

ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE MEDICINA PERINATAL

ORGANIZATION AND DEVELOPMENT OF PERINATAL MEDICAL UNIT

DR. CARLOS BARRERA (1)

(1) Unidad Medicina Perinatal. Departamento Obstetricia y Ginecología. Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: cbarrera@clinicalascondes.cl

RESUMEN

Los nuevos tiempos de la obstetricia han llevado a un alto nivel de desarrollo del cuidado prenatal, con nuevos y complejos desafíos. Como consecuencia, han emergido nuevos sub especialistas derivados desde la obstetricia, con exigentes competencias en el cuidado materno y el diagnóstico prenatal, que han hecho posible obtener mejores resultados en ambas condiciones. Concomitantemente, las unidades y centros hospitalarios han reorganizado sus estructuras de funcionamiento, dando lugar a modelos de cuidado de la mujer gestante de alto riesgo, con diferentes niveles de complejidad, que se adaptan a los requerimientos actuales de una manera complementaria y sinérgica. Distintas variables influyen en el modo organizativo, destacándose factores demográficos locales o regionales, disponibilidad de profesionales de las distintas áreas del cuidado prenatal, recursos físicos y tecnológicos, unidades de cuidados intensivos neonatales y la complejidad de la red de atención de salud disponible. Cualquiera sea la naturaleza del centro de cuidado de la salud de la mujer gestante, deberá incorporar como eje central de desarrollo, espacios o reuniones multidisciplinarias donde converjan los distintos especialistas en la solución de problemas materno fetales.

Palabras clave: Medicina materno fetal, medicina perinatal.

SUMMARY

New times of obstetrics have led to a high level of prenatal care development with new and complex challenges. As a result new specialists have emerged from the Obstetrics with high competence in maternal care and prenatal diagnosis, which have improved the results in both conditions. Concomitantly units and hospitals have reorganized their process structures, resulting care models of high risk pregnancy with different levels of complexity, adapted to the current requirements of a complementary and the synergistic manner. Different variables influence the organizational mode, highlighting regional or local demographic factors, availability of professionals from different areas of prenatal care, physical and technological resources, neonatal intensive care units and the complexity of the health care network available. Whatever the nature of the care center, the health of the pregnant woman should incorporate as central to development, spaces or multidisciplinary meetings where converge the different specialists in maternal fetal solving problems.

Key words: Maternal fetal medicine, perinatal medicine.

INTRODUCCIÓN

La Medicina Materno Fetal (MMF), ha emergido como un área de desarrollo específico dentro de la obstetricia, cuyo propósito es implementar estrategias de predicción, diagnóstico y tratamiento de un conjunto de condiciones que afectan el embarazo y que ponen en riesgo la salud de la madre, el feto o de ambos. En la mayoría de los países constituye una subespecialidad y se accede a través de un programa formativo, posterior al ciclo de especialización en Obstetricia y Ginecología, que ocupa entre dos y tres años. La MMF incorpora conocimientos, técnicas diagnósticas, procedimientos y terapéuticas avanzadas para el manejo de condiciones médicas, quirúrgicas, obstétricas, fetales y genéticas complejas. La capacidad para evaluar malos resultados obstétricos previos y proyectar estrategias tendientes a minimizar nuevos eventos adversos, es una tarea central de esta subespecialidad que fue reconocida como tal en Chile a partir del año 2014. Sin embargo, el trabajo médico encargado de proveer cuidados en estas condiciones, ha existido siempre y se ha denominado en nuestro medio con distintos apelativos, como Alto Riesgo Obstétrico, Embarazo Patológico, o Perinatología. Recién en los últimos años se ha convertido en una área profesional definida, que se inserta dentro de un trabajo colaborativo y complementario con todos los profesionales involucrados en el cuidado de la salud de la mujer gestante y su feto, interrelacionándose obstetras, matronas, neonatólogos, médicos familiares y generales y variadas otras especialidades que concurren en la resolución de problemas específicos que afectan la salud del binomio madre-hijo.

La manera cómo se implemente ese trabajo colaborativo multi profesional, da lugar a variadas formas de organización con sus distintos niveles de complejidad, para dar respuesta a las necesidades de las diferentes comunidades, con acento en la comunicación efectiva de los profesionales y de estos con los pacientes y sus familias.

NIVELES DE COMPLEJIDAD DEL CUIDADO PRENATAL

La primera gran tarea de los cuidados de la salud durante el embarazo, es proveer el acceso precoz y efectivo de toda la población gestante a los programas de cuidado prenatal, los cuales se organizan en distintos niveles de complejidad. Esta tarea se ve estimulada por el trabajo colaborativo de especialistas, sub especialistas, médicos familiares, enfermeras y matronas, que desde distintas vertientes del cuidado médico en hospitales y principalmente desde la atención primaria, pueden reconocer grupos de mujeres expuestas a embarazos con características particulares y promover consejerías pre conceptuales, prenatales y post natales.

El primer nivel de complejidad está definido por lo que se ha denominado el control prenatal rutinario, estructurado en nuestro medio bajo la red de cuidados en centros de salud de baja complejidad en la Atención Primaria de Salud (APS). Este es el núcleo del sistema de salud de un país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico de una comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, familias y las comunidades con el sistema de salud (1). Algunas de sus tareas son captar y controlar a todo el universo de gestantes, orientar y educar a la mujer y a su familia sobre los cuidados básicos durante el embarazo, realizar exámenes de laboratorio de rutina y ultrasonido básico, seguimiento de la evolución del embarazo, reconocimiento de factores de riesgo y referencia hacia los otros niveles de cuidado de salud de la mujer gestante. Esta tarea esencial en Chile, es desarrollada por las matronas o enfermeras matronas, nutricionistas y lamentablemente, solo de manera aislada, por obstetras.

El segundo nivel, está estructurado en torno a los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico, generalmente adosados a los hospitales de referencia de las distintas zonas geográficas, lo cual implica el traslado físico de las mujeres a centros distantes de sus lugares de residencia. Aquí los profesionales a cargo de estas tareas están conformados por equipos de nutricionistas, matronas y obstetras con experiencia en materias de alto riesgo obstétrico. Lamentablemente, los médicos materno fetales no superan los 55 en el país y la mayoría de los servicios públicos y muchos privados de este nivel de complejidad, no cuentan con estos profesionales. Las tareas más fundamentales a este nivel, son evaluar gestantes con factores de riesgo detectados en la atención primaria, o manejar complicaciones médicas u obstétricas ya diagnosticadas. Igualmente se realizan exámenes de ultrasonido de mediana complejidad y existen estrategias de referencia, consultorías y hospitalizaciones si así se requiere.

El tercer nivel de complejidad se encuentra representado por los hospitales base, que igualmente tienen variaciones significativas en cuanto a dotación de profesionales y recursos técnicos, de una zona geográfica a otra. Básicamente constituidos por maternidades y unidades de neonatología, permite la vigilancia estricta de condiciones complejas de salud de las madres o sus fetos, diagnóstico y terapia fetal avanzados, laboratorios y recursos de genética, interrelación con sub especialistas como hematólogos, neurólogos, cardiólogos, cirujanos infantiles y neonatólogos. En este nivel debiera concentrarse la actividad de médicos materno fetales, sin embargo en nuestro medio, dista mucho de ser un realidad (2).

El cuarto nivel de complejidad, representa a aquellos centros que desarrollan una medicina de vanguardia para un número reducido de condiciones y que son lugares de referencia regionales, nacionales o internacionales.

Estos niveles de complejidad del cuidado prenatal, son comunes a los cuidados médicos en general que se estratifican acorde a una racional distribución de los recursos, accesos de distintos volúmenes de población, objetivos sanitarios, disponibilidad de profesionales y prevalencia de condiciones o enfermedades que afectan al ser humano en términos globales. No es de extrañar entonces, que esta lógica de niveles de atención, se encuentre replicada en todo el mundo, con matices y algún grado de variabilidad (3, 4).

MODELOS DE ATENCIÓN EN MEDICINA MATERNO FETAL

La forma de implementar y organizar el trabajo de los equipos de salud que tienen a su cuidado gestantes con factores de riesgo obstétrico, o que presentan condiciones o enfermedades maternas o fetales, responde a distintas variables. Un elemento central es el espectro de profesionales que convergen en esta área. Hacemos referencia al ginecobstetra general, al médico Ginecobstetra Hospitalista y al obstetra con formación de Medicina Materno Fetal. Cada uno de ellos da respuesta a las distintas necesidades de la comunidad de manera diversa y constituyen, junto a las matronas, los así denominados proveedores de cuidados obstétricos.

El médico Ginecobstetra General está dedicado al cuidado de la mujer a lo largo de todo su ciclo vital. Abarca todo aquello referente a procesos de normalidad y anormalidad del sistema reproductor, incluida la glándula mamaria. Realiza acciones preventivas, cuidados primarios, control y resolución de embarazos y manejo médico y quirúrgico de desórdenes relacionados con la reproducción.

El Gineco Obstetra Hospitalista: así definido en la literatura anglo americana (5), hace referencia al proveedor de cuidados obstétricos en las unidades de partos y partos de los centros hospitalarios y en nuestro medio, está representado por los médicos residentes. Estos profesionales desarrollan tareas en sistemas de turnos presenciales, de manera exclusiva como única actividad laboral o vinculados con otras actividades asistenciales dentro de la Gineco Obstetricia. En EE.UU. ha tenido un desarrollo tan importante que hoy existe la Sociedad de Médicos Gineco Obstetras Hospitalistas (SOGH), agrupación que concentra a estos profesionales impulsando

actividades gremiales y formativas. Su primer congreso nacional se realizó el 2011.

El médico de Medicina Materno Fetal: es un sub especialista derivado de la Obstetricia y Ginecología, tras un programa académico de entrenamiento clínico de dos o tres años, con especiales competencias en el ámbito de las complicaciones del embarazo, incluyendo enfermedades maternas y fetales. Esta disciplina incluye cuidados pre concepcionales, cuidado prenatal especializado, cuidados intraparto, complicaciones médicas y obstétricas, diagnóstico y manejo de anomalías fetales. Todo en un marco de la mejor comunicación efectiva con las mujeres y sus familias (6).

GRANDES PROBLEMAS DE LA OBSTETRICIA

El segundo gran elemento que define los distintos modelos de atención perinatal, es en relación con los actuales grandes problemas de la Obstetricia. Todas aquellas condiciones o enfermedades que por su frecuencia de presentación o impacto en el riesgo de enfermarse gravemente o morir, son definidos como grandes problemas de la obstetricia. Usamos la denominación de "moderna", aludiendo a que con el transcurso del tiempo, algunas de estas condiciones dejan de ser grandes problemas y son reemplazados por la emergencia de otros nuevos. Grandes problemas son hoy el parto prematuro, los embarazos múltiples, la restricción del crecimiento fetal intrauterino, las malformaciones fetales, los desórdenes hipertensivos del embarazo y las enfermedades crónicas maternas como condiciones de riesgo para la muerte de la madre.

La utilización de protocolos clínicos, el entrenamiento basado en trabajo de equipos, la simulación y educación, se han traducido en una reducción del trauma obstétrico, mejoramiento de la documentación y en una mejor percepción de seguridad de los profesionales y de los pacientes (7).

El traslado a tiempo y eficiente de pacientes embarazadas con algunas de las condiciones descritas como de alto riesgo, hacia centros con mejor capacidad, se ha reflejado en mejoría de los resultados, disminución de errores y satisfacción de los pacientes. Esto es crucial en la atención del parto prematuro por ejemplo, en que las Unidades Intensivas Neonatales están siempre al límite de su capacidad y se requiere de esfuerzos para coordinar el nacimiento de un prematuro en el centro hospitalario, que en ese momento tenga todos los recursos y capacidades necesarias. En otros casos, la expansión de la telemedicina

podría contribuir a resolver en un recinto hospitalario de menor complejidad, dudas diagnósticas o de tratamiento sin trasladar a la paciente, particularmente en aquellas zonas geográficas apartadas o carentes de especialistas en algún área específica del cuidado prenatal.

La MMF, ha probado mejorías de los resultados en embarazos gemelares con menores tasas de complicaciones y este es otro aporte documentado de la subespecialidad a la salud de la mujer gestante (8).

El abordaje sistémico, organizacional, de estas patologías, necesariamente requiere de modelos que den respuesta a la cobertura de las poblaciones expuestas, a la complejidad de las condiciones, a la velocidad de respuesta de los equipos de salud y a la convergencia de profesionales multidisciplinarios en número suficientes, para aminorar el impacto directo sobre la salud de las mujeres embarazadas y sus fetos.

ORGANIZACIÓN POR NIVELES DE LA MMF

Un tercer elemento que condiciona distintos modelos de atención, son los enfoques de las prestaciones de los especialistas en Medicina Materno Fetal.

- **Consultorías de Medicina Materno Fetal:** Básicamente corresponde a las asesorías o recomendaciones para estudio y cuidado de pacientes gestantes, con específicas problemáticas de salud, utilizando distintos medios de comunicación (presenciales, contactos telefónicos, video conferencias etc.), dirigidas a los médicos tratantes en cualquiera de los niveles de complejidad antes descritos, frecuentemente realizados en una intervención única.

- **Participación en los equipos tratantes:** el Médico Materno Fetal es aquí parte del equipo tratante, con múltiples visitas a los pacientes, donde los cuidados obstétricos generales y el parto son realizados por médicos obstetras generales u hospitalistas, en campos clínicos hospitalarios.

- **Cuidado a cargo de MMF:** asume aquí la responsabilidad total del cuidado de los pacientes, definiendo el plan de tratamiento y resolución.

Cada institución o localidad debe definir el modelo de atención en Medicina Materno Fetal, en consideración del conjunto de variables que hemos definido con anterioridad. Determinar qué modelo funciona mejor en cada situación es clave. Hospitales, departamentos o unidades de cuidados especiales en obstetricia, deben

valorar requerimientos, necesidades, recursos técnicos y humanos, población asignada, funcionamiento en red del sistema de salud, unidades de cuidados intensivos en neonatología, para lograr los mejores indicadores de salud. Adicionalmente, a los cuidados médicos, las unidades de Medicina Materno Fetal deberán tener otras tareas fundamentales, como la elaboración de guías clínicas, protocolos basados en la mejor evidencia, el perfeccionamiento y educación continua de los profesionales que la forman, generar instancias de aprendizaje basado en simulación para propiciar trabajo en equipo y mantención de las competencias, diseñar y aplicar indicadores de calidad y fomentar estrategias de seguridad de los pacientes (9). Todo en un ambiente de excelencia, comunicación y trabajo colaborativo inter estamental.

CENTROS DE CUIDADOS PRENATALES

Las dos mayores vertientes del cuidado prenatal, tienen que ver con la condición materna y con el diagnóstico de anomalías fetales.

Respecto de la condición materna, la mitad de los embarazos en EE.UU. ocurren de manera no planificada y de aquellas que lo hacen, no todas siguen las indicaciones pre-concepcionales. Por esta razón el CDC el año 2006 ha recomendado la visita pre-concepcional para todas las mujeres. De esta manera, se busca que mujeres con enfermedades crónicas, como aquellas que afectan a la glándula tiroideas, diabetes, epilepsia, obesidad, asma, hipertensión arterial crónica, puedan acceder a una consejería pre concepcional (10), que permita disminuir la mortalidad y morbilidad materna severa.

Por su parte, el diagnóstico prenatal de alteraciones estructurales del feto, requiere de exámenes ultrasonográficos realizados por profesionales entrenados, mejorando de esta forma notablemente su capacidad de detección (11). Avanzar en la formación de médicos de MMF con competencias en el uso del ultrasonido, es una tarea permanente, buscando dotar de estos especialistas a todo el territorio nacional, con la mejor cobertura posible.

En los últimos años la organización hospitalaria se ha desarrollado en núcleos de atención denominados centros, enfocados en la atención integral y multidisciplinaria de grupos o segmentos de la población, que dada su complejidad requieren la concurrencia de múltiples profesionales para optimizar el logro de objetivos sanitarios, más acordes con una visión unitaria del individuo afectado, centrada en el paciente y su entorno. Tal vez, aquí esté una alternativa que dé respuesta a las máximas

exigencias de la Medicina Materno Fetal. Un único lugar donde los distintos profesionales, agrupados en diferentes niveles de complejidad y roles, logren dar respuestas a todo el espectro de condiciones y enfermedades de la obstetricia actual (12).

Una actividad permanente y crucial en cualquier centro de cuidados prenatales, corresponde a las reuniones clínicas perinatales. Es en estos espacios donde convergen todos los especialistas y sub especialistas que se requieren para cubrir el espectro de condiciones o enfermedades del feto y la madre. La discusión de casos clínicos, revisión de resultados de exámenes, análisis de volúmenes de imágenes de ultrasonido o resonancias magnéticas, recomendación de nuevas pruebas, definición del momento de la interrupción de un embarazo, estrategias de vigilancia fetal o materna, desde la perspectiva de los distintos profesionales permite concordar conductas y optimizar resultados. Este es el núcleo operativo de la Medicina Materna Fetal,

lo que le da total sentido al trabajo colaborativo. El seguimiento de los casos y el análisis de los resultados en el corto y mediano plazo, termina por cerrar la experiencia del cuidado pre y post natal, en un circuito de aprendizaje de todo el grupo de profesionales intervinientes.

Finalmente, facilitar los accesos a los distintos niveles de resolución de problemas perinatales, desarrollar estrategias de optimización de recursos, implementar programas de educación continua para los profesionales involucrados en el cuidado prenatal, desarrollar guías clínicas de manejo de todas aquellas condiciones de alto impacto en la mortalidad y morbilidad perinatal, propiciar un trabajo de equipo, serán herramientas permanentes puestas al servicio de la comunidad que tenemos bajo nuestro cuidado y que más temprano que tarde redundará en mejores índices de salud, menores complicaciones y una mejor percepción de satisfacción de las mujeres y sus familias.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata, URSS, 1978.OMS.
2. Sullivan SA, Hill EG, Newman RB, Menard MK. Maternal-fetal medicine specialist density is inversely associated with maternal mortality ratios. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1083-8.
3. ACOG. Levels of maternal care. *Am J Obstet Gynecol*, March 2015.
4. Hankins GD, Clark SL, Pacheco LD, O'Keefe D, D'Alton M, Saade GR. Maternal mortality, near misses, and severe morbidity: lowering rates through designated levels of maternity care. *Obstet Gynecol* 2012;120: 929-34.
5. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. *N Engl J Med* 1996;335:514-7.
6. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Special Report: the maternal-fetal medicine subspecialists' role within a health care system.
7. Wagner B, Meirowitz N, Shah J, et al. Comprehensive perinatal safety initiative to reduce adverse obstetric events. *J Healthc Qual* 2012;34:6-15.
8. Luke B, Brown MB, Misiunas R, et al. Specialized prenatal care and maternal and infant outcomes in twin pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:934-8.
9. Clark SL, Meyers JA, Frye DK, Perlin JA. Patient safety in obstetrics: the Hospital Corporation of America experience. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:283-7.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to improve preconception health and health care United States: a report of the CDC/ATSDR preconception care work group and the select panel on preconception care. *MMWR Recomm Rep* 2006;55(RR-6):1-2.
11. Ogunyemi D, Busky S. Prenatal diagnosis of fetal anomalies in a regional tertiary center: the role of a maternal fetal medicine unitea review of 6,877 deliveries. *J Matern Fetal Med* 2000;9: 219-23.
12. Guidelines for perinatal care, 7th ed. Elk Grove Village, IL: AAP; Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012.