

¿Qué se oculta detrás del alta contra opinión médica en obstetricia?

Drs. Pedro Faneite A, Milagros Linares, Clara Rivera, María González, Ramón Gómez, Josmery Faneite.

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

RESUMEN

Objetivo: Estudiar las pacientes que egresan contra opinión médica, factores relacionados, establecer causas y hacer sugerencias para una atención obstétrica más efectiva.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo epidemiológico analítico de 205 casos sucedidos durante julio 1999 a julio 2001. Hubo 6 692 egresos obstétricos con una incidencia de 3,06 %

Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Resultados: Las pacientes procedían de barrios 57,07 % (117 casos) 22,91% vivían en los estados Falcón y Yaracuy, 41,53 % (n = 76) eran concubinas y 36,06 solteras (n = 66), 25,85 % de las parturientas tenían 19 años o menos, (53 casos) y 69,28 % (124 casos) no se controló el embarazo. El diagnóstico de ingreso fue: aborto (50,24 %-103 casos), trabajo de parto (13,65 % - 28 casos) y retención de restos (8,78 % - 18 casos). El 70,73 % (n= 145) eran multigestas y en 73,17 % se realizó curetaje uterino. Los meses de mayor egreso fueron julio-agosto 36,63 % (n =71) y noviembre-diciembre 27,80 % (n = 57) el día de la semana viernes 28,78 % y sábado 28,78 %, la hora 7 am -1 pm. 53,65 %.

Conclusión: Detrás del alta contra opinión médica se oculta principalmente el aborto en todas sus facetas y problemática familiar, educativa, social, moral, lo que obliga a redoblar esfuerzos integrales.

Palabras clave: Alta contra opinión médica. Obstetricia.

SUMMARY

Objective: To study patients that leave against medical advice, related factors, to establish causes and to make suggestions for a more effective obstetric attention.

Method: Analytical, epidemiological, retrospective and descriptive study of 205 cases happened during July 1999 to July 2001. Of 6 692 obstetric discharges there was an incidence of 3.06 %.

Setting: Department of Obstetric and Gynecology, "Dr. Adolfo Prince Lara" Hospital, Puerto Cabello, Carabobo State.

Results: The patients proceeded 57.07 % from neighborhoods; 22.91 % lived in the Estado Falcon and Yaracauy, 37.07 % were concubines and 32.19 single; 38.14 % had between 20-24 years ad 25.85 % 19 year-old or less, and 69.28 % didn't control the pregnancy. In family records highlighted the arterial hypertension (28.98%) and diabetes (26.81 %); in personal records the previous cesarean operation (19.83 %) and miscarriage (19 %); and in the admission diagnosis, the abortion (50.24 %), labor (13.65 %) and to retain of remains (8.78 %). 59.51 % was high gravity, 70.73 % pregnancy age 22 weeks and less, and in 73.17 % were carried out uterine curettage. The most frequent months were July-August 34.63 % and November-December 27.80 %; the day of the week Friday 28.78 % and Saturday 28.78 %; the hour 7 a.m.-1 p.m. 53.65 %.

Conclusion: Behind the leave against medical opinion hides mainly the abortion with all their facts and family, educational, social, morals problems, everything forces to double integral efforts.

Key words: Leave against medical opinion. Obstetrics.

INTRODUCCIÓN

Evaluar el acto médico es uno de los pasos fundamentales de la medicina; esto es recogido en un instrumento básico como es la historia médica.

Ella se inicia con los datos epidemiológicos, antecedentes, motivo de ingreso, una descripción del proceso morboso, examen físico y concluye con un diagnóstico, indicando exámenes o estudios complementarios y tratamiento. Pero, con cierta frecuencia observamos que las pacientes abandonan el hospital

Recibido: 28-12-01

Aceptado para publicación: 20-01-02

sin que el médico le haya dado de alta, lo cual implica la falta de una evaluación final, de donde se desprende un último diagnóstico, tratamiento para su hogar si es necesario y controles ambulatorios de acuerdo al caso.

Todo conlleva a que se interrumpa o no se cumpla en totalidad el proceso de la atención médica. Esta situación nos ha llamado siempre la atención dado que la historia queda sin diagnóstico final acompañado de su acto médico respectivo, se plantean dudas de la conformidad de la atención prestada, y no podemos justipreciar la calidad de estas historias.

En nuestro país esta situación no ha sido evaluada, en publicaciones internacionales se reporta en hospitales generales (1-4), en pacientes atendidos en emergencia (5,6), en pacientes alcohólicos (7), tratamiento psiquiátrico (8-10), cardiológico (11) y recientemente hemos encontrado una referencia en pacientes obstétricos en un hospital norteamericano (12); esta última nos estimuló a profundizar la inquietud y a realizar un análisis de estas pacientes y su resultado perinatal.

La importancia de este trabajo está en que permitiría conocer factores presentes en la atención obstétrica, se podrían dictar medidas educativas a las pacientes y además podemos realizar correctivos del acto obstétrico.

Nos planteamos como objetivo general conocer las causas de la alta médica obstétrica, su consentimiento médico y de una manera específica, conocer los factores personales maternos, determinar razones relativas a la atención del personal, establecer las condiciones institucionales relacionadas, evidenciar el resultado perinatal, establecer los correctivos pertinentes.

MATERIAL Y MÉTODO

El universo de estudio lo integran pacientes asistidas en el hospital que fueron evaluadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología. De ellas se obtuvo a través del Departamento de Historias Médicas las clasificadas como alta en contra opinión médica (COM) durante julio 1999 a julio 2001.

Es un estudio descriptivo retrospectivo epidemiológico analítico de 205 casos que abandonaron el hospital contra opinión médica de un total de 6 692 egresos obstétricos con incidencia de 3,06 %.

A cada una de ellas se les hizo una revisión detallada de su historia. Los datos son agrupados en factores (procedencia, estado geográfico de

residencia, educación, estado civil, edad materna), antecedentes (control prenatal, antecedentes familiares, antecedentes personales y diagnóstico de ingreso), situación obstétrica (gestaciones, edad del embarazo y condición), característica cronológica (mes, día de la semana y hora del alta).

Todos los datos son recabados en fichas y vaciados en cuadros de distribución de frecuencia para el análisis respectivo.

RESULTADOS

En el Cuadro 1, resumimos los factores. La mayoría de las pacientes procedían de barrios (n = 117) 57,07 % y sólo 45 pacientes (21,95 %) era del medio rural; el 22,92 % (47 casos) vivían en otros estados. El nivel educacional de 193 pacientes conocido fue secundaria (56,47 % n = 109 casos), el estado civil se conoció en 183 casos y la edad materna son descritos en el cuadro.

El Cuadro 2, presenta los antecedentes. El 69,28 % (n = 124) no se controló el embarazo calculado sobre 179 historias en que se aprecia este dato. En antecedentes familiares destacó la hipertensión arterial y diabetes, en los personales la cesárea previa, aborto e hipertensión arterial y en el diagnóstico de ingreso, el aborto (50,24 % n = 103).

La situación obstétrica es mostrada en el Cuadro 3. Hay que resaltar que el 70,73 % (n = 145) tenían menos de 22 semanas de gestación y en el 73,17 % (n = 150) se le realizó curetaje uterino. Además en 128 casos (62,43 %) se realizó laboratorio y/o ecografía.

En el Cuadro 4 se presentan las características cronológicas del alta en contra opinión médica obstétrica. Los meses más frecuentes fueron julio-agosto 34,63 % (n = 71) noviembre-diciembre 27,80 %, n = 57, el día de la semana viernes 28,78 % y sábado 28,78 % 59 casos cada uno, la hora 7 am - 1 pm 53,65 % n = 110 y 2 am - 6 am 25,85 % (n = 53).

DISCUSIÓN

Las diversas organizaciones nacionales e internacionales encargadas de velar por la salud han planteado con insistencia, que ante las altas cifras de mortalidad materna y perinatal es necesario mejorar los planes de salud, y dentro de ello es conveniente evaluar la calidad del servicio que se presta. El instrumento donde se plasma todo el acto médico es la historia clínica. Se ha repetido hasta la saciedad que la calidad de la historia es el reflejo de

ALTA EN CONTRA OPINIÓN MÉDICA

la asistencia médica dada en un determinado centro de salud.

Cuadro 1
Factores

Procedencia		Estado		Educación		Estado civil		Edad materna
No	(%)	No	(%)	No	(%)	No	(%)	(años)
Barrio		Carabobo		Primaria*		Soltera**		≤ 14
117	(57,07)	158	(77,07)	61	(31,60)	66	(36,06)	3 (1,47)
Rural		Falcón		Secundaria		Concubina		15 – 19
45	(21,95)	32	(15,60)	109	(56,47)	76	(41,53)	50 (24,39)
Urbanización		Yaracuy		Universitaria		Casada		20 – 24
43	(20,97)	15	(7,31)	14	(7,25)	41	(22,4)	78 (38,14)
				Analfabeta				25 – 29
				9 (4,66)				43 (20,97)
								30 – 34
								10 (4,87)
								35 – 39
								14 (6,82)
								40 y más
								7 (3,41)

*en 193 casos. **en 183 casos.

Cuadro 2
Antecedentes

Control prenatal		Antecedentes familiares		Antecedentes personales		Patología de ingreso	
Nº	(%)*	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
55	Si (30,72)	40	Hipertensión** (28,98)	24	Cesárea ant.*** (19,83)	103	Aborto (50,24)
124	No (69,28)	37	Diabetes (26,81)	23	Aborto (19,00)	28	Trabajo parto (13,6)
		19	Cardiopatías (13,76)	21	Hipertensión (17,35)	18	Retención restos (8,78)
		12	Asma (8,69)	10	Infección urin. (8,26)	10	Anemia (4,87)
		12	Gemelar (8,69)	8	Alergias (6,61)	10	Hipertensión (4,87)
		18	Otros (13,04)	35	Otros (28,92)	36	Otros (17,55)

*El control prenatal se calculó sobre 179 casos registrados.

**conocido en 138 casos.

***conocido en 121 casos.

Cuadro 3
Situación obstétrica

Gestaciones		Edad embarazo (Semanas)		Condición	
Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
I		22 y menos		Curetaje	
60	(29,26)	145	(70,73)	150	(73,17)
II – VII		23 – 36		Retención restos	
122	(59,51)	38	(18,53)	10	(4,87)
VIII y más		37 – 41		Parto prematuro	
23	(11,21)	19	(9,26)	16	(7,80)
		42 y más		Embarazo	
		3	(1,46)	10	(4,87)
				Otros	
				19	(9,27)

Cuadro 4
Característica cronológica

Mes		Día		Hora	
Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Enero – Febrero		Lunes		7 a.m. – 1 p.m.	
30	(14,63)	19	(9,26)	110	(53,6)
Marzo – Abril		Martes		2 p.m. – 7 p.m.	
15	(7,31)	11	(10,24)	21	(10,24)
Mayo – Junio		Miércoles			
19	(9,26)	11	(5,36)		
Julio – Agosto		Jueves		8 p.m. – 1 a.m.	
71	(34,63)	24	(11,70)	21	(10,24)
Septiembre-Oct		Viernes		2 a.m.-6 a.m.	
13	(6,34)	59	(28,78)	53	(25,85)
Noviembre – Dic.		Sábado			
57	(27,8)	59	(28,78)		
		Domingo			
		12	(5,85)		

Llama la atención que a nivel mundial, y por supuesto en nuestro medio, no se presta atención a las pacientes que abandonan un determinado centro de salud contra opinión del médico, una vez que cumple con todos los requisitos legales para su ingreso, y todos sabemos lo difícil y diversos que son y que debe llenar para ocupar la cama de un hospital, tener acceso a la atención médica y a los diversos servicios que se ofrecen. Las razones de esta aparente indiferencia de los organismos dispensadores de salud e investigadores a no estudiar este

problema puede ser diversa, pues a fin de cuenta van a disponer de una cama más. ¿Será porque los costos operativos de atención serán menores?, o tal vez ¿Por qué los encargados de prestar la atención se están librando de una responsabilidad asistencial con esa actitud del paciente? Bien sea una u otra razón el hecho es que estamos ante una realidad que decidimos analizarla.

Queremos enfatizar que en todos los países y hospitales este fenómeno está presente. En la bibliografía revisada el hecho es reportado con mayor frecuencia en hospitales y revistas científicas psiquiátricas (7-10), otros centros evaluados son las emergencias (5,6), y los hospitales generales (1-4) y hasta en atención de cardiología (11). ¿Pero qué tienen en común los hallazgos de estos trabajos?. Las razones argüidas están en el contexto de problemas de conducta y circunstancia emocional, así tenemos que en los hospitales psiquiátricos refieren además juventud, alcoholismo, inestabilidad familiar; en la emergencia droga y alcoholismo, y el centro cardiológico acusan uso de alcohol, drogas y labilidad emocional, lo fue al fin de cuenta está reflejando un entorno psico-afectivo de fondo, que justifica hasta cierto punto esa postura de abandonar un centro sin esperar una última palabra de recomendación y tratamiento, como un juicio racional lo señalaría.

Una de las áreas que está menos estudiada es la obstétrica, encontramos sólo un trabajo (12), este fue el que nos reafirmó el entusiasmo en abordar el tema. De un total de 13 655 pacientes atendidas encontraron 82 altas COM, lo que da una incidencia de 0,6 % en ese centro obstétrico; en nuestro trabajo se obtuvo una incidencia de 3,06 %.

Pretender comparar los factores que se encuentran detrás de bastidores con el trabajo norteamericano no es valedero, son realidades y situaciones distintas. Pero sin embargo es el único que hemos encontrado en el área obstétrica. Veamos.

Shumway y col. (12) en el hospital de la Escuela de Medicina de St. Louis, refiere que en las pacientes prevalecieron las siguientes características: jóvenes (promedio 24 años), desempleadas (85 %), no casados (85 %), pobreza socioeconómica (32,7 %), educación baja (63 %), cuidado tardío prenatal (67 %), no control prenatal (16 %), consumo de tabaco (54 %), se destacó la prematuridad y bajo peso fetal. Como puede observarse hay diversos factores: personales, educación, social y económicos que dan como producto un neonato prematuro de bajo peso.

En nuestra revisión las pacientes procedían de barrios y medio rural fundamentalmente, una de cada cinco de estados vecinos. Tienen un nivel educativo medio la mitad, pero un 77 % no es casada, una cuarta parte menor de 19 años. Esto nos refleja una debilidad de madurez y responsabilidad. Si analizamos el embarazo, 60 % eran multíparas y 30 % primigestas, no controlado el 70 %, terminó el mismo en aborto y curetaje en más del 70 % de los casos. Hasta aquí serían los detalles personales y médicos del paciente.

Pero hay más, son las circunstancias íntimas del alta en contra opinión médica mostradas como la característica cronológica. La misma se efectúa en horas donde hay menos personal trabajando y menor vigilancia, horas del amanecer, días festivos y los meses de mayor festividad popular o lapsos vacacionales.

Este momento de la discusión obliga a integrar las diversas facetas de este trabajo. Se ha revelado al aborto y curetaje del fin de semana, de días y meses festivos o vacaciones o vacacionales como la causa médica, y la paciente consultante como una joven, no casada con nivel educativo medio que viene de región no urbana.

Es una realidad un viejo problema oculto, muy discutido, pero poco abordado en todo su contexto. Es el multifacético análisis de aborto, con ángulos familiares, educativos, medios, sociales, ético, legal, culturales, religiosos, paternidad responsable, etc.

Como puede verse los hallazgos de este trabajo se relacionan con los reportes internacionales del alta en COM, en efecto, hay una problemática afectiva, socioeducativa, económica y familiar, que va a resolver al hospital, con una brevedad de estadía que obliga a salir lo antes posible.

Debemos ser sinceros en nuestras recomendaciones, ellas extralimitan los contornos de la medicina obstétrica. Implica educación familiar, responsabilidad ciudadana, paternidad responsable. Acciones de estado de salud, al promover y facilitar los centros de planificación familiar con un criterio bien entendido. El consejo oportuno a los jóvenes y su responsabilidad de su sexualidad, campaña educativa de la gestante juvenil y sus derivaciones.

Orientación y captación de la paciente que asiste a los centros con problemas de aborto y embarazo no deseado. Discusión abierta e inteligente del aborto y sus consecuencias. Es finalmente conveniente continuar la investigación sobre el tema, es probable que en otro centro la problemática sea distinta, y las acciones a emprender diferentes.

REFERENCIAS

1. Ludviksson B, Griffin J, Graciano F. Munchausen's syndrome: The important of a comprehensive medical history. *Wis Med J* 1993;92:128-129.
2. Jeremiah J, O'Sullivan P, Stein M. Who leaves against medical advice?. *J Gen Intern Med* 1995;10:403-405.
3. O Hara D, Hart W, McDonald I. Leaving hospital against medical advice. *J Quat Clin Pract* 1996;16:157-164.
4. Saitz R, Ghali WA, Moskwitz MA. The impact leaving against medical advice on hospital resource utilization. *J Gen Intern Med* 2000;15:103-107.
5. Dubow D, Propp D, Narasimhan K. Emergency department discharges against medical advice. *J Emerg Med* 1993;11(3):333.
6. Camel A, Amital H, Shemer Y, Sahar A. Why do the leave? Clinical characteristics of patients who leave the emergency room against medical advice. *Harefuon* 1998;134:445-449.
7. Amenian S, Chutupape M, Stitzer M. Predictors of discharges against medical advice from a short-term hospital detoxification unit. *Drug Alcohol Depend* 1999;56:1-8.
8. Kecmanovic D. Patients discharged against medical advice from a lock-and-key psychiatric institution. *Int J Soc Psychiatry* 1975;21:271-281.
9. Planasky K, Johuston R. A survey of patients leaving a mental hospital against medical advice. *Hosp Community Psychiatry* 1976;27:865-868.
10. Senior N, Kiev P. Can we predict the patient who leaves against medical advice? The search for a method. *Psychiatric Hosp* 1986;17:33-36.
11. Ochitill H, Havasy B, Bryd R, Peter R. Leaving a cardiology service against medical service. *J Chronic Dis* 1985;38:79-84.
12. Shumway J, Amon E, Holcomb W, Mostello D, Schwartz. Leaving the hospital "Against medical advice": Obstetric outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(S),abstract 495:156.

Correspondencia a: Dr. Pedro Faneite
 Dirección: Urbanización Rancho Grande, Calle 45,
 cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo.
 Correo electrónico : faneitep@telcel.net.ve.