



Instituto Nacional
de Salud Pública

INSTITUTO NACIONAL DE SALU PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN
SALUD REPRODUCTIVA

2010-2012

Sustento del diagnóstico clínico prequirúrgico de la operación
cesárea en México.

T E S I S

Para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Salud

Presenta:

Juan Carlos Aranda Neri

Director: Mtra. Leticia Suárez López

Asesor: Dra. Dilys Walker

Lector: Rufino Luna Gordillo

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y MÉTODOS	5
PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	6
VARIABLES	6
CARACTERÍSTICAS DE LOS SITIOS DE ESTUDIOS.....	7
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	8
RESULTADOS	8
DISCUSION.....	10
CONCLUSIONES	14
ANEXO 1	21
ANEXO 2	24
REFERENCIAS.....	27

RESUMEN

Introducción: La cesárea es una intervención quirúrgica cuyo objetivo es lograr el nacimiento del feto por vía abdominal cuando ha llegado a la viabilidad fetal. Durante las últimas décadas, en muchos países del mundo incluyendo México, se ha visto un incremento en el uso de la cirugía para los nacimientos. Con frecuencia se abusa de la cirugía por parte de los prestadores de servicios y en muchos casos existe poca justificación médica para su realización.

Objetivo: Analizar si existe justificación en el expediente médico para realizar cesárea a 604 mujeres en 4 hospitales (2 privados y 2 públicos) de 4 entidades federativas de México en el periodo 2006-2007.

Materiales y métodos: Se recolectaron datos de 604 (33.5%) mujeres quienes acudieron por trabajo de parto y se les realizó cesárea de un total de 1802 en dos hospitales públicos de la SSA (Chilapa, Guerrero y Teocelo, Veracruz) y dos privados (CIMIGen, DF y CASA, Guanajuato). Se clasificaron los diagnósticos como sustentados o no de acuerdo con la información contenida en los expedientes y/o observación directa de los nacimientos, y posteriormente se efectuó un análisis de regresión logística multivariado para explorar la asociación del diagnóstico pre-quirúrgico mal integrado con características sociodemográficas y antecedentes médicos seleccionados.

Resultados: En sólo 45% de los expedientes había un diagnóstico clínico justificado para la práctica de la cesárea. El principal diagnóstico encontrado fue desproporción cefalopélvica donde solamente estaba sustentado en 26.7% de los casos. Destaca también el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo (10.1%) el cual estaba sustentado en todos los casos. Los diagnósticos con más problemas para su sustento fueron los relacionados al trabajo de parto. Del análisis estadístico ajustado se obtuvo que las variables asociadas con la mala integración del diagnóstico clínico fueron el no tener parto(s) previo(s) (RM=1.84, IC_{95%}:1.16-2.89), haber tenido una dilatación cervical máxima ≤ 4 cms

(RM=2.44 IC_{95%}:1.53-3.87) y haberse atendido en el hospital privado CIMIGen (RM=6.11, IC_{95%}:1.90-19.57).

Conclusiones: La integración adecuada del expediente clínico es de vital importancia ya que determinará la justificación de la práctica de cesárea. Los diagnósticos de distocia relacionados con el trabajo de parto son los que peor se sustentan para indicar una cesárea. A través de auditorías de los expedientes se podrá ayudar a modificar esta tendencia.

INTRODUCCION

La cesárea es una intervención quirúrgica cuyo objetivo es lograr el nacimiento del feto por vía abdominal en la mujer gestante cuando ha llegado a la viabilidad fetal. Se ha realizado desde tiempos remotos y con el advenimiento de la mejora en la técnica quirúrgica y de los adelantos médicos, la cesárea empezó a constituir una opción cada vez más aceptable para mejorar el resultado materno y perinatal en el mundo. Al inicio se veía como un procedimiento de último recurso realizado para aminorar la morbilidad y mortalidad maternas y para el beneficio del neonato. Sin embargo actualmente representa una opción al nacimiento que muchas mujeres y obstetras prefieren en lugar del nacimiento por vía vaginal.¹

En muchos países del mundo se ha visto un incremento en el uso de la cirugía para los nacimientos; en México desde los años ochenta se ha registrado un gran aumento en la práctica de cesáreas. Este aumento no ha llevado necesariamente a una disminución de la mortalidad materna o neonatal.^{2,3}

Los motivos para el notorio incremento de las cesáreas son complejos; por mencionar algunos está el menor entusiasmo de los médicos en pacientes con antecedente de cesárea por la prueba de trabajo de parto,⁴ otra razón es el riesgo aumentado de ruptura uterina a la que se exponen las mujeres sometidas a parto vaginal, así como un aumento en el número de embarazos múltiples y en la edad en que las mujeres deciden iniciar su maternidad, haciéndolas más propensas a complicaciones obstétricas.⁵

La cesárea no es un procedimiento inocuo ya que implica riesgos transoperatorios, postoperatorios y para los futuros embarazos, asociados con una menor posibilidad de nacimientos por vía vaginal. Se han encontrado más morbi-mortalidad materna vinculada con la cesárea a pesar del argumento de que en las mujeres con riesgo obstétrico alto es mayor la posibilidad de realizar una cesárea que en una paciente con riesgo obstétrico bajo.^{6,7}

De igual forma, el antecedente de cesárea se ha asociado a aumento en la incidencia de alteraciones de la inserción placentaria tales como placenta previa en embarazos subsecuentes. Las pacientes con antecedente de una cesárea previa tienen un 18% de más posibilidad de tener placenta previa que aquellas que no tienen antecedente de cesárea (RM= 1.18; IC_{95%} 0.84 a 1.64). Cuando son dos cesáreas previas se reporta cerca del triple de posibilidad de riesgo (RM= 2.56; IC_{95%} 1.64 a 4.00); con tres o más cesáreas previas la posibilidad de riesgo aumenta a cerca del cuádruple (RM= 3.62; IC_{95%} 1.45 a 9.10).⁸ La placenta previa puede causar hemorragia obstétrica letal.⁹ Por otro lado, un segundo embarazo dentro del año siguiente a la última cesárea aumenta el riesgo de placenta previa en cerca del doble (RR 1.7 IC_{95%} 0.9 a 3.1).¹⁰

Con frecuencia se abusa de la cirugía por parte de los prestadores de servicios y en muchos casos existe poca justificación médica para su realización.¹¹ Entre las razones por las que las cesáreas han aumentado en los últimos años, se mencionan la conveniencia del obstetra hacia la cesárea en lugar del parto y el ingreso de la paciente a sala de labor prematura, antes de los 3 centímetros de dilatación cervical.¹²

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que para las cesáreas una práctica de un 10-15% del total de nacimientos como el rango correcto y justificado para su realización,¹³ sin embargo éste rango ha sido superado en diversos países tanto desarrollados como en vías de desarrollo.¹⁴

Por ejemplo, en el 2010 se publicó un estudio que abarcó 137 países donde se evaluó la práctica de la cesárea durante el año 2008; se encontró que había 54 países con un porcentaje de cesárea menor al 10%, 14 países con un rango de práctica de entre 10 y 15% y 69 países con una ejecución mayor al 15%. En relación con la información en el continente americano, Brasil tuvo un porcentaje de 45.9%, República Dominicana de 41.9%, México de 37.8%, Cuba de 35.6%, EEUU de 30.6% y Canadá de 26.3%, entre otros.¹⁵

En Estados Unidos, se ha visto un incremento en los últimos años del uso en la operación cesárea, pasando del 22.9% a 31.1% del año 2000 al 2006¹⁶ y cerca del 60% de las cesáreas se realizan en mujeres sin cesárea previa.^{17, 18} Además las indicaciones con mayor prevalencia en las mujeres a quienes se les practicaron cesárea por primera vez en Estados Unidos del 2001 al 2008, fueron falta de progresión en el trabajo de parto, presentación pélvica y otros diagnósticos que incluyeron placenta previa, desprendimiento de placenta, sufrimiento fetal y sospecha de producto macrosómico.^{19, 20}

En Argentina durante el año 2009 se calculó una incidencia de 32% de cesáreas.²¹ En el 2008 se estimó una tasa de cesáreas para Brasil de 45.9%, para República Dominicana de 41.9% y Chile de 30.7%. El valor con menor proporción de cesáreas para América Latina fue para Haití (3%).¹⁵

Para el año 2006, año en el que se captó la información que se utilizará en el presente estudio, al nivel nacional se tuvo una incidencia de cesáreas del 36.8% según lo reportado por mujeres en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica,²² cifra de más del doble de lo recomendado por la OMS¹³ y también por lo establecido por la NOM-007-SSA2-1993 que indica un porcentaje del 15% en los hospitales del segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel.²³ Tomando en consideración la información de los certificados de nacimiento para años más recientes, las cifras se han incrementado todavía más, a 44.0%, en el 2008 a 44.5% en el 2009 y a 44.9% para el 2010.²⁴ La estimación más reciente sitúa la práctica

de cesáreas en 45.1% en las mujeres que tuvieron su último hijo nacido vivo de 2006 al 2012.²⁵

Respecto a los diagnósticos prequirúrgicos de la cesárea en México son escasos los estudios que se han abocado a su análisis. En un estudio realizado en el año 2002 en un hospital de segundo nivel de México mencionan que los más frecuentemente encontrados para la realización de la operación cesárea son cesárea previa (35.5%), desproporción cefalopélvica (20.5%), sufrimiento fetal agudo (9.3%), preeclampsia severa (6%) y presentación pélvica (4.8%).²⁶ Un estudio más reciente realizado en el año 2008 en cuatro hospitales de segundo nivel menciona que los diagnósticos que encontraron con mayor frecuencia fueron desproporción cefalopélvica (16.9%), cesárea iterativa (12.6%) y cesárea previa (9.9%).²⁷

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM-168-SSA1-1998) establece que todos los prestadores de servicios médicos están obligados a integrar el expediente clínico que incluye registro de la atención en consulta general y de especialidad, también abarca las notas médicas en urgencias y las notas médicas en hospitalización en las cuales está la nota prequirúrgica. La nota preoperatoria elaborada por el cirujano que va a intervenir a la (el) paciente debe contener entre otros datos el diagnóstico preoperatorio y el postoperatorio.²⁸ Se ha documentado que existen reportes del mal llenado del expediente clínico que derivan en una mala atención para la paciente obstétrica. Por ejemplo, en una investigación realizada en 1997 en Veracruz, se encuentra que en un Hospital de Ginecología y Obstetricia, de 1200 expedientes clínicos estudiados de pacientes embarazadas, el 85% estaban incompletos, ya que les hacía falta uno o más de los elementos que lo integran tales como historia clínica, signos vitales, padecimiento actual, frecuencia cardíaca fetal, entre otros.¹¹

En ese sentido, el propósito de este estudio, es indagar si la indicación médica para la operación cesárea cuenta con los criterios diagnósticos adecuados para integrar el diagnóstico y a partir de ello sugerir posibles estrategias dirigidas a disminuir el uso de la operación cesárea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un análisis secundario de tipo transversal utilizando datos provenientes de un proyecto de investigación realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública intitulado "Evaluación de tres modelos de atención de partos en México: Parteras profesionales técnicas, enfermeras obstetras y médicos generales".²⁹ Para el presente estudio se utilizó información de una sub-muestra de la población en cuatro hospitales del país (2 públicos y 2 privados), correspondiente al grupo de mujeres cuya resolución del embarazo fue por

vía abdominal. De un total de 1802 mujeres, a 604 (33.5%) pacientes se les efectuó cesárea.

PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recolectaron los datos a través de la observación directa de la atención del nacimiento y también de la revisión de los expedientes médicos de las pacientes obstétricas del 17 de julio de 2006 al 30 de junio de 2007. Se observaron y revisaron los expedientes clínicos de mujeres de cualquier edad que se presentaron en el hospital en trabajo de parto.

OBJETIVO GENERAL

Analizar si existe justificación en el expediente médico para realizar cesárea a 604 mujeres en 4 hospitales (2 privados y 2 públicos) de 4 entidades federativas de México en el periodo 2006-2007.

VARIABLES

La principal variable de interés del presente trabajo es la buena integración y sustento clínico del diagnóstico prequirúrgico para la operación cesárea; para conformar esta variable se utilizaron los lineamientos de las guías de práctica clínica del Colegio Americano de Ginecología (ACOG) y del Colegio Mexicano de Ginecología (COMEGO), así como también las guías de práctica clínica para la operación cesárea del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salud (SSA).^{30, 31}

Los diagnósticos prequirúrgicos se clasificaron en tres grupos que correspondieron a indicaciones absolutas, indicaciones relativas e indicaciones no adecuadas:

Las indicaciones absolutas son aquellas en donde la operación cesárea ha mostrado tener un beneficio en la salud materna y neonatal en relación al parto.

Las indicaciones relativas son aquellas en las cuales puede haber beneficio con la práctica de la cesárea siempre y cuando se cumplan ciertas características clínicas o paraclínicas que estén plenamente integradas en el expediente clínico.

En el tercer grupo, que es el de indicaciones no adecuadas se agruparon aquellos diagnósticos en donde no está justificada la operación cesárea, al no brindar un beneficio a la salud materna o neonatal en comparación con el parto vaginal.

En el cuadro 1 se presentan los diagnósticos incluidos en cada uno de los tres grupos.

En el anexo 1 se encuentra la definición de los diagnósticos encontrados, y en el anexo 2 se encuentra la descripción de los criterios tomados en cuenta para conformar cada uno de los grupos diagnósticos.

Tomando en consideración la clasificación anterior se conformó la variable dependiente: diagnóstico mal integrado, el cual tiene el valor 1 si el diagnóstico principal por el cual se sometió a la paciente a cesárea no se encontraba adecuadamente justificado en el expediente clínico, y el valor 0 si el diagnóstico por el cual se le realizó cesárea a la paciente estuvo adecuadamente integrado en el expediente clínico.

Como variables independientes se consideraron determinadas características sociodemográficas y médicas de las pacientes. Las sociodemográficas fueron edad (de 20 a 34 años, 13 a 19 años y ≥ 35 años) y el nivel máximo de estudios (hasta secundaria completa, preparatoria y más). De las características médicas se consideraron antecedente de parto previo (sí o no), antecedentes personales patológicos (sí o no), semanas de gestación (embarazo de término, < 37 semanas y > 41 semanas). También se tomó en cuenta el sitio de atención obstétrica de la paciente: 2 hospitales públicos de la Secretaría de Salud en Chilapa, Guerrero y Teocelo, Veracruz, y dos hospitales privados, uno en San Miguel de Allende, Guanajuato (CASA) y el otro en la Ciudad de México (CIMIGen).

CARACTERÍSTICAS DE LOS SITIOS DE ESTUDIOS

HOSPITALES PÚBLICOS

Hospital de Chilapa

Es un Hospital de la Secretaría de Salud en Guerrero que atiende a mujeres no derechohabientes a algún sistema de salud o que pertenecen al Seguro Popular. En el año 2006 su plantilla estaba conformada por tres gineco-obstétricas, 1 cirujano general, 4 médicos anesestesiólogos, 11 médicos generales y siete médicos internos de pregrados. En lo que se refiere a la infraestructura del hospital en el área de gineco-obstetricia se contaba con 8 camas, un quirófano, un ultrasonido y dos monitores fetales. En el año 2004 tuvo un porcentaje de cesáreas del 31.3% del total de sus nacimientos.²⁹

Hospital Teocelo

Es un Hospital de la Secretaría de Salud en el estado de Veracruz que atiende a mujeres no derechohabientes a algún sistema de salud o que pertenecen al Seguro Popular. En el año 2006 respecto a su personal, no había médicos gineco-obstétricas, hay un cirujano general, un médico anesestesiólogo, nueve médicos generales, 11 enfermeras técnicas, 5 enfermeras para gineco-obstetricia. Contaba con 2 camas para gineco-obstetricia, un quirófano, un

ultrasonido y un monitor fetal. En el año 2004 tuvo un porcentaje de cesáreas del 22% del total de sus nacimientos.²⁹

HOSPITALES PRIVADOS

CIMIGen

Es un hospital privado de tamaño medio especializado en la atención obstétrica y se atiende principalmente a mujeres de clase obrera y clase media de la Ciudad de México. En el año 2006 se contaba con seis gineco-obstétricas, un cirujano general, tres médicos anesthesiólogos, tres médicos generales, tres pasantes de medicina, nueve enfermeras obstétricas y siete estudiantes de enfermería obstétrica. El número de camas para gineco-obstetricia eran 12, contaba con dos quirófanos, tenía dos ultrasonidos y un monitor fetal. En el año 2004 tuvo un porcentaje de cesáreas del 56% del total de sus nacimientos.²⁹

CASA

Es un hospital privado de tamaño medio especializado en obstétrica y que atiende principalmente a mujeres de clase media y baja de San Miguel de Allende Guanajuato y alrededores. En el año 2006 había un gineco-obstetra, un cirujano general, tres médicos anesthesiólogos, dos médicos generales, seis parteras profesionales técnicas y una partera tradicional. Tenía ocho camas para gineco-obstetricia, dos quirófanos, un ultrasonido y no contaba con monitor fetal. En el año 2004 tuvo un porcentaje de cesáreas del 10.5% del total de sus nacimientos.²⁹

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo para conocer las características sociodemográficas y antecedentes médicos de las pacientes a quienes se les realizó cesárea. Mediante un análisis de regresión logística se efectuó un análisis estadístico bivariado y multivariado con la finalidad de explorar la asociación de un diagnóstico prequirúrgico mal sustentado para la realización de la cesárea con características sociodemográficas y antecedentes médicos seleccionados. Todos los análisis se realizaron por medio del programa estadístico Stata v. 11.1.

RESULTADOS

Las características generales de las pacientes sometidas a cesáreas se presentan en el cuadro 2 obteniéndose que de los 1802 nacimientos registrados hubo una prevalencia de cesáreas del 33.5% (604 cesáreas). El perfil general de las pacientes se conformó mayoritariamente por mujeres de 20 a 34 años de edad (70.2%), de las cuales, alrededor de la mitad tenía estudios de preparatoria o más (41%). La gran mayoría de las mujeres se

encontraban unidas (75.8%) y más del 90% de los embarazos fueron de término. Para cerca de la mitad de las mujeres fue su primer embarazo (44.9%) y dos tercios no tenían cesárea previa (66.6%). Más de la mitad de las pacientes eran nulíparas (59.3%) y cerca de la totalidad no tenían antecedentes personales patológicos (90.7%). Sólo la quinta parte tenía ≥ 5 cms. o más de dilatación cervical al momento de realizarse al cesárea (20.5%).

En el cuadro 3 se presentan los diagnósticos encontrados en las pacientes sometidas a cesáreas obteniéndose que del total de cesáreas (604), hubo un 28% (169) con indicación absoluta; un 34.2% (207) de cesáreas con indicación relativa y un 37.8% (228) de cesáreas con indicación no adecuada. Del grupo de diagnósticos con indicación relativa, se encontraron 101 (16.8%) expedientes adecuadamente sustentados, y 106 (17.6%) expedientes con indicaciones no sustentadas adecuadamente. Entonces considerando a los diagnósticos con indicación absoluta y relativa adecuadamente justificada encontramos que de los 604 nacimientos por cesárea, el 45% (270) tuvieron un diagnóstico sustentado para la realización de la cesárea.

De las indicaciones absolutas destaca dentro de las causas relacionadas con el producto el sufrimiento fetal agudo con un 10.1% (61) como la principal causa seguida de la mala presentación con un 6% (36). Dentro de las causas relacionadas con la madre, el principal diagnóstico fue cesárea iterativa 5.1% (31) (cuadro 3).

Respecto a las indicaciones relativas destaca dentro de las causas relacionadas con el trabajo de parto la desproporción cefalopélvica con un 18.1% (109) seguida de la falta de progresión del trabajo de parto con un 6.8% (41). Pero en la desproporción cefalopélvica se encontró que sólo en un 24.8% (27 de las 109 pacientes) se integró adecuadamente el diagnóstico, debido a que en gran parte de los expedientes el diagnóstico se realizó sin que la paciente estuviera en trabajo de parto. Por otro lado, respecto a la falta de progresión del trabajo de parto, en cerca de la mitad (21 de 41 pacientes) no se integró adecuadamente el diagnóstico, ya que generalmente el mismo se efectuó cuando ni siquiera la paciente se encontraba en la fase activa del trabajo de parto (cuadro 3).

Tomando en cuenta el total de nacimientos (1802), los resultados descritos en el cuadro 3 se traducen en la obtención de un 9.3% (169) de nacimientos por cesárea por indicación absoluta, un 11.4% (207) de nacimientos por cesárea por indicación relativa de los cuales 5.6% (101) estaban adecuadamente sustentados y 5.8% (106) no, y un 12.6% (228) de nacimientos por cesárea fueron por una indicación no adecuada. Entonces de todos los nacimientos habidos en los 4 hospitales considerados, se observa que sólo hubo 14.9% de nacimientos por cesárea con diagnóstico prequirúrgico bien sustentado para su realización y este porcentaje está dentro de lo recomendado por la OMS para la realización de la cesárea. No obstante, 18.6% se efectuaron sin encontrarse un sustento válido en el expediente clínico.

En lo que se refiere a las indicaciones no adecuadas, en las causas relacionadas con la madre, destaca la cesárea a solicitud materna con un 6.5% (39), el cual no se registra abiertamente como diagnóstico prequirúrgico en algunos hospitales del estudio.ⁱ Otro diagnóstico relevante fue el de la ruptura de membranas con un 5.8% (35) en donde también en la gran mayoría de las veces se efectuó la cesárea antes de que se alcanzara la fase activa del trabajo de parto (cuadro 4).

En el cuadro 5 se presentan los resultados del análisis estadístico efectuado para encontrar asociación entre el diagnóstico mal integrado y las características seleccionadas. Las variables que resultaron ser estadísticamente significativas en el análisis de regresión logística crudo fueron el antecedente de no tener parto(s) previo(s) (RM 1.7 IC_{95%} 1.21- 2.37), la dilatación máxima cervical ≤ 4 cm al momento de la cesárea (RM 2.26 IC_{95%} 1.48- 3.43) y ser atendida en CIMIGen (RM 8.42 IC_{95%} 4.59- 15.45) o Teocelo (RM 2.32 IC_{95%} 1.18- 4.52). No se encontró asociaciones estadísticamente significativas del diagnóstico mal integrado con antecedentes personales patológicos, semanas de gestación, edad de la paciente y nivel de escolaridad.

Del modelo ajustado se obtuvo que las variables asociadas con la mala integración del diagnóstico clínico fueron el no tener parto(s) previo(s) con una RM de 1.84 (IC_{95%} 1.16- 2.89), tener una dilatación máxima ≤ 4 cm al momento de la cesárea con una RM de 2.44 (IC_{95%} 1.53- 3.87) y haberse atendido en CIMIGen con una RM de 6.11 (IC_{95%} 1.90- 19.57). Es decir, hay un riesgo del 84% más de que a las mujeres sin parto(s) previo(s) se les realice una cesárea con un diagnóstico mal integrado en relación con las mujeres quienes ya tuvieron parto(s) previo(s). Hay un riesgo de 2.44 veces más cuando la paciente tenía una dilatación cervical ≤ 4 cm al momento de la cesárea de que se les realice una cesárea con un diagnóstico mal integrado en relación a aquellas mujeres con una dilatación ≥ 5 cm al momento de la cesárea. En relación con el sitio de atención se obtuvo que hay un riesgo de 6.11 veces más de que las mujeres atendidas en CIMIGen se les realice una cesárea por un diagnóstico prequirúrgico mal integrado en relación con el hospital de CASA.

En el caso de la variable escolaridad, el resultado fue estadísticamente marginal hacia el riesgo de tener una cesárea no sustentada adecuadamente cuando el nivel máximo de estudios fue de hasta secundaria (RM de 1.56 IC_{95%} 0.97- 2.52 p 0.065)

DISCUSION

La integración adecuada del expediente clínico es de vital importancia ya que el mismo determinará la justificación de ciertos procedimientos en la práctica clínica.³² En este

ⁱ Esta información fue encontrada en las notas de las observadoras de campo, las cuales cuestionaban a las mujeres el motivo de la hospitalización.

trabajo se obtuvo una integración fácil de los diagnósticos con justificación absoluta y estaban completamente descritos en el expediente clínico. Pero esto no sucedió así en los diagnósticos con indicaciones relativas, sobre todo los relacionados con la dinámica del trabajo de parto, los cuales son los peores integrados, y en particular en la desproporción cefalopélvica y la falta de progresión del trabajo de parto.

El principal diagnóstico para la práctica de cesárea encontrado en este trabajo fue el de desproporción cefalopélvica (18.1%) el cual solamente estaba sustentado adecuadamente en el 24.8% de los casos. Otro diagnóstico relevante fue el de sufrimiento fetal agudo (10.1%) el cual tenía justificación plena para su realización en todos los casos. La cesárea a solicitud se pudo documentar en el 6.5% de los casos y este diagnóstico no representa una cantidad considerable para explicar el aumento en la realización de la cesárea, pero el diagnóstico como tal aún no está del todo plasmado abiertamente en el expediente.

El hallazgo aquí encontrado sobre una alta proporción de diagnósticos relacionados con desproporción cefalopélvica también fue encontrado en el estudio realizado en el año 2008 en cuatro hospitales públicos, el cual es reportado en un 16.9% de las indicaciones de cesárea, y junto con el antecedente de cesárea previa (22.5%) corresponden a un 39.4% de todos los diagnósticos.²⁷

Otro diagnóstico hallado en este estudio, y que a últimas fechas ha sobresalido, es la cesárea por petición materna, la cual es definida como la cesárea en un embarazo a término con producto único en ausencia de otra indicación materna o fetal,³³ en el cual se ha visto un aumento de popularidad a pesar de que el parto vaginal presenta mejores resultados perinatales que la cesárea a solicitud.³⁴ Sin embargo, aún es difícil determinar con mayor precisión la prevalencia de la cesárea a solicitud debido a que el diagnóstico preoperatorio puede no ser tan claro para identificar cuándo se realizó la cesárea por este motivo. Además, no se puede determinar cuánto influye la opinión del obstetra sobre la conveniencia de la cesárea en lugar del trabajo de parto para que la paciente decida esta operación quirúrgica, o la influencia en los comentarios realizados durante el control prenatal y la vigilancia del trabajo de parto que incitan a las mujeres a abandonar el trabajo de parto y someterse a la cesárea, o de qué forma es conveniente tanto para el obstetra por la protección médico-legal de los proveedores y los incentivos económicos que representa la cesárea.²⁵ No obstante, se ha visto que las mujeres quienes tuvieron ya una cesárea por petición materna (cesárea sin indicación médica) tienen mayor riesgo de repetir el procedimiento para sus siguientes embarazos que aquellas quienes ya tuvieron un parto vaginal previo.³⁵

A pesar de la creciente frecuencia de la cesárea a solicitud, ésta representa en otros países una razón de menor peso para explicar el aumento en el número de cesáreas en el orbe; no obstante, los estatutos del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG)

mencionan que la cesárea a solicitud materna no es recomendada en los casos cuando la mujer intentará más de un embarazo adicional, y también esa misma recomendación es mencionada en la Guía de Práctica Clínica para la realización de la operación cesárea en el IMSS.^{30,36} Es posible que el incremento en la edad materna y la disminución en el número de hijos, contribuyan a que algunas pacientes perciban que el beneficio fetal es mayor sobre los riesgos de repetir una sola cesárea.^{8,37}

Por otro lado, además del incremento en el país de las tasas de cesáreas conforme transcurren los años, también se ha identificado una tendencia de aumento de las quejas relacionadas con la atención obstétrica; por ejemplo en el periodo 2002 a 2010, las quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio fueron el 28% del total de inconformidades, ocupando el segundo lugar de los asuntos atendidos por la CONAMED y la especialidad médica con mayor número de quejas ante dicha comisión es la de Ginecología y Obstetricia con un 14% del total de las quejas recibidas en el mismo periodo.³⁸

De las diversas investigaciones que han hecho clasificaciones sobre las cesáreas, destaca el trabajo desarrollado por Robson, el cual organiza a las embarazadas en diez grupos de acuerdo con los siguientes parámetros: a) antecedentes obstétricos previos (partos y cesáreas anteriores); b) categoría del embarazo (embarazo múltiple y embarazo único con presentación cefálica o pélvica, o situación transversa); c) curso del trabajo de parto (inicio del trabajo de parto espontáneo, inducido o cesárea electiva) y d) edad gestacional (en el momento del parto). De acuerdo con esta clasificación, el autor encuentra que los grupos que incluyen a las mujeres nulíparas que se inducen a trabajo de parto o con cesárea previa, o aquellas que tienen cesárea previa con trabajo de parto espontáneo son las que más contribuyen al porcentaje de cesáreas, respecto al total de nacimientos³⁹ y esto concuerda con los diagnósticos prequirúrgicos encontrados en este trabajo en donde se obtuvo una mayor práctica de cesáreas en las pacientes primigestas, resultados que también concuerda con lo obtenido en otras investigaciones que utilizan esta misma clasificación.^{40,41}

En lo que se refiere al resultado aquí encontrado de un mayor riesgo de tener un diagnóstico mal integrado cuando el hospital es privado (CIMIGen), esto quizás esté ligado a que precisamente es en los hospitales privados donde han habido los mayores aumentos, en los últimos doce años, en la práctica de la cesárea.²⁵ Al imperar intereses económicos para el gineco-obstetra, así como la comodidad en su práctica, quizás no se está efectuando una buena integración del diagnóstico prequirúrgico de la cesárea.

Por otro lado, se ha demostrado que admitir en el hospital a las pacientes con fase latente de trabajo de parto incrementa el número de cesáreas,³⁰ por lo que para disminuir la incidencia de la práctica de cesárea se debe de ingresar a la paciente

embarazada a sala de labor cuando se encuentre ya en fase activa de trabajo de parto. En ese sentido, y de acuerdo con los resultados obtenidos de este estudio, se sugieren como posibles estrategias encaminadas a disminuir el uso de las cesáreas, la segunda opinión médica prequirúrgica tal y como lo recomiendan las autoridades sanitarias de diversos países; así como las auditorías clínicas.^{30, 42, 43, 44, 45, 46} que permitirían identificar el uso de las indicaciones no adecuadas tales como circular a cuello, ruptura de membranas y cesárea a solicitud, y así poder trabajar con el personal médico para eliminar esos diagnósticos como motivos de cesárea. Aquí se observó que el uso de los diagnósticos no adecuados representan una buena proporción de las cesáreas realizadas, por lo que la disminución en el uso de dichos diagnósticos podría tener un impacto en la disminución de la práctica cesárea.

De igual forma, ya que existe una alta prevalencia de cesáreas cuando el diagnóstico es desproporción cefalopélvica y este diagnóstico se realiza frecuentemente antes de que la paciente se encuentre en trabajo de parto activo; se sugiere que dicho diagnóstico se realice hasta que la paciente se encuentre en trabajo de parto fase activa, y así, dar beneficio a la prueba de trabajo de parto.

De manera similar, en vista de que la falta de progresión del trabajo de parto fue otro diagnóstico que presentó problema para su integración adecuada, ya que el mismo se efectúa cuando algunas pacientes todavía no están en trabajo de parto fase activa, se debe fomentar la prueba de trabajo de parto a estas pacientes. Asimismo, debe enfatizarse la vigilancia adecuada del trabajo de parto, la cual debe ser documentada a través del llenado completo y correcto del partograma, ya que esto ayudaría a identificar aquellas pacientes quienes en verdad tienen una falta de progresión del trabajo de parto de aquellas quienes no lo tienen.

Este estudio tiene algunas limitaciones que es preciso señalar; la primera es partir del supuesto de que las acciones realizadas fueron las que se anotaron en el expediente clínico. Este supuesto conlleva a una evaluación imprecisa de la calidad de atención cuando el expediente clínico no se encuentra actualizado o es incompleto.

Otra limitación más es que se trata de un estudio transversal, por lo cual no permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos, y no se puede inferir causalidad entre las variables independientes y la variable dependiente. Asimismo, al ser un análisis secundario tiene la limitante que el diseño del estudio no fue específico para la recolección de los datos utilizados en este análisis.

Otra situación a considerar es que no fue posible observar el total de los nacimientos ocurridos por no contar con personal de campo las 24 horas del día sin embargo, de los 1802 nacimientos fueron observados 1139 (74.8%).

No obstante, los hallazgos aquí encontrados pueden contribuir a generar evidencia sobre los diagnósticos justificados e injustificados que sustentan la realización de esta práctica clínica en el país. La importancia de este estudio radica en la argumentación en que los diagnósticos relacionados con la dinámica del trabajo de parto y que son ocupados para la operación de la práctica de cesárea en México, están poco sustentados debido a que se realizan muchos de ellos cuando no se encuentran en fase activa del trabajo de parto. Al poner mayor énfasis en los diagnósticos prequirúrgicos relacionados a la dinámica del trabajo de parto seguramente se podrán disminuir el diagnóstico de DCP y falta de progresión del TP y con ello las tasas de cesáreas.

CONCLUSION

Una buena proporción de cesáreas se realiza en la paciente primigesta, y los diagnósticos relacionados a la dinámica del trabajo de parto son los peores sustentados en el expediente médico. La mejora en el llenado del expediente clínico y en el partograma apoyaría al médico a sustentar dichos diagnósticos y también a poder identificar con mayor precisión las alteraciones asociadas a la dinámica del trabajo de parto. El hecho de no tener un parto previo las arriesga a un mal sustento prequirúrgico para la cesárea. La integración adecuada del expediente clínico es de vital importancia ya que determinará la justificación de la práctica de cesárea. A través de auditorías de los expedientes se podrá ayudar a modificar esta tendencia.

Cuadro 1. Diagnósticos prequirúrgicos encontrados en el expediente clínico

<i>Indicaciones absolutas</i>	<i>Indicaciones relativas</i>	<i>Indicaciones no adecuadas</i>
Sufrimiento fetal agudo	Embarazo múltiple	Registro cardiotocográfico no tranquilizador
Mala presentación	Restricción del crecimiento intrauterino	Circular a cuello
Prematurez severa	Desproporción cefalopélvica	Taquicardia fetal
Cesárea iterativa	Falta de progresión del trabajo de parto	Meconio
Preeclampsia severa	Cesárea previa	Distocia de partes blandas
Placenta previa	Periodo intergenésico corto después de cesárea	Cesárea a solicitud
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	Enfermedad hipertensiva del embarazo	Diabetes gestacional
Prolapso de cordón		Infección por virus del papiloma humano
Prolapso de miembro torácico		Madre añosa
		Neoplasia intraepitelial cervical III
		Ruptura de membranas
		Polihidramnios
		Corioamnionitis
		Senectud placentaria
		Producto valioso
		Oligohidramnios
		No registrado

Cuadro 2. Características generales de las pacientes con cesárea.

<i>Edad</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>			
<20 años	114	18.9%			
20 a 34 años	424	70.2%			
≥35 años	60	9.9%			
No especificado	6	1.0%			
Total	604	100%			
<i>Escolaridad</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>			
Hasta primaria completa	147	24.3%			
Secundaria incompleta y completa	180	29.8%			
Preparatoria y más	248	41.1%			
No especificado	29	4.8%			
Total	604	100%			
<i>Estado conyugal</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>			
Unidas	458	75.8%			
No unidas	73	12.1%			
No especificado	73	12.1%			
Total	604	100%			
<i>Lengua que se habla en casa</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>			
Español	566	93.7%			
Indígena/ español e indígena	27	4.5%			
No especificado	11	1.8%			
Total	604	100%			
<i>Semanas de gestación</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>			
Menor de 37sdg	32	5.3%			
De 37 a 41sdg	544	90.1%			
Más de 41sdg	20	3.3%			
No especificado	8	1.3%			
Total	604	100%			
<i>Número de embarazos</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>			
1	271	44.9%			
2	180	29.8%			
3 y más	151	25.0%			
No especificado	2	0.3%			
			Total	604	100%
			<i>Número de cesáreas previas</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
			Ninguna	402	66.6%
			Una	165	27.3%
			Dos o más	29	4.8%
			No especificado	8	1.3%
			Total	604	100%
			<i>Número de partos previos</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
			Ninguno	358	59.3%
			Uno	133	22.0%
			Dos o más	95	15.7%
			No especificado	18	3.0%
			Total	604	100%
			<i>Antecedentes personales patológicos</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
			Sí	43	7.1%
			No	548	90.7%
			No especificado	13	2.2%
			Total	604	100%
			<i>Dilatación máxima</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
			≥ 5cms	124	20.5%
			≤ 4cms	396	65.6%
			No especificado	84	13.9%
			Total	604	100%

Cuadro 3. Clasificación de los diagnósticos encontrados en los expedientes de las pacientes con cesárea.

Diagnósticos de indicaciones absolutas justificadas en el expediente			
	n	% del total de las indicaciones absolutas	% del total de las cesáreas
<i>Causas relacionadas con el feto</i>			
Sufrimiento Fetal Agudo	61	36.1%	10.1%
Mala presentación	36	21.3%	6.0%
Prematurez severa	1	0.6%	0.2%
<i>Causas relacionadas con la madre</i>			
Cesárea iterativa	31	18.3%	5.1%
Preeclampsia severa	25	14.8%	4.1%
<i>Otras causas</i>			
Placenta previa	6	3.6%	1.0%
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	5	3.0%	0.8%
Prolapso de cordón	2	1.2%	0.3%
Prolapso de miembro torácico	2	1.2%	0.3%
Total	169	100%	28%

Diagnósticos con indicaciones relativas y su documentación en el expediente						
	n	Si justificadas adecuadamente		No justificadas adecuadamente		
		% de las bien justificadas	% del total de cesáreas	n	% de las mal justificadas	% del total de cesáreas
<i>Causas relacionadas con el feto</i>						
Embarazo múltiple	4	4.0%	0.7%	0	0.0%	0.0%
Restricción del crecimiento Intrauterino	2	2.0%	0.3%	3	2.8%	0.5%
<i>Causas relacionadas con el trabajo de parto</i>						
Desproporción cefalopélvica	27	26.7%	4.5%	82	77.4%	13.6%
Falta de progresión del TDP	20	19.8%	3.3%	21	19.8%	3.5%
<i>Causas relacionadas con la madre</i>						
Cesárea previa	30	29.7%	5.0%	0	0.0%	0.0%
Periodo intergenésico corto en cesárea previa	10	9.9%	1.7%	0	0.0%	0.0%
Enf. hipertensiva del embarazo	8	7.9%	1.3%	0	0.0%	0.0%
Total	101	100%	16.8%	106	100%	17.6%

...Continúa en la siguiente página

Cuadro 3. Clasificación de los diagnósticos encontrados de las pacientes con cesárea.

Continuación

Diagnósticos con indicaciones no adecuadas			
	n	% del total de las no adecuadas	% de las cesáreas
Registro cardiotocográfico no tranquilizador	24	10.5%	4.0%
Circular a cuello	14	6.1%	2.3%
Taquicardia fetal	9	3.9%	1.5%
Meconio	5	2.2%	0.8%
<i>Causas relacionadas con el trabajo de parto</i>			
Distocia de partes blandas	5	2.2%	0.8%
<i>Causas relacionadas con la madre</i>			
Cesárea a solicitud	39	17.1%	6.5%
Diabetes gestacional	2	0.9%	0.3%
Infección por virus del papiloma humano	2	0.9%	0.3%
Infección en vías urinarias	1	0.4%	0.2%
Madre añosa	1	0.4%	0.2%
Neoplasia intraepitelial cervical III	1	0.4%	0.2%
<i>Otras causas</i>			
Ruptura de membranas	35	15.4%	5.8%
Oligohidramnios	32	14.0%	5.2%
Polihidramnios	3	1.3%	0.5%
Corioamnionitis	3	1.3%	0.5%
Senectud placentaria	1	0.4%	0.2%
Producto valioso	1	0.4%	0.2%
No registrado	50	21.9%	8.3%
Total	228	100%	37.8%

Cuadro 4. Diagnósticos clasificados como bien o mal sustentados

<i>Diagnósticos bien sustentados</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Diagnósticos mal sustentados</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sufrimiento fetal agudo	61	22.6%	Desproporción cefalopélvica	82	24.6%
Mala presentación	36	13.3%	Cesárea a solicitud	39	11.7%
Cesárea iterativa	31	11.5%	Ruptura de membranas	35	10.5%
Cesárea previa	30	11.1%	Oligohidramnios	32	9.6%
Desproporción cefalopélvica	27	10.0%	Registro tococardiográfico no tranquilizador	24	7.2%
Preeclampsia severa	25	9.3%	Falta de progresión del trabajo de parto	21	6.3%
Falta de progresión del trabajo de parto	20	7.4%	Circular a cuello	14	4.2%
Periodo intergenésico corto después de cesárea	10	3.7%	Taquicardia fetal	9	2.7%
Enfermedad hipertensiva del embarazo	8	3.0%	Meconio	5	1.5%
Placenta previa	6	2.2%	Distocia de partes blandas	5	1.5%
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	5	1.9%	Restricción del crecimiento intrauterino	3	0.9%
Embarazo múltiple	4	1.5%	Polihidramnios	3	0.9%
Prolapso de cordón	2	0.7%	Corioamnioitis	3	0.9%
Prolapso de miembro pélvico	2	0.7%	Diabetes gestacional	2	0.6%
Restricción del crecimiento intrauterino	2	0.7%	Infección por virus del papiloma humano	2	0.6%
Prematurez severa	1	0.4%	Senectud placentaria	1	0.3%
			Producto valioso	1	0.3%
			Infección en vías urinarias	1	0.3%
			Madre añosa	1	0.3%
			Neoplasia intraepitelial cervical III	1	0.3%
			No registrado	50	15.0%
Total	270 (45%)	100%	Total	334 (55%)	100%

Cuadro 5. Análisis multivariado. Factores asociados a la mala integración del diagnóstico para la operación cesárea en México.

Variable	No.	%	Análisis Crudo			Análisis Ajustado		
			RM	IC 95%	p	RM	IC 95%	p
<i>Parto(s) previo(s)</i>								
Si tiene	228	37.7%	1			1		
No tiene	358	59.2%	1.70	1.21- 2.37	0.002	1.84	1.16- 2.89	0.008
<i>Antecedentes personales patológicos</i>								
No tiene	548	90.7%	1			1		
Si tiene	43	7.1%	0.93	0.50- 1.73	0.829	0.70	0.34- 1.44	0.341
<i>Dilatación cervical máxima</i>								
≥5cm	124	20.5%	1			1		
≤4cm	396	65.5%	2.26	1.48- 3.43	0.001	2.44	1.53- 3.87	0.000
<i>Semanas de gestación</i>								
De término	544	90.0%	1			1		
<37 semanas	32	5.3%	0.77	0.37- 1.58	0.480	1.17	0.48- 2.83	0.721
>41 semanas	20	3.3%	0.99	0.40- 2.42	0.987	1.14	0.40- 3.20	0.803
<i>Edad de la paciente</i>								
20- 34 años	424	70.2%	1			1		
13 a 19 años	114	18.8%	1.39	0.91- 2.10	0.121	1.41	0.82- 2.41	0.211
≥35 años	60	9.9%	0.92	0.53- 1.57	0.755	0.81	0.43- 1.54	0.536
<i>Nivel de escolaridad</i>								
Preparatoria y más	248	41.6%	1			1		
Hasta secundaria	327	54.1%	0.85	.60- 1.18	0.330	1.56	0.97- 2.52	0.065
<i>Sitio de atención</i>								
CASA	34	5.6%	1			1		
CIMIGen	349	57.7%	8.42	4.6- 15.45	0.000	6.11	1.9- 19.57	0.002
Chilapa	126	20.8%	1.41	0.72- 2.74	0.309	2.55	0.78- 8.27	0.118
Teocelo	95	15.7%	2.32	1.18- 4.52	0.014	1.95	0.59- 6.45	0.272

RM= Razón de momios,
IC95%= Intervalo de confianza al 95%

ANEXO 1

DEFINICIONES DE LOS DIAGNÓSTICOS PARA LA OPERACIÓN CESÁREA

Sufrimiento fetal agudo

Este término es impreciso para determinar el estado de bienestar fetal. Se usa principalmente para referirse a un feto enfermo pero que tiene un bajo valor predictivo positivo y que frecuentemente está asociado a un recién nacido en buenas condiciones determinadas a través de calificaciones de Apgar y gasometrías arteriales.⁴⁷

Mala presentación

Es cuando el feto tiene una presentación pélvica o se encuentra en situación transversa.³⁰

Cesárea iterativa

Es el antecedente de 2 o más cesáreas en la mujer embarazada.³⁰

Preeclampsia

Es un síndrome específico del embarazo caracterizado por hipertensión en dos tomas, con diferencia de 6 horas, acompañado por proteinuria en mujeres embarazadas de más de 20 semanas.⁴⁸

Placenta previa

La placenta previa ocurre cuando la placenta obstruye de forma parcial o completa el orificio cervical interno.⁸

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)

Es la separación de la placenta de la cavidad uterina antes de que haya ocurrido el nacimiento del feto.¹⁰

Prolapso de cordón

Es cuando el cordón umbilical se encuentra por debajo de la presentación fetal y sale hacia canal vaginal.⁴⁹

Prolapso de miembro torácico

El miembro torácico se encuentra por debajo de la presentación fetal y sale hacia canal vaginal.

Prematurez extrema

Es cuando el embarazo es menor a 37 semanas y el peso fetal es menor a 1500 grs.³⁰

Desproporción cefalopélvica

Es un término utilizado para describir una disparidad entre el tamaño de la pelvis materna y el tamaño fetal que impide un parto vaginal.⁵⁰

Falta de progresión del trabajo de parto (FPTDP)

Se refiere a una falta de progreso en la dilatación cervical y/o una falta de descenso en la presentación fetal.⁵⁰

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)

Este término que se usa para describir a un feto que su peso se estima o está por debajo del percentil 10.⁵¹ En embarazos de término la NOM-007 el percentil 10 corresponde a 2500 grs.²³

Oligohidramnios

El volumen de líquido amniótico es calculado por ultrasonido. Oligohidramnios se define como una medición de bolsillo vertical único de líquido amniótico ≤ 2 cms. o bien por medición de cuadrantes (índice de líquido amniótico) ≤ 4 cms.⁵²

Cesárea previa

Es el antecedente de tener una cesárea antes del embarazo actual.³⁰

Periodo intergenésico corto después de cesárea

Es el periodo entre la cesárea anterior y la fecha de la cesárea del embarazo actual. En este caso se considera que era corto cuando es ≤ 18 meses.

Enfermedad hipertensiva del embarazo

Se define en el embarazo como una presión sanguínea sistólica de 140 mmHg o más y una diastólica de 90 mmHg o más, por lo menos en dos registros con un mínimo de diferencia de 4-6 horas entre uno y otro registro, en un lapso no mayor de 7 días.⁴⁸

Embarazo múltiple

Es aquel embarazo cuando existen 2 o más fetos intrauterinos.⁵³

Cesárea a solicitud

Es definida como la cesárea realizada en la mujer en ausencia de indicación médica u obstétrica para su realización.³⁶

Ruptura de membranas

Es la ruptura de membranas amnióticas. Se considera prematura si es antes del inicio del trabajo de parto.⁵⁴

Registro cardiotocográfico no tranquilizador

Es el registro cardiotocográfico externo que se toma durante 40 minutos y que no tiene suficientes aceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal.⁵²

Circular a cuello

Es cuando el cordón umbilical le da una o más vuelta(s) completa al cuello del feto.

Taquicardia fetal

Es cuando la frecuencia cardíaca fetal es ≥ 160 latidos por minuto.⁵⁵

Distocia de partes blandas

Es la dificultad del parto vaginal debida a las estructuras no óseas de la pelvis materna.⁵⁶

Meconio

Es una sustancia color verde, viscosa compuesta por células muertas, secreciones del estómago e hígado, que reviste el intestino del feto.

Polihidramnios

Se define como una medición de índice de líquido amniótico ≥ 25 cms. La medición se realiza por ultrasonido.⁵⁷

Corioamnionitis

Es la infección intraamniótica y se denomina corioamnionitis a la presencia de síntomas en una paciente que tiene una infección intraamniótica.⁵⁸

Diabetes gestacional

Se define como una intolerancia a los carbohidratos que inicia o que se diagnostica por primera vez durante el embarazo.⁵⁹

Infección por VPH

Es la existencia del virus del papiloma humano, generalmente se corrobora por biopsia del tejido infectado.

Infección en vías urinarias, infección de orina o infección en el tracto urinario

Es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o riñón.⁶⁰

Madre añosa,

Se considera como embarazada de edad avanzada a la mujer mayor de 40 años por el aumento en el riesgo de complicaciones.⁴

Senectud placentaria

Se refiere a la visualización de calcificaciones en una extensa área de la placenta a través del ultrasonido.

Producto valioso

Se habla de este concepto cuando existen pérdidas gestacionales previas o se atiende un embarazo concebido a través de técnicas de reproducción asistida.

Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) III

Son cambios histopatológicos observados en el epitelio del cérvix asociados en la mayoría de las veces a la infección del virus del papiloma humano. Se consideran lesiones pre-cancerosas.⁶¹

No registrado

Fueron las cesáreas realizadas en donde a través de la revisión del expediente clínico no se encontró el motivo de la cesárea.

ANEXO 2

CRITERIOS TOMADOS EN CUENTA EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS PARA LA CONFIRMACION DE LOS DIAGNOSTICOS PREQUIRURGICOS DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Sufrimiento fetal agudo:

Se consideró cuando había diagnóstico prequirúrgico de sufrimiento fetal agudo, prueba de tolerancia a la oxitocina positiva y/o bradicardia fetal $<110x'$. Desafortunadamente no se contó con gasometría arterial del recién nacido para corroborar el diagnóstico de forma más precisa, ni se logró observar los registros cardiotocográficos. Todos tuvieron ≥ 7 puntos de Apgar a los 5 min.

Mala presentación

Este diagnóstico se contempló cuando la presentación fetal registrada en el expediente fuera pélvica o la situación era diferente a la longitudinal.

Cesárea iterativa

Este diagnóstico fue tomado en cuando en el expediente clínico había registro en los antecedentes de 2 o más cesáreas en la gestante.

Preeclampsia severa

Se corroboró este diagnóstico cuando había registro de una TA $\geq 160/110$ mmHg y proteinuria en el examen general de orina de 3 cruces o más. También se tomó en cuenta el registro de dolor en epigastrio o hepatalgia, elevación de enzimas hepáticas, trastornos visuales o cefalea.

Placenta previa

Se tomó en cuenta cuando había diagnóstico prequirúrgico de placenta previa o cuando por hallazgo postoperatorio se reportó al realizar cesárea. Ningún expediente contaba con el reporte de ultrasonido realizado para el diagnóstico, ni se contaba con reporte histopatológico final postoperatorio.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)

Para tomarlo como diagnóstico adecuado se buscó en el diagnóstico preoperatorio o postoperatorio. No se contó con reporte histopatológico en los registros.

Prolapso de cordón

Este es un diagnóstico difícil de comprobar que sea correctamente diagnosticado ya que para efectuarlo depende de la percepción clínica; en ese sentido se consideró cuando había una anotación del mismo en el expediente clínico de la paciente.

Prolapso de miembro torácico

Este es un diagnóstico difícil de comprobar que sea correctamente diagnosticado y dependerá de la evaluación clínica. Se consideró cuando había sido descrito en el expediente clínico de la paciente.

Prematurez extrema

Se consideró cuando había producto con <28 semanas de gestación.

Desproporción cefalopélvica

Para considerarlo como diagnóstico adecuado debería al menos estar anotado en el expediente la fase activa de trabajo de parto (≥ 5 cms. de dilatación) al momento de decidir cesárea y/o que el producto haya tenido un peso ≥ 4000 grs.

Falta de progresión del trabajo de parto (FPTDP)

Para considerar que el diagnóstico estuvo adecuadamente integrado se tomó en cuenta que la paciente se encontrara en trabajo de parto fase activa (≥ 5 cms. de dilatación) y se hubieran registrado la misma dilatación cervical en las dos últimas mediciones.

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)

Para considerarse adecuadamente integrado se tomó en cuenta el peso al nacer ≤ 2500 grs. y en embarazos de término. Todas las pacientes sometidas a este diagnóstico tenían embarazo de término al momento de la cirugía.

Oligohidramnios

Este diagnóstico se realiza por ultrasonido, desafortunadamente ningún expediente tenía el reporte de ultrasonido realizado, por lo que se consideró el diagnóstico cuando se mencionaba en la nota prequirúrgica de la paciente. De las 32 pacientes con este diagnóstico, sólo seis tenían ≥ 5 cms. de dilatación cervical al momento de la cirugía.

Cesárea previa

Se consideró cuando había dentro de los antecedentes el hallazgo que tenía sólo una cesárea y era el motivo principal de la cirugía registrado en el expediente. De las 30 pacientes con este diagnóstico, sólo dos tenían ≥ 5 cms. de dilatación cervical al momento de la cirugía.

Periodo intergenésico corto despues de cesarea previa

Se consideró cuando era el motivo principal de la cirugía registrado en el expediente clínico.

Enfermedad hipertensiva del embarazo

Son aquellos tomados con registro de TA $\geq 140/90$ mmHg y sin documentar proteinuria en el examen general de orina ni que tuviera sintomatología como cefalea, epigastralgia acúfenos o fosfenos.

Embarazo múltiple

Se consideró cuando existía documentación de dos o más fetos en la gestante en el expediente.

Cesárea a solicitud

Se identificó cuando hay documentación en una nota que la paciente fue quien solicitó la cesárea como método de interrupción del embarazo.

Ruptura de membranas

Se consideró cuando se registraba este diagnóstico en el expediente clínico y era la principal razón para la realización de la cesárea. De las 35 mujeres con este diagnóstico sólo 6 tenían ≥ 5 cms. de dilatación cervical al momento de la cirugía. Ninguna tuvo fiebre materna.

Registro cardiotocográfico no tranquilizador

Se consideró cuando era el principal motivo para realizar cesárea. Desafortunadamente en el expediente clínico no se describe el registro cardiotocográfico, ni se pudo observar el registro para verificar la presencia de desaceleraciones, taquicardia fetal o bradicardia fetal. Los Apgar a los 5 minutos de los recién nacidos de las 24 pacientes con este diagnóstico fueron: 19 tuvieron 9, 3 tuvieron 8 y 1 tuvo 7, en uno no se registró este dato.

Circular a cuello

Se identificó como motivo de cesárea al referirlo en el expediente.

Taquicardia fetal

Se tomó en cuenta este diagnóstico cuando era el diagnóstico prequirúrgico principal. Se buscó si la frecuencia cardíaca fetal era documentada en el expediente ≥ 180 por minuto. Ninguna de las pacientes tuvo esta condición y no tuvieron fiebre. Los productos de las 9 pacientes tuvieron Apgar a los 5 minutos fue de 9.

Distocia de partes blandas

Se tomaba tal diagnóstico al documentar la observación de edema de vulva que consideraban como obstáculo para el parto vaginal. El edema vulvar durante el trabajo de parto se relaciona al número de tactos realizados para la vigilancia del trabajo de parto pero no es un obstáculo para parto vaginal. De las 5 pacientes con este diagnóstico al momento de la cesárea dos tenían 1 cm. de dilatación, una tenía 6 cms., una tenía 7 cms. y otra tenía 10 cms. de dilatación cervical (en este último no se intentó el parto instrumentado).

Meconio

Se integró cuando era referido en el expediente como causa principal de la cesárea. Los productos de las 5 pacientes, cuatro tuvieron Apgar de 9 a los 5 minutos, y una 7.

Polihidramnios

Se consideró cuando fue la causa principal de la cesárea registrada en el expediente, en ninguno de los productos se encontró malformaciones al nacer. De las tres pacientes sólo una tenía ≥ 5 cms. de dilatación cervical al momento de la cesárea.

Corioamnioitis

Se consideró cuando se documentó en el expediente clínico con fiebre materna, taquicardia fetal e hipertermia de cavidad uterina.

Diabetes gestacional, infección por VPH, infección en vías urinarias, madre añosa, senectud placentaria, producto valioso y neoplasia intraepitelial cervical (NIC) III

Todos estos diagnósticos se consideraron como no integrados adecuadamente cuando fue el motivo principal de la cesárea documentada en el expediente clínico. Ninguna de estas pacientes tenía ≥ 5 cms. o más de dilatación cervical al momento de la cirugía. En el caso de diabetes gestacional ninguno de los productos tuvo un peso ≥ 4000 grs.

No registrado

Fueron las cesáreas realizadas en donde a través de la revisión del expediente clínico no se encontró el motivo de la cesárea. Se tomaron como no justificados debido a que por Norma Oficial del Expediente Clínico establece que registrarse el motivo de la cirugía.

REFERENCIAS

- ¹ Signore C. No time for complacency: labor inductions, cesarean deliveries and the definition of "term". *Obstet Gynecol* 2010;116:4-6.
- ² Volpe FM. Correlation of cesarean rates to maternal and infant mortality rates: an ecologic study of official international data. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29:303–308.
- ³ Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006; 33: 270-7.
- ⁴ Freeman RK, Cohen AW, Depp R, Frigoletto FD, Hankins GD, Lieberman E. Evaluation of cesarean delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2000.
- ⁵ Resnik R. Can a 29% cesarean delivery rate possibly be justified? *Obstet Gynecol* 2006; 107: 752–754.
- ⁶ Smith GC, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA* 2002;287:2684-2690.
- ⁷ Harper MA, Byington RP, Espeland MA, Naughton M, Meyer R, Lane K. Pregnancy-related death and health care services. *Obstet Gynecol* 2003;102:273-278..
- ⁸ Gilliam M, Rosenberg D, Davis F. The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol* 2002;99:976-980.
- ⁹ Daltveit AK, Tollånes MC, Pihlstrøm H, Irgens LM. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. *Obstet Gynecol* 2008;111:1327-1334.
- ¹⁰ Getahun D, Oyelese Y, Salihu HM, Ananth CV. Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. 2006;107:771-778.
- ¹¹ Pavón-León P, Gogeocebea- Trejo MC, Ramírez-Muro M, Landa-Ortiz V. Evaluación del expediente clínico en la atención obstétrica. *Rev Med UV* 2002;2:10-13.
- ¹² D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama Ade S, Reis AC. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* 2006;22:2067-2078.
- ¹³ World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-437.
- ¹⁴ Declercq E, Young R, Cabral H, Ecker J. Is a Rising Cesarean Delivery Rate Inevitable? Trends in industrialized countries, 1987 to 2007. *Birth* 2011;38:99-104.
- ¹⁵ Gibbons L, Belizán JM, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage, in *World Health Report, 2010*. 2010, WHO: Geneva, Switzerland. pp. 18-20.

-
- ¹⁶ Cesarean Section Rates in the United States. ACOG Resource Center MASH 4/3/2009. <http://www.acog.org/departments/dept_notice.cfm?recno=20&bulletin=264>
- ¹⁷ Brennan DJ, Murphy M, Robson MS, O'Herlihy C. The singleton, cephalic, nulliparous woman after 36 weeks of gestation contribution to overall cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 2011;117:273-279.
- ¹⁸ Bailit JL, Dooley SL, Peaceman AN. Risk adjustment for interhospital comparison of primary cesarean rates. *Obstet Gynecol* 1999;93:1025-1030.
- ¹⁹ Adams MG, Hirsch E, Macgregor SN, Kirschner CV, Silver RK. How should we respond to the trend of increasing cesarean delivery? *Contemporary OB/GYN*. 2010: 30-38.
- ²⁰ Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indication contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 2011;118:29-38.
- ²¹ Medina-Pinto SE, Ortiz-Gavilán AV, Miño LC. Incidencia e indicaciones de cesáreas. *Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina*. 2011;207: 11-15.
- ²² Suárez Leticia (2010). *Salud Materno Infantil en Chávez A. y Menkes C (eds.), Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, pp. 236-281.*
- ²³ Secretaría de Salud (1993). NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, pp 11, 23.
- ²⁴ Cálculos propios con base en: Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos 2008, 2009 y 2010*. [en línea]: *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 01 abril 2010].
- ²⁵ Suárez-López L, Campero L, Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández-Serrato MI, Walker D, et al. Elevada tendencia en la práctica de cesáreas en México: la necesidad de promover la calidad de la atención del parto. *Salud Publica Mex* 2013;55: 1-10.
- ²⁶ Lee-Santos I. Operación cesárea: estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel. *Rev Med IMSS* 2004;42: 199-204
- ²⁷ Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz CL. Cesarean birth: justifying indication or justified concern? *Ginecol Obstet Mex* 2011;79:67-74.
- ²⁸ Secretaria de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. México, DF; Diario Oficial de la Federación. 1998.
- ²⁹ Walker D, Cragin L, Campero L, Suárez L, Valencia A, Ventura C, et al. Evaluación de tres modelos de atención de partos en México: Parteras profesionales técnicas, enfermeras obstétricas y médicos generales. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

-
- ³⁰ Guía de práctica clínica para la realización de operación cesárea. Instituto Mexicano del Seguro Social. Julio 2009.
- ³¹ Cesárea Segura. Lineamiento Técnico. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. 2002.
- ³² Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD, pp 31-32
- ³³ Visco AG, Viswanathan M, Lohr KN, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, Palmieri R, Funk MJ, Lux L, Swinson T, Hartmann K. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2006;108:1517-1529.
- ³⁴ Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *J Perinatol* 2010;30:258-264.
- ³⁵ Karlström A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth* 2010;37:11-20.
- ³⁶ Cesarean delivery on maternal request. ACOG Committee Opinion No. 394. American College of Obstetricians and Gynecologist. *Obstet Gynecol* 2007;110:1501-1504.
- ³⁷ Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Cesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *2003;362:1779-1784.*
- ³⁸ Hernández-Torres F, Aguilar-Romero MT, Alcántara-Balderas MA. Evaluación sistemática de la atención médica, a través del análisis de quejas de la CONAMED. *Rev CONAMED* 2011;16:127-131.
- ³⁹ Robson MS. Can we reduce the caesarean section rates? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15:179-194.
- ⁴⁰ Cabeza-Vengoechea PJ, Calvo-Pérez A, Beltrán AP, Mas Morey MM, Febles-Borges MM, Alcácer PX, et al. Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. *Prog Obstet Ginecol* 2010;53:385-390.
- ⁴¹ Paleari L, Gibbons L, Chacón S, Ramil V, Belizán JM. Tasa de cesáreas en dos hospitales privados con normativas diferentes: abierto y cerrado. *Ginecol Obstet Mex* 2012;80:263-269.
- ⁴² Salinas H, Almerana J, Naranjo B, Preisler J, Carmona S, Erazo M, et al. Evaluación de un programa de intervención tendiente a disminuir el número de cesáreas. *Rev Adm Sanit* 2007;5:137-145.
- ⁴³ Normas de atención a la mujer en el proceso de parto y puerperio. Guías en salud sexual y reproductiva. Ministerio de Salud Pública. Uruguay 2008.
- ⁴⁴ Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de comunicaciones. España 2007.
- ⁴⁵ Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2004.

-
- ⁴⁶ Humanización del proceso reproductivo mujer-niño-familia. Universidad de Chile. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Chile 2001.
- ⁴⁷ Inappropriate use of terms fetal distress and birth asphyxia. ACOG Committee Opinion No. 326. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2005;106:1469-1470.
- ⁴⁸ Guía de práctica clínica atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer nivel de atención, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009
- ⁴⁹ Evrard J. Umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol* 1985;65:772.
- ⁵⁰ Dystocia and augmentation of labor. ACOG Practice Bulletin No. 49. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2003;102:1445-1454.
- ⁵¹ Intrauterine growth restriction. ACOG Committee Opinion No. 12. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2000; 95:655-665.
- ⁵² Antepartum fetal surveillance. ACOG Committee Opinion No. 9. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 1999;94:634-644.
- ⁵³ Multiple gestations: complicated twin, triplet, and high-order multifetal pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 56. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2004;104:869-883.
- ⁵⁴ Guía de práctica clínica vigilancia y manejo del parto 080, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
- ⁵⁵ Management of intrapartum fetal heart rate tracings. Practice Bulletin No. 116. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2010;116:1232-1240.
- ⁵⁶ Guerra-Verdecia C, Vázquez-Márquez A, Virelles-Pacheco A. ¿Se puede disminuir la frecuencia de cesáreas primitivas? *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1998; 24:45-49.
- ⁵⁷ Fetal lung maturity. ACOG Practice Bulletin No. 97. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2008;112:717-726.
- ⁵⁸ Kock MO, Romano MF, Jara ML, Sciangula MD. Corioamnionitis. *Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina*. 2008;180:21-23.
- ⁵⁹ Gestacional diabetes. ACOG Committee Opinion No. 30. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2001;98:525-538.
- ⁶⁰ Guía de práctica clínica y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en primer nivel de atención, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
- ⁶¹ Management of abnormal cervical cytology and histology. ACOG Practice Bulletin No. 99. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2008;112:1419-1444.