

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”**

**CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL RETRASO EN
LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN MUJERES CON
EMBARAZO NORMAL, ABORTO Y PREECLAMPSIA.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

DRA. CLAUDIA ANGÉLICA MARTÍNEZ MEJÍA

Asesores de Tesis

Dr. Luis Alberto Villanueva Egan

Dra. Susana Patricia Collado Peña

México D. F., septiembre 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JAVIER RODRÍGUEZ SUÁREZ

DIRECTOR DE ENSEÑANZA

DRA. ANA FLISSER STEINBRUCH

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN

DR. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGAN

SUBDIRECTOR DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

INVESTIGADORES

Investigadora Principal: Dra. Claudia Martínez Mejía
Residente del 4º año de la especialidad en
Ginecología y Obstetricia.

Investigador Responsable: Dr. Luis Alberto Villanueva Egan
Subdirector de Ginecología y Obstetricia

Investigadora Asociada: Dra. Susana Patricia Collado Peña
Médica Adscrita a la Subdirección de
Ginecología y Obstetricia

Sede: Subdirección de Ginecología y Obstetricia.
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos por su apoyo y cariño.

A mis compañeros y amigos de la especialidad por ser una familia para mí durante estos 4 años.

A mis maestros por sus enseñanzas y paciencia en especial al Dr. Villanueva y la Dra. Collado ya que sin ellos no lo habría logrado.

A esa persona especial que ha estado conmigo durante estos años en los buenos y malos momentos.

ÍNDICE

	Página
Antecedentes	6
Marco de Referencia	13
Planteamiento del Problema	14
Justificación	14
Objetivo	15
Hipótesis	15
Diseño	15
Material y Métodos	15
Resultados	17
Discusión	23
Referencias Bibliográficas	25

I. Antecedentes

Los cuidados perinatales, que incluyen la vigilancia prenatal y la asistencia intraparto, tienen como objetivo conseguir que todo embarazo y parto culminen con una madre y un hijo sanos. La evaluación de la calidad y eficacia de los cuidados perinatales es una preocupación y un objetivo de cualquier institución, hospital, región o país.

La atención materna representa, aproximadamente, la mitad de las intervenciones médicas que se realizan en nuestro país: en el año 2000 correspondieron a la especialidad de ginecología y obstetricia 45.7% de los egresos hospitalarios; 45.7% de las cirugías realizadas fueron procedimientos obstétricos (cesárea, episiorrafia, legrado uterino instrumental, revisión de la cavidad posalumbramiento, aplicación de fórceps) y la atención del trabajo de parto representó 11% del total de urgencias.¹

Las complicaciones obstétricas ocuparon el décimo octavo lugar como causa de mortalidad hospitalaria y el trigésimo quinto sitio como causa de mortalidad general, y se les define como cualquier contratiempo, acontecimiento o accidente que ponga en peligro la vida de una mujer o de su hijo durante el embarazo, parto o puerperio, o que originen secuelas graves e incluso la muerte. Por su parte, las afecciones perinatales (del recién nacido hasta los 28 días de vida extrauterina) representaron la séptima causa de mortalidad general y la primera causa de mortalidad infantil en el 2001.¹

En nuestro país se ha presentado una importante reducción en la tasa de mortalidad materna (TMM) en las últimas cuatro décadas, así en 1965 era de 195 x 100 000 RNV, descendiendo a 95 en 1980, hasta 53 x 100 000 RNV en 1998 tal como lo reporta la Secretaría de Salud a nivel nacional.^{2,3}

Las causas más importantes corresponden a hipertensión, hemorragias, aborto e infecciones. Las proporciones varían sustancialmente cuando se comparan las áreas rural y urbana, los diferentes estados y las distintas instituciones de salud.

De acuerdo a las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en el 2001, la TMM osciló entre 13 x 100 000 RNV en Tabasco a 69 x 100 000 en Puebla.

Del total de mujeres que murieron en México a causa de complicaciones durante el embarazo, el parto y posparto en el año 2000, el 65% no estaba asegurado, el 26.3 por ciento era derechohabiente del IMSS y el 4.6 por ciento del ISSSTE.²

Así, la mayor proporción de las defunciones ocurre por causas obstétricas directas y en instituciones públicas cuyo compromiso es la atención de la población abierta o no asegurada.^{2, 4, 5-7}

En una revisión de la mortalidad materna en el Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS, en el período 1985-1996, ocurrieron 151 muertes maternas y la TMM fue de 64 x 100 000 RNV. Según Bobadilla⁸ a pesar de que en el Distrito Federal se cuenta con la disponibilidad de recursos para la atención obstétrica, la tasa calculada para 1998 y 1999, fue de 69.3 y 60.7 por 100 000 RNV, respectivamente. Del total de muertes maternas, aproximadamente el 80% ocurrió en instituciones públicas de salud; el resto en hospitales privados y en el domicilio. La tasa de mortalidad más alta correspondió a las instituciones de asistencia pública (SSA y DDF) con cifras del 20.3% y el 17.3% respectivamente. Además, las mujeres que acuden a hospitales de la Secretaría de Salud a recibir atención obstétrica, tienen una probabilidad de morir dos veces mayor que las mujeres que acuden a hospitales del IMSS.

En un análisis de la mortalidad materna durante 26 años en el Hospital Central Militar que incluyó de 1968 a 1993, la TMM fue de 175.1 x 100 000 RNV. En el período de 1968 a 1980 la TMM fue significativamente mayor que durante el período de 1981 a 1993, disminuyendo de 235 a 123.5 x 100 000 RNV. En este trabajo se concluye que la alta TMM reportada se debe principalmente a un buen registro, con la inclusión de todos los casos.

La preeclampsia es un trastorno multisistémico de etiología desconocida, y representa una de las causas más importantes de morbi-mortalidad materna y perinatal en el mundo, afectando del 2% al 7% de los embarazos en nulíparas sanas. En países donde el control prenatal no es adecuado, la preeclampsia-eclampsia explica el 40-80% de las muertes maternas, estimándose un total de 50,000 por año. En México, la preeclampsia es la principal causa de muerte materna con el 34.8% de 1,291 muertes ocurridas durante el año 2002.⁹

Como parte de las estrategias para la prevención de la mortalidad materna, se han planteado marcos conceptuales que permiten identificar factores asociados que son susceptibles de ser modificados con intervenciones concretas. Uno de estos esquemas es el llamado “de los tres retrasos”: a) retraso en la decisión de buscar atención (que incluye el retraso en reconocer una complicación obstétrica por falta de información sobre las señales de peligro de complicación en el embarazo así como el poco valor asignado a la importancia de buscar atención sin demora); b) retraso en llegar al lugar de atención (debido a la falta de medios de transporte o las condiciones

de los caminos); y c) retraso en obtener esta atención una vez llegado al sitio capaz de proveerla (debido a la falta de equipamiento o insumos, de personal calificado, falta de financiamiento o debido a las actitudes negativas del personal de salud). Obviamente, los sistemas de referencia entre distintos niveles de atención juegan un papel importante en la reducción de retrasos para recibir los cuidados que la mujer requiere.¹⁰

a. Enfoque de riesgo en la atención obstétrica

El control prenatal consiste en un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Sus objetivos primordiales son: identificar factores de riesgo, diagnosticar las condiciones generales de la madre y del feto, educar a la madre para limitar las posibilidades de complicaciones y prepararla para el nacimiento de su hijo. Aproximadamente 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple y no requiere infraestructura de alto costo.

El control prenatal con enfoque de riesgo, que ha sido recomendado como un mínimo de cinco consultas para cada embarazo, por la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*.¹¹

El riesgo reproductivo es la probabilidad de enfermedad o muerte que tiene la mujer o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales. Mientras que, el riesgo obstétrico es la probabilidad de enfermedad o muerte que tiene la mujer o su futuro hijo en un embarazo reciente. Finalmente, un embarazo de alto riesgo es aquel en el que existe la probabilidad de daño grave o muy trascendental de morbilidad o mortalidad para la madre, el feto o el neonato.¹

b. Definición de calidad y calidad de la atención obstétrica

Calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien se sirva de él. Es decir, un producto o servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades y expectativas de sus usuarios.¹²

La calidad en los servicios de salud es el atributo que tienen los servicios que se proporcionan a los usuarios, por todos los que intervienen en su producción; con óptimo nivel profesional para lograr los máximos beneficios, con los menores riesgos y al menor costo posible, de acuerdo con los valores sociales imperantes en los contextos en donde se desarrolla, orientados a la satisfacción de las expectativas de los usuarios y prestadores.¹³

No es posible ignorar el gran impacto de las demandas por mala práctica durante la atención obstétrica, que durante los últimos quince años se han incrementado de manera exponencial, y es una de las áreas médicas que se ve involucrada con mayor frecuencia en demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), representando 14.5% del total de inconformidades durante el período 1996-2001.¹

En este período de las 1431 inconformidades relacionadas con la atención ginecoobstétrica el 57.7% correspondieron a pacientes obstétricas, 34.3% a pacientes ginecológicas y el 8% a otra especialidad. De acuerdo con el nivel de atención, la mayoría de las mujeres fueron atendidas en hospitales de segundo nivel y los médicos involucrados eran ginecoobstetras y médicos en formación (residentes, pasantes e internos de pregrado).¹ El motivo de inconformidad más importante se relacionó con la percepción de mala práctica médica, sin especificar algún momento particular del acto médico.

c. Estrategias contra la morbilidad y mortalidad maternas

En la última década los expertos se han dado cuenta de que el acceso a la atención antenatal y su uso no ayuda realmente a prever qué mujeres tienen mayores probabilidades de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Las evaluaciones de riesgo pueden calificar incorrectamente en categorías de “alto riesgo” a mujeres que no desarrollan dichas complicaciones y pasar por alto a otras que acaban por tenerlas. Si bien es posible detectar y tratar afecciones crónicas durante el embarazo (como la anemia, la diabetes y la hipertensión), es imposible, incluso para un proveedor capacitado, predecir la mayoría de las emergencias obstétricas; por otra parte, las evaluaciones de riesgo crean una falsa sensación de seguridad entre las mujeres en la categoría de bajo riesgo, porque los trabajadores de salud suponen que tendrán partos normales. Sin embargo, la atención antenatal sirve para establecer el necesario contacto entre las mujeres y el sistema de salud y facilitar otros servicios sanitarios esenciales. Los investigadores recomiendan en la actualidad un mínimo de cuatro visitas durante el embarazo, concentradas en las siguientes intervenciones que se consideran efectivas:¹⁴

- ☞ Asesoría sobre los signos de peligro que alertan de las complicaciones durante el embarazo y el parto, así como sobre dónde buscar ayuda en caso de emergencia;
- ☞ Suministro de suplementos de folato y hierro donde exista deficiencia de este mineral o altos índices de anemia;

- ☞ Suministro de bajas dosis de vitamina A, en países donde exista deficiencia;
- ☞ Asesoría sobre la nutrición apropiada durante el embarazo;
- ☞ En algunos lugares, tratamiento de ciertas afecciones como la malaria, tuberculosis, uncinariasis, deficiencia de yodo e infecciones de transmisión sexual incluidos el VIH/SIDA;
- ☞ Administración de toxoide tetánico;
- ☞ Detección de los casos de mujeres que sufren violencia en el hogar, para asesorarlas y referirlas a los lugares donde pueden proporcionarles la ayuda apropiada;
- ☞ Pruebas voluntarias de detección del VIH y asesoría al respecto; e
- ☞ Información sobre la lactancia materna y el uso de métodos anticonceptivos.

Debido a la gran incidencia de violencia doméstica relacionada con el embarazo, algunos expertos proponen que todas las mujeres que reciben atención prenatal sean asimismo evaluadas para averiguar si son víctimas de la misma.

La maternidad sin riesgos tiene el propósito de asegurar que todas las mujeres tengan un embarazo y parto seguros. La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos nació en 1987, en el marco de una conferencia global celebrada en Kenia. La Conferencia y la Iniciativa surgían del reconocimiento de la mortalidad materna como un gravísimo problema de salud pública, debido a que un elevadísimo de mujeres muere anualmente por complicaciones durante el embarazo o el parto.¹⁵

La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos es un esfuerzo global para:

- Concienciar y sensibilizar sobre las nefastas consecuencias de la mala salud materna en los países en desarrollo.
- Movilizar recursos humanos y financieros para reducir la altas tasa de muerte e incapacidad materna.
- Promover la investigación y los cambios y avances en políticas y programas.

La Iniciativa funciona con el apoyo del Grupo Interagencial por una Maternidad sin Riesgos, actualmente formada por cuatro agencias de las Naciones Unidas, cuatro organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales, y dos ONG regionales y nacionales.

La Iniciativa trabaja para identificar y promover las intervenciones más efectivas para la reducción de la mortalidad materna. Durante los primeros años la atención se centró en los cuidados

obstétricos para el manejo de complicaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendaba un triple enfoque: reforzar la participación de la comunidad, mejorar los establecimientos de salud y mejorar los sistemas de transporte y alarma.¹⁵

Pero en la práctica, la mayoría de programas de Maternidad sin Riesgos, desde finales de los ochentas hasta finales de los noventas se centraron en:

- Identificar a las mujeres embarazadas con mayor probabilidad de sufrir complicaciones que pondrían en riesgo su vida, y asegurar que reciban la atención adecuada (el llamado “enfoque de riesgo”).
- Capacitar a las parteras empíricas o tradicionales.

Ninguna de las estrategias ha mostrado ser suficientemente eficaz para reducir la mortalidad materna debido a:

- Las herramientas para detectar futuras complicaciones son imprecisas y las complicaciones no siempre pueden preverse.
- Las parteras empíricas o tradicionales no están formadas para manejar las complicaciones que requieren experiencia y capacitación clínica.

La evidencia epidemiológica ha demostrado que un mayor porcentaje de partos atendidos por personal calificado pueden asociarse a una disminución de la mortalidad materna.

- La Atención Calificada de parto también se sustenta en el análisis de datos nacionales que compara la mortalidad materna y la cobertura por personal calificado.

La importancia del entorno en el que trabaja el proveedor de salud se refleja en las definiciones de Atención Calificada que el Grupo Interagencial por una Maternidad sin Riesgos usa y promueve:

- a. **Personal Calificado:** Personas con la destreza necesaria para atender un parto (parteras profesionales, enfermeras, enfermeros, médicas y médicos), capacitadas para proveer cuidados competentes durante el embarazo y el parto.
- b. **Atención Calificada:** Proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo disponen de atención adecuada durante el embarazo, el parto y posparto, ya sea que reciban la atención en su casa, un centro de salud, o el hospital.

No debemos olvidar que estamos hablando de un proceso, y no solo del proveedor de salud como individuo. Los proveedores de salud son clave y debemos poner especial atención en sus habilidades o destrezas (tanto clínicas como interpersonales), pero ni el obstetra más calificado,

puede salvar la vida de una mujer si trabaja sin los equipamientos, suministros ni infraestructura necesarios. Es por ello que el mensaje de la Atención Calificada enfatiza el **entorno habilitante**. Las tasas de Atención Calificada son muy bajas en el mundo en desarrollo: un 53% en conjunto en los países en desarrollo y un 64% en América Latina. Por lo que se enfrentan problemas de: ¹⁵

- **Disponibilidad:** En algunas partes de Asia y África se estima que hay una persona calificada por cada 15 000 partos al año. Además, los servicios a menudo no están disponibles las 24 horas del día ni los 7 días de la semana.
- **Acceso:** Los obstáculos físicos (caminos intransitables, falta de transporte, etc.) y culturales (la falta de empoderamiento de las mujeres y de capacidad de tomar decisiones), así como una percepción negativa de la calidad de la atención prestada, impide que las mujeres usen los servicios disponibles.
- La falta de **calidad** en los servicios y de **calidez** en el trato a las mujeres.

Elementos clave¹⁵

- a. **Personal calificado y competente en términos clínicos, cognitivos y actitudinales.** Debe ser capaz de manejar el trabajo de parto y el parto normal, reconocer el inicio de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, empezar tratamientos y supervisar la referencia de la madre y del bebé si fuese necesario.
- b. **Entorno político de respaldo.** Las políticas, leyes y normas deben autorizar a los profesionales de salud incluso a las parteras profesionales para realizar todas las intervenciones en las que son competentes.
- c. **Infraestructura del Sistema de Salud.** Debe contar con suministros y equipamientos adecuados, así como sistemas de referencia funcionales.
- d. **La comunidad.** Debe valorar la atención calificada, reconocer los signos de complicaciones, y estar preparada para trasladar a tiempo a una instancia de salud adecuada a las mujeres que lo requieran.
- e. Se deben establecer un **plan de monitoreo y evaluación** que permita al sistema de salud observar la eficacia de sus intervenciones y reaccionar con rapidez a las necesidades de la comunidad. Debe darse una mayor integración y vinculación entre el sistema de salud formal y el nivel comunitario.

II. Marco Referencia

Langer A y cols.,¹⁰ estudiaron todas las muertes maternas ocurridas en 1995 en los estados de Guerrero, Querétaro y San Luis Potosí. En el grupo de “probables” muertes maternas y muertes maternas confirmadas se aplicó una entrevista de “autopsia verbal” a los familiares o personas cercanas a las fallecidas, para buscar información que permitiera confirmar o descartar la muerte materna, así como para conocer el proceso que condujo a la mujer a la muerte e identificar posibles retrasos en la búsqueda y obtención de atención. En el estudio se incluyó un grupo de comparación para las mujeres ocurridas en unidades hospitalarias, que incluía a mujeres que enfrentaron complicaciones similares a las fallecidas, tenían una edad similar, y se atendieron en la misma unidad hospitalaria, pero sobrevivieron.

Se captó información de 145 muertes maternas. La media de edad de las mujeres fallecidas fue de 28.6 años, y 93% vivía con una pareja estable. Su nivel de escolaridad era bajo: 20% no había ido a la escuela y 39% no había terminado la primaria. Un 88% no tenía un empleo remunerado y 84% no tenía derecho a servicios de seguridad social. Un 29% de las muertes maternas no tuvo ninguna visita de control prenatal en el embarazo asociado con la muerte. Un 51% de los nacimientos en los que ocurrieron las defunciones fueron atendidos por médicos, y un 36% de las defunciones ocurrieron en unidades médicas.

Las mujeres enfrentaron importantes retrasos en la búsqueda de atención. Por ejemplo, 20% de las fallecidas tardó más de un día en buscar atención después de identificar algún problema o complicación, 54% tardó más de una hora en llegar al primer lugar de atención y a 11% le llevó más de cinco horas. El 30% tuvo que esperar más de una hora en recibir atención.

Al comparar las características de las mujeres fallecidas por causas maternas en hospitales (n = 52) con el grupo de comparación (mujeres sobrevivientes, n = 62), sólo se encontraron diferencias significativas en los niveles de escolaridad y en la referencia a otros servicios de salud. Así, 16% de las mujeres fallecidas nunca acudió a la escuela y 37% no terminó la primaria, contra 8% y 18% respectivamente en el grupo de las mujeres sobrevivientes ($p < 0.05$). Las mujeres que no fueron referidas, para los casos en los que la referencia fue solicitada, tuvieron un riesgo cinco veces mayor de morir que las que sí lo fueron, y este resultado se mantuvo al ajustar por paridad, *RM* ajustada 5.27, IC95% 1.06, 26.16. Los resultados del estudio confirman que las mujeres enfrentan importantes obstáculos en la búsqueda de atención ante una complicación obstétrica que puede llevar a la muerte. Asimismo, los hallazgos subrayan la importancia de la referencia

entre servicios de salud para evitar las muertes maternas. Por otra parte, la investigación ha demostrado que los recién nacidos que pierden a su madre tienen menores probabilidades de sobrevivir. De los aproximadamente 8 millones de mortinatos y muertes de recién nacidos durante la primera semana de vida, que ocurren anualmente a nivel mundial se deben principalmente a la deficiente atención que recibe la madre durante el embarazo y el parto.¹

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características de las referencias obstétricas que son enviadas al Hospital Dr. Manuel Gea González”?

IV. JUSTIFICACIÓN

Toda mujer tiene cierta probabilidad de sufrir algún daño en su salud durante cada gestación, y existe insuficiencia de profesionales de la salud que puedan atender a los dos y medio millones de mujeres mexicanas que se embarazan cada año. El diagnóstico temprano permite el tratamiento adecuado y oportuno, la prevención de complicaciones y limitación del daño, así como la referencia al siguiente nivel de atención en cuanto se identifiquen complicaciones.

En 1996, sólo 53% de los partos en los países en desarrollo fueron atendidos por obstetras competentes sobre todo en las áreas rurales. Para 1999, en México existían 11.7 médicos y 18.8 enfermeras por cada 10 000 habitantes, mientras que en 1996 en Cuba existían 54.6 médicos y 69.1 enfermeras, y en España en 1991 había 79.4 médicos por cada 10 000 habitantes.¹

Los estudios realizados sugieren que la presencia de obstetras competentes en el momento del parto es una de las intervenciones claves para reducir la mortalidad materna y perinatal, pues cuando sobrevienen complicaciones en el momento del parto, los que lo atienden deben ser aptos para aplicar medidas de urgencia y referir a las mujeres a la unidad de salud apropiada.

La multirreferencia hospitalaria es un fenómeno multivariado y común que representa uno de los factores que influyen en la ocurrencia de la morbilidad y mortalidad maternas, al provocar retrasos en la atención oportuna a servicios de obstetricia con atención calificada, más aún en el caso de las emergencias obstétricas.

En este fenómeno participan tanto aspectos relacionados con la atención hospitalaria, como con la forma en la que está organizado el sistema de salud.

V. OBJETIVO

Describir las características del sistema de referencia obstétrica al Hospital General Dr. Manuel Gea González utilizando la información obtenida de mujeres que fueron referidas o que han sido multirreferidas y acuden a este nosocomio en busca de atención obstétrica.

VI. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio descriptivo no requiere la elaboración de hipótesis.

VII. DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional, prolectivo, retrospectivo y transversal.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvo la información sobre las características del sistema de referencia de 182 mujeres que acudieron para su atención al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia del Hospital general "Dr. Manuel Gea González" en el período comprendido del 15 de agosto al 30 de septiembre del 2005. Las fuentes que se utilizaron para la recopilación de la información fueron, cuando existían, las hojas de referencia, y cuando no era ese el caso, se interrogó de manera directa a la paciente.

La información recopilada comprendió la relativa al tipo de referencia (escrita o verbal), el tipo de institución que refiere, turno en el que se realiza la referencia, características del médico que refiere, motivo del envío, diagnóstico de la paciente y características del llenado de la hoja de referencia.

Criterios de Selección.

Se incluyeron todas las mujeres que acudieron solicitando atención obstétrica en el servicio de urgencias de Ginecología y Obstetricia durante el período de estudio.

Se excluyeron las pacientes que no desearon proporcionar la información requerida, así como aquellas que demostraron incapacidad para expresarse por sus propios medios.

Se eliminaron de la investigación a las pacientes que durante la encuesta decidieron cancelar su participación.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para resumir los datos se emplearon pruebas de estadística descriptiva acorde con la escala de medición de las variables en estudio: media, mediana, desviación estándar, y porcentajes.

Para el cálculo de las medidas de resumen se utilizó el paquete estadístico SPSS® v.12 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL).

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se realizará a través de la elaboración de gráficos con el empleo del paquete Sigma Plot para Windows.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I. Artículo 17, sección I. Investigación sin riesgo.

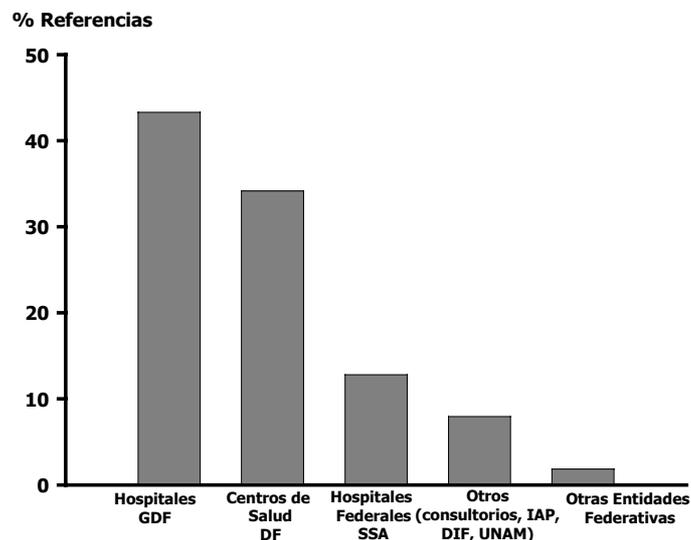
IX. RESULTADOS

El promedio de edad de las mujeres referidas fue de 23.75 ± 5.7 años. De las 182 mujeres, 123 (67.6%) acudieron con hoja de referencia y 59 (32.4%) lo hicieron por indicación verbal en la unidad que la refirió. En el 98.9% (n = 180) la referencia se realizó por los propios medios de la paciente.

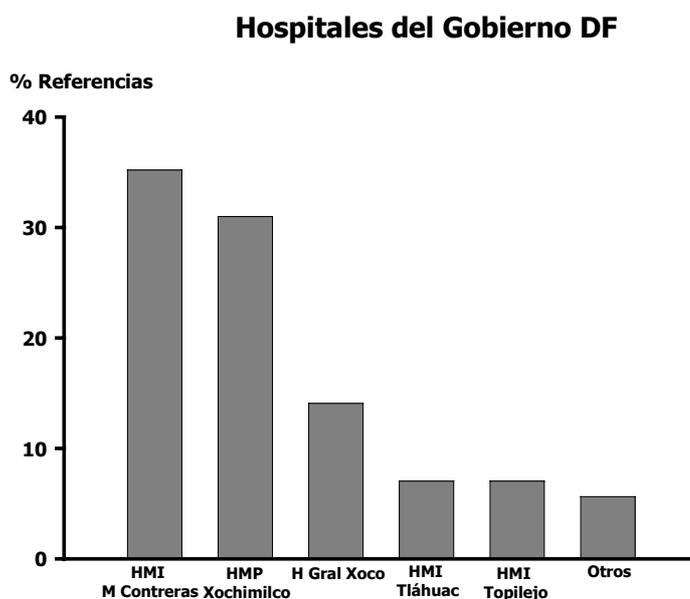
De las 182 referencias estudiadas, se obtuvo información clara del sitio de envío en 164, en las 18 restantes este dato no se encontraba en las hojas de traslado, o no se anotó en la hoja de actividades del médico en el servicio de urgencias de Ginecología y Obstetricia de este Hospital.

Los sitios de referencia fueron principalmente los hospitales de la red del gobierno del Distrito Federal (43.39%), seguidos de los centros de salud del Distrito Federal (34.15%), de la red de Hospitales Federales (12.8%), de otras entidades federativas (1.83%), así como otros servicios de salud, que de manera individual se expresaron en forma minoritaria, y que incluyen a consultorios particulares, instituciones de asistencia privada, los servicios médicos de la UNAM y del DIF (7.93%). De las tres referencias provenientes de otras entidades federativas dos pertenecían al Estado de México y una al Estado de Guerrero.

Sitio de la Referencia

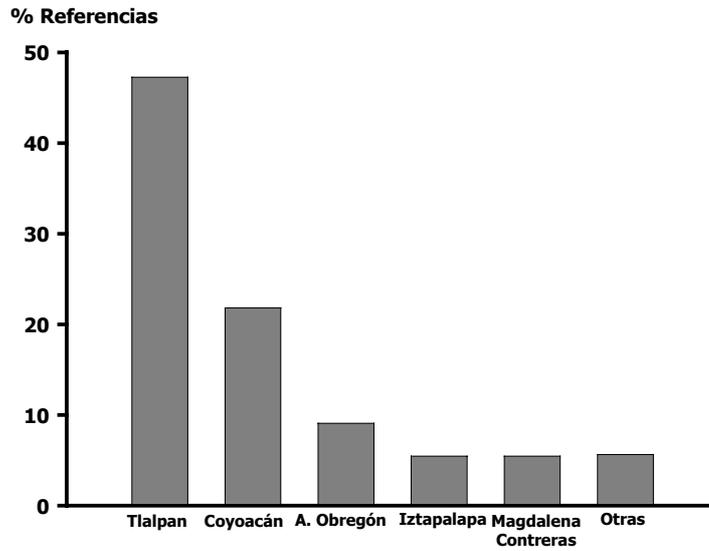


De los hospitales de la red del Gobierno del Distrito Federal (n =71) los más frecuentes fueron el Hospital Materno Infantil de Magdalena Contreras (35.21%), el Hospital Materno Infantil de Xochimilco (30.99%), el Hospital General de Xoco (14.08%), el Hospital Materno Infantil de Tláhuac (7.04%), el Hospital Materno Infantil de Topilejo (7.04%) y otros (5.63%).



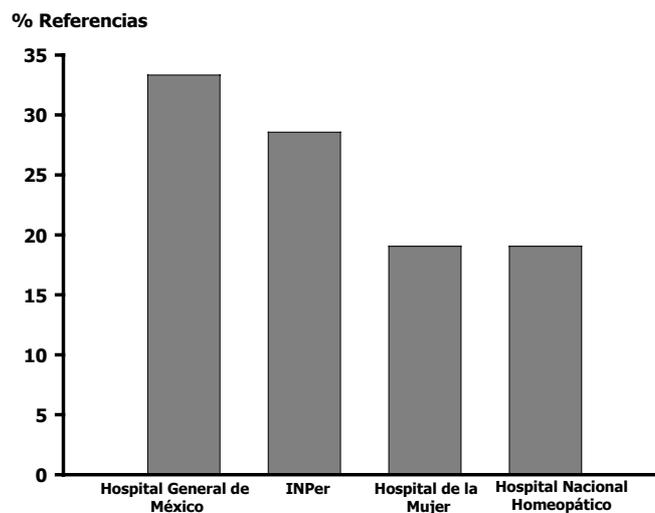
La distribución por delegaciones políticas de los más importantes centros de salud del gobierno del Distrito Federal (n= 55) que refirieron pacientes obstétricas fue la siguiente: Tlalpan (47.27%), Coyoacán (21.82%), Álvaro Obregón (9.09%), Iztapalapa (5.45%), Magdalena Contreras (5.45%) y otras (10.91%).

Distribución de los Centros de Salud por Delegaciones Políticas del DF

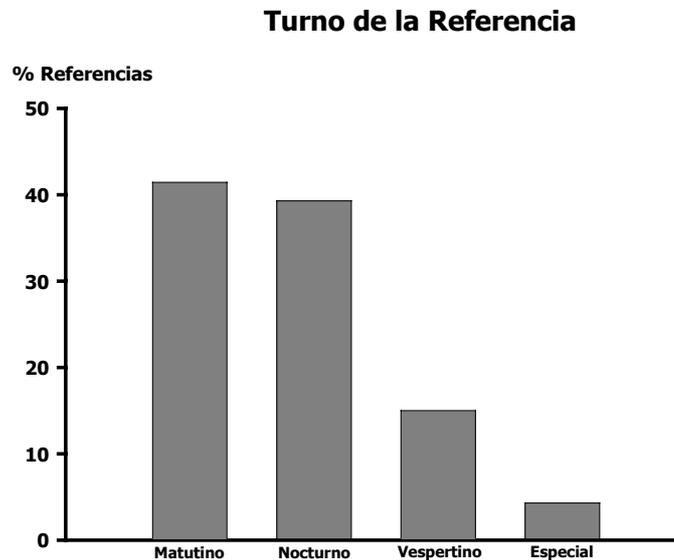


Los hospitales federales de referencia que enviaron pacientes para atención obstétrica (n= 21) fueron los siguientes: Hospital General de México (33%), Instituto Nacional de Perinatología (28.57%), Hospital de la Mujer (19.05%), y Hospital Nacional Homeopático (19.05%).

Hospitales Federales de Referencia



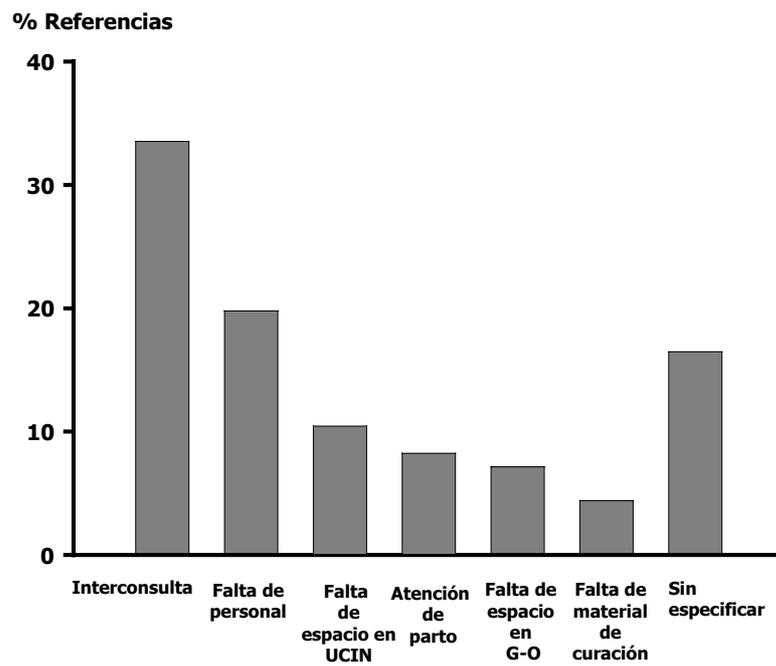
Del total se obtuvo información del turno de referencia en 140 casos, que se dividieron de la siguiente forma: turno matutino 58 (41.43%), turno nocturno 55 (39.29%), turno vespertino 21 (15%) y turno especial 6 (4.29%). Como es sabido el turno especial corresponde a sábados, domingos y días festivos.



El personal de salud involucrado directamente en la referencia es un médico general o familiar (38.55%), seguido de un gineco-obstetra (26.26%), un médico interno de pregrado (1.68%) y no se especificó en el 33.52% de los casos.

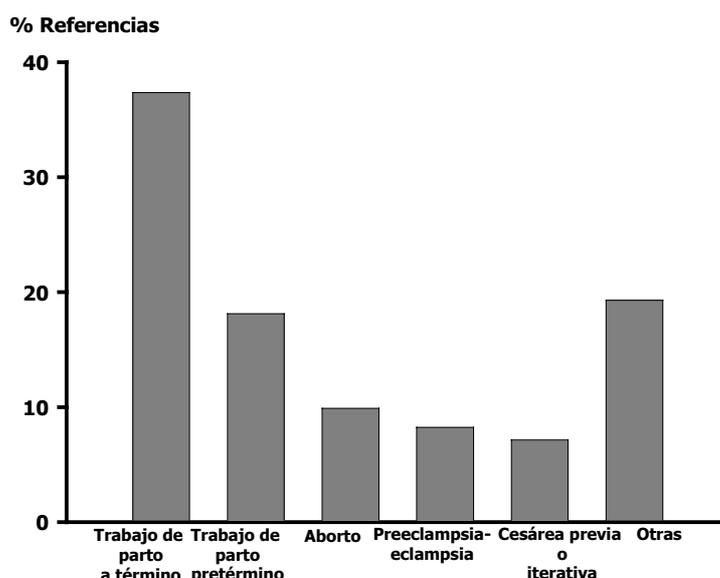
En relación a los motivos de envío, los más frecuentes fueron la solicitud de una interconsulta (33.52%) y la falta de personal médico (19.78%).

Motivo de la Referencia



Los diagnósticos de envío más frecuentes fueron trabajo de parto a término (37.36%), trabajo de parto pretérmino (18.13%), preeclampsia / eclampsia (8.24%), aborto (9.89%), cesárea previa con intergenésico corto o iterativa (7.14%). El 19.3% restante corresponden a diferentes casos aislados que no fue posible integrar en alguna de las categorías anteriores.

Diagnóstico de Envío



En relación a las características del llenado de la hoja de referencia, el 66.5% contaba con resumen clínico; solo el 27.5% presentaba signos vitales; y solo el 15.9% tenía anotada la hora de envío.

Del total, en 154 referencias fue posible determinar el tiempo transcurrido entre la referencia y la valoración en el servicio de urgencias de este Hospital, el cual demostró una amplia variabilidad, con un intervalo de minutos a meses, y la siguiente distribución: minutos (3.9%), horas (79.87%), días (13.64%), y meses (2.6%).

La referencia fue dirigida de manera específica al Hospital general "Dr. Manuel Gea González" en el 64.84% de los casos (n =118), en el 8.24% fue dirigida a otro hospital (n =15), y en el 26.92% restante (n =49) la referencia fue inespecífica hasta encontrar un lugar donde la recibieran.

X. DISCUSIÓN

Para identificar oportunamente a las mujeres con mayor predisposición a presentar complicaciones de la gestación, es necesario que las pacientes acudan a consulta médica desde que se saben embarazadas. La importancia del control prenatal radica tanto en su cobertura como en la calidad de los servicios que se brindan.

Además, un aspecto fundamental en la disminución de los riesgos maternos y perinatales es la implementación de un sistema de referencia, entre niveles de atención, oportuno y eficaz. Sin embargo, con los resultados de este estudio destaca la ausencia de una red de servicios médicos eficiente y efectiva en la ciudad de México. De esta manera se compromete el acceso oportuno a la atención obstétrica, con los riesgos para la salud y para la vida que esta situación conlleva. Además de los costos médico-biológicos, la mujer y su familia deben asumir los costos psicológicos y económicos. Las instituciones con infraestructura insuficiente para la atención obstétrica tienen costos de tipo social, al perder legitimidad en la comunidad. Mientras que, las instituciones que reciben a las pacientes seguirán viéndose rebasadas por una población creciente y altamente demandante, con los problemas en calidad de la atención médica que esto representa. Así, por un lado vemos infraestructura hospitalaria subutilizada y por el otro instituciones próximas al colapso.

Entre los múltiples factores que influyen en la ocurrencia de la morbilidad y mortalidad maternas, participan aspectos relacionados con la atención hospitalaria y la organización del sistema de salud, como el tamaño y tipo de hospital, la disponibilidad y calidad de los recursos humanos y materiales necesarios para la atención de las pacientes, la calidad de los procesos de atención, la detección oportuna de las complicaciones en el embarazo, el sistema de referencia para embarazos de alto riesgo, la distancia y los tiempos de transportación, y la garantía de acceso a servicios para la atención del parto y de emergencia obstétrica en caso de complicación. Así, la morbilidad y mortalidad maternas son indicadores de la calidad de la atención médica, y de la desigualdad social y de género en las políticas públicas. Además, es un reflejo nítido de las circunstancias de vida, el estatus social y los papeles asignados a las mujeres en una sociedad. La negación que da

lugar a los altos índices de mortalidad y morbilidad materna constituye no sólo un atentado contra la dignidad de la mujer, sino que forma parte de un cuerpo de discriminación sistemática e ilegal. De nada sirve conocer las causas y diseñar estrategias, si las mujeres embarazadas no tienen acceso oportuno a servicios de salud suficientes y de alta calidad.

En este sentido, se considera como violencia institucional contra las mujeres embarazadas el que los Estados no garanticen, a todas las mujeres, el acceso a instalaciones de salud adecuadas para la atención de su embarazo, parto y puerperio

XI. Referencias bibliográficas

1. Grupo coordinador para la emisión de recomendaciones Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 72: 295-331.
2. Trejo Ramírez CA. Mortalidad materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. *Ginecol Obstet Mex* 1997; 65:317-25.
3. Sistema Nacional de Salud. Manual de organización y procedimientos de comités para el estudio de la mortalidad materna y perinatal. México 1995.
4. López-García RB, Anaya-González JM. Mortalidad Materna en México, Distrito federal con base en el estudio de los certificados de defunción 1998-1999. *Cirugía y Cirujanos* 2002; 70: 44-49.
5. Angulo-Vázquez J, y cols. Mortalidad materna en el hospital de gineco-obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. Revisión de 12 años. *Ginecol Obstet Mex* 1999; 67:419-424.
6. Rosales, Enrique, Mortalidad materna, un reto del nuevo milenio *Ginecol Obstet Mex* 2002; 70:502-509.
7. Velasco V, y cols. Mortalidad por preeclampsia-eclampsia en la región la Raza. *Rev Med IMSS* 1999; 37(5):349-356.
8. Bobadilla JL, Reyes FS, Karchmer S. La magnitud y las causas de la mortalidad maternal en el Distrito Federal (1988-1989) *Gac Méd Méx* 1996; 132:5-16.
9. Elu MC, Santos PE. Mortalidad materna: una tragedia evitable. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18:44-52.
10. Langer A, Hernández B, García Barrios C, Saldaña G and the Nacional Safe Motherhood Comité of Mexico. Identifying interventions to prevent maternal mortality in México: a verbal autopsy study. En: Berer M, Ravindran TKS, Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. *Reproductive Health Matters*, London; 1999: 127-36.
11. Norma Oficial Mexicana. NOM-07-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. *Diario Oficial de la Federación*. México: 31 de octubre de 1994.

12. Higuera Mantilla A, Espinel Chávez F. Diseño de un programa de garantía de calidad para los servicios de salud. En: Malagón-Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde G. Garantía de calidad en salud. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1999: p.45-62.
13. Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad. Atención Hospitalaria/Segundo Nivel. México, enero 2003.
14. Ransom EI, Yinger NV. Por una maternidad sin riesgos. Washington, DC: EE. UU. : Population Referente Bureau, 2002.
15. Sheffield J. Atención del parto por personal calificado. En: Elu MC, Santos PE (eds). A lo largo del camino. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos (CPMSR)/ Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C., 2005: p.59-65.
16. Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO). Herramienta de detección para proveedores trabajando con víctimas de violencia basada en género, 2000.