

31261



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES IZTACALA



***“Aspectos operativos del Servicio de
Ginecoobstetricia de un hospital público con alto
porcentaje de nacimientos por cesárea”***

***Tesis que para obtener el grado de:
Maestra en Investigación de Servicios de Salud***

Presenta:

M.C. María Elena Reyes Gutiérrez

DIRECTORA DE TESIS:

M. en I.S.S. Pilar Castillo Nava

REVISORES:

M. en I.S.S. Héctor González Díaz

M. en I.S.S. Salomé Grajeda

Ph. D. in E. Mario E. Arceo Guzmán

M. en I.S.S. Juan Pineda Olvera



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

*“Aspectos Operativos del Servicio de
Ginecoobstetricia de un hospital público con alto
porcentaje de nacimientos por cesárea”.*

AGRADECIMIENTOS

*Con mi gran aprecio, agradezco al **Dr. Mario Enrique Arceo** la motivación que ejerció en mí para poder retomar y concluir esta tarea. Gracias por interesarse y apoyarme permanentemente en mi desarrollo profesional.*

*Mi profundo agradecimiento para los Maestros **Pilar Castillo y Héctor González** por sus tiempo, consejos, sus ánimos y su apoyo, sin el cual no hubiera sido posible lograrlo...*

*A mis amigos recuperados: **Juan y Salomé** pues esta conclusión me ha permitido reencontrarlos, gracias por apoyarme en la revisión de mi trabajo, por animarme y por estar ahí, procuraré no volver a perderlos...*

DEDICATORIA

Para mi madre, mi esposo y mis hijos, sin cuyo apoyo invaluable, cariño y tiempo no hubiera sido posible la conclusión de esta tarea; a ellos dedico este esfuerzo y mi trabajo cotidiano, con el deseo de ser cada día mejor...

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo excepcional.

NOMBRE: Mo. Elena Reyes

FECHA: 14-Jun-2004

FIRMA: 

ÍNDICE

	PÁGINA
INDICE DE CUADROS Y FIGURAS	5
RESUMEN	7
1 INTRODUCCIÓN	8
2 MARCO TEÓRICO	9
2.1 La operación cesárea.	9
2.1.1 Antecedentes históricos	9
2.1.2 Liberalización de su uso	12
2.1.3 Tendencia en su utilización y sus consecuencias	13
2.1.3.1 Comportamiento del indicador de cesáreas en el Estado de México y en el Hospital Dr. Nicolás San Juan	17
2.1.4 Estrategias nacionales para el reconocimiento del problema y para la reducción de su uso indiscriminado	19
2.1.4.1 Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea	20
2.1.4.2 Sistema de Monitoreo y Seguimiento del Indicador.	20
2.1.5 Clasificación para fines de estudio de las características operativas del Servicio de Ginecoobstetricia relacionadas con un alto porcentaje de uso de cesáreas.	21
2.1.6 Generalidades clínicas de la operación cesárea	22
2.1.7 Hospital General Dr. Nicolás San Juan.	25
3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
4 JUSTIFICACIONES	28
4.1 Estratégica	
4.2 Técnica	
4.3 Normativa	
4.4 Científica	

5	HIPÓTESIS	30
	5.1 Elementos de la Hipótesis	
	5.1.1 Unidad de Análisis	
	5.1.2 Variables	
	5.1.2.1 Variable Dependiente	
	5.1.2.2 Variable Independiente	
	5.1.3 Elementos lógicos o de relación	
6	OBJETIVOS	31
	6.1 General	
	6.1 Específicos	
7	MATERIAL Y MÉTODOS	32
	7.1 Tipo de estudio	32
	7.2 Límite de espacio	
	7.3 Límite de tiempo	
	7.4 Diseño del estudio	
	7.5 Operacionalización de variables	33
	7.6 Universo de trabajo	35
	7.6.1 Criterios de inclusión	35
	7.6.2 Criterios de eliminación	35
	7.7 Instrumentos de investigación.	35
	7.7.1 Descripción	
	7.7.2 Validación	
	7.7.3 Aplicación	
	7.8 Material	37
	7.9 Diseño estadístico	37
8	RESULTADOS	38
9	DISCUSIÓN	61
10	CONCLUSIONES	64
11	SUGERENCIAS	67
12	BIBLIOGRAFÍA	69
13	ANEXOS	74

INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

CUADROS

Numero	Titulo	Página
1	<i>Incremento de las cifras de cesárea en diferentes países.. Años 1968 a 1998</i>	13
2	<i>Complicaciones de la cesárea con relación al parto vaginal. Año 2001</i>	14
3	<i>Hospitales con porcentajes de cesáreas superiores al 25 %. Estado de México 1998-2000</i>	18
4	<i>Eventos Obstétricos. Hospital Dr. Nicolás San Juan. 1998- 2000.</i>	19
5	<i>Recursos Humanos por tipo, Servicio de ginecoobstetricia Hospital Nicolás San Juan .</i>	26
6	<i>Instrumentos de investigación</i>	36
7	<i>Casos de cesárea por mes según justificación de su indicación. Hospital público, SSA, Estado de México. 1998- 2002.</i>	39
8	<i>Indicación por la que fue realizada la cesárea, según su justificación en el expediente. Hospital público, SSA, Estado de México. 1998-2002.</i>	40

FIGURAS

Numero	Título	Página
1	<i>Nacimiento de esculapio según la Mitología Griega</i>	10
2	<i>Indicador de cesáreas en instituciones del Sistema Nacional de Salud. 1995-1999</i>	16
3	<i>Tendencia del indicador de cesáreas Secretaría de Salud 1990-2000</i>	16
4	<i>Evolución del indicador de cesáreas. Instituto de Salud del Estado de México. 1995 – 2000.</i>	17
5	<i>Porcentaje de cesáreas con relación al total de nacimientos 1998-2002</i>	38
6	<i>Cesáreas de acuerdo a la justificación de su indicación</i>	39
7	<i>Indicación por la que fue realizada la cesárea</i>	41
8	<i>Cesáreas por tipo de indicación de acuerdo a su justificación en el expediente</i>	42
9	<i>Recurso humano responsable de la decisión quirúrgica en ausencia de un Ginecoobstetra adscrito</i>	43
10	<i>Forma en la que se establecen los criterios de manejo clínico de las pacientes obstétricas</i>	44
11	<i>Requisitos para que a un medico residente le sea permitido realizar una cesárea</i>	45
12	<i>Uso y llenado del partograma</i>	47
13	<i>Uso y llenado del partograma de acuerdo a la justificación de su indicación</i>	48
14	<i>Existencia en el expediente de hojas de referencia / contrarreferencia</i>	49
15	<i>Frecuencia de realización de Segunda Opinión en los casos de cesárea</i>	50
16	<i>Cesáreas con oclusión tubaria bilateral transoperatoria con relación al total</i>	51
17	<i>Relación de cesáreas con oclusión tubaria bilateral transoperatoria de acuerdo a la justificación de su indicación</i>	51
18	<i>Cesáreas en mujeres primíparas con relación al total</i>	52
19	<i>Mujeres primíparas por grupo de edad cuyo embarazo fue resuelto mediante cesárea de acuerdo a la justificación de su indicación</i>	53
20	<i>Mujeres con una o dos cesáreas previas cuyo embarazo fue resuelto quirúrgicamente</i>	55
21	<i>Mujeres con antecedente de cesárea de acuerdo a la justificación de su indicación</i>	55
22	<i>Cesáreas realizadas por médicos de base por turno</i>	56
23	<i>Cesáreas realizadas por médicos residentes por grado</i>	57
24	<i>Cesáreas por turno</i>	58
25	<i>Cesáreas por turno de acuerdo a la justificación de su indicación</i>	59
26	<i>Cesáreas realizadas por día de la semana</i>	60
27	<i>Cesáreas de acuerdo al sexo del medico</i>	61
28	<i>Cesáreas de acuerdo al sexo del medico de acuerdo a la justificación de su indicación</i>	62

RESUMEN

“Aspectos Operativos del Servicio de Ginecoobstetricia de un hospital público con alto porcentaje de nacimientos por cesárea.”

PROBLEMA:

Establecer que aspectos operativos del servicio de ginecoobstetricia se relacionan con un alto porcentaje de cesáreas, en un hospital público de Toluca, de septiembre a diciembre del 2003.

OBJETIVO:

Determinar las características operativas con las que se otorga el servicio de ginecoobstetricia, que originan un incremento en las cesáreas.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Fue realizado, un estudio retrospectivo, transversal y observacional, revisando 318 expedientes de cesáreas realizadas en el periodo y entrevistas a 11 médicos, analizando las características de los factores operativos y de los prestadores del servicio, relacionándolos con la realización de cesáreas y con la justificación de su indicación.

RESULTADOS

Los factores que más frecuentemente se relacionaron con las cesáreas no indicadas fueron: ser primigesta o tener una cesárea previa, no utilización del partograma, deficiencias en la capacitación de los médicos y desconocimiento de la normatividad; deficiencias en la supervisión hacia los residentes y sobre el manejo de las pacientes, no utilización de la segunda opinión y del sistema de referencia y contrarreferencia; falta de criterios homogéneos de manejo obstétrico, mala calidad en la integración y calidad del expediente y ausencia de una estrategia para disminuir el uso de cesáreas.

CONCLUSIONES:

La hipótesis es apoyada por los elementos estudiados; el porcentaje de cesáreas supera la cifra establecida. Los factores, aunque no únicos, contribuyeron para que el indicador se mantuviera por arriba de la cifra recomendada, lo que traduce en un abuso del procedimiento, pues en 28% de los casos no se fundamenta la indicación. Los aspectos mencionados, constituyen áreas de oportunidad para el diseño de estrategias específicas por parte de las autoridades del hospital.

1. INTRODUCCIÓN

La operación cesárea se ha convertido en un procedimiento cada vez más frecuente en el mundo, factores como los adelantos médicos en cirugía, hemoterapia, anestesiología, el empleo de antibióticos, la amplia gama de indicaciones maternas y fetales que existen en la actualidad, el incremento en el diagnóstico de sufrimiento fetal debido a la generalización del monitoreo cardiotocográfico, unido a la capacidad limitada para interpretar correctamente sus hallazgos; el viejo dogma establecido por Craigin en 1916: “una vez cesárea, siempre será seguida de otra” y vigente desde entonces en muchos servicios de obstetricia,⁽²¹⁾ el temor a la mala práctica obstétrica con y sin consecuencias legales, los incentivos económicos y prácticos para los profesionales de la salud, así como la oportunidad de ejercitar la técnica quirúrgica en los hospitales docentes, entre otros, han contribuido a liberalizar su práctica, al punto de que en muchos hospitales del mundo la frecuencia de su uso supera el 50 por ciento del total de nacimientos.

Si bien es cierto que esta cirugía es actualmente un proceso seguro, el hecho de enfrentar a la madre y a su hijo a un riesgo quirúrgico no estando justificado tiene implicaciones éticas, motivo por el cual existe un interés a nivel mundial por reducir el uso de esa práctica a los casos médicamente justificados, eliminando todos aquellos factores que dan lugar a su empleo en casos no indicados.

Por lo anterior constituye el propósito de esta Tesis, estudiar algunos aspectos operativos en el área de Ginecoobstetricia de un hospital público con altos índices de utilización de la operación cesárea tendientes al aumento, para con base en este análisis sugerir acciones puntuales que puedan ser de utilidad a los tomadores de decisiones en el diseño de estrategias que permitan limitar el uso de dicho procedimiento quirúrgico a casos médicamente justificados.

2 MARCO TEÓRICO

LA OPERACIÓN CESAREA

Antecedentes Históricos. ^(19,24,36)

La operación cesárea se cuenta entre las intervenciones de urgencia más antiguas que conoce la humanidad. El historiador médico y ginecólogo Reinhard Hofchlagger (1871-1951), opina que la operación cesárea se practicaba ya en los cadáveres en los principios de la Edad de Piedra y funda su opinión entre otras cosas en las ideas mágicas de los hombres del paleolítico estudiados en minuciosas investigaciones sobre todo en el África. El verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rousset, quien en 1581 en su famosa monografía al respecto, habla por primera vez de una "section Caesarienne" y afirma que la palabra "caesar" (césar) está relacionada etimológicamente con dicha operación.

San Agustín (354-430) refería que la cesárea era el "parto inmaculado" y se hacía nacer de esta forma a los Dioses; los hombres que por alguna circunstancia nacían de tal modo, se les auguraba un brillante porvenir.

En el "Rig-Veda", libro más antiguo de la cultura Indú, se relata como Indra, el supremo Dios védico se negó a nacer por la vía normal y "deseo salir oblicuamente por el costado de su madre", del mismo modo nació su hijo Siddharta Gautama (Buda), quien lo hizo de un modo puro e inmaculado del lado derecho de su madre Mayá.

También en la mitología Griega se mencionan dioses nacidos de tal manera, uno de ellos es Asklepios o Esculapio, hijo de Apolo y Dios de la medicina, quien al nacer de Coronis, una bella virgen la cual fue muerta por Artemisa, hermana de Apolo aún con su hijo en el vientre, éste antes de que el cuerpo de la mujer fuera quemado, extrajo al niño del vientre y lo llevó al monte Pelión, en donde lo entregó en su cueva al centauro Quirón, quien era médico y se encargó de su educación, enseñándole sus conocimientos de medicina. Otro Dios nacido de esa manera fue Dionisios, después de la muerte de su madre.

Figura No. 1



Nacimiento de Esculapio según la Mitología Griega

Fuente: *Cesarean Section – a brief history*. Disponible en:
http://www.mm.mm.ov.exhibitio/cesarean/cesarean/cesarean_2.html

Plinio el viejo, además de César se mencionan también como nacidos mediante cesárea posmortem, aunque de este último existen dudas ya que en relatos de su vida adulta, se hace referencia de su madre.

Como hemos visto en los casos narrados, la cesárea casi siempre era hecha posmortem, con el fin de salvar la vida del hijo. La primera ley que sustenta este hecho se remonta a las leyes romanas del Emperador Justiniano (527-565) que citaba “La lex regia prohíbe enterrar a una mujer que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen; quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente”, esta ley se cumplió estrictamente durante muchos siglos, pero de acuerdo a los estudios de tales casos por el obstetra Alemán Leopold Sokrates von Rieke fueron muy pocos los casos seguros en los que la vida de los niños realmente fuera salvada.

A partir del siglo XIV, los médicos se preocuparon por mejorar la técnica quirúrgica, siendo el cirujano francés Guy de Chauliac (1290 – 1368) el primero que hizo indicaciones acerca de la posición y sentido de la incisión, recomendando la parte izquierda del abdomen con el propósito de no herir el hígado. Posteriormente Pietro de Arellata, Italiano, propuso y practicó la incisión en la línea alba. Fue a partir del siglo XIX que se hizo énfasis en las bases científicas de la operación cesárea en la mujer muerta y el porqué las cesáreas posmortem arrojaban un 90-99% de muertes perinatales, empezándose a desarrollar acciones tendientes a la conservación de la vida del recién nacido generalmente con asfixia.

La operación cesárea en mujeres vivas, constituye uno de los capítulos más dramáticos de la historia de la medicina. Los médicos europeos eran formados en el principio ético de no hacer daño, por lo que la mayoría de ellos se negaban a realizar una cirugía de tal magnitud y los pocos que se atrevían, lo hacían en situaciones extremas; no se sabe con certeza quién fue el primero que se atrevió a practicarla por primera vez en una mujer viva, pero alrededor del año 1500, el

castrador de cerdos Jacobo Nufer, de Sigershausen, Suiza la realizó en su esposa ante la imposibilidad de la prosecución del parto, la historia afirma que madre e hijo vivieron, aunque este caso es tomado aún con cierta reserva.

En el siglo XVI, se refiere que fue la primera vez en la que se realizó ésta cirugía, pero era tal el índice de fracaso, que muchos contemporáneos se opusieron a ella; en esa época también fue escrita la primera monografía acerca de la cesárea, considerada como un trabajo magistral, publicada en París en 1581 por el médico francés Francois Rousset, bajo el título "Nuevo tratado de la histerectomía o parto cesareano", en ella se difundía la idea de que "el útero no debía ser suturado, pues su fuerza de retracción era tan grande que la sutura traería solo trastornos", esto fue aceptado como verdadero y tendrían que pasar tres siglos para que tal idea se dejara a un lado.

En el siglo XVII, no fueron realizados avances significativos en la materia, en ese tiempo, los más eminentes obstetras, entre los que figuraba Francois Mauriceau, se oponían aún a tal intervención.

El siglo XVIII se caracterizó por ser una época de pruebas audaces y fue entonces cuando empezó a considerarse que a pesar de sus altas cifras de mortalidad, la cesárea debía constituir una medida necesaria a perfeccionar en la obstetricia, siendo los médicos franceses los que más contribuyeron al desarrollo de la técnica de la operación, entre ellos André Levret, aportando a la técnica una incisión lateral que lleva su nombre, Francois Ange Deleurye quien perfeccionó la incisión en la línea alba, o Théodore-Etienne Lauverjat, quien publica otra monografía en donde recomienda la incisión oblicua, ellos mismos fueron los que empezaron a tratar de suturar el útero, siendo el primero que lo intentó Moulleron. Otros dos de los grandes problemas de la época eran la hemorragia y la infección, por lo que había que encontrar un método que permitiera evitar esto, el Ginecólogo de Milán Edoardo Porro propuso y realizó entonces la amputación supravaginal del útero después de la cesárea, con lo cual obtuvo un relativo éxito en 1876, esta técnica comenzó a perfeccionarse hasta lograr que la mortalidad materna poscesárea descendiera a un 25% y la infantil a un 22% aproximadamente, pero este logro no se dio solo, por esos años simultáneamente hacen su aparición la asepsia y la antisepsia, dando lugar a una nueva era en la medicina que haría progresar a la cirugía en general hasta alcanzar logros insospechados; pero la técnica de la amputación a pesar de tener éxito, no dejaba de ser mutilante por lo que se siguieron buscando otras opciones las cuales se concentraron en algo hasta entonces descuidado: la sutura del útero; Max Sanger ginecólogo alemán fue quien en 1882 practicó la primera cesárea seguida del cierre del útero por suturas de plata y seda, las técnicas propuestas por este personaje, y por su compatriota Ferdinand Adolf Kehrer encaminadas a aislar de un modo seguro la cavidad peritoneal, transformaron a la cesárea en una operación menos peligrosa, posteriormente se prestó mayor atención a la dirección de la incisión.

Un importante hito en la historia de la cirugía en general, no solo de la cesárea, es la introducción en el siglo XX de los antibióticos y el perfeccionamiento de la anestesia, a lo cual contribuyeron W. Thomas Morton, Louis Pasteur y Alexander Fleming. En 1916 Edwin Cragin, en su monografía titulada "El conservadurismo en la obstetricia", pugnaba por no olvidar los fundamentos de la obstetricia y los procedimientos rutinarios, evitando en la medida de lo posible realizar cesáreas en primigestas, medida que al paso de los años ha sido dejada a un lado, irónicamente fue él mismo quien propuso también un dictamen que hasta la fecha es motivo de indicación de cesárea por algunos médicos conservadores y es el viejo dogma que proponía como regla general **"una vez cesárea, siempre cesárea"**, convirtiéndose éste en el lema de la obstetricia norteamericana. En (1921) Kerr llamó la atención al riesgo resultante de la cesárea clásica cuya incisión se hacía de manera vertical al fondo del útero y sugirió que tal incisión se hiciera mejor en el segmento inferior del mismo, técnica que revolucionó el manejo del parto y aún en nuestros días es usada hasta en un 90% de los casos.

Liberalización de su uso (19,21)

La década de 1940 a 1950, es una etapa en la que se adquiere gran confianza en el procedimiento en cuestión y ha dado en llamarse la "liberalización de la cesárea", en donde su uso en el 2% de los nacimientos se incrementó al 4%, simultáneamente son aplicadas medidas de salud pública como el control prenatal, y el incremento en la atención institucional de los nacimientos, lo que ayudó a mejorar las condiciones generales de las pacientes. En esa década, las cesáreas se realizaban con anestesia epidural y ya se sabía más acerca de la homeostasis fetal y del manejo del recién nacido, lo que facilitó el uso de la cirugía. De acuerdo al dogma de Cragin establecido en los Estados Unidos, una de las más importantes escuelas de Ginecoobstetricia, la práctica rutinaria de la operación cesárea se arraigó hasta los años cincuentas.

En 1953 Riva y Teich desarrollaron un procedimiento para efectuar una prueba de trabajo de parto en mujeres con una cesárea anterior, en muchos casos el trabajo de parto progresó tan rápido que no permitió ejecutar la cesárea antes de que ocurriera el parto vaginal, con lo que se pudo demostrar que no había muchas complicaciones cuando se tomaban las precauciones adecuadas, además del hecho de que muchas de las cesáreas iniciales no son necesarias; con este procedimiento se obtuvo el 74% de partos vaginales en mujeres previamente operadas, entre ellas no se registraron muertes ni casos de ruptura uterina, y lograron una disminución del 2.9% al 1.5% del índice de cesáreas del hospital estudiado, pero esto lejos de causar opiniones positivas, fue negativo pues los obstetras de la época pensaban que era demasiado riesgoso exponer así a las pacientes.

En los años sesentas, se ampliaron las indicaciones de la cirugía a casos de diabetes, anomalías pélvicas, hipertensión, infecciones, y placenta previa. En 1978, el 98.9% de las embarazadas con cesárea previa en ese país volvieron a resolver sus embarazos quirúrgicamente, alcanzando a representar la cesárea de repetición el 30% del total. En otro estudio realizado por Anderson y Lomas en 1984 en Ontario Canadá se reportó que la tendencia de esta situación iba en ascenso, reportando que tal indicación representaba el 68% del aumento del índice total de cesáreas entre 1979 y 1982, hechos como los anteriores han ayudado a enfocar la atención profesional y pública sobre el tema del uso excesivo de tal procedimiento.

En el plano mundial, se ha observado después de la década de los sesentas, una tendencia al incremento en el uso de la operación, estando documentadas cifras como las que se muestran a continuación⁽⁴⁴⁾ y que hicieron que en los Estados Unidos la cesárea fuera la operación de cirugía mayor mas realizada en los hospitales.⁽²³⁾

Cuadro No. 1
**Incremento de las cifras de cesárea en diferentes países.
Años 1968 a 1998**

•Holanda:	1968 - 1.8%	1994 - 9.4%	
•Inglaterra:	1965 - 3.5%	1996 - 18%	
•Canadá:	1965 - 4.8%	1995 - 31.4%	
•EEUU:	1970 - 5%	1995 - 20.8%	1998 - 24.7%

Fuente: Vergara F, Abel F, Álvarez D, et al. *Consideraciones éticas sobre la cesárea*. Comisión de Bioética de la SEGO. Porg Obstet Ginecol. 2001; 44:48.⁽⁷²⁾

Tendencia de su utilización y sus consecuencias ^(34,44)

Como ya se ha mencionado, América Latina⁽¹¹⁾ se distingue como la región con los índices más altos de nacimientos por cesárea en el mundo, y la tendencia de esta problemática es al ascenso; cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Population Council mencionan que en el lapso de 1993-1997, México se encuentra ubicado en cuarto sitio en el área, con un indicador ligeramente superior al 25%, solo superado por países como Brasil, Cuba y República Dominicana, cuyos indicadores fluctúan entre el 38 y el 40%.⁽³⁴⁾

Los principales factores responsables de tal incremento son:

- Mejor aceptación y conocimiento del procedimiento quirúrgico
- Mal uso de las clasificaciones de riesgo (sobre diagnósticos)

- *Aumento en la responsabilidad profesional con riesgo a demandas*
- *Carencias en la organización de los servicios*
- *Necesidad de práctica en hospitales con residentes*
- *Falsas expectativas ante la cesárea por parte de pacientes y familiares.* ⁽²⁰⁾

Podría pensarse que el hecho de que se resuelvan quirúrgicamente mayor número de nacimientos, mejora la mortalidad materna y perinatal, pero no es así, no existen hasta el momento evidencias claras de que el incremento de cesáreas sea el contribuyente mayoritario de la disminución de tales daños a la salud materna y Perinata. ^(15,46) La literatura reporta que aun con la reducción considerable en el número de cesáreas, no existe tampoco ningún incremento en la mortalidad materna, aunque en algunos estudios la muerte Perinatal presentó mayor riesgo, ^(29, 42, 52, 66) en países como Japón, con bajas tasas de mortalidad perinatal y materna registra a su vez también bajo índice de cesáreas, sin embargo su uso se sigue incrementando y lejos de agregar beneficios, incrementa el riesgo de morbilidad y agrega costos a los servicios de salud, transformando la solución en problema.

Aunque la cesárea se ha transformado en un procedimiento seguro, no es del todo inocuo; estudios realizados muestran que en comparación con el parto vaginal, el nacimiento por cesárea se asocia con: ^(12,17, 26,44,52,66,67)

Cuadro No. 2
Complicaciones de la cesárea con relación al parto vaginal
Año 2001

Más infecciones	8-27 %
Más transfusiones	1-6 %
Más complicaciones	0.1-0.2 %
Morbilidad	5-10 veces más
Mortalidad	2-4 veces más
Estadía hospitalaria	El doble
Convalecencia y alteraciones psicoafectivas	Mayor
Problemas de inmadurez respiratoria y prematurés en el recién nacido	Mayores
Morbilidad Neonatal	Mayor

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). *Estudio Colaborativo Latinoamericano de Cesáreas.* En prensa. Año 2001.

A partir de la década de los setentas, se ha despertado un interés general por reducir el número de cesáreas a los casos estrictamente indicados clínicamente, ^(1,7,11,12,16,17,50) es por eso que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se dio a la tarea de realizar acciones: inicialmente propuso límites porcentuales para el uso de este procedimiento en los diferentes niveles de atención, estableciendo para el segundo nivel un máximo uso en el 15% de los nacimientos y para el tercer nivel un 20% ⁽³⁹⁾, con base en ello, médicos de

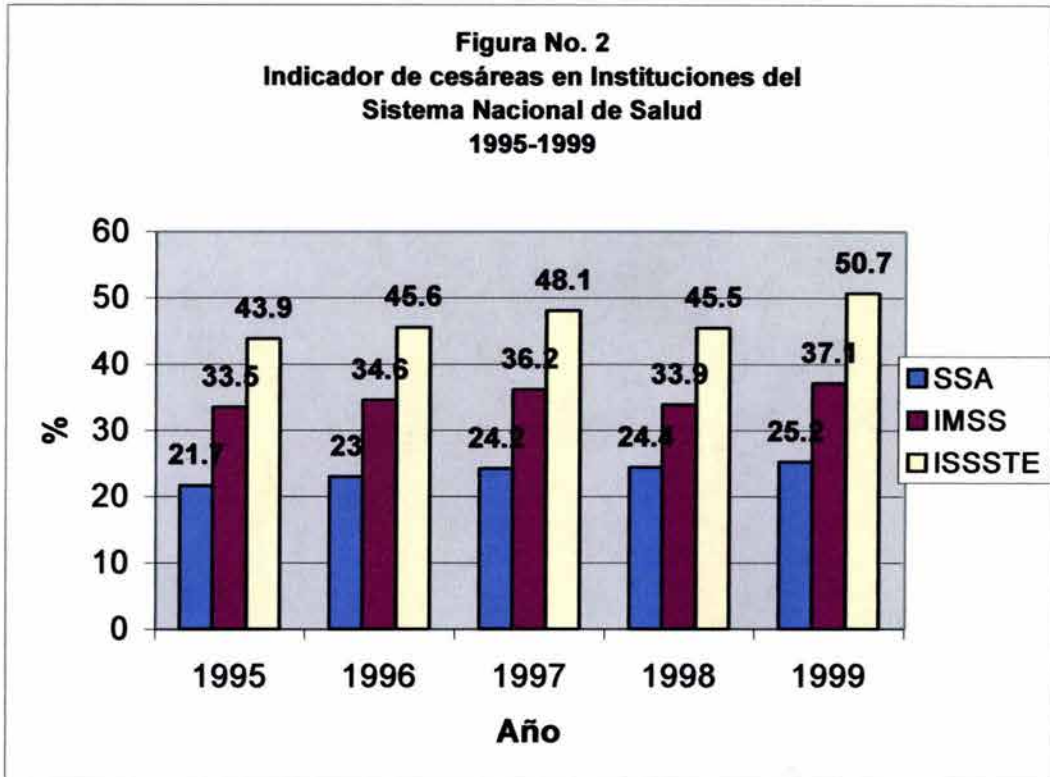
diversas unidades hospitalarias se han preocupado por analizar la situación a este respecto en sus ámbitos de trabajo, sugiriendo en muchos casos estrategias para disminuir tal procedimiento a circunstancias médicamente indicadas. (8,14,27,38,41,43,53,69,71,72)

En segundo término, con el fin de tener un conocimiento más profundo de las circunstancias en las que ocurría la denominada "epidemia de cesáreas", la OMS a través del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) en Uruguay, en conjunto con la Oficina del Population Council para América Latina y el Caribe realizaron tres proyectos de investigación en los cuales México participó a través de la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.⁽⁵⁷⁾

- a) *El primero, denominado Epidemiología de la Cesárea, realizado durante 1996, consistente en recolectar datos precisos y determinar las causas que dieron pie a cada operación cesárea en 5 hospitales del Distrito Federal, con el fin de conocer las características epidemiológicas de la presentación de este fenómeno.*⁽⁴⁵⁾
- b) *El segundo, denominado "Operación cesárea en México", estudio cualitativo realizado en 1997 para conocer la opinión, las ideas en información que tanto personal médico y de enfermería como pacientes obstétricas y familiares de éstas tienen en cuanto a la operación cesárea.*^(45,57)
- c) *El tercer estudio, llamado: Estudio Latinoamericano de Cesáreas, consistente en la evaluación de la estrategia de emitir una Segunda opinión ante la decisión de cesárea como una reconsideración a la decisión de operar. Éste se desarrolló en 4 Hospitales del Distrito Federal dos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y dos de la Secretaría de Salud (SSA) durante dos años, de 1998 al 2000. Sus resultados aún están en fase de análisis.*^(44,45)

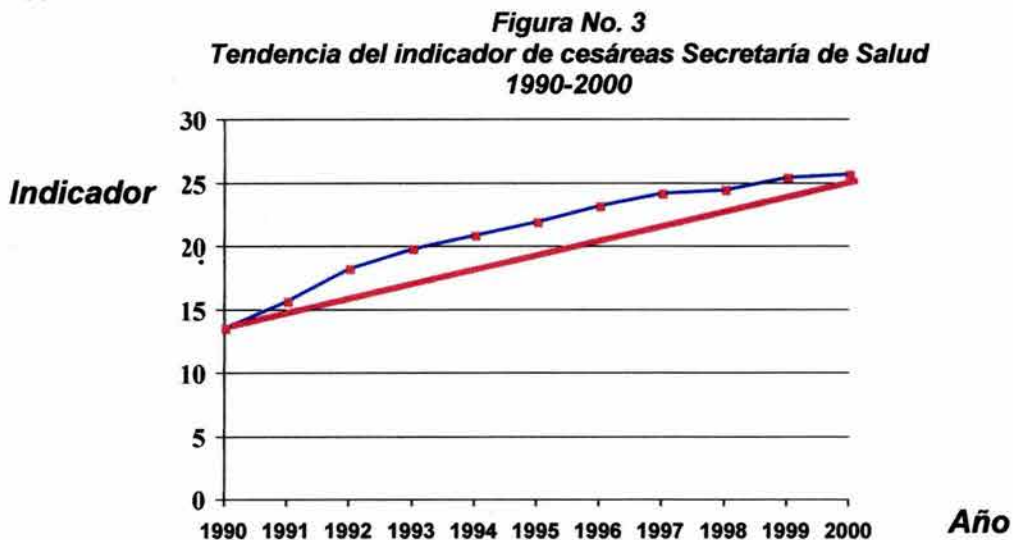
*En cuanto a la tendencia observada de cesáreas en nuestro país, ésta tiene características específicas de acuerdo al tipo de institución de que se trate. En cuanto a la **Medicina Privada**, aunque existe muy poca información al respecto, en 1993 se realizó una revisión de las cifras que en este rubro tenían 9 hospitales privados de la Ciudad de México, en promedio reportaron 51.9%, pero al analizar su comportamiento individual, fueron reportadas cifras de hasta el 80%.*⁽²⁴⁾

*En lo que respecta al sector público, el **Sistema Nacional de Salud**, en el lapso de 1992 a 1999 ha registrado un incremento considerable, habiendo llegado para el último año disponible a cifras superiores al 30%. Analizando por separado las tres instituciones que constituyen mayoritariamente tal sector, el comportamiento que registran es heterogéneo, pues (como puede observarse en la figura No. 2), es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) quien registra el indicador más alto, superando el 50%, seguido de el IMSS y la SSA.*^(56,65)



Fuente: Sistema Nacional de Salud. Boletín de información estadística; años 1995-1998.

En el caso particular de la Secretaría de Salud, aunque no tiene cifras tan elevadas como las otras dos instituciones, su tendencia es a incrementarse en la última década, habiendo llegado en el año 2000 a tener una cifra de 26.62%, lo cual denota que en la última década ha sufrido un aumento de 12.81%.^(15,33,62,63)



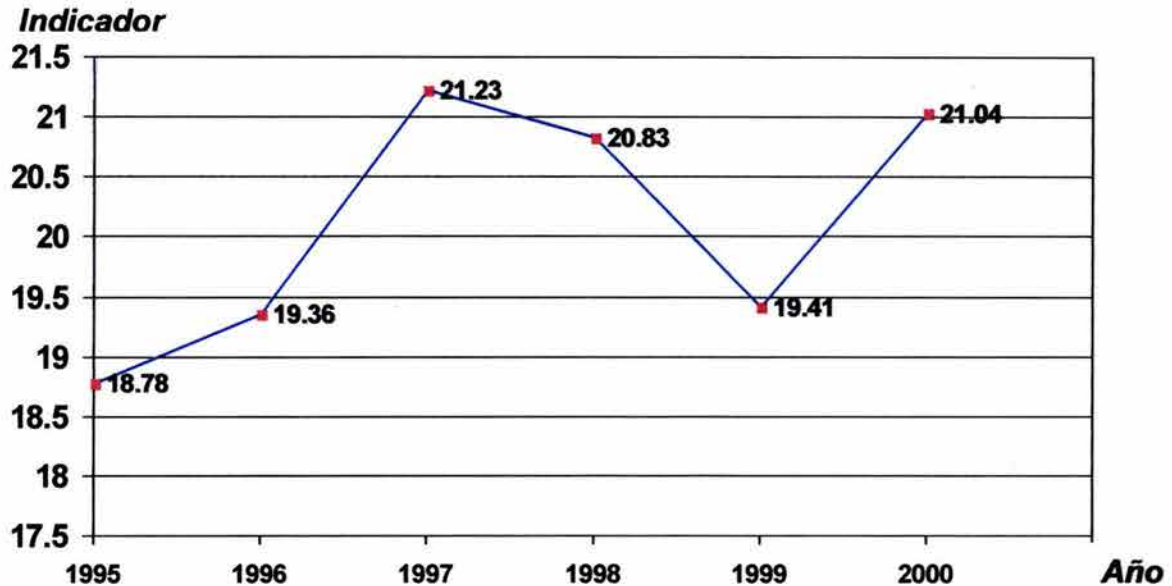
Fuente: Sistema Estatal de Información Básica / Sistema de Información en Salud para Población Abierta.

Al analizar el indicador en cuestión en el marco de las entidades federativas, el comportamiento también es heterogéneo para el año 2000; 18 de los 32 estados se ubicaron por arriba del 25%, distinguiéndose entre ellos cuatro, en los cuales su indicador para el año 2000 supera el 30 % (Nuevo León, Yucatán, Aguascalientes y Tabasco), siendo la media nacional para ese año de 26.62%.^(58,63)

Comportamiento del indicador de cesáreas en el Estado de México y en el Hospital Dr. Nicolás San Juan

En el plano nacional, el **Estado de México** se ubica entre las entidades cuyo indicador aún no rebasa el 30%, sin embargo su comportamiento en el uso de la cesárea es muy variable, pero tendiente al incremento, ya que de 1995 al 2000 éste aumentó en un 2.26%, como puede observarse en la figura No. 4.

Figura No. 4
Evolución del Indicador de cesáreas
Estado de México
1995 - 2000



Fuente: Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). Dirección de Salud Perinatal. Sistema de Monitoreo y Seguimiento de la cesárea.

Del mismo modo, algunos de sus hospitales, en los años 1998-2000 han mostrado incrementos preocupantes, pues al analizar su porcentaje de cesáreas sobre el número de nacimientos ocurridos sólo en el hospital, algunos de ellos superan el 40% e incluso llegan a rebasar el 50%, como puede observarse en el cuadro No. 3.⁽⁵⁸⁾

Cuadro No. 3
Hospitales con porcentajes de cesáreas superiores al 25 %
Estado de México 1998-2000

1998		1999		2000	
Hospital	%	Hospital	%	Hospital	%
Pedro López	43	Nicolás San Juan	39.9	Tepetlixpa	51.8
Nicolás San Juan	34.5	Pedro López	37.3	Pedro López	49.7
Tejupilco	30.2	Valle de Bravo	32.3	Nicolás San Juan	40
Valle de Bravo	31.9	Crónicos Gustavo Baz	32.1	Crónicos Gustavo Baz	34.3
Fernando Quiroz	28.6	Fernando Quiroz	31.7	Fernando Quiroz	31.7
Amecameca	28.4	Amecameca	30.5	Valle de Bravo	328.8
Chalco	27.7	Tejupilco	29.4	Tejupilco	28.7
Valle Ceylán	26.5	Tepetlixpa	29	Amecameca	27.8
Crónicos Gustavo Baz	26.1	Huehuetoca	27.9	Gustavo Baz	27.8
Media estatal del porcentaje hospitalario	37.6	Media estatal del porcentaje hospitalario	26.9	Media estatal del porcentaje hospitalario	37.2

Fuente: Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR).. Dirección de Salud Perinatal. Sistema de Monitoreo y Seguimiento de la Cesárea.

Entre las unidades aplicativas citadas en el cuadro anterior, podemos observar al **Hospital Dr. Nicolás San Juan**, el cual ha sido elegido para la aplicación del presente estudio con motivo del comportamiento detectado en él en los últimos años.

Si bien es cierto que en el año 2000 se encuentra ya en el tercer lugar a nivel estatal en cuanto a su porcentaje de cesáreas, supera en más de dos puntos porcentuales a la media estatal para ese año, por otra parte, no podemos dejar de notar que su comportamiento no ha sido estable, pues sus cifras son altas si consideramos que hoy por hoy, cuatro de cada 10 nacimientos que se atienden en él, son por vía quirúrgica.

Cuadro No. 4
Eventos Obstétricos
Hospital Dr. Nicolás San Juan
1998- 2000

Eventos obstétricos	AÑO		
	1998	1999	2000
Total de Nacimientos	3 236	3 321	3 363
Partos vaginales	2 120	1 995	2 019
Cesáreas	1 116	1 326	1 344
%	34.5	39.9	39.9
Media estatal	37.6	26.9	37.2

Fuente: Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). Dirección de Salud Perinatal. Sistema de Monitoreo y Seguimiento de la Cesárea.

De acuerdo a estos datos, el hospital tiene como promedio 3300 nacimientos y 1260 cesáreas anuales; esto nos habla de que es probable que existan circunstancias que, no estando presentes de manera permanente, dan pie a un comportamiento muy variable en el uso del procedimiento; esto podría no ser atribuible totalmente a las condiciones clínicas de las pacientes que acuden a demandar los servicios, pues generalmente el perfil de los usuarios de un hospital no es cambiante de uno a otro mes.

Estrategias nacionales para el reconocimiento del problema y para la reducción de su uso indiscriminado

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, se encarga de realizar acciones de vigilancia de la operación cesárea en los hospitales de dicha institución en todo el país en conjunto con los Servicios de Salud de las Entidades Federativas y con el grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva fomenta en el resto de las instituciones el uso racional de tal operación; para ello se realizan acciones a través de tres estrategias básicas:

- La elaboración del Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea.⁽⁶⁴⁾
- El Sistema de Monitoreo y Seguimiento del Indicador de cesáreas.⁽⁵⁸⁾
- La práctica sistemática de la Segunda Opinión antes de tomar la decisión de cesárea.⁽⁴⁴⁾

Lineamiento Técnico para la indicación y práctica de la Operación Cesárea

La primera de ellas ha sido la elaboración de el “Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea”⁽⁶⁴⁾, el cual es un documento técnico de consulta cuyo objetivo es unificar los criterios de indicación⁽⁷⁰⁾ y manejo (acordes con las evidencias más recientes reportadas en la literatura médica) de las cinco indicaciones más frecuentes de la operación cesárea en México:

- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea previa
- Sufrimiento fetal
- Ruptura prematura de membranas
- Presentación pélvica

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas.

Por otra parte, en el documento son descritas una serie de estrategias de aplicabilidad general, como el parto vaginal en pacientes que han tenido ya una cesárea previa,^(3,5,6,18,28,55) o la correcta interpretación y manejo de los trazos tococardiográficos^(4,13,25,35), así como la segunda opinión ante la decisión de una cesárea⁽⁴⁴⁾ y otras⁽²⁾, con el fin de abordar el problema en sus diversos factores.

El Lineamiento fue elaborado en el año 2000 por la Secretaría de Salud y por un grupo interinstitucional de especialistas con experiencia en el tema. Es un documento que por derivar de la Norma Oficial Mexicana para la atención del Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido es de observancia obligatoria en todos los hospitales que proporcionen atención obstétrica a nivel nacional.

Sistema de Monitoreo y Seguimiento del indicador

El Sistema de Información oficial de la Secretaría de Salud: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), en el caso de los nacimientos por cesárea, solo permite obtener la cantidad absoluta de intervenciones de este tipo realizadas con relación al total de nacimientos del país y de las entidades federativas, pero no nos permite conocer más detalles que serían de mucha utilidad, por ejemplo las indicaciones que dieron lugar a ellas.

Con el fin de estudiar la situación del indicador de cesáreas en el país de una manera más precisa en todas y cada una de las unidades aplicativas de la Secretaría de Salud, fue creado un sistema complementario de información

denominado el “Sistema de Monitoreo y Seguimiento de la Operación cesárea”^(46,58).

El sistema mencionado permite obtener datos más detallados de forma continua, oportuna y de primera mano para evaluar el estado del indicador y de las circunstancias operativas que lo acompañan y establecer estrategias y acciones inmediatas para coadyuvar al mejoramiento de tal situación.

Este sistema ha permitido que se cuente con la información descrita con detalle en este marco teórico y ha sido de gran ayuda para que se haya incrementado la vigilancia y se haga conciencia médica sobre el uso racional del procedimiento en los tres niveles de responsabilidad: el mismo hospital, el nivel estatal y el nacional.

Clasificación para fines del estudio, de las características operativas del servicio de ginecoobstetricia relacionadas con un alto porcentaje de uso de cesáreas

Como ya se ha comentado, no solo los factores de índole clínica influyen en el momento de decidir la forma en la que habrá de terminar el embarazo y esto de cualquier modo se argumenta con el fin último de preservar la integridad del binomio madre-hijo, sin embargo, ¿hasta que punto está justificado esto?; partiendo de la premisa de que las condiciones anatómicas de las pacientes no han cambiado tan radicalmente como para ocasionar comportamientos tan extremos en el uso de la cesárea, existe entonces la tendencia observada de utilizar en exceso las facilidades tecnológicas que hacen que los procedimientos cada vez sean más sencillos, no así inocuos y los que día a día se encuentran más disponibles.

Justamente por esa facilidad y aparente inocuidad de la operación cesárea, se ha dado el fenómeno cuyas características epidemiológicas ya hemos comentado, y ante el cual existe verdadero interés por racionalizar su uso, para lo que es necesario diseñar estrategias puntuales que permitan conocer y nulificar los factores relacionados con el problema y esto sólo se logrará conociendo a fondo dichos factores y la aportación de cada uno de ellos a la situación.

A lo largo de la observación de este hecho en diferentes hospitales del país y de acuerdo a lo que numerosos autores señalan en la literatura^(10,11 12 16 17 20 26 32 34 44 45 50 68 72), es posible identificar cuales son en general los factores operativos, esto es: algunas de las características con las que se presta la atención en el servicio de ginecoobstetricia que podrían ser abordadas para diseñar estrategias, y cuyo análisis constituye el interés del presente trabajo de tesis, siendo estos:

- *Los elementos con los que cuenta el expediente para justificar clínicamente la opción quirúrgica*
- *Indicación por la que son realizadas las cesáreas*
- *La toma de la decisión de la forma de terminación del embarazo*
- *Uso del partograma, el sistema de referencia contrarreferencia y la segunda opinión en los casos de cesárea*
- *La realización de oclusión tubaria bilateral transoperatoria en los casos de cesárea*
- *Las cesáreas en mujeres primíparas y en pacientes con antecedente de cesárea previa*
- *Otros factores que pueden influir en el uso de la operación cesárea*
 - *Tipo de recurso médico*
 - *Turno*
 - *Día de la semana*
 - *Sexo del médico*

Lo anterior se puntualizará en la operacionalización de variables.

Generalidades clínicas de la operación cesárea.

Al abordar los aspectos no clínicos de la cesárea que hacen que ésta intervención en la actualidad se esté convirtiendo en un problema de salud pública, no es posible dejar de mencionar algunos aspectos clínicos generales como lo son su definición, clasificación e indicaciones médicas^(9,64) con el fin de enmarcar correctamente el problema.

Definición

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el feto vivo o muerto a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina, después que el embarazo ha llegado a las 27 semanas

Clasificación

- **Según antecedentes obstétricos de la paciente.**
 - **Primera:** *Es la que se realiza por primera vez.*
 - **Iterativa:** *Es la que se practica en una mujer con antecedentes de una o más cesáreas previas.*
- **Según indicaciones.**
 - **Urgente:** *Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.*
 - **Electiva:** *Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.*

- **Según técnica quirúrgica.**
 - **Corporal o clásica.** La incisión se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: *Cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo*
 - **Segmento- corporal (Tipo Beck).** La incisión se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: *embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica son similares a las observadas con la técnica corporal..*
 - **Segmento - arciforme o transversal (Tipo Kerr):** Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. La incisión transversal del segmento inferior tiene la ventaja de producir menos hemorragia, permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y pocas adherencias postoperatorias.

Indicaciones médicas de cesárea (31,59,48,64)

De acuerdo a lo establecido por el Lineamiento Técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea, las indicaciones para realizar una operación cesárea puede tener origen:

- a) Materno
- b) Fetal
- c) Mixto

a) Causas maternas:

- **Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):** incluye: *Estrechez pélvica, Pelvis asimétrica o deformada y Tumores óseos de la pelvis.*
- **Distocia de partes blandas:** incluye: *Malformaciones congénitas, Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva, que obstruyen el conducto del parto, cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas, cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto.*

- *Distocia de la contracción.*
- *Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)*
- *Patología materna incluyendo, nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.*

b) Causas fetales:

- *Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica*
- *Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal*
- *Prolapso del cordón umbilical*
- *Sufrimiento fetal*
- *Malformaciones fetales incompatibles con el parto*
- *Embarazo prolongado con contraindicación para el parto vaginal*
- *Cesárea posmortem*

c) Causas mixtas:

- *Síndrome de desproporción cefalopélvica*
- *Preeclampsia-eclampsia*
- *Embarazo múltiple*
- *Infección amniótica*
- *Isoinmunización materno-fetal*

Hospital General Dr. Nicolás San Juan.

El Hospital Dr. Nicolás San Juan fue edificado bajo el auspicio de un programa de construcción de hospitales a raíz de los sismos de 1985, con apoyo financiero internacional, en especial del gobierno de Suecia; en ese tiempo fueron construidas 5 unidades similares en los municipios de Cuautitlán, Atizapán, Nezahualcoyotl, Naucalpan y Ecatepec.

El personal fue contratado a partir del 1º de abril de 1987, e inició su funcionamiento el 1º de junio del mismo año.

Es un Hospital General de 144 camas censables; en cuanto a los servicios que presta cuenta con los cuatro básicos: Pediatría, Ginecoobstetricia, Cirugía y Medicina Interna, además ofrece otras especialidades como Psiquiatría, dermatología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, endocrinología y urología.

El Servicio de Ginecoobstetricia que es el que nos ocupa en el presente trabajo, atiende como promedio 3000 partos y realiza mas de 1200 cesáreas anualmente, cuenta con 33 camas en hospitalización, 2 consultorios, 1 clínica de displasias, 1 quirófano, 2 salas de expulsión y 3 camas de labor.

El servicio cuenta además con subespecialidades como Biología de la reproducción, Oncología ginecológica, Perinatología y Colposcopia.

En cuanto a recursos humanos, cuenta con médicos ginecoobstetras de base en todos los turnos y es Hospital sede de la Residencia Médica en Ginecoobstetricia; los recursos humanos existentes en el servicio en el momento en el que fue realizado el estudio, se detallan en el siguiente cuadro.

Cuadro No, 5
RECURSOS HUMANOS POR TIPO
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
Hospital Nicolás San Juan
Septiembre – diciembre del 2003

TURNO	Medico de Base	Medico Residente	Medico Interno	Grado	Número de Médicos	%
Matutino	4	14	4	R-1	7	38.9
Vespertino	2	6*	2*	R-2	4	22.2
Nocturno	4	6*	2*	R-3	3	16.7
Especial	2	6*	2*	R-4	4	22.2
Total de recursos por tipo	12	18	4	TOTAL	18	100.0

Fuente: Cuestionario para médicos adscritos y residentes

* **Nota:** el número consignado en la celda, corresponde al promedio de recursos Médicos residentes e internos activos durante las diferentes guardias

3 **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Con base en lo anteriormente citado, las características operativas del servicio de ginecoobstetricia son fundamentales para determinar el tipo de servicio que se presta, estas características incluyen las diferentes modalidades o acciones que se realizan en el momento de la prestación del servicio y que de alguna manera redundan en los resultados del mismo, tales como el uso del partograma, del sistema de referencia-contrarreferencia, la práctica de la segunda opinión en los casos de cesárea, la realización de cesárea relacionada con la ejecución de Oclusión Tubaria Bilateral transoperatoria y otras mas; tal situación nos lleva a realizar la siguiente pregunta de investigación:

¿Que aspectos operativos tiene el Servicio de Ginecoobstetricia de un hospital público con alto porcentaje de nacimientos por cesárea en el Estado de México en el periodo de septiembre a diciembre del 2003?

4 JUSTIFICACIONES

Estratégica:

Una de las principales estrategias de los programas actuales de salud es brindar servicios de calidad, estando ésta considerada desde el proceso de la prestación del servicio hasta los resultados obtenidos con las acciones otorgadas, por lo que el uso no indicado o excesivo de procedimientos quirúrgicos, como es el caso del problema que se plantea, aunque pudiera parecer que tiene la finalidad de evitar complicaciones tanto a la madre como a su hijo, los expone a un riesgo innecesario, y en el caso de las primíparas, compromete su futuro obstétrico a posibles cesáreas subsecuentes; por ello implica en si mismo un problema de falta de calidad en el diagnóstico y la prescripción. Esta investigación en el área de los servicios de salud, para con base en los hallazgos realizados, recomendar el diseño de estrategias puntuales útiles para mejorar la calidad de la selección de casos que requieran de una operación cesárea.

Técnica:

Como se hizo evidente en el marco teórico-conceptual, el incremento en el uso de la operación cesárea, se ha convertido en un problema de salud pública que requiere mayor estudio y análisis, ya que en general éste solo se ha concretado a la observación del comportamiento estadístico de su indicador, habiéndose evidenciado tendencias extremas, ante lo cual el interés del presente estudio se orientará a determinar y analizar cuáles son los aspectos operativos del servicio de ginecoobstetricia en el hospital que subyacen al uso frecuente de la cesárea como opción y a través de los cuales podría abordarse el problema tanto desde el punto de vista del diseño de estrategias específicas para reducirlo como para lograr que en el establecimiento de límites porcentuales del uso de tal cirugía no solo sean tomados en cuenta aspectos de diagnóstico clínico, sino también otra serie de aspectos no clínicos que afectan el contexto en el cual se toma la decisión de realizar una cesárea.

Normativa:

Las Normas Oficiales Mexicanas existentes en todos los ámbitos y que son de observancia obligatoria en toda institución, son los requisitos mínimos indispensables para que lo que en éstas se realice se haga con estándares de calidad, el Sector Salud no es la excepción, ya que a través de la SSA, órgano rector de dicho sector se elaboran dichos criterios. En el caso de la atención del parto, se cuenta con la Norma Oficial Mexicana para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido y con cuatro Lineamientos Técnicos uno de los cuales es el "Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea", que es un documento técnico de consulta cuyo objetivo es unificar los criterios de indicación y manejo de las cinco indicaciones más frecuentes de la operación cesárea en México, con el propósito de mejorar la calidad del diagnóstico y manejo de las embarazadas en el momento del parto. Sin embargo esa normatividad no es observada en las instituciones hospitalarias en donde son atendidos eventos obstétricos ya por falta de conocimiento acerca de su existencia, ya por negligencia en la comunicación de los directivos de dichas unidades al personal operativo de las mismas.

Científica

La investigación en Servicios de Salud tiene como propósito generar información relevante para la toma de decisiones mediante la evaluación de las intervenciones y los resultados de los programas sustantivos de salud; es por ello que la realización de un estudio sobre las características operativas del servicio de ginecoobstetricia que se relacionan con el uso de un procedimiento quirúrgico como la cesárea, reviste especial importancia al considerar que el hospital observado cuenta con un indicador tendiente al incremento al respecto y que es necesario el diseño de estrategias puntuales que permitan hacer un uso racional de dicho procedimiento en aras de la salud del binomio madre-hijo y de la optimización de los recursos hospitalarios.

5 HIPÓTESIS

“Los aspectos operativos con las que se atiende a las embarazadas en el servicio de ginecoobstetricia en un hospital público, condicionan un alto porcentaje de nacimientos por cesárea “

ELEMENTOS DE LA HIPÓTESIS

Unidad de Análisis:

Cada una de las embarazadas que son atendidas obstétricamente en el hospital.

Variables

Variable Dependiente:

Un alto porcentaje de nacimientos por cesárea

Variable Independiente:

Los aspectos operativos

Variable integrada por las siguientes características:

- ✓ *Uso del partograma*
- ✓ *Uso del sistema de referencia y contrarreferencias*
- ✓ *Uso de la segunda opinión en caso de cesárea*
- ✓ *Realización de cesárea y OTB transoperatoria sin una indicación plenamente justificada*
- ✓ *Cesáreas en mujeres primíparas*
- ✓ *Cesáreas en mujeres con antecedente de cesárea previa*
- ✓ *Tipo de recurso médico que realiza la cesárea*
- ✓ *Turno en el que se realiza la cesárea*
- ✓ *Día de la semana en el que se realiza la cesárea*
- ✓ *Sexo del médico que realiza la cesárea.*

Elementos lógicos de relación:

...con las que se atiende a las embarazadas en el servicio de ginecoobstetricia en un hospital público, condicionan...

6 OBJETIVOS

General

Determinar las características operativas con las que se otorga el servicio de ginecoobstetricia a las embarazadas, que dan como resultado un incremento en el uso de la operación cesárea, en un hospital público de la Ciudad de Toluca, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2003.

Específicos

- 1) Analizar la tendencia del porcentaje de cesáreas hospitalario de los últimos 5 años*
- 2) Identificar en cada uno de los casos resueltos mediante una operación cesárea, los elementos con los que cuenta para justificar clínicamente la opción quirúrgica, de acuerdo a los criterios técnico-médicos descritos en la normatividad vigente: Lineamiento Técnico para la Indicación y práctica de la operación cesárea*
- 3) Establecer las indicaciones por las que fueron realizadas las cesáreas en el hospital en el periodo de estudio*
- 4) Identificar las características operativas relacionadas con la toma de decisión de la forma de terminación del embarazo*
- 5) Determinar las características operativas relacionadas con el uso del partograma, el sistema de referencia y contrarreferencia y la segunda opinión en los casos de cesárea en el servicio de ginecoobstetricia en el hospital*
- 6) Establecer en las pacientes poscesáreas los casos relacionados con la realización de Oclusión Tubaria Bilateral transoperatoria sin otra indicación plenamente justificada para realizar una intervención quirúrgica*
- 7) Identificar en las pacientes poscesárea, los casos en mujeres primíparas y con antecedente de una o dos cesáreas previas*
- 8) Determinar, otros factores operativos adicionales como el tipo de recurso que realiza las cirugías, el turno, el día de la semana y el sexo del médico, características que pueden influir en el uso de la cesárea*

7 MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El estudio realizado fue: retrospectivo, transversal y observacional.

Límite de espacio

Espacio: El servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr. Nicolás San Juan, del Instituto de Salud del Estado de México, ubicado en la Ciudad de Toluca.

Límite de tiempo

El estudio fue realizado de septiembre a diciembre del 2003.

Diseño del estudio

Con el objeto de determinar las características operativas con las que se otorga el servicio a las embarazadas y con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos propuestos, se realizaron las siguientes acciones:

- *Se clasificaron y categorizaron las características operativas a observar, operacionalizandolas hasta el punto en el que estas pudieran ser evaluadas.*
- *Fueron diseñados instrumentos para la captura de la información*
 - *Una hoja de recolección de datos del expediente clínico de las pacientes poscesárea*
 - *Un cuestionario dirigido a los médicos.*
- *Se realizó la búsqueda en los registros hospitalarios de las cesáreas ocurridas en el periodo de estudio*
- *Fueron obtenidos y analizados los expedientes en forma retrospectiva, llenando para cada uno de ellos una cédula.*
- *Fue aplicado el cuestionario a los médicos del servicio*
- *Se diseñó una hoja electrónica en Excell para el vaciado de datos de cada uno de los instrumentos y el posterior análisis de la información.*
- *Fue analizada la información, elaboradas las conclusiones y sugerencias.*

Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICION OPERATIVA	ESCALA	INDICADOR
Alto porcentaje de nacimientos por cesárea	Cifra porcentual de nacimiento ocurridos por cesárea con respecto al total de nacimientos, superior al límite recomendado por la NOM del 15%	Tendencia del porcentaje de cesáreas del hospital, considerándolo alto cuando es superior al 15%	Cuantitativa continua	Porcentaje de operaciones cesáreas con relación al total de nacimientos, de acuerdo a las cifras del informe mensual del Servicio de Ginecoobstetricia
Aspectos operativos del Servicio de Ginecoobstetricia	Aspectos o características inherentes a la prestación del Servicio de Ginecoobstetricia en un hospital determinado.	Cada uno de los aspectos o características operativos del servicio de ginecoobstetricia elegidos para ser estudiados y que influyen en la decisión médica de la vía de terminación de un embarazo	Cualitativa nominal	
	Elementos que sustentan clínicamente la realización de la cesárea en el expediente clínico	Cada uno de los elementos contenidos en el expediente mediante los que se justifica el haber realizado una cesárea	Cualitativa nominal	Los elementos presentes en el expediente: descripciones cónicas, estudios de laboratorio y gabinete o cualquier nota clínica en la que se explique y justifique el proceder quirúrgico.
	Indicación de la cesárea	Motivo por el cual se realizó la cesárea en cada uno de los casos estudiados	Cualitativa nominal	Diagnóstico que aparece en la nota preoperatoria
	Toma de decisión de la forma de terminación del embarazo	Recurso humano responsable de la toma de decisión de cesárea, así como la forma en la que se establecen los criterios de manejo clínico de las pacientes obstétricas en el hospital	Cualitativa nominal	Tipo de médico (adscrito o residente) que toma la decisión en ausencia de un médico adscrito, así como la forma en la que a decir de los médicos se establecen los criterios de manejo clínico de las pacientes obstétricas.

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERATIVA	ESCALA	INDICADOR
	Uso del partograma	Existencia y llenado del partograma en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Presencia del partograma y datos que contiene en concordancia con las horas de evolución de la paciente y el diagnóstico realizado
	Uso del sistema de referencia/contrarreferencia	Existencia de una eficiente y adecuada comunicación entre el primero y el segundo niveles de atención	Cualitativa nominal	Existencia de hojas de referencia y/o contrarreferencia en el expediente clínico
	Uso de la Segunda Opinión en los casos de cesárea	Realización sistemática de la segunda opinión de un médico de menor jerarquía a otro de igual o mayor jerarquía ante cualquier caso en el que se considere la posibilidad de realizar una cesárea	Cualitativa nominal	Existencia de notas clínicas que denoten el haber realizado la segunda opinión en cada caso de cesárea, con la firma de ambos médicos opinantes.
	Realización de cesárea y Oclusión Tubaria Bilateral transoperatoria sin una indicación plenamente justificada.	Casos en los que el médico decide realizar una cesárea sin haber una indicación plenamente justificada, aprovechando el momento quirúrgico para la realización de una OTB	Cualitativa nominal	Cesáreas con OTB transoperatoria
	Cesáreas en mujeres primíparas	Cesárea en una mujer que nunca ha tenido un parto	Cuantitativa discreta	Cesárea en una mujer que nunca ha tenido un parto
	Cesáreas en mujeres con antecedente de cesárea previa	Cesáreas en una mujer que tiene como antecedente haberle sido realizada una o dos cesáreas	Cuantitativa discreta	Cesáreas en una mujer que tiene como antecedente haberle sido realizada una o dos cesáreas
	Tipo de recurso médico que realiza la cesárea	Médico responsable de la realización de la cesárea	Cualitativa nominal	Médico consignado como cirujano en la nota posoperatoria
	Turno en el que se realiza la cesárea	Turno en el que fue realizada la cesárea	Cualitativa nominal	Hora registrada en la nota posoperatoria
	Día de la semana en el que se realiza la cesárea	Día de la semana en el que fue realizada la cesárea	Cualitativa nominal	Día de la semana registrado en la nota posoperatoria
	Sexo del médico que realiza la cesárea	Sexo del Médico responsable de la realización de la cesárea	Cualitativa nominal	Sexo del Médico consignado como cirujano en la nota posoperatoria

Universo de trabajo

El Universo de trabajo lo constituyeron

- 318 de un total de 393 expedientes de pacientes atendidas mediante cesárea
- 11 médicos entrevistados
- Las libretas de registros médicos de la Unidad Tocoquirúrgica y del Servicio de Ginecoobstetricia, los casos estudiados ocurrieron en el hospital mencionado del 1º. de septiembre al 31 de diciembre del 2003.

Criterios de inclusión

Fueron incluidas para fines del estudio, cada uno de los casos de mujeres cuya atención del parto se realizó en el hospital, mediante una operación cesárea, durante el tiempo preescrito, así como los médicos adscritos y residentes al servicio de ginecoobstetricia que accedieron a participar

Criterios de eliminación

Fueron excluidos, para fines del estudio, 75 casos de mujeres poscesárea por los siguientes motivos:

- a) 12 casos, cuyo expediente estuvo incompleto y no fue posible identificar en él más del 50% de los datos requeridos por el estudio
- b) 45 casos, por no haber sido posible localizar el expediente para su revisión
- c) 18 casos que habiendo sido consignados como cesárea en los registros hospitalarios, no fueron en realidad casos quirúrgicos con motivo del parto

Instrumentos de investigación.

Descripción de los Instrumentos de investigación

Debido a que los datos recolectados fueron obtenidos de dos fuentes diferentes, fue necesario diseñar dos instrumentos de investigación: el primero de ellos fue un cuestionario a fin de recoger información mediante su aplicación a los médicos tanto de base como residentes; el segundo consistió en una hoja para la recolección de datos del expediente clínico.

Cuadro No. 6
Instrumentos de investigación

Nombre	Código De identificación	Tipo de instrumento	Fuente de llenado
1.- Cuestionario dirigido a Médicos adscritos y residentes del servicio de Ginecoobstetricia	MAR	Cuestionario	Aplicación a médicos adscritos y residentes del servicio de Ginecoobstetricia
2.- Hoja de recolección de datos del expediente clínico	OEX	. Hoja de recolección de datos	Aplicación directa a cada expediente clínico de pacientes poscesárea.

Validación

Los instrumentos descritos en el cuadro anterior, fueron validados mediante su aplicación en el Hospital General Adolfo López Mateos de Instituto de Salud del Estado de México durante el mes de agosto del año 2003, ya que esta es una unidad médica de características similares a las del hospital estudiado. Una vez aplicada la prueba piloto, se realizaron los ajustes correspondientes para su aplicación.

Aplicación de los instrumentos

Se recolectó información de la siguiente manera:

- Fue visitado el hospital, durante el periodo de estudio todos los días viernes (del 4 de septiembre en adelante durante 17 semanas consecutivas), con el fin de consultar los registros hospitalarios y revisar y obtener información de los expedientes clínicos de las cesáreas realizadas durante la semana inmediata anterior.
- El resto de los datos fueron obtenidos mediante la aplicación del cuestionario a médicos tanto adscritos como residentes, su aplicación se hizo a la mitad del periodo de observación, a fin de que estuvieran presentes la mayoría de los médicos que laboran en el servicio (evitando periodos vacacionales, etc).
- La totalidad de los datos, al final del periodo de recolección, fueron resumidos y procesados mediante las hojas electrónicas, posteriormente fueron analizándolos y presentándolos conforme a lo estipulado en el Diseño Estadístico, para finalmente realizar con base en los hallazgos las conclusiones y sugerencias del trabajo de investigación.

Material

El material utilizado durante el tiempo de la planeación, ejecución y análisis del presente estudio fue el siguiente:

- Material de papelería diverso: lápices, plumones y marca textos, engrapadora, un bibliorato y una perforadora
- Hojas de papel bond y revolución
- Fotocopias de los instrumentos de recolección de datos.
- Una Computadora personal con impresora y acceso a Internet

Diseño estadístico

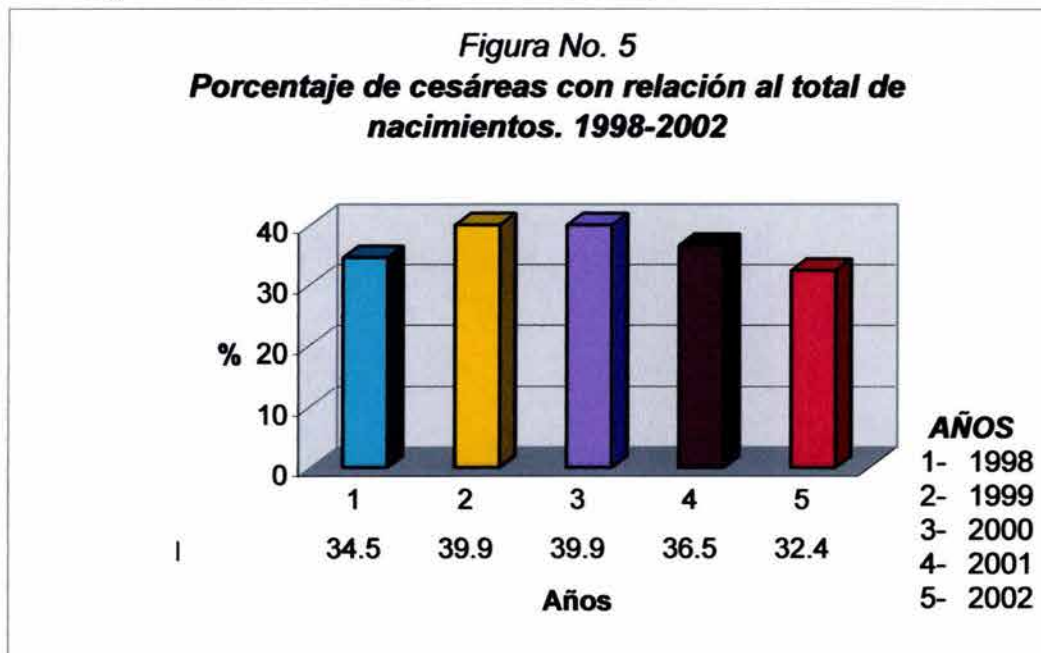
Para el manejo de los datos se utilizó lo siguiente:

- ***Datos cualitativos:*** *porcentajes y razones.*
- ***Datos cuantitativos:*** *Mediante el programa Excell, se diseñaron hojas electrónicas para el vaciado de los datos de cada uno de los instrumentos de investigación, mediante su uso fue posible ordenar, clasificar y analizar las variables mediante la utilización de filtros.*

8 RESULTADOS

Con base en la investigación realizada en el Hospital Dr. Nicolás San Juan, durante el periodo comprendido entre los meses de septiembre a diciembre del año 2003, relacionada con las características operativas del servicio de Ginecoobstetricia en un hospital público con altos índices de utilización de operación cesárea, y en el orden de los objetivos del presente estudio, los resultados encontrados, fueron los siguientes:

1.-Porcentaje en el uso de la operación cesárea.



Fuente: Informes proporcionados por la Jefatura del Servicio del hospital.

El porcentaje de cesáreas observado en los últimos 5 años en el hospital público estudiado es superior al 30%, sin embargo es posible observar un discreto descenso de tal cifra en los dos últimos años, siendo esto más notorio en 2002.

2.-Elementos con que cuenta cada expediente para justificar clínicamente la opción quirúrgica.

De acuerdo a la información emitida por el hospital en su reporte mensual⁽⁵⁸⁾, fueron realizadas 380 operaciones cesáreas en el periodo. La búsqueda de información para los fines de este estudio se realizó mediante la revisión de los registros hospitalarios, según los cuales fueron realizadas 393, cifra que no es coincidente con la encontrada en los registros hospitalarios; de esta última se tuvo

la necesidad de eliminar 75 expedientes, de acuerdo a los criterios de exclusión, por lo cual, los datos que se presentarán a continuación solo se circunscribirán a la revisión de 318 expedientes.

De los 318 expedientes revisados en el lapso del estudio, en el 72% de ellos fueron encontrados los elementos suficientes para justificar la decisión de cesárea; por el contrario, más de la cuarta parte de los expedientes estudiados (28%) no sustentaban adecuadamente la decisión con los elementos presentes en tal documento, habiendo sido el mes de septiembre en el que se registró el mayor porcentaje de expedientes en este caso (39.3%). (cuadro 7)

Cuadro No.7
Casos de cesárea por mes según la justificación de su indicación
Hospital Público, SSA, Estado de México
1998-2002

Mes	Total casos	Justificada	%	No justificada	%
Septiembre	92	57	17,9	35	11
Octubre	84	64	20,1	20	6,3
Noviembre	71	57	17,9	14	4,4
Diciembre	71	51	16,1	20	6,3
TOTAL	318	229	72,1	89	27,9

Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico

Figura No. 6



3.-Indicación por la que se realizó la cesárea.

Cuadro No.8
Indicación por la que fue realizada la cesárea según su justificación en el expediente
Hospital Público, SSA, Estado de México
1998-2002

Indicación	Casos justificados		Casos no justificados		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
CAUSAS MATERNAS						
Estrechéz Pélvica	2	0,6	-	-	2	0,6
Pelvis asimétrica o deformada	1	0,3	-	-	1	0,3
Malformaciones congénitas	1	0,3	-	-	1	0,3
Tumores de vagina y vulva que obstruyen el canal del parto	1	0,3	-	-	1	0,3
Cirugía previa del Segmento o cuerpo uterino:	-	-	-	-	-	-
*una cesárea previa	4	1,3	20	6,3	24	7,5
*dos cesáreas previas	32	10,1	-	-	32	10,1
Inducto conducción fallida	3	0,9	1	0,3	4	1,3
Falta de progresión del trabajo de parto	4	1,3	2	0,6	6	1,9
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	9	2,8	-	-	9	2,8
Patología materna:	-	-	-	-	-	-
*diabetes mellitus	2	0,6	-	-	2	0,6
*otras	1	0,3	2	0,6	3	0,9
subtotal	60	70,6	25	29,4	85	100
CAUSAS FETALES						
Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica	1	0,3	-	-	1	0,3
Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal:	-	-	-	-	-	-
*presentación pélvica	34	10,7	2	0,6	36	11,3
*otras	15	4,7	6	1,9	21	6,6
Sufrimiento fetal	33	10,4	7	2,2	40	12,6
Baja reserva fetal	6	1,9	2	0,6	8	2,5
	2	0,6	-	-	2	0,6
subtotal	91	84,3	17	5,3	108	100
CAUSAS MIXTAS						
Síndrome de deproporción cefalopélvica	20	6,4	8	2,5	28	8,8
Preeclampsia-eclampsia	22	6,9	10	3,1	32	10,1
Embarazo múltiple	10	3,1	1	0,3	11	3,5
Infección amniótica	2	0,6	-	-	2	0,6
subtotal	54	74,0	19	26	73	100
OTRAS INDICACIONES NO INCLUIDAS EN EL LINEAMIENTO						
Oligohidramnios	7	2,2	7	2,2	14	4,4
Ruptura prematura de membranas	11	3,5	4	1,3	15	4,7
Cesárea iterativa con paridad satisfecha	2	0,6	6	1,9	8	2,5
Ruptura prematura de membranas con paridad satisfecha	2	0,6	-	-	2	0,6
Indicación indefinida	-	0,6	10	3,1	10	3,1
Embarazo prolongado sin contraindicación para parto vaginal	2	7,5	1	0,3	3	0,9
subtotal	24	46,2	28	53,8	52	100
Gran total	229	72,1	89	27,9	318	100

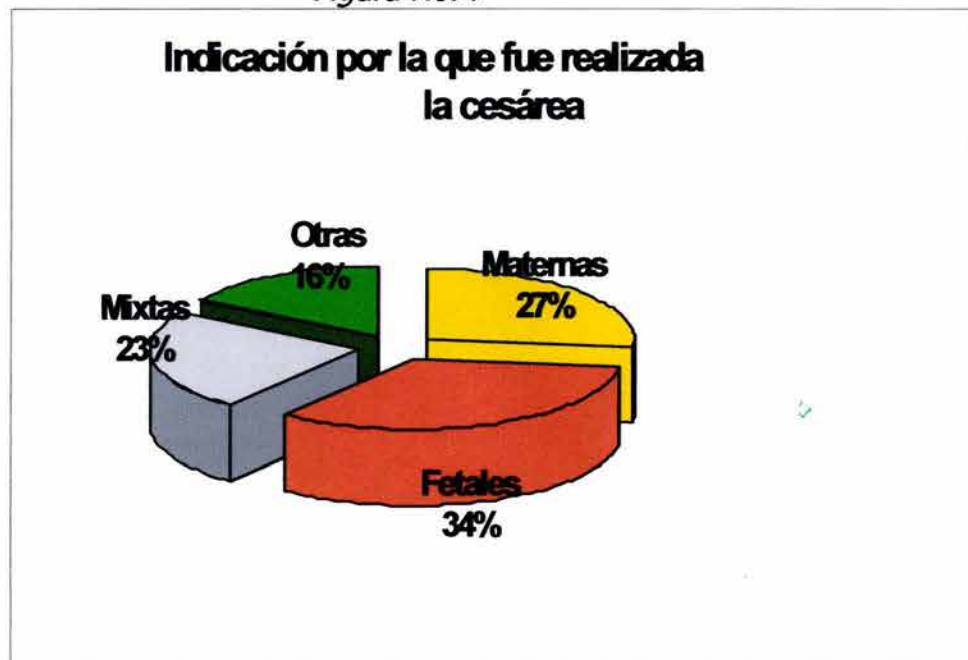
Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico

Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico

Las distribuciones porcentuales que se observaron en las diferentes indicaciones de cesárea, fueron las siguientes:

- De acuerdo a la clasificación establecida en el Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la operación cesárea ⁽⁶⁴⁾, el mayor número de indicaciones, fueron por causas fetales (34%), seguidas por las realizadas por causas maternas (27%) y finalmente por causas mixtas (23.0%); se observa que existe otro grupo de indicaciones que no se encuentran incluidas en el Lineamiento y que fueron encontradas en la revisión de los expedientes, las cuales ocupan un 16.4%. (Figura No. 7).

Figura No. 7



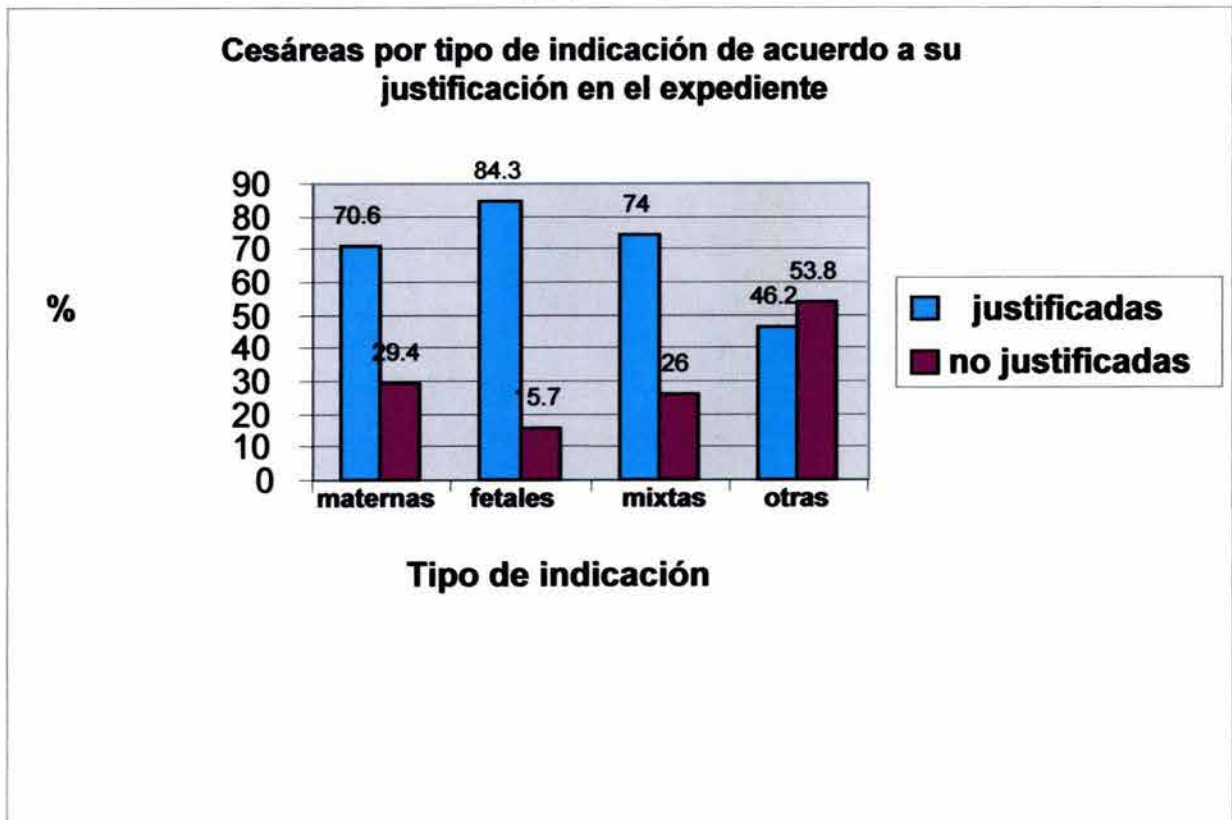
Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

- Las principales indicaciones por causa materna fueron las relacionadas con una o dos cesáreas previas, que en conjunto hacen un 17.6% del total de las indicaciones, sin embargo, solo el 7.5% de ellas corresponden a casos en los que se interviene con solo la indicación de una cesárea previa.
- En cuanto a las indicaciones por causas fetales, las principales en orden de importancia las ocupan: el sufrimiento fetal agudo (12.6%) y la presentación pélvica (11.3%); ambas indicaciones dentro de las cinco principales a nivel nacional ^(15,33,64,70)
- De las causas mixtas, la principal es la Preeclampsia-eclampsia, con el 10.1%

- Fueron además, encontradas otras indicaciones no previstas en la clasificación antes citada, por ejemplo: cesárea iterativa con paridad satisfecha (0.6%); embarazo prolongado sin contraindicación para parto vaginal 0.9%) y algunos otros casos en los que las indicaciones fueron indefinidas (3.1%), etc.; ese grupo de indicaciones ocupan un 16.4% del total.
- De los 89 casos en los que el diagnóstico no es suficientemente sustentado en el expediente, las principales indicaciones son: una cesárea previa (6.3%), Preeclampsia / eclampsia (3.1%), indicaciones indefinidas y síndrome de desproporción cefalopélvica.

Finalmente, de acuerdo a lo observado en el cuadro citado, y la figura No. 8 según la clasificación del Lineamiento Técnico para la Indicación y práctica de la operación cesárea, solo el 83.6% de los casos estudiados son producto de alguna de las indicaciones en ella incluidas, por lo que el 16.4% restante son casos en los que cabe la posibilidad de haber podido reconsiderar el manejo de las pacientes, sobre todo en los casos en las que éstas eran primíparas.

Figura No. 8

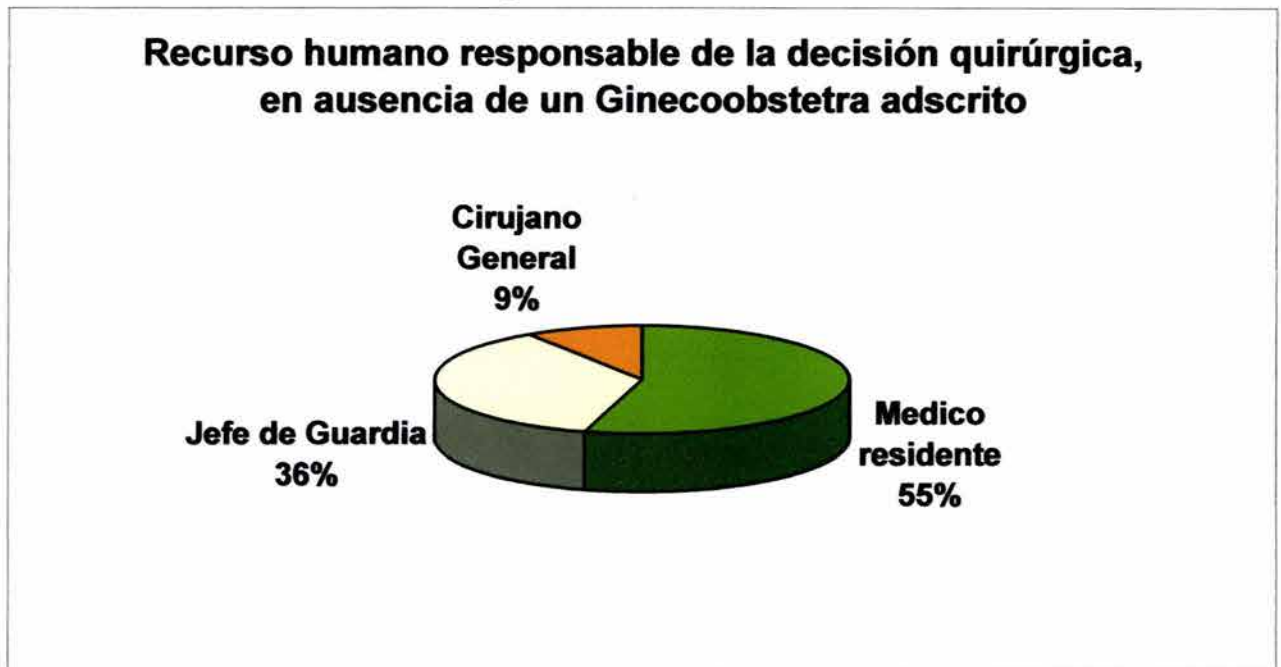


Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

4.- Características operativas relacionadas con la toma de la decisión de la forma de terminación del embarazo.

Es deseable que la decisión de cesárea sea tomada por el médico con mayor experiencia, y cuando por circunstancias particulares éste sea residente, su decisión sea supervisada y evaluada por un médico especialista; al preguntar quién es el recurso que toma la decisión en ausencia de un adscrito en el servicio, se menciona que el residente lo hace (55%), aún cuando exista otro médico adscrito que pueda opinar en el hospital, como el Jefe de la Guardia. (Figura No. 9).

Figura No. 9



Fuente: Cuestionario dirigido a médicos adscritos y residentes.

En lo que se refiere a la capacitación normativa obligatoria para el personal sobre las Normas Oficiales Mexicanas y a los Lineamientos Técnicos, de acuerdo a la información proporcionada por los médicos, no se ha llevado a cabo esta actividad siendo obligatoria en el servicio de manera formal, por lo que no pueden existir criterios homogéneos de manejo para las pacientes obstétricas con base en las normas.

Lo anterior es más evidente si se observa la forma en que -a decir de los médicos- se establecen los criterios de manejo clínico de dichas pacientes en donde esto se hace "por orden superior" según el 27.3% de los médicos que respondieron al cuestionario y en donde el 36.4% de ellos prefieren no opinar. (Figura No. 10)

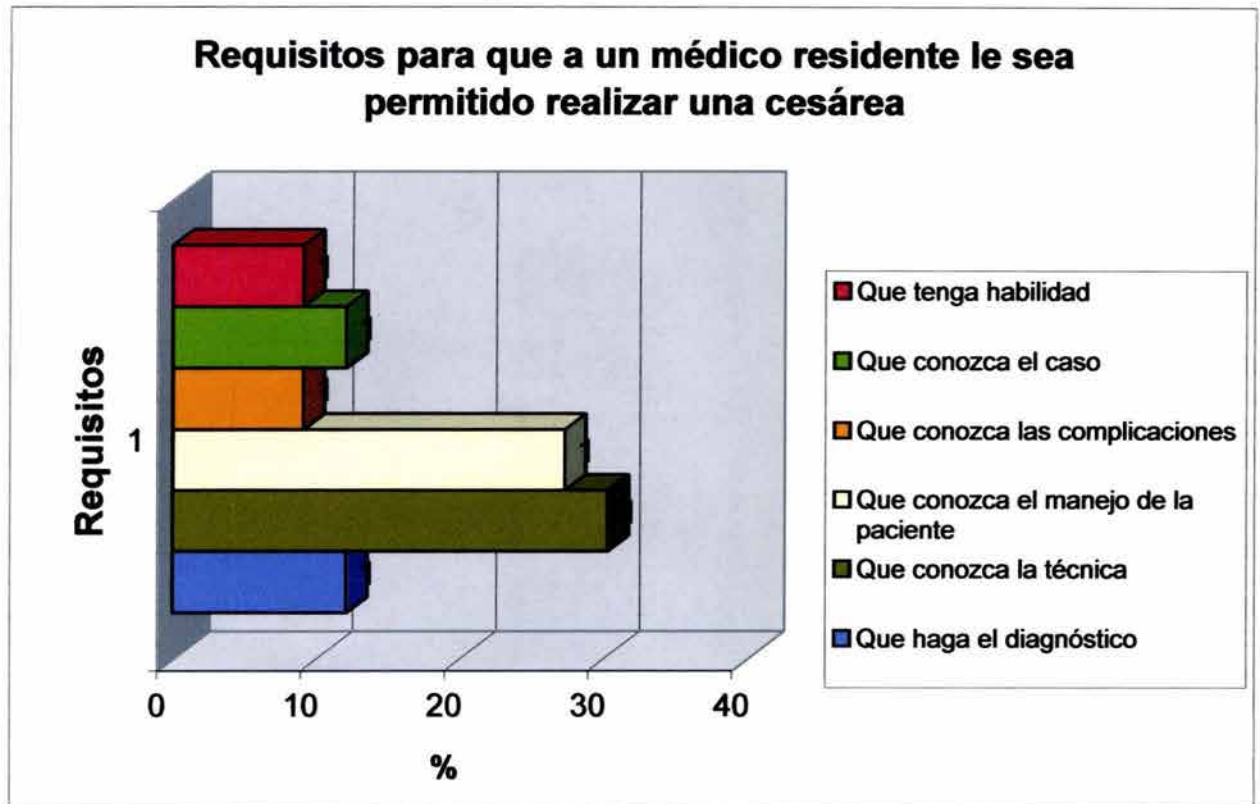
Figura No. 10



Fuente: Cuestionario dirigido a médicos adscritos y residentes.

Otro importante aspecto revisado fueron los requerimientos para que al residente le fuera permitido efectuar cesáreas (figura no. 11), que es un importante aspecto de la supervisión de los médicos especialistas hacia los médicos en formación, que no fue posible evaluar a través de la revisión del expediente clínico como autorización por parte del adscrito, pues aunque siempre aparece en la solicitud quirúrgica el nombre de el médico de base responsable, se desconoce si éste se encontró presente y participó frente a la paciente en el momento de la toma de decisión o solo firmó. Al revisar los expedientes no pudo establecerse un patrón de comportamiento para la autorización.

Figura No. 11

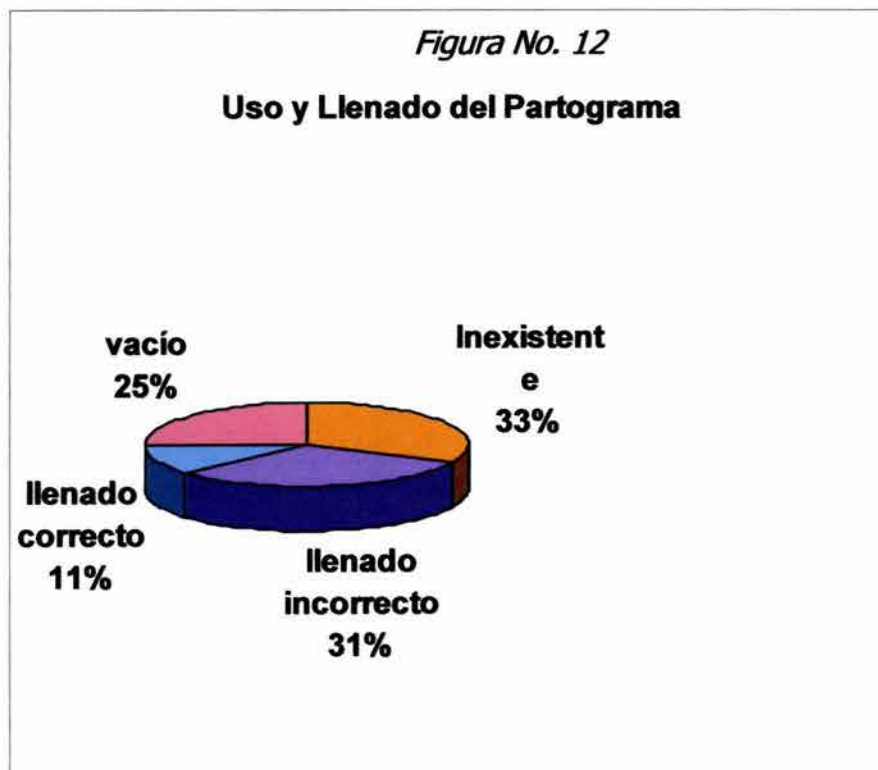


Fuente: Cuestionario dirigido a médicos adscritos y residentes.

Este hecho también se apoya en la heterogeneidad denotada al mencionar por parte de los médicos los criterios o requisitos que se le piden a un residente para que le sea permitido realizar la cirugía, lo cual se puede observar en la figura no. 10, en donde los dos criterios más mencionados se circunscriben al conocimiento de la técnica quirúrgica y al conocimiento del manejo de la paciente en marcada desventaja con el poder hacer un diagnóstico correcto (12.1%) o conocer las complicaciones (9.1%), todo ello, evidencia de la inexistencia real de criterios de comportamiento preestablecidos para supervisar las decisiones de los residentes y autorizarlos a operar. (Figura No. 11).

5.-Características operativas relacionadas con el uso del partograma, el sistema de referencia y contrarreferencia y la segunda opinión en los casos de cesárea.

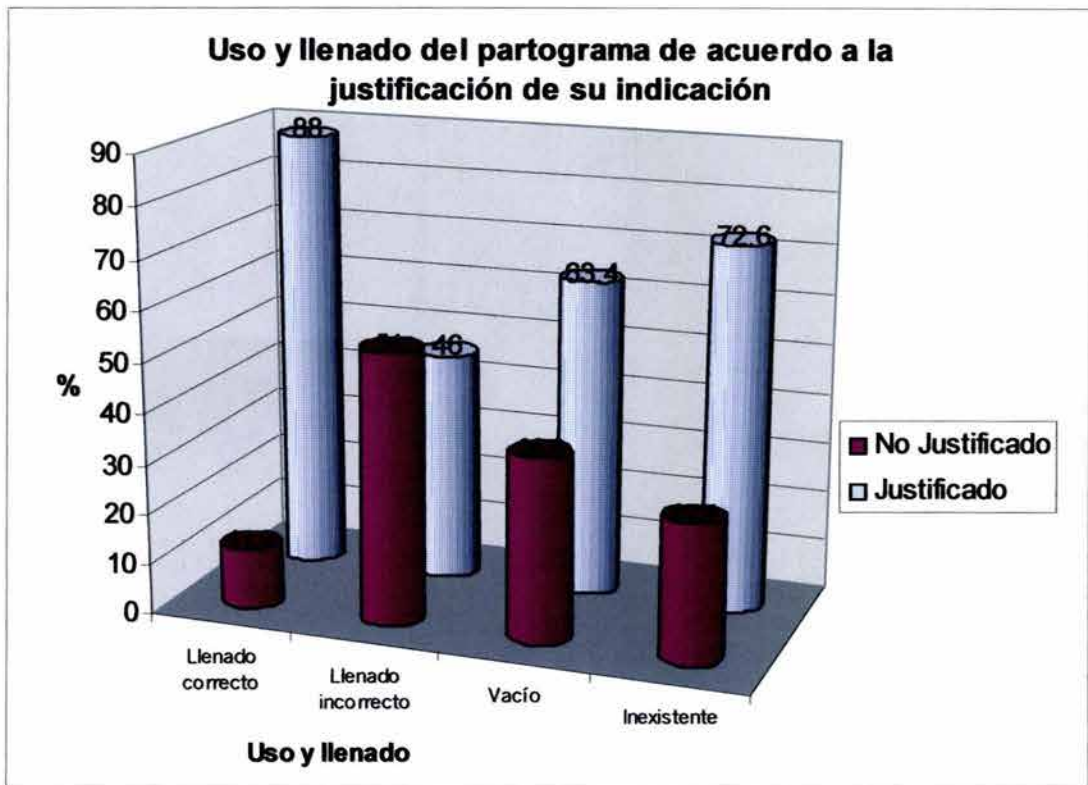
La gráfica en la que se establece de una manera objetiva la evolución del trabajo de parto denominada partograma, es de suma importancia para la vigilancia del trabajo de parto, por lo tanto, se verificó su existencia en los expedientes revisados, encontrándose ausente (29.9%) o presente, pero vacío (22.8%), ambas circunstancias en conjunto, equivalentes a más de la mitad de los casos revisados (52.2%); de los restantes, solo en poco más de la cuarta parte (26.4%) éste instrumento fue usado y llenado correctamente, existiendo 50 casos en los que éste fue utilizado pero llenado de manera incorrecta; con base en lo anterior, la utilidad que en el servicio se le da a tal instrumento, se pone en duda. (Figura No.12)



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

De los 89 expedientes con indicación de cesárea no justificada, más de la mitad de ellos (55%) corresponde a los que no contaban con partograma o a los que lo tenían vacío, en segundo término el 30% se observa en los casos en los que este se encuentra llenado incorrectamente, y solo en el 11% de estos casos el instrumento fue utilizado correctamente. (Figura No. 12)

Figura No. 13



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

En lo que se refiere al **Sistema de referencia-contrarreferencia**, solo en el 6.3% de los expedientes revisados existen hojas de referencia y contrarreferencia; aun cuando las pacientes provengan del primer nivel de atención, este requisito se omite, lo cual denota una deficiente funcionalidad del mismo de acuerdo a la evidencia encontrada. (Figura No. 14)

Figura No. 14

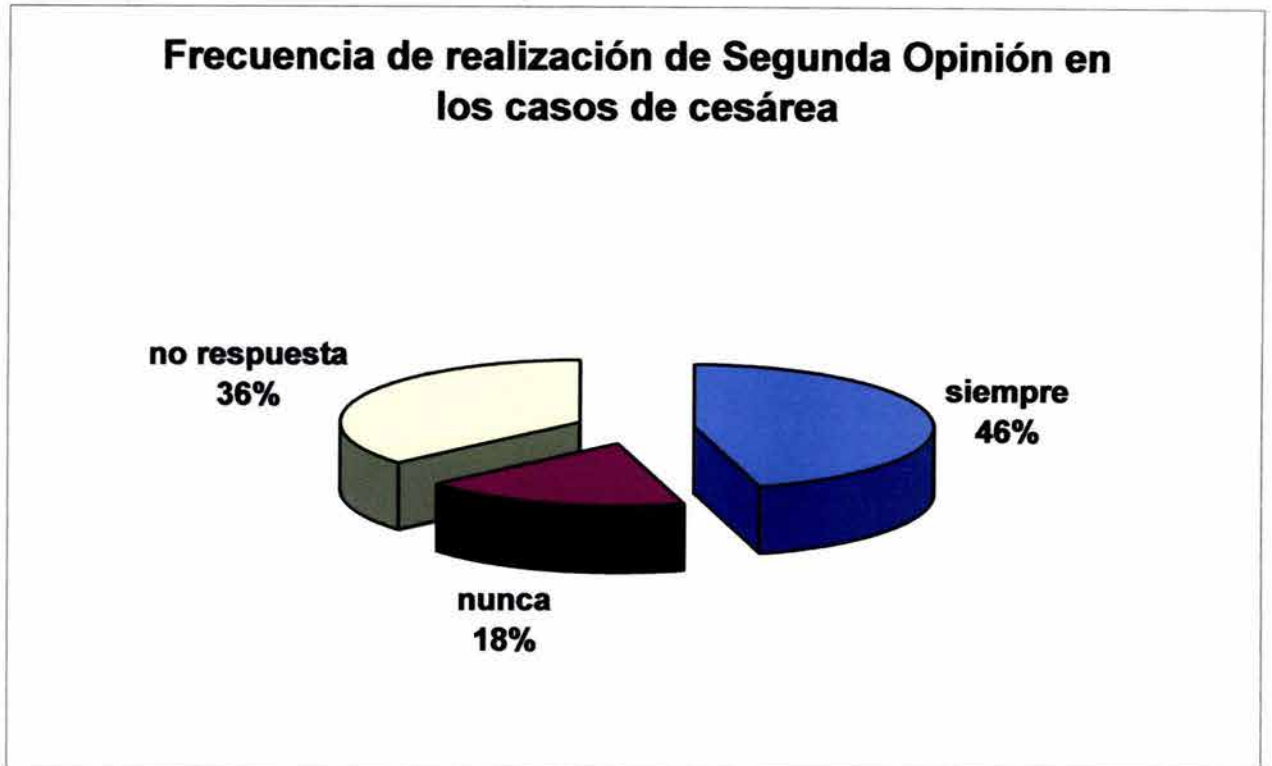


Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

Del mismo modo es importante que no sea un solo médico quien tome la decisión de cesárea, por lo que, la realización de la **segunda opinión** debe ser sistemática.

Les fue preguntado a los médicos con que frecuencia se realizaba ésta actividad y estos respondieron en el 46% de los casos que se hacía siempre, habiéndolo negado en el 18% de los casos (figura No. 15); sin embargo al confrontar las evidencias al respecto encontradas tanto en los informes mensuales emitidos por el hospital como en la evidencia a la revisión de los expedientes clínicos, en el primer caso –reporte hospitalario-⁽⁵⁸⁾ se informa la realización de la segunda opinión de manera mensual en no más de una cuarta parte de los casos y en general, en el periodo solo en el 43.2% de éstos. En la revisión de expedientes, no fue encontrado en ningún caso, una nota en la cual se hiciera evidente la segunda opinión antes de tomar la decisión de cesárea, por lo que con los anteriores argumentos es indudable que no se lleva a cabo.

Figura No. 15



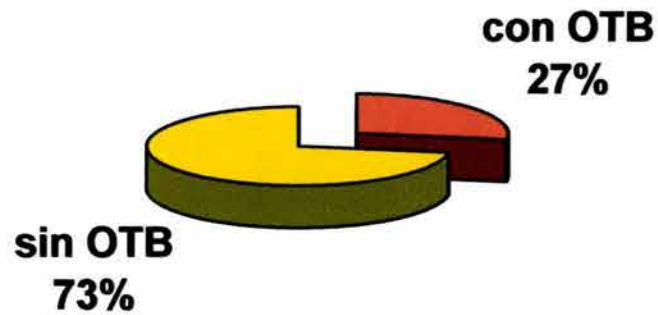
Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

6.-Casos de cesárea relacionados con la realización de Oclusión Tubaria Bilateral transoperatoria.

Con respecto a los casos con **oclusión tubaria bilateral transoperatoria**, encontramos que se relacionan estos hechos en el 27% de los casos totales de cesárea, siendo mayor el porcentaje en aquellos en los que existen elementos en el expediente que justifican la indicación de cesárea. (Figuras No. 16 y 17)

Figura No. 16

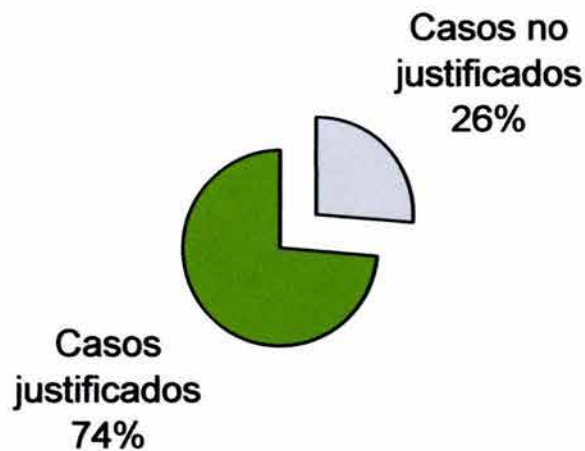
Cesáreas con Oclusión Tubaria Bilateral transoperatoria con relación al total



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

Figura No. 17

Relación de Cesáreas con Oclusión Tubaria Bilateral transoperatoria de acuerdo a la justificación de su indicación



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

7.-Casos de cesárea en mujeres primíparas y con antecedentes de cesárea previa.

Las mujeres sometidas a cirugía para la resolución de su embarazo, tuvieron en promedio 2.2 gestas, siendo las primigestas a las que con mayor frecuencia se les operó (36 %);

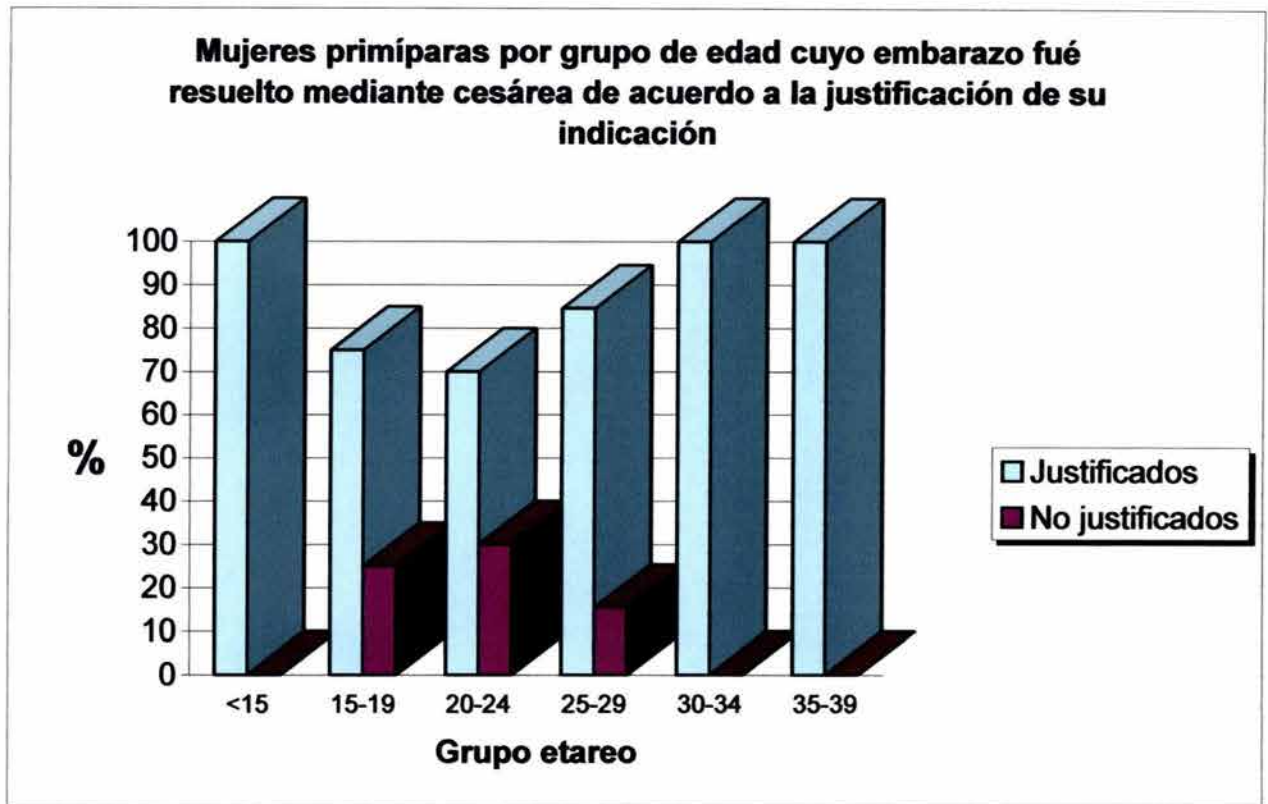
Figura No. 18



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

De estos casos, el 49.6% eran adolescentes (menores de 19 años) y el 34.8% tenía entre 20 y 24 años, lo cual implica un compromiso del futuro obstétrico de estas pacientes, pues en muchos de los casos en su siguiente embarazo se les volverá a realizar cesárea, hecho que además tiene gran importancia pues constituyen suman el 93% de los casos no justificados. (Figura No. 19)

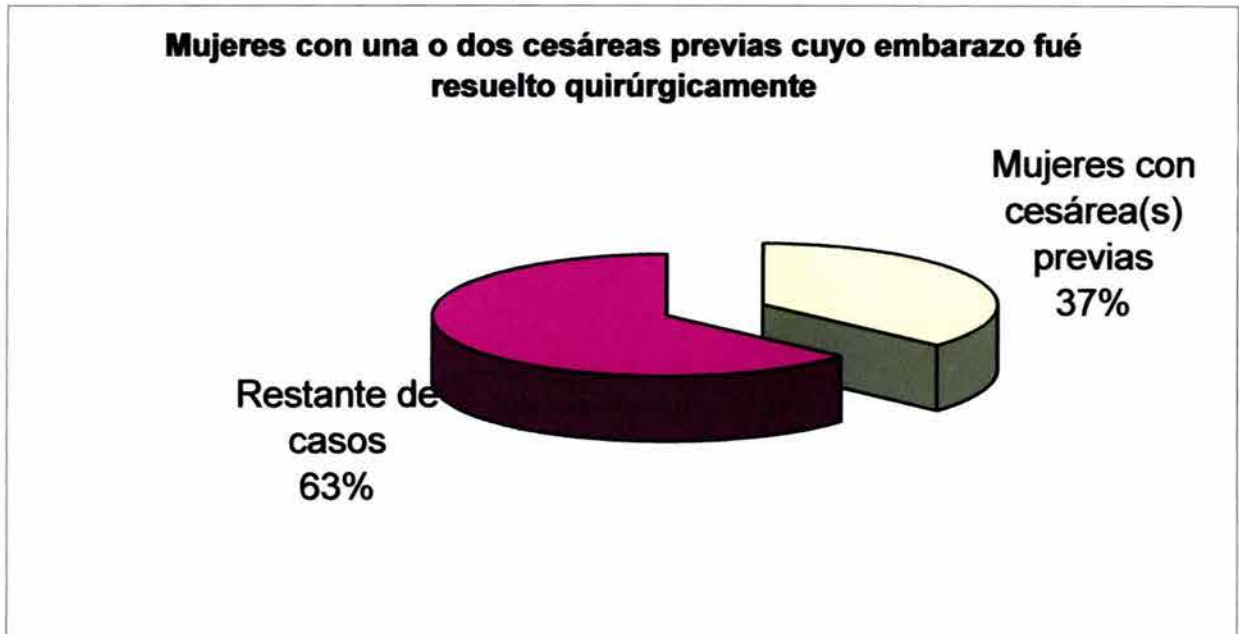
Figura No. 19



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

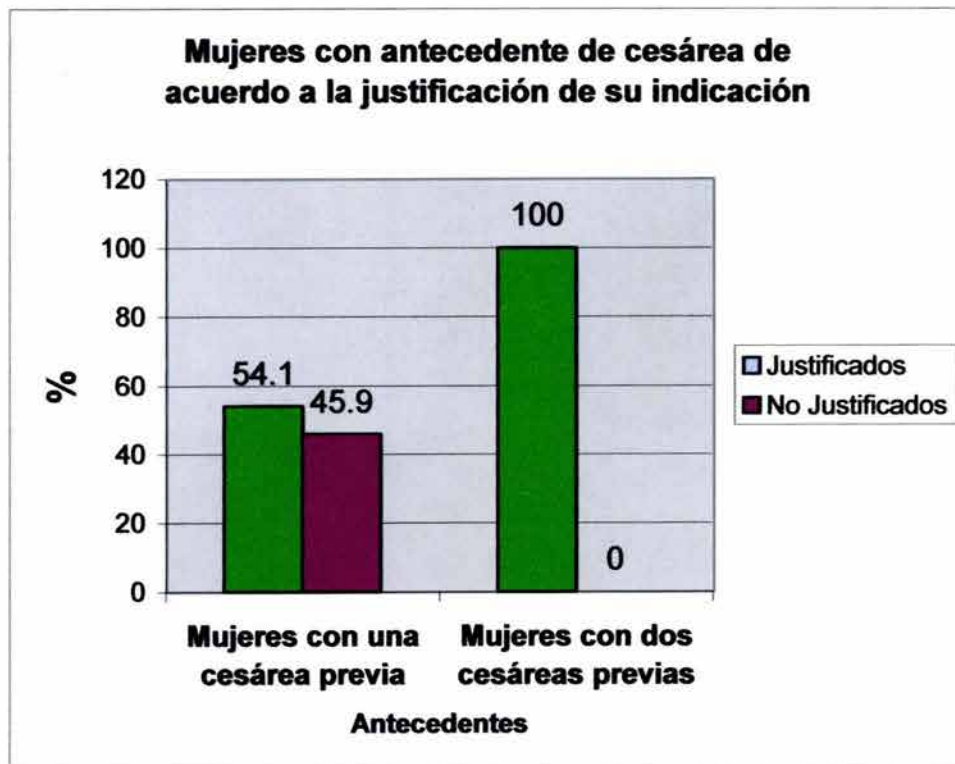
El 37% de los casos de cesárea estudiados fueron realizados teniendo como indicación el antecedente de una o dos cesáreas, el 27% fueron hechas con el antecedente de una sola cesárea previa, lo cual, de acuerdo al lineamiento técnico correspondiente solo se considera indicación haber otra indicación coexistente para parto vaginal o bien cuando la que condujo a la primera cesárea se repite. (Figura No. 20)

Figura No. 20



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

Figura No. 21



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

En este sentido, fueron consideradas como no justificadas el 45.9% de ellas, por lo que ésta, que es una de las principales indicaciones de las cesáreas no debidamente sustentadas, se encontrándose presente como un factor que podría ser motivo del elevado indicador hospitalario de cesáreas. (Figura No. 21)

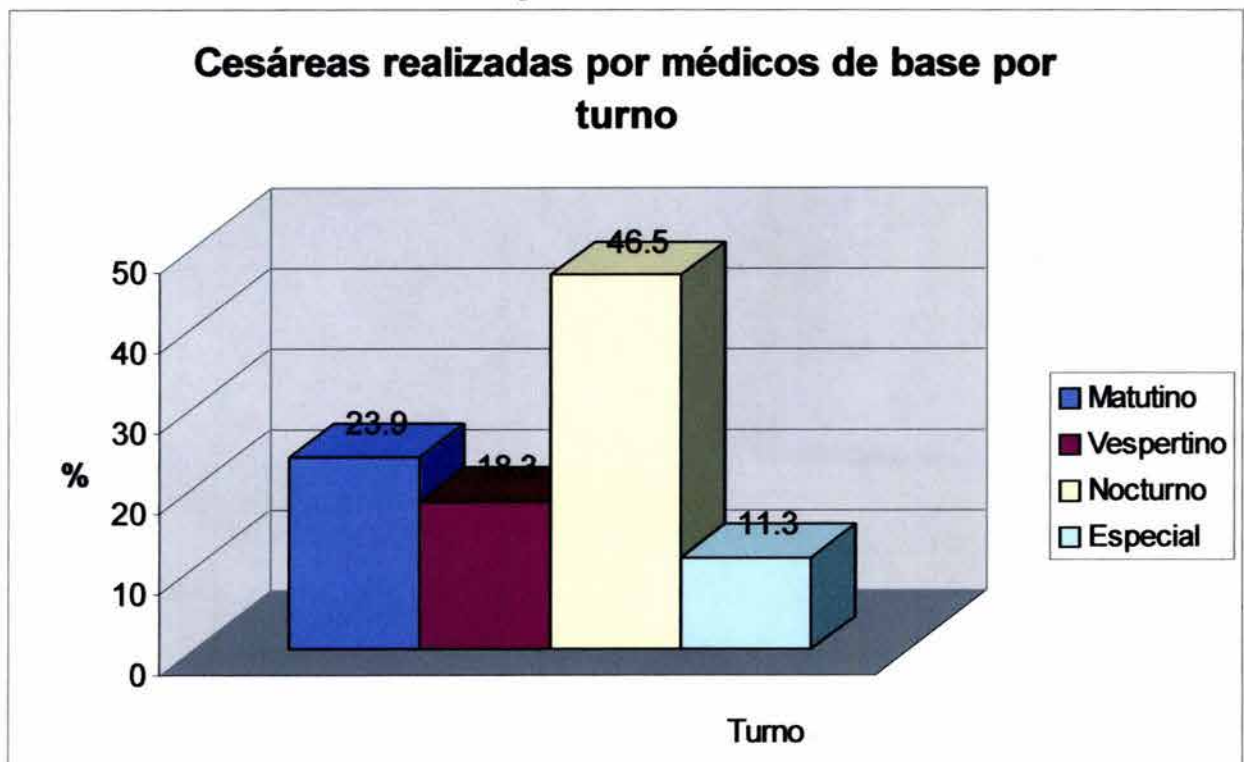
8.-Otros factores que pueden influir en el uso de la operación cesárea

a) Cesárea por recurso médico

De las cesáreas realizadas en el hospital en el periodo de estudio, el 22.3% fueron realizadas por los médicos de base, en contraste con el 77.7%, las cuales realizaron los médicos residentes, hecho comprensible debido a que es un hospital con enseñanza, solo que por esa razón la supervisión debe ser exhaustiva. Fueron detectadas ciertas tendencias que serán analizadas a continuación.

Médicos de Base: puede observarse que los médicos de la guardia nocturna son los que tienen el porcentaje más alto de cesáreas, uno de los cuales fue el responsable de la realización de más de un tercio de éstas; el segundo grupo de médicos en importancia son los del turno matutino, habiendo entre los médicos de tal turno uno quien realiza más de la mitad de las cirugías. (Figura No. 22)

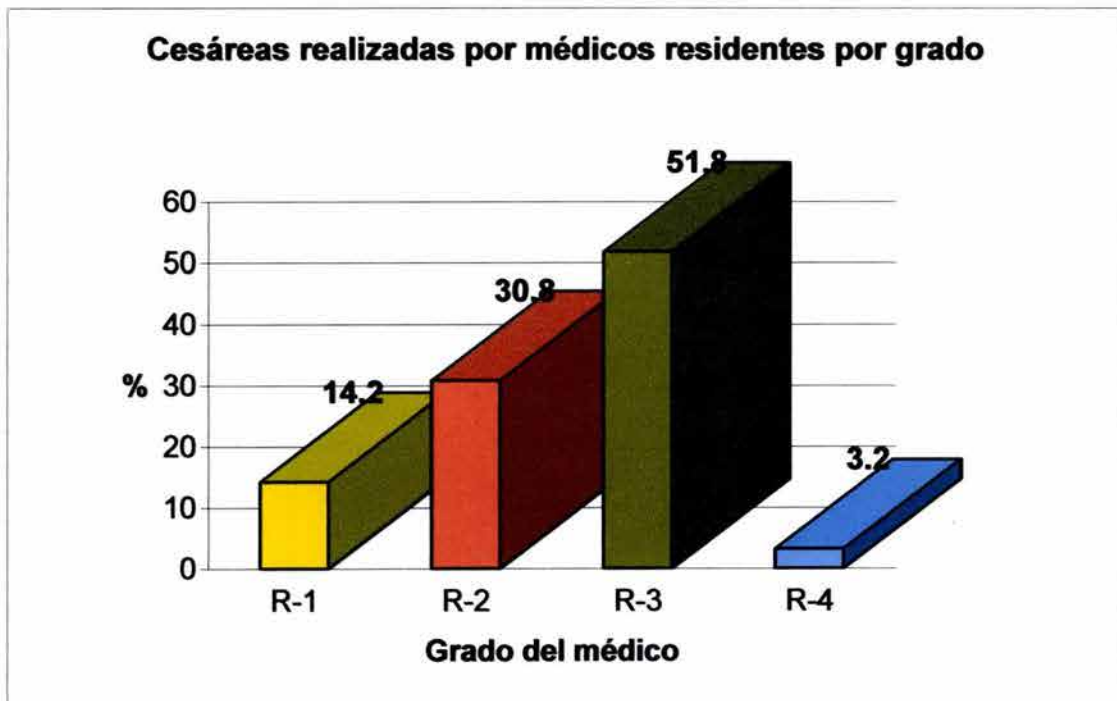
Figura No. 22



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

Médicos Residentes: se sabe, por información dada por los residentes, que se les permite operar desde que son R-2, sin embargo, el porcentaje más alto de cirugías corresponde a los R-3, con un 51.8% del total.. En segundo término se encuentran los R-2, quienes tuvieron a su cargo el 30.8%, en el grupo hay un médico que realizó el 42 % de las cirugías. (Figura No. 23)

Figura No. 23

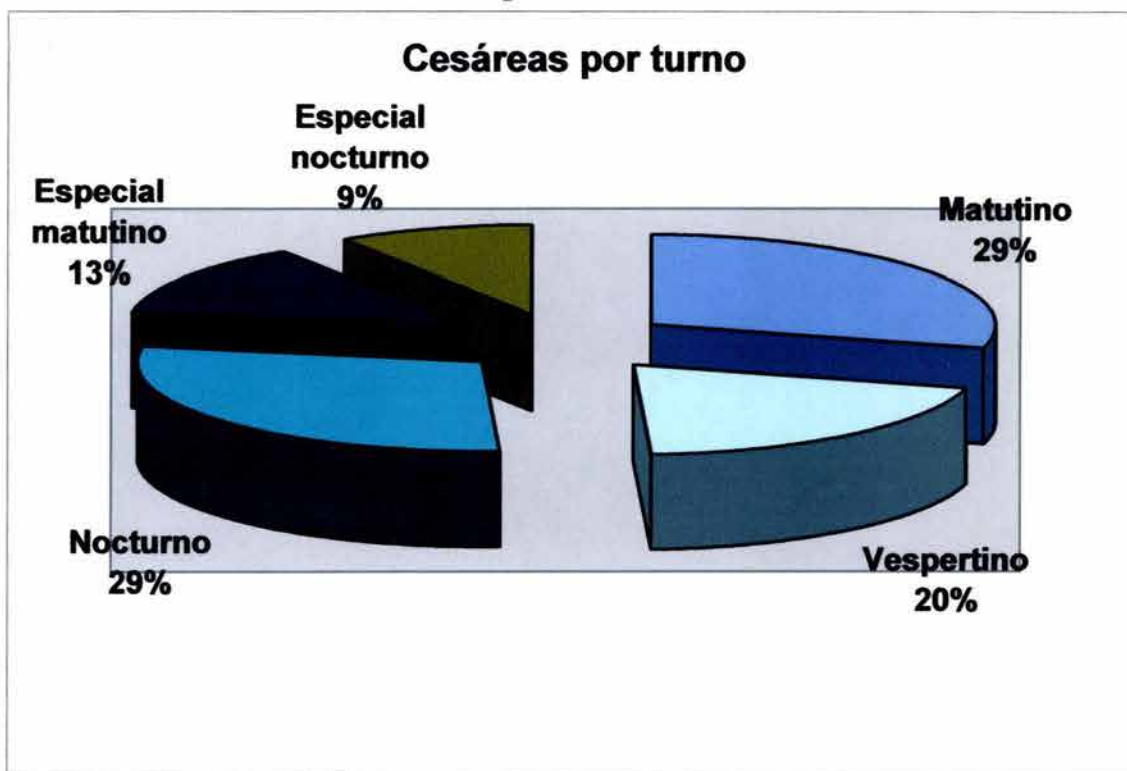


Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

b) Cesárea por turno

En la gráfica, podemos observar los turnos en los que fueron realizadas las cesáreas. Los dos turnos en los que más se realizan son: el nocturno (29%) y el matutino (28.%), siendo el tercero en importancia el turno vespertino, en donde se realizan el 20% de las cirugías (Figura No. 24).

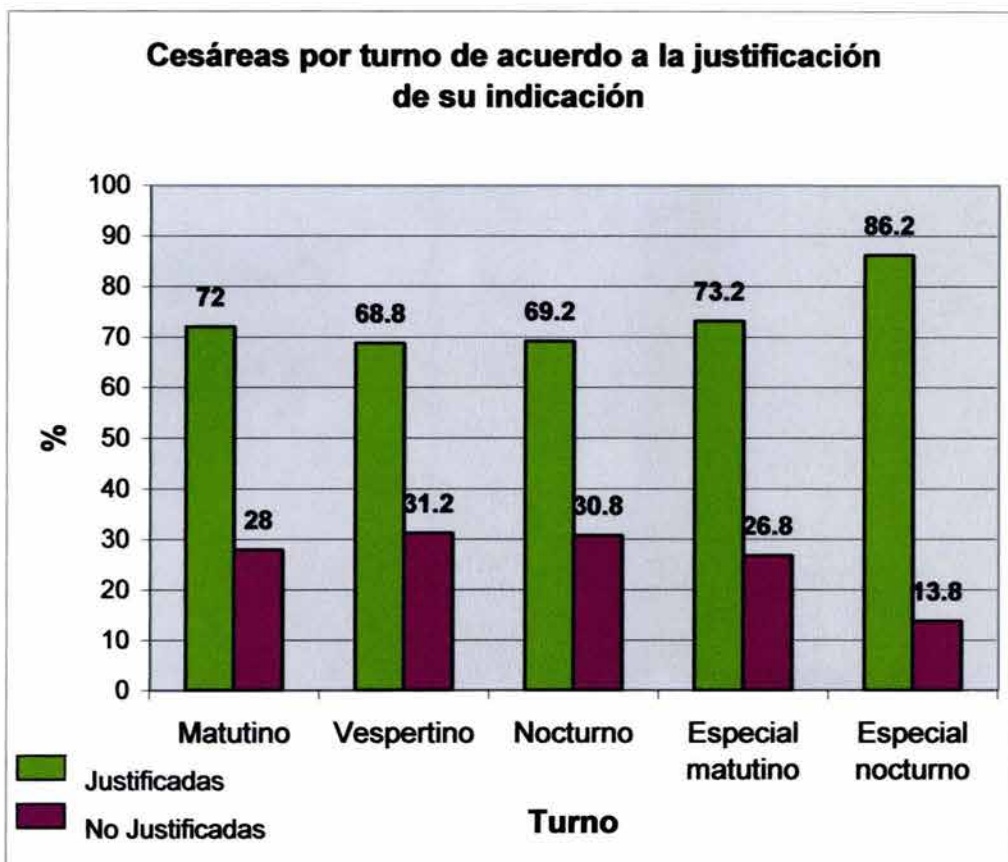
Figura No. 24



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

Con respecto a los casos no justificados, el mayor porcentaje de éstos se detectó en el turno nocturno 30.8%, y contrariamente a lo esperado, también en el vespertino (31.2%). (Figura No. 25)

Figura No. 25

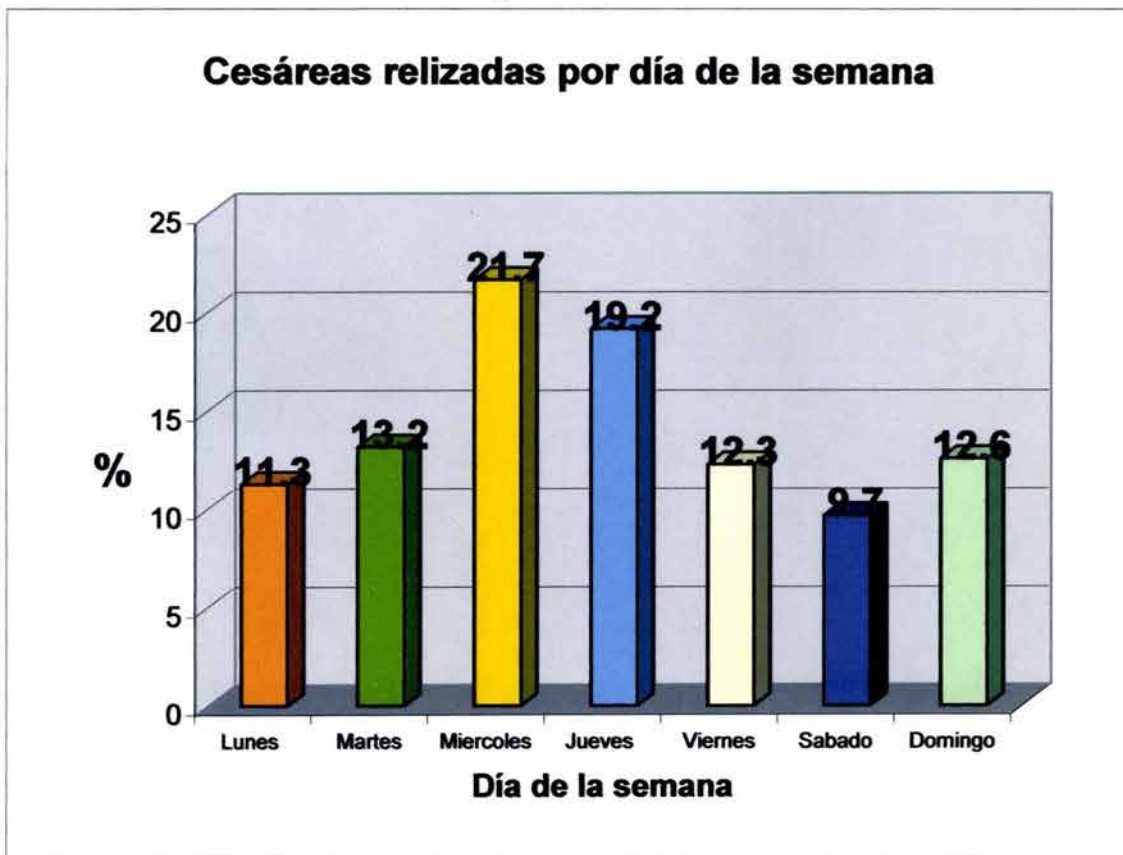


Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

c) Cesárea por día de la semana

En la gráfica se observa que en general existe una tendencia más o menos homogénea en la presentación de las cesáreas por día de la semana, aunque puede notarse un ligero incremento en los miércoles (21.7%) y jueves (19.2%), se esperaba que el fin de semana fuera notorio un incremento, lo cual no sucedió; en cuanto a la distribución entre casos justificados y no justificados, no parece haber tampoco diferencias importantes. (Figura No. 26)

Figura No. 26

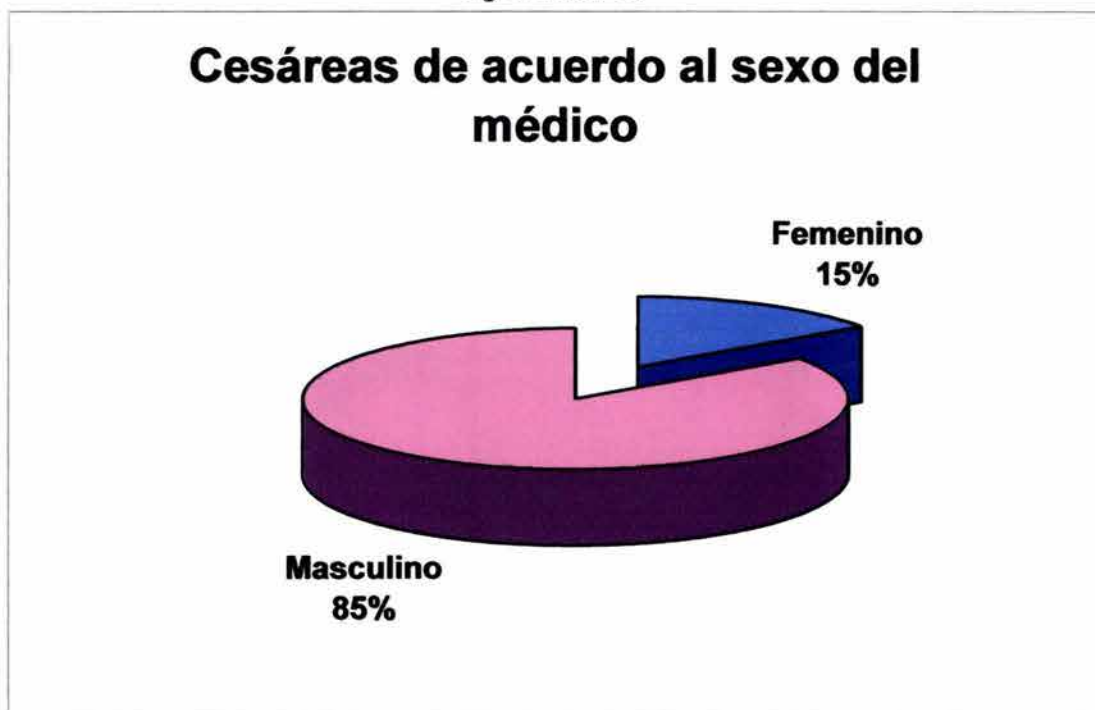


Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

d) Cesárea por sexo del médico

En cuanto al sexo del médico, el 79% de los médicos (tanto residentes como de base) eran del sexo masculino, y solo el 21% restante eran mujeres; con base en lo anterior, en la siguiente figura se observa que los que decidieron y realizaron mayor número de cirugías son los hombres, habiendo realizado el 85% de ellas (Fig. 27).

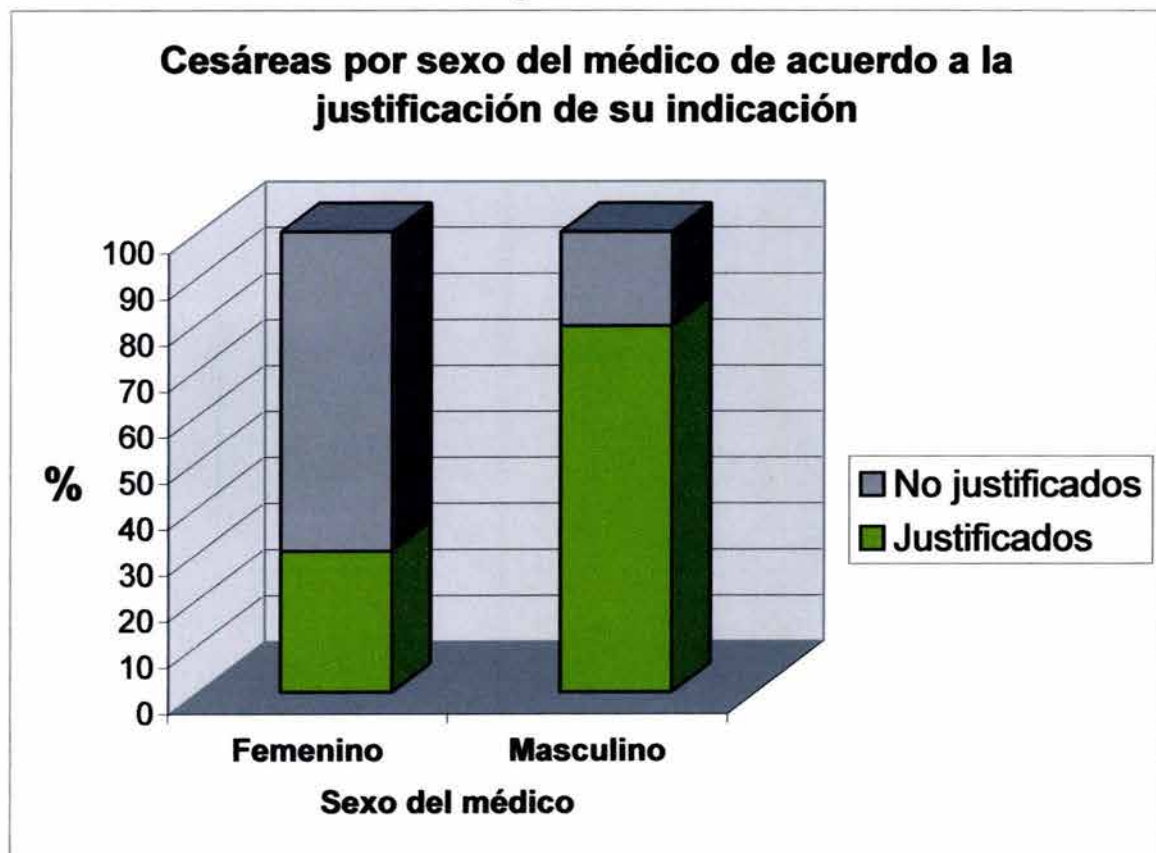
Figura No. 27



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

En lo que se refiere a la no-justificación, las mujeres fueron las que tuvieron el mayor índice, ya que una de cada dos cesáreas que hicieron fue en estas circunstancias, a diferencia de los médicos del sexo masculino en donde esto sucedió en uno de cada cuatro casos.

Figura No. 28



Fuente: Hoja de recolección de datos del expediente clínico.

9 **DISCUSIÓN**

Como ha sido establecido en la literatura citada a lo largo del trabajo, el porcentaje de operaciones cesáreas en relación al total de los nacimientos ocurridos, se ha incrementando sensiblemente durante las últimas 3 décadas, constituyendo un hecho mundial indiscutible, pero con amplia variabilidad de acuerdo a las diferentes regiones, siendo Europa la región con cifras mas bajas y EEUU, Canadá y Singapur las que cuentan con los niveles mas altos (*Topolanski, 1988*).

América Latina es la región que se caracteriza por tener las cifras mas altas de resolución de nacimiento por cesárea, las cuales según *Aristodemo (1994)* y *Belizán (1999)*, fluctúan entre el 40 y el 80 %, sin que esto realmente impacte positivamente en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Es bien sabido que cuando la cesárea es realizada bajo indicaciones adecuadas, las ventajas superan a los riesgos, siendo el balance positivo para la salud tanto de la madre como de su hijo, sin embargo, si la cirugía se hace estando no indicada, se expone al binomio a riesgos innecesarios.

El incremento de la cesárea es producto de una cada vez mayor preocupación por la salud perinatal y materna, con el fin de mejorar sobre todo la condición del niño al nacer, es por ello que día con día a las indicaciones de este procedimiento se suman una gama de razones tanto maternas como fetales para realizarla, sin embargo, en muchos países existe una gran preocupación por reducir su uso a cifras racionales lo cual podría readucirse a corto plazo en una estabilización de este proceso. (*Velasco 1997*)

El análisis realizado en un hospital público con alto porcentaje de cesáreas muestra que en lo general, la situación que prevalece es similar a la registrada en otras instituciones mexicanas (*Angeles, 1986; Batres, 1994; Juárez 1999, Quesnel 1997*), aunque es difícil contrastar los datos obtenidos en el estudio con los reportes de la literatura, debido a que son inequiparables en su análisis, ya que el documento a partir del cual se establecen las comparaciones (Lineamiento Técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea) es relativamente reciente, sin embargo es posible realizar algunas consideraciones.

Existen factores operativos que han sido estudiados en el presente trabajo los cuales en su conjunto condicionan el que exista un alto porcentaje de cesáreas en el hospital, de ellos los mas relevantes son:

El porcentaje de uso de la cesárea en el hospital en los últimos cinco años sobrepasa la cifra recomendada por la normatividad para este tipo de unidades que es de 15% (NOM-007-SSA2-1993), llegando a ser casi de lo doble durante el segundo y tercer año analizados, sin embargo puede considerarse que después de analizar los factores operativos que son áreas de oportunidad en las que se puede incidir con estrategias específicas, sería posible que el hospital lograra disminuir considerablemente el uso de este procedimiento a los casos estrictamente justificados.

Aunque la cesárea constituye un procedimiento con alto margen de seguridad, no es del todo inocua, por lo que de acuerdo con lo establecido por *Belizán (1999)*, *Campos (2001)*, *Cárdenas (2002)* y *Langer (1997)*, lo idóneo es que esta se encuentre clínicamente justificada, cosa que no sucede en más de una cuarta parte de los casos estudiados en el hospital, motivo por el cual se expone tanto a la madre como a su hijo a riesgos innecesarios.

En cuanto a las indicaciones por las que fueron hechas las cesáreas, las distribuciones porcentuales no difieren mucho del patrón observado en México (*Angeles, 1986; Batres, 1994; Juárez 1999, Quesnel 1997*) y en América Latina (*Aristodemo 1994, Topolanski 1988*). Las indicaciones mas frecuentes se asociaron a la presencia de antecedentes de una o dos cesáreas previas, lo cual de acuerdo al lineamiento técnico y a las tendencias obstétricas reportadas en la literatura médica, (*American College, 1996, Belizán 1999, Garza 1997, Gibas 1980, Rosen 1991*) no debe hacerse, permitiéndose a la paciente la oportunidad de tener un parto vaginal cuando no exista otra contraindicación para ello. Otra de las indicaciones mas frecuentes fue el sufrimiento fetal agudo, diagnostico que para ser realizado, requiere que los médicos se encuentren bien entrenados en la interpretación de los trazos tococardiográficos, a fin de no tomar decisiones apresuradas y elevar el uso innecesario de la cesárea (*American Collage Bouletin 1995, Bohem 1991, Flamm 1991, Nozkwewich 2000*)

De las causas mixtas, a este respecto, al realizar la revisión de expedientes se notó que no existen criterios homogéneos para catalogar a las pacientes de preeclampsia-eclampsia, por lo que si se cuidara este aspecto de acuerdo a lo establecido en el Lineamiento Técnico correspondiente, podrían disminuir las cesáreas en ese rubro, ya que en él solo se marca como indicación la eclampsia y en los casos de preeclampsia se valoran los riesgos y los beneficios.

Por otra parte, en hospitales con residencia médica, muchas veces las decisiones quirúrgicas quedan en manos de un médico residente, quien por encontrarse aun en formación, no tiene el criterio suficiente para decidir (*Bobadilla 1998, Campos 2001, Cárdenas 2002, Vergara 2001*).

Otro importante aspecto es el desconocimiento que tienen los médicos adscritos sobre la normatividad con respecto a la atención del embarazo, parto y puerperio, así como de los lineamientos técnicos que son documentos estratégicos para el abordaje de problemas específicos como el de la cesárea.

También fundamental resulta la falta de uso del partograma como herramienta para la vigilancia objetiva del trabajo de parto, en el hospital estudiado es innegable que el partograma no es utilizado como un instrumento para evaluar consistentemente la evolución del trabajo de parto y por lo tanto como un apoyo para la decisión de cesárea, garantizando así contar con elementos evidentes para justificarla.

Uno de los factores a los que se les ha atribuido el incremento de cesáreas (aunque no es uno de los principales), es la oportunidad de aprovechar la cesárea para realizar una Oclusión tubaria bilateral (OTB), en la literatura se reportan cifras hasta del 72% (*Aristodemo 1994*), aunque en el caso del hospital estudiado la cifra de OTB transoperatoria es de cerca del 30%, en ambos hechos se relacionan sin deber ser así, ya que e momento del nacimiento no es el adecuado para tomar simultáneamente la decisión de un método definitivo, y por otro lado se corre el riesgo de que esta asociación se vuelva costumbre, realizándose cesárea a toda aquella paciente que requiera una OTB:

La cesárea en mujeres primíparas es un hecho que compromete el futuro obstétrico de la paciente al condicionar, de algún modo la forma de terminación de embarazos subsecuentes, por lo que especialmente en estos casos, la decisión de ceárea debe ser revalorada. (*Akouty 1988, Boylan 1991*)

Lo mencionado con anterioridad, son aspectos en los que las autoridades del hospital y en particular del Servicio de Ginecoobstetricia, deben incidir para darles solución y por ende mejorar la calidad tanto de la atención de las pacientes como de la formación de recursos médicos.

10 CONCLUSIONES

Con base en la información presentada y analizada a lo largo de este trabajo, es posible concluir que:

La **hipótesis**, que a la letra dice:

“Los aspectos operativos con las que se atiende a las embarazadas en el servicio de ginecoobstetricia en un hospital público, condicionan un alto porcentaje de nacimientos por cesárea “

es apoyada por todos los elementos que han sido analizados en el capítulo de los resultados, ya que la serie de factores analizados son aspectos en los que el servicio de ginecoobstetricia debe hacer énfasis, para mejorar no solo lo relacionado con la atención obstétrica, sino en la prestación de servicios hospitalarios en general. Es importante puntualizar dos aspectos:

- el porcentaje de cesáreas continúa estando por arriba de la cifra establecida por la normatividad que es del 15% para hospitales de 2o nivel,
- lo establecido, aunado a los hallazgos al analizar los factores incluidos en el estudio, nos permite establecer que no se vislumbra solución a corto plazo para el incremento que ha venido teniendo el indicador en el hospital en los últimos años.

Los **objetivos general y específicos**, fueron cabalmente cumplidos, habiendo podido llegar, a través de su cumplimiento a las siguientes conclusiones:

Elementos con los que se cuenta para justificar clínicamente la opción quirúrgica:

1. Fueron identificados los elementos con los que contaba cada expediente para apoyar la decisión de cesárea, encontrándose que en un 28% de los casos, la decisión no estaba debidamente sustentada, de acuerdo a los criterios establecidos en el Lineamiento Técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea. ⁽⁶⁴⁾
2. No existen en el servicio, criterios homogéneos para el manejo de las pacientes obstétricas, y algunos de los que se llevan a cabo, no se apegan a la normatividad existente en la materia.
3. En más de la mitad de los casos estudiados, no fue usado el partograma como un instrumento para evaluar consistentemente la evolución del trabajo de parto.

4. La calidad del expediente clínico en los aspectos de: integración, orden, limpieza y claridad, en general es muy deficiente, lo cual constituye un importante problema, debido a que el expediente es un documento médico-legal de gran importancia, y cuyo descuido en general, denota falta de supervisión.⁽¹⁶⁾
5. Aunque existe una plantilla completa de médicos de base y residentes en el servicio, ya todos los turnos se encuentran cubiertos con ambos tipos de recursos, pudo observarse que las actividades de capacitación en el servicio se realizan sin constancia y exigencia por parte de los responsables de realizarlas; estas actividades no incluyen de manera importante los contenidos de las Normas Oficiales Mexicanas y de sus Lineamientos Técnicos, ya que es evidente dados los muy diferentes criterios utilizados en las notas médicas observadas en los expedientes, el desconocimiento que tanto el personal médico de base como los residentes tienen de ellos, originando que existan criterios de operativos homogéneos en el servicio.
6. La supervisión que hacen los médicos de base a los residentes es deficiente, pues es evidente que:
 - existe nula revisión de expedientes clínicos
 - no se logra determinar de que manera el médico de base autoriza al residente para la realización de una cesárea.
 - no existe evidencia en el expediente de la realización de segunda opinión, como se encuentra establecido en el Lineamiento Técnico correspondiente.
7. No se le da uso al Sistema de Referencia – contrarreferencia; aunque para ello, el primer nivel de atención juega un importante papel, la responsabilidad del hospital que es la contrarreferencia en el caso de las pacientes obstétricas, en ningún caso se hace evidente,
8. No se le da la debida importancia al control prenatal, ya que en muy pocos casos se hace referencia en la nota de ingreso de la paciente, al número de consultas prenatales y al sitio en el que este se llevó a cabo, dejando de lado la importancia que los hallazgos médicos durante el mismo tienen para el momento del parto.

Otros factores operativos adicionales:

1. El hospital no tiene establecida ninguna estrategia de control para la realización de cesáreas, aún cuando la tendencia de su uso se incrementa
2. Existe cierto grado de mecanización del trabajo médico, ya que se utilizan procedimientos “de rutina” y en algunos casos se siguen indicaciones “por orden superior”.
3. Se sometió a cirugía a más de un tercio de las primigestas que acudieron al hospital, esto reviste especial importancia cuando se relaciona la edad con la gesta, pues casi la mitad fueron madres adolescentes, y más del 30% tenían entre 20 y 24 años, lo cual implica que se encuentran en la plenitud de su edad reproductiva y su futuro obstétrico se ve comprometido.
4. Al rededor de una cuarta parte de las cesáreas estudiadas tuvieron como indicación una cesárea previa, más de la mitad de las cuales fueron consideradas como carentes de elementos para justificar la decisión.
5. Quizá por tratarse de un hospital con enseñanza, los médicos residentes realizaron el 77.7% de las cesáreas estudiadas
6. Los turnos en que más cesáreas se realizan son el nocturno y el matutino, notándose que existen recursos humanos, tanto de base como residentes, que tienen un alto desempeño quirúrgico, hecho que debe ser investigado.
7. El día de la semana en el que se realiza la cesárea no parece ser un factor relacionado con su incremento, ya que existe una tendencia homogénea en los diferentes días.
8. Existen más médicos del sexo masculino que del femenino, por tal razón la mayoría de las cirugías fueron realizadas por hombres, sin embargo, al evaluar la calidad de la indicación, en las realizadas por mujeres, 1 de cada 2 no justifica en el expediente su indicación, a diferencia de las realizadas por hombres en donde esto sucede en uno de cada cuatro casos.

Todos los hallazgos mencionados, son factores que, aunque pueden no ser los únicos relacionados con el incremento, contribuyeron para que el indicador de cesáreas se mantuviera por arriba de la cifra recomendada por la normatividad, lo que puede traducirse como un abuso de este procedimiento, pues se evidencia que en el 28% de los casos no se fundamenta la decisión de cesárea.

11 SUGERENCIAS

Por todo lo antes expuesto, es pertinente sugerir las siguientes acciones:

1. *A las autoridades correspondientes del Instituto de Salud del Estado de México:*

- Realizar evaluaciones y supervisiones periódicas del indicador de cesáreas a nivel de todos los hospitales de la entidad y en particular de aquellos cuya tendencia es al incremento, como es el caso del hospital estudiado.
- Realizar conjuntamente con las autoridades hospitalarias, la revisión de los expedientes clínicos a fin de evaluar las decisiones que se toman con respecto a las cesáreas
- Diseñar en conjunto con las autoridades hospitalarias, estrategias factibles para la solución de los problemas encontrados.
- Prestar la asistencia técnica necesaria y la capacitación en servicio que se requiera para la actualización del personal del servicio en el conocimiento y manejo de la normatividad vigente.

2. *Al Hospital*

- Analizar, al interior del hospital la situación prevaeciente con respecto al indicador estudiado y su relación con la forma y calidad del servicio que se presta.
- Poner especial interés en la elaboración del expediente clínico, para que este cumpla su verdadera función de apoyo y documentación del estado de las pacientes y como un valioso instrumento médico legal, para lo cual se sugiere dar a conocer al personal médico y paramédico la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1-1998, del expediente clínico.⁽⁴⁰⁾
- Utilizar correcta y sistemáticamente el partograma como un valioso auxiliar en el seguimiento de la evolución del trabajo de parto.
- Fomentar el que se revalore la indicación de cesárea en aquellos casos en los que la mujer sea adolescente, primigesta o en los que tenga una cesárea previa.⁽³⁷⁾
- Incrementar y sistematizar la actualización y capacitación del personal médico del servicio, con énfasis en:
 - Revisiones bibliográficas y análisis de casos clínicos

- Conocimiento y observación de la normatividad vigente para la atención perinatal (documentos citados en la bibliografía de esta tesis)
- Supervisar el desempeño y formación del médico residente mediante la revisión del trabajo diario, de la congruencia del caso clínico con las notas consignadas en el expediente y del análisis de la calidad de las decisiones tomadas por ellos.⁽³³⁾
- Vigilar la cantidad de cesáreas realizadas por recurso médico de manera sistemática, evitando que éstos se excedan en el uso del procedimiento e investigando las causas de este hecho, en el caso de que sea detectado.
- Realizar un Manual de Procedimientos para el Servicio de Ginecoobstetricia, que permita normar los criterios de indicación y manejo de las pacientes obstétricas y cuyo fundamento sea la normatividad vigente.
- Elaborar un programa interno en el que se encuentren contenidas estrategias específicas para disminuir el número de cesáreas innecesarias en el hospital.

12 BIBLIOGRAFÍA

1. Aristodemo PJ, Pinotti M: **The cesarean epidemic in south América**. 1994. Journal Sogc. 16: 2167-69.
2. Akouty HA, Brodie G, Caddick R: **Active management of labor and operative delivery in nulliparous women**. Am J Obstet Gynecol 1988. 158:255-58.
3. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). **Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologist**. Practice Bulletin No. 2, October 1998
4. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). **Fetal Heart rate patterns: monitoring interpretation and management**. Technical Bulletin No. 207, 1995.
5. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). **Operative vaginal delivery**. Technical Bulletin No. 196, August 1994.
6. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) **Practice Patterns. Vaginal delivery after previous cesarean birth**. Int J Gynecol Obstet 1996; 52: 90-98.
7. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). **Surgery and Patient Choice**. Committee Opinion 289, November 2003. 21-25.
8. Angeles WC, Villalobos RM, Valdéz MJ, Castro CH, Chávez AJ, **El estado actual de la cesárea en el Hospital de Ginecoobstetricia “Luis Castelazo Ayala”**. Ginec Obstet Mex. 1986. 54-67.
9. Arias F. **Guía para el embarazo y el parto de alto riesgo**. En: Perinatal health care with limited resources. (S. Bergstrom., B Hoger edits). Mc Millan Press Ltd London. 1994.1-94.
10. Batres ML, Hilton CJ, Diaz ZP. **Operación cesárea, estudio comparativo, frecuencia e indicaciones**. Ginecol Obstet Mex. 1994, 62:31.
11. Belizan J. **Aumento de la frecuencia de cesáreas en América Latina: Implica mejor cuidado para mujeres embarazadas ?**. British Med Journal. 1999. 319: 1397-1402.
12. Bobadilla JL. **Los efectos de la calidad de la atención médica en la sobrevivencia perinatal**. Sal Publ. Mex; 1998. 30(3):416-31,
13. Bohlen, FH., Davison, Kand, Barret, JN., **The effect of electronic fetal monitoring on the incidence of cesarean section**. Am J Obstet Gynecol. 1991.141: 295 – 298.
14. Boylan P, Frankowsky R, Rountree R y Col. **Effect of active management of labor on the incidence of caesarean section for dystocia in nulliparas**. Am J Perinatol 1991; 8: 373-379.

15. Cabezas, G.E., Delgado, L.A., Morales, O.A., Pérez P.G. **Comportamiento de la cesárea en la Secretaría de Salud durante el periodo 1990-95.** Ginec Obst Mex. 1998. 66: 335-338.
16. Campos CM., Valle GA. **El arbitraje Médico en Ginecología y Obstetricia. Análisis de 25 casos.** Ginec Obstet Mex 2001 Vol. 69 (2):57-64.
17. Cárdenas R. **Complicaciones asociadas a la cesárea: La importancia de su uso médicamente justificado.** 2002; 138:4. 357-366.
18. Cerda HJ, Benavides AL, Martínez DE. **Cuidado del parto poscesárea.** Ginec Obstet Mex. 1994.101: 498-500.
19. **Cesárea: algunos aspectos históricos.** Disponible en: <http://www.childbirth.org/section/avoid.html>.
20. **Cesáreas no deseadas en los Sectores Público y Privado de Brasil.** Rev Panameric de Sal Publ 2002. Disponible en: http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid.
21. **Cesarean Section – a brief history.** Disponible en: http://www.mm.mm.ov.exhibitiob/cesarean/cesarean/cesarean_2.html
22. **Conducta frente al parto vaginal posterior a cesárea.** The Australian and New Zeland Journal of obstetrics and Gynecology. 2000. 40(2); 195-199.
23. Esew PN., Saywell RM., Zollinger TW., et al. **Trends in the frequency of cesareans – delivery. A 21 year experience. 1970-1990.** J Reprod Med 1884; 39:808-817.
24. Fernández , C.C. **Las Cesáreas en el Sector Privado.** En: Cesáreas, Tendencias actuales y perspectivas. SSA/ Comité Promotor para una Maternidad sin Riesgos en México / InPer. 1997; pp31-36.
25. Flamm, RK., Garite, TJ and Nageotte, MP. **Fetal heart rate monitoring.** 2nd. Edition, Williams and Wilkins. Baltimore 1991.
26. García, GM, Peralta, GP. **Factores de riesgo asociados a infecciones poscesarea en un hospital general.** Salud Pública de México. 1986. 28 (6): 630-635.
27. Garza QC, Celaya JJ, Hernández EC. **Parto después de cesárea en el Hospital de Ginecoobstetricia de Garza García Nuevo León.** Ginec Obstet Mex. 1997.65: 126-130.
28. Gibss CE. **Vaginal delivery alter previous cesáreaan birth.** Clin Obstet y Ginecol 1980; 2: 513-522.
29. Guzmán, SA., Martín AA. y Alfaro AN. **¿La reducción de cesáreas de 20 a 13 incrementa o no la mortalidad materna y perinatal; la gran duda?** Ginec Obstet Mex. 1998. 66: 122-125.
30. Hernandez SR, Fernández CC, Baptista LP. **Metodología de la Investigación.** Ed. Mc Graw Hill, 3^a. Edición, México, D.F. 1998.
31. Hospital General de México. **Procedimientos en Obstetricia y Ginecología. 1994.**
32. **Incremento del número de cesáreas por temor a una demanda por mala praxis.** Journal of Perinatol Medicine. 2000. 28:111.

33. Juárez, OS, Fajardo GA, Pérez PG et al. **Tendencia de los embarazos terminados por operación cesárea en México durante el periodo 1991-1995**. Ginecol Obstet Mex 1999; 67 (7): 308-318.
34. Langer, A. **Evaluación de un Programa para disminuir la frecuencia de las operaciones cesáreas en México**. En: Cesáreas, Tendencias actuales y perspectivas. SSA / Comité Promotor por una Maternidad sin riesgos en México. / Instituto Nacional de Perinatología.(In Per) 1997; pp 68.
35. Langer, A., Farnot U., García, GC, et al. **The Latin American Trial of Psychosocial support During pregnancy: effects on mothers well being and satisfaction**. Soc D´Sci Med. 1996. (42) 11.
36. Lurie S., Glezerman M. **The history of cesarean technique**. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:1803-6.
37. Llanes RD, Kygu, LN., Valdez, JH., **Operación cesárea en Tamaulipas: Estudio Multicéntrico**. Archivos de Investigación en Tamaulipas. 1998. (1) 1.
38. Narro RJ, Camus GR, Dehens DC., Gutiérrez PE: **Tendencia de los embarazos terminados por cesárea en el D.F.** Sal Pub de Mex. 26: 381-88.1984.
39. **Norma Oficial Mexicana para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido**. NOM-007-SSA 2 – 1993. Diario Oficial de la Federación. Enero de 1995.
40. **Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico**. NOM-168-SSA1-1998 Diario Oficial de la Federación; Septiembre 30 de 1999.
41. Nozkwewich EL, Hutton EK. **Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta –analysis of the literature from 1989 to 1999**. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:1187-97.
42. O´Driscoll K, Foley M. **Correlation of the decrease in perinatal mortality and increase in cesárea section rates**. Obstet Gynecol 1983, 61:1-5.)
43. Olivares AS, Santiago RJ, Cortés P. **Incidencia e indicaciones para la operación Cesárea en el Hospital Central Militar de México**. Ginecol Obstet de Mex. 1996; 64:79.
44. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). **Estudio Colaborativo Latinoamericano de Cesáreas**. En prensa. Año 2001.
45. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). **El Nacimiento por cesárea en instituciones Latinoamericanas**. Publicación CLAP 1160. Montevideo, Uruguay. 1996.
46. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). **Proyecto Latinoamericano de Cesáreas. Fundamentos y Guías para la Segunda Opinión**. 1998-1999.
47. Pineda, EB., Alvarado, EL., Canales, FH. **Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud**. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No. 35. 2ª. Edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1994.

48. Pineda, GE., Franco, SM., Ahued, AR. **Operación cesárea, 25 años de evolución en el Hospital Regional 20 de noviembre, ISSSTE.** Ginec Obstet Mex. 1990. 58:59-64.
49. Quesnel GB, Bonfante E. Lira J. **Situación actual de la operación cesárea en el In Per.** Perinatol y Reprod Hum. 1997; 11(2):105.
50. Quesnel, GB., Lira, PJ., Ibaranguoitia, OF., Aguayo GP et al. **Operación Cesárea ¿ciencia o ansiedad? Once años de experiencia institucional.** Ginec Obstet Mex. 1997. 65:247-253.
51. Rebagliato, M. Ruiz, I, Arranz, M. **Metodología de investigación en epidemiología.** Editorial Diaz de Santos Madrid, España. 1996.
52. RoCHAT RW, Koonin LM, Atrash HK y col. **Maternal Mortality in the United States: report from the Maternal Mortality Collaborative.** Obstet Gynecol 1988. 72: 91-97.
53. Rodríguez S. E, Sangines Martínez A, Miranda Andrade O, Okhuysen Cerda K.C, Ahued Ahued J.R. **Cesárea de repetición.** Ginecol Obstet Méx; 1982. 50 (302): 153-6.
54. Rojas, S.R. **Guía para realizar investigaciones sociales.** Universidad Nacional Autónoma de México. 8ª. Edición. México 1985.
55. Rosen M. Dickinson J. Westhoff C. **Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality.** Obstet Ginecol 1991; 77(3): 465-470.
56. Secretaría de Salud. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. **Cesáreas. La Salud y el Sistema de Atención.** Salud, México, 2001
57. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. **Acervo documental de la Dirección de Salud Perinatal.**
58. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. **Sistema de Monitoreo y Seguimiento de la operación cesárea.** .
59. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Perinatología. **Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia. 2003**
60. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. **Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.** .
61. Secretaría de Salud. **Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995 – 2000** Diario Oficial de la Federación. Septiembre 13 de 1996.
62. Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. **Sistema Estatal de Información Básica.**
63. Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística e Informática. **Sistema de Información en Salud a Población Abierta.**
64. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. **Lineamiento Técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea.** 1ª. Edición. México, año 2000.
65. Sistema Nacional de Salud. **Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios.** Vol. 1. 1995-1998.

66. Shor PV, Chavez AJ, Castelazo E, Rivero E, Karchmer S. **Mortalidad Materna asociada a la operación cesárea**. Ginec Obst. Mex. 1982. 50(303); 189-95
67. **Sumario Obstétrico**. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Autores: Profesores del 7º. Semestre de la Carrera de Medicina. Universidad de Guadalajara, México 1995.
68. Topolanski SR: **Análisis de la frecuencia de operación cesárea**. Revista Médica de Uruguay.1988 (4) 3: 164-72.
69. Turner MJ, Bassil M, Gordon H. **Active management of labor associated with a decrease in the caesarean section rate in nulliparae**. Obstet Gynecol 1998, 71; 150-4.
70. Uribarren BO, Evangelista SC. **Operación Cesárea, frecuencia e indicaciones**. Ginec Obstet Mex .1993. 61: 168-170.
71. Velasco MV, Navarrete HE, Cardona PJ, Madrazo NM. **Aspectos epidemiológicos de la cesárea en el IMSS**. Rev Med IMSS (Mex) 1997; 35(3): 207-212.
72. Vergara F, Abel F, Alvarez D, Coll C, Cuadrado C et al. **Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la SEGO**. Prog Obstet Ginecol. 2001; 44: 46-55.

13 ANEXOS

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

- 1. Cuestionario dirigido a Médicos adscritos y residentes del Servicio de Ginecoobstetricia*
- 2. Hoja de recolección de datos del Expediente clínico*

Falta página

N° 75

CUESTIONARIO PARA EL MEDICO ADSCRITO Y EL RESIDENTE DE GINECOOBSTETRICIA

INSTRUMENTO No. 1

Instrucciones: El siguiente cuestionario tiene como propósito realizar un diagnóstico de algunos aspectos operativos del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital, su contestación se hará anónimamente y los resultados solo serán conocidos de manera general con el resto de la información captada por otros instrumentos aplicados simultáneamente, por ello le pedimos la mayor veracidad en sus respuestas.

A continuación, le pedimos que por favor marque con una cruz dentro del paréntesis la respuesta correcta y complete las cuestiones en las que haya que hacerlo.

GRACIAS POR SU COLABORACION

MEDICO ADSCRITO ()

RESIDENTE DE GINECOOBSTETRICIA () Grado ()

1.- En los casos en los que hay ausencia de un médico adscrito especialista en Ginecoobstetricia en el turno, ¿quién toma la decisión de cesárea?

- () El asistente de la dirección _____(especialidad)
- () El Jefe de Guardia del Hospital _____(especialidad)
- () Un Médico Cirujano General
- () Un Médico Residente de Ginecoobstetricia _____grado
- () Un Médico Residente de Cirugía _____grado
- () Otro Médico _____(especialidad)

2.--¿Ha sido usted capacitado en la NOM para la Atención del embarazo, parto puerperio y recién nacido ?

- () SI fecha de la capacitación _____
- () No se ha realizado la capacitación.

3.- ¿Ha sido usted capacitado en la en los Lineamientos Técnicos emanados de la NOM para la Atención del embarazo, parto puerperio y recién nacido ?

A) LINEAMIENTO DE PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA

- () No conoce la existencia del lineamiento
- () SI fecha de la capacitación _____
- () No se ha realizado la capacitación

B) LINEAMIENTO DE HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS

- () No conoce la existencia del lineamiento
- () SI fecha de la capacitación _____
- () No se ha realizado la capacitación

C) LINEAMIENTO PARA LA INDICACIÓN Y PRÁCTICA DE LA OPERACIÓN CESAREA

- () No conoce la existencia del lineamiento
() SI fecha de la capacitación _____
() No se ha realizado la capacitación

4.-¿Existe un manual de procedimientos para el funcionamiento del servicio de GO? (si contesta si, pase a la pregunta No. 17)

- () SI () NO () No sabe

5.-SOLO EN CASO DE HABER CONTESTADO QUE NO, O NO SABE: ¿de que manera determinan los criterios de manejo clínico de las pacientes del servicio?

- () Por costumbre
() Por ordenes superiores
() Mediante revisiones bibliográficas de los temas
() Otra manera _____(especifique)

6.--(SOLO CONTESTE SI ES ADSCRITO) Enumere tres requisitos que usted solicite a un residente para permitir que éste realice una cesárea:

- () No le pide ningún requisito () Si le pide:

- a) _____
b) _____
c) _____

7.-.(SOLO CONTESTE SI ES RESIDENTE) Enumere tres requisitos que le pide su médico adscrito para permitirle realizar una cesárea:

- () No le pide ningún requisito () Si le pide:

- a) _____
b) _____
c) _____

8.-En el hospital, en todos los turnos, ¿ se lleva a cabo la práctica sistemática de la 2ª. Opinión en caso de cesárea?

- () siempre () ocasionalmente () nunca

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL EXPEDIENTE CLINICO

Instrumento No. 2

No. De expediente	Antecedentes Ginecoobstétricos		Existencia de hojas de referencia /contrarreferencia en el expediente		Uso y llenado del partograma			
	gestas	cesáreas	SI	NO	correcto	incorrecto	vacío	no existe

Indicación de cesárea	La cirugía se relaciona con OTB u otra cirugía		¿ El expediente cuenta con los elementos para sustentar clínicamente la indicación de cesárea ?	
	SI	NO	SI	NO

¿Hay evidencia de 2ª opinión?		MEDICO QUE AUTORIZA LA CIRUGÍA			Día de la semana en la que se realiza la cirugía					Turno en el que se realiza la cirugía						
		Nombre	Grado	No hay autorización												
		SI	NO	MEDICO QUE RREALIZA LA CIRUGIA			L	M	MX	J	V	S	D	MAT	VES	NOC
		MEDICO QUE RREALIZA LA CIRUGIA														
		MEDICO QUE RREALIZA LA CIRUGIA														
		MEDICO QUE RREALIZA LA CIRUGIA														