

Cuaderno de Trabajo AMDD

**Uso de los Indicadores de Proceso de
la ONU Para los Cuidados Obstetricos
de Emergencia (COEm)**

Preguntas y Respuestas

Coautores:

Anne Paxton
Oficial Principal de Programas,
Monitoreo y Evaluación, AMDD

Deborah Maine
Directora de Programas, AMDD

Nadia Hijab
Consultora, AMDD

AMDD

Averting Maternal Death
& Disability Program



Columbia University
**MAILMAN SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH**

El Programa “Averting Maternal Death and Disability (AMDD) [Evitando la Muerte y Discapacidad Materna] ha elaborado este Cuaderno como un recurso para los planificadores y administradores que trabajan para incrementar el acceso de las mujeres a los cuidados obstétricos de emergencia.

Para ver las Directrices de las Naciones Unidas visite:

<http://www.amdd.hs.columbia.edu/docs/SpanishUNICEFGuidelines.pdf>

Esta publicación recibe apoyo de la fundación Bill y Melinda Gates.

Mayo de 2003

Prefacio

El trabajo más importante que podemos efectuar juntos para reducir la muerte y discapacidad en las mujeres, ocasionadas por complicaciones del embarazo y alumbramiento, es brindarle los cuidados que pueden salvar su vida y su salud. El cuaderno de trabajo que usted va a leer contiene información que esperamos le sea de utilidad cuando usted documenta sus esfuerzos para dar a las mujeres cuidados obstétricos de emergencia de alta calidad, accesibles para ellas en cualquier lugar donde vivan.

La Guía para Monitorear la Disponibilidad y Uso de los Cuidados Obstétricos (Guide for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services) elaborados por UNICEF, OMS y FNUAP en 1997, claramente describe la importancia de la información contenida en los Indicadores de Proceso de la ONU, y de cómo recopilar e interpretar los datos. No obstante, quienes utilizan los Indicadores de Proceso de la ONU formulan muchas preguntas, y muchas de estas personas no tienen experiencia previa en usar los datos clínicos provenientes de registros hospitalarios, ni tampoco en cuanto a monitorear proyectos. Este Cuaderno de Trabajo de AMDD aborda ciertas preguntas frecuentes, en un intento de que la recopilación e interpretación de estos datos sea lo más accesible posible a los clínicos y administradores de establecimientos hospitalarios y clínicas de salud, así como también a los administradores de programas de salud pública. Es nuestro deseo que usted pueda utilizar los Indicadores de Proceso de la ONU para monitorear tendencias a través del tiempo en sus establecimientos de emergencias obstétricas, y tomar decisiones importantes basadas en lo que muestran los datos. El patrón general de los datos, y las decisiones a que llevan dichos datos es lo más importante, y no la exactitud de cualquiera de los indicadores.

Este cuaderno de trabajo ha sido elaborado en nombre del Programa Averting Maternal Death and Disability (AMDD). Esta es la versión revisada que incluye los comentarios recibidos de los usuarios en cuanto a lo que es más útil y lo que podría ser más claro. Sírvase enviar cualquier comentario a Dra. Anne Paxton, en la dirección electrónica: ap428@columbia.edu. Queremos agradecer la revisión y los comentarios, tan útiles, de las siguientes colegas: Patricia Bailey, Barbara Kwast, Samantha Lobis, Dileep Makalaver, Sourou Gbangbade, y Kavita Bali.

Este cuaderno de trabajo complementa el documento titulado *Guía para Monitorear la Disponibilidad y Uso de los Cuidados Obstétricos*, elaborado por Columbia y UNICEF en 1991, con aportes de la ONU. AMDD agradece la importante y continua colaboración con UNICEF en el diseño e implementación de los Indicadores de Proceso de la ONU.

Preguntas Frecuentes

1. ¿Por qué se elaboraron los Indicadores de Proceso de la ONU?
2. ¿Cuáles son los 6 Indicadores de Proceso de la ONU?
3. ¿Cómo definimos las complicaciones obstétricas graves y directas?
4. ¿Cuáles son las Funciones Señales y por qué las usamos?
5. ¿Qué pasa si un establecimiento realiza casi todas las Funciones Señales?
6. ¿Cuáles registros deben usarse para recopilar los datos?
7. ¿Cómo debemos anotar las complicaciones en los registros del establecimiento?
8. ¿Cómo se extraen los datos de los registros?
9. ¿Cómo se calculan los Indicadores de Proceso de la ONU?
10. ¿Cómo se manejan las causas indirectas de muerte materna?
11. ¿Cómo recopilamos datos sobre las complicaciones del aborto?
12. ¿Cómo deben manejarse las referencias?
13. ¿Qué pasa si las mujeres proceden de fuera de la zona de captación?
14. ¿Por qué usar una serie de indicadores?
15. ¿Cómo pueden los Indicadores de Proceso de la ONU ser útiles al nivel del establecimiento?
16. ¿Cómo se interpreta la tasa de letalidad?
17. ¿Qué otras herramientas están disponibles para analizar la calidad de los servicios?

1. ¿POR QUÉ SE ELABORARON LOS INDICADORES DE PROCESO DE LA ONU?

La mayoría de las muertes maternas se deben a causas obstétricas directas, como son hemorragia postparto, sepsis y complicaciones del aborto. Las complicaciones obstétricas indirectas –enfermedades agravadas por el embarazo, tales como anemia, malaria, tuberculosis, VIH/SIDA y varias afecciones crónicas— van en aumento en algunas partes del mundo, y dan cuenta de un gran incremento en la proporción de muertes maternas.

Existe ahora un consenso internacional para hacer más seguros el embarazo y el parto, que incluye el asegurar que las mujeres con complicaciones obstétricas reciban oportunamente la atención médica necesaria. Los cuidados de emergencia son necesarios para manejar las complicaciones obstétricas directas que afectan al menos el 15% de las mujeres durante el embarazo, a la hora del parto, o en el puerperio.¹ Por consiguiente, más gobiernos están integrando la atención obstétrica de emergencia en el centro de los programas de salud materna, reconociendo la importancia de evitar la muerte y discapacidad entre las mujeres.

Naturalmente, los planificadores y administradores de programas desean saber que sus esfuerzos en pro de mejorar la calidad y cobertura de los cuidados obstétricos de emergencia hacen la diferencia en aquellas mujeres con complicaciones que ponen en peligro su vida. Para ello, Columbia University y UNICEF elaboraron, en 1992, la *Guía para Monitorear la Disponibilidad y la Utilización de los Cuidados Obstétricos*. Dichas guías fueron distribuidas por UNICEF, ONU, y FNUAP en 1997.

La *Guía* introduce un conjunto de seis indicadores de proceso para monitorear los servicios obstétricos. Los indicadores de proceso miden las actividades que llevan hasta la meta deseada –en este caso, la meta es reducir la muerte materna. Ejemplos de indicadores de proceso en otros campos incluyen el porcentaje de niños vacunados y el porcentaje de parejas que usan métodos modernos de planificación familiar.

Los Indicadores de Proceso de la ONU se basan en la comprensión de que para prevenir las muertes maternas, se debe disponer de cierto tipo de cuidados obstétricos. Los Indicadores de Proceso de la ONU le indicarán si estos servicios están disponibles en suficiente cantidad, y si las mujeres que más los necesitan –aquellas que sufren una emergencia obstétrica que pone en peligro su vida— en realidad los usan. Y los Indicadores de Proceso de la ONU le dirán un poco acerca de la calidad de la atención, aun cuando otras herramientas sean necesarias para investigar más a fondo la calidad. Los indicadores pueden ser usados tanto para hacer un diagnóstico de necesidades con el propósito de diseñar programas, como para monitorear el progreso de la implementación de dichos programas.

¹La investigación ha demostrado que aun en los países desarrollados, cerca del 15% de las mujeres embarazadas pueden tener complicaciones. Vea la *Guía* para mayor información.

En conjunto, los seis indicadores suministran indicaciones sobre si la vida de las mujeres se salva como resultado de implementar los programas.²

2. ¿CUÁLES SON LOS 6 INDICADORES DE PROCESO DE LA ONU?

Los seis Indicadores de Proceso de la ONU son:

1. Cantidad de cuidados obstétricos de emergencia (COem)³
2. Distribución geográfica de los establecimientos COEm
3. Proporción de todos los nacimientos en los establecimientos COEm
4. Necesidad satisfecha de los servicios COEm
5. Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos entre la población
6. Tasa de letalidad

Cada uno de los indicadores tiene estándares de niveles aceptables –contra los cuales se pueden comparar los datos reales. Los Indicadores de Proceso de la ONU y los niveles recomendados se dan en el Cuadro 1, que se ha adaptado de la *Guía*.

² Hasta que los Indicadores de Proceso de la ONU fueron elaborados, la tasa y proporción de la mortalidad materna eran las únicas maneras en que un país podía decir si las mujeres morían en números altamente inaceptables debido a complicaciones relacionadas con el embarazo. Mientras que la tasa y proporción dan una instantánea de la gravedad del problema, no son útiles en cuanto al diseño y monitoreo de programas. Las encuestas exactas de mortalidad consumen mucha labor y tiempo, son caras y no ponen de relieve las cuestiones que los administradores de salud necesitan para diseñar y monitorear programas. En realidad, se recomienda que tales encuestas se lleven a cabo solamente cada 10 años con el fin de mostrar diferencias significativas, al tanto que los administradores necesitan rastrear los resultados durante períodos mensuales.

³ Nótese que en la *Guía* se usa el término “Cuidado Obstétrico Esencial (COE)” en lugar de COEm.

Cuadro 1: Los seis Indicadores de Proceso de la ONU y los niveles recomendados

Indicador de Proceso de las Naciones Unidas	Definición	Nivel Recomendado
1. Cantidad disponible de servicios COEm	Número de establecimientos que suministran COEm	Mínimo: 1 establecimiento completo de COEm por cada 500,000 personas Mínimo: 4 establecimientos COEm básicos por cada 500,000 personas
2. Distribución geográfica de los establecimientos COEm	Establecimientos que suministran COEm bien distribuidos al nivel subnacional ⁴	Mínimo: 100% de las zonas subnacionales tienen el número mínimo aceptable de establecimientos COEm básicos y completos
3. Proporción de todos los nacimientos en establecimientos COEm	Proporción de todos los nacimientos entre la población que tienen lugar en los establecimientos COEm	Mínimo: 15%
4. Necesidad satisfecha de los servicios COEm	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas tratadas en los establecimientos COEm	Al menos 100% [Estimado en 15% de los nacimientos esperados. Ver P.9]
5. Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos	Partos por cesárea como proporción de todos los nacimientos entre la población	Mínimo: 5% Máximo: 15%
6. Tasa de letalidad	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas admitidas a un establecimiento que mueren	Máximo: 1%

Los Indicadores 1 y 2 tratan de la cobertura o disponibilidad, y responden a la pregunta: ¿Existen suficientes servicios COEm para servir a la población?

El Indicador 3 se refiere a la utilización, y responde a la pregunta: ¿Utilizan las mujeres embarazadas los servicios COEm?

Los Indicadores 4 y 5 también se refieren a la utilización, pero enfoca la cuestión de las complicaciones: ¿Utilizan los servicios COEm las mujeres que realmente los necesitan, o sea, las mujeres con complicaciones obstétricas?

⁴La distribución geográfica se ve más claramente señalando los establecimientos COEm en un mapa.

Y el Indicador 6 nos dice algo sobre la calidad del servicio, en respuesta a la pregunta de si los establecimientos salvan la vida de las mujeres.

Si un planificador de salud pública o un administrador de establecimiento sabe que existe suficiente cobertura a la población, las mujeres con complicaciones obstétricas llegan hasta los servicios que las pueden librar de la muerte y la discapacidad, y los establecimientos funcionan lo suficientemente bien para salvar vidas, entonces, él o ella puede estar confiado(a) de que las muertes maternas en el país se están evitando.

3. ¿CÓMO DEFINIMOS LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS GRAVES Y DIRECTAS?

La definición de la OMS de la muerte materna es: “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días subsiguientes a la terminación del embarazo, sin importar la duración o lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales”.

Existen siete causas obstétricas directas de muerte materna, las cuales pueden ser tratadas con éxito sin pérdida de la vida en la gran mayoría de los casos mediante servicios obstétricos adecuados. La *Guía* define estas complicaciones directas como: hemorragia (anteparto o postparto), labor prolongada u obstruida, sepsis postparto, complicaciones del aborto, preeclampsia y eclampsia, embarazo extrauterino, y ruptura del útero, que abarcan cerca del 85% de muertes obstétricas directas. Estas complicaciones ocurren súbitamente, a menudo sin aviso. A menos que sean tratadas prontamente, ellas se convierten en emergencias.⁵

Muchos países han de tener su propia definición de lo que son las complicaciones obstétricas. Los estándares nacionales pueden coordinarse con la definición internacional. La definición de cada una de las complicaciones obstétricas directas han sido elaboradas por FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), para los proyectos “Salvar a las Madres”. Igualmente, se pueden encontrar estas definiciones en el manual de la ONU/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors* (Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos) (WHO/RHR/00.7, 2000).

⁵ Véase también *Safe Motherhood Programs: Options and Issues (Programas de Maternidad Segura: Opciones y Planteamientos)* que examina mucha de la literatura relevante; y también *Reducing Maternal Deaths: Selecting Priorities, Tracking Progress (Aminorar las Muertes Maternas: Selección de Prioridades, Rastreo del Progreso)*, de FNUAP y Columbia University, redactados por el personal del colegio de las Naciones Unidas en Turín, 2002.

El Cuadro 2 presenta las complicaciones directas graves en la columna de la izquierda y las definiciones de IMPAC/ONU y de los proyectos FIGO “Salvar a las Madres”, en la columna de la derecha.

Cuadro 2: Complicaciones Obstétricas Directas y Definiciones de Trabajo

Complicaciones obstétricas directas	Definiciones sacadas de la ONU ⁶ y los Proyectos “Salvar a las Madres” de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)
Hemorragia	<p>Anteparto</p> <p>Cualquier sangrado antes y durante la labor: placenta previa, desprendimiento de la placenta.</p> <p>Postparto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado que requiere tratamiento (suplir fluidos intravenosos y/o transfusión sanguínea); • Placenta retenida; • Sangrado profuso debido a laceraciones (vaginal o cervical)
Labor prolongada/obstruida	<p>Esto es distocia (labor anormal) que incluye :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labor prolongada en la primera etapa (> 12 horas) • Labor prolongada en la segunda etapa (> 1 hora de la etapa segunda activa) • DCP (desproporción céfalo-pélvica), presentación atravesada, de frente o de cara <p>Si una mujer con cesárea anterior ha tenido un fracaso de la cicatriz⁷ y requiere otra cesárea, entonces la complicación es DCP. Si la mujer tiene una cesárea por insuficiencia fetal, se la anota como un caso de cesárea, pero sin complicación maternal.</p>
Sepsis postparto	<p>La mujer tiene fiebre (38 grados C o más) después de 24 horas del parto (con al menos dos lecturas ya que la labor en sí puede ocasionar algo de fiebre). Otras Funciones Señales y síntomas que pueden estar presentes: dolor en el bajo vientre, secreción purulenta, maloliente (loquia), útero sensible. (Descartar la malaria).</p>
Complicaciones de aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia debida al aborto, que requiere resucitación con fluidos IV o transfusión sanguínea. • Sepsis por aborto (incluye perforación y absceso pélvico). <p>Nota: El aborto puede ser espontáneo o inducido.</p>
Preeclampsia grave	<p>Presión diastólica 110 mmHG y proteinuria>3+ después de 20 semanas de gestación. Varias señales y síntomas: cefalgia, hiperflexia, visión borrosa, oliguria, dolor epigástrico, edema pulmonar.</p>
Eclampsia	<p>Convulsiones. Presión diastólica 90mmHG o más después de 20 semanas de gestación. Proteinuria 2+ o más. Varias señales y síntomas: coma y otras señales y síntomas de preeclampsia grave.</p>
Embarazo extrauterino	<p>Sangrado interno debido a embarazo fuera del útero. Dolor en el bajo vientre y posible choque debido a sangrado interno. Historia de embarazos.</p>
Ruptura del útero	<p>Ruptura uterina con historia de labor prolongada u obstruida cuando las contracciones uterinas pararon súbitamente. Abdomen doloroso. La paciente puede estar en choque debido a sangrado interno o vaginal.</p>

⁶ONU/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (MCPC)*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2000, WHO/RHR/00.7

⁷De una cesárea anterior.

Con sentido práctico, puede pensarse que una complicación es un evento de suficiente magnitud donde el personal debe responder con un procedimiento para salvar la vida o una referencia hacia otro establecimiento. Continuando con el ejemplo de hemorragia, si es necesario resucitar a la mujer con fluidos intravenosos, con una transfusión sanguínea, o practicando remoción manual de la placenta con el fin de salvar la vida de la mujer, es claro que ello fue una complicación obstétrica (y debe anotarse como tal en el registro). Si una mujer llega al hospital con fiebre alta después de un aborto y se le administran antibióticos, tal caso debe considerarse como una complicación del aborto. Este procedimiento probablemente la ha salvado de una enfermedad grave o de la muerte.

Si el personal de un establecimiento no puede reconocer un trastorno que requiera acción de emergencia, la calidad de la atención será socavada. Hay disponibles varias excelentes guías clínicas que tratan de los signos y síntomas de varios trastornos maternos con las respectivas acciones adecuadas que deben tomarse. Dos de estos textos son:

ONU/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial: *Managing Complications In Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (MCPC) (Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto: Guía para Obstetras y Médicos. Manejo Integrado del Embarazo y el Parto (MCEP)*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2000. ONU/RHR/00.7.

A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth (Guía de Atención Eficaz para el Embarazo y el Parto). Enkin et al. Oxford University Press. 2000.

Algunas preguntas han acaparado nuestra atención en cuanto a experiencias obstétricas específicas y si se consideran como complicaciones obstétricas directas al tenor de los Indicadores de Proceso de la ONU. Por ejemplo, si se aumenta la labor con ocitocina y resulta en un parto normal, se considera SÓLO como complicación si la ocitocina se dio porque la labor era prolongada u obstruida, de acuerdo con la definición dada más arriba. La inquietud es que algunos médicos aumentan la labor aun cuando no es todavía una labor prolongada. Por ello, el uso del partograma es tan importante, a fin de determinar si la labor de parto progresa o no. La episiotomía, en sí, no califica como un parto asistido.

Otra pregunta concierne a los desgarrones vaginales o cervicales que se suturan inmediatamente sin mucho sangrado. Tales desgarrones, si no caen dentro de la categoría de hemorragia postparto, no se consideran como complicaciones obstétricas directas. Es muy importante que cada equipo que usa los Indicadores de Proceso de la ONU declare explícitamente cuáles son las complicaciones que incluyen y cómo las definen, especialmente cuando estos matices surgen en la práctica.

Algunos administradores y clínicos pueden estar confiados en su definición de una complicación obstétrica cualquiera, pero les preocupa que la complicación no se mida con exactitud y por lo tanto sea anotada en el establecimiento. La estimación de la pérdida de sangre para determinar si una mujer sufre una hemorragia puede ser difícil bajo cualquier situación, y mucho más durante una emergencia. Reconocemos este dilema, pero animamos a todos aquellos involucrados en la recopilación de datos para monitorear el progreso relacionado con el suministro de servicios COEm para que siempre tengan presente el propósito de nuestro trabajo, el cual es atender adecuadamente a las mujeres para salvarles la vida.

Si estas complicaciones obstétricas son la causa directa de la muerte materna, puede preguntarse, ¿existe una lista de procedimientos clave para salvar vidas? La respuesta es afirmativa, y la lista se llama “Funciones Señales”.

4. ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES SEÑALES, CÓMO SE MIDEN, Y POR QUÉ LAS USAMOS?

La *Guía* define el conjunto de actividades, llamadas “Funciones Señales”, que deben estar disponibles en un establecimiento que brinda atención de emergencia a las mujeres con complicaciones relacionadas con el embarazo. Sin embargo, no es una lista completa de todas las actividades importantes de emergencias obstétricas. Estas Funciones Señales deben ser llevadas a cabo en un establecimiento para que sea reconocido como de Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm).

Son ocho las Funciones Señales, de las cuales seis pueden realizarse al nivel de un buen centro de salud. El establecimiento que realiza las seis, se le conoce como COEm Básico. Otras dos funciones adicionales a menudo están disponibles sólo en un hospital; los establecimientos que realizan las ocho funciones califican como COEm Completos. Las Funciones Señales básicas de COEm son:

- administrar antibióticos parenterales (intravenosos o por inyección),
- administrar medicamentos ocitócicos parenterales,
- administrar anticonvulsivos parenterales,
- realizar extracción manual de la placenta,
- realizar extracción de los productos retenidos, y,
- realizar parto vaginal asistido (extracción al vacío, fórceps)⁸

Las funciones realizadas en un establecimiento COEm Básico pueden salvar muchas vidas. Aun si la paciente necesita ser referida del COEm Básico al COEm Completo, las funciones realizadas en el establecimiento COEm Básico pueden estabilizar a la mujer para que ella no muera en el camino, o evitar que llegue casi moribunda al establecimiento COEm Completo.

⁸Una episiotomía, por sí sola, no califica como un parto asistido. Además, aumentar el parto con ocitocina, en sí, no califica como parto asistido.

Una de las señales funciones: “realizar extracción de productos retenidos”, requiere una explicación breve. Esta señal función tiene la finalidad de suministrar cuidados de emergencia en los casos de abortos incompletos (espontáneos o inducidos), ya que los productos de la concepción retenidos llevan a complicaciones que amenazan la vida – sepsis o hemorragia. (Los fragmentos de placenta retenidos es una complicación postparto que requiere un manejo diferente y cae bajo la función señal “realizar extracción manual de la placenta”). El manual *Manejo de las Complicaciones durante el Embarazo y el Parto (MCEP) (Managing Complications in Pregnancy and Childbirth MCPC)* indica que cuando el sangrado va de leve a moderado en un aborto incompleto, “puede usarse los dedos o fórceps de anillo (o de esponja) para extraer productos de la concepción que sobresalen del cuello uterino”. No obstante, cuando un aborto incompleto presenta sangrado abundante, el procedimiento recomendado es aspiración al vacío para extraer los productos de la concepción retenidos (bien sea manualmente, conocido como AMEU⁹ o por electricidad). Hemos encontrado que en muchos países, la aspiración al vacío no se enseña ni se usa con frecuencia, y que el equipo necesario puede no estar disponible. Puede usarse curetaje (legrado) pero esta técnica es menos deseable debido al mayor riesgo de complicación.

Las funciones del COEm Completo incluyen, además de las seis funciones del COEm Básico:

- realizar cirugía (cesárea)
- realizar transfusión sanguínea

Debe tenerse en cuenta que para realizar cirugías es preciso utilizar anestesia.

Durante una evaluación de necesidades, y periódicamente, se revisan los establecimientos para constatar la ejecución de estas Funciones Señales. El designar a un establecimiento como de cuidados obstétricos de emergencia (ya sea Básico o Completo) depende de que estas funciones no sólo estén disponibles, sino también que en realidad se lleven a cabo al menos una vez cada trimestre. La *Guía de las Naciones Unidas* claramente expresa que no es el desempeño teórico de estas Funciones Señales lo que importa, pero sí su ejecución. La ejecución de las Funciones Señales puede determinarse mediante la revisión de los registros, mediante la observación, o por medio de entrevistas a los funcionarios.

Son muchas las cosas que pueden impedir la ejecución de estas Funciones Señales – interrupción en el surtido, equipo descompuesto, ausencia de funcionarios ya sea debido a transferencias, vacaciones, capacitación o reuniones, etc. Es importante notar que el volumen de pacientes también impactará el estado COEm de un establecimiento. De ser así, pocas mujeres buscarán atención en el establecimiento donde la ejecución de las Funciones Señales no ha sido necesaria, y el establecimiento

⁹ Para mayor información sobre la aspiración manual endouterina (AMEU), póngase en contacto con Ipas: 300 Market St., Suite 200, Chapel Hill, NC 27516, USA, tel: 919-967-7052, fax: 919-929-7687, email: customerservice@ipas.org.

no puede considerarse como COEm. Es claro que tanto los factores técnicos como administrativos juegan un papel en un establecimiento que brinda servicios obstétricos de emergencia de manera rutinaria.

Al efectuar la evaluación de necesidades, puede encontrarse que una o más de las Funciones Señales no se han llevado a cabo en los establecimientos durante los últimos tres meses. El planificador de programas que emprende la evaluación del funcionamiento de los establecimientos deberá buscar patrones que pueden indicar cuestiones subyacentes en las normas que afectan la prestación de servicios. Por ejemplo, puede haber normas que limitan la habilidad de los establecimientos en cuanto a administrar transfusiones sanguíneas, o que pone límites a los procedimientos que las enfermeras y parteras pueden practicar. Estas cuestiones normativas pueden abordarse mediante defensa de la causa que compara las prácticas con las de otros países. Igualmente, puede haber cuestiones administrativas relativas al suministro de medicamentos, al mantenimiento de equipo, o al personal que pudieran identificarse por medio del análisis de los patrones de las Funciones Señales en los establecimientos.

En algunas situaciones, un establecimiento que proporciona todas las Funciones Señales COEm en algún momento, puede no brindar estas mismas funciones seis meses o un año después. Son muchas las posibles razones por las cuales un establecimiento “pierde” su estado de COEm. Por ejemplo, un miembro clave del equipo COEm (anestesiólogo, obstetra/ginecólogo) puede estar fuera por un período largo de tiempo o puede ser transferido sin que se le reemplace inmediatamente, y por lo tanto, no se efectúan partos por cesárea. Una pieza clave del equipo puede haberse descompuesto, o el quirófano estar cerrado para hacerle mejoras. Durante la supervisión de rutina, los administradores de proyectos y los supervisores externos pueden verificar que un establecimiento sigue ejecutando las Funciones Señales y, en caso contrario, llevar los problemas administrativos o normativos a la gerencia del establecimiento o a la contraparte gubernamental.

La periodicidad de la revisión de las Funciones Señales realizada en los establecimientos varía de un lugar a otro, dependiendo de los recursos y de la opinión de quienes toman las decisiones, en lo relativo a la utilidad de esta actividad. La AMDD recomienda que los establecimientos sean reevaluados anualmente, de ser posible. Si una revisión anual de las Funciones Señales puede llevarse a cabo en todos los posibles establecimientos COEm en una zona, puede descubrirse que los servicios COEm están disponibles en más establecimientos de los esperados. El éxito en mejorar los servicios en ciertos establecimientos puede inspirar su repetición en los establecimientos vecinos.

El Cuadro 3 que se presenta a continuación muestra las siete causas directas de complicaciones obstétricas que conforman un “caso complicado” de acuerdo con la *Guía*, y se confrontan con las Funciones Señales que pueden necesitar ser ejecutadas para salvar la vida de la mujer. ¡Por favor! No use este cuadro como una guía de manejo clínico. Hemos confrontado las complicaciones con las Funciones Señales

solamente para ayudarlo a pensar cómo va a anotar las complicaciones de acuerdo con los Indicadores de Proceso de la ONU.

Cuadro 3. Complicaciones Obstétricas Confrontadas con las Funciones Señales

Complicaciones Obstétricas Graves	Funciones Señales
Hemorragia	Anteparto: <ul style="list-style-type: none"> • administrar transfusión sanguínea • realizar cirugía (cesárea por placenta previa, desprendimiento de la placenta)
	Postparto : <ul style="list-style-type: none"> • administrar medicamentos ocitócicos parenterales • administrar transfusión sanguínea • realizar extracción manual de la placenta • realizar extracción de productos retenidos
Labor prolongada/obstruida	<ul style="list-style-type: none"> • realizar parto vaginal asistido • realizar cirugía (cesárea) • administrar medicamentos ocitócicos parenterales
Sepsis postparto	<ul style="list-style-type: none"> • administrar antibióticos parenterales (intravenosos o inyectados) • realizar extracción de productos retenidos • realizar cirugía por absceso pélvico
Complicaciones de aborto	Hemorragia: <ul style="list-style-type: none"> • realizar transfusión sanguínea • realizar extracción de productos retenidos Sepsis: <ul style="list-style-type: none"> • administrar antibióticos parenterales • realizar extracción de productos retenidos
Preeclampsia / Eclampsia	<ul style="list-style-type: none"> • administrar anticonvulsivos parenterales • realizar cirugía (cesárea)
Embarazo extrauterino	<ul style="list-style-type: none"> • realizar cirugía • administrar transfusión sanguínea
Ruptura del útero	<ul style="list-style-type: none"> • realizar cirugía • administrar transfusión sanguínea • administrar antibióticos parenterales

5. ¿QUÉ PASA SI UN ESTABLECIMIENTO REALIZA CASI TODAS LAS FUNCIONES SEÑALES?

En muchos países, especialmente en América Latina, el parto vaginal asistido casi no se realiza como un acto de rutina. A las mujeres que pudieran beneficiarse de esta intervención se les practica la cesárea. Las técnicas de parto vaginal asistido –por ejemplo, extracción al vacío o parto con fórceps— ya no se imparten en muchas facultades de medicina, enfermería y obstetricia en esos países. Por lo tanto, si se encuentra que todas las Funciones Señales se realizan en un establecimiento con

excepción del parto vaginal asistido, ¿puede considerarse este establecimiento como COEm?

Respondemos afirmativamente a esta pregunta. Si la interpretación estricta de la definición de establecimiento COEm fuese usada, ninguna institución calificaría en algunos países, lo cual podría malinterpretar la situación real de cuidados de emergencia para las mujeres. Por lo tanto, si un establecimiento realiza todas las Funciones Señales para calificar como un establecimiento de emergencia obstétrica básico, excepto una, lo podríamos llamar “COEm Básico menos uno” (con nota de calce indicando cuál hace falta). Igualmente, una institución que realiza todas las funciones de un establecimiento de emergencia obstétrica completo, con excepción del parto vaginal asistido, lo podemos llamar “COEm Completo menos uno”.

El parto vaginal asistido tiene muchas ventajas en comparación con la cesárea. Una partera con experiencia o una enfermera pueden realizar un parto vaginal asistido en un establecimiento de emergencia obstétrica básico. No se requiere anestesia, como en la cesárea, y los riesgos posibles (debidos a sangrado, infección, complicaciones de la anestesia) para la mujer son menores. Al puntualizar que una Función Señal importante falta al etiquetar a un establecimiento “COEm menos uno”, estamos destacando que un servicio importante, recomendado en la *Guía*, no está disponible para las mujeres, y que la política sobre este tema debe ser revisada.

6. ¿CUÁLES REGISTROS DEBEN USARSE PARA RECOPIRAR LOS DATOS?

Los datos de los Indicadores de Proceso de la ONU no se recopilan en un sitio de investigación, sino más bien proceden de los registros y archivos del establecimiento, que han sido anotados por el personal tanto durante la atención de rutina como durante las emergencias.

Para calcular los Indicadores de Proceso de la ONU, los datos del establecimiento se deben recopilar en forma rutinaria. Prácticamente todas las instalaciones de salud anotan algún tipo de datos diarios en los registros y archivos de las pacientes. La calidad de estos datos varía considerablemente, así como también el tipo y número de registros y archivos que se usan.

Los datos del establecimiento requeridos para formular los Indicadores de Proceso de la ONU incluyen:

- número de partos en el establecimiento
- número de casos complicados
- número de cesáreas, y
- número de muertes maternas

Los datos de partos, cesáreas y muertes maternas comúnmente se recopilan en los establecimientos de salud, aun cuando no en el mismo registro. Los datos de los

nacimientos se encuentran en el registro de admisiones, en el registro de labor y parto, o en el registro del pabellón de maternidad. El registro del quirófano es usualmente el registro más completo de los datos de cesáreas. Los datos de muertes maternas pueden encontrarse en el registro de egresos (si lo usa el establecimiento) o, quizás, en un registro aparte de todas las muertes ocurridas en el establecimiento.

Recopilar los datos de las complicaciones no se efectúa de modo tan directo. Los registros del establecimiento por lo general no tienen un lugar para anotar las complicaciones obstétricas, en cuyo caso se debe añadir una columna para anotar esta información. Los hospitales y administradores de proyectos deben resistir la tentación de crear un registro nuevo, aparte, dedicado a las complicaciones obstétricas u otros datos de los Indicadores de Proceso de la ONU. Es más útil que el establecimiento mejore y revitalice los registros existentes, y no crear más trabajo administrativo para los muy ocupados clínicos. Las mujeres con complicaciones pueden ser atendidas en el cuarto de labor o en el pabellón de maternidad (por ejemplo, las mujeres con trabajo de parto prolongado) mientras que las mujeres con sepsis postparto pueden ser atendidas y tratadas en un pabellón de ginecología, pabellón general o pabellón de mujeres. Los datos con complicaciones de aborto o embarazos extrauterinos pueden ser anotados también los registros del pabellón de mujeres o del pabellón general. A veces las complicaciones también pueden encontrarse en los registros del quirófano, por ejemplo, casos de ruptura de útero o de embarazo extrauterino, o los casos de hemorragia que requieren de transfusiones sanguíneas.

Recomendamos hacer un análisis de flujo de las pacientes obstétricas, a través de un establecimiento que muestra dónde y cómo se anotan los datos, especialmente las complicaciones obstétricas y muertes maternas, antes de escoger cuáles registros usar para recopilar datos de los Indicadores de Proceso de la ONU. Los registros donde se encuentran los datos más completos y exactos deben usarse con preferencia sobre otros registros que pueden solamente contar con parte de esta información.

Al efectuar la evaluación de necesidades por primera vez, puede ser necesario ver otras fuentes de información. Los registros de pacientes tales como *“bed head ticket”* (o sea, el expediente clínico de la paciente colocado al pie de la cama) o los archivos individuales de la paciente pueden resultar útiles, especialmente en cuanto a complicaciones. Estos mismos registros pueden ser de utilidad para validar los datos en los registros mientras se verifica su integridad y exactitud. Los archivos de pacientes son sumamente voluminosos para anotar datos rutinarios; sin embargo, no deben usarse como sustituto de los registros de pacientes.

7. ¿CÓMO DEBEMOS ANOTAR LAS COMPLICACIONES EN LOS REGISTROS DEL ESTABLECIMIENTO?

Al anotar las complicaciones obstétricas en el establecimiento, a continuación algunas cosas que deben tenerse en cuenta:

- Asegure que hay un lugar apropiado en el registro para anotar las complicaciones (incluso los registros en los pabellones de mujeres o de ginecología, donde las mujeres con complicaciones de aborto, embarazo extrauterino, o sepsis puerperal pueden ser examinados).
- Al calcular la Necesidad Satisfecha, sólo una complicación obstétrica por mujer debe contarse. Los datos sobre “complicaciones obstétricas atendidas” deben llamarse con más exactitud datos sobre “mujeres que experimentaron al menos una complicación obstétrica grave”.
- Asegure que las anotaciones en los registros son uniformes y completas y que un supervisor las revisa periódicamente. Para asegurar la uniformidad, puede ser útil poner un cartel con la lista de las siete complicaciones obstétricas graves, y sus definiciones, en el lugar donde se llenan los registros, o en el mismo registro. Esto es importante porque si una mujer con complicaciones se atiende en su establecimiento y la información no es anotada en los registros, la “necesidad satisfecha” será menor que lo que en realidad es (y las “tasas de letalidad” aparecerán más elevadas de lo que son en realidad, como se trata más adelante).

Recuerde: Las complicaciones obstétricas son impredecibles y pueden ocurrir inesperadamente en su establecimiento. Por ejemplo, la hemorragia postparto puede presentarse sin avisar y no es culpa de la persona que atiende a la paciente. La complicación debe anotarse tanto en las notas del caso como en el registro. Anime al personal que no debe dejar de hacer las notificaciones correspondientes debido a sentimientos de culpabilidad o por temor a ser acusados. Recuérdeles que un elevado número de complicaciones atendidas demuestra que las mujeres acuden al establecimiento y reciben tratamiento.

8. ¿CÓMO SE EXTRAEN LOS DATOS DE LOS REGISTROS?

Muchos establecimientos ya tienen su sistema para compilar los datos obstétricos, por mes, por trimestre, o bianualmente. Los datos reportados pueden usarse internamente, o pueden ser solicitados por autoridades de salud o las agencias donantes. En los proyectos llevados a cabo por socios de AMDD, se usa el reporte bianual, que compila datos cada seis meses sobre partos en el establecimiento, complicaciones obstétricas graves atendidas, cesáreas realizadas, y muertes maternas.

Al revisar los registros que se usan para completar el formulario de resumen, pueden identificarse cierto número de problemas relativos a la recopilación de datos, especialmente al emprender un proceso nuevo, tal como llenar los datos sobre complicaciones obstétricas por primera vez. En un instrumento elaborado por AMDD en conjunto con EngenderHealth titulado *“Emergency Obstetric Care: Toolbook for Improving the Quality of Services (Cuidados Obstétricos de Emergencia: Instrumentos para mejorar la calidad de los servicios)”* hay un capítulo entero dedicado a realizar una revisión de los registros y anotaciones con miras a mejorar la calidad y la integridad de la recopilación de datos. (Para ver el documento y la información sobre el modo de ordenar copias, sírvase visitar el portal de AMDD <http://www.amdd.hs.columbia.edu>).

Una inquietud al compilar datos de varios registros, tal como las complicaciones obstétricas, es que la mujer con una complicación estará apuntada en más de un registro. Es importante que el personal de cada establecimiento comprenda el flujo de las pacientes obstétricas y por qué se recopilan los datos, de manera que un gran número de complicaciones obstétricas ni se dejen de apuntar ni se anoten dos veces.

No obstante, la cuestión crítica es que el personal del establecimiento y los funcionarios de salud locales usen estos datos para monitorear la disponibilidad y la utilización del cuidado obstétrico de emergencia. Por lo tanto, la necesidad de mejorar la exactitud de los datos debe ser ponderada contra la carga extra (y poco realista) que pesa sobre el personal. Una manera de resolver esta cuestión es hacer un estudio breve para determinar si la cuenta doble, por ejemplo, es un problema serio. Si tal estudio demuestra que la cuenta doble resultó en una carga de 10% en el número de casos complicados, entonces puede considerarse como un nivel aceptable de error, o puede usarse como un “factor de corrección” –en otras palabras, el número de complicaciones graves puede reducirse en un 10%. La cuestión clave en todo esto es seguir siempre el mismo sistema (luego del período inicial de mejorar el sistema de recopilación de datos) de modo que los cambios en los datos del establecimiento son debidos a cambios en los servicios y no a las fluctuaciones en los métodos de recopilación de datos. Sin embargo, reconocemos que mejorando los sistemas de recopilación de datos es probable que ello tenga un efecto inicial sobre los datos.

9. ¿CÓMO SE CALCULAN LOS INDICADORES DE PROCESO DE LA ONU?

Indicadores 1 y 2 : Cobertura de Servicios COEm

Los indicadores 1 y 2 tratan el asunto de la cobertura de la población con servicios COEm. El **Indicador 1** trata de la cantidad de servicios COEm disponibles a la población. La cobertura mínima aceptable de COEm se da en un establecimiento COEm Completo, y en cuatro establecimientos COEm Básicos, por 500.000 personas. Para determinar el tamaño de la población en un área dada (esto es, nacional, regional, distrital, zona de captación, etc.) se debe usar el censo más reciente. Si el censo tiene más de 10 años, puede usarse una proyección de población para el año pertinente y hacer los ajustes correspondientes.

El número de establecimientos COEm se calcula por observación directa, entrevistas al personal, o revisión de los registros del establecimiento. Las seis Funciones Señales deben haberse realizado en los tres meses anteriores, de manera que la instalación califique como un establecimiento COEm Básico. En cuanto al establecimiento COEm Completo, estas seis Funciones Señales, más la cirugía y la transfusión sanguínea, deben haberse llevado a cabo durante esos tres meses.

Ejemplo:

El administrador de un proyecto de salud trata de decidir el estado COEm en 25 establecimientos de una región. Durante las visitas de supervisión a estos establecimientos, se determina que hay un establecimiento COEm Completo, y 3 establecimientos COEm Básicos. En cuatro establecimientos adicionales, se realizan cuatro de las seis Funciones Señales y este dato se toma en cuenta.

La población de la región, de acuerdo con el censo más reciente, es de 745.730. La *Guía* usa el denominador de población de 500.000 para fijar la proporción de establecimientos con respecto a la población. Se comienza por dividir 745.730 entre 500.000.

$$\frac{\text{Población de la región: 745.730}}{\text{Denominador: 500.000}} = 1,49$$

Se obtiene el número 1,49, o aproximadamente 1,5. La *Guía* declara que el nivel mínimo aceptable es 1 establecimiento COEm Completo para una población de 500.000. De modo que se necesita 1,5 veces tantos establecimientos COEm Completos como se tiene (1 multiplicado por 1,5). Se da cuenta que, con sólo un establecimiento COEm Completo puede existir una considerable demanda no satisfecha de los servicios, y se ha observado que en realidad este establecimiento está bastante atestado.

La *Guía* igualmente afirma que debe haber un mínimo de 4 establecimientos COEm Básicos para una población de 500.000. Por lo tanto, se multiplica el nivel mínimo aceptable de 4 por 1,5 en su región, y se observa que se requieren 6 establecimientos COEm Básicos para dar cobertura adecuada. Pero, esta región solamente tiene 3 establecimientos COEm Básicos, de manera que se necesitan por lo menos otros tres.

Al revisar las notas, se acuerda que existen cuatro establecimientos que realizan casi todas, pero no todas, las Funciones Señales. Éstas pueden mejorarse sin incurrir en muchos gastos adicionales –brindando a las mujeres de la región la cobertura que necesitan en los servicios de emergencia.

El Indicador 2 trata sobre la distribución geográfica de los establecimientos COEm. Para conocer si los establecimientos están bien distribuidos, se mira la distribución

geográfica de los establecimientos COEm en un mapa, y la distribución demográfica. Usted puede haber cumplido con el nivel mínimo aceptable de 1 establecimiento Completo y 4 establecimientos Básicos para la población de 500.000. Mas, cuando mira los establecimientos en un mapa, puede encontrar que todos están agrupados cerca de la ciudad principal o junto a una vía principal, por lo cual no son accesibles a una gran proporción de mujeres, ya que la mayoría vive en el campo.

El tiempo es un elemento importante para salvar la vida de las mujeres que necesitan tratamiento de emergencia. Las complicaciones súbitas durante el embarazo y el parto son las principales causas de mortalidad y morbilidad materna. La hemorragia postparto, si no se atiende, puede llevar a la muerte dentro de unas cuantas horas. Para casi todas las otras complicaciones, el intervalo promedio estimado desde el inicio hasta la muerte oscila entre 12 horas y varios días. El Cuadro 4, a continuación, muestra el intervalo promedio de tiempo desde el inicio de una complicación hasta la muerte.

Cuadro 4. Intervalo Promedio Estimado desde el Inicio hasta la Muerte

Complicación	Horas	Días
Hemorragia		
Postparto	2	
Anteparto	12	
Eclampsia		2
Labor obstruida		3
Infección		6

Si todos los establecimientos de emergencia obstétrica están agrupados cerca de la ciudad principal, entonces, las mujeres que experimentan complicaciones obstétricas en las zonas adyacentes no tendrían tiempo de llegar a un establecimiento oportunamente. Algunos planificadores de salud que se han dado cuenta de que sus establecimientos COEm estaban distribuidos irregularmente, vieron la necesidad de mejorar las instalaciones en las zonas más remotas y darles categoría de COEm.

Indicadores 3, 4 y 5: Utilización de los Servicios COEm

Los indicadores 3, 4 y 5 miden diferentes aspectos de la utilización de los servicios.

- Indicador 3: Proporción de todos los nacimientos en los establecimientos COEm. Este indicador muestra cuantas mujeres dan a luz en los establecimientos COEm (numerador) como proporción del número esperado de nacimientos en la población (denominador).¹⁰

¹⁰Cuando se desea calcular una proporción o un porcentaje, se divide un número (el numerador) entre otro (el denominador). $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}}$

- Indicador 4: Necesidad satisfecha de COEm. Este indicador se calcula dividiendo el número de mujeres con complicaciones atendidas en un establecimiento o en establecimientos de una región (numerador), entre el número de complicaciones que se espera ocurran entre la población.¹¹
- Indicador 5: Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos en la población. Este indicador de cesáreas muestra la proporción de mujeres que dan a luz en la población mediante cesárea en los establecimientos de cuidados obstétricos de emergencia. El número de cesáreas (numerador) se divide entre los nacimientos esperados en la población (denominador).

Si alguno de estos tres indicadores está por debajo del nivel mínimo aceptable, entonces se puede concluir que las mujeres que necesitan atención de emergencia no usan los servicios disponibles. (El Indicador 5 también tiene un nivel máximo aceptable, reconociendo que muchas cesáreas pueden ser superfluas). Le mostraremos cómo se hace el cálculo de cada uno de los indicadores, que se presentan más adelante.

Se puede estimar el número anual de nacimientos al multiplicar el total de la población por la tasa bruta de natalidad. Se puede obtener el tamaño de la población del área en las oficinas gubernamentales del censo o de estadísticas. La tasa bruta de natalidad está disponible usualmente de las autoridades sanitarias. Por ejemplo, el censo muestra que la población en su distrito es de 500.000. La tasa de natalidad es de 40 (o 40 por 1000, o sea, 0,04). El número anual de nacimientos esperados en el distrito es de:

$$500.000 \times 0,04 = 20.000 \text{ número anual de nacimientos}$$

La información requerida para los numeradores de los Indicadores de Proceso de la ONU del 3 al 5 se obtiene de los archivos y registros del establecimiento:

- Número de nacimientos en el establecimiento COEm (Indicador 3)
- Número de mujeres con complicaciones atendidas en establecimientos COEm (Indicador 4)
- Número de cesáreas realizadas (Indicador 5)

Cálculo del Indicador 3: Proporción de todos los nacimientos en establecimientos COEm:

¹¹ Aunque este indicador se refiere a “mujeres atendidas” en un establecimiento COEm, la cuestión de si la mujer realmente recibió o no tratamiento, o tratamiento adecuado, necesitaría ser abordado mediante auditoría clínica u otro método a fondo. (Ver sección 17). Más exactamente, estas son mujeres que experimentan complicaciones obstétricas graves y que se han anotado en un establecimiento COEm –ya sea que fueron admitidas con la complicación, o que se les presentó mientras estaban en el hospital.

Ejemplo:

El planificador de un ministerio de salud provincial desea determinar qué porcentaje de todos los nacimientos tiene lugar en los establecimientos COEm. Comienza por buscar las cifras censales que muestran una población de 105.820 personas en su provincia. Luego chequea con el Instituto Nacional de Estadística, que estima la tasa cruda de natalidad en el país en 40 nacimientos por 1.000 pobladores. No hay nada disponible en su provincia, por lo cual usa la tasa nacional estimada de natalidad. Calcula que el número anual estimado de nacimientos en la provincia es de 105.820 multiplicado por 0,04 (o sea, 40 dividido entre 1.000), ó 4232. El planificador recopila resúmenes de datos mensuales de los 10 establecimientos COEm en la provincia y elabora un resumen para el año. Encuentra que hubo un total de 402 partos en los establecimientos COEm en ese año. Se ha asegurado de que los 402 partos incluyen todas las cesáreas y partos asistidos (no únicamente partos ‘normales’).

Después divide el numerador –el número real de partos en establecimientos COEm (402 partos) entre el denominador –el número de nacimientos esperados en la región (4232 nacimientos), y lo multiplica por 100 para obtener el porcentaje.

$$\frac{\text{Numerador: partos en establecimientos COEm } \mathbf{402}}{\text{Denominador: nacimientos estimados para la provincia } \mathbf{4232}} = 0,095 \times 100 = 9,5\%$$

Denominador: nacimientos estimados para la provincia **4232**

Aproximadamente 10% de las mujeres dan a luz en establecimientos de emergencia obstétrica, donde el nivel mínimo requerido es de 15%. La mayoría de las mujeres dan a luz en otros lugares, posiblemente en su domicilio o en establecimientos que no brindan cuidados de emergencia. Es muy probable, tomando en consideración estos datos, que las mujeres con complicaciones no están recibiendo la atención que ellas requieren.

Es importante recordar:

- Que el numerador es el número total de **partos** (incluso todas las cesáreas y partos vaginales asistidos).
- Que el numerador es el número total de **partos** en un establecimiento y no el número de **nacimientos**. Esta distinción es importante porque el número de nacimientos puede ser más elevado que el número de partos, dependiendo del número de nacimientos múltiples.
- Pero, el denominador es el número esperado de **nacimientos**.

Cálculo del Indicador 4: Necesidad Satisfecha:

Este es un indicador muy importante. Si se recopilan correctamente los datos sobre complicaciones, los administradores de programas tienen un excelente indicador de utilización orientado directamente a salvar la vida de las mujeres. La Necesidad Satisfecha describe la proporción de mujeres con complicaciones que reciben atención de emergencia, del total de mujeres embarazadas que se espera tuvieran complicaciones (15% de las mujeres embarazadas). Si un programa cada vez más brinda servicios que salvan vidas, y los datos por servicios están bien recopilados, entonces la Necesidad Satisfecha deberá incrementarse, lo que significa que una proporción creciente de mujeres que necesitan servicios obstétricos de emergencia los obtienen.

El numerador de la Necesidad Satisfecha es el número real de mujeres con complicaciones obstétricas graves atendidas en los servicios COEm. La recopilación de datos de las complicaciones es algo nuevo en los establecimientos COEm (la Pregunta 3 muestra las definiciones de las complicaciones).

El denominador de la Necesidad Satisfecha es una estimación del número de mujeres que se espera tengan complicaciones en cierta área. ¿Cómo podemos averiguar cuántas mujeres van a tener una complicación? La OMS estima que en una población de mujeres embarazadas, al menos 15% se espera que sufra una complicación obstétrica grave.¹² Por lo tanto, el denominador se calcula multiplicando este 15% por el número estimado de nacimientos anuales.

Ejemplo:

El administrador de un proyecto recientemente ha incorporando mejoras a los servicios COEm en seis establecimientos de un distrito. Al revisar los datos del año anterior en todos los establecimientos, se da cuenta que un total de 460 mujeres con complicaciones obstétricas graves fueron atendidas en los establecimientos durante el año. Este es el numerador.

Él calcula el número esperado de complicaciones en la población de la siguiente manera: Primero, multiplica el número de personas en su distrito (439.800) por la tasa de natalidad de la región, 36 por 1000. No existe la tasa de natalidad de este distrito, pero él estima que es más o menos igual a la tasa regional. El número esperado de partos en el distrito es de $439.800 \times 0,036$ o sea, 15.833. Él sabe que puede esperar que 15% de estas mujeres sufran una complicación del embarazo, por lo cual multiplica 15.833 por 0,15 y obtiene 2.375, que serán las complicaciones esperadas. Este es el denominador.

¹² Ver la *Guía* para obtener mayor información sobre este punto.

Luego, calcula la Necesidad Satisfecha dividiendo el número real de mujeres con complicaciones atendidas en el establecimiento, entre el número esperado de mujeres con complicaciones, o sea, 460/2375.

Numerador: complicaciones atendidas en el establecimiento **460**
_____ = 0,19 x 100 = 19%

Denominador: número esperado de complicaciones **2375**

Entonces multiplica 0,19 por 100 para obtener el porcentaje: la proporción de mujeres que necesitaron COEm y recibieron tratamiento es de 19%. En otras palabras, la Necesidad Satisfecha es solamente 19%, mientras que debería ser por lo menos 100%. Al principio encuentra que esto es algo desalentador, ya que le gustaría que todas las mujeres con complicaciones fuesen atendidas. Sin embargo, cuando revisa la situación antes del proyecto, se da cuenta que solamente un 5% de las mujeres con complicaciones fueron atendidas antes de iniciar el proyecto; por lo cual sí ha habido una mejoría notable. Él estimula a sus empleados a continuar con sus esfuerzos.

Es importante recordar:

- Niveles: nacional / regional / distrital (rastreo del progreso en todos los establecimientos de esas zonas): El numerador incluye todas las mujeres con complicaciones obstétricas directas atendidas en el establecimiento.
- Nivel de establecimiento (rastreo del progreso en un establecimiento individual): Los administradores del establecimiento deben contar a todas las mujeres con complicaciones que se han estabilizado en el establecimiento, aun si necesitan ser referidas a otro establecimiento para recibir atención adicional, como cesárea o transfusión sanguínea.
- Cuando se cuenta a las mujeres con complicaciones, se cuenta a la *mujer*, aun cuando ella tenga múltiples complicaciones.

Cálculo del Indicador 5: cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos.

La tasa de cesáreas permite comparar la proporción de mujeres en una población que dan a luz mediante cesárea, en el rango de tasas considerado apropiado al nivel de población (entre 5% y 15% de todos los nacimientos).¹³ El numerador, el número de mujeres con cesárea, a menudo procede directamente de los registros del quirófano. El denominador es el número esperado de nacimientos en la población. (Es importante notar que el denominador **NO** es el número de nacimientos en un establecimiento.

¹³La *Guía* usa el rango de 5-15% como la proporción de complicaciones que requieren cesárea entre un grupo de mujeres que dan a luz. Por debajo del 5% indicaría que las mujeres mueren o sufren incapacidad debido a que no reciben atención apropiada; arriba del 15% puede indicar que se practica la cesárea a las mujeres por otras razones que las estrictamente requeridas por causa médica, o indicación fetal.

Algunos establecimientos de referencia pueden necesitar realizar más del 15% de nacimientos por cesárea debido al elevado número de casos complicados que reciben).

Ejemplo:

Para continuar con el ejemplo anterior, el administrador del proyecto observa que 140 mujeres fueron sometidas a cesárea en el distrito durante el año anterior. Él sabe, por el cálculo efectuado de la Necesidad Satisfecha, que el número esperado de nacimientos anuales en el distrito es de 15.833. Por lo tanto, divide el número real de cesáreas llevadas a cabo, entre el número de todos los nacimientos en la población, y multiplica esta cifra por 100 para obtener el porcentaje de cesáreas que se realizan.

$$\frac{\text{Numerador: cesáreas en el distrito } \mathbf{140}}{\text{Denominador: número de partos anuales } \mathbf{15.833}} = 0,0088 \times 100 = 0,88\%$$

Denominador: número de partos anuales **15.833**

Él se da cuenta de que 0,88% de las mujeres en el distrito fueron sometidas a cesárea. Como quiera que la *Guía* establece un mínimo de 5% (y un máximo de 15%), él sabe que la tasa en su distrito está muy por debajo de la tasa mínima de cesáreas que quisiera fuesen efectuadas en su distrito. Da los pasos necesarios para seguir investigando con los administradores de hospitales del distrito. Él quiere quitar las barreras que impiden este servicio, tan esencial, pero sin fomentar cirugías innecesarias.

Es importante recordar:

- Deben contarse todas las cesáreas (de emergencia y electivas).

Indicador 6: Tasa de Letalidad

El último indicador de proceso, la tasa de letalidad, brinda una indicación aproximada sobre la calidad de la atención que reciben las mujeres en un establecimiento. El numerador para la tasa de letalidad es el número de muertes maternas directas en los establecimientos COEm y el denominador es el número de casos complicados que se atienden en los establecimientos COEm. La *Guía* recomienda que el nivel máximo aceptable de la tasa de letalidad sea de 1%.

La tasa de letalidad se calcula e interpreta mejor al nivel del establecimiento. (Para mayor información sobre la interpretación de las tasas de letalidad, ver la Pregunta 16).

Ejemplo:

El director médico de un hospital distrital examina los datos anuales y observa que hubo 6 muertes maternas entre 735 mujeres con complicaciones obstétricas directas. Investigando más a fondo, se da cuenta que una de las muertes ocurrió por malaria, que no es una causa de muerte obstétrica directa (ver Pregunta 10). Por lo tanto, calcula la tasa de letalidad del establecimiento como $6/735 \times 100$, o 0.68%.

Numerador: muerte obstétrica directa **5**
_____ = 0,0068 x 100 = 0,68%

Denominador: casos complicados en el establecimiento **735**

Al director médico le complace ver que menos del 1% de las mujeres con complicaciones en el hospital muere, especialmente porque el hospital atiende a muchas mujeres con emergencias. Piensa compartir esta información con el resto del personal, pero continuará efectuando auditoria clínica periódicamente para mejorar aún más la calidad de la atención en el hospital (ver la Pregunta 17 sobre otros instrumentos disponibles para el análisis de la calidad de la atención).

Algunos establecimientos hallan útil el calcular las causas específicas de la tasa de letalidad con el fin de comprender mejor cuáles son las complicaciones que son potencialmente mortales en sus entornos. Esto puede ayudar a los administradores y clínicos a mejorar la calidad de la atención, o puede señalar la necesidad de informar a la comunidad acerca de las señales y síntomas de complicaciones específicas potencialmente fatales que es necesario traer al establecimiento de manera oportuna.

Es importante recordar:

- El numerador consiste solamente de las muertes maternas debidas a complicaciones obstétricas directas
- El denominador consiste solamente de las mujeres con complicaciones obstétricas directas
- Interprete este indicador con cuidado... (Ver Pregunta 16).

Una palabra acerca de los denominadores

Algunas personas con poder de decisión (administradores de proyectos, autoridades provinciales de salud, asesores técnicos) en cuanto a los COEm encuentran útil ajustar anualmente la población en un área dada para reflejar el incremento o descenso demográfico debido a los nacimientos, las muertes, o la migración. Esta cifra de población sirve como el denominador para el cálculo de cuatro de los seis Indicadores de Proceso de la ONU (Indicadores 1, 3, 4 y 5). Si los programas están interesados en hacer tal ajuste, tienen los recursos para ello, y tienen confianza suficiente en el estimado anual demográfico local, pueden hacerlo. No obstante, en un período de tiempo relativamente corto (de tres a cinco años) esto no se requiere. El pequeño cambio en el denominador resultante del estimado demográfico ajustado no es probable que cambie sustancialmente la estimación de los Indicadores de Proceso 1,3,4 y 5, y, especialmente no es probable que cambie su significado o la importancia de la salud pública. Debe buscarse un equilibrio entre el trabajo adicional y el nivel de complicación que entraña el ajuste demográfico, y el deseo de tener la cuantificación más exacta del cambio en el cuidado obstétrico de emergencia, disponibilidad y

utilización de los servicios a través del tiempo. De hacerse el ajuste demográfico, debe indicarse claramente la manera como fue efectuado.

Una palabra acerca de los establecimientos “no COEm”

Los seis Indicadores de Proceso se calculan utilizando los datos de los establecimientos que califican como establecimientos COEm, tal como se define en la P.2. Ocasionalmente, en el contexto de un proyecto, los Indicadores de Proceso se calculan en aquellos establecimientos que subirán a la categoría de COEm mientras dure el proyecto. Sin embargo, esto es la excepción. Es importante comprender que estos indicadores monitorean el progreso de la disponibilidad y utilización de los servicios COEm, pero no de todos los servicios de maternidad.

Algunos administradores de proyectos querrán conocer el “panorama amplio” de todos los servicios de maternidad en un área. Pueden querer conocer cuántos nacimientos tienen lugar en todos los establecimientos de maternidad, no solamente los que califican como COEm. Igualmente, pueden querer conocer si algunas complicaciones obstétricas son atendidas en los establecimientos que no son COEm. Estos administradores pueden querer recoger datos de los establecimientos que no son COEm y mostrarlos al lado de los datos de los establecimientos que sí son COEm.

Como ejemplo, vea los cuadros que se presentan a continuación y que muestran los datos de la evaluación de necesidades realizada en Senegal en 2001, emprendida por el Gobierno de Senegal y FNUAP, y publicada en la revista médica *International Journal of Obstetrics and Gynecology* (2002;76:299-305).

Cuadro 5: Proporción de Nacimientos en establecimientos COEm

Tipo de Establecimiento	Número de Nacimientos	Número Esperado de Nacimientos	Proporción	Recomendado
38 COEm	43.770	452.352	9,7%	>15%
Todos los establecimientos encuestados	129.475	452.352	28,6%	

Solamente 38 de los 172 establecimientos visitados suministran COEm Básico o Completo. Si consideramos estrictamente los nacimientos ocurridos en esos establecimientos, solamente 10% de todos los nacimientos tienen lugar donde está disponible toda la gama de los cuidados obstétricos de emergencia. Si se toman en cuenta todos los establecimientos visitados, 29% de todos los nacimientos ocurren en estas instituciones.

Cuadro 6: Necesidad Satisfecha

Establecimiento	Número de Mujeres con Complicaciones Atendidas	Número Esperado de Complicaciones en la Población	Necesidad Satisfecha	Recomendado
38 COEm	7.789	67.853	11.5%	100%
Todos los establecimientos encuestados	13.144	67.853	19.4%	

La proporción de mujeres con complicaciones obstétricas graves que son atendidas en los establecimientos COEm es de alrededor del 12%. Aun si todos los establecimientos se incluyen, solamente 19% de las mujeres que se estima tienen complicaciones graves son atendidas.

Recuerde: Tal como en cualquier esfuerzo de recoger datos, es importante estipular la manera como los datos fueron recopilados.

10. ¿CÓMO SE MANEJAN LAS CAUSAS INDIRECTAS DE MUERTE MATERNA?

Las causas obstétricas indirectas de muerte materna son aquellas enfermedades que se agravan con el embarazo. Las causas indirectas de muerte materna que tienen mayor importancia incluyen malaria, tuberculosis, VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas, y trastornos crónicos como anemia, diabetes, o enfermedades cardíacas. Los Indicadores de Proceso de la ONU recogen datos sobre las complicaciones obstétricas directas, por ejemplo, para estudiar la “Necesidad Satisfecha” de las complicaciones obstétricas directas atendidas. Por lo tanto, sólo los datos relativos a las causas obstétricas directas de muerte materna —aquellas que por lo general pueden ser evitadas por medio de mejores servicios obstétricos de emergencia— deben recogerse.

No obstante, en algunos países, las causas indirectas de muerte materna son un componente muy importante en cuanto al total de la mortalidad materna. Esto es especialmente cierto en lugares donde existe una prevalencia elevada de VIH/SIDA o de malaria. En estas situaciones, puede ser útil a los planificadores de salud pública el recoger información acerca de las causas indirectas de mortalidad materna con el fin de diseñar programas preventivos apropiados.

Si se recogen datos sobre las causas indirectas de muerte materna, estos no deben usarse al calcular los Indicadores de Proceso de la ONU, como “Necesidad Satisfecha” o “Letalidad”, más bien deben reportarse por separado. En las hojas de trabajo de la *Guía* hay un espacio para anotar datos sobre otras muertes maternas. Las causas específicas indirectas bajo monitoreo, deben estar claramente registradas para quienes examinan los reportes de datos.

11. ¿CÓMO RECOPIAMOS DATOS SOBRE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO?

Hay varios asuntos muy importantes concernientes a la recopilación de datos sobre las complicaciones del aborto. Primero, los abortos (y los embarazos extrauterinos), por definición, ocurren en la etapa temprana o mediana del embarazo, en contraste con las complicaciones del parto o del período postparto. Los datos de estas complicaciones pueden perderse a menos que se hagan esfuerzos para recopilar datos del registro colocado en el pabellón donde estas mujeres son atendidas (por ejemplo, en el Pabellón de Mujeres o en el de Ginecología). Es evidente que recopilar datos de un registro de nacimientos o del registro de admisiones en el cuarto de labor o la sala de parto no será adecuado para captar la información de tales eventos. Tal como se ha mencionado anteriormente, una columna para las complicaciones obstétricas puede necesitar ser añadida en el registro apropiado, y el personal del establecimiento debe ser alertado sobre la importancia de recoger datos relacionados con las complicaciones del aborto o de los embarazos extrauterinos.

En segundo lugar, no todos los abortos deben ser incluidos como complicaciones obstétricas graves. Solamente los abortos (espontáneos o inducidos) cuyo resultado sea un problema que pueda poner en peligro la vida. Las complicaciones graves más comunes del postaborto son la sepsis o el sangrado. Algunos proyectos recolectan información (erróneamente) relativa a todos los abortos inducidos y a todos los abortos incompletos, como complicaciones obstétricas. Los administradores de proyectos deben revisar con su personal la definición de las complicaciones del aborto para evitar la notificación excesiva de estos eventos.

En algunos proyectos, el personal puede querer segregar las complicaciones relacionadas con el aborto de otras complicaciones obstétricas al calcular la “Necesidad Satisfecha”. Los datos del numerador, todas las mujeres con complicaciones atendidas en el establecimiento, provienen de los registros del establecimiento. El denominador es un estimado del número de mujeres que se espera tengan complicaciones graves en la región. Si hay muchas complicaciones relacionadas con el aborto (especialmente si se incluyen los abortos no complicados), el indicador de “Necesidad Satisfecha” estará inflado y será difícil interpretar cambios a través del tiempo en cuanto a utilización de los servicios. Se pueden calcular dos proporciones de “Necesidad Satisfecha”, una con todas las complicaciones obstétricas, incluidas las de los abortos, y la otra con todas las complicaciones obstétricas, excluyendo los abortos. Ello mostrará si una gran proporción poco realista de todas las complicaciones graves se deben al aborto (por ejemplo, >50%).

12. ¿CÓMO DEBEN MANEJARSE LAS REFERENCIAS?

Al calcular los Indicadores de Proceso de la ONU “Proporción de todos los nacimientos en establecimientos COEm”, “Necesidad Satisfecha”, y “Cesáreas como porcentaje de

todos los nacimientos”, los datos se recogen en el establecimiento COEm donde tuvo lugar el evento. Esto puede resultar difícil cuando se trata de recoger datos para calcular la Necesidad Satisfecha, puesto que algunas mujeres con complicaciones son atendidas en un establecimiento pero referidas a otro establecimiento para su tratamiento. A continuación algunas normas para manejar los datos de las referencias:

- si una mujer es examinada en un establecimiento y se refiere SIN TRATAMIENTO a otro establecimiento, ella no debe incluirse en los datos del establecimiento que dio la referencia.
- si, por otro lado, la mujer es examinada y estabilizada o parcialmente atendida antes de ser referida, sus datos deberán incluirse en los datos de ese establecimiento bajo complicaciones tratadas. Si después ella acude al establecimiento de la referencia y se le da tratamiento, también será contada en el cálculo de “Necesidad Satisfecha” de este establecimiento.

Comprendemos que algunas mujeres serán incluidas dos veces al calcular la Necesidad Satisfecha –en el establecimiento donde fue estabilizada y atendida parcialmente, y en el establecimiento donde recibió el tratamiento completo. Esto puede ser un problema inevitable ya que enlazar los registros de las mujeres del establecimiento al nivel inferior con los del establecimiento de referencia es muy complicado para hacerse de modo rutinario. Igualmente, no incluir la información de la mujer en el establecimiento COEm Básico donde ella recibió la atención que le salvó la vida antes de ser referida, subestima la función de esa entidad en el proceso de prevenir las muertes maternas.

Si un administrador de proyectos sospecha que las mujeres referidas de un establecimiento a otro no están recibiendo la atención requerida, o –peor aún—mueren en el camino hacia el establecimiento de referencia, ello debe ser abordado como una actividad especial. Los registros de las mujeres referidas de un establecimiento a otro, por ejemplo, durante un mes, pueden ser enlazados a los registros de las mujeres examinadas y tratadas en el sitio de referencia, a fin de determinar si las mujeres son capaces de obtener acceso a la atención de referencia. Pueden elaborarse estrategias de salud pública para abordar los problemas de las mujeres que no reciben atención cuando se las refiere a otro establecimiento.

13. ¿QUÉ PASA SI LAS MUJERES PROCEDEN DE FUERA DE LA ZONA DE CAPTACIÓN?

Tal como se ha mencionado, tres de los Indicadores de Proceso de la ONU – proporción de todos los nacimientos en los establecimientos COEm, necesidad satisfecha de COEm, y cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos– requiere estimar el número de nacimientos en el área para realizar los cálculos. Los establecimientos que brindan excelentes servicios COEm es probable que atraigan a las mujeres con complicaciones obstétricas de una región geográfica más amplia que de una zona de captación (o servicios) mínima del establecimiento o grupo de

establecimientos en una región geográfica. Ello constituye un resultado positivo para mejorar las instalaciones, puesto que muestra que más mujeres se atienden cuando lo necesitan, y que la información de servicios mejorados llega hasta un conjunto más extenso de comunidades.

Si piensa que las mujeres provienen de fuera de su área de captación (o servicios), pero le gustaría estar seguro, puede hacer un examen rápido de su registro de admisiones. Estudie los registros de uno o dos meses recientes. Mire las direcciones de las mujeres y tabule aquellas que proceden de dentro del área de captación, en comparación con las que proceden de áreas remotas. Si le interesan los datos de toda una zona de salud, deberá efectuarlo en todos los establecimientos COEm en esa área de interés. Puede entonces calcular el porcentaje de mujeres fuera de su área que reciben servicios. Este ejercicio puede hacerlo algún miembro del personal que esté familiarizado con los nombres y ubicación de los pueblos y comarcas del área. Un mapa que muestre la zona de captación oficial o área de interés para el establecimiento puede ser de utilidad.

Algunos administradores que usan los Indicadores de Proceso de la ONU expresan inquietud de que si las mujeres proceden de fuera de su área de captación (o sea, fuera de su distrito) sus cálculos no serán correctos. Digamos que usted estima, basado en un estudio pequeño, que 20% de las mujeres que dan a luz en su establecimiento provienen de fuera del área. Usted puede hacer un cálculo del Indicador “nacimientos en establecimientos COEm” usando todos los nacimientos (y mencionando en una nota que usted cree que algunas proceden de fuera del área de captación) y otro cálculo usando solamente 80% de los nacimientos en su numerador. Ambos cálculos separados pueden también hacerse con los Indicadores de Proceso de la ONU “Necesidad Satisfecha” y “Cesáreas”.

Puesto que muchos usuarios no están familiarizados con los Indicadores de Proceso de la ONU, asuntos como éste pueden confundir algunas veces. Una manera de clarificar estas cuestiones es regresar y reformular la pregunta que está tratando de contestar. Por ejemplo, si el único hospital que funciona en el área es el suyo, ¿es realmente importante saber de dónde proceden las mujeres? Al mejorar los servicios, usted está tratando de salvar la vida de las mujeres que no tendrían otro lugar en donde obtener ayuda.

14. ¿POR QUÉ USAR UNA SERIE DE INDICADORES?

Una de las mayores ventajas que una serie de los Indicadores de Proceso de la ONU tienen sobre un solo indicador como la tasa o razón de mortalidad materna, es que pueden explicar el panorama de atención de emergencia materna, y qué cambios a través del tiempo responden al suministro de servicios. Por ejemplo, si usted determina por medio de sus indicadores de cobertura que los servicios están disponibles para las mujeres, pero que la proporción de nacimientos, necesidad satisfecha y cesáreas en el establecimiento son todas bajas, usted sabe que existe alguna barrera no identificada

que impide a las mujeres utilizar los servicios. Usted puede querer realizar grupos de enfoque con mujeres de la comunidad a fin de determinar cuáles son estas barreras.

Si la tasa de cesáreas y de Necesidad Satisfecha es elevada en relación con la proporción de nacimientos en establecimientos Come, usted querrá asegurarse que todas las cesáreas se justifican para preservar la salud y seguridad de la madre y el infante. El mejor escenario para obtener mayor éxito en brindar a las mujeres servicios para salvarles la vida, es incrementar la cobertura, la proporción de partos en establecimientos COEm y la Necesidad Satisfecha, y también aumentar el porcentaje de cesáreas entre 5 y 15%, y que disminuyan las tasas de letalidad.

15. ¿CÓMO PUEDEN LOS INDICADORES DE PROCESOS DE LA ONU SER ÚTILES AL NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO?

El establecimiento que recopila los datos de los servicios obstétricos está en buena posición de observar progresos hacia una mejor calidad y utilización de sus servicios, examinando sistemáticamente las tendencias de los datos. Después de esforzarse en renovar las instalaciones y capacitar al personal, se espera que aumente el uso. Los datos que podrían mostrar más directamente un incremento en la utilización, es el número de nacimientos que ocurren en el establecimiento. Si elabora un gráfico del número de nacimientos por mes durante un período de tiempo, usted espera ver un incremento sostenido.

Sin embargo, lo que usted más desea ver es que ha incrementado el número de mujeres con complicaciones obstétricas utilizando los servicios obstétricos de emergencia que usted les brinda. Por ello, usted desearía elaborar un gráfico del número de mujeres con complicaciones atendidas, y el número de cesáreas. Si usted no observa un aumento en las complicaciones obstétricas atendidas, usted querrá hacer una revisión, tal como el estudio de mejora de calidad que se aborda más adelante (Pregunta 17), con el fin de determinar si existen barreras a los servicios que pueden ser eliminadas mediante cambios en las políticas o procedimientos del establecimiento. Además, puede desear formar un grupo de enfoque comunitario para conocer como percibe la comunidad el establecimiento.

Si la tasa de cesáreas en su establecimiento es muy elevada (de 20% o más), esto puede sugerir que se realizan procedimientos innecesarios lo cual puede estudiarse mediante supervisión, observación o auditoria clínica. De igual manera, si la tasa de cesáreas crece sostenidamente durante muchos meses pero desciende en un período de uno o dos meses, usted puede preguntarse el porqué. Tal vez el anestesista estaba de vacaciones, o el equipo se descompuso. Un examen de los datos, complementado con una buena supervisión, puede identificar problemas que los administradores pueden abordar. Finalmente, un examen minucioso a la tasa de letalidad en el establecimiento, combinado con un análisis del momento de muerte en relación con la hora de arribo, puede ser una herramienta muy útil si se realiza de manera sensible al

impacto que una muerte materna ejerce sobre el personal del establecimiento. (Ver las preguntas 16 y 17 para mayor información).

Elaborar un gráfico del número absoluto de nacimientos, cesáreas, complicaciones y muertes maternas en su establecimiento puede proporcionarle la información crucial necesaria para tomar decisiones acerca de mejorar los servicios para las mujeres. Sin embargo, el personal en algunos establecimientos podrá calcular los Indicadores de Proceso de la ONU usando sus datos, pero saben que ese establecimiento es sólo uno de los muchos que existen en el área, y no saben qué denominador usar para hacer sus cálculos. A continuación algunas consideraciones.

1. Usted puede calcular los indicadores con base a la población del área de captación.
2. Usted puede calcular la contribución de su establecimiento a la Necesidad Satisfecha de las mujeres en su área en cuanto a cuidados obstétricos de emergencia (tomando en cuenta que la necesidad adicional se satisface en los establecimientos vecinos).
3. O, usted puede reunirse con los directores de los otros establecimientos y examinar todas las estadísticas de servicio en su establecimiento durante un año y calcular juntos los Indicadores de Proceso de la ONU. Recuerde, sin embargo, que la mayoría de establecimientos llevan registros del número anual de nacimientos y cesáreas, pero no necesariamente llevan registro de las complicaciones.

16. ¿CÓMO SE INTERPRETA LA TASA DE LETALIDAD?

La tasa de letalidad es una estadística que se debe interpretar con sumo cuidado. Usted quiere que su establecimiento maneje los casos de complicaciones —muchos de ellos graves— y el suministro de ese servicio trae consigo el riesgo de muerte de la mujer. Si usted no recibe a mujeres con complicaciones en su establecimiento, sus casos de letalidad serán bajos, pero al mismo tiempo usted no le brindará servicios a la comunidad. Puede resultar muy desmoralizador para el personal el tratar a las mujeres que llegan al hospital en tal estado de debilidad por la pérdida de sangre, labor obstruida o infección, que mueren poco tiempo después. Si las mujeres mueren después de estar en el hospital durante algún tiempo, bien sea porque la respuesta a la emergencia es muy lenta o existen problemas administrativos (como problemas con el equipo, los suministros, o el personal no cumple con los protocolos de tratamiento), una elevada tasa de letalidad es un llamado a la acción.

También es muy importante notar que si muy pocas complicaciones obstétricas de emergencia son atendidas en un establecimiento, es mejor no calcular la tasa de letalidad; la interpretación no tendría el mismo significado que en un establecimiento con volumen elevado.

17. ¿QUÉ OTRAS HERRAMIENTAS ESTÁN DISPONIBLES PARA ANALIZAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS?

Los datos de servicios obstétricos son más útiles para monitorear la disponibilidad y utilización de los servicios, pero no tanto para monitorear la calidad de atención. Solamente uno de los Indicadores de Proceso de la ONU, el de la tasa de letalidad, directamente aborda la calidad de atención, aun cuando la tasa de cesáreas indirectamente afecta la calidad de atención. Otras herramientas deben usarse habitualmente o cuando se necesitan, para comprender los asuntos que rodean la calidad de atención en un establecimiento, y para las mejoras continuas. Dos herramientas disponibles a los equipos de proyecto son: 1) “Mejorar los Cuidados Obstétricos de Emergencia Mediante la Auditoria Basada en Criterios” (*Improving Emergency Obstetric Care Through Criterion-based Audit*), y 2) “Cuidados Obstétricos de Emergencia: Manual de Liderazgo para Mejorar la Calidad de los Servicios” (*Emergency Obstetric Care: Leadership Manual for Improving the Quality of Services and its Toolkit*), con su Libro de Instrumentos. (Para información de cómo obtener acceso a estos documentos, o pedir copias, visite el portal de AMDD en la Internet: <http://www.amdd.hs.columbia.edu>).

La auditoria clínica basada en criterios puede ser una manera excelente de revisar los procedimientos para manejar las emergencias y compararlos con los objetivos estándar. La auditoria clínica basada en criterios puede usarse en todas o en ciertas complicaciones obstétricas, en cuestiones administrativas como son la prevención de infecciones, o en cuestiones relacionadas con los derechos humanos en el entorno del establecimiento, tal como la transparencia de la estructura de las tarifas del establecimiento. Este enfoque puede volver menos amenazador el ejercicio. El personal puede discutir cómo mejorar su respuesta a las emergencias, y la administración puede identificar las barreras que impiden servicios eficientes.

“Mejorar la Atención de Emergencias Obstétricas Mediante la Auditoria Basada en Criterios” (*Improving Emergency Obstetric Care Through Criterion-Based Audit*) es un libro sobre este tema, elaborado por un grupo de asesores técnicos de AMDD y está disponible a los equipos de proyectos. El manual de auditoria proporciona a los establecimientos y administradores de proyectos la información hacia donde dirigirse para encontrar las mejores prácticas en obstetricia y ginecología, y diferencia la “revisión de casos” de la auditoria basada en criterios.

Una nueva publicación de la OMS titulada “*Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*” (*Más Allá de los Números: Examen de las Muertes y Complicaciones Maternas para Hacer Más Seguro el Embarazo*), describe varias metodologías para examinar las muertes y complicaciones maternas con el fin de hacer más seguro el embarazo. Entre las metodologías descritas se cuentan las autopsias verbales, examen de los casos de muertes maternas, indagación confidencial sobre la muerte materna, encuestas sobre morbilidad grave, y auditorias clínicas. (Para ver este documento y obtener información sobre como ordenar copias, sírvase visitar el portal de la ONU <http://www.who.int/reproductive-health>).

El “Manual de Liderazgo para Mejorar la Calidad de los Servicios” (conocido como el proceso MC) proporciona información detallada de cómo realizar un estudio para mejorar la calidad, y suministra las herramientas para emprenderlo. El manual MC está escrito para los proveedores y administradores del establecimiento, y esboza el proceso participativo que incluye a equipos integrados por el personal del establecimiento, involucrado directa o indirectamente, en el cuidado obstétrico de emergencia. Los equipos pueden usar los cuestionarios en el Libro de Instrumentos para revisar sistemáticamente la calidad de la atención que se brinda en el establecimiento, para identificar los problemas que deben abordarse, y para planear acciones que mejoren el funcionamiento del establecimiento. Idealmente, el proceso MC es continuo, con nuevos planes que se elaboran e implementan constantemente, y celebración de los éxitos.

Además de emprender auditorias clínicas y ejercicios de mejoras a la calidad, los establecimientos se beneficiarían si proceden a efectuar revisiones internas periódicas, como revisión de muertes maternas, “casi pérdidas” o casos de mujeres que sobrevivieron a complicaciones sumamente graves, u otras complicaciones en el establecimiento. Estas revisiones pueden emprenderse semanal o mensualmente, o pueden ser revisadas durante el curso de una visita supervisora de apoyo externo. Lo más importante es que estas revisiones se lleven a cabo de manera que no se acuse o se culpe al personal del establecimiento.

REFERENCES:

AMDD. Improving Emergency Obstetric Care Through Criterion-Based Audit. Columbia University, New York, NY. 2002.

AMDD Working Group on Indicators. Program note: Using UN process indicators in emergency obstetric services: Pakistan, Peru and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2002; in press.

AMDD Working Group on Indicators. Program note: Using UN process indicators in emergency obstetric services: Bhutan, Cameroon and Rajasthan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2002; 77(3): 277-284.

Bailey PE, A Paxton. Program note: Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services (Mozambique, Nepal and Senegal). *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2002; 76: 299-305.

EngenderHealth, AMDD. Emergency Obstetric Care: Leadership Manual for Improving the Quality of Services. Working Draft, January 2002.

EngenderHealth, AMDD. Emergency Obstetric Care: Toolbook for Improving the Quality of Services. Working Draft, January 2002.

Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth 3rd edition. Oxford, Oxford University Press. 2000.

Goodburn EA, Hussein J, Lema V, Damisoni H, Graham W. "Monitoring obstetric services: putting the UN guidelines into practice in Malawi. I: developing the system." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001; 74:105-117.

Hussein J, Goodburn EA, Damisoni H, Lema V, Graham W. "Monitoring obstetric services: putting the 'UN Guidelines' into practice in Malawi: 3 years on." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001; 75:63-73.

Maine D. Safe Motherhood Program: Options and Issues. Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, New York, NY, 1991.

Pathak LR, Kwast BE, Malla DS, Pradhan AS, Rajlawat R, Campbell BB. "Process indicators for safe motherhood programmes: their application and implications as derived from hospital data in Nepal." *Tropical Medicine and International Health*. 2000; 5(12):882-90.

UNICEF/WHO/UNFPA Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. UNICEF, New York, NY. 1997.

UNFPA, AMDD. Distance learning courses on population issues, Course 6: reducing maternal deaths: selecting priorities, tracking progress. UNFPA, New York, NY 2002.

Wardlaw T, Maine D. "Process indicators for maternal mortality programmes." In: Safe Motherhood initiatives: critical issues. Oxford: Blackwell Science. 1999.

WHO. "Beyond the Numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer". WHO, Geneva. 2002.

WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (MCPC). World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2000, WHO/RHR/00.7