

ORIGINALES

Aplicación de indicadores de calidad asistencial durante el parto y el puerperio en un hospital de tercer nivel

V. Díaz Miguel^a, I. Gonzalo^b, I. Zapardiel^a, J. de la Fuente^a, I. Alario^b, J. Berzosa^b y E. Alonso^b

^aDepartamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. España.

^bDepartamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Yagüe. Burgos. España.

ABSTRACT

Objective: To evaluate compliance with the criteria established by the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology as quality of care indicators during delivery and puerperium, as well as the reasons for non-compliance with these criteria.

Material and methods: We carried out a retrospective study between July 2001 and December 2004. All the deliveries performed in the Yagüe General Hospital (Burgos, Spain) during the selected time period (n = 6423) were included. Of the 48 quality criteria established by the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology, 9 were selected as being the most practical and representative.

Results: Laboratory determinations were performed in all patients before delivery. There were 5098 vaginal deliveries, representing 79.3% of the total. Grade III or IV tears occurred in 1.1% of vaginal deliveries and were more frequent in instrumental deliveries. Regional analgesia was applied in 48.6% of deliveries. Fifteen percent of deliveries were induced (95% with therapeutic indication). The cesarean section rate was 20.6% and acid-base analysis of cord blood was performed in 98.6%. Only 0.8% of puerperal women had fever in the days after delivery, and 2.2% had excessive blood loss during accouchement.

Conclusions: The quality of care provided by the delivery and puerperium section of Yagüe General Hospital was optimal for all the variables studied except the cesarean section rate. This rate was 3% higher than that recommended by the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology, representing an area that could be improved in the future.

INTRODUCCIÓN

Se llama indicador de calidad al instrumento de medida que indica la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad. La monitorización de estos indicadores tiene como finalidad identificar problemas y situaciones mejorables, de manera que actúan como llamadas de atención sobre ciertos aspectos. Estos valores se comparan con unos niveles estándar que reflejarían el nivel deseado para ese indicador¹.

Los indicadores de calidad propuestos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)¹ han supuesto la base para la realización de programas de valoración de la calidad asistencial en muchos servicios de ginecología y obstetricia de toda la geografía española. Estos indicadores permiten evaluar el nivel técnico de nuestra asistencia, estableciendo comparación con otros centros, o con un nivel estándar o de referencia, y es un sistema de autoevaluación que permite analizar y cuantificar cómo es cualitativamente y en qué grado está nuestra asistencia, y en caso de ser necesario cambiarla o mejorarla¹.

El objetivo de nuestro estudio es constatar de manera objetiva el grado de cumplimiento de los criterios establecidos (que se utilizan como variables) por la SEGO como indicadores de calidad e identificar las situaciones subestándar, es decir, aquellas en las que nos encontremos por debajo de un nivel mínimo y determinar la causa del no cumplimiento de este estándar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo de todas las pacientes cuyos partos fueron asistidos en el Servicio de Obstetricia del hospital General Yagüe de Burgos (que está acreditado para la docencia MIR) durante el período comprendido entre el 1 de julio de 2001 y el 31 de diciembre de 2004. Este hospital es un centro de tercer nivel que asume las dos

Aceptado para su publicación el 15 de diciembre de 2006.

terceras partes de los partos de la provincia, y la práctica totalidad de la obstetricia de alto riesgo de ésta.

Durante el período de estudio se asistieron 6.423 partos, incluyendo partos eutócicos, instrumentales y cesáreas. La recogida de información se realizó de manera documental a través del libro de registro de partos, que registra la actividad del servicio de paritorio y su base de datos informática.

Las variables evaluadas se han obtenido a partir de los 48 indicadores de calidad en asistencia obstétrica propuestos por la SEGO¹, adaptándolos a nuestra práctica profesional y al período del parto y puerperio. A continuación se detallan los 9 indicadores que consideramos más relevantes y que han sido los sometidos a estudio:

1. Estudio analítico preparto: que se refiere al número de pacientes con analítica sistémica preparto, y que, según el manual de asistencia al parto de la SEGO, es válida la realizada hasta 2 meses antes del parto, entre el número total de partos asistidos.

2. Incidencia de desgarros de III y IV grados entre el número total de partos vaginales, y en función del tipo de parto (eutócico o fórceps).

3. Parto con analgesia regional, se incluyen los partos iniciados con analgesia regional que finalizan con anestesia general.

4. Frecuencia de partos inducidos por indicación terapéutica, y cuáles fueron las indicaciones.

5. Dirección del parto mediante oxitocina con bomba de perfusión.

6. Tasa total de cesáreas, éste es uno de los indicadores más relevantes.

7. Realización del estudio ácido-base en sangre de cordón umbilical.

8. Fiebre puerperal tras parto: se entiende como temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, de duración > 48 h seguidas entre los días 2 al 10 tras el parto.

9. Hemorragia durante el parto; en este apartado se incluye a todas las pacientes con una disminución excesiva de la hemoglobina (disminución \geq a 3,5 g respecto a los valores preparto), excluyendo el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) y la placenta previa (PP). Este indicador es también de notable relevancia.

Se realizó un análisis descriptivo general de todos los indicadores a estudio, y los valores de las variables obtenidos fueron comparados con unos estándares, que se definen como el número de veces que se debe cumplir un criterio para considerar que la práctica alcanza un nivel aceptable de calidad. Estos estándares reflejan el nivel deseado de cumplimiento para el indicador, y cuyo valor se ha definido por la SEGO.

RESULTADOS

En este período se asistieron 6.423 partos, en los que en el 100% de los casos se confirmó que la paciente tenía un estudio analítico previo, realizado al menos 2 meses antes del parto. Del total de partos vaginales, 5.098 (79,3%), 58 (1,1%) se complicaron con desgarros de III o IV grado. Si se analiza el grado de desgarro en función del tipo de parto eutócico o instrumentado con fórceps (tabla I), se observa que tanto los desgarros de III como de IV grados son más frecuentes en el parto instrumentado con fórceps, 2,9 (n = 36) y 0,5% (n = 7), respectivamente, frente al parto eutócico, en el que hubo 14 desgarros de III grado (0,3%) y sólo 1 de IV grado (0,02%).

En el 48,6% (n = 3.128) de los casos se aplicó una analgesia regional, que fue epidural en el 96,8% (n = 3.030) y raquídea en el 3,1% (n = 98), y aquí se incluyen los que se iniciaron con analgesia regional pero que finalizaron con anestesia general.

Del total de partos atendidos, 965 (15%) fueron inducidos por diversas razones, de los cuales 923 (95,6%) respondían a una indicación terapéutica, la indicación más frecuente fue el embarazo postérmino (EP), que supuso el 56% (n = 541), seguido de la rotura prematura de membranas (RPM) que fue el 22,7% (n = 220); en la figura 1 se desglosan las indicaciones de las inducciones y su frecuencia.

La dirección oxitócica del parto se llevó a cabo en 5.360 gestantes (83,45%), y en todas ellas se realizó con bomba de perfusión, el resto de las pacientes o no precisaron oxitocina o presentaban una dinámica espontánea adecuada.

La tasa de cesáreas realizadas fue del 20,6% (n = 1.325).

TABLA I. Prevalencia de los desgarros de III y IV grados en función del tipo de parto

GRADO DE DESGARRO	FÓRCEPS (%; IC DEL 95%; N)	EUTÓCICO (%; IC DEL 95%; N)	TOTAL (%; IC DEL 95%; N)
III	2,9; 11,96-3,84; 36	0,3; 0,13-0,4; 114	0,9%; 0,64-1,16; 50
IV	0,5; 0,11-0,89; 7	0,02%; 0-0,06; 1	0,15%; 0,04-0,26; 8
Total partos	3,4; 2,39-4,41; 1.225	0,32%; 0,14-0,59; 3.873	1,14; 0,85-1,43; 5.098

IC: intervalo de confianza.

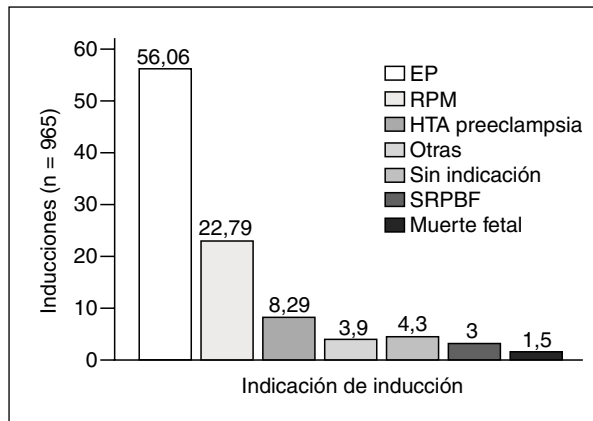


Fig. 1. Distribución de las indicaciones de inducción de parto según frecuencias.

EP: embarazo postérmino; HTA: hipertensión arterial; RPM: rotura prematura de membranas; SRPBF: riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Una vez nacido el feto, se procedió al estudio ácido-base en sangre de cordón en el 98,6% de los casos ($n = 6.334$), en el resto de los casos no fue posible porque el parto había sido extrahospitalario o porque la muestra era insuficiente para su estudio.

En el puerperio, sólo 52 puérperas del total (0,8%) presentaron fiebre $\geq 38^\circ\text{C}$ durante 48 h seguidas en los siguientes días al parto (entre el segundo y el décimo días), y 145 (2,2%) tuvieron una pérdida hemática excesiva durante el parto, de las cuales 35 (0,5%) fueron cesáreas, 53 (0,8%) fórceps y 57 (0,8%) eutóci-

cos. Los resultados obtenidos para cada indicador y su respectivo estándar se recogen en la tabla II.

DISCUSIÓN

Los primeros antecedentes documentados que se relacionan con el tema de la calidad de la atención sanitaria se remontan a la segunda mitad del siglo anterior, cuando Florence Nightingale estudió las tasas de mortalidad de los hospitales militares de la Guerra de Crimea. En España, en 1984, se crea la Sociedad Española de Calidad; y es en 1999 cuando la SEGO desarrolla un programa dirigido para la mejora asistencial en el ámbito de la ginecología y obstetricia, y así surgieron los indicadores de calidad, la definición de cada uno de ellos, así como los estándares recomendados. De esta forma se ha podido realizar un seguimiento de la calidad asistencial y realizar estudios comparativos, permitiendo la toma de decisiones en función de los resultados obtenidos¹.

En el presente estudio se ha alcanzado un nivel óptimo asistencial en 4 de los indicadores analizados para los que se dispone de estándar orientativo preestablecido, como son: que toda paciente que ingresa en sala de dilatación tiene un estudio analítico completo; que de los partos inducidos el 95,6% respondía a una indicación terapéutica, siendo la más frecuente el embarazo postérmino, hecho éste observado en otros estudios realizados en España, en los que también supone la causa más frecuente de inducción².

TABLA II. Indicadores analizados, resultados y estándares orientativos

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	ESTÁNDAR ORIENTATIVO
Estudio analítico preparto	Número pacientes. Analítica sistémica preparto	Número total de partos	100%	100%
Desgarros de III y IV grados	Número desgarros III/IV grados	Número total de partos vaginales	1,1%	No establecido
Parto con analgesia regional	Número partos con analgesia regional	Número total de partos	48,6%	No establecido, aunque deseable ofrecimiento al 100%
Partos inducidos por indicación terapéutica	Número partos inducidos indicación terapéutica	Número total de partos inducidos	956%	> 80%
Dirección del parto mediante bomba de oxitocina	Número partos dirigidos utilizando bomba perfusión oxitocina	Número total de partos dirigidos con oxitocina	100%	100%
Tasa total de cesáreas	Número total de cesáreas	Número total de partos	20,6%	INSALUD 17,5%
Estudio ácido-base en sangre de cordón	Número recién nacidos con estudio de sangre de cordón	Número total de recién nacidos	98,6%	> 99%
Fiebre puerperal	Puerperio de partos con fiebre $> 38^\circ\text{C}$	Total de partos	0,8%	No establecido
Hemorragia durante el parto	Número pacientes con disminución excesiva de Hb	Número total de partos	Cesáreas: 0,5% Vaginales: 1,7%	Cesáreas: < 8% Vaginal: < 4%

En todos los partos en los que se realizó conducción oxitócica, se llevó a cabo mediante bomba de perfusión, y la tasa de hemorragia acaecida durante el parto no excedió del estándar orientativo, ni en parto vaginal, ni en cesárea, destacando el hecho de que la pérdida excesiva es más frecuente en los partos vaginales, ya que la muestra de pacientes es mucho mayor. Ohkuchi et al³ determinan que la pérdida media de sangre durante un parto vaginal es de 615 ml, y de 1.531 ml en una cesárea. Mientras que la pérdida excesiva de sangre en los países industrializados se debe con más frecuencia a la intervención obstétrica, como ocurre en las inducciones de parto, anestesia epidural y parto cesárea⁴, las causas que están a la cabeza en el mundo desarrollado son la retención placentaria, la atonía y las lesiones del aparato genital⁵.

Para los indicadores cuyos estándares no se han definido, se ha observado que los desgarros tanto de III como de IV grados son más prevalentes en el parto fórceps, hallazgo esperable, dadas las características propias del procedimiento.

En el apartado de la analgesia regional, aunque no se establece un estándar de referencia, se considera deseable el ofrecimiento al 100% de las pacientes; en nuestro caso sólo se alcanza el 48,6%, ya que hasta el año 2001 no se disponía de anestésista con exclusividad en paritorio, y sólo en caso de ser necesario (cesárea, fórceps) se requería la presencia del anestésista de los servicios centrales. Actualmente se dispone de un médico anestésista 24 h al día con dedicación exclusiva al paritorio, y la analgesia se oferta al 100% de las parturientas.

La presencia de fiebre en el puerperio puede orientar acerca de medidas higiénicas inadecuadas y puede reflejar una deficiencia en el manejo del parto. En nuestro caso esto no supuso un problema, ya que sólo el 0,8% de las pacientes presentó ésta complicación.

En la valoración de la tasa de cesáreas y del estudio ácido-base nos encontramos en una situación subestándar; es decir, en una situación susceptible de mejora. En la actualidad hay una gran preocupación por la alarmante tasa de cesáreas en todo el mundo. La comisión de Bioética de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología realizó un documento⁶ en el que se pone en duda que el incremento en el número de cesáreas se acerque al cociente óptimo entre beneficios y riesgos materno-fetales. El American College of Obstetricians and Gynaecologist (ACOG) recomendó la disminución de la tasa de cesáreas y fijar el 15% como objetivo para el año 2000^{7,8}, aunque en este año ya se han escrito varios artículos en los que prefieren no fijar un porcentaje óptimo debido al incremento sufrido en los últimos años, probablemente ocasionado por el

aumento del número de demandas a obstetras así como el número de pacientes que demandan cesárea sin indicación médica. Si se toma como referencia esta cifra, se observará que se sobrepasa altamente en la mayoría de centros, llegando al 20-25%, seguramente debido al ambiente y cultura hospitalarios, el estilo asistencial del personal y el tipo de seguro, entre otras. En España, la sección de Medicina Perinatal, en el año 2000, hizo una encuesta en 53 centros españoles y sobre un total de 125.155 partos comunicó una tasa de cesáreas de 19,5 %. La cesárea anterior ocupó el tercer lugar de las indicaciones con un 15,5%. En nuestro servicio, donde la presentación podálica en primípara constituye una indicación electiva de cesárea, ésta ocupa el tercer lugar de las indicaciones después de la distocia y el riesgo de pérdida de bienestar fetal, con una frecuencia del 17,3%. El porcentaje de partos vaginales que tenemos después de una cesárea es del 54,8%. En nuestro caso deberíamos establecer e instaurar un protocolo de reducción en la tasa de cesáreas, entre otros factores en las cesáreas electivas que se realizan en las presentaciones podálicas.

Tras el estudio realizado, se puede concluir que la calidad de la asistencia ofrecida en la Sección de Partos y Puerperio del Hospital General Yagüe de Burgos, alcanza los valores óptimos en todas las variables estudiadas, salvo en la tasa de cesáreas, en la que está un 3% por encima de la aconsejada por la SEGO, considerando esta situación como punto de mejora en el futuro, nos planteamos el desarrollo de un protocolo de reducción en la tasa de cesáreas, entre otros factores en las cesáreas electivas que se realizan en las presentaciones podálicas. Además se recomienda la aplicación de los índices de calidad propuestos por la SEGO en otros servicios de obstetricia de España.

RESUMEN

Objetivo: Constatar de forma objetiva el grado de cumplimiento de los criterios establecidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) como indicadores de la calidad asistencial en el parto y el puerperio, y las causas del no cumplimiento de estos criterios.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, realizado desde julio de 2001 hasta diciembre de 2004. Se incluyeron todos los partos asistidos en el hospital de tercer nivel General Yagüe (Burgos) durante el período seleccionado, que ascendieron a 6.423. Se estudiaron 9 indicadores de los 48 propuestos por la SEGO por ser los más prácticos y representativos.

Resultados: El 100% de las pacientes tenía un estudio analítico previo. Hubo 5.098 (79,3%) partos vagi-

nales, el 1,1% se complicó con desgarros de III o IV grado (más frecuentes en los partos instrumentales). En el 48,6% de los partos se aplicó una analgesia regional. El 15% de los partos fueron inducidos, y de éstos el 95% respondía a una indicación terapéutica. La tasa de cesáreas realizadas fue del 20,6% y se procedió al estudio ácido-base en sangre de cordón en el 98,6% de los casos.

El 0,8% de las púerperas presentaron fiebre puerperal y el 2,2% tuvieron una pérdida hemática excesiva durante el parto.

Conclusiones: La calidad de la asistencia ofrecida en la Sección de Partos y Puerperio del Hospital General Yagüe (Burgos) alcanza los valores óptimos en todas las variables estudiadas, salvo en la tasa de cesáreas, en la que estaría un 3% por encima de la aconsejada por la SEGO, y esta situación se considera como punto de mejora en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campillo F, Casellas M, García-Hernández JA, Miranda P, Romero F, Santamaría R. Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia. Madrid: Fundación Avedis Donabedian. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 1999.
2. Aceituno L, Barqueros AI, Ruiz Martínez E, Rodríguez Zaraus R, Sánchez Barroso MT, Segura MH, et al. Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. *Prog Obstet Ginecol*. 2003;46:430-40.
3. Ohkuchi A, Onagawa T, Usui R, Koike T, Hiratsuka M, Izumi A, et al. Effect of maternal age on blood loss during parturition: a retrospective multivariate analysis of 10,053 cases. *J Perinat Med*. 2003;31:209-15.
4. Gilbert L, Saunders N, Sharp F. The management of multiple pregnancy in women with a lower-segment caesarean scar. Is a repeat caesarean section really the 'safe' option? *BJOG*. 1988;95:1312-6.
5. World Health Organisation (WHO). The prevention and management of postpartum haemorrhage. Report of a technical working group. Geneva: WHO/MCH/90.7; 1990.
6. Vergara F, Abel F, Álvarez C, Col C, Cuadrado C, González-Merlo J, et al. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Documento de consenso. Comisión de Bioética en Obstetricia y Ginecología. *Prog Obstet Ginecol*. 2001;44:46-55.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Cesarean Delivery. Evaluation of cesarean delivery. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2000. p. 1-59.
8. U.S. Department of Health and Human Services. Objectives for Improving Health (Part B: Focus Areas 15-28). Vol 2. Healthy People 2010. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000. p. 16-29 y 16-31.