

COBERTURA EFECTIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Concepto De Efectividad En El Ámbito De La Salud Pública

Implementación de Modelos de Atención Continua en el Puerperio

Actualidades de la Maniobra de Kristeller en Obstetricia ¿Complicaciones en los resultados obstétricos y perinatales?

Septiembre - Diciembre 2004



Contenido

Editorial	3
Concepto De Efectividad En El Ámbito De La Salud Pública.....	4
Implementación de Modelos de Atención Continua en el Puerperio.....	12
Actualidades de la Maniobra de Kristeller en Obstetricia ¿Complicaciones en los resultados obstétricos y perinatales?.....	35



Editorial

En esta sexta edición a cargo de un servidor de la revista CEAMO, entregamos tres artículos referentes a la prestación de los servicios de salud, enfocando la Edición a la Cobertura Efectiva de los Servicios, concepto si no novedoso, vanguardista en el que se basa actualmente el hacer de las diferentes instituciones de Salud, buscando el que los servicios no sólo estén al alcance de todos, sino que también sean de calidad para que se obtenga el beneficio último que es mejorar la salud de la población.

En el primer artículo es un breve ensayo acerca de la conceptualización de la efectividad en las ciencia de la Salud, requisito indispensable para poder entender porque tenemos que medir la salud y porque necesitamos medir las intervenciones, porque tienen que ser graduadas y comparadas, y que mientras estos puntos no se concreten la evaluación de programas o intervenciones en salud será imposible al igual que el conocer la salud de la población intervenida. El segundo artículo es una revisión sistemática de una intervención en salud que puede ser de utilidad en la etapa puerperal para corregir la inequidad en la prestación de servicios de atención materna en el estado de Oaxaca, esta intervención sanitaria tiene grandes ventajas que pueden hacer que las condiciones de salud de las mujeres cambie totalmente, y que bajo este concepto se alcance la cobertura efectiva en el rubro correspondiente tratando de alcanzar el tan comentado objetivo 5 de las metas del Milenio que no se pudo tener. Finalmente aterrizando estos conceptos se realiza una revisión acerca de la maniobra más controvertida que existe en la práctica de la atención del parto que es la maniobra de Kristeller, proscrita de la práctica médica pero sumamente utilizada en las salas de parto con resultados que aquí se comentan.

Finalizo esta editorial con una frase del Dr. Fernando Ortíz Monasterio, del año 2012: “No crean en nada, los dogmas deben ser inaceptables, lo que diga yo, los libros o revistas especializadas no lo acepten, cuestionenlo. Es inaceptable que los médicos no piensen como científicos y dejen de preguntar, investigar, observar y generar conclusiones en su trabajo clínico”. Saludos y que sean las lecturas de su completo agrado.

Omar Calvo Aguilar

CONCEPTO DE EFECTIVIDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

AUTOR: Omar Calvo Aguilar

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Medicina Materno Fetal. Maestro en Ciencias Médicas. Consejero CEAMO.

Correspondencia: M.S. Crespo 812 col Figueroa, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, CP 68070.

Email: ceamo.oaxaca@gmail.com Tel 5010055 y 5010045

RESUMEN:

La efectividad es un concepto que requiere de un entendimiento completo acerca de las diferentes definiciones que se han acuñado a lo largo de la historia de los sistemas de salud, donde el punto clave tiene que ver con la aplicación de una intervención en salud (poblacional, clínica o personal) en condiciones reales de práctica con su correspondiente diseño de evaluación, que es indispensable para verificar acerca de los cambios en los indicadores de salud que finalmente van a redituarse en mejora de las condiciones de salud.

La efectividad es un concepto dinámico que en la actualidad es elemental en la evaluación de la cobertura para alcanzar las mejores condiciones de salud de la población.

PALABRAS CLAVE: efectividad, cobertura efectiva, sistemas de salud

SUMMARY:



Effectiveness is a concept that requires a complete understanding of the different definitions that have been coined over the history of health systems, where the key point has to do with the application of a health intervention (population, clinical or personal) in real conditions of practice with its corresponding evaluation design, it is essential to check on changes in health indicators that will ultimately pay off in improved health conditions.

Effectiveness is a dynamic concept that is currently in the assessment of elemental coverage to achieve better health conditions of the population.

KEYWORDS: effectiveness, coverage effective, health systems

EFFECTIVIDAD

Se realizó una revisión bibliográfica de la efectividad en salud con el objetivo de evaluar el término desde la definición hasta su aplicación en las ciencias de la salud.

La búsqueda se llevó a cabo en PUBMED, scielo, biblioteca de la OMS, OPS, RIMA y libros en línea con los términos effectiveness health system y en español efectividad sistemas de salud, de manera que fueron elegibles artículos en idioma inglés y español, se agregó un filtro a la búsqueda: cuidados continuos, continuun of care, puerperio, puerperium, anticoncepción, contraception, lactancia y breast milk, agregando como filtro revisiones sistemáticas, eligiéndose aquellos en los que se incluyera la efectividad en intervenciones de salud. Se obtuvieron 4060 artículos de los cuales se seleccionaron sólo los que presentaran aspectos técnicos y conceptuales de los términos de búsqueda.

La efectividad es definida como la capacidad de obtener el efecto que se busca o espera, de acuerdo a la real academia de la lengua¹, sin embargo en el ámbito de la salud el término ha sido definido de varias formas dependiendo del contexto en el que se utilice y del momento en que se encuentre, la definición que probablemente inicie el debate acerca de la efectividad en los sistemas de salud es la hecha por Donabedian, en la que se refiere a ella como el grado de mejora de la salud obtenida con relación al máximo posible, aclarando que no se trata de un concepto simple sino, de un concepto que implica una serie de pasos dentro de un proceso complejo cuyo resultado final es la efectividad², por su parte la definición de efectividad dada por Flay³ en 1986 se refiere a un Programa (intervención) que produce más beneficio que daño al implementarse bajo

condiciones del mundo real, diez años después es definida por Mandelblatt como el grado en que los servicios logran mejora del estado de salud en la práctica real de su operación⁴. De manera formal a últimos años un grupo de expertos consideraron que la efectividad puede ser definida como una intervención en salud que a nivel individual o poblacional tiene un porcentaje de ganancia en salud⁵, y que se relaciona estrechamente con la evaluación, sea del sistema de salud en general, con la implementación de un programa dentro de dicho sistema o con una intervención clínica/ farmacológica a nivel individual; por otra parte también se encuentra definida como una medida de impacto en los indicadores de salud como resultado de la eficiencia y la calidad de los servicios⁶. En fecha más reciente la Comisión Europea definió la efectividad como la capacidad del sistema de salud para producir resultados de salud positivos (mejorar la salud de la población)⁷, de manera que la efectividad es conceptualizada como el instrumento que mide a través de la evaluación los resultados en salud obtenidos mediante el uso de indicadores perfectibles, puesto que en la práctica real rara vez se encuentra las condiciones ideales para la implementación.

En su mayoría las definiciones de efectividad comparten como característica común términos relacionados con la mejora en la salud y con la aplicación de la intervención en condiciones reales, estos conceptos implican la búsqueda de un mejor estatus de salud, donde la evaluación es el componente primordial para poder determinar los alcances de la efectividad, pero para poder realizarla se necesita establecer las condiciones en la práctica y los indicadores a medir, estos últimos deberán ser los suficientemente puntuales para poder mostrar los beneficios obtenidos, sea a través de mediciones seriadas directas en la salud poblacional o de manera individual o mediante evaluaciones cualitativas que



hagan resaltar estas mejoras en la salud. La efectividad incluye múltiples factores, algunos más importantes que otros, pero finalmente el ensamble de todos ellos permite que exista la efectividad, entre los más relevantes tenemos a la cobertura, la calidad, y la accesibilidad entre otros muchos, pero se consideran de los principales porque se requiere de contar con la cobertura suficiente para la prestación de los servicios, las intervenciones deben ser realizadas con calidad por parte de los prestadores de servicios y finalmente se requiere que la población pueda utilizar los servicios de salud conforme a las necesidades identificadas., de manera que estos tres elementos son indispensables cuando hablamos de la efectividad.

La medición de la efectividad de los sistemas de salud se inicia en el último cuarto del siglo pasado, con formulaciones e interrogantes acerca de si los sistemas de salud servían a la población tan bien como se podría, iniciándose las mediciones por medio de índices contruidos con fundamento en los beneficios que el sistema de salud ofrece a la población, basados en indicadores del estado de salud como mortalidad, morbilidad, días de estancia etc., y los indicadores de provisión de servicios como las camas por habitante, médicos por habitante, etc., pero sin alcanzar el propósito final, obtener elementos suficientes y fidedignos para establecer la efectividad, debido a la carencia en las mediciones relacionadas con categorías del estado de salud y funcionamiento de las personas, falta de índices y la falta también de conversión en términos monetarios⁸. Posteriormente se comienza por el diseño de mejores indicadores que se acercan más a una evaluación objetiva de la efectividad, estableciéndose los indicadores desagregados, que posteriormente son conjuntados, creándose los resúmenes de medidas que facilitan el análisis por contener gran información, sin embargo no

deja de ser relevante el uso de los indicadores desagregados, ya que para algunos propósitos tienen mayor utilidad, siempre que cumplan con los cinco criterios para considerar que el indicador es el correcto: validez, confiable en la medición, revisable, validado y adecuado al nivel del país, cualquier indicador que cuente con estas características podrá ser considerado para la evaluación, al asegurarse que cuenta con nivel de calidad⁹. La selección de indicadores dependerá de las pretensiones de la evaluación, el enfoque permitirá establecer si pueden ser conjuntados en un indicador agregado, el indicador se denominará positivo o negativo¹⁰, los positivos se relacionan con un evento deseable (años de vida saludable, esperanza de vida, QALY etc), mientras que los negativos se relacionan con eventos no deseables (mortalidad perinatal, mortalidad materna, DALYs, etc).

En el ámbito global, la efectividad está definida, pero no cuenta con un marco conceptual bien establecido por la OMS⁶, y el término efectividad es operacionalizado por “mejora en la salud” o “resultados en salud”, con estos términos se engloban algunos indicadores que pueden ser clínicos (como medidas fisiológicas y metabólicas, mortalidad, etc), económicos directos e indirectos (como hospitalizaciones, consultas médicas o de urgencia, pérdida de días laborables, etc), o humanísticos (como síntomas, calidad de vida, estado funcional, satisfacción de pacientes, etc). De manera directa cualquier resultado, o la conjunción de algunos de ellos puede formar un índice, que permite la comparación, identificar aquellas intervenciones que tienen los mayores beneficios a través de evaluaciones de costo-beneficio, en las que se detalla de manera utilitarista que intervención es la menos costosa con los mejores beneficios para la salud, estas evaluaciones son de gran valor cuando se

pretenden implementar intervenciones específicas por contar con recursos limitados, o porque las intervenciones son para población específica (políticas verticales de salud). Finalmente la efectividad de una intervención puede ser medida mediante un resultado individual, a nivel organización o de ambos, en los casos de resultados cualitativos se requiere de desarrollar evaluaciones particulares y es conveniente también definir si los resultados obtenidos son intermedios o finales.

CONCLUSIONES. La efectividad se enfrenta con desafíos en materia de salud pública, las intervenciones que muestran mayor efectividad a través de sus indicadores en ocasiones carecen de reproducibilidad de un lugar a otro, debido a que no todas las organizaciones cuentan con las mismas características, situación que hace necesario que las intervenciones traten de adecuarse, perdiendo en muchas de las ocasiones su efecto.

Las intervenciones efectivas en ocasiones carecen de lineamientos para la implementación, de manera que al ser aplicadas, cada organización pone sus lineamientos, perdiéndose el equilibrio y obteniendo malos resultados.

Otro reto importante que tiene la efectividad es que la intervención sanitaria puede no ser aceptada por la población y organizaciones, de manera que hay que ajustarla y conseguir su adaptación a las necesidades, corriendo el riesgo de que disminuya su efecto o bien hacer que la intervención sea adoptada a pesar del disconfort con el riesgo entonces de pérdida de calidad y pérdida del efecto.

Finalmente la investigación sobre efectividad debe ser capitalizada con la obtención de intervenciones que puedan ser replicadas de la manera más fiel para obtener los resultados, a través de mantener la estructura, criterios y

procedimientos, independientemente de utilizarlas para temas prioritarios en salud y de manera concomitante desarrollar un mejor sistema de información.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española (2001). Diccionario de la lengua española. 22^a ed. Madrid España; Autor
2. Donabedian A. The Effectiveness of Quality Assurance. International Journal for Quality in Health Care, VoL 8, No. 4, pp. 401-407,1996
3. Flay BR, Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. Preventive Medicine, 1986; 15: 451-474.
4. Mandelblatt JS, Fryback DG, Weinstein MC, Russell LB, Golg MR. Assessing the effectiveness of health interventions for cost-effectiveness analysis. JGIM 1997; 12 : 551-558.
5. Shengelia B, Murray CJL, Adams OB. Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage. Chapter 20: 221-235 In: Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism / edited by Murray CJL, Evans DB. WHO 2003.
6. Torres-Arreola LP, Constantino-Casas NP. Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales. Rev Med IMSS. 2003; 41 (4): 359-364.
7. European Commission Brussels, 4.4. 2014 COM (2014) 215 Final Communication from the Commission On effective, Accessible and Resilient Health SystemsWilliams A.
8. Williams A. Measuring the effectiveness of health care systems. Brit. J. prev. Soc. Med. (1974), 28, 196-202.



9. Hutubessy RCW, Rob M.P.M. Baltussen RMPM, Torres–Edejer TT, Evans DB. Choosing Interventions That Are Cost-Effective. WHO-CHOICE Working Group. Chapter 60: 823-839. In: Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism / edited by Murray CJL, Evans DB. WHO 2003.
10. Indicadores para la evaluación de los sistemas de salud. *Salud pública Méx.* 2002, vol.44, n.4: 371-380
11. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, Asbroek AHAT, Custer T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care* Oct 2003, 15 (5) 377-398



IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN CONTINUA EN EL PUERPERIO

AUTOR: Omar Calvo Aguilar

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Medicina Materno Fetal. Maestro en Ciencias Médicas. Consejero CEAMO.

Correspondencia: M.S. Crespo 812 col Figueroa, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, CP 68070.

Email: ceamo.oaxaca@gmail.com Tel 5010055 y 5010045

RESUMEN:

Los modelos de atención continua en la prestación de servicios de salud en el nivel primario han estado presentes desde hace varias décadas, sin que hasta el momento hayan logrado la consolidación en el modelo de atención materna, a pesar de contar con grandes ventajas desde el punto de vista de integración, relación con el paciente o usuario, seguimiento longitudinal en información y establecer un mejor vínculo de confianza. En maternidad existen experiencias exitosas en modelos de atención continua implementados en los cuidados prenatales y el modelo que ha mostrado la mayor efectividad por los alcances en indicadores de salud es el modelo en Japón que tiene los mejores indicadores desde la perspectiva perinatal y obstétrica.

Los modelos de atención continua en el puerperio pueden mejorar las condiciones de salud de las mujeres no sólo en este periodo sino el resto de su vida, por los beneficios que ofrecen situación que podría ayudar a alcanzar la cobertura universal efectiva.

PALABRAS CLAVE: atención continua, cuidados continuos, puerperio, cobertura efectiva.

SUMMARY:



Continuing care models in the provision of health services at the primary level have been around for decades, but have so far managed to consolidate the model of maternal care, despite having great advantages from the point of view of integration, relationship with the user or patient, longitudinal tracking information and establish a better bond of trust. In maternity successful experiences in continuing care models implemented in prenatal care and the model that has shown greater effectiveness for achievements in health indicators in Japan is the model that has the best indicators from the perinatal and obstetric perspective.

Continuous models of postpartum care can improve health conditions of women not only in this period but the rest of his life, the benefits offered situation that could help achieve effective universal coverage.

KEY WORDS: continuous care, continuing care, postpartum, effective coverage

INTRODUCCIÓN

Los modelos de atención continua para la prestación de servicios en atención primaria a la salud (APS) se han implementado desde hace varias décadas, observándose ventajas desde la perspectiva personal, mejorando los resultados en salud, el vínculo y relación con el personal que brinda la atención, lo cual hace que los servicios sean más eficientes; hasta el momento su utilidad se ha reducido casi exclusivamente a pacientes ambulatorios con enfermedades de tipo crónico, si bien en algunas ocasiones se han implementado con buenos resultados en situaciones que requieren de seguimiento y vigilancia domiciliaria, pero siempre con el enfoque de promoción y prevención de la salud. Este enfoque es fundamental en APS, debido a que se puede cambiar la forma de prestación de servicios, disminuyendo la asistencia curativa con la consecuente disminución



de costos, la atención primaria durante el embarazo parto y puerperio carece del enfoque principal de APS, se lleva a cabo de manera discreta e incompleta, el periodo puerperal es de los momentos de mayor vulnerabilidad debido a las secuelas y discapacidad que les genera el nacimiento; el parto o la Cesárea son procesos que presentan alta Morbilidad que se asocia a complicaciones con su respectiva discapacidad en años posteriores, condiciones que no son documentadas en su totalidad debido a que carece del seguimiento para prevenir o mejorar el estado de salud de las mujeres, no se cuenta tampoco con intervenciones estratégicas y cuando se tienen no son aplicadas para mejorar las condiciones de salud, aumentado con ello la inequidad en la prestación de los servicios. Es claro que el subregistro de la morbilidad en este periodo es alto, asumiendo que por cada muerte materna durante el embarazo, parto o puerperio coexisten 20 a 30 mujeres con morbilidad grave, pero la falta de seguimiento en el periodo puerperal y el desconocimiento de algunas patologías hacen que haya imprecisión en la cantidad de mujeres afectadas tanto en la morbilidad general como en la secuelas discapacitantes, lo que impide conocer con mayor exactitud la carga de enfermedad suscitada por el nacimiento.

Esta falta de información acerca del puerperio puede estar asociada a múltiples razones, entre ellas el incumplimiento del seguimiento normativo que se tiene legalmente, debido a que las pacientes no le toman sentido a acudir a una consulta cuando se encuentran sanas por considerar que solo deben asistir cuando hay enfermedad (enfoque curativo), o bien porque en otros casos la consulta no alcanza la calidad necesaria para la identificación de las patologías, muchas de las cuales no son de gravedad, motivo por el que las entidades no son incluidas o bien pueden ser identificadas como un proceso “normal” de esta etapa,



de manera que la recolección de información concerniente al puerperio respecto de la morbilidad no se registra completamente. Por otra parte tampoco se contemplan otras necesidades de salud debido a las barreras para el acceso con oportunidad, por la poca importancia que reviste el puerperio tanto para el personal sanitario como para la mujer. Estas condiciones tornan complicado el poder llevar una estimación clara acerca de lo que representa el puerperio, desde, la morbilidades a incluir, establecer con claridad la duración del periodo, y el tipo de nomenclatura a utilizar, generando confusión y persistiendo con interrogantes respecto a la discapacidad que genera, sin considerar las oportunidades perdidas de mejorar el estado de salud de las mujeres.

La OMS en el intento por generar datos que ayuden a tener una mejor estimación de la morbi-mortalidad en el puerperio, ha establecido los criterios y definiciones correspondientes, propuestos en la revisión de los códigos de registro del CIE 10, con lo que se ha dado un gran avance al respecto, pero aún se genera desconcierto por la desorganización de los datos y desconocimiento del principal periodo en el que se presenta la morbilidad y la discapacidad en las mujeres.

Más allá de los procesos mórbidos, el puerperio representa también un periodo de oportunidad para mejorar las condiciones de salud de las mujeres, si es observado desde una perspectiva más amplia con enfoque en la salud que se puede ganar con la implementación de intervenciones efectivas.

DESARROLLO

Actualmente en México el modelo de prestación de servicios en el embarazo parto y puerperio está basado en el segundo nivel de atención, generando saturación y



sobreocupación, ocasionando cada vez mayor cantidad de eventos adversos, falla en la continuidad de las usuarias y falta de información confiable para el sistema de salud, imposibilitando el establecer estrategias que mejoren la atención, insatisfacción por necesidades en salud materna no cubiertas que origina inconformidad en las usuarias, creándose así barreras en la prestación de los servicios, incrementando con ello la brecha en la inequidad de la atención para la mujer, reflejada por las altas razones de morbilidad materna extrema y mortalidad materna, baja utilización de métodos anticonceptivos y poca utilización de las unidades de salud reportadas en el puerperio inmediato.

El puerperio es un periodo de oportunidad porque se pueden mejorar las condiciones de salud de las mujeres, a la vez que se resuelven las necesidades a través de intervenciones diseñadas para el primer nivel de atención, por ser incapaz el segundo nivel de prestar este tipo de servicios y cubrir las necesidades de este periodo. El término puerperio tiene su origen en una palabra compuesta la primera de puer-pueri, que significa niño, pequeño, poco o aplicado al infante¹, mientras que la segunda parere, significa parir, sin embargo, el puerperio representa un periodo en el que existen una serie de cambios anatómicos, funcionales y emocionales que transforman la vida de la mujer, no es sólo el nacimiento del hijo, sino toda una compleja gama de condiciones que no son el final del embarazo sino, el principio de una forma de vida, en la que deben adaptarse a nuevas condiciones físicas y emocionales, agregándose además en algunos casos la discapacidad por el nacimiento, condición que sitúa a la mujer en un estado de vulnerabilidad alto². La definición del término puerperio está descrita como el periodo comprendido entre la salida de la placenta hasta la aparición de la primera menstruación para algunos, mientras que para otros se

refiere a las seis a ocho semanas que siguen al nacimiento hasta que el organismo materno recupera el estado que tenía antes del embarazo; en la Norma Oficial Mexicana 007 se define como: “el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días”³. Durante el periodo puerperal se encuentran muchas condiciones que pueden mejorarse, entre otras la morbilidad asociada fuertemente con la mortalidad materna, fenómeno que se considera como la punta del iceberg, del que la morbilidad representa la gran base que se encuentra oculta, a pesar de los grandes progresos que se han tenido desde el año 1990.

Esta nueva conducta adoptada para disminuir las inequidades, ha llevado en el lapso de 1990 a la fecha a que ocurran cambios muy importantes, no sólo en cuanto a los cuidados de la mujer, sino también en cuanto a la formulación de políticas para disminuir la morbimortalidad, situación en la que se ha observado una rápida transición epidemiológica, de principios de 1990 al año 2014⁴, durante esta fase se ha documentado un cambio en la incidencia de morbi-mortalidad directa por la morbi-mortalidad indirecta, incrementándose las causas no transmisibles, aumento en la edad de la embarazada, una mayor institucionalización de los cuidados maternos, una mayor proporción de las intervenciones médicas y medicalización en la práctica⁵. De acuerdo con esta propuesta, México estaría cursando la etapa IV de transición epidemiológica, en la que las tasas de natalidad comienzan a ser bajas y la mortalidad materna directa se ve disminuida con tendencia a la desaparición, con un incremento notorio de la mortalidad de tipo crónico, a pesar de esto la morbilidad y discapacidad que se genera deben permanecer igual o con tendencia al



incremento en ambos casos, debido a que estas intervenciones tiene por objeto disminuir la mortalidad pero no la morbilidad⁶.

En México la transición epidemiológica de la morbi-mortalidad materna viene asociada a otros problemas de salud como son la obesidad, la alta incidencia de Cesáreas y el parto prematuro, condiciones todas que ocupan los primero lugares discapacidad según el análisis de carga de enfermedad⁷.

Desde la perspectiva de los cambios epidemiológicos que ocurren, se pueden establecer al menos tres esferas en los cuidados del puerperio enfocadas en la atención primaria con gran repercusión en la salud de la mujer, la primera establecer con claridad la morbilidad que se genera en el puerperio mediano y tardío, en segundo la promoción de métodos anticonceptivos (principal intervención costo-efectiva para reducción de la morbilidad y mortalidad materna) y en tercero fomentar la lactancia materna por los beneficios que ofrece tanto a la madre como al recién nacido.

MORBILIDAD MATERNA. El desconocimiento que se tiene del periodo puerperal acerca de la morbilidad está relacionado con la baja cobertura y consecuente falta de información durante el embarazo, parto y puerperio, en América Latina y el Caribe los reportes de cobertura efectiva van de 66% en países como Haití hasta coberturas de 98.5% como en Chile o Cuba, en México la cobertura reportada es de 92%, en los tres periodos⁸. La presentación de eventos adversos en la atención materna es denominada emergencia obstétrica que se presentan principalmente en el puerperio inmediato con incidencia de 2.1%⁹, por su parte en el puerperio mediano luego del egreso hospitalario se ha observado ocurrencia de hasta 4% de reingresos por morbilidad general durante el primer mes posterior al



nacimiento, de manera que el riesgo de complicación en este periodo es alto, principalmente cuando no se tiene vigilancia temprana, el riesgo de complicación en la primera semana incrementa hasta 2.19 veces¹⁰. En nuestro país la cobertura reportada en el periodo puerperal en el año 2013 según la Dirección de Equidad de Género y Salud Reproductiva es de 49.16%, siendo las zonas con menor cobertura las que corresponden al IMSS régimen oportunidades, Secretaría de Marina y a los Servicios de Salud¹¹, situación que hace suponer que más de las mitad de las mujeres en el periodo están expuestas a presentar mayor número de complicaciones, según la OMS existen al menos 30 casos de morbilidad materna extrema, considerada esta como aquella que requiere de alguna intervención para salvar la vida de la mujer¹². La Comisión Nacional de Derechos Humanos reportó que el Derecho a la protección de la salud de las mujeres embarazadas es actualmente uno de los principales motivos de queja, por lo que se siguen observado grandes disparidades entre población con seguridad social y sin ella, población rural y población urbana, esta brecha en la atención mostrada entres los grupos con y sin seguridad social ha generado que la incidencia de morbilidad materna extrema siga siendo elevada, principalmente en la etapa puerperal, en mujeres indígenas y con bajos recursos^{8, 13}.

ANTICONCEPCIÓN. Se define como la intervención que permite a la mujer en el periodo de puerperio posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva mediante un método anticonceptivo temporal o permanente, adoptado antes de que abandone la unidad médica que atendió el nacimiento¹⁴. La anticoncepción está considerada como una de las maniobras más costo-efectivas en la disminución de la morbi-mortalidad materna, ya que el evitar que una mujer se embarace reditúa en una menor posibilidad de complicación, considerando que la

reducción de la fecundidad es la manera más efectiva de reducir la morbi-mortalidad materna¹⁵. El uso de métodos anticonceptivos en el periodo puerperal está reportado por la Dirección de Equidad de Género y Salud Reproductiva en 50% en año 2014 para los Servicios de Salud, en tanto que el IMSS régimen PROSPERA tiene la mayor proporción de aceptantes con 84.7% y el ISSSTE la menor con 19%, considerando un nivel óptimo de aceptantes superior a 70%, situación que puede mejorar con la consejería en primer nivel de atención¹¹. El uso de anticonceptivos en el puerperio varía en relación con el país que se trate, en Europa Turquía reporta 86%, mientras en Italia se reporta 69%^{16, 17}, en Asia hay reportes de 63%¹⁸, pero gran disparidad obteniendo 45% en la India hasta 85% en Japón¹⁹, en África el uso se observa bajo en general, reportándose entre 28 y 48%^{20, 21}. Coincidentemente en todas estas revisiones se apoya la idea de que los profesionales de la salud deben aprovechar las oportunidades durante el embarazo parto y puerperio para proporcionar información y asesoría a las usuarias, con el objeto de mejorar sus conocimientos en planificación y métodos anticonceptivos, generando mayor conciencia acerca de su uso.

LACTANCIA. Se define como la alimentación exclusiva al seno materno durante los primeros seis meses de vida²², presenta múltiples ventajas que van desde su utilidad como un método natural de planificación familiar, si bien no es totalmente seguro, ofrece además reducción en el riesgo de cáncer de mama y de ovario y desde la perspectiva nutricional ayuda a recuperar más rápidamente el peso anterior al embarazo reduciendo con ello la obesidad y sobrepeso, se ha especulado también acerca de incremento en la densidad mineral ósea en mujeres menopáusicas²³, al momento en México la lactancia materna exclusiva



se encuentra en 14%, lo que impide la posibilidad de extender estos beneficios a todas las mujeres y sus recién nacidos en el puerperio¹¹.

Considerando las esferas de salud en el periodo puerperal propuestas, se pueden atender estas necesidades mediante un modelo de atención que promueva la promo-prevención, estos modelos muestran mayor satisfacción de los usuarios, menores costes económicos, mejores resultados en salud y son más equitativos (menores desigualdades en salud), en las diferentes áreas de la salud en que se han aplicado, en el ámbito materno además de estos beneficios podrían utilizarse para estimar con mayor precisión la morbilidad de las complicaciones derivadas del nacimiento, incrementar la anticoncepción, aumentar los porcentajes de lactancia materna e incrementar los niveles de satisfacción todos estos indicadores serían los mejores para evaluar el puerperio ²⁴.

CUIDADOS CONTINUOS

La atención médica continua o cuidados continuos de la atención es una modalidad de prestación de servicios personales de salud en la que existe continuidad asistencial, continuidad en la información y continuidad entre los niveles de atención, situación que actualmente en muchos de los sistemas de salud del mundo se ha perdido, pero que desde la perspectiva del usuario ha sido considerada como un atributo de buen funcionamiento del sistema, donde la satisfacción del paciente de acuerdo con diferentes revisiones aun no ha podido documentarse completamente del todo, pero desde el enfoque preventivo y de enfermedades crónicas la atención continua ha mostrado buenos resultados, al hacer más eficientes los recursos²⁵.

La necesidad de proveer cuidados continuos tiene su fundamento en la perspectiva del usuario que lo enfoca como una de las esferas de la calidad de los



servicios de salud, cada persona debe tener un médico personal que es el punto central para la integración y la continuidad de los servicios médicos y prestación de servicios relacionados con la Medicina²⁶. Sin embargo y más allá de esta idea de que debía ser sólo un médico el prestador de los servicios, en la actualidad se considera la atención continua dentro de un sistema de salud coordinado e ininterrumpido, dando una continuidad que se considera en tiempo, en lugar, entre la diferentes áreas involucradas, interpersonal e informacional, con lo que estaría dando una cobertura más completa, pero con los inconvenientes que representa el no contar con un marco de definiciones aceptadas completamente o con marco jurídico que la regule este tipo de prestación o con políticas que explique cómo o porque se lleva cabo, en quiénes y de qué manera²⁷. De forma técnica se define la continuidad de acuerdo con la Real Academia de la Lengua como el acto de Extender algo durante un periodo de tiempo, algo que no se interrumpe en su secuencia o sucesión (conectado e inquebrantable)¹, pero desde el punto de vista de los cuidados continuos de la atención se encuentran varias definiciones del mismo, “Es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: el ciudadano”²⁸, “es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo”²⁹, “Un sistema integrado de atención que guía y da seguimiento de los pacientes en el tiempo a través de una gama completa de servicios de salud, salud mental y prestaciones sociales en salud que abarca todos los niveles de atención, en el que se incluye tanto la prestación del servicio así como el mecanismo que los integra”³⁰, por lo que podemos observar en estas definiciones la característica primordial de los cuidados continuos tiene que ver



con la secuencia que se da en la prestación de los servicios de salud en el sistema de salud como un todo integrador que permitiría un mejor resultado en salud ya que no estaría enfocado exclusivamente al periodo de enfermedad del individuo sino a todo momento de su vida lo que generaría un mayor estatus de salud en la persona, pero su aplicación en el momento actual ofrece varios desafíos que pueden impedir que esta continuidad funcione correctamente, entre ellos se encuentra la posibilidad actual del paciente o usuario a cambiar de proveedor de salud en respuesta a resultados obtenidos o modas, la constante variabilidad en el personal médico y planes de salud que interrumpen el cuidado continuo de pacientes con enfermedades graves, el incremento en las diferentes disciplinas que abarca el equipo interdisciplinario y la sustitución de personal de salud en muchas tareas, la necesidad de limitar los servicios, el incremento actual de convertir en primordial la atención de emergencia en los centros de atención sin que se mejore el acceso de las otras necesidades de salud que no son “urgencia”, el cada más importante proceso de la productividad basado en consultas breves, la referencia de enfermos graves y la cada vez mayor complejidad en la toma de decisiones que implican el uso de la tecnología para el cuidado de la salud. Sin embargo este grupo de inconvenientes para la atención continua pueden ser salvados mediante el diseño de programas sanitarios que hagan del sistema de salud un modelo eficiente a partir de la premisa de la OMS acerca de que la asistencia sanitaria esencial debe ser accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país³¹.

CUIDADOS CONTINUOS DE LA ATENCIÓN EN EL PUERPERIO



La continuidad en los cuidados maternos se ha convertido en años recientes en uno de los principales programas de atención para las mujeres, el nacimiento y recién nacidos, debido a que la integración que se consigue por medio de este modelo permite contar con acceso a la salud reproductiva, en una primera etapa los cuidados continuos se prestaban exclusivamente a pacientes en etapa terminal o psiquiátricos que ocupan el 80% de la revisiones de la literatura, posteriormente con el establecimiento de los Objetivos del Milenio, se empezó a convertir en uno de los modelos principales dentro de la atención del embarazo parto y puerperio, definiéndose entonces a los cuidados continuos de la salud materna, neonatal e infantil como aquellos de los que requieren las familias y comunidades, prestados por los servicios ambulatorios, de extensión y clínicos en todo el ciclo de vida, incluyendo la adolescencia, el embarazo, el parto, el período postnatal, y la niñez, necesitando que se alcancen altas coberturas y calidad con vínculos entre los diferentes niveles de atención del sistema de salud y entre los paquetes de prestación de servicios³². Hace falta mucho aún en este sentido pues en revisiones de los países que presentan la mayor carga de enfermedad globalmente en maternidad, las intervenciones que se prestan durante el puerperio ni siquiera se encuentran registradas o son muy pocos los datos, de manera que poco se puede hacer por conocer con mayor precisión los datos de morbilidad y cobertura o las intervenciones que pueden ayudar a mejorar la salud.

Por su parte los cuidados continuos durante el embarazo parto y puerperio en la atención primaria de la salud ha mostrado avances, generando variabilidad en la información debido a que en algunos de los rubros ha perdido terreno, situación relacionada con la presencia de “nuevas” enfermedades en el embarazo y



puerperio como son las enfermedades mentales y de tipo crónico. Otras dificultades que se observan en la atención continua en el puerperio son las evaluaciones, los indicadores a evaluar o monitorear y luego, el desarrollo de estrategias de medición para una mayor confiabilidad, siendo esta última la que representa mayores retos y desafíos, puesto que en el primer nivel de atención los indicadores utilizados reportan consulta de control prenatal, intervenciones durante esta consulta, como el uso de hierro, realizar ultrasonidos obstétricos, realización de laboratorios, etc, atención por un profesional durante el parto, pero hay que resaltarlo, no hay indicadores que sean utilizados en el puerperio, salvo la utilización de anticonceptivos, a pesar de lo anterior los estudios de evaluación de intervenciones en embarazo parto y puerperio indican que incluso sin la prestación de atención en el segundo nivel, hay metas que se pueden alcanzar si las intervenciones están disponibles en el primer nivel³³. Existe evidencia también acerca de que la falta de personal especializado puede suplirse con personal técnico entrenado, haciendo uso de los recursos humanos disponibles. Uno de los ejemplos más característicos en este rubro es la intervención para disminuir la mortalidad materna en Japón, donde con el entrenamiento de parteras y enfermeras de manera formal se disminuyó la razón de mortalidad materna de 180/100000 a 50/100000 en una década hasta alcanzar en el año 2008 6/100000, la más baja en el mundo³⁴. En este país la Continuidad de la atención por parteras se recomienda en la atención de maternidad debido a los resultados positivos, con el fin de popularizar cuidados de partería en todo el sistema de atención perinatal en Japón³⁵. Los cuidados continuos de enfermería para mujeres en el puerperio ha aumentado la tasa de lactancia materna, y reducido problemas de salud en el postparto temprano³⁶.

.CONCLUSIÓN

El puerperio hasta la fecha continua siendo un periodo desconocido en el ámbito de la salud pública, debido a la poca importancia que se le presta, cuando probablemente se trata del mejor momento de oportunidad para acercarnos a la salud de la mujer, existen varios desafíos conceptuales a analizar en términos técnicos, entre ellos la duración del periodo propuesto en 42 días, a sabiendas desde el punto de vista fisiológico que la recuperación del organismo puede durar al menos 90 días en estructura, mientras que hasta un año en funcionamiento, situación que deberá ser debatida en los foros correspondientes para obtener un mejor concepto, inclusive utilizar un término diferente para aclarar que son los cuidados de la mujer y no sólo los cuidados del recién nacido, de esta manera se le preste la atención que requiere en esta ventana de salud que permite acercarnos más a la salud femenina. Esta nueva conceptualización del puerperio debe acompañarse de las correspondientes modificaciones en los documentos oficiales, adoptando al menos las recomendaciones de la OMS 2013 en materia de seguimiento postnatal, toda vez que en nuestra normativa se sugiere que el seguimiento sea una consulta a los 30 días del nacimiento, lo mejor sería establecerlo conforme a los resultados de estudios de investigación en donde se observen los mejores resultados, como es el caso de los cuidados continuos que pueden permitir un mejor seguimiento mediante la longitudinalidad personal, de atención y de información, adoptando nuevas formas de atención enfocadas en la perspectiva de la promoción y prevención de la APS, sin romper el vínculo formado por el nacimiento con la prestación de servicios, mediante atención integral en el primer nivel de atención que cuenta con el espacio y características



para cubrir las necesidades de salud en esta etapa, ya que el problema de la atención materna no tiene nada más que ver con la mortalidad, sino con las secuelas que deja el nacimiento y la inequidad en la atención que se observa entre mujeres con bajos ingresos o de estrato rural, por lo que el cambio en el modelo de prestación de servicios sería una intervención que podría mejorar los indicadores y con ello el nivel de salud de las mujeres no sólo en la etapa puerperal sino para el resto de su vida.

Los cambios nos llevarían a mejorar el estado de salud de las mujeres y establecer nuevamente la APS como el mecanismo idóneo para este fin, a través de impulsar un nuevo modelo de prestación de servicios que ha mostrado ser efectivo en su implementación en programas de enfermedades crónicas, pero que a raíz de los cambios en las políticas de salud materna se ha implementado con éxito en este rubro³⁷, el ejemplo es Japón como uno de los países con mejores condiciones de salud en el mundo, donde la atención continua ofrecida por personal no médico ha mejorado los indicadores de salud de las mujeres, no sólo en términos cuantitativos sino también desde la perspectiva personal de satisfacción.

La atención continua o cuidados continuos puede ser el medio por el cual se alcance la cobertura efectiva de la que se comenta tanto, ya que reúne los requisitos para ofrecer la prestación del servicio en cualquier lugar, característica de acceso, las intervenciones pueden ser realizadas por personal médico o técnico capacitado correctamente de manera que se brinden con calidad, para obtener el beneficio en salud que finalmente mejore la salud de las mujeres alcanzando la cobertura universal efectiva con enfoque de promoción y prevención mejorando el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española (2001). Diccionario de la lengua española. 22^a ed. Madrid España; Autor
2. Freyermuth-Enciso G, Luna-Contreras M. Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Revista internacional de Estadística y Geografía. Vol. 5, Núm. 3, septiembre-diciembre 2014; 44:62
3. 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
4. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajaratman JK, Naghavi M, Marcus JR, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. The Lancet , Volume 378 , Issue 9797 , 1139 - 1165
5. Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L.. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. BJOG. 2012 May;119(6):653-61.
6. Souza JP, Tunçalp O, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, Say L, Gülmezoglu AM, Temmerman M. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. BJOG 2014; 121 (Suppl. 1): 1–4
7. Kassebaum, N. J., Bertozzi-Villa, A., Coggeshall, M. S., Shackelford, K. A., Steiner, C., Heuton, K. R., ... Lozano, R. (2014). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a



- systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9947), 980–1004.
8. Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, Lozano R. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud Pública Méx* 2013; Vol. 55(sup 2):249-258
 9. Calvo-Aguilar O, Fabian-Fabian J, Morales-Garcia V. Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(12):660-668
 10. Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Maternal Postpartum Health Care Utilization and the Effect of Minnesota Early Discharge Legislation. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:307–11.
 11. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 23, no. 3, pp. 287–296, 2009.
 12. Programa de Acción Específico 2013-2018 Salud Materna y Perinatal. Primera Edición 2014 Secretaria de Salud.
 13. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación General 15 sobre el Derecho a la Protección de la Salud México, D.F., a 23 de abril de 2009.
 14. OMR Campbell, WJ Graham. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Volume 368, No. 9543, p 1284-1299, 7 Oct 2006.
 15. Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar Facultad de Salud Pública Universidad de Columbia 1997



16. Ilmazel GY, Alci BE. Preferences and related factors for postpartum contraception in pregnant women. *Iran J Reprod Med* Vol.11. No.10. pp:801-806, October 2013
17. Lauria L, Donati S, Spinelli A, Bonciani M, Grandolfo ME. The effect of contraceptive counselling in the pre and post-natal period on contraceptive use at three months after delivery among Italian and immigrant women. *Ann. Ist. Super. Sanità* vol.50 n.1 Roma Jan./Mar. 2014
18. Callahan R, Becker S. Unmet Need, Intention to Use Contraceptives And Unwanted Pregnancy in Rural Bangladesh. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2014, 40(1):4–10
19. Peedicayil A. Educación para el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto Comentario de la BSR (última revisión: 17 de diciembre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud
20. **Rutaremwya G, Kabagenyi A, Wandera SO, Jhamba T, Akiror E, Nviir HL** Predictors of modern contraceptive use during the postpartum period among women in Uganda: a population-based cross sectional study. *BMC Public Health* 2015, **15**:262.
21. Abera Y, Mengesha ZB, Tessema GA. Postpartum contraceptive use in Gondar town, Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study *BMC Women's Health* (2015) 15:19
22. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013
23. Canal-Macias ML, Roncero-Martin R, Moran JM, Lavado-Garcia JM, Costa-Fernandez M del C, Pedrera-Zamorano JD. Increased bone mineral density



- is associated with breastfeeding history in premenopausal Spanish women. *Archives of Medical Science : AMS*. 2013;9(4):703-708.
24. OPS/OMS. La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. Documento de posicionamiento. 2011
25. Aller- Hernández MB, Vargas-Lorenzo I, Sánchez-Pérez I, Henao-Martínez E, Coderch de Lassaletta J, Llopart-López JR , et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 371-387
26. Galvez-Ibañez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. *Medicina de Familia (And)* Vol. 4, N.º 1, febrero 2003
27. Salisbury C, Sampson F, Ridd M, Montgomery AA. How should continuity of care in primary health care be assessed?. *Br J Gen Pract*. 2009;59 (561):276–282
28. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care. *American Journal of Public Health*. 1974;64(11):1062-1070.
29. Donaldson MS. Continuity of Care: A Reconceptualization *Med Care Res Rev* September 2001 58: 255-290
30. Wang MC, Hyun JK, Harrison MI, Shortell SM, Fraser I. Redesigning health systems for quality: lessons from emerging practices. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32(11):599–611
31. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N: **The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review.** *Family Practice, Volume 27* 2010, 171-178



32. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE: **Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery.** *Lancet* 2007, **370**:1358-69
33. Bhutta, Z. A., Ali, S., Cousens, S., Ali, T.M., Haider, B.A., Rizvi, A., Okong, P., Bhutta, S.Z. and Black, R.E. 2008. Alma-Ata: Rebirth and Revision 6 interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? *Lancet*, 372 (9642), pp.972–989
34. Iida M, Horiuchi S, Porter SE: **The relationship between women-centred care and women's birth experiences: A comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan.** *Midwifery* 2012, **28**(4):458-465
35. Mariko I, Horiuchi S, Nagamori K. A comparison of midwife-led care versus obstetrician-led care for low-risk women in Japan. *Women and Birth* , Volume 27 , Issue 3 , 202 - 207
36. Wan H, Hu S, Thobaben M, Hou Y, Yin T: **Continuous primary care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women.** *Contemp Nurse* 2011, **37**:149-159
37. Graham WJ, McCaw-Binns A, Munjanja S (2013) Translating Coverage Gains into Health Gains for All Women and Children: The Quality Care Opportunity. *PLoS Med* 10(1): e1001368



ACTUALIDADES DE LA MANIOBRA DE KRISTELLER EN OBSTETRICIA ¿COMPLICACIONES EN LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES?.

Autores: Sachse M, Guzmán A, Hernández F. Calvo-Aguilar O.

CORRESPONDENCIA: Matthias Sachse Aguilera, Email: donmat@hotmail.com

Resumen

La maniobra de Kristeller o presión supra uterina se realiza durante la segunda etapa de trabajo de parto con la idea de que puede acelerar el trabajo de parto y promueve la pronta expulsión.

Objetivo: Realizar una revisión de casos y la literatura científica sobre la utilización de esta maniobra en Oaxaca. **Metodología:** Se consultó la base de datos de la CEAMO tanto de quejas como de dictámenes, así como diferentes bases de datos de revistas científicas, libros de ginecología y obstetricia, guías para la atención del parto normal nacionales e internacionales, documentos oficiales y de uso obligatorio como la NOM-007-SSA2-2010 y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para conocer los casos en los que se practicó la Maniobra de Kristeller, los riesgos y las complicaciones a las que son sometidas las mujeres cuando es practicada.

Conclusiones: La maniobra de Kristeller es un procedimiento innecesario y riesgoso para las mujeres y sus recién nacidos que se sigue realizando en la atención del parto con la falsa idea de que acelera la fase expulsiva del trabajo de parto. **Recomendación:** Realizar la maniobra de Kristeller puede provocar graves emergencias obstétricas y lesiones fetales por lo que debería de ser proscrita totalmente dentro de obstetricia.

Palabras clave: “Kristeller”, “Kristeller maneuver”, “maniobra de Kristeller”, “presión uterina”.

Agradecimiento:

Comité Promotor por una Maternidad Segura en México y World Visión.

Summary



Kristeller maneuver or uterine pressure above is performed during the second stage of labor with the idea that can speed up labor and promotes the speedy expulsion.

Objective: To review cases and the literature on the use of this maneuver in Oaxaca. Methodology: database of complaints CEAMO both opinions were consulted as well as different databases of scientific journals, books gynecology and obstetrics, guidelines for the attention of national and international normal delivery, and use official documents mandatory as NOM-007-SSA2-2010 and recommendations of the World Health Organization (WHO) for cases in which the maneuver was performed Kristeller, risks and complications to which women are subjected when It is practiced. Conclusions: Kristeller maneuver is an unnecessary and risky for women and their newborns is still performed in delivery care with the false idea that accelerates the expulsive phase of labor procedure. Recommendation: Perform Kristeller maneuver can cause serious fetal harm obstetric emergencies and so should be totally banned in obstetrics.

Keywords: "Kristeller", "Kristeller maneuver" "maneuver Kristeller", "uterine pressure."

Acknowledgement: Promoter Committee for Safe Motherhood in Mexico and World Vision.

Introducción

La maniobra de Kristeller (MK) o presión supra uterina es realizada durante la segunda etapa de trabajo de parto (TP) con la idea de que puede acelerar el periodo expulsivo. Su nombre se le atribuye al ginecólogo alemán de origen polaco Samuel Kristeller (1820-1900) que estudio métodos de nacimiento rápidos y efectivos a mediados del siglo XIX; publicó 1867 un estudio de tipo descriptivo que buscaba reforzar la idea de que la maniobra aumentaba las contracciones uterinas durante el trabajo de parto (TP) por medio de masaje uterino controlado, presionando el fondo repetidamente, con dirección hacia el canal del parto.



“la parturienta se coloca en decúbito supino y la Matrona, la Auxiliar de Enfermería o el Ginecólogo, se coloca a un costado, percutiendo y palpando en la zona abdominal, para intentar localizar los límites del útero. Si éste está demasiado inclinado hacia adelante, o a un lado, es preciso conducirlo hacia el eje del estrecho superior, para poder colocar las manos, por la parte palmar, o el antebrazo. La presión se ejerce en el fondo uterino, hacia el pubis, intentando mantener las manos o el antebrazo siempre en el mismo lugar y aumentándola gradualmente durante la contracción uterina, o a la vez que la mujer realiza el pujo; aunque se puede realizar en el momento en que no haya contracción”¹.

En ningún momento comprobó que dicho procedimiento realmente aceleraba el TP, ya que la investigación quedó sólo como una maniobra en etapa de estudio; actualmente la MK es desaconsejada en la práctica ya que puede provocar graves problemas tanto para la madre como para el feto. Los principales problemas para la madre pueden ser: aumento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado, desgarro cervical, inversión uterina, rotura del útero, prolapso uterino, desprendimiento prematuro de placenta, fracturas de la parrilla costal, hipotensión por la presión sobre la vena cava, dolor y malestar materno. En tanto que para el feto las complicaciones pueden ser: fractura de húmero, clavícula, incremento de la presión intracraneal, cefalohematoma, hemorragias intracraneales, hipoxia fetal y aumento en la transfusión de sangre entre la madre y el feto (importante en caso de incompatibilidad RH o cuando la madre presenta VIH, hepatitis B u otra enfermedad viral).

La prevalencia en el uso de la MK en la actualidad es desconocida, en gran medida porque en muchos casos no se registra en el expediente clínico lo que hace imposible de cuantificar la frecuencia y complicaciones que ocasiona a mujeres y recién nacidos. Es probable que se obvie esta información por temor a problemas legales hacia los prestadores de servicios que la realizan².

En México existe evidencia de mujeres que refieren que durante su TP el personal de salud le “presionó fuertemente su abdomen para acelerar la salida de su bebé”³. Lo que hace suponer que el personal de salud que desconoce las consecuencias de realizar este procedimiento o que prefiere poner en práctica su conocimiento tácito e instintivo y sin fundamento científico que tiene como

consecuencia una trasmisión del conocimiento, específicamente hacia el personal en formación (médicos internos de pregrado y residentes de ginecología y obstetricia) quienes en muchos casos desconocen el daño que le pueden generar al aplicarla.

El comentario vertido por una Enfermera del Hospital Militar: *“Muchas de nosotras sabemos que no es correcto realizar la presión supra uterina, pero son los obstetras que nos dicen que la hagamos y no queremos contradecirlo porque luego nos va peor.”* (Enfermera del Hospital Militar).

Los resultados obtenidos en el diagnóstico sobre la calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio en el primer nivel de atención rural del estado de Chiapas arrojaron una serie de datos en los que se hacía evidente esta práctica en la atención de los nacimientos⁴. El estudio reveló que al 49% de las mujeres atendidas en hospitales públicos y cuyo nacimiento fue por Parto le “presionaron fuertemente el abdomen para acelerar la salida de su bebe”.(Tabla 1). Esta situación permite que se pueda saber sobre prácticas que no son apropiadas para la atención del nacimiento lo que motiva a realizar una revisión de la evidencia científica sobre las consecuencias que esta maniobra puede tener sobre la mujer y lograr incidir positivamente en el quehacer del personal de salud.

Finalmente el artículo incluye conclusiones, recomendaciones que contribuyan a hacer valer el derecho de las mujeres a recibir un una atención apegada a la evidencia científica actual.

Tabla 13 Me puede decir si el personal médico o de enfermería le presiono fuertemente su abdomen (fondo uterino) para facilitar la salida de su bebe?		Frecuencia	%
N=55	Si	27	49.1
	No	27	49.1
	No recuerda	1	.9
	Total	55	100.0



Objetivo

Realizar una revisión de casos y de la evidencia científica sobre la aplicación y complicaciones de la maniobra de Kristeller (MK).

Metodología

Se consultó la base quejas médicas y dictámenes de la CEAMO para identificar si existían casos de queja referente a dicha maniobra ya que en los expedientes clínicos no se encuentra registrado el procedimiento, posteriormente se consultaron diferentes bases de datos digitales tales como PUBMED, EPSCO, Google Académico y la Biblioteca Virtual de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) usando palabras clave tales como: “Kristeller”, “Kristeller maneuver”, “maniobra de Kristeller”, “presión uterina” y “segunda etapa de trabajo de parto”. La revisión en los archivos de la Comisión de Arbitraje Médico de Oaxaca en los últimos cinco años, para establecer la frecuencia del uso de la MK como motivo de inconformidad, arrojó dos casos. Por su parte fueron encontrados 38 artículos, de los cuales se seleccionaron 16 y el resto se desechó por no contar datos relevantes para el estudio. Se revisaron 6 guías de práctica clínica nacionales e internacionales para la atención del parto normal. Se verificó lo establecido en el proyecto de NOM-007-SSA2-2010 y las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud en cuanto a la MK. Y por último también se revisaron 15 libros de ginecología y obstetricia en español y verificar si estos se apegan a no a lo establecido en los documentos anteriores..

Resultados

Caso 1

Mujer de 36 años gran multipara, con embarazo de término que cursa sin control prenatal, es atendida en su comunidad por partera empírica, sin conseguir nacimiento motivo por el que es enviada a unidad médico quirúrgica regional, en donde es recibida para su atención a las 16 hrs., posterior a una hora de acuerdo con la descripción de la paciente en la queja instaurada, sin conseguir aún el nacimiento y por no contar con personal quirúrgico, la enfermera y médico que la atienden le presionan el abdomen hasta que se obtiene recién nacido masculino de 3150 grs., Apgar 6-9, Capurro 39.3 semanas, en el expediente clínico se



reporta en la nota post-parto que no existieron complicaciones, alumbramiento completo, episiorrafia medio lateral, involución uterina adecuada, por lo que se pasa a sala de hospitalización para vigilancia de puerperio. A decir la paciente ella persiste luego del nacimiento con dolor que se va incrementando con el paso de las horas hasta que avisa a la enfermera de turno que no soporta el dolor, la revisión médica de la nota a las 20:30 hrs reporta útero subinvolucionado con dolor importante en fosa iliaca izquierda, en donde se palpa masa de 8x10 cm, además se observa palidez de piel y tegumentos y ante los datos observados le transfunden paquete globular siendo referida a Hospital de segundo nivel, en donde a su ingreso se encuentra con datos de anemia aguda, se realiza ecografía observándose masa anecoica de 12x14 cm en fosa iliaca izquierda que desplaza el útero a la derecha, este se encuentra con endometrio de 1 cm, por lo que se decide pase a quirófano para drenaje de pbe Hematoma y/o histerectomía, se realiza laparotomía en la que se encuentra hematoma de 14 cm de diámetro que se encuentra en el ligamento ancho y recorre a retroperitoneo, secundario a ruptura uterina a nivel de istmo y fornix lateral izquierdo de la vagina, se realiza histerectomía obstétrica y requiere de 6 paquetes globulares y plasma además de un día en unidad de cuidados intensivos y siete más en sala de puerperio complicado por cursar con fiebre durante cinco días, es egresada sin complicaciones, la paciente interpone la queja por la prestación de la atención en la unidad médico quirúrgica regional debido a que supone que la complicación se debió a la presión del abdomen que le realizaron.

Caso 2

Embarazada de 18 años primigesta con control prenatal de 11 consultas y cuatro ecografías, ingesta de multivitamínicos, en la semana 39.5 acude a unidad de salud de primer nivel por presentar dolor obstétrico, es valorada por el médico de turno quién la envía a domicilio con cita abierta, alrededor de las 23 hrs según nota del expediente clínico es ingresada para vigilancia por encontrarse en fase activa con 6 cm, a las 04 hrs del siguiente día se encuentra con borramiento y dilatación completo según nota y se pasa a sala de expulsión en donde luego de dos horas y haber realizado episiotomía no consiguen el nacimiento, solicita la ambulancia y la traslada a unidad de segundo nivel en donde la nota de ingreso menciona primigesta en fase activa de trabajo de parto con 8 cm de dilatación y



polo cefálico en primer plano con caput, actividad cardiaca fetal de 96 por min, por lo que se pasa a quirófano en donde realizan Cesárea obteniendo recién nacido femenino de 3450 grs, Apgar 1-3, que es referida a unidad de tercer nivel en donde fallece a las 12 hrs de ingreso. A decir de la paciente en la queja una vez pasada a la sala de expulsión le estuvieron apretando el abdomen por turnos a petición del médico que la atendía, su esposo, la enfermera, el médico de turno y el guardia de la unidad médica sin conseguir la expulsión motivo por el que luego de las 2 hrs fue enviada a la unidad de segundo nivel.

La revisión de casos de MK que generaron queja en los últimos cinco años en la CEAMO fueron dos, en ambos con malos resultados el primero de tipo obstétrico y el segundo perinatal generando emergencias y complicaciones de gravedad para los usuarios que en el primer caso se resolvió de manera favorable conservando la vida de la paciente pero sin preservar el órgano, mientras que en el segundo se precipitó el cuadro de asfixia que culminó con la muerte del recién nacido.

Revisión de la Literatura

Una revisión de Cochrane en año 2009 afirma: “No hay pruebas suficientes con respecto a la seguridad para el recién nacido. Los efectos sobre el periné materno no son concluyentes”. Sí considera comprobado, no obstante, que “la maniobra de Kristeller no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental”⁵.

En una búsqueda en PUBMED el término maniobra de Kristeller no figura como término aceptable, ni aparece ningún artículo que incluya la palabra indicada. Realizando una búsqueda con las expresiones "kristeller maneuver", "kristeller procedure", se encuentran alrededor de 10 artículos de los últimos 10 años, la mayoría específica sobre complicaciones maternas o neonatales debido a la maniobra.

También ese consultó en la base de Google Académico introduciendo las mismas palabras clave que en el buscador anterior, pero los datos arrojados fueron muy generales, en muchos casos se confundía a la maniobra con el nombre de

personas que también se apellidan Kristeller. Se decide descarta la exploración en este buscador.

Artículos

Uno de los artículo más recientes (2014) evalúa el criterio de los obstetras para realizar la MK en casos de mujeres con TP prolongado. El estudio se realizó en 52 mujeres con TP prolongado. La decisión de llevar a cabo la maniobra la tomaron los obstetras en base a palpaciones digitales y su conocimiento tácito. La maniobra se le realizo al 69.2% de las mujeres y se encontró que no hubo diferencias significativas entre el grupo a las que se le realizó la maniobra y a las que no. Se concluye que no hay un criterio específico que ayude a mejorar los resultados finales de un TP prolongado cuando se realiza o no la MK⁶.

Usandizaga y De la Fuente (2010) contemplan esta maniobra como una de las posibles causas de rotura uterina iatrogénica⁷.

Una revisión sistemática realizada en Londres en 2009 que incluyó a 500 mujeres nulíparas con analgesia epidural quiso determinar si una cinta obstétrica inflable, para la aplicación de presión del fondo uterino durante la contracción, reduce las tasas de parto instrumental cuando se utiliza en la segunda etapa del parto. La revisión concluyó que la MK, realizada mediante el cinturón inflable, no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental, además indica que las pruebas de su efecto sobre el periné no son concluyentes y que la evidencia sobre la seguridad del neonato es insuficiente⁸.

Por otro lado en 2009 también se realizó un ensayo clínico aleatorizado, que pretendía determinar el efecto de la realización de MK sobre el acortamiento de la segunda etapa de TP y sobre los resultados fetales. Se incluyeron a 197 mujeres de 37 a 42 semanas de gestación y que no habían recibido ningún tipo de analgesia epidural. Los resultados no mostraron diferencias significativas en la duración del TP y se concluye que la MK es ineficaz en la reducción de la segunda etapa del trabajo⁹.



En otro trabajo publicado en una revista peruana titulado: Parto vertical: Retornado una Costumbre Ancestral (2008), declara que las maniobras de Kristeller están proscritas en la atención del parto, según la literatura actual, por los riesgos materno perinatales, y prácticamente no existe necesidad de ellas durante la atención del parto en posición vertical. González-Merlo (2006) afirma que esta práctica debe ser relegada por producir mayor enclavamiento del hombro en la sínfisis púbica¹⁰.

El doctor Lattus advierte en un estudio que la MK puede ser muy peligrosa, ya que produce "desgarros en la madre y problemas en el feto"¹¹.

En un estudio realizado por los doctores Alejandro Peña y Heladia J. X. (2004) se concluye que a las madres del 32% de los niños que nacieron con trauma asociado al nacimiento se les había practicado la maniobra de Kristeller. Consideran que no debería realizarse por sus graves riesgos, como fracturas, hemorragia intracraneal o cefalohematoma, que fue la lesión más frecuente en este estudio. La presión sobre el fondo uterino puede evitarse con una adecuada evaluación obstétrica y eligiendo la vía de nacimiento más adecuada para la madre y el bebé¹².

Libros de ginecología y obstetricia.

Se revisaron 15 libros de ginecología y obstetricia en español (anexo 2), consultados en las bibliotecas de las facultades de medicina de la Universidad Autónoma de México y del Instituto Politécnico Nacional. Se revisaron los capítulos de "Trabajo de Parto Normal" y se buscó en los índices alfabéticos el término "Kristeller". De los 15 libros consultados solo uno hace referencia a la MK, "*como un procedimiento que puede ocasionar trauma*". El resto de libros no hace referencia al concepto ni mucho menos que se debe de realizar de rutina.

Se concluye que la MK es una técnica que no suele estar explicada o indicada en los libros, por lo que su uso, enseñanza y aprendizaje queda relegado a la transmisión de conocimientos de generación en generación a través de canales informales y anécdotas de experiencias. Y por ser un procedimiento que se sigue



realizando dentro de la práctica médica se recomienda que los libros incluyeran las consecuencias que dicha maniobra puede tener sobre el bienestar de la mujer y el recién nacido.

Guías y manuales de práctica clínica nacionales.

La Guía para la Vigilancia y Manejo del Parto, México ¹³ dice que “ejercer la MK puede ser perjudicial tanto para el útero, periné y feto” citando como fuente de verificación la Guía de Práctica Clínica 2014 de Argentina¹⁴.

El Manual de Atención: Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros, Recién Nacido Sano de la Secretaría de Salud (SSA 2001)¹⁵ no hace referencia a la MK ni a la presión supra uterina. Lo cual es sorprendente siendo una maniobra que en muchos casos se realiza de rutina.

Guías y manuales para la atención del trabajo de parto internacionales.

La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad del País Vasco (2010)¹⁵ en su página 145, concluye que:

"No existen pruebas del beneficio de la maniobra de Kristeller realizada en la segunda etapa del parto y además existen algunas pruebas, aunque escasas, de que la dicha maniobra es un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, por lo que se considera que su realización durante la segunda etapa del parto debe limitarse a los protocolos de investigación diseñados para evaluar su eficacia y seguridad para la madre y el feto. Esta maniobra no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental" y es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto. Por lo tanto, puntualiza, se recomienda no realizar la maniobra de Kristeller".

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007) refiere en sus Recomendaciones sobre Atención al Parto Normal que: *"La presión sobre el fondo uterino podrá ser utilizada sólo con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación"*¹⁶.



La Organización Mundial de la Salud (1996) en el documento titulado “Cuidados en el Parto Normal: Una Guía de Práctica” Realiza una recomendación tipo C sobre la presión fundica durante el parto (MK), especificando que se trata de una práctica de la que no existe una clara evidencia para fomentarla y que debería usarse con acutela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema¹⁷.

Finalmente la “**NOM-007-SSA2-2010**, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicio” y que es de observancia obligatoria para todo el personal de salud que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas normales y a los recién nacidos sanos. Dice que que “*durante el periodo expulsivo, no deberá realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados*”¹⁸.

Recomendaciones:

Se recomienda no realizar la MK porque puede provocar graves problemas tanto para la madre como para el feto.

Los principales problemas para la madre pueden ser: aumento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado, desgarro cervical, inversión uterina, rotura del útero, prolapso uterino, desprendimiento prematuro de placenta, fracturas de la parrilla costal, hipotensión por la presión sobre la vena cava, dolor y malestar materno.

Las complicaciones fetales pueden ser: fractura de húmero y clavícula, incremento de la presión intracraneal, cefalohematoma, hemorragias intracraneales, hipoxia fetal, aumento en la transfusión de sangre entre la madre y el feto (importante en caso de incompatibilidad RH o cuando la madre presenta VIH, hepatitis B u otra enfermedad viral).

De acuerdo con los casos documentados se observó la presentación de ruptura uterina iatrógena y la presentación de asfixia neonatal grave.

Conclusiones



Sin duda la MK es un procedimiento no recomendado en la práctica de la atención materna, que representa potencialmente daño a la salud de la madre o el feto, a pesar de lo cual el personal de salud de instituciones públicas y privadas sigue realizando con la falsa idea de que acelera el TP. Lo anterior ha sido el producto de la mala trasmisión de conocimiento por parte de personal de salud encargado de la enseñanza, que se reusa a poner en práctica la medicina basada en evidencia y prefiere aplicar a la vez de enseñar al personal de salud en formación su conocimiento tácito e instintivo, sin querer aceptar que está abusando de una maniobra que además de producir eventos adversos atenta contra los derechos de las mujeres a recibir una atención apegada a la evidencia científica. Aunado a lo anterior existe el inconveniente que esta maniobra en muchos casos no queda reflejada en el expediente clínico, lo cual se observó en los casos de queja, en ambas situaciones no se identifica la causa por falta de registro, o bien saben que es una maniobra que no debe realizarse por los riesgos que representa, practicándola a pesar de ello o bien existe desconocimiento completo acerca del cumplimiento de la norma 004 del expediente clínico, situación de inobservancia que atenta contra el derecho de las pacientes a contar con un expediente clínico completo que sea de utilidad en la toma de decisiones subsecuentes.

Bibliografía

1. Dr. Roig-Raventós. La expresión del feto. Revista de Ciencias Biomédicas de Barcelona. 1910; 16 (241-257).
2. Foro Internacional del Parto (Roma, 2005) y Rengel Díaz, Cristóbal. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas Matronas Prof. 2011; 12(3): 82-9.)
3. Sachse Aguilera, Matthias, Paola María Sesia y Mónica García Rojas, "Calidad de la Atención durante el parto normal en establecimientos públicos de salud en el estado de Oaxaca.", Avances en Ciencias, Salud y Medicina: Órgano Oficial del Sector Salud de Oaxaca , t/v Núm. 1 Vol. 1, México 2013.
4. Sachse, Matthias, Paola Sesia, Azalia Pintado Y Zaira Lastra, "Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e



- interculturalidad en centros de salud en Oaxaca", Revista Conamed 17 (Suplemento 1): S4-S15. , t/v 17(Suplemento 1), México 2013.
5. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. *Fundal pressure during the second stage of labour*. Cochrane database of Systematic Reviews. Issue 4 Art No : CD006067 DOI: 10 1002/ 14651858 CD006067 pub2 2009.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub2/abstract>
 6. Cuerva MJ, Tobias P, Espinosa JA, Bartha JL. Intrapartum ultrasound prior to Kristeller maneuver: an observational study. PUBMED 2014.
 7. Usandizaga, De la Fuente. *Obstetricia y Ginecología*. Ed. Marban. Madrid, 2010.
 8. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour, Cochrane database of Systematic Reviews. Issue 4 Art No: CD006067 DOI: 10 1002/14651858 CD006067 pub2 2009.
 9. Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(3):320-4
 10. González-Merlo, J. *Obstetricia*, quinta edición. Ed. Elsevier España, 2006.
 11. Lattus J, Paredes A, Junemann K, Martic A, Contreras P, Baeza N, et al. "Espatulas de Thierry versus forceps de Kjelland". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 2003; 68 (6): 477- 486.
 12. Heladia J. García, Alejandro Peña. "Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en recién nacidos". *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2004; 42 (1): 25-30. México, 2004.
 13. SSA 2009
 14. Guía de Práctica Clínica de Argentina 2004
 15. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2010).



Anexo 1

<p>1. F. Cunningham, Kenneth Leveno, Steven Bloom, John Hauth, Dwight Rouse, Catherine Spong (2011), Obstetricia Williams, (23ª ed.), México: McGraw-Hill.</p>	<p>No menciona nada sobre este tema.</p>
<p>2. Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana del Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá (2011), Ginecología y Obstetricia, (1ª ed.), Celsus, p.3</p>	<p>No menciona nada sobre este tema.</p>
<p>3. Hacker, Neville F.; Gambone, Joseph; Calvin J., Hobel (2011), Ginecología y Obstetricia de Hacker y Moore, (1ª ed Trad. 5 en inglés), Manual Moderno.</p>	<p>No menciona nada sobre este tema.</p>
<p>4. Samantha M. Pfeifer (2009), NMS Ginecología y Obstetricia, M.D., (6ª ed), Lippincott Williams & Wilkins.</p>	<p>No menciona nada sobre este tema.</p>
<p>5. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, PAC GO-3 (2008), <i>Programa de Actualización Continua en Gineco Obstetricia</i>, (1ª ed.), Intersistemas.</p>	<p>No menciona nada sobre este tema.</p>
<p>6. Netter's (2008), <i>Obstetric and Gynecology</i>, (2ª ed.).</p>	<p>No menciona nada sobre este tema.</p>
<p>7. Héctor Mondragón Castro (2006), GinecoObstetricia: de la Niñez a la Senectud, (2ª ed), Trillas.</p>	<p>No menciona nada sobre este tema.</p>
<p>8. Ricardo L. Schwartz, Carlos a.</p>	<p>No menciona nada sobre este tema.</p>



Duverges, Ángel Gonzalo Díaz (2005), Obstetricia Clínica de Schwartz (6ª ed.), El Ateneo.	
9. Germán Castelazo Rico, Asociación de Médicos Especialistas del Hospital de Ginecología y Obstetricia N°3 del Centro Médico Nacional “La Raza” (2004), Fundamentos en Ginecología y Obstetricia (1ª ed), México: Méndez Editores. p.491.	Entra en el capítulo de trauma obstétrico, pero no específica que se deba hacer, solo dice que puede ocasionar trauma.
10. Benson, Pernoll (2003), Manual de Ginecología y Obstetricia (10ª ed), España: McGraw-Hill.	No menciona nada sobre este tema.
11. J. Roberto Ahued Ahued, Carlos Fernández del Castillo S., René Bailón Uriza, Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (2003), Ginecología y Obstetricia Aplicadas (2ª ed.).	No menciona nada sobre este tema.
12. Julio Fernández Alba (2000), Obstetricia Clínica de Llica-Fernández (1ª ed.), McGraw-Hill interamericana	No menciona nada sobre este tema.
13. J. González-Merlo, J.M. Laila Vicens, E. Fabre González, E. González Bosquet (1992), Obstetricia, (4ª ed.), MASSON S.A.	No menciona nada sobre este tema.
14. K.R. Niswarder, M.D. (1987), Obstetricia Práctica Clínica , (1ª ed. Trad. en inglés), Barcelona:	No menciona nada sobre este tema.

Reverté, S.A.	
15. Bernard Seguy (1984), Obstetricia 1, (Vol. 15, 1ª ed.), España: Capitel Ediciones.	No menciona nada sobre este tema.

