las 34 semanas	99	89,79
Por enfermedad	99	89,79

Se analizaron las referencias oportunas en caso de urgencia o, en su defecto, al detectar alto riesgo, a segundo nivel de atención; las mismas no se aplicaron en 95 pacientes. Se realizaron oportunamente en 41,02 %, mientras que en el 58,98 % restante no se realizaron.

El otorgamiento de certificado de incapacidad por maternidad o en caso de enfermedad o urgencia no se aplicó para 74 pacientes, ya que las mismas recibían la atención como beneficiarias. En el caso de las 99 mujeres trabajadoras la incapacidad fue proporcionada en 89,79 % de los casos, con una falta de cumplimiento de 10,2 % (Tabla 4).

Realizando el análisis global de los rubros estudiados, encontramos que la proporción de apego a las acciones listadas en la GPC para el control del embarazo con enfoque de riesgo es del 73 %, lo que representa una falta global de apego a la misma (Fig. 1).

Por último, se evaluó el total de las acciones realizadas. Se encontró que 41,6 % de los médicos cuentan con un apego mayor de 80 % a las recomendaciones de la GPC (Fig. 2).

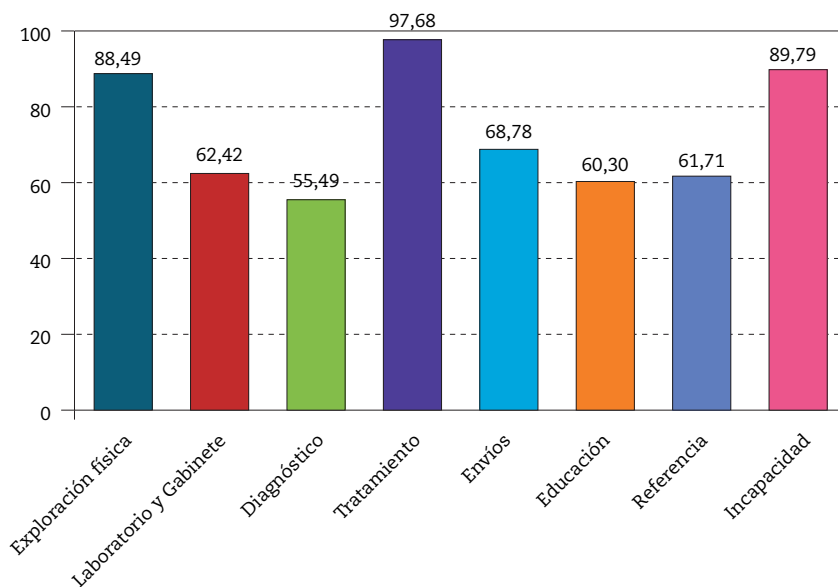
## Comentario

Garza<sup>12</sup> obtuvo una edad promedio de las mujeres de 25,6 (DE 5,8) años y un promedio de consultas prenatales de 6,2 (DE 4,1). La proporción de envíos a Trabajo Social fue de 15,8 % y a Estomatología 28,4 %. Sin embargo, en el presente estudio la edad promedio fue mayor (36 DE 4- años) y un promedio de consultas prenatales menor (5,36 DE 3,1); no así para los envíos a Estomatología y Trabajo Social, que en este estudio se presentaron por encima de 50 % para ambos servicios.

En lo que respecta a los estudios de gabinete o laboratorio, Branger<sup>4</sup> encontró que las pruebas de tolerancia a la glucosa oral fueron realizadas en 96,5 % de los casos conforme a lo indicado en las guías; por el contrario, en este estudio este parámetro bioquímico fue uno de los que menos se realizaron (13,9 % de solicitudes). La referencia en caso de embarazo de alto riesgo antes de las 34 semanas de gestación se realizó con una tasa baja (41 % de los casos), lo cual resulta relevante, ya que al tratarse de pacientes de alto riesgo estas deberían ser referidas a segundo nivel siempre de manera temprana y oportuna, no manejarse de manera protocolaria y retardarse la valoración por la especialidad de Obstetricia hasta la semana 34.

Petersson<sup>3</sup>, por su parte, encontró que la ecografía de rutina se realizaba casi en la totalidad de las embarazadas; no así en el presente estudio, en que esta acción se efectuó en 8 de cada 10 mujeres embarazadas.

Amoakoh-Coleman<sup>1</sup> y el informe ejecutivo de la Secretaría de Salud del año 2012<sup>11</sup> refieren una adhesión a las pautas de las GPC no superior a 50 %; por el contrario, en el presente estudio el apego a las recomendaciones de la guía, documentada en expediente electrónico, fue mayor (73 %); sin embargo, solo 4 de cada 10 médicos de la UMAP mostraron una adhesión mayor a 80 % de las directrices pautadas en la GPC con enfoque de riesgo.



**Figura 1 – Porcentaje de apego en cada uno de los estratos contenidos en la guía.**

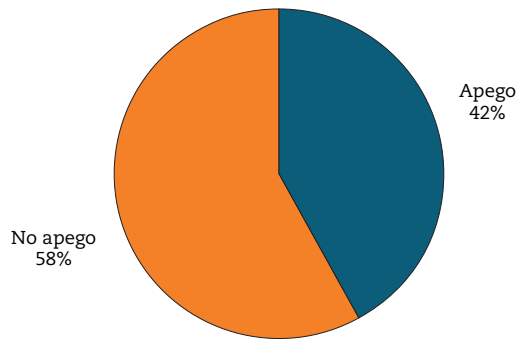


Figura 2 – Porcentaje de apego a la guía.

Se realizó la revisión de bases de datos con el criterio de país en México; sin embargo, no se encontraron estudios que aborden el apego a la GPC del control prenatal con enfoque de riesgo hasta el momento en el informe ejecutivo de la Secretaría de Salud antes mencionado<sup>5</sup>. El análisis se realizó por medio de la aplicación de listas de cotejo similares a las ocupadas en este estudio.

Entre las debilidades identificadas en esta investigación se encuentra el hecho de que se emplearon registros médicos electrónicos (expediente clínico electrónico y hoja electrónica de control prenatal), lo que puede llevar a un sesgo de registro, que se intentó controlar a través de la verificación total del expediente. Es necesario sugerir la realización de estudios prospectivos que permitan evitar dichos sesgos.

El expediente clínico es un documento médico-legal que permite el seguimiento de los pacientes y la evolución natural de la enfermedad. Es necesario realizar un mecanismo congruente entre la manifestación clínica de los pacientes y los registros históricos del mismo. Se evidencia a través de este estudio que el promedio de registros realizados a partir de un estado de salud determinado (“embarazo”) es aproximadamente de 72 %. Es necesario que los sistemas de salud se planteen interrogantes de los factores relacionados con la práctica clínica médica que impide un adecuado registro.

La praxis médica es un arte que involucra un momento, un paciente y el intercambio con el médico; sin embargo, los registros no reflejan este hecho.

Las GPC son instrumentos estandarizados de práctica médica que permiten la disminución del error médico e incrementan la seguridad del paciente. De 33 recomendaciones, no es posible implementar únicamente 3 % de ellas en la UMAP. Por lo anterior, es necesario evaluar la implementación y los efectos en la salud de los pacientes de instrumentos de seguridad clínica como lo son diversas guías.

## Conclusiones

Se observa que la atención prenatal se otorga a toda paciente embarazada; sin embargo, las acciones contempladas en la GPC no se realizan en su totalidad.

Es importante destacar que la atención prenatal en México es de los principales objetivos del sistema de salud; sin embargo, se observa que la asistencia a las consultas prenatales no representa ni el 50 % de lo que debería ser.

La GPC incluye el mínimo de acciones que el personal de salud debe realizar de acuerdo con el grupo etario o la patología, por lo cual se sugiere que el apego sea mayor de 80 %; no obstante, se observa que las acciones realizadas en el estudio no alcanzan esta recomendación.

La información se obtuvo de los registros médicos. Las acciones ahí contenidas no aseguran su realización: y a la inversa: se realizaron acciones que no quedaron plasmadas en el registro médico. Por ello sería conveniente realizar un estudio prospectivo para ratificar o rectificar las acciones realizadas a cada paciente embarazada.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Amoakoh-Coleman M, Klipstein-Grobusch K, Agyepong IA, Kayode GA, Grobbee DE, Ansah EK. Provider adherence to first antenatal care guidelines and risk of pregnancy complications in public sector facilities: a Ghanaian cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 369-79.
2. Waller A, Bryant J, Cameron E, Galal M, Quay J, Sanson-Fisher R. Women's perceptions of antenatal care: are we following guideline recommended care? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 191-201.
3. Petersson K, Lindkvist M, Persson M, Conner P, Ahman A, Mogren I. Prenatal diagnosis in Sweden 2011 to 2013 – a register-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 365-78.
4. Branger B, Velupillai C, Francois S, Coutin AS, Paumier A, Gillard P, et al. Audit clinique du dépistage du diabète gestationnel pour 848 femmes enceintes dans 23 maternités des Pays de la Loire en 2014. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2016; 45: 876-89.
5. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016; 388: 19-35.
6. Dansereau E, McNellan C, Gagnier M, Desai SS, Haakenstad A, Johanns CK, et al. Coverage and timing of antenatal care, among poor women in 6 Mesoamerican countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 234-45.
7. Abalos E, Chamillard M, Díaz V, Tuncalp Ö, Gülmezoglu AM. Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care. *BJOG* 2016; 123: 519-28.
8. Yeoh PL, Hornetz K, Dahlui M. Antenatal Care Utilisation and Content between Low- Risk and High-Risk Pregnant Women. *PLoS ONE*. 2016; 11: e0152167.
9. Vidler M, Ramadurg U, Charantimath U, Kategeri G, Karadigguddi C, Sawchuck D, et al. Utilization of maternal health care services and their determinants in Karnataka State, India. *Reproductive Health*. 2016; 13(suppl 1): 37: 55-65.
10. Patience NTS, Sibiya MN, Gwele NS. Evidence of application on of the Basic Antenatal Care principles of good care and guidelines in pregnant women's antenatal care records. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2016; 8: 2071-928.
11. Secretaría de Salud. Informe Ejecutivo. Evaluación de la Difusión e Implementación de las Guías de Práctica Clínica. Arapau y Asociados; 2012.
12. Garza-Elizondo ME, Rodríguez-Casas MS, Villarreal-Ríos E, Salinas Martínez AM, Núñez Rocha GM. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev Esp Salud Pública*. 2003; 77: 267-74.