

Estudio de la epidemiología de la Maternidad del HCUCh, para decidir sobre acciones en temas prioritarios

Hugo Salinas⁽¹⁾, Jaime Albornoz⁽¹⁾, Rubén Marchant⁽¹⁾, Rodrigo Terra⁽¹⁾, Sergio Carmona⁽¹⁾, Sra. Delia Opazo⁽¹⁾, Sra. Ana Sougarret⁽¹⁾, Dra. Daniela Cisternas⁽¹⁾, Sr. Patricio Veloz⁽²⁾, Dr. Luis Martínez⁽¹⁾, Sr. Rodrigo Carvajal⁽³⁾.

Resumen

La gestión clínica eficiente de los servicios de salud requiere del conocimiento exacto de la epidemiología local, con el objeto de enfrentar y solucionar los problemas prioritarios.

Nos propusimos confeccionar un sistema de recopilación de datos y de análisis de los mismos que permita conocer la frecuencia relativa de patologías obstétricas, calcular indicadores de salud, y evaluar la calidad de atención de la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Se identificaron las prestaciones de salud obstétricas más frecuentes y se diseñó una base de datos clínicos. Se realizó un registro completo de los antecedentes clínicos en la ficha de cada paciente al momento de su primera consulta, durante su hospitalización y al finalizar la atención obstétrica. Posteriormente los resultados fueron analizados según frecuencia relativa y sometidos a comparación con los indicadores de salud de los servicios de atención públicos.

Durante el año 2003, se efectuaron 11873 consultas ambulatorias, de las cuales el 39% fueron catalogadas como de alto riesgo obstétrico. En nuestra Unidad de Alto Riesgo Obstétrico se realizaron 355 egresos hospitalarios, de los cuales el 54,92% correspondieron a embarazos mayores de 28 semanas. Un total de 1665 nacimientos fueron atendidos en nuestra maternidad, de los cuales el 60,7% correspondieron a partos vaginales y un 39,3% a cesáreas.

La frecuencia relativa de patología obstétrica y los indicadores de salud de la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile son similares a los encontrados dentro de los servicios de atención pública del país.

La creación e implementación de bases de datos clínicos es un método eficiente de almacenamiento de información que permite un análisis cuantitativo y cualitativo de la atención obstétrica.

Palabras claves: Gestión clínica, Base de datos, Indicadores de Salud.

⁽¹⁾Departamento de Obstetricia y Ginecología, HCUCh,

⁽²⁾ Gerencia de Operaciones, HCUCh,

⁽³⁾Alumno de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

Summary

Health efficient clinical management involves the exact knowledge of the local epidemiology, to analyse and solve the priority problems.

We develop a computer clinical database to calculate the relative frequency of illness during pregnancy, calculate health indicators and to evaluate the clinical performance of the Maternity from the Universidad de Chile Clinical Hospital, in comparison to the Public Hospitals.

The most frequent obstetrics procedures were identified and a Clinical Database was designed. A complete registry of the personal information of each patient was fulfilled at the first consult, during the hospitalization and at the ending of the obstetric attention. Finally the results were analysed by frequency and compared with the health indicators from our Country Public Hospitals.

During 2003, 11873 ambulatory consults were carried out, and 39% of the pregnancies were characterized as high risk ones. From a total of 355 hospital discharges from our High Risk Obstetric Unit, 54,92% were pregnancies of more than 28 weeks. 1665 deliveries were assisted in our Maternity during the year, 60,7% vaginally and 39,3% by c-sections.

Relative frequency of illness during pregnancy and Health care indicators from our Maternity are not different than our Country Public Hospitals. The development and implementation of clinical databases is an efficient method of harboring information that allows a quantitative and qualitative analysis of the obstetric practice.

KEY WORDS: Clinical management, Database, Health care indicators.

Introducción

La gestión clínica de establecimientos de salud debe considerar como piedra angular el conocimiento de la epidemiología de su realidad, para enfocar su acción a temas prioritarios. Este conocimiento comprende a lo menos la recolección confiable de información, su adecuado análisis y la presencia de sistemas de información que aporten datos acerca de las características de la población asistida, el proceso de atención y los resultados sanitarios⁽¹⁾.

Estas consideraciones generales, son aplicadas a las maternidades, donde la información debe orientar acerca de procesos y resultados obtenidos en el campo materno y perinatal.

Una inquietud permanente frente a grandes sistemas de información, es si la propia

realidad exhibe parámetros comunes a los resultados obtenidos por dichos sistemas de información.

Con el objetivo de lograr lo anterior nos propusimos durante el año 2003 establecer un sistema de recopilación de información que nos permitiera adentrarnos en el conocimiento de la realidad de la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, disponer de datos para múltiples líneas de investigación y analizar diferentes parámetros que nos permitieran evaluar la calidad de atención.

Material y métodos

Se identificaron las prestaciones de salud obstétricas más frecuentes a partir del diseño de una base de datos clínicos. Se realizó un registro completo de los antecedentes clínicos en la ficha de cada paciente al momento de su primera consulta, durante su hospitalización y al finalizar la atención obstétrica.

Con el objeto de analizar el caso clínico resuelto, creamos una ficha electrónica estándar, denominada "maternidad online", en formato File Maker 5.0 (para Windows) para la totalidad de las prestaciones quirúrgicas realizadas en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y que contenía como datos: la identificación de la paciente, sus antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos, su patología obstétrica actual, la descripción del trabajo de parto y parto o de la intervención quirúrgica, los datos del equipo médico y la evolución post operatoria hasta el 3° día.

Esta ficha electrónica se instaló en un computador en la zona de acceso a pabellones quirúrgicos, comenzando a funcionar el 1 de enero del 2003 a las 00:00 horas.

Se asignó a cada uno de los médicos en programa de formación de la especialidad la responsabilidad de cada una de las

intervenciones quirúrgicas, con el objeto de completar la información requerida.

Finalmente se diseñó un formulario para entregar trimestralmente la información generada por la base de datos, denominado "maternidad online noticias".

Resultados

Durante el año 2003 se realizaron en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile un total de 11.873 consultas médicas (1.497 ingresos nuevos), 3.552 consultas de urgencia, 772 procedimientos ambulatorios y 10.622 ecografías (de las cuales 2.387 fueron ecografías ginecológicas, entre julio y diciembre).

El número de egresos por el servicio de alto riesgo obstétrico fue de 355 pacientes, el de egresos a través del servicio de puerperio de 1.331 pacientes (por parto eutócico 671, por parto distócico vaginal 128, por cesárea 439 y por otras intervenciones 93) y egresos por el servicio de pensionado 1.136 pacientes (por parto eutócico 180, por parto distócico vaginal 35, por cesárea 192, por otras intervenciones 42 y por patología del embarazo 4).

Las pacientes consultantes en el policlínico de atención ambulatoria fueron catalogadas como de alto riesgo en un 39% al momento de la primera consulta, por la presencia de uno o más de los siguientes factores: 51% con antecedentes de cirugía obstétrica o ginecológica previa, el 23% por el antecedente de mortinato o mortineonato, el 13% por antecedentes de hospitalización por síndrome hipertensivo en el último embarazo, el 11.5% por haber presentado sangrado vaginal de cualquier origen y 1.5% por otra causa (historia de 3 ó más abortos, por peso del último recién nacido inferior a 2.500 gramos o superior a 4.500 gramos, por presión diastólica igual o superior a 90 mm de Hg al

ingreso a control y por edad bajo los 16 años o superior a 40 años). El 61% fue catalogada como de bajo riesgo al momento de su primera consulta.

Respecto de los egresos por patología propia o concomitante en el embarazo desde el servicio de alto riesgo obstétrico (n = 335), éstos correspondieron a 29 egresos antes de las 12 semanas de gestación (8.66%), 54 entre las 12 y 20 semanas de gestación (16.12%), 68 (20.30%) entre las 21 y 27 semanas de gestación y 184 (54.92%) a partir de las 28 semanas de gestación.

Las principales causas fueron: Antes de las 12 semanas de gestación: hiperemesis gravídica (26.7%), amenaza de aborto (10%), Diabetes Mellitus tipos 1 y 2 (6.7%), embarazo ectópico (6.7%) e infección urinaria (6.7%). Hospitalizaciones en presencia de gemelar hubo en 3.3%.

Entre las 12 y 20 semanas de gestación: hiperemesis gravídica (14.8%), amenaza de aborto (13%), infección urinaria (11.1%), metrorragia (9.26%), enfermedades del tracto digestivo (7.4%), hipertensión arterial crónica (5.5%). Hospitalizaciones en presencia de gemelar hubo en el 5.5%.

Entre las 21 y 27 semanas de gestación: amenaza de parto prematuro (25%), hipertensión arterial crónica (8.8%), preeclampsia (8.8%), rotura prematura de membranas (8.8%), infección urinaria (8.8%) y enfermedades del tracto digestivo (7.3%). Hospitalizaciones en presencia de gemelar hubo en el 4.4%.

A partir de las 28 semanas de gestación: amenaza de parto prematuro (17.3%), restricción de crecimiento uterino (11.9%), infecciones urinarias (11.4%), hipertensión arterial crónica (9.7%), colestasia intrahepática del embarazo (8.6%), enfermedades del tracto digestivo (8.1%), placenta previa (7.6%), preeclampsia (7%), rotura prematura de

membranas (6.5%). Diabetes gestacional estuvo concomitantemente en el 25% de las pacientes hospitalizadas después de las 29 semanas de embarazo. 14.2% de las pacientes hospitalizadas estuvieron por la presencia de algún tipo de malformación congénita que requirió internación para su manejo. Hospitalizaciones en presencia de gemelar hubo en 14.2%.

El número total de partos durante el año 2003 fue de 1.665: 850 partos eutócicos (47 seguidos de esterilización tubaria), 160 distócicos vaginales (1 seguido de esterilización tubaria), 655 cesáreas (100 seguidas de esterilización tubaria y 8 de histerectomía obstétrica). De acuerdo a lo anterior, el porcentaje de partos eutócicos alcanzó al 51%, el porcentaje de partos distócicos por vía vaginal al 9.6% y el porcentaje de cesáreas al 39.3%.

Respecto de la patología obstétrica presente en partos resueltos en nuestra maternidad, ésta correspondió al 45.7% de los mismos, desglosada de la siguiente manera de acuerdo a sus principales causas: 12.7% a parto prematuro, 6.9% a diabetes gestacional, 6.15 a síndromes hipertensivos del embarazo, 3.3% a restricción del crecimiento uterino y 3.9% a colestasia intrahepática del embarazo. Los promedios de estada fueron de 3 días como consecuencia de embarazo, parto y puerperio (código 000-099 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE -10), 1.3 días por abortos (000-008), 3.2 días por trastornos hipertensivos del embarazo, del parto y del puerperio (010-016), 3.7 días por atención materna relacionada con el feto, de la cavidad amniótica y posibles alteraciones del parto (030-048), 4.4 días por complicaciones del embarazo y del parto (020-029,060-075,081-084), 3.4 días por parto único y espontáneo (080) y 3 días por complicaciones relacionadas principalmente

con el puerperio y otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (085-099). La tasa de letalidad para el mismo grupo de causas fue cero.

Discusión

Durante el año 2002 nos abocamos a la creación de una base de datos que reflejara la actividad real realizada en nuestra maternidad, no sólo desde el punta de vista cuantitativo sino también desde la perspectiva de la información cualitativa necesaria para la acción y toma de decisiones en el campo obstétrico.

Se tomó información en el momento del primer contacto de la paciente con la maternidad, durante su hospitalización y al momento de la resolución del caso hospitalizado en cuestión, y retrospectivamente obtener la información más relevante acumulada en el tiempo.

Los resultados de nuestra maternidad nos muestran que ésta tiene un comportamiento muy similar en tipos de patologías concomitantes o propias del embarazo y formas de resolución de parto, respecto de la población general del país. Las pacientes consultantes en el policlínico de atención ambulatoria fueron catalogadas como de alto riesgo en un 39% al momento de la primera consulta, por la presencia de uno o más de los siguientes factores: 51% con antecedentes de cirugía obstétrica o ginecológica previa, el 23% por el antecedente de mortinato o mortineonato, el 13% por antecedentes de hospitalización por síndrome hipertensivo en el último embarazo, el 11.5% por haber presentado sangrado vaginal de cualquier origen y 1.5% por otra causa (historia de 3 ó más abortos, por peso del último recién nacido inferior a 2.500 gramos o superior a 4.500 gramos, por presión diastólica igual o superior a 90 mm de Hg al ingreso a control y por edad

bajo los 16 años o superior a 40 años). El 61% fue catalogada como de bajo riesgo al momento de su primera consulta.

Para una muestra de 133.666 pacientes obtenida de la base de datos del Sistema de Información Perinatal del Ministerio de Salud para el año 2000, el 38.7% de las gestantes muestra presencia de patología obstétrica de alto riesgo, cuyas principales causas corresponden a: rotura prematura de membranas (8%), anemia (7.3%), preeclampsia (4.7%), restricción de crecimiento intrauterino (2.7%), amenaza de parto prematuro (2.2%), desproporción céfalo-pélvica (1.7%) e hipertensión arterial crónica (1.6%)⁽²⁾.

Para un total de 190.946 partos (Chile, 2001, última información oficial disponible para maternidades públicas), 125.899 correspondieron a partos normales (65.9%), 6.485 a partos distócicos vaginales (3.3%) y 58562 a cesáreas (30.7%). El número total de abortos para el mismo año alcanzó a 21.507.

Los promedios de días de estada y tasas de letalidad de nuestra maternidad en comparación con las maternidades públicas que entregan información desagregada por servicios clínicos en hospitales tipo 1 y 2 del país, nos ubican bajo la media nacional⁽³⁾.

El haber instalado una base de datos de estas características ha permitido conocer la realidad de nuestro servicio, comparar nuestra casuística, actividad y resultados con otros centros nacionales e internacionales y tener la posibilidad de incrementar nuestra capacidad de gestión, especialmente en aquellos rubros donde podemos ser aún más eficaces y eficientes.

Referencias

1. Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de Hospitales-nuevos instrumentos y tendencias. Madrid: Vicens Vives, 1996.
2. Indicadores hospitalarios por establecimientos y servicios clínicos. Año 2001. Ministerio de Salud de Chile. www.minsal.cl
3. Indicadores de gestión hospitalaria. Año 2001. Ministerio de Salud de Chile. www.minsal.cl