

Título: Evaluación de la atención médica en la morbilidad materna extremadamente grave en tres hospitales seleccionados. Provincia Santiago de Cuba. Año 2009

Autora: Yelina Mercedes Alba Arias, (cpscp@medired.scu.sld.cu)

Otros autores: Dr. Reinaldo López Barroso, Isabel Cristina Carbonell García y Yamilé Fallad Saeta.

Centro de procedencia: Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología. Provincia Santiago de Cuba y Logística provincial del MININT.

Premio en la instancia provincial del Concurso de Tesis de Maestría del Concurso Premio Anual de la Salud 2012

Resumen

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, retrospectiva, con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica en la morbilidad materna extremadamente grave en los hospitales seleccionados de la provincia Santiago de Cuba, Año 2009, El universo estuvo constituido por 82 pacientes diagnosticadas en los hospitales; 24 áreas de salud y 82 consultorios médicos de familia donde se brindó la atención prenatal. Se realizó un muestreo no probabilístico con criterios de expertos, seleccionándose indicadores de estructura, proceso y resultados. Se estudiaron algunas variables clínicas y epidemiológicas de interés, las que se agruparon en criterios esenciales y no esenciales según su participación directa en la calidad de la atención. Las medidas de resumen empleadas fueron porcentajes, razón y tasas. El estado constructivo e higiénico sanitario de las unidades observadas, baja disponibilidad de recursos materiales, humanos y la capacitación de este recurso fueron deficientes en la atención primaria y secundaria de salud repercutiendo en los resultados. No se cumplieron los estándares previstos y la evaluación de la calidad de la atención en la morbilidad materna extremadamente grave evaluó deficiente. El parto por cesárea y la complicación después del parto fueron los eventos más relacionados. La

principal secuela en la madre fue la histerectomía. La morbilidad perinatal estuvo directamente relacionada con la prematuridad, el bajo peso al nacimiento y la restricción del crecimiento fetal. Las defunciones fetales en su mayoría tardías causada fundamentalmente por el desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta. La satisfacción de los proveedores fue deficiente.

Palabras Claves: Calidad, Calidad de la atención, Morbilidad materna extremadamente grave, Tasas de morbilidad, Satisfacción, Mortalidad perinatal I, Muerte Materna.

Introducción

La embarazada es posiblemente la paciente que requiere mayor atención multidisciplinaria y que presenta características especiales, pues se trata de un binomio (madre-feto) cuyos intereses están íntimamente unidos.¹

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, aunque para muchas familias el proceso de reproducción puede ser sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas, y en última instancia, la muerte de la madre, del producto de la concepción o de ambos.²

La salud materno infantil es uno de los indicadores que se utiliza para medir el nivel de desarrollo de un país y tiene como objetivo preservar el óptimo estado de la madre y del producto de la gestación, evitando así las posibles complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio.³

Para lograr este indicador de salud del binomio madre - feto es necesario que existan las condiciones biológicas y psicológicas adecuadas y que la embarazada reciba una esmerada atención durante este período.³

Las cifras de mortalidad materna no reflejan los sufrimientos producidos por las complicaciones del embarazo y el parto. Aunque no se conoce con exactitud, se estima que por cada mujer que fallece se revierte la salud de aproximadamente otras 16, quizás para el resto de sus vidas.³

La muerte materna es hoy en día un problema de salud pública en los países en desarrollo, con el 99 % de las defunciones; no obstante, la frecuencia de las muertes maternas en números absolutos es baja, comparada con otros problemas de salud pública, tales como: epidemia de cólera, virus de la

inmunodeficiencia humana y dengue, los cuales tienen una repercusión familiar y social importante. ⁴

Según se estima, de las 529,000 muertes maternas que se produjeron en el 2006, 95 % sucedieron en África y Asia y solo 4 % (22 000) en América Latina y el Caribe. Haití tiene 100 veces la mortalidad materna de Canadá y Afganistán; por su parte, Sierra Leona y Etiopía tienen 1 000 veces la mortalidad materna de los países escandinavos, es decir, menos del 1 % (2 500) en los países desarrollados del mundo. ⁵

El impacto de estas muertes es especialmente devastador para más de 2,4 millones de niños que pierden a sus madres. Además, cada minuto, alrededor de 30 mujeres quedan con una lesión importante relacionada con el parto, especialmente las fístulas por parto obstruido y las afecciones neurológicas. ⁶

El control y análisis de la morbilidad resulta la forma más acertada y precisa para evaluar el nivel de salud de cualquier grupo humano, y actualmente adquiere gran importancia, pues sustituye al indicador de mortalidad como situación sanitaria de la población. ⁷

El sistema de vigilancia epidemiológica permite ubicar claramente cuáles son los principales problemas y deficiencias, de modo que la prioridad está encaminada en mejorar la salud materna y, de hecho, reducir la mortalidad, para lo cual resulta imprescindible priorizar la calidad de la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como también a la morbilidad materna extremadamente grave, con el fin de evitar la muerte de la madre y del producto de la concepción.

Objetivo

Evaluar la calidad de la atención médica en la gestante con morbilidad materna extremadamente grave en los 3 hospitales ginecobstétricos seleccionados de la provincia de Santiago de Cuba, año 2009,

Diseño Metodológico

Característica de la investigación

Se realizó una investigación retrospectiva en sistemas y servicios de salud, relacionada con la evaluación de indicadores seleccionados de la atención médica obstétrica a la gestante con morbilidad materna extremadamente grave,

a través de una evaluación de la calidad según los aspectos de: estructura, proceso y resultados; se utilizó la metodología establecida por Donabedian A.⁸

Universo de estudio

Estuvo constituido por las 82 gestantes diagnosticadas con morbilidad materna extremadamente grave, atendidas en los 3 servicios ginecobstétricos seleccionados, desde enero hasta diciembre de 2009; también intervinieron 24 áreas de salud y 82 consultorios médicos de familia donde se les brindó la atención prenatal a las embarazadas.

De recolección de la información

Se llevó a cabo una amplia revisión bibliográfica sobre el tema en los materiales existentes en las diferentes bibliotecas médicas de la red de Infomed, en las bases de datos LILACS y MEDLINE, así como en sitios web evaluados en Infomed y extraídos directamente de Internet, analizados por la autora, tutores y asesores. Los datos fueron recogidos por las tres investigadoras que formaron parte del equipo de proyecto de la provincia y se plasmaron en un cuestionario diseñado al efecto, con criterios de expertos que responden al proyecto nacional original, los cuales, para su análisis y aprobación, fueron sometidos a la consideración del equipo provincial (**Anexo 2**). En cada caso de morbilidad materna extremadamente grave se aplicaron las guías de observación de la atención primaria (policlínico, consultorio médico de la familia) y secundaria (UCI, salones de parto y preparto, unidad quirúrgica, cuidados perinatales, unidad de puerperio y recursos humanos en el hospital) (**Anexos 3- 8**). Las guías de observación fueron realizadas trimestralmente en las unidades hospitalarias y las áreas de salud.

Análisis y Discusión

Tabla 1. El 56,7% de los indicadores de estructura en la atención primaria fueron evaluados como deficientes, pues todos sus componentes se encuentran por debajo del estándar, donde los porcentajes más bajos correspondieron a la capacitación de los recursos humanos y a las condiciones higiénico-sanitarias (15,4 y 60,7 %, respectivamente); en estas últimas incidieron el mal estado constructivo, la deficiente ventilación e iluminación, la recogida de desechos sólidos y el abasto de agua, los cuales constituyeron

factores de riesgo tanto para los pacientes como para los trabajadores de la salud al incumplirse con elementales normas higiénico- epidemiológicas.

Tabla 2. No se logró el cumplimiento del estándar 8 de ellos, donde el de menor porcentaje resultó ser el relacionado con la reevaluación por el Ginecobstetra (25,7 %), seguido por la evaluación en tiempo por dicho especialista (50,0 %); sin embargo, el número de controles prenatales se sobrecumplió al ofrecer 8 por gestantes, como promedio. Los restantes indicadores se cumplieron, por lo que la evaluación final fue regular (77,3 %)

Tabla 3. Los médicos constituyeron 65,1 % de la plantilla aprobada y las enfermeras 80,5 %; en ninguno de los casos este porcentaje garantiza el cumplimiento eficiente de la atención obstétrica, por lo que el indicador fue evaluado como deficiente y regular, respectivamente.

Tabla 4. De las 524 observaciones solo 410 fueron evaluadas como buenas (78,2 %), en las cuales las salas de parto y preparto fueron las de menor porcentaje 71,6 %; en tanto, la estructura resultó ser regular de manera general. La interrelación de estos factores, unido al personal de salud garantizan la atención médica. Los indicadores de calidad de estructura en la atención secundaria se evaluaron de regular, en lo cual incidieron fundamentalmente las dificultades en las condiciones estructurales e higiénico-sanitarias de la unidad obstétrica en general.

Tabla 5. La mayoría de los partos ocurrieron por cesárea (80,9 %), resultando elevado, puesto que el indicador normado es 21 % del total de los partos, por lo que deberá mantenerse bajo vigilancia, ya que tuvo mucha relación en la aparición de la morbilidad materna extremadamente grave

Tabla 6. La principal causa de morbilidad materna extremadamente grave fue la pérdida masiva de sangre (54,9 %), seguida de los trastornos hipertensivos (22,0 %), la sepsis (15,9 %) y la enfermedad tromboembólica (2,4 %).

Tabla 7. De las 82 MMEG, a 52 se les dejó algún tipo de secuela, siendo la histerectomía subtotal y la total las más frecuentes con 40,4 y 34,6 % respectivamente. De las 39 histerectomías, en 9 (23,1 %) se realizó ooforectomía bilateral y una unilateral derecha (2,56 %).

Tabla 8. De las 82 maternas extremadamente grave egresaron vivas el 96,3% de las pacientes estudiadas y el 3,7% fallecidas con una razón de mortalidad

de 31,9 por cada 100 000 nacidos vivos, siendo las causas de muerte, la pérdida masiva de sangre, hepatitis tóxica y embolismo líquido amniótico.

Tabla 9. Se produjeron 10 muertes fetales en el período de estudio, con un mayor porcentaje las producidas entre 28 y más semanas (8 casos para 80,0 %) y menor de 28 semanas con peso inferior a 1000 g (2 casos para 20 %), con predominio de las muertes fetales tardías se produjo antes del parto extrahospitalario el 80,0 % (8) el resto se produjeron antes del parto y durante este 10,0% (1) respectivamente, las principales causas fueron el desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta 50 % (5), sin relación aparente con hipertensión arterial y malnutrición.

Tabla 1. Indicadores de estructura de la atención primaria

Indicadores	Total	No.	%	Estándar (%)	Evaluación
Disponibilidad de recursos humanos	5137	3637	71,0	90	R
Disponibilidad de recursos materiales	3116	2506	80,4	90	R
Capacitación de los recursos humanos	3637	561	15,42	90	D
Condiciones higiénico-sanitarias	902	547	60,7	90	D
Evaluación final			Deficiente (56,7 %)		

Fuente: Guía de observación**

Tabla 2. Indicadores seleccionados del proceso de la atención prenatal

Indicadores	Total	No.	%	Estándar (%)	Evaluación
Captación antes de las 14 semanas	68	65	95,6	100	R
Examen físico general completo	68	66	97,1	100	R
Control del peso y valoración ponderal en la primera consulta	68	63	92,6	100	R
Evaluación en tiempo por el ginecoobstetra	68	34	50,0	100	D
Examen con espéculo	204	181	88,7	100	R
Identificación de riesgo	68	56	82,4	100	D
Complementarios iniciales	1156	998	86,3	100	R
Promedio de controles realizados		8		100	
Reevaluación por el ginecoobstetra	68	18	25,7	100	D
Visita de terreno		5			
Evaluación final			Regular (77,3 %)		

Fuente *

Tabla 3. Categoría y capacitación de los recursos humanos dedicado a la atención médica en el nivel secundario

Tipo de categoría	Plantilla	Real	%	Estándar %	Evaluación
Médicos	129	84	65,1	90	D
Especialistas de I Grado		75	89,2***		
Especialistas de II Grado		9	10,8***		
Enfermeras	768	619	80,5	90	R
Licenciados en Enfermería		295	47,6****		
Técnicos		324	52,4****		
Total	897	703	78,3	90	R
Capacitados	Real	No.	%	Estándar %	
Médicos	84	95	113,1	90	B
Enfermeras	619	32	4,1	90	D
Total	703	127	18,0	90	D

Fuente: **

Porcentaje calculado sobre la base de N=84***

Porcentaje calculado sobre la base de N=619****

Criterios esenciales

Tabla 4. Resumen de condiciones estructurales e higiénico-sanitarias de los hospitales según salas de hospitalización

Salas	Observaciones	Bueno *	%	Estándar %	Evaluación
Parto y parto	120	86	71,6	90	R
Unidades quirúrgicas	120	100	83,3	90	R
UCI	80	60	75,0	90	R
Total	524	410	78,2	90	R

Fuente: Tablas 6 y 8 *

Tabla 5. Tipos de partos y momento de la complicación MMEG

Criterios	MMEG	No.	%
Tipos de parto			
Cesárea	68	55	80,9
Fisiológico	68	12	17,6
Instrumentado	68	1	1,5
Momento de la complicación MMEG			
Antes del nacimiento	82	17	25,0
Durante del nacimiento	82	12	17,6
Después del nacimiento	82	39	57,4

Fuente* N=82 Partos N=68

Criterios no esenciales de atención secundaria

Tabla 6. MMEG según causa

Causa	Total MMEG	No.	%
Pérdida masiva de sangre	82	45	54,9
Trastornos hipertensivos	82	18	22,0
Sepsis	82	13	15,9
Enfermedad tromboembólica	82	2	2,4
Otros	82	9	11,0

Fuente* Criterios esenciales atención secundaria

Tabla 7. Secuelas en las MMEG

Secuelas	No.	%
Histerectomía subtotal	21	40,4
Histerectomía total	18	34,6
Salpingectomía total izquierda	6	11,5
Salpingectomía total derecha	5	9,6
Prótesis valvular mitral	1	1,9
Disfunción cardíaca ligera	1	1,9
Total	52	100,0

Fuente* N=82 Criterios esenciales atención secundaria

Tabla 8. Gestantes fallecidas según causa de defunción

Causa de mortalidad	Total de casos	No.	%
Pérdida masiva de sangre	82	1	1,2
Hepatitis tóxica	82	1	1,2
Embolismo líquido amniótico	82	1	1,2
Total	82	3	3,7
RMM	9383	3	31,9*

NV.=9383 RMM* Razón de mortalidad materna x100 000 N.V

Tabla 9. Momento de ocurrencia y causas de la muerte fetal

Momento de la muerte	No.	%
Ante parto extrahospitalario	8	80,0
Ante parto hospitalario	1	10,0
Durante el parto hospitalario	1	10,0
Total	10	100,0
Causa de la muerte	No.	%
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.	5	50,0
Eclampsia	1	10,0
Embolismo de líquido amniótico	1	10,0
Rotura uterina	1	10,0
Sepsis intraocular	1	10,0
Acretismo placentario	1	10,0
Total	10	100,0

Fuente*

Conclusiones

- ✚ La atención a la gestante diagnosticada como morbilidad materna extremadamente grave en el año 2009 fue **DEFICIENTE** en los tres hospitales seleccionados con serias insuficiencias en la estructura, el proceso y la calidad de la atención, repercutiendo negativamente en los resultados obtenidos.
- ✚ El tipo de parto por cesárea y la complicación después del parto fueron los eventos más relacionados con la morbilidad materna extremadamente grave. La principal secuela en la mujer fue la histerectomía. La morbilidad perinatal estuvo directamente relacionada con la prematuridad, el bajo peso al nacimiento y la restricción del crecimiento fetal. Las defunciones fetales en su mayoría fueron tardías, siendo su causa fundamental el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Bibliografías

1. Balestena SJ, Fernández AR, Hernández SA. Comportamiento de la preeclampsia grave. Cuba; Rev. Cubana Obstet Ginecol 2005; 27(3):226-32
2. Luna AM, Martínez EH, Vega BN. Mortalidad materna y morbilidad materna en la provincia de Villa Clara. Cuba; Mediocentro 2007; 11(4)
3. Gómez JCA, Hernández DM, Jiménez CJ. Revisión bibliográfica Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Cuba; Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(1)
4. Rodríguez A, Ordóñez LM. Mortalidad materna y marginalidad en Yucatán. México; Rev Biomed 2006; 17(4): 237-242.
5. Stanton C, Abderrain N, Hill K. An assessment of DHS maternal mortality indicators. Studies in family planning, 2004, 31:111-23.
6. Geller SE, Rosenberg D, Cox S, Brown M, Simonson L, Kilpatrick S. A scoring system identified near miss maternal morbidity during pregnancy. J Clin Epidemiol 2004; 7: 16-20.

7. Malpica AE, Ruesca DC, Perez SM, García MK. Comportamiento de la paciente obstétrica grave. Experiencia de cuatro años de trabajo. Cuba; Rev. Méd. 2008; 30(2):12-14.
8. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Editorial Prensa Médica Mexicana. Tucumán. México, 1998 (Actualizado 2001)