



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

OPTIMIZACIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad:** Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla. Córdoba
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** A 309 – Ctra. Montoro-Puente Genil, km. 63,350.
14550 Montilla. Córdoba
- **CCAA:** Andalucía
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:**
Nombre y apellidos: José Garriguet López
E-mail: jgarriguetl@ephag.es
Teléfonos:697956452

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.



5. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** 1 de Enero al 31 de Diciembre 2014
- **Actualmente en activo:**
- **Prevista su finalización:**

6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Explicitar la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia. Aunque se admiten hasta un máximo de 3, es recomendable que sólo se señale la línea principal. En cualquier caso, señale ésta en primer lugar.

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Prácticas clínicas en el parto. Optimización de la tasa de cesáreas
	Participación de las mujeres en la toma de decisiones

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Que justificó la realización de la experiencia. La **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria** será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, etc.).

El número de cesáreas se ha ido incrementando en los últimos años constituyendo un motivo de preocupación para Sistema Nacional de Salud, gestores e incluso propios profesionales, convirtiéndose su racionalización en objetivo prioritario.

La OMS establece el 15% como indicador de calidad óptimo en la tasa de cesáreas. Por debajo de un 10% quizás estemos comprometiendo los resultados perinatales, pero por encima no está demostrada la obtención de beneficios materno-neonatales.

Una de las claves fundamentales en el aumento de cesáreas es, sin duda, el excesivo intervencionismo médico durante el parto, factor de riesgo ostensible para la vía abdominal, motivado por:

- La impaciencia del obstetra
- Ciertos egos profesionales (“yo dirijo el parto y decido cuando y como finalizarlo porque soy el que sabe y mando”)

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria.



- Comodidad (no es igual un parto de noche que de día)
- Conveniencia (inducciones a la carta)
- Medicina defensiva (evitar litigios)
- Malas prácticas clínicas:
 - Al no hacer diagnósticos correctos en cuanto a datar exactamente el embarazo derivando en inducciones por embarazo en vías de prolongación innecesarias.
 - Sobrediagnosticar ciertas patológicas como oligoamnios, crecimiento intrauterino restringido, macrosomas; no demostradas posteriormente abocando a la elevación del índice de cesáreas por intervencionismo gratuito.
 - Práctica sistemática de cesárea electiva en mujeres con antecedentes de cesárea previa, ciertas patologías médicas como la miopía o algunos factores como la edad muy joven o avanzada, técnicas de reproducción asistida, embarazo gemelar, diabetes gestacional o incluso rotura prematura de membranas con cérvix desfavorable.
 - El mal entendido derecho de autonomía del paciente, ya que en este caso el derecho a la salud se antepone.
 - Inadecuadas indicaciones de cesáreas urgentes al no cumplir con ciertos estándares establecidos claramente por la evidencia científica en cuanto a el riesgo de pérdida de bienestar fetal, fracaso de inducción, desproporción cefalo-pélvica o parto estacionado.

La morbilidad de una cesárea por muy segura que sea y cada vez más depurada la técnica quirúrgica, sigue siendo superior al parto. En los últimos treinta años se ha multiplicado por tres la tasa de cesáreas sin correlacionarse con una mejora en los resultados perinatales, sin olvidar que una cesárea predispone en un porcentaje muy alto a una segunda cesárea en un parto posterior describiéndose mayores complicaciones además de hipotecar la salud de la mujer (mayor incidencia de endometriosis, quistes anexiales, algias pélvicas y más probabilidad de riesgo quirúrgico si precisara de cirugía abdomino-pélvica en un futuro).

El coste sanitario soportado por sistema público de salud derivado por el uso indiscriminado de cesáreas inadecuadas no es despreciable si tenemos en cuenta que el coste directo supone dos o tres veces más que un parto, sin contar con las posibles complicaciones (sangrado quirúrgico, infección de la herida o puerperal, fenómenos tromboembólicos) haciendo que aumente el número de estancias hospitalarias, transfusiones, administración de antibióticos, analgésicos y profilaxis tromboembólica.

8. OBJETIVOS

En este apartado debe cumplimentar el objetivo principal y en su caso objetivos específicos de la experiencia. Deben estar claramente definidos, acordes con la experiencia que se desarrolla y ser concisos.

El **objetivo principal** asienta sobre la **racionalización de la tasa de cesáreas**.

Como **objetivos secundarios** nos hemos marcado aumentar la **atención al parto de baja intervención o natural, asistir partos con el antecedentes de cesárea previa, diagnósticos correctos de crecimiento intrauterino restringidos tanto por exceso como por defecto, disminuir número de episiotomías, mortalidad perinatal por debajo del 0,5%, optimizar la estancia media hospitalaria en obstetricia, partos vaginales en microsomas, sangrado postparto excesivo, promoción de la lactancia y facilitar la realización de piel con piel en el mayor número de partos.**

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Se explicitará el ámbito específico al que se refiere y se dirige la experiencia y su alcance (territorial, sectorial, asistencial, etc.), así como la población diana (población general, profesionales, servicios sanitarios, etc.) objeto de la experiencia.

El Hospital de Montilla (Córdoba), a 45 km. de la capital de la provincia, da cobertura sanitaria a 63.395*

La población se distribuye de la siguiente manera:

MUNICIPIO	ZONA BÁSICA DE SALUD	POBLACIÓN	MUJERES
○ Aguilar de la Frontera	Aguilar	13.701	6.745
○ Fernán Núñez	Fernán Núñez	9.826	4.886
○ Montemayor	Fernán Núñez	4.069	1.999
○ Montalbán de Córdoba	La Rambla	4.475	2.222
○ La Rambla	La Rambla	7.580	3.762
○ Montilla	Montilla	23.752	11.999

*(Datos extraídos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, según cifras del Padrón Municipal a 1 de enero de 2013, INE).

El número de partos anuales en nuestro centro se sitúa alrededor de 500 (482 en 2014, con 68 cesáreas de las cuales 28 fueron electivas: 41%)



10. METODOLOGÍA

En este apartado se valorará especialmente la claridad con que se expone y la sistemática de la misma, así como el hecho de aportar y poner a disposición, cuando proceda, los instrumentos o herramientas utilizados para llevar a cabo la experiencia a la que se refiere. Si la metodología y/o instrumentos utilizados se encuentran disponibles en alguna página Web institucional (nacional o internacional) será preciso referenciarla en este apartado, aunque luego figure en la bibliografía.

Nuestro servicio, formado por siete ginecólogos y seis matronas, está muy sensibilizado con la racionalización de la tasa de cesáreas, de hecho como unidad de gestión clínica tenemos incluido en la tabla de objetivos anuales pactados con la dirección-gerencia ligados a incentivos una tasa de cesáreas inferior al 18%.

Todos los integrantes de la línea materno-infantil, sin excepciones, aceptamos este reto sencillamente atendiendo a las buenas prácticas obstétricas sustentándose éstas en la mejor evidencia científica, para ello disponemos de protocolos actualizados basados en el cumplimiento de los diferentes estándares de calidad definidos en nuestra especialidad, así como discusión permanente en equipo de casos controvertidos con toma de decisiones consensuadas.

En el año 2014 hemos sido supervisados mediante una auditoría combinada, una interna (autoauditoría) y otra externa sobre la adecuación del número de cesáreas con resultados excelentes, siendo, de manera anecdótica, más exigente la autoauditoria.

Una corriente en auge en la obstetricia moderna es el parto natural o de baja intervención para ser más ortodoxos, cada vez más demandado por las gestantes y nuestra maternidad se ha convertido en centro referente del sistema sanitario andaluz al reunir las condiciones adecuadas para tal fin, donde la infraestructura y todos los profesionales implicados en la atención al parto (auxiliares, enfermeras, matronas, ginecólogos, anestesistas, pediatras) facilitan y colaboran al desarrollo del parto en esas condiciones.

Durante un tiempo no lejano, y como autocrítica, a la mujer que acudía a parir a una institución sanitaria se le negaba el derecho de elegir, no se le pedía opinión, no se atendían ciertos deseos, se les trataba con poco respeto, se les dejaba solas sin información, se les ordenaba no llorar o que no gritaran. Pero afortunadamente esto ha cambiado de forma radical y es la mujer la que se ha convertido en la protagonista de su parto, siendo ella la que mediante un documento escrito (plan de parto) nos describe de manera pormenorizada como desea el desarrollo del mismo y lo que espera de nosotros.



Los profesionales involucrados en el parto debemos y tenemos que respetar estos deseos, estar a su lado y ayudar cuando lo necesiten.

Como buena práctica médica tenemos que fomentar el parto de baja intervención en la atención de la salud reproductiva de la mujer.

Disponemos de la infraestructura adecuada para llevar a cabo todo el proceso del parto (dilatación, expulsivo, alumbramiento y puerperio inmediato) en el mismo lugar, hemos incorporado una serie de procedimientos como la recogida y aceptación de los planes de parto, circuitos establecidos en la atención continuada de la matrona, realización de piel con piel, no separar al recién nacido de los padres, fomentar la lactancia materna incluso desde consultas externas y por supuesto la implicación de todos miembros del equipo que intervienen en un parto.

11. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se pondrá especial atención en indicar explícitamente y de forma clara cuales han sido los indicadores empleados para la evaluación de la experiencia que se presenta, concretando fuentes utilizadas para su obtención, fórmula cuando proceda, etc. En caso de evaluación cualitativa, indicar actores, ejes de análisis, etc.

	ESTÁNDAR
○ Cesáreas	15%
○ Adecuación tasa de cesáreas	80%
○ Parto vaginal con cesárea anterior	40%
○ Diagnóstico de crecimiento intrauterino restringido	70%
○ Sobrediagnóstico crecimiento intrauterino restringido	20%
○ Partos inducidos por indicación terapéutica	80%
○ Episiotomías	30%
○ Mortalidad perineal	0,5%
○ Estancia Media hospitalaria en Obstetricia	-
○ Parto vaginal en macrosomas	-
○ Parto natural	-
○ Sangrado postparto \geq 3,5 g. de Hb	4%
○ Promoción de lactancia materna	100%
○ Realización piel con piel del recién nacido	-



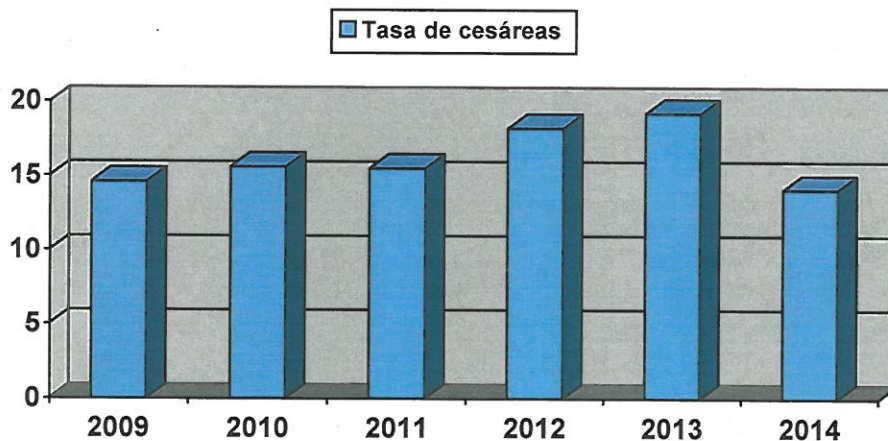
• **RESULTADOS.**

Además de los datos correspondientes se aportarán gráficos o tablas que faciliten su visualización e interpretación.

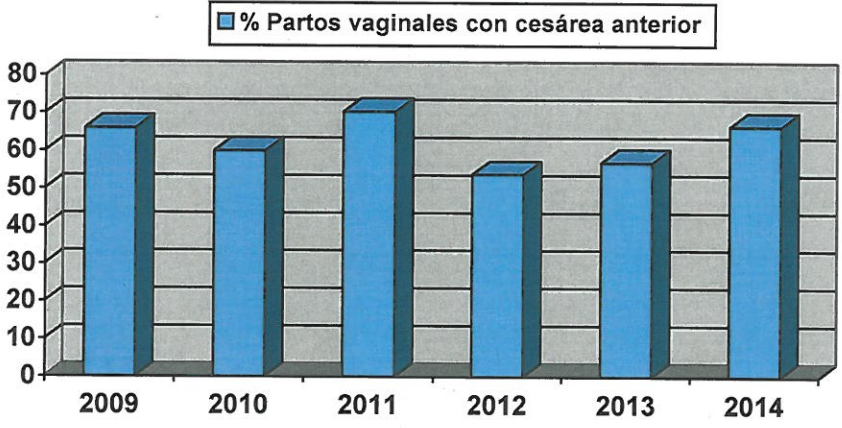
La adecuación en las indicaciones de cesáreas en 2014 ha alcanzado el 94,12% tras auditoría externa

	N	% adec. hosp	% adec. audit	% adec real	Varianza
Total cesáreas auditadas	17	94,12%	94,12%	94,12%	0,00217
Cesáreas electivas	5	100,00%	100,00%	100,00%	0,00000
Cesáreas urgentes	12	91,67%	91,67%	91,67%	0,00424
RPBF	4	75%	75%	75%	0,03125
Fracaso inducción	1	100,00%	100,00%	100,00%	0,00000
Parto estacionado	4	100,00%	100,00%	100,00%	0,00000
DCP	0	N/A	N/A	N/A	N/A
Misceláneas	3	100,00%	100,00%	100,00%	0,00000

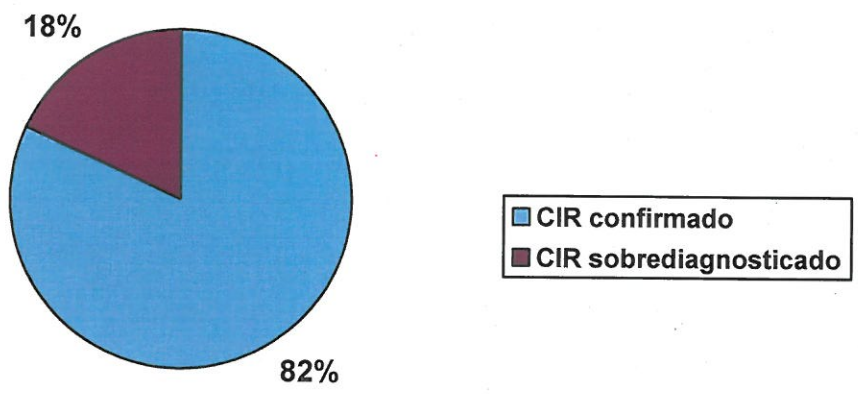
El número de partos asciende a 482 en 2014. Nos situamos en el **14,1%** en la **tasa de cesáreas** (68/482). Con una media próxima al 15% en los últimos años

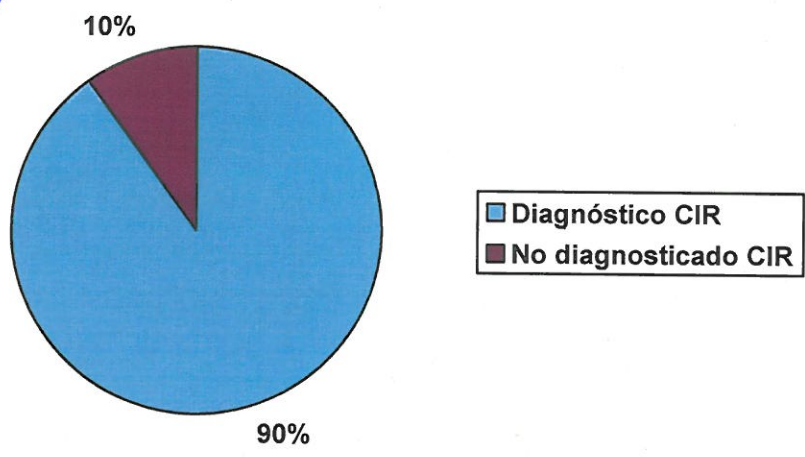


El parto vaginal con el antecedente de cesárea previa ha ascendido en el 2014 al 67% (27 partos de 482 lo que supone un 5,6%, de los cuales 18 finalizaron vía vaginal y 9 en cesárea)

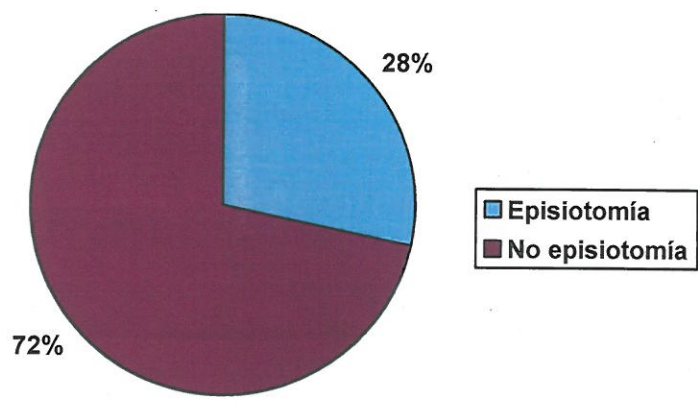


En 2014, de 11 diagnósticos prenatales de crecimiento intrauterino restringido, 2 no se confirmaron al nacimiento (2/11; 18%) y de 10 recién nacidos con crecimiento intrauterino restringido, 9 fueron diagnosticados en etapa prenatal (9/10; 90%)



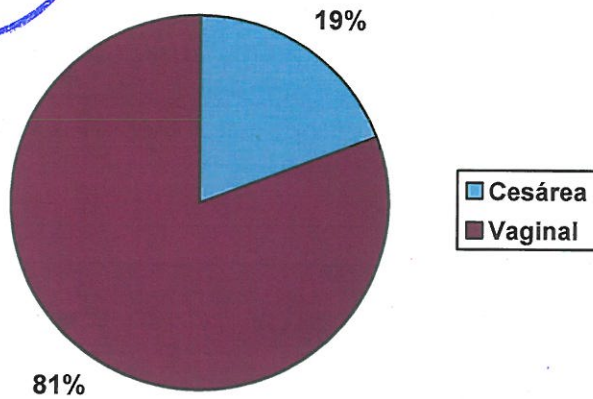


De 482 partos en 2014 practicamos **episiotomía** sólo en 137 lo que supone un 28,4%

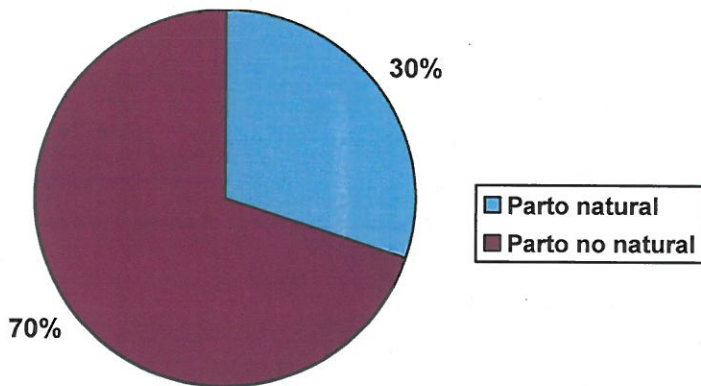


26 recién nacidos **macrosomas** (≥ 4 kilos de peso) hemos asistido en 2014 (5,4%, 26/482) y de los cuales 5 han finalizado en cesárea (5/26, 19%) y 21 vía vaginal (21/26; 81%)

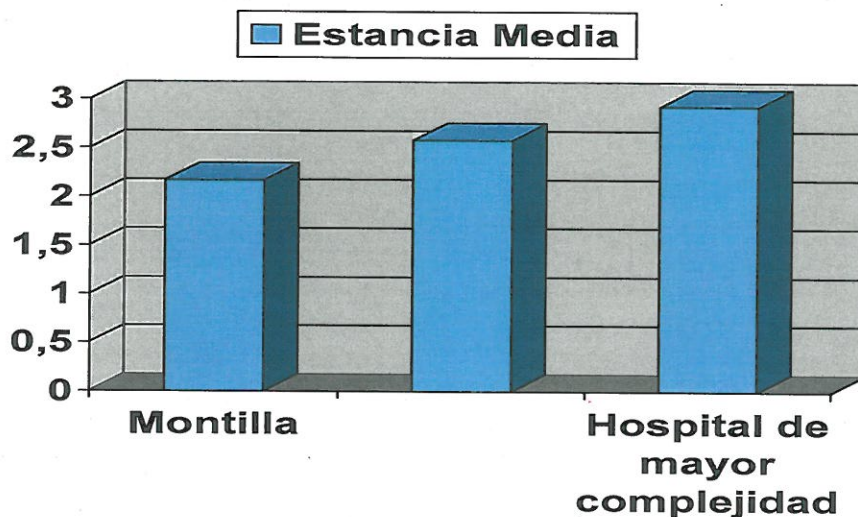
Indicamos cesárea electiva en fetos macrosomas con peso estimado superior a 4.500 gramos, de 4.000-4.500 gramos dejamos evolucionar el parto vía vaginal obteniendo buenos resultados, finalizando sólo 5 casos (19%) en cesárea de las cuales 4 fueron urgentes (2 por parto estacionado y 2 por fracaso de inducción) y 1 fue electiva por primigesta en presentación podálica.



Durante el 2014 hemos tenido 144 **partos de baja intervención** (naturales) lo que supone un 30% del total (144/482; 30%).



La **Estancia Media** hospitalaria de las púerperas durante el 2014 ha sido de 2,17 días en comparación de 2,58 en hospitales de nuestra misma complejidad y 2,93 en los de mayor complejidad



INDICADORES	ESTÁNDAR	RESULTADOS
Tasa de cesáreas	15%	14,1%
Adecuación de cesáreas	80%	94%
Parto vaginal con cesárea anterior	40%	67%
Diagnóstico de CIR	80%	90%
Sobrediagnóstico de CIR	20%	18%
Inducción por indicación terapéutica	80%	100%
Episiotomías	30%	28%
Mortalidad perinatal	0,5%	0%
Parto vaginal en macrosomas	-	80,8%
Parto natural	-	30%
Sangrado postparto $\geq 3,5$ g. Hb	4%	0,4%
Promoción de lactancia materna	100%	100%
Piel con piel del recién nacido	-	90%
Estancia media hospitalaria obstetricia	-	2,17
Sangrado postparto $\geq 3,5$ g. Hb	4%	0,4%



OBJETIVO: tasa de cesáreas \leq 18%

- Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas}}{\text{N}^\circ \text{ total de nacimientos}} \times 100$
- Resultado 2014: 14%

OBJETIVO: adecuación tasa de cesáreas tras audit \geq 80%

- Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas adecuadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de cesáreas}} \times 100$
- Resultado 2014: 94%

OBJETIVO: parto vaginal con cesárea anterior \geq 40%

- Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos vaginales con cesárea previa}}{\text{N}^\circ \text{ total de cesáreas}} \times 100$
- Resultado 2014: 67%

OBJETIVO: diagnóstico ecográfico de CIR que se correlaciona con el diagnóstico al nacimiento \geq 70%

- Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de CIR diagnosticados por ecografía}}{\text{N}^\circ \text{ de CIR confirmados al nacimiento}} \times 100$
- Resultado 2014: 90%

OBJETIVO: sobrediagnóstico de crecimiento intrauterino restringido \leq 20%

- Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de CIR sobrediagnosticados}}{\text{N}^\circ \text{ de CIR con diagnóstico ecográfico prenatal}} \times 100$
- Resultado 2014: 18%

OBJETIVO: partos inducidos por indicación terapéutica \geq 80%

- Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos inducidos por indicación terapéutica}}{\text{N}^\circ \text{ total de partos inducidos}} \times 100$
- Resultado 2014: 100%

OBJETIVO: episiotomías \leq 30%

- Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de episiotomías}}{\text{N}^\circ \text{ total de partos}} \times 100$
- Resultado 2014: 27%



OBJETIVO: mortalidad perinatal <5 por mil (0,5%)

- Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pérdidas perinatales}}{\text{N}^\circ \text{ total de partos}} \times 100$
- Resultado 2014: 0

OBJETIVO: sangrado postparto con pérdida de más de 3,5 g. de Hb \leq 4%

- Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ partos con pérdida de } >3,5 \text{ g. de Hb}}{\text{N}^\circ \text{ total de partos}} \times 100$
- Resultado 2014: 0,4%

OBJETIVO: promoción de la lactancia 100%

- Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ partos con promoción de la lactancia}}{\text{N}^\circ \text{ total de partos}} \times 100$
- Resultado 2014: 100%

*No hemos hallado estándares para compararnos en al parto natural o de baja intervención (30%), parto vaginal en macrosomas (80,8%), piel con piel del recién nacido (90%) y estancia media hospitalaria en obstetricia (2,17 días), aunque pensamos que hemos obtenido muy buenos resultados también en estos apartado.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

El número de cesáreas podemos disminuirlo atendiendo a indicaciones adecuadas sin poner en riesgo la morbilidad perinatal y materna, manejando una serie de indicadores de calidad en obstetricia avalados por la evidencia científica (buenas prácticas) y con un grado de compromiso por parte de todo el equipo encargado del parto. A su vez debemos potenciar el parto natural, siempre que sea posible, debido a las muchas ventajas que presenta (respeto el proceso fisiológico del parto, con todas las consecuencias relativas a la producción de oxitocina y la mayor



calidad del vínculo madre-bebé, mejor recuperación de la madre en el postparto, facilita la lactancia, mejor estado inmunológico para el bebé).

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo SEGO. Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia. Ed. Multimédica Proyectos. 1999
2. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud 2015
3. Salinas H, Erazo M, Pastén J, Preisler J, Ide R, Carmona G. Indicadores de Calidad de Asistencia Obstétrica. Rev Chil Obstet Ginecol 2006;71(2):114-120
4. Romero AI, Luján M, Pernía J, Hernández A. Incidencia y factores relacionados con la pérdida hemática intraparto excesiva. Enfermería Clínica 2011;vol 21(5):256-263
5. Quintana CH, Etxeandri I, Rico R, Armendáriz I, Fernández I. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familias. Guías de Práctica Clínica en SNS. Versión OSTEBA Nº 2009/01
6. Plan de parto y nacimiento del Sistema Sanitario Público Andaluz. Junta de Andalucía. Consejería de Salud 2009
7. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía 2006-2012. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social 2013.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.