

SIMPOSIO CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN OBSTETRICIA

SYMPOSIUM QUALITY OF OBSTETRICAL CARE

1. Magister en Gobierno y Gerencia en Salud
2. Centro Materno Infantil de Salud Virgen del Carmen. MINSA, Chorrillos, Perú
3. Miembro Asociado Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Financiamiento: No se ha recibido financiamiento

Conflicto de interés: Ninguno con el presente artículo

Recibido: 9 octubre 2018

Aceptado: 20 diciembre 2018

Publicado online: 20 febrero 2019

Correspondencia:

✉ egosalazar2000@yahoo.com

Citar como: Salazar Marzal E. El problema de la seguridad de la atención. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(1):31-35 DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2149>

El problema de la seguridad de la atención obstétrica

The problem of safe obstetrical care

Ego Salazar Marzal^{1,2,3}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2149>

ABSTRACT

The problem of safe obstetrical care has special relevance in recent years due to the interest of health professionals in reducing adverse events and improving healthcare. However, this is pursued in complex, uncertain and variable scenarios and risks, where human behavior may increase the probability of error. We often have to make short term decisions when attending two patients simultaneously – mother and fetus-, and the mother expects a deferential treatment during pregnancy, delivery and the puerperium. These processes involve multiple activities and tasks, and failures may occur. Faced with the paradigm change of involving the patient in the care and decision making process, we have to provide them with the most complete evidence, to avoid contingencies and to obtain the best possible results.

Key words: Safety care; Human factor; Maternal and Perinatal Care; Prevention; Health System.

RESUMEN

En los últimos años, el problema de la seguridad de la atención en obstetricia ha tenido especial relevancia debido al interés de los profesionales de la salud en reducir los eventos adversos y mejorar su atención. Sin embargo, esta se realiza en escenarios de complejidad variable e incertidumbre, donde existen riesgos múltiples y el comportamiento del factor humano es proclive a incrementar la probabilidad de errores. Al atenderse dos pacientes simultáneamente -la madre y el feto-, en muchos casos debemos tomar decisiones a corto plazo y la madre espera un trato deferencial con expectativa permanente en cualquiera de los momentos de la atención prenatal, parto y puerperio. Estos procesos involucran excesivas actividades y tareas donde la frecuencia de fallas es significativamente alta. Ante el cambio de paradigma, donde el paciente es involucrado en el proceso de atención y colabora en la toma de decisiones, debemos de brindar la información más completa, basada en la mejor evidencia, para evitar eventos adversos prevenibles y lograr los mejores resultados. **Palabras clave.** Seguridad de la atención, Factor humano, Atención materna perinatal, Prevención, Sistema de Salud.



El adelanto de la ciencia y tecnología en el siglo XXI facilitan que el binomio madre y niño por nacer encuentren mejoras para sus perspectivas y esperanza de vida, en contraposición de los eventos adversos que se informan en la actualidad.

El problema se encuentra expuesto, a nuestro criterio, en tres grandes columnas: un contexto donde el sistema de salud registra deficiencias y fallas diversas, otro relacionado con el comportamiento del factor humano y finalmente el desconocimiento de la dimensión y de las características del problema⁽¹⁾.

DEFICIENCIAS Y FALLAS DEL SISTEMA DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud está expuesto a etapas de crisis económica desde hace muchos años, designando presupuestos exiguos que no cubren los requerimientos mínimos para una mejor prestación materno perinatal. Esto incide profundamente en la logística médica, observándose establecimientos de salud con infraestructura antigua, en muchos casos con equipos e instrumental médico obsoleto, que inclusive carecen de lo más elemental en los sitios más alejados, exponiendo a la población, y que nuestra atención en sus diversos niveles se encuentren proclives a negligencias o eventos adversos.

La gestante está expuesta y es vulnerable a la anemia, y por su precaria nutrición perjudica el desarrollo del niño por nacer. Verificamos que, al encontrarse colapsados y turgurizados la mayoría de los establecimientos de salud (Lima, Callao, otros) en lo concerniente a atención ambulatoria prenatal, la inmunosupresión fisiológica de la gestante aumenta el riesgo de adquirir enfermedades infecto-contagiosas (tuberculosis multirresistente-TBC-MR, influenza y otros). Es de responsabilidad de los decisores sanitarios mejorar las condiciones de trabajo y brindar los recursos necesarios al prestador de servicios para su correcto desempeño y mejorar la atención materno-perinatal.

La institución pública debe revisar la gran cantidad de formularios que el prestador de servicios tiene que llenar durante el embarazo, parto y puerperio, Es imprescindible que la atención materna tenga uniformidad de criterios, donde cada paciente pueda ser reconocida y atendida con la misma eficacia en cualquiera de los establecimientos de salud⁽²⁾.

Para visualizar mejor el panorama, se debe prevenir los problemas que se presenten durante la consulta externa, parto y puerperio, discriminando los diversos factores de riesgo en cada una de estas etapas, los cuales pueden inducir a hospitalizaciones; ello repercute en la mejora de la calidad obstétrica y a eventos adversos de mortalidad materna y perinatal que, al producirse, generan en las familias fisuras emocionales marcadas, llevándolas a realizar demandas y juicios a las instituciones y a los prestadores de salud, con la finalidad de verificar la veracidad de los hechos.

COMPORTAMIENTO DEL FACTOR HUMANO

Consiste en el estudio de las interrelaciones entre los seres humanos, las herramientas que usan y el medio ambiente en el cual viven y trabajan⁽³⁾, convirtiéndose en un elemento esencial para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. Se considera evento adverso al incidente que produce daño al paciente.

El propósito de conseguir una atención materno perinatal más segura, en donde los efectos adversos sean poco probables, requiere terminar con dos ideas muy arraigadas en nuestro ambiente organizacional: el castigo y el mito de la perfección.

El primero asume que se equivocarán menos si se castiga y penaliza a las personas que cometen errores; en cambio, el segundo asume que este es un logro más que un camino y que se consigue con el suficiente tesón de las personas⁽⁴⁾. Es necesario asumir que el error forma parte de la condición humana y que los sistemas de salud deben diseñarse teniéndolos presente.

El considerar los factores humanos que intervienen en los resultados de los procesos clínicos positiva o negativamente, es referirse a la interrelación existente entre las personas, las herramientas usadas y al ambiente de trabajo, teniendo en cuenta su competencia para realizar correctamente esta interacción.

Diversas circunstancias facilitan el error por el médico gineco-obstetra, que pueden conducir al evento adverso, tales como: depender de la memoria, tener conocimiento inadecuado, insuficiente entrenamiento en determinadas destrezas médicas, no tomar en cuenta procedimien-



tos normados, exigencia del administrador de servicios con turnos prolongados y sobrecarga de trabajo -que contribuyen a la fatiga y el estrés-, poca retroalimentación del trabajo realizado y falta de trabajo en equipo, el procesamiento rápido de múltiples fuentes de datos para la toma de decisiones y exceso de documentación en el manejo de la historia clínica⁽⁵⁾.

DIMENSIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA

Debemos buscar e identificar los problemas y datos basados en la evidencia. Este ciclo se inicia con medir el daño y develar el problema. Sabemos que ocurren atenciones inadecuadas, pero no siempre sabemos cuál es la magnitud: de cuántos eventos adversos, cuántas muertes, cuáles son los factores condicionantes, y analizarlos. Una vez que conocemos el daño y entendemos las causas, podemos identificar y probar soluciones. Hecho esto, se pasa a la implementación de tales soluciones y a la evaluación de su impacto real.

El Sistema Informático Perinatal (SIP)⁽⁶⁾, implementado en todos los establecimientos de salud que atienden partos de nuestro país, ofreció a los decisores sanitarios en sus diversos niveles de atención, una herramienta gerencial que fue muy poco apreciada para la toma de decisiones. En la actualidad se encuentra en pleno proceso de implementación a nivel nacional un sistema informático sanitario sobre la atención que reciben las gestantes durante el embarazo, denominado 'Wawared', que permitirá mejorar los mecanismos de información respecto a las atenciones pre y posnatal en los servicios de salud, a todo nivel, con lo cual se busca contribuir en la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el país⁽⁷⁾. La realidad actual dista mucho de las buenas intenciones.

ANÁLISIS

El proceso de asistencia obstétrica es complejo, multidisciplinario y requiere de instituciones que puedan entregar atención a las pacientes de manera eficiente y segura.

La atención obstétrica siempre tiene el objetivo de salvar dos vidas, presenta fortalezas y algunas debilidades, específicamente para eventos adversos, donde el equipo de salud al atender

dos pacientes simultáneamente; y al tomar importantes decisiones al corto plazo, genera en la gestante una expectativa muy alta en el trato deferencial hacia su persona.

La atención maternoperinatal cursa por tres etapas: la atención prenatal, la atención del parto y la atención del puerperio.

Atención prenatal. La consulta ambulatoria está expuesta a prácticas deficientemente monitoreadas o estandarizadas, elevada carga de trabajo, distracciones durante el control, falta de competencia o experiencia y transferencias inadecuadas o llevadas a cabo tardíamente, por lo que se hace importante la coordinación entre la atención médica ambulatoria y hospitalaria, de acuerdo al nivel de atención, ya que errores o deficiencias en calidad a nivel ambulatorio se manifiestan como eventos adversos a nivel hospitalario. La magnitud del problema de seguridad y calidad de atención maternoperinatal y su manejo en esta etapa es desconocida⁽⁸⁾. Sin embargo, se observa que entre 2% y 10% de los embarazos se complican con infección urinaria y 25 a 30% de estas mujeres desarrollan pielonefritis⁽⁹⁻¹¹⁾; como consecuencia, aumentan patologías agregadas como el peso bajo al nacer, la prematuridad⁽¹²⁻¹⁴⁾. Durante el embarazo, determinados fármacos pueden producir daño fetal cuando se desconoce que la mujer está gestando. Ciertos errores diagnósticos suelen producirse en el cálculo de la edad gestacional (que posteriormente pueden llevar a tomar decisiones inadecuadas) o en la omisión de diagnósticos prenatales⁽¹⁵⁾.

Atención del parto. El entorno hospitalario es complejo, tiene una población vulnerable por su condición de gestantes que acuden para su cuidado. Al estar su asistencia relacionada con procedimientos médicos, quirúrgicos, uso de tecnologías y medicamentos, se encuentran más susceptibles al evento adverso. En la actualidad, el enfoque de la seguridad del paciente se ha centrado en la atención hospitalaria. El Estudio de Prevalencia de Eventos Adversos en América Latina (IBEAS) concluye que, en Perú, de 286 pacientes con eventos adversos por área de hospitalización, obstetricia tiene 24,9% y UCI 21,4%, respectivamente⁽¹⁰⁾. También las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) son un problema de salud pública que aumentan la mor-



talidad maternoperinatal. En nuestro medio, en los servicios de ginecoobstetricia es frecuente la endometritis puerperal y la infección de herida operatoria de cesárea. En neonatología se describe la infección de torrente sanguíneo por catéter venoso central y periférico y neumonía intrahospitalaria por ventilación mecánica, respectivamente. La condición de la gestante cambia rápida y constantemente en el trabajo de parto; los diagnósticos tardíos pueden comprometer el bienestar de la madre y el niño por nacer, tales como la desproporción fetopélvica diagnosticada tardíamente, que puede ser punto de partida para cefalohematoma en el recién nacido y atonía uterina en la madre. Si bien es cierto el uso de fármacos de manera adecuada, como oxitocina y sulfato de magnesio, generan beneficios, si son usados en exceso, pueden producir sufrimiento fetal, rotura uterina o paro respiratorio⁽⁹⁾. Algunas intervenciones durante el parto pueden ser claramente perjudiciales, como la maniobra de Kristeller, la dilatación manual cervical, la aplicación del enema y la tracción no controlada del cordón umbilical. Ellas pueden ser beneficiosas si se realizan estrictamente bajo indicación médica, pero pueden incrementar significativamente el riesgo a eventos adversos si se abusa de dichas intervenciones.

Atención del puerperio. Según la calidad de la atención del parto, las infecciones nosocomiales se expresan en el puerperio. Las intervenciones quirúrgicas, como dehiscencia de sutura obstétrica, debridación de absceso/hematoma, legrado puerperal, histerectomía, entre otros, casi siempre se realizan por falta de competencia, complicación o evento adverso. El uso de fármacos, como el sulfato de magnesio y la metilergonovina, sobredosificados o mal indicados pueden generar daño en la madre. Definitivamente, los errores diagnósticos, como la hemorragia, suelen ser determinantes en la supervivencia de la paciente⁽⁹⁾.

CONCLUSIÓN

La complejidad de nuestro sistema de salud, que exige un manejo multidisciplinario en las actividades maternoperinatales para evitar eventos adversos, se encuentra en un campo incipiente y se convierte en el gran reto para el futuro próximo. La calidad en la atención obstétrica marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y recién nacidos en nuestro país, por lo que se hace necesario respaldar toda actividad de mejo-

ra, cuya responsabilidad recae en el Estado, instituciones públicas, privadas, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de pacientes. Aquí radica la importancia de establecer una gestión de la calidad de la atención que dirija, opere y controle de manera sistémica los procesos destinados a mejorar la atención de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Audera-López C. Estrategia de la alianza mundial para la seguridad del paciente. Conferencia Internacional: Seguridad del Paciente, Buenas Prácticas y Calidad. Lima, 2010.
2. Leyton I, Salazar E, Santivañez A. Seguridad del Paciente en Obstetricia. Colegio Médico del Perú. Cuaderno de Debate en Salud "Seguridad del Paciente". Primera Edición, octubre 2012:90-8. http://www.cmp.org.pe/images/abook_file/LIBRO%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20LISTO.pdf
3. Weinger MB, Pantiskas C, Wiklund M, Carstesen P. Incorporating human factors into the design of medical devices. JAMA. 1998;280(17):1484. DOI: 10-1001/pubs. JAMA-ISSN-0098-7484-280-17-jbk1104
4. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety: a guide for NHS staff. London: NPSA, 2003 (Acceso 29 de agosto de 2006). <http://www.npsa.nhs.uk/health/resources/7steps>
5. Lavado G, Salazar E. ¿Qué es el factor humano y por qué es importante en la seguridad del paciente? Colegio Médico del Perú. Cuaderno de Debate en Salud "Seguridad del Paciente". Primera Edición, octubre 2012:26-8. http://www.cmp.org.pe/images/abook_file/LIBRO%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20LISTO.pdf
6. Ministerio de Salud. Instructivo para el registro de datos de la Historia clínica materno perinatal. Primera edición febrero 2000.
7. Ministerio de Salud. Sistema "Wawared" contribuirá a reducir la mortalidad materna y neonatal en el país. 13 de marzo 2018. <https://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=51¬a=27063>
8. Pettker CM, Grobman WA. Seguridad y calidad obstétrica. Obstet Gynecol. 2015;126:196-206. https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/July2015_Translation_Pettker.pdf
9. Echevarría J, Sarmiento E, Osoreo F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico, Simposio. Acta Med Peru. 2006;23(1):26-31.
10. Haider G, Zehra N, Munir AA, Haider A. Risk factors of urinary tract infection in pregnancy. J Pak Med Assoc. 2010;60(3):213-6.
11. Sheiner E, Mazor-Drey E, Levy A. Asymptomatic bacteriuria during pregnancy. J Matern Fetal Neonatal Med. 2009;22(5):423-7. DOI: 10.1080/14767050802360783
12. Estrada A, Figueroa R, Villagrana R. Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. Rev Perinatol Reprod Hum. Jul-Sep 2010;24(3):182-6. Disponible en: <http://www.medigra>



- phic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip103e.pdf
13. Nicolle L, Bradley S, Colgan R, Rice J, Schaeffer A, Hooton T. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis*. 2005;40:643-54. DOI: <https://doi.org/10.1086/427507>
 14. Campos T, Canchucaja L, Gutarra R. Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2013;59(4): 267-74.
 15. Leyton I, Santivañez A, Santos M, Moya J. Unidad 20: Intervenciones para la Seguridad del Paciente en Obstetricia. Colegio Médico del Perú. Diplomado Virtual de Calidad y Seguridad de la Atención. 2013:12-3.
 16. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Informes, Estudios e Investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. España. https://www.seguridadelpaciente.es/recursos/contenidos/castellano/2009INFORME_IBEAS.pdf