

Guía para Auditoría para Cesárea

Información y gestión:

Cada institución deberá informar a los equipos de salud vinculados a la atención obstétrica una serie de indicadores vinculados a la asistencia.

Estos incluyen:

- Frecuencia y evolución temporal en los últimos 5 años de:
 - Número de nacimientos
 - % de partos
 - % cesáreas (discriminando cesáreas de urgencia, de coordinación y electivas)
 - % prematurez
 - % de nacimientos en población adolescente

Asimismo se informará a cada profesional (como dato reservado) su tasa de cesáreas individual, que presenta en forma semestral. Se deberá evaluar, por separado y para cada profesional, la tasa de cesáreas de los nacimientos ocurridos en la guardia o en forma electiva.

Cuando el profesional es auditado por contar con una tasa de cesáreas superior al 30%, la información a dar al mismo debe agregar:

- % de cesáreas evitables a juicio del equipo auditor.
- Situaciones clínicas que con más frecuencia se relacionan con cesáreas evitables (por ej: embarazo en vías de prolongación, fracaso inducción, situación obstétrica no favorable, etc)
- Tendencia temporal de su tasa de cesáreas en general y de cesáreas evitables
- Recomendaciones técnicas (generales e individualizadas al técnico en cuestión) de las jefaturas técnicas para reducir la tasa de cesáreas

En forma periódica las jefaturas técnicas realizarán reuniones (obligatorias y dentro de la carga horaria contratada) con los equipos de salud vinculados a la asistencia obstétrica donde se deberá, entre otras cosas:

- Informar la situación respecto al índice de cesárea (tasa, evolución, tasa por categoría de Robson, evitabilidad, complicaciones, etc.)
- Presentar las principales causas de cesárea agrupándolas en:
 - ✓ indicaciones de las cesáreas urgentes agrupándolas en alguno de los siguientes cinco grupos:
 1. Riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF)
 2. Fracaso de inducción

3. Parto estacionado o detenido

4. Desproporción pelvi - fetal

5. Misceláneas.

✓ Indicaciones de cesáreas coordinadas

- Presentar casos clínicos (ateneos, etc) institucionales relacionados al tema y que puedan contribuir a visualizar y resolver el problema
- Presentar, acordar y aplicar protocolos institucionales relacionados a la humanización del parto, prácticas basadas en evidencia y reducción de cesáreas.

Hasta la definición de guías nacionales acordadas y validadas se deberá contar con protocolos institucionales que guíen los procesos relacionados con:

- ✓ Establecimiento de edad gestacional y del diagnóstico de embarazo en vías de prolongación como causa de intervención obstétrica
- ✓ Inducción del parto (indicaciones, técnicas, tiempos de espera, etc.)
- ✓ Manejo de la RPM
- ✓ Parto vaginal en paciente con cesárea previa
- ✓ Diagnóstico de desproporción pelvi – cefálica
- ✓ Protocolo y consentimiento informado tipo ante cesárea por solicitud del usuario
- ✓ Integración de la obstetra partera en la asistencia institucional del nacimiento

Auditoría:

Se debe realizar en cada semestre la auditoría interna a una proporción creciente de ginecólogos que presenten una tasa de cesáreas mayor al 30%, según el siguiente gradiente:

- 1er sem: 60% de los ginecólogos
- 2º sem.: 70%
- 3er sem: 80%
- 4º sem 100%

Se debe auditar el 100% de las cesáreas realizadas por el profesional. Una vez que el técnico entra en la categoría, se deberá auditar las cesáreas ocurridas en el semestre anterior y se iniciará (a más tardar a los 30 días de ocurridas) la auditoría de las cesáreas realizadas en el semestre en curso.

La auditoría debe ser llevada a cabo por uno o varios supervisores dependientes de la jefatura técnica del área (jefatura de gineco-obstetricia - consultantes) o institucional (dirección técnica). Debe ser llevada a cabo por personal técnico con la debida capacidad técnica pudiendo ser personal externo a la institución (contratado). El responsable final en cuanto a la calidad, pertinencia y oportunidad de las auditorías será la dirección técnica.

Se debe realizar obteniendo información mediante el análisis retrospectivo de la historia clínica y los registros asistenciales

Una vez finalizada y previo al informe final se debe presentar los resultados preliminares al técnico actuante el cual podrá ampliar la información y realizar las consideraciones pertinentes

Cada institución podrá realizar un formulario guía para la auditoría. Los mismos tendrán 2 objetivos:

- Formulario a ser llenado obligatoriamente por todos los ginecólogos en todos los casos de cesárea. El mismo contendrá información de relevancia para realizar la auditoría y la gestión del servicio. Deberá ser de llenado sencillo y completado antes del alta de la paciente
- Formulario Guía para la auditoría a ser llevada a cabo por los responsables institucionales. En base al mismo se deberá evaluar:
 - Categoría de Robson a la cual pertenece la paciente
 - Pertinencia de la inducción del parto o cesárea anteparto por indicación médica (para casos en que esto haya ocurrido)
 - Indicación de Cesárea
 - Responsable de la indicación de interrupción y/o la cesárea (ginecólogo tratante, ginecólogo de guardia, consultante, servicio de Alto Riesgo Obstétrico, jefatura técnica, otro médico, etc.)
 - Suficiencia de los registros para realizar la auditoría
 - Justificabilidad de la cesárea
 - Existencia de complicaciones maternas o neonatales relacionadas con la cesárea (intraoperatorias, anestésicas, post operatorias, neonatales, etc)
 - Existencia de consulta de “doble opinión” en caso de cesáreas de alto riesgo o de pre término

En base a los resultados de la auditoría clínica cada prestador deberá:

- Evaluar las razones del exceso de cesáreas
- Diseñar, ejecutar y monitorear un plan que busque racionalizar las indicaciones de la intervención y las razones en la base de las mismas
- Realizar recomendaciones personalizadas a los técnicos que presentan altos índices de cesáreas (mayor al 30%)
- Establecer acciones de control y eventualmente sanción sobre el equipo asistencial, en el marco de las potestades que como empleador posee la institución.