

Evaluación de Calidad de Asistencia en Obstetricia, Período 2004-2005 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Hugo Salinas P.^(1,2), Marcia Erazo B.⁽²⁾, Jorge Pastén M.⁽¹⁾, Jessica Preisler R.⁽¹⁾, Benjamín Naranjo D.⁽¹⁾, Delia Opazo R.⁽¹⁾, Marcela Vásquez O.⁽¹⁾, Ana Sougarret S.⁽¹⁾, Cristina Aleuanlli A.⁽¹⁾, Daniel Erlij O.⁽³⁾, Paulina Sepúlveda R.⁽³⁾

⁽¹⁾Departamento de Obstetricia y Ginecología, HCUCCh.

⁽²⁾Programa de Doctorado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

⁽³⁾Alumnos de Medicina Universidad de Santiago.

RESUMEN

Existen numerosos indicadores de calidad de asistencia utilizados por organizaciones públicas, privadas y sin fines de lucro, que tienen por finalidad mejorar la práctica asistencial en maternidades. El objetivo de este trabajo fue comparar los estándares de dichos indicadores con los obtenidos en el Servicio de Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el año 2004 y 2005.

SUMMARY

Many public and private organizations use different obstetrical care quality indicators to improve medical care practice in maternity wards. The purpose of this study was to compare the available standards for those indicators, with the results obtained in the Obstetrics Service of the University of Chile's Clinical Hospital, for the 2004-2005 period.

Recibido 03/05/2006 | Aceptado 03/07/2006

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de asistencia como el proceso en que cada enfermo recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, en el cual, teniendo en cuenta todos los factores del paciente

y del servicio médico, se logra obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente⁽¹⁾.

Se describe que la calidad máxima se logrará si las personas que realizan la asistencia al enfermo tienen conocimientos adecuados y actualizados

(aspecto científico de la asistencia), si se dispone de medios materiales necesarios (aspecto tecnológico de la atención) al menor costo posible (aspecto económico de la calidad) y en todo momento, colocando al usuario como centro de toda la atención⁽²⁾.

Por lo tanto, la calidad asistencial es la suma de dos componentes: uno intrínseco (suma de conocimientos y tecnología) y otro extrínseco (componente humano de la asistencia, que incluye desde el trato al enfermo, sus familiares y la accesibilidad al sistema, hasta los aspectos relacionados con la hotelería). Se acostumbra a dar más importancia a este segundo aspecto de la asistencia, ya que son los factores que se perciben y, por lo tanto, son más fácilmente evaluables (calidad percibida). Por esta razón, distintos grupos de especialistas han estado trabajando en la construcción de indicadores de calidad de asistencia, que pretenden identificar si la prestación efectuada fue adecuada, oportuna, segura, accesible, con la correcta utilización de recursos y en períodos de tiempo razonables⁽³⁾.

El objetivo del presente estudio fue comparar los estándares de calidad asistencial utilizados por organizaciones públicas, privadas y sin fines de lucro, en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el período 2004-2005, para determinar el nivel técnico de nuestra asistencia y así poder mejorarlo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica y a través de Internet, de procesos, indicadores y estándares utilizados por organismos competentes, en diversos servicios y en diferentes países. Destaca el esfuerzo realizado por Estados Unidos (University Hospital Consortium), que agrupando más de 50 hospitales universitarios de dicho país, realizó un compendio de indicadores clínicos, que abarca la mayoría de las especialidades médicas y que incluye cerca de 100 indicadores de obstetri-

cia y ginecología, usados por todos los hospitales miembros de Consorcio o de organismos como el *Physician Consortium for Performance Improvement*, el *Institute for Clinical Systems Improvement*, la *Joint Comisión of Accreditation of Healthcare Organizations*, la *Agency for Healthcare Research and Quality*, entre otros, que cuentan con indicadores propios de la especialidad⁽⁴⁻⁸⁾.

Finalmente se definieron los procesos, indicadores y estándares que se muestran en la Tabla N°I, analizándolos en base a la totalidad de la actividad ambulatoria (consultas y procedimientos) y hospitalaria de nuestro Servicio de Maternidad para el año 2004 y 2005⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Los resultados respecto de los indicadores seleccionados se muestran en la Tabla N°I.

Se observó un leve aumento del tiempo de espera de 22 a 24 minutos en el año 2005.

Al comparar los dos períodos estudiados, se observó una disminución en el *screening* de diabetes gestacional y profilaxis de anemia. La investigación de Streptococo grupo B (SGB) se mantuvo similar y se observó un aumento en la profilaxis anteparto de pacientes Rh negativas; sin embargo, no fueron diferencias estadísticamente significativas.

La evaluación de pruebas de bienestar fetal hecha por especialista disminuyó de un 100 a 78% en el año 2005, diferencia estadísticamente no significativa. La inducción de madurez pulmonar en amenaza de parto prematuro se mantuvo sin cambios respecto al año anterior. En cuanto al control metabólico en pacientes con diabetes gestacional, tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas. El *screening* de VIH no presentó modificaciones en el período estudiado. No hubo cambios significativos en el uso de analgesia/anestesia en trabajo de parto (abarcando un 98% de las

**Tabla 1. Indicadores de asistencia obstétrica. Procesos, indicadores y estándares.
Maternidad Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2004-2005**

EMBARAZO NORMAL

Indicador	Estándar	2004	2005	p
Tiempo de espera para atención médica	15 min	22 min	24 min	-
Screening de diabetes gestacional	100%	74.5%	58%	< 0.25
Investigación de colonización por <i>S. Agalactiae</i>	100%	48.8%	48%	< 0.93
Profilaxis de anemia durante la gestación (Hb < 10.5 grs)	50%*	78.3%	64%	< 0.37
Profilaxis anteparto en gestante Rh negativo	100%	35.5%	50%	< 0.21

*Prevalencia de anemia en embarazadas chilenas^(15,16)

CONTROL FETAL ANTEPARTO

Indicador	Estándar	2004	2005	p
Evaluación por especialista de las pruebas de bienestar fetal	100%	100%	78%	< 0.23

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Indicador	Estándar	2004	2005	p
Inducción de madurez pulmonar	100%	73.7%	73%	< 0.95

DIABÉTICAS EMBARAZADAS

Indicador	Estándar	2004	2005	p
Control metabólico durante el embarazo	100%	95%	100%	< 0.80
Control metabólico durante el trabajo de parto	100%	100%	83%	< 0.36

INFECCIÓN POR VIH Y EMBARAZO

Indicador	Estándar	2004	2005	p
Screening de HIV	100%	51%	51%	< 1

ASISTENCIA DE PARTO NORMAL

Indicador	Estándar	2004	2005	p
Incidencia de desgarros perineales de III y IV grado	0%	0%	2%	< 0.16
Parto con anestesia o analgesia adecuada	100%	98%	98%	< 1

CESÁREA

Indicador	Estándar	2004	2005	p
Tasa total de cesárea	20%	40.3%	40%	< 1
Parto por vía vaginal después de cesárea	40%	22%	17%	< 0.46

CESÁREA

Indicador	Estándar	2004	2005	p
Metrorragia del puerperio parto por vía vaginal	4%	3%	0%	<0.09
Metrorragia del puerperio cesárea	8%	4%	0%	< 0.05

pacientes) ni en los desgarros perineales de III y IV grado.

Al evaluar la tasa de cesárea, se observó la persistencia del 40% descrito el año anterior y una disminución no significativa de parto vía vaginal post cesárea. No hubo episodios de metrorragia del puerperio durante el período 2005, a diferencia de lo observado en el año 2004.

DISCUSIÓN

Los indicadores seleccionados fueron comparados con estándares nacionales e internacionales y fueron aplicados en dos períodos de tiempo 2004-2005 con el objeto de evaluar la evolución de la práctica asistencial.

El tiempo de espera para la atención médica es un indicador de oportunidad de atención, que permite evaluar la calidad percibida por el paciente y que dice relación con los sistemas organizativos del centro, midiendo el tiempo en minutos entre la hora de citación y la hora de entrada a la consulta. Al comparar el tiempo de espera del año 2004 v/s 2005, hubo un leve aumento, probablemente por razones administrativas derivadas en demoras en la atención de cajas y razones médicas por incumplimiento de agendas.

El *screening* de diabetes gestacional, la investigación de *S. Agalactiae*, la profilaxis de anemia y la profilaxis antenatal en gestantes Rh negativas son indicadores de riesgo. El primero se mide entre la semana 24 y 28 de embarazo y permite diagnosticar diabetes gestacional, pues es patología que incrementa la morbimortalidad perinatal⁽¹⁰⁾. La determinación de Streptococo grupo B (SGB) mediante cultivo, se realiza entre las 35 y 37 semanas de gestación y su adecuado tratamiento contribuye a evitar la sepsis neonatal, que afecta a 1.3 a 3 por 1000 neonatos. La infección por SGB corresponde a 18 a 32% de las infecciones neonatales, siendo la principal causa de morbimortalidad infantil⁽¹¹⁾. La anemia afecta aproximada-

mente al 50% de las embarazadas y la profilaxis el embarazo, busca evitar el desarrollo de dicha enfermedad⁽¹²⁾. Ésta se consigue con la administración profiláctica de hierro, aunque el resultado de este indicador puede estar afectado por el nivel de cumplimiento terapéutico de la paciente. La profilaxis con IgG anti factor Rh, en la semana 28 y posterior a la realización de procedimientos invasivos, busca evitar la posibilidad de sensibilización materna, debido a transfusión feto materna en situación de incompatibilidad Rh⁽¹³⁾. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en el período estudiado.

Las pruebas de bienestar fetal miden el riesgo, la efectividad y eficiencia respecto a dichos procedimientos, debido a que de ellos se derivan actitudes terapéuticas. Se incluyen en las pruebas de bienestar fetal: el perfil biofísico fetal (PBF), el registro basal no stresante (RBNS), el test de tolerancia a las contracciones (TTC) y la amnioscopia, necesitando la constancia por escrito de los comentarios generados al especialista producto de su evaluación.

La inducción de madurez pulmonar es un indicador de efectividad, debido a que la administración de corticoides disminuye el síndrome de *distress* respiratorio neonatal y otras complicaciones⁽¹⁴⁾.

El adecuado control metabólico durante el embarazo y el parto en gestantes diabéticas, es un indicador de riesgo y efectividad. Durante la gestación, un adecuado manejo (Hb A1 en cada trimestre inferior a 7% o glucosa post prandial inferior a 120 mg/dl) disminuyen la morbimortalidad materna y perinatal, mientras que durante el parto, diabéticas en tratamiento con insulina con cifras de glicemia inferiores a 70 mg/dl o superiores a 100 mg/dl durante el trabajo de parto, incrementan la morbimortalidad materna, fetal y neonatal y pueden estar relacionadas con un inadecuado control durante el embarazo.

El *screening* de VIH es un indicador de riesgo y permite establecer las gestantes con serología po-

sitiva a VIH y tomar las conductas más adecuadas respecto al inicio de tratamientos y conductas específicas que influyen en la morbilidad materno fetal de la enfermedad y la transmisión vertical de la misma.

Durante la asistencia de parto normal uno de los indicadores de riesgo es la incidencia de desgarros perineales de III y IV grado (una excesiva incidencia de desgarros perineales severos puede implicar deficiencias en la asistencia del parto). El número de partos con analgesia o anestesia adecuada es un indicador de satisfacción del usuario, pues se aplican técnicas adecuadas que evitan la sensación de dolor durante los períodos de dilatación y expulsivo y debieran ser ofrecidos al 100% de las parturientas.

La cesárea es un procedimiento de cirugía mayor, por lo tanto, tiene riesgos. La indicación inadecuada de cesárea (por primera vez o posteriores a cicatrices de cesáreas) puede, por lo tanto, aumentar innecesariamente el riesgo y reflejar la inade-

cuada utilización de recursos (quirúrgicos, días camas ocupados). La realidad de nuestro hospital muestra que la indicación de cesárea electiva por cicatriz de cesárea anterior es una conducta cada vez más frecuente.

La aparición de hemorragia en el puerperio es un indicador de riesgo materno y pudieran reflejar una conducta inadecuada durante el parto o cesárea.

Al comparar los 2 períodos estudiados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de calidad, lo que implica una persistencia en vez de una mejoría en la calidad de atención a las pacientes. Sin embargo, este *sistema de monitorización* debe servir para continuar mejorando la calidad de atención a nuestros pacientes y nos invitan a poner metas más exigentes para lograr los estándares de calidad internacionales recomendados. Por esto, el uso permanente de estos indicadores de calidad constituye la unidad básica de un sistema de monitorización.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. The principles of quality assurance. Report on a WHO meeting. Copenhagen. OMS. 1985. (Euro Report and Studies Series, n°94).
2. Características de los buenos hospitales: la calidad. (3° parte). (Editorial). Todo Hospital 1993; (98): 1-2.
3. Salinas H, Erazo M, Pasten J, et al. Indicadores de calidad de asistencia en obstetricia. Aceptado para publicación Revista chilena obstetricia y ginecología, 2006.
4. Indicadores de calidad asistencial en Obstetricia y Ginecología. Sociedad española de Obstetricia y Ginecología. 2000.
5. NQMC. National Quality Measures Clearinghouse. www.qualitymeasures.ahrq.gov

6. Intrapartum fetal health rate management: percentage of women who are assessed for risk status on entry to labor and delivery. Institute for Clinical Systems Improvement. NQMC: 000678. 2003 Oct.
7. Pregnancy and related conditions: proportion of patients with third or fourth degree perineal laceration. Joint Comisión of Accreditation of Healthcare Organizations. NQMC: 000221. 2002 Jul.
8. Low birth weight: rate of infants with low birth weight. Agency for Health Care Research and Quality. NQCM: 000755. 2004 Jan.
9. Anuario 2004. División de Operaciones. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.
10. O'Sullivan JB, Charles D, Mahan CM, Dandrow RV. Gestational diabetes and perinatal mortality rate. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 116: 901-4.
11. Mercer BM. Prenatal screening for group B streptococcus. Impact of antepartum screening on antenatal prophylaxis and intrapartum care. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173 (3Pt1): 837-41.
12. Casanova BF, Sammel MD, Macones GA. Development of a clinical prediction rule for iron deficiency anemia in pregnancy. *AJOG* 2005; 193: 460-6.
13. Kee G. Prevention of Rh alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can* 2003; 25 (9): 765-73.
14. National Institut of Health Consensus development conference Statement: Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. *AJOG* 1995; 173: 246-52.
15. Mardones F, Rioseco A, Ocqueteau M et al. Anemia en las embarazadas en la comuna de Puente Alto, Chile. *Rev Med Chile* 2003; 11 (5): 520-5.
16. Oyarzún E, Donoso E, Foradori A et al. Algunos parámetros hematológicos del embarazo normal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1986: 412.

CONTACTO

Dr. Hugo Salinas Portillo
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Teléfono: 737 5325
Fax: 737 4415
E-mail: hsalinas@redclinicauchile.cl

