Artículo Original

Opiniones y actitudes de los Obstetras de Ciudad de La Habana, Cuba, en relación al uso de la Cesárea

Juan C. Vázquez, Jorge L. Calero**, Mark Walker***, Brenda Wilson****, Shi Wu Wen******

Resumen

Cada vez se observa con más frecuencia una tendencia mundial hacia el incremento en las tasas de cesáreas, y Cuba no es la excepción. Objetivos: Determinar las causas del aumento de las tasas de cesáreas en la Ciudad de La Habana, e identificar las posibles intervenciones que pudieran detener dicha tendencia; así como las preferencias de los obstetras cuando enfrentan ciertas situaciones clínicas. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y exploratorio, para lo cual se administró un cuestionario anónimo a 132 obstetras que laboran en 5 hospitales maternos de la Ciudad de La Habana. Resultados: La mayoría de los participantes consideraron que las tasas de cesáreas actuales están elevadas. Las cesáreas previas, las presiones administrativas y la introducción de nuevas tecnologías o procedimientos, se nombraron como posibles causas. Solicitar una segunda opinión, utilizar el partograma e intentar un parto vaginal después de una cesárea se consideraron intervenciones probablemente útiles para reducir dichas tasas. Se observaron diferencias en las respuestas con respecto a la edad y la categoría de los encuestados, pues los profesionales más jóvenes fueron más proclives a considerar que las tasas actuales de cesáreas son adecuadas y a realizar una cesárea sin una justificación médica clara. Conclusiones: Entre los obstetras encuestados existe conciencia del aumento exagerado de las tasas de cesáreas en los últimos años. Hay intervenciones poco costosas y generalmente disponibles para los países en desarrollo que pudieran contribuir a detener el aumento de estas tasas, aunque se reconoce que la implementación de las mismas puede ser difícil.

Palabras claves: Cesárea, Obstetras, Opiniones, Actitudes

Abstract

Cesarean section rates have increased worldwide in the last decades and Cuba is not an exception. Objectives: To determine what are the causes for such increase in the City of Havana and what possible interventions could stop that trend; as well as the obstetrician's preferences when facing some clinical situations. Methods: A descriptive and exploratory study was conducted, where an anonymous survey was administered to 132 obstetricians working in five maternities in the City of Havana. Results: Most of participants considered the cesarean section rate to be high. Previous caesarean sections, administrative pressures and new technologies were pointed out as possible causes. Asking for a second opinion, the use of the partograph and try a VBAC are interventions probably useful to reduce such rates. There were statistical significant differences in the answers regarding age and professional categories. Youngest physicians were prone to consider the current rates as appropriates, and to perform a caesarean section without a clear clinical reason. Conclusions: Surveyed obstetricians are aware of the increasing in caesarean rates in the last decades. There are some inexpensive interventions, usually available in developing countries, which could contribute to stop such rising trend; however, difficulties in their implementation have been recognized.

Key words: cesarean section, obstetricians, opinions, attitudes

**MSc Epidemiología Clínica*
Especialista en Obstetricia y Ginecología- Profesor Asistente en Obstetricia y Ginecología, Investigador Agregado Instituto Nacional de Endocrinología (Centro Colaborador de la OMS, La Habana) Zapata y D, Vedado, Ciudad Habana, Cuba C.P. 11400, e-mail: vazquezj@infomed.sld.cu Tel: (53-7) 832-9707.
Coautores:
***MSc Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Especialista en Educación Sanitaria y Salud Reproductiva, Profesor Instructor, Investigador Auxiliar, Instituto Nacional de Endocrinología (Centro Colaborador de la OMS, La Habana)*
****MD, FRCSC, MSc. Department of Obstetrics and Gynecology Associate Professor Department of Obstetrics and Gynecology OMNI Research Group, Ottawa Health Research Institute University of Ottawa, Canadá.*
*****MB ChB MSc FFPH. Associate Professor. Department of Epidemiology and Community Medicine- University of Ottawa, Canadá*
******MB, PhD. Department of Obstetrics and Gynecology and Epidemiology and Community Medicine Ottawa Health Research Institute, Clinical Epidemiology Program. University of Ottawa, Canadá*

Introducción

Las tasas de cesáreas han aumentado en todo el mundo en las últimas décadas. Dicho aumento ha variado desde menos del 20% (1, 27, 39) a más del 40% [9, 41]. Las causas del aumento de las tasas de cesáreas son múltiples, y entre ellas se citan: nuevos criterios de riesgo que clasifican a un mayor número de mujeres en grupos de alto riesgo [29], influencia de nuevas tecnologías o procedimientos como la cardiotocografía[2], incentivos económicos [25], aumento del número de cesáreas realizadas a solicitud [35, 38], aumento de las reclamaciones legales debido a mala práctica [17, 35, 42], aumento de la indicación de cesárea debido al incremento progresivo de las cesáreas previas [6, 8, 35], nuevas indicaciones para el parto electivo (inducción) [38], cambios en las percepciones de los médicos y las pacientes con respecto a la cesárea (la cual se percibe como un procedimiento "normal") [25], así como las mejorías en la seguridad técnica y anestésica [15].

Este aumento en las tasas de cesáreas tiene importantes implicaciones para el sistema sanitario, ya sea desde el punto de vista individual como para el sistema como un todo [12, 27, 29, 40]. La morbilidad y, más importante, la mortalidad materna, aumentan con la cesárea [22, 41, 44]. También aumentan las complicaciones por hemorragia, infección y fenómenos tromboembólicos [22, 24, 37], así como las asociadas con la anestesia [21, 32]. Además, aumentan los costos para el sistema de salud [4, 34], especialmente en países con recursos limitados y finitos donde existe un elevado número de partos por cesárea. Hay también implicaciones psicosociales porque la cesárea puede dar lugar a una menor satisfacción con la experiencia del nacimiento, más depresión posnatal, una posible interferencia con el vínculo madre-recién nacido [13], y una estancia hospitalaria más prolongada [24, 34]. Los embarazos posteriores de la mujer presentan un riesgo mayor por la posibilidad de rotura uterina, y una mayor frecuencia de intervenciones quirúrgicas urgentes potencialmente mortales como la histerectomía [3, 7, 26, 32, 36, 37, 44].

Con respecto a Cuba, la situación es muy similar a la del resto del mundo. Cuba muestra tasas de cesáreas mayores que las de los países desarrollados[18] y el aumento de las mismas ha sido mayor en los últimos años (del 26% en 2001 al 37% en 2006). De continuar esta tendencia, es de esperar que dentro de cinco años se alcancen tasas de cesáreas cercanas al 45%; de manera que si se lograra sólo detener esta tendencia (es decir, si se mantienen las mismas tasas, con las tendencias actuales de disminución en las tasas de natalidad), se realizarían alrededor de 20 000 cesáreas menos en los próximos cinco años.

Por todo lo anterior y como punto de partida para la toma de decisiones con el objetivo de reducir las tasas de cesáreas, consideramos necesario determinar las opiniones y actitudes que tienen los obstetras de cinco maternidades de la Ciudad de la Habana, en relación a las principales causas que propician el incremento de la cesárea, las posibles intervenciones para reducir dichas tasas y las preferencias de estos profesionales hacia la forma del parto, cuando enfrentan algunas situaciones clínicas específicas.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo y exploratorio de corte transversal, en cinco hospitales de maternidad en la Ciudad de la Habana. Estas maternidades atienden habitualmente unos 14,000 nacimientos al año.

Durante el estudio se supervisó el llenado de un cuestionario anónimo autoadministrado a una muestra representativa de los obstetras que laboran en dichas maternidades.
El cuestionario se estructuró en cuatro secciones: datos demográficos y profesionales; planteamientos para investigar las opiniones acerca de la cesárea; puntos de vista de los obstetras sobre las posibles causas del aumento de la cesárea en Cuba, posibles intervenciones para detener/ disminuir dichas tasas; y preferencias de los obstetras sobre realizar una cesárea en situaciones clínicas específicas. Se utilizaron preguntas cerradas y abiertas, así como categorías de respuestas donde se incluyó una escala de clasificación de Likert. Previamente se realizó una prueba piloto del cuestionario en 10 individuos, a fin de determinar el grado de comprensión o dificultad que podría tener cada pregunta, para luego hacer las modificaciones que fueran necesarias.

Muestreo

Se seleccionó una muestra probabilística de cada hospital, mediante una tabla de números aleatorios que se confrontaron con los registros de cada hospital. Los individuos se seleccionaron de forma progresiva hasta alcanzar el tamaño muestral calculado.

Cálculo del tamaño muestral

Se hipotetizó a priori que cerca del 15% de los obstetras seleccionarían una cesárea electiva para ellas/sus parejas. Con una población de estudio de 260 obstetras y con un límite de error de la estimación menor de 0.05 alrededor de la estimación anterior de 0.15, se calculó que se debería administrar el cuestionario a 112 sujetos. Finalmente el cuestionario se le administró a 132 sujetos.

Análisis

Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticas descriptivas (frecuencias absolutas y relativas, media, desviación estándar, mediana, y valores mínimos y máximos), tablas de contingencia de 2x2, la prueba de ji cuadrado con un nivel de significación (valor de p) menor de 0.05, y la regresión logística.

Aspectos éticos

El investigador principal visitó los hospitales seleccionados antes del inicio del estudio y obtuvo la autorización de los Comités Científicos o Éticos de cada institución. Antes de administrar el cuestionario se les explicaron a los posibles participantes los objetivos del estudio y se hizo énfasis en el anonimato, la voluntariedad de la participación y la libertad de no responder las preguntas que estimaran pertinentes.

Resultados

Los cuestionarios se aplicaron en los cinco hospitales de maternidad propuestos entre febrero 13 y febrero 28 del 2007. Se invitó a participar a 140 sujetos, de los cuales 8 (5.7%) rechazaron tomar parte. Por lo tanto, la tasa de aceptación fue del 94.6%. Características sociodemográficas de la población de estudio.

Con respecto a las variables sociodemográficas (ver Tabla1), 68 (51.5%) de los profesionales encuestados fueron mujeres. La media de edad fue 44.7 años (Desviación estándar [DE] 11.05; rango 28 a 84). La mayoría de los sujetos (73 [55.3%]) estaban en el grupo de edad entre 36 y 49 años.

Como promedio los obstetras se habían graduado de médicos hacía 20 años (DE 10.66). La media del tiempo de graduados como especialistas fue 15.24 años (DE 9.93). Para los objetivos del análisis "Años de graduado como médico" se dividió en cuatro categorías. La mayoría de los participantes (43.9%) tenían entre 11 y 20 años de graduados como médicos. La variable "Años de graduado como especialista" también se dividió en cuatro categorías.

La mayoría de los especialistas (40.9%) tenían entre 11 y 20 años de graduados como especialistas. De todos los sujetos que completaron el cuestionario la mayoría (112 [84.8%]) eran especialistas y 20 (15.2%) eran residentes. De los especialistas, 56 (42.4%) tenían alguna categoría docente.

Opiniones de los obstetras acerca de las tasas de cesáreas y las posibles causas de su aumento. Más de la mitad de los obstetras (59.1) consideraron que las tasas de cesáreas actuales están altas y la mayoría de ellos (90.1%) pensaban que debía disminuir (Figuras 1 y 2). La asociación entre ambas respuestas fue altamente significativa (ji2= 28.4; p< 0.001). Sin embargo, hubo diferencias con respecto a la edad. Fue más probable que los obstetras con menos de 45 años de edad (Odds ratio [OR] 4.96; intervalo de confianza [IC] del 95%: 2.08 a 12.06; p = 0.00005), que cursaban su residencia (OR 3.12; IC del 95%: 1.03 a 9.67; p = 0.02), que no tenían hijos (OR 3.11; IC del 95%: 1.18 a 8.32; p = 0.01) y con menos de 20 años de graduados como médicos (OR 4.11; IC del 95%: 1.79 a 9.57; p = 0.0002) consideraran que las tasas actuales de cesáreas eran más o menos adecuadas.

Cuando se les preguntó acerca de la tasa "ideal" de cesárea en su hospital, casi el 80% de los médicos consideró que la misma debería estar entre el 15% y el 29% (mediana 20%) (Figura 3).

Los obstetras estuvieron de acuerdo en señalar que el elevado número de cesáreas previas (n = 96 [73.8%]), las presiones administrativas (n = 75 [57.3%] y la introducción de nuevas tecnologías y procedimientos (n = 62 [47.7%]), son algunas de las causas del aumento de las tasas de cesáreas. Otras razones (miedo a reclamaciones legales, aumento de la edad de las mujeres, gran número de casos a atender durante la guardia, etc.) no se consideraron causas importantes de este aumento.

En cuanto a la pregunta abierta, el 46.4% de los obstetras que respondieron (n = 28) señalaron como aspectos influyentes otros de tipo administrativo (por ejemplo, responsabilidad del obstetra ante los resultados desfavorables a largo plazo durante la niñez, deficiencias en los organismos a cargo del análisis del estado de la cesárea), y en menor frecuencia (14.3%) se refirieron a problemas relacionados con el trabajo obstétrico, la confiabilidad de los recursos técnicos, el aumento de las inducciones y la aparición de nuevas indicaciones de cesárea.

Opiniones de los obstetras acerca de intervenciones potencialmente útiles para disminuir las tasas de cesáreas
Casi todas las intervenciones señaladas se consideraron potencialmente útiles para disminuir las tasas de cesáreas. Los encuestados respondieron que aplicar el partograma en todos los partos (75.5%), solicitar una segunda opinión (84%), tomar las decisiones independientemente de la solicitud de la paciente/el familiar (61.1%) e intentar un parto vaginal en pacientes con una cesárea previa (59.5%) pudieran ayudar a reducir las tasas de cesáreas.

En esta sección del cuestionario se encontraron diferencias en cuanto a la categoría docente de los encuestados. Fue más probable que los médicos con alguna categoría docente consideraran que intentar un parto vaginal en una paciente

con una cesárea previa pudiera ser una intervención útil para reducir las tasas de cesáreas (OR 2.18; IC del 95%: 0.94 a 5.12; p = 0.04).

Este no fue el caso para la realización de la versión cefálica externa (VCE), ya que los obstetras consideraron que realizar esta maniobra no lograría disminuir las tasas actuales de cesáreas. Nuevamente, hubo diferencias en cuanto a la edad entre la población estudiada. Esta opinión fue significativamente más predominante en los obstetras con menos de 15 años de graduados (OR 0.29; IC del 95%: 0.11 a 0.74; p = 0.004) y los profesionales que tenían responsabilidades en la toma de decisiones con respecto a la realización de una cesárea (OR 0.30; IC del 95%: 0.11 a 0.82; p = 0.008).

De los obstetras que respondieron esta pregunta abierta (n = 14), el 28.6% consideró que la mejoría en el análisis científico de las cesáreas realizadas pudiera ayudar a la disminución de las tasas. En menor medida, mejorar el estudio del bienestar fetal (21.4%), garantizar el apoyo legal y administrativo a los obstetras (14.3%) y disminuir el número de inducciones (14.3%) se nombraron como posibles medidas para lograr dicho objetivo.

Actitudes de los obstetras con respecto a la realización de una cesárea en situaciones clínicas específicas

A los médicos encuestados se les plantearon tres situaciones clínicas hipotéticas diferentes. En el primer caso se le preguntó al médico si escogería una cesárea para sí o su compañera sin tener una indicación médica para ello. En el segundo caso se les planteó el mismo escenario pero tratándose de una paciente sin una relación de tipo familiar. En la tercera situación se les preguntó a los médicos si intentarían un parto vaginal en una paciente con una cesárea previa.

La mayoría de los obstetras no realizaría una cesárea en una mujer que no tuviera una indicación médica clara (92.7% cuando se trataba de sí misma/la compañera; 87% cuando se trataba de una paciente sin relación familiar con el médico), y más de la mitad (52.8%) estuvo de acuerdo en intentar un parto vaginal en una mujer con una cesárea previa (Figura4).

Nuevamente se encontraron diferencias relacionadas con la edad. Los obstetras con menos de 45 años fueron más proclives a realizar una cesárea en una paciente que no tuviera una indicación médica clara (OR 3.95; IC del 95%: 0.97 a 18.6; p = 0.03).
Por otra parte, fue más probable que los residentes consideraran intentar un parto vaginal en una mujer con una cesárea previa (OR 3.18; IC del 95%: 0.98 a 10.9; p = 0.03).

Respuestas abiertas

Discusión

Este es el primer cuestionario aplicado a los obstetras cubanos sobre el tema de la cesárea. Por lo tanto, constituye un primer acercamiento a la opinión de dichos profesionales con respecto a este importante aspecto.

El presente estudio muestra que en últimos años ha habido una toma de conciencia entre los obstetras del aumento de las tasas de cesáreas, aumento que la gran mayoría considera exagerado.

Un resultado esperado es que más de la mitad de ellos estuvieron de acuerdo en que las tasas de cesáreas están altas y que las mismas deben disminuir. Como promedio los obstetras consideraron que la tasa "ideal" debería estar alrededor del 20%, discretamente por encima de las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 (45) (hace más de 20 años), pero consistente con Chalmers (11), que investigó las estimaciones de los proveedores de atención y encontró que la misma varió, como promedio, del 16.2% en los hospitales docentes al 19,8% en la práctica privada. Es evidente que la realidad mundial ha cambiado desde que se publicó el documento de la OMS, han surgido nuevas indicaciones y la vigilancia fetal ha incorporado muchas técnicas novedosas en las últimas décadas, lo cual puede haber influido en estas estimaciones.

Otro hallazgo importante y de alguna manera preocupante debido a su posible repercusión en el futuro de las tasas de cesáreas, fue que los profesionales más jóvenes (es decir, los residentes, con menos de 20 años de graduados como médicos y con menos de 15 años como especialistas) fueron más proclives a considerar que las actuales tasas de cesáreas son más o menos adecuadas. De manera similar, fue más probable que los médicos con menos de 45 años de edad aceptaran realizar una cesárea sin una indicación médica clara. Los informes de otros estudios son contradictorios. Algunos han reportado una asociación estadísticamente significativa entre la edad de los proveedores de atención y la probabilidad de realizar una cesárea [43], pero en otros no se ha encontrado dicha asociación [23].

El presente estudio mostró que hay dos grupos de causas

particularmente importantes para explicar el aumento de las tasas de cesáreas que pudieran servir como guía en la implementación de intervenciones efectivas. Esta división por grupos de causas facilita la comprensión de los procesos que fundamentan la toma de decisiones con respecto a la cesárea [28]. Un grupo incluye las causas relacionadas con el contexto ambiental y los recursos, donde la introducción de nuevas tecnologías y procedimientos y el gran número de cesáreas previas se identificaron como razones importantes para el aumento de las tasas. El otro grupo incluye las influencias del entorno social, específicamente las presiones administrativas, como una causa relevante.

Aunque no fue el objetivo primario del estudio, en general se apreció un conocimiento adecuado de las prácticas basadas en la evidencia relacionadas con el uso de la cesárea (uso del partograma, solicitud de una segunda opinión y parto vaginal después de una cesárea). Sin embargo, estos resultados muestran cierta contradicción entre lo que las personas conocen y lo que hacen, ya que dicho conocimiento no se refleja en la práctica. Por ejemplo, hubo un gran número de obstetras que intentarían un parto vaginal en mujeres con una cesárea previa, y sin embargo en Cuba esta no es la práctica habitual. El Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología [14], que es el texto que guía la práctica general de la obstetricia en Cuba, no define claramente las condiciones bajo las cuales se puede intentar un parto vaginal después de una cesárea y reconoce un riesgo de rotura uterina de al menos 1%. El documento señala que si el motivo de la primera cesárea aún se mantiene no está indicado intentar el parto vaginal. El American College of Obstetrics and Gynecology [5] apoya el parto vaginal después de la cesárea (en inglés, VBAC) como una opción segura y aceptable; no obstante, la revisión sistemática realizada por Dodd y cols. [16] no encontró ensayos clínicos aleatorios sobre este tema y concluyó que ambos procedimientos (el parto vaginal y la cesárea iterada) se asocian con beneficios y daños. Las guías clínicas para la cesárea publicadas por el National Collaborating Centre for Women's and Children's Health [30] establecieron la misma conclusión y definieron varias guías que ayudan a decidir la forma del parto después de una cesárea. Lo anterior indica que ésta es un área de investigación donde los obstetras pudieran involucrarse, si se asume que si los profesionales están motivados y tienen la intención de cambiar, es razonable predecir que es posible modificar sus comportamientos, siempre que se implementen las estrategias apropiadas [33].

Limitaciones del estudio

El estudio se realizó en la Ciudad de la Habana. El hecho de ser la capital del país con características y recursos específicos, así como diferencias en cuanto a la accesibilidad a la información, pudiera limitar la posibilidad de generalizar los resultados.

Es probable que las técnicas utilizadas para obtener las respuestas abiertas no sean las más adecuadas. Otros enfoques metodológicos como las entrevistas en profundidad y los grupos focales proporcionarían una información más variada acerca de las opiniones y actitudes de los profesionales acerca de la cesárea.

En este estudio no fue posible aplicar de una forma más apropiada un cuestionario piloto, principalmente debido a limitaciones de tiempo. Este paso es importante porque pudiera detectar respuestas sesgadas, preguntas que se hayan pasado por alto y problemas relacionados con las preguntas abiertas y cerradas. Es fundamental que una muestra de la población objetivo examine el cuestionario antes de que sea administrado. La revisión por parte de los colegas permitiría incluir algunas preguntas necesarias y eliminar otras superfluas, o modificarlas para mejorar su comprensión. Las entrevistas a encuestados clave ayudan a aclarar las preguntas y a homogenizar su interpretación, así como a incluir posibles respuestas alternativas.

Los ítems de este instrumento se seleccionaron a partir de otros cuestionarios que han sido ampliamente utilizados, pero que no se ha informado que se hayan validado formalmente, por lo que pudieran dar lugar a algún grado de heterogeneidad en la interpretación de las preguntas.

La realización de múltiples análisis en una misma muestra puede exagerar los niveles de significación y provocar que se obtengan resultados estadísticamente significativos por azar, y no debido a que existe una asociación real entre las variable estudiadas.

Conclusiones y Recomendaciones

Aunque la mayor parte de los encuestados coincidió en que las tasas de cesáreas están altas y deben disminuir, los profesionales más jóvenes fueron más proclives a considerar dichas tasas como adecuadas y a realizar cesáreas en embarazadas a solicitud sin una indicación médica clara, lo cual puede tener implicaciones importantes sobre el futuro de la intervención.

Esta investigación mostró que los obstetras encuestados están a favor de realizar una prueba de trabajo de parto en las pacientes con una cesárea previa. Lo anterior reviste mayor importancia si se considera que esta conducta no es la práctica habitual en Cuba. La cesárea anterior representa una parte

significativa de las cesáreas que se realizan actualmente, por lo que la reducción de su número tendría una repercusión importante en las tasas generales de cesáreas.

Existe un amplio campo para la investigación y la implementación de posibles intervenciones para detener o disminuir el aumento de las tasas de cesáreas. La implementación del partograma y de la solicitud de una segunda opinión obligatoria en todos los casos en los que se va a indicar la cirugía son intervenciones poco costosas y fácilmente disponibles en la mayoría de los servicios de obstetricia, principalmente en los países de escasos recursos.

Las investigaciones futuras se deben centrar en tratar de determinar aspectos importantes relacionados con la cesárea, como los factores determinantes en el aumento de sus tasas. La propuesta de la OMS en 1985 (45) (15%) pudiera estar desactualizada, ya que el número de nuevas indicaciones ha aumentado como resultado de los avances tecnológicos. No obstante, es de esperar que la tasa de cesárea "ideal" sea diferente en cada escenario particular (país, región, tipo de práctica).

Los estudios futuros deben abordar cuáles son las barreras más importantes para implementar el conocimiento basado en la evidencia, y cómo superarlas.

La implementación de posibles intervenciones que conlleven un cambio en la conducta y la práctica de los médicos y den lugar a la disminución de esta tendencia también debería ser tema de investigación adicional. Sin embargo, se ha reconocido que para lograr cambios importantes en las conductas de los profesionales es necesario sortear dificultades a nivel individual, de equipo, organizacionales y del sistema de salud en general [19].

Finalmente, hasta que estén disponibles nuevos ensayos con un diseño adecuado, existen varias intervenciones que si se utilizan de manera apropiada pudieran dar lugar a mejorías importantes en la práctica profesional y, consecuentemente, en los resultados de las pacientes [10, 20, 31].

Agradecimientos

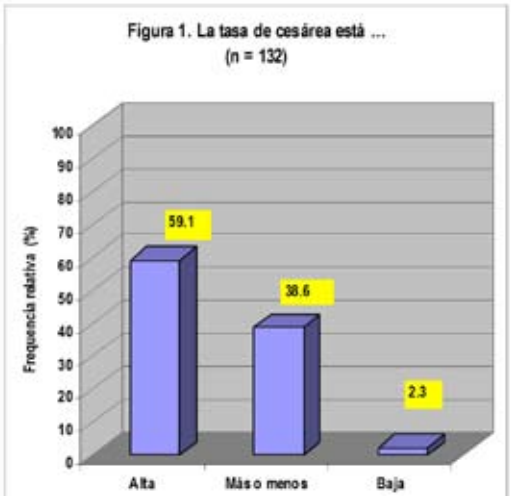
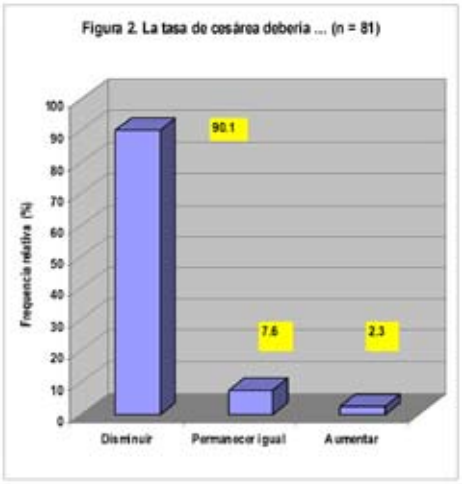
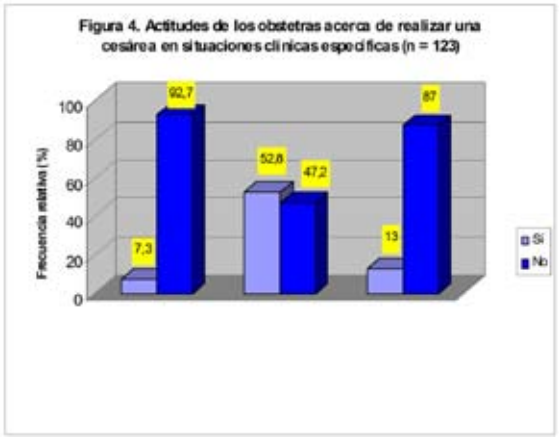
Se desea agradecer al Dr. Ian Graham por su ayuda en el desarrollo del protocolo y los cuestionarios. Además, se agradece a la Iniciativa de Entrenamiento Estratégico en Investigaciones en las Ciencias de la Salud Reproductiva (Strategic Training Initiative in Research in the Reproductive Health Sciences [STIRRHS]), especialmente a los Dres. William Fraser e Isabelle Krauss, así como al programa Especial de la OMS para las Investigaciones, el Desarrollo y el Entrenamiento en Investigaciones en Reproducción Humana (WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction), especialmente al Dr. Enrique Ezcurra, por el cofinanciamiento del entrenamiento del autor principal para obtener el Grado de Maestría en Epidemiología Clínica en la Universidad de Ottawa, Canadá y su apoyo para llevar a cabo este proyecto.
Finalmente, agradecemos a los Directores de las diferentes maternidades por su apoyo para la realización de este estudio y, sobre todo, a los obstetras que aceptaron dedicar parte de su escaso tiempo a responder el cuestionario.

REFERENCIAS

1. Akasheh HF, Amarin V. Caesarean sections at Queen Alia Military Hospital, Jordan: a six-year review. Eastern Mediterranean Health Journal 2000;6(1):41-5.
2. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858. CD006066.
3. Allen VM, O'Connell CM, Farrell SA, Baskett TF. Economic implications of method of delivery. Am J Obstet Gynecol 2005193(1):192-7.
4. Althabe F, Belizan JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, Romero M, Donner A, Lindmark G, Langer A, Farnot U, Cecatti JG, Carroli G, Kestler E; Latin American Caesarean Section Study Group. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. Lancet 2004;363(9425):1934-40.
5. American College of Obstetricians and Gynaecologists. ACOG Committee on Obstetric Practice: Induction of labour for vaginal birth after caesarean delivery. Obstetrics & Gynecology 2002;99:679-80.
6. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, Huttly SRA. Epidemic of caesarean sections in Brazil. The Lancet 1991;338:167-9.
7. Baskett TF, O'Connell CM. Severe obstetric maternal morbidity: a 15-year population-based study. J Obstet Gynaecol 2005;25(1):7.
8. Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and apidemiological methods. BMJ 2002;324(7343):942-5.
9. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. BMJ. 1999;319:1397-400.
10. Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. Birth 2007;34(1):53-64.

11. Chalmers BE, McIntyre JA, Meyer D. South African obstetricians' views on caesarean section. S Afr Med J 1992;82(3):161-3.
12. Cisse CT, Faye EO, de Bernis L, Dujardin B, Diadhiou F. Cesarean sections in Senegal: coverage of needs and quality of services. Sante 1998;8(5):369-77.
13. Clement S. Psychological aspects of caesarean section. Best Practice & Research Clin Obstet Gynecol 2001;15(1):109-26.
14. Colectivo de autores. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Ginecología. Ciudad de la Habana, Ciencias Médicas 1997: 480.
15. Devendra K, Arulkumaran S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Ann Acad Med Singapore 2003;32(5):577-81; quiz 582.
16. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD004224. DOI: 10.1002/14651858.CD004224.pub2.
17. Dubay L, Kaestner R, Waidmann T. The impact of malpractice fears on caesarean section rates. J Health Economics 1999;18:491-522.
18. Expert Advisory Group on Caesarean Section in Scotland. Report and recommendations to the Chief Medical Officer of the Scottish Executive Health Department. May 2001. Scottish Program for Clinical Effectiveness in Reproductive Health.
19. Ferlie EB, Shortell AM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework of change. The Milbank Quarterly 2001;79(2):281-315.
20. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R , Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Health Technol Assess 2004;8(6):17-24.
21. Hess PE, Snowman CE, Wang J. Hypothermia after cesarean delivery and its reversal with lorazepam. Int J Obstet Anesth 2005;14(4):279-83.
22. Jackson N, Paterson-Brown S. Physical sequelae of caesarean section. Best Practice & Research Clin Obstet Gynecol 2001;15(1):49-61.
23. Jacquemyn Y, Ahankour F, Martens G. Flemish obstetricians' personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;111(2):164-6.
24. Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. Am J Obstet Gynecol 2002;187(3):681-7.
25. MacCallum C. Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil. Sociology of Health & Illness 2005;27(2):215-42
26. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, Pare E, Elovitz M, Sciscione A, Sammel MD, Ratcliffe SJ. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. Am J Obstet Gynecol 2005;193(5):1656-62.
27. Mekbib TA, Teferi B. Caesarean section and foetal outcome at Yekatit 12 Hospital, Addis Abeba, Ethiopia, 1987-1992. Ethiop Med J 1994;32(3):173-9.
28. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A, "Psychological Theory" Group. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. Qual Saf Health Care 2005;14(1):26-33.
29. Mugisho E, Dramaix M, Porignon D, Musubao E, Hennart P. Analysis of data routinely collected in the maternity ward of Rutshuru in the Democratic Republic of the Congo between 1980 and 1998. I. Maternal mortality and obstetrical interventions. Sante 2002;12(2):247-51.
30. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. Clinical Guideline. April 2004. RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London:111-2.
31. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. CMAJ 1995 153:1423-31.
32. Oyegunle AO. Role of the anaesthetist in the prevention of maternal deaths in Caesarian Section. Niger Med J 1976 Jan;6(1):106-11.
33. Perkins MB, Jensen PS, Jaccard J, Gollwitzer P, Oettingen G, Pappadopulos E, Hoagwood KE.Applying theory-driven approaches to understanding and modifying clinicians' behavior: what do we know? Psychiatr Serv 2007;58(3):342-8.
34. Petrou S, Henderson J, Glazener C. Economic aspects of caesarean section and alternative modes of delivery. Best Practice & Research Clin Obstet Gynecol 2001;15(1):145-63.
35. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate?. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol 2001 Feb;15(1):179-94.
36. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. BJOG 2001 Oct;108(10):1068-75.
37. Simoes E, Kunz S, Bosing-Schwenkglenks M, Schmahl FW. Association between method of delivery and puerperal infectious complications in the perinatal database of Baden-Wurttemberg 1998-2001. Gynecol Obstet Invest 2005;60(4):213.
38. Simpson KR, Thorman KE. Obstetric "conveniences": elective induction of labor, caesarean birth on demand, and other potentially unnecessary interventions. J Perinat Neonatal Nurs 2005;19(2):134-44.

39. Steyn PS, Odendaal HJ, Steyn DW. Trends in caesarean sections at Tygerberg Hospital, South Africa: a 20 year experience. Cent Afr J Med 1998;44(9):219-23.
40. Urrio TF. Maternal deaths at Songea Regional Hospital, southern Tanzania. East Afr Med J 1991;68(2):81-7.
41. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, Shah A, Campodónico L, Bataglia V, Faundes A, Langer A, Narváez A, Donner A, Romero M, Reynoso S, de Pádua KS, Giordano D, Kublickas M, Acosta A; WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006;367(9525):1819-29.
42. Vimercati A, Greco P, Kardashi A, Rossi C, Loizzi V, Scioscia M, Loverro G. Choice of cesarean section and perception of legal pressure. J Perinat Med 2000;28(2):111-7.
43. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean--the Maine experience. Birth 2005;32(3):203-6.
44. Wen SW, Rusen ID, Walker M, Liston R, Kramer MS, Baskett T, Heaman M, Liu S; Maternal Health St
45. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2(8452):436-467.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los obstetras encuestados (n = 132)

Diagnóstico	Nº	% R.O.	Distribución Porcentual del R.O. en la Población Total (802)
R.O. clínico	55	20%	6.80%
HPV puro o solo	176	64%	21.90%
Displasia leve	4	1.40%	0.50%
Displasia leve/HPV	28	9%	3.50%
Displ.. Moderada	2	0.70%	0.20%
Displ..M./HPV	4	1.40%	0.50%
Displ. Severa	1	0.70%	0.10%
Displ..Severa/HPV	1	0.40%	0.10%
Ca insitu/HPV	2	0.70%	0.20%
Ca invasor/HPV	1	0.40%	0.10%
Adenoca	1	0.40%	0.21%
Total	274	99.50%	34%