

SIMPOSIO CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN OBSTETRICIA

SYMPOSIUM QUALITY OF OBSTETRICAL CARE

1. Ginecoobstetra, Jefe Servicio Reproducción Humana, Ex Jefe Oficina Seguridad Paciente, Honadomani San Bartolomé, Lima, Perú
2. Docente Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Financiamiento propio

No presento ningún conflicto de intereses al desarrollar el presente artículo

Recibido: 30 octubre 2018

Aceptado: 18 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):51-55 DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2152>

Atención del parto centrada en el paciente

Patient-centered care of childbirth

Edy Vera Loyola^{1,2}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2152>

ABSTRACT

Patient-centered care of childbirth opens a new perspective to improve the quality of patient care. There have been many efforts to achieve this goal over the last couple of decades. Since the publication of the book "To err is human", there have been multiple endeavors to avoid adverse events in the patient. In this sense, the challenge is how to achieve this goal, given that delivery care is one of the processes with the most adverse events reported. Based on recommendations of WHO, we consider an approach consisting of: a) Health systems: safety culture, a milestone in this process, requires changes in the organization and is a critical issue to be solved; (b) Health professionals: not only involves physicians but also the health organization system from a medical perspective; people must not only have medical training but should also be specialized and constantly updating; challenges are different if it is a trainee or a medical specialist. There are ways to achieve this. In addition, to dispel the myths of obstetric care through evidence, we will need; (c) Family and community: the emotional component that provides the family is always a key column. Synergizing these guidelines can focus better person-centered care of childbirth.

Key words: Quality of childbirth care, Patient safety.

RESUMEN

La atención del parto centrada en el paciente abre una nueva perspectiva para mejorar la calidad de atención de los pacientes. Existen desde hace un par de décadas muchos esfuerzos por lograr este anhelo. Desde la publicación del libro 'Error es humano', ha habido múltiples esfuerzos por evitar el evento adverso en el paciente. En ese sentido, el reto es cómo cumplir este objetivo, sabiendo que el proceso de atención del trabajo de parto es uno en los que más eventos adversos reporta. Basados en recomendaciones de la OMS, se plantea un enfoque que consiste en: a) Sistemas de salud: siendo la cultura de seguridad un hito importante para lograr las metas, que involucra cambios en la organización, es uno de los puntos más álgidos por resolver; b) Profesionales sanitarios: no solo involucra al médico sino a la organización sanitaria, desde un enfoque médico; las personas deberán no solamente tener formación médica, sino especializada y en constante actualización, siendo los retos diferentes si se trata de un personal en formación o de un médico especialista. Existen actualmente formas de cómo lograrlo. Además, se tendrá que romper con los mitos de la atención obstétrica, la cual debe ser basada en evidencias; c) Familia y comunidad: el componente emocional que brinda la familia siempre es una columna fundamental. Sinergizando estos lineamientos, se puede enfocar mejor la atención del parto centrada en la persona.

Palabras clave. Calidad de atención del parto, Seguridad del paciente.



INTRODUCCIÓN

La atención del parto centrado en el paciente nos acerca a la humanización del mismo. Para lograr este objetivo debemos tener en cuenta mucho la cultura organizacional de las entidades prestadoras de salud.

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo. Nosotros, como instituciones prestadoras de salud latinoamericanas, peruanas, con un enfoque centralista, no estamos ajenas a esta realidad. Tenemos datos concretos al respecto como, por ejemplo, el estudio latinoamericano de eventos adversos (IBEAS), del cual Perú fue parte de esta fabulosa investigación. Entre las conclusiones más relevantes, se conoce que 11% de las personas que ingresan a una institución de salud van a tener un evento adverso y, de este grupo, el 40% sucede en áreas donde nosotros laboramos, en nuestro caso, gineco obstetricia⁽¹⁾.

JUSTIFICACIÓN

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente⁽²⁾. Desde la puesta en marcha, en 2004, del Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. Actualmente, se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal.

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos⁽²⁾. Las infecciones hospitalarias afectan a 14 de cada 100 pacientes ingresados. De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. La frecuencia de tales infecciones puede reducirse en más de 50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones. La mayoría de las personas no tiene acceso a dispositivos

médicos apropiados. Se calcula que existen 1,5 millones de dispositivos médicos diferentes y más de 10 000 tipos de dispositivos disponibles en todo el mundo. Sin embargo, la mayor parte de la población mundial no tiene acceso adecuado a dispositivos médicos apropiados y seguros en su sistema de salud. Más de la mitad de los países de ingresos bajos y medianos-bajos no cuentan con una normativa nacional sobre tecnología sanitaria que pueda garantizar el uso eficaz de los recursos mediante una planificación, evaluación, adquisición y gestión adecuadas de los dispositivos médicos⁽²⁾.

Trabajar en equipo es imprescindible para que las intervenciones quirúrgicas sean seguras⁽²⁻⁴⁾. Se estima que cada año se realizan en el mundo 234 millones de operaciones quirúrgicas. La atención quirúrgica conlleva un riesgo considerable de complicaciones. Los errores en ese ámbito contribuyen a aumentar considerablemente la carga de morbilidad, a pesar de que 50% de las complicaciones que surgen en la atención quirúrgica pueden ser evitadas⁽²⁾.

Entre 20% y 40% de todo el gasto en salud se desperdicia a causa de una atención de calidad deficiente. Los estudios sobre seguridad muestran que en algunos países se pierden hasta US\$ 19 000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad, la pérdida de productividad y los gastos médicos⁽²⁾. Así pues, las razones económicas para mejorar la seguridad del paciente son poderosas.

La atención médica tiene un historial de seguridad deficiente. Actividades supuestamente de alto riesgo, como la aviación o las plantas nucleares, tienen un historial de seguridad muy superior al de la atención médica. La probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión es de 1 en 1 000 000. En cambio, la probabilidad de que un paciente sufra algún daño ocasionado por la atención médica es de 1 en 300⁽²⁾.

Se puede articular la oferta del establecimiento de salud en relación a las necesidades de salud del paciente. La experiencia de un paciente en el proceso de atención en un establecimiento de salud es esencial en las organizaciones orientadas al usuario. Representa el eje en los servicios de atención médica centrada en las personas. Las experiencias y perspectivas de los pacientes



son valiosos instrumentos de aprendizaje y permiten definir las necesidades, vigilar los progresos en el cumplimiento de las mismas y evaluar los resultados.

Las alianzas de hospitales pueden desempeñar una función crucial. Por lo que trataremos de recoger evidencia que permite centrar la atención del parto en la persona, desde el punto de vista organizacional y asistencial.

Empezaremos definiendo la cultura de seguridad como la integración de pensamientos y prácticas seguras en la atención clínica. Lo cual tiene como objetivo:

- Desarrollar sistemas
- Reportes de eventos adversos
- No búsqueda de culpables
- Identificar falencias del sistema.

La clave en mejorar la calidad de atención está en los cambios de la propia organización. Al mejorar la cultura de seguridad, reduciremos los eventos adversos, mejoraremos la seguridad del paciente y disminuirémos daños, con el descenso de litigios por responsabilidades⁽⁵⁾.

LA ATENCIÓN INTEGRADA DEL EMBARAZO Y EL PARTO (IMPAC)

La Organización Mundial de la Salud nos habla de la atención integrada del embarazo y el parto (o IMPAC, del inglés *integrated management of pregnancy and childbirth*), lo cual nos puede permitir, luego de articular esta metodología, la reducción de los riesgos del embarazo. Este enfoque está dirigido a los sistemas de salud, a los profesionales sanitarios y a las familias-comunidades⁽⁶⁾.

SISTEMAS DE SALUD

Con respecto a los sistemas de salud, tienen por objetivo mejorar no solo el acceso, sino también la calidad de la atención esencial y de urgencias. Entonces, el lograr integrar una cultura de seguridad en la institución es importante. La primera estrategia planteada sería realizar una encuesta para saber nuestra cultura de seguridad. Existen encuestas ya validadas que se pueden adaptar a

cada realidad⁽⁷⁾. Ya hemos mencionado establecer un sistema de reporte de eventos adversos, los cuales nos llevan a un análisis de lo sucedido y plantear proyectos de mejora, sin buscar culpables. Importante sobre todo en sala de partos, donde suceden muchos eventos adversos.

PROFESIONALES SANITARIOS

El segundo objetivo de IMPAC es la mejora de los conocimientos prácticos y las competencias de los profesionales sanitarios. En este sentido hay publicaciones que se refieren a menos palabras y más evidencias. Archie Cochrane, ginecólogo, estableció una metodología para respaldar el ejercicio de la medicina con evidencia científica⁽⁸⁾.

Asimismo, el uso de simuladores en la educación médica y simulacros son parte importante en la atención del parto. Podemos ver en la tabla 1 siguiente los temas más resaltantes por grupos⁽⁹⁾.

Protocolizar la atención para realizar actividades que tengan un sustento técnico, como maniobra de Kristeller, episiotomía, rasurado del vello pubiano, uso de enemas, tactos vaginales o el parto vertical⁽⁸⁾.

MANIOBRA DE KRISTELLER

Esta maniobra fue descrita por Hans Kristeller, alemán, a fines de 1800⁽¹⁰⁾. Normalmente, la maniobra de Kristeller se realiza para que el parto acabe antes, pero no por razones de verdadera emergencia. Si este fuera el caso, estarían indicadas otro tipo de intervenciones. En lugar de realizar esta maniobra, los asistentes deberían respetar los tiempos de la mujer, animarla a adoptar posturas que favorezcan el descenso del feto (verticalidad), permitirle beber para que reponga los líquidos perdidos y evitarle situacio-

TABLA 1. TEMAS PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS Y LAS COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

Médico residente	Médico asistente
Parto instrumentado	Emergencias obstétricas
Parto podálico	Cuidados críticos
Parto de gemelares	Equipo de emergencia
Distocia de hombros	Ultrasonido
Reparación de desgarro 3 ^{er} y 4 ^o grado	Procedimientos invasivos
Hemorragia posparto	
Ultrasonido	



nes o intervenciones que pudieran estar aumentando su cansancio, procurándole confort físico y psicológico. No hay evidencia que justifique la maniobra de Kristeller; por el contrario, podría causar daños (parálisis de Erb).

EPISIOTOMÍA

Ya en 1741, un informe mencionaba la primera incisión del periné para prevenir el desgarro perineal severo⁽¹¹⁾. En todo el mundo, los índices de episiotomías aumentaron de manera sustancial durante los primeros cincuenta años del siglo XX, junto con una tendencia mayor de partos en centros hospitalarios e igual participación de los médicos en el proceso de partos normales sin complicaciones. Aunque la episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, fue introducida sin evidencia científica sólida de su efectividad (Lede, 1996)⁽¹¹⁾. Actualmente, es aceptable realizar episiotomías en 10 a 20% de los partos, mas no a todas las primigestas⁽¹¹⁾.

TACTOS VAGINALES

Con más de cinco tactos vaginales, existe riesgo para desarrollar endometritis y además insatisfacción de la parturienta por la realización de los mismos. El tacto vaginal es siempre un procedimiento contaminado, incluso practicándolo en las mejores condiciones asépticas⁽¹²⁾. La vagina contiene bacterias, una flora que es inocua en la vagina misma, pero los dedos, aún cubiertos por guantes estériles, arrastran bacterias hasta el cérvix y cavidad uterina. El trabajo de parto elimina las barreras naturales contra la infección (el cuello de 3 cm, el moco cervical y el pH ácido vaginal). Por tanto, solo debe ser realizado por personal experto, con manos limpias, cubiertas por guantes estériles y solo cuando es indispensable.

ENEMA Y RASURADO

La OMS cataloga las prácticas de enema de limpieza y rasurado del vello púbico como claramente perjudiciales o ineficaces y que deberían ser eliminadas. Así lo confirma una revisión sistemática (Revisión Cochrane 2005)⁽¹³⁾, en la que se indica que el uso habitual del enema de bajo volumen en gestantes que se encuentran de parto no está justificado.

FAMILIA Y COMUNIDAD

Las creencias culturales de profundo arraigo en las familias y las comunidades tienen un enorme impacto en la decisión de la mujer de buscar o no atención especializada durante el embarazo y el parto.

Hay un aspecto que está demostrado que influye mucho en la satisfacción del parto de la madre: el acompañamiento continuo de alguna persona cercana o familiar a la paciente. Antiguamente, los partos se realizaban en los hogares, observándose un ambiente más familiar y relajado para la embarazada, en cuanto al apoyo. Ha ido cambiando con el paso del tiempo, realizándose actualmente en el hospital, ganando también así seguridad en la salud de la madre. Cada vez más se incrementa en el ámbito hospitalario la participación de un familiar cercano en el momento del parto. Esta forma de acompañamiento se complejiza cuando el parto es distócico. La no entrada en el quirófano del acompañante, crea más desorientación y menos satisfacción a la embarazada. Por lo que, el acompañamiento por parte del esposo sería para nuestro medio local no solo un derecho del paciente, sino también favorable desde el punto de vista fisiológico.

CONCLUSIONES

Se debe fomentar una cultura de seguridad. Realizar simulacros de las patologías con mayor morbilidad. La educación médica continua debe ser política institucional. Hay prácticas obstétricas que no tienen evidencia científica, las cuales deben ser evitadas. El acompañamiento durante el trabajo de parto favorece a que mejore el grado de satisfacción de las pacientes.

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, Osorio 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.medigraphic.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, Canchucaya 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.seguridaddelpaciente.es/recursos/contenidos/castellano/2009INFORME_IBEAS.pdf