



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

ESTRATEGIA DE ADECUACIÓN DE TASAS DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA, MADRID.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- Nombre de la entidad: Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.
- Domicilio social (incluido Código Postal): C/Camino del Molino 2, Fuenlabrada, 28942
- CCAA: Comunidad de Madrid
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:

Nombre y apellidos: María Teulón González

E-mail: maria.teulon@salud.madrid.org

Teléfonos: 916006252/ 629432227

María Teulón González¹, Javier Vega Cañadas¹, Natalia Pagola Limón¹, David Sánchez-
Nieves González², Juan Fernando Cerezuela Requena¹

¹. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

². Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Príncipe de Asturias, Madrid

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):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 2011
- Actualmente en activo: Sí
- Prevista su finalización: Indefinida

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.

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.

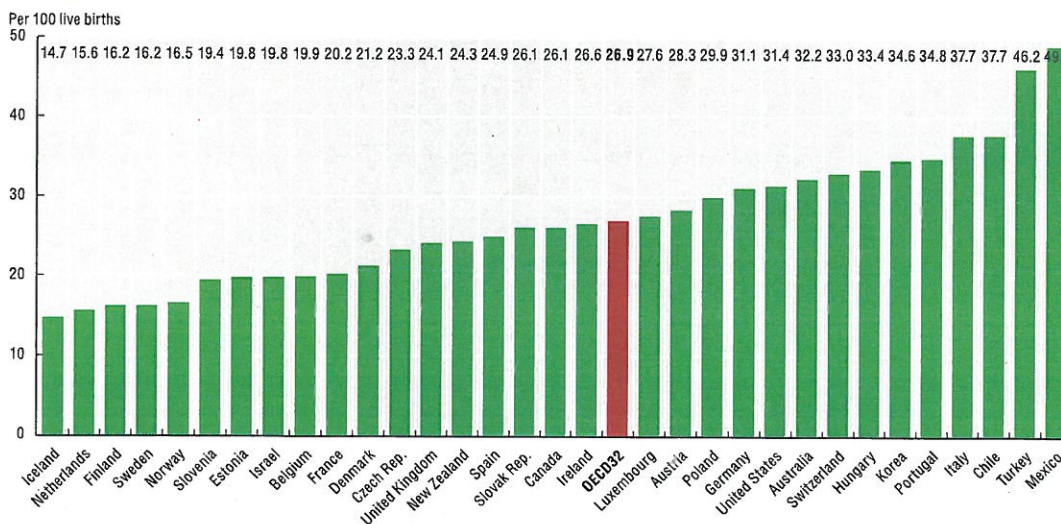
ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Calidad asistencial y gestión de servicios
	Prácticas clínicas durante el parto
	Formación de profesionales

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

ANÁLISIS DE SITUACION QUE JUSTIFICA LA REALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA.

La atención al parto es una de las primeras causas de ingreso hospitalario de nuestro medio. Es un evento con gran repercusión social y psicológica de la mujer y su entorno familiar. La cesárea por tanto, es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas en nuestro medio en el momento actual. Aunque su práctica es generalizada, estandarizada y protocolizada, sus tasas de aplicación demuestran una gran variabilidad.

Las tasas de cesárea del mundo occidental han ido aumentando de forma creciente en los últimos años y son muy distintas entre países desarrollados (Gráfico 1)¹ incluso entre países del mismo entorno (ej. España 24'9%, Italia 37'7%, Francia 20'2%, Holanda 15'6%).



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932917617>

Gráfico 1: Tasas de cesárea OCDE 2011. Health at a glance 2013

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.

Esta variabilidad también se observa en las distintas comunidades autónomas² entre los centros del SNS^{2,3,7} y la medicina privada (gráfica sanidad pública y privada) e incluso entre centros similares de una misma comunidad autónoma. En nuestro centro hospitalario hemos mantenido tasas muy aceptables de cesárea desde su apertura, siempre por debajo de dicha media, sin embargo, estas tasas han sido crecientes de forma inexplicable hasta el año 2012 (Gráfico 2).

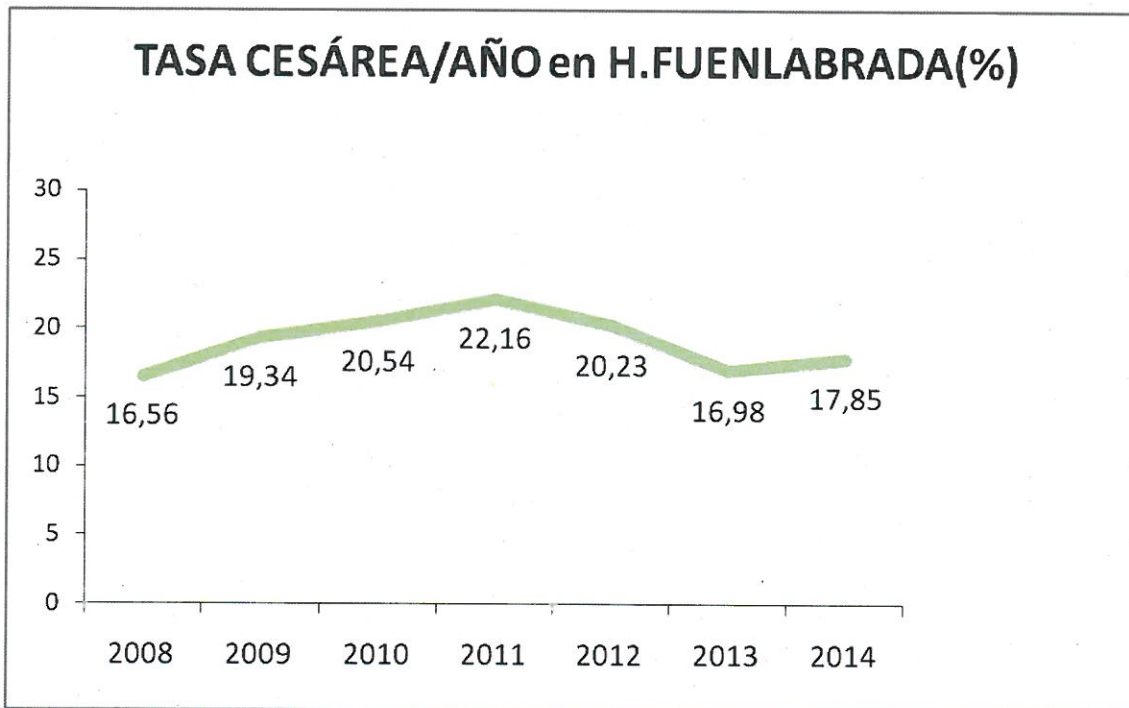



Gráfico 2. Tasas de cesárea por año en Hospital Universitario Fuenlabrada (2008-2014)

El aumento significativo e inexplicable de nuestra tasa de cesáreas desde el año 2009 que alcanzó su punto más elevado en 2011 (22'16%) y la coincidencia temporal con el desarrollo de una herramienta de ayuda en la toma de decisiones clínicas que propiciaba la sistematización de las indicaciones de cesárea (**Estándares de uso Apropiado**)^{3,4}, desarrollada como trabajo de tesis doctoral por dos investigadores miembros de nuestro Servicio^{3,4}, fue el germen de una estrategia construida para mejorar la adecuación de la tasa de cesáreas y si fuese posible reducirlas, que se inició en el año 2011 y que sigue vigente todavía.

La herramienta construida según la metodología de RAND-UCLA^{5,6}, basada en la MBE y en la opinión de un elenco de obstetras expertos, permitía calificar todas las posibles indicaciones de cesárea como "Adecuadas", "Dudosas" e "Inadecuadas".

En realidad una tasa de cesáreas bruta no refleja probablemente nada si no es ajustada por riesgo y por los resultados en salud obtenidos, la variabilidad de cualquier procedimiento no debe



además ser entendida siempre como una sobreutilización de la técnica, en ocasiones podría explicarse por una infrautilización de la misma, esto explicaría que el objetivo de nuestra estrategia fue analizar nuestra tasa de cesáreas, su tasa de adecuación y la minimización de las cesáreas practicadas con indicación médica inadecuada, lo que nos llevará a realizar una práctica obstétrica de mejor calidad.

8. OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la atención a nuestras pacientes en el momento del parto y en concreto en relación a las cesáreas practicadas en nuestro Servicio, con tasas crecientes desde año 2009, basada en la necesidad ética, social y humanitaria de los médicos del Servicio de Ginecología y Obstetricia y Ginecología. Para ello, fue primero primordial evaluar nuestros resultados clínicos y después emprender las acciones pertinentes para mejorarlos:

- Mejora de nuestra calidad asistencial
- Análisis de nuestra práctica clínica y desarrollo de acciones de mejora
- Reducción de tasas brutas de cesáreas: Centrada en la disminución de la Inadecuación
- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica entre los profesionales del Servicio, sistematizando nuestra actividad, homogeneizando indicaciones de cesáreas, optimización del “timing” apoyados en la MBE y la opinión de expertos en la materia.
- Consolidación de resultados a medio plazo, reforzado por la realización de auditorías periódicas.

Este plan desarrollado en nuestro Servicio se apoya en los siguientes aspectos:

- Evaluación de resultados: Auditoria retrospectiva de cesáreas realizadas durante 2010 y 2014, evaluación de resultados y definición de acciones de mejora para reducir las inadecuadas y las dudosas. Presentación de resultados a los profesionales. Auditoria personalizada de resultados por facultativo, con carácter privado comunicando sus tasas de adecuación e inadecuación de las cesáreas que indicaron durante ese año. Evaluación comparada de resultados obtenidos con el resto del equipo médico.
- Modificación de Práctica Clínica: Puesta en marcha de distintas estrategias de mejora de nuestra adecuación en aquellos aspectos de nuestra práctica clínica con más cesáreas de indicación inadecuada. Esta modificación se realizó a través de la



actualización, protocolización y estandarización de nuestra práctica clínica, disminuyendo la variabilidad interprofesional dentro de nuestro Servicio

- Rendición de cuentas: “Feed-back” de resultados a los profesionales médicos implicados.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Nuestro hospital es un centro hospitalario público de 2º nivel, situado en las afueras de Madrid con zona de influencia: Fuenlabrada, Humanes y Moraleja de Enmedio y una población de referencia asignada de alrededor de 225.000 habitantes.

Nuestro Servicio, junto con el Servicio de Pediatría atiende a todas las gestantes del área, sea cual sea su edad gestacional y su patología de base sin precisar derivaciones a otros centros terciarios con la única salvedad de un pequeño número de recién nacidos subsidiarios de recibir atención quirúrgica neonatal inmediata. Este hecho es relevante, ya que nuestras tasas de cesárea no están influidas ni artefactadas por atender solo a gestantes de bajo riesgo, como ocurre en algunos hospitales de pequeño tamaño, que derivan la patología obstétrica severa, normalmente con peores resultados y más altas tasas de cesáreas a otros centros terciarios.

Nuestra población diana fueron todas aquellas gestantes a las que se realizó una cesárea en el Hospital Universitario de Fuenlabrada durante los años analizados. También se realizaron actuaciones (cambio, de protocolos, comunicación de resultados) sobre los profesionales adscritos al Servicio de Ginecología responsables de las indicaciones quirúrgicas de la cesárea.

10. METODOLOGÍA

Este programa se ha realizado en varias fases consecutivas pero bien diferenciadas entre comienzos del año 2011 y primer trimestre 2015.

1. Auditoria inicial (2011).

Se revisaron de forma retrospectiva todas las cesáreas realizadas en nuestro Servicio durante el año 2010. Se revisaron un total de 549 cesáreas. La revisión fue realizada por dos obstetras Sénior a partir de los datos recogidos en la Historia Clínica digital (Selene Siemens). Los revisores aplicaron la herramienta “Estándares de Uso Apropiado de Cesárea” de su creación basado en el método estadounidense “Uso Apropiado” ampliamente utilizado en diversos procedimientos médicos y quirúrgicos que permite valorar la infrautilización o sobreutilización

de un procedimiento, apoyándose en la MBE y en la opinión de expertos ^{5,6}. Esta revisión fue el objeto de sus dos tesis doctorales. La revisión y aplicación de la herramienta permitió calificar cada indicación de cesárea como "Adecuada", "Dudosa" e "Inadecuada", identificar la causa de la eventual inadecuación e identificar al médico responsable de cada indicación.

2. Comunicación de resultados (2011).

Presentación de los resultados globales del Servicio en Sesión Clínica, con análisis pormenorizados de las tasas brutas, tasas de adecuación e inadecuación global y los puntos críticos susceptibles de mejora. Comunicación individualizada y privada a cada ginecólogo de sus tasas de adecuación.

3. Acciones de mejora (2012).

Se detectaron varias situaciones causantes de inadecuación fácilmente subsanables y se sugirieron las siguientes acciones de mejora:

- Revisión de práctica clínica en las indicaciones: Inducción de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa, parto en podálica, riesgo de pérdida de bienestar fetal, desproporción pélvico-cefálica.

Se revisaron los protocolos clínicos donde se encontró conflicto o cifras importantes de inadecuación. La revisión se realizó en base a la MBE disponible en el momento actual. Ej. La revisión del protocolo de Inducción de trabajo de parto tras cesárea anterior, modificó nuestra significativamente nuestra política de inducciones de trabajo de parto con cesárea previa, ya que antes de la revisión se indicaban cesáreas electivas en pacientes con condiciones cervicales previas a la inducción desfavorables y a partir de la revisión del protocolo se decidió intentar siempre la inducción del parto independientemente de las condiciones del cérvix.

Otras situaciones responsables de un porcentaje considerable de nuestra inadecuación (riesgo de pérdida de bienestar fetal, desproporción pélvico-cefálica, parto de nalgas) no fueron tan fácilmente mejorables, aunque sus protocolos fueron igualmente revisados y actualizados

- Optimización de fecha de programación de cesáreas: reducción drástica de las cesáreas programadas antes de la semana 39 de gestación. Es sabido que la realización de las cesáreas programadas después de esa edad gestacional presenta menos complicaciones respiratorias neonatales⁸, por lo que las recomendaciones actuales aconsejan esperar a dicha semana para su realización.

- Presentación de las cesáreas realizadas a diario: en Sesión Clínica matutina del pase de guardia del Servicio, por los actores implicados, aportando los datos clínicos, registro de la monitorización, datos del parto y neonato. El talante de dicha presentación es constructivo –que no destructivo- pero riguroso. Las indicaciones se discuten en Sesión entre todos, para asegurar además una adecuada docencia a nuestros residentes. La presentación de cada cesárea realizada en Sesión General inicialmente pudo generar alguna tensión entre los especialistas que se sentían “examinados”, en el momento actual es una práctica totalmente integrada en nuestra cotidianeidad y no suele generar conflictos.

4. Implementación de nuevos procedimientos (2012-2014).

Implementación de programa de VCE para disminuir la tasa de cesáreas por podálica. La presentación de nalgas se da en un 3-4% de las gestaciones. Son conocidos los riesgos atribuibles a un parto de nalgas⁹ pero dado que la práctica de la cesárea tampoco está exenta de riesgos, en la actualidad la mayoría de las organizaciones profesionales de ginecólogos (RCOG, ACOG, SEGO) recomiendan el intento de versión cefálica cerca del término del feto en presentación podálica. La VCE no fue un procedimiento estandarizado en nuestro hospital hasta comienzos del año 2012. El programa se puso en marcha en Enero 2012 en gestantes 36-40s de gestación con fetos en presentación podálica. Realizaron las versiones dos obstetras júnior con experiencia escasa en versiones externas, aunque provenientes de centros hospitalarios con amplia implantación del procedimiento.

5. Auditoria comparada (2015):

Nueva auditoría sobre las cesáreas realizadas en nuestro Servicio durante el año 2014 y revisión de tasas de adecuación según el procedimiento aplicado en la auditoría inicial. Se revisaron de forma retrospectiva todas las cesáreas realizadas en nuestro Servicio durante el año 2014, con la misma metodología y herramienta empleada en el año 2010. Se revisaron un total de cesáreas de 353. La revisión fue realizada por dos obstetras del Servicio a partir de los datos recogidos en la Historia Clínica digital (Selene Siemens). El objetivo de dicha revisión fue calificar de nuevo cada indicación de cesárea como “Adecuada”, “Dudosa” e “Inadecuada”, según la herramienta disponible (Estándares de Uso Apropiado), las causas de la inadecuación e identificar al médico responsable de cada indicación.

6. Presentación de resultados (2015)

Comparación con resultados de auditoría previa (2010) y comunicación de resultados globales en Sesión Clínica e individualizada a cada ginecólogo con sus tasas personales de adecuación/inadecuación.

11. EVALUACIÓN

1. Tasas de cesárea globales HUF (2006-2010) y 2011-2014
2. Tasas de Adecuación/Inadecuación/Dudosas años 2010 y 2014. Causas de inadecuación años 2010 y 2014.
3. Resultados del programa de Versión Cefálica Externa en el Hospital de Fuenlabrada

1. TASAS DE CESÁREAS GLOBALES EN EL HOSPITAL DE FUENLABRADA.

Las cesáreas realizadas en los años 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014 fueron respectivamente: 445, 562, 553, 569, 480, 410, 338 y 353 lo que supusieron un 16'56%, 19'34%, 20'54%, 22'16%, 20'23%, 18'43%, 16'98% y 17'85% de los partos atendidos en nuestro hospital durante ese periodo. La tasa global de cesáreas 2007-2004 es de 19'11% de los partos atendidos en nuestro hospital (Gráfico 2).

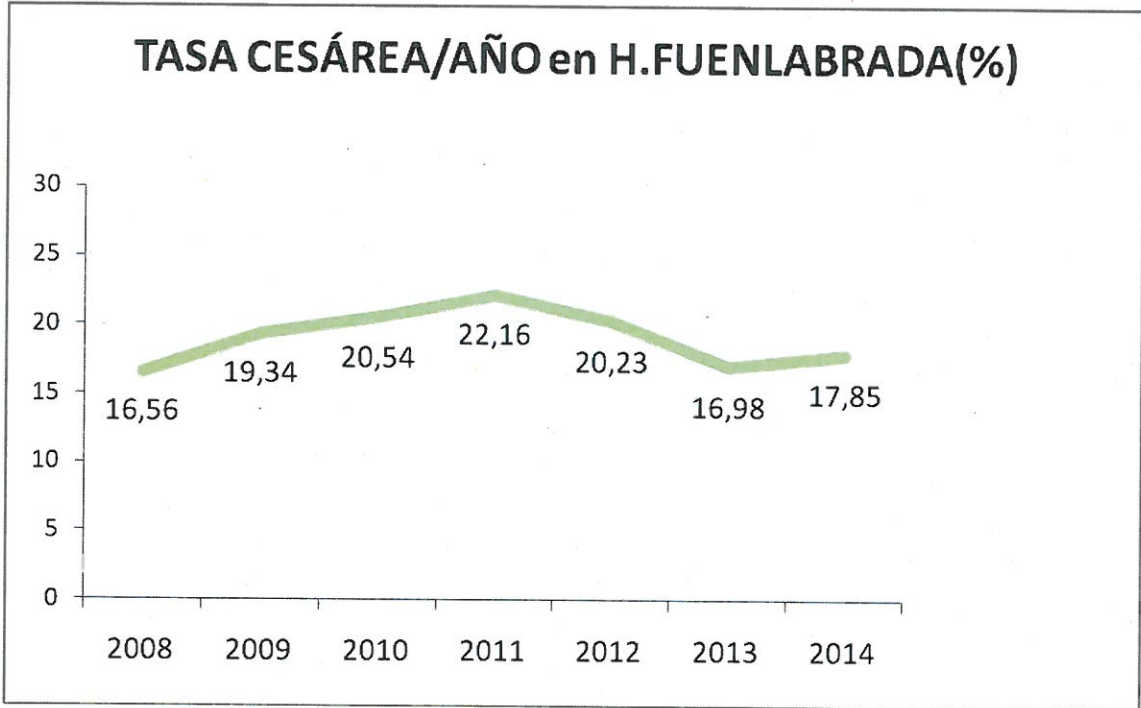


Gráfico 2. Tasas de cesárea por año en Hospital Universitario Fuenlabrada (2008-2014)

2. TASAS DE ADECUACIÓN/ INADECUACIÓN DE CESÁREAS.

Durante el año 2010 se realizaron 549 cesáreas en nuestro Hospital. Tras la aplicación de los estándares de uso apropiado, el 57% de las mismas se realizó de forma adecuada (A),

El 21% presentó una indicación dudosa (D) y el 22% fue indicada de forma inadecuada según la herramienta.

El análisis por indicación de las inadecuadas presentó: El 22% de la inadecuación fueron cesáreas realizadas con carácter electivo en pacientes con antecedentes de cesárea previa; el 16% cesáreas por presentación podálica realizadas antes de la semana 39 de gestación, el 14% cesáreas indicadas de forma inadecuada por riesgo de pérdida de bienestar fetal no adecuadamente documentado; 12% atribuido a desproporción pélvico-cefálica; 10% a fracasos de inducción antes del tiempo estipulado por nuestro protocolo, 12% otras y un 6% de cesáreas iterativas inadecuadamente indicadas antes de la semana 39. Un total del 22% de la Inadecuación fue debido a la realización indebida de cesáreas programadas antes de la 39s.

Causas de inadecuación de cesáreas año 2010

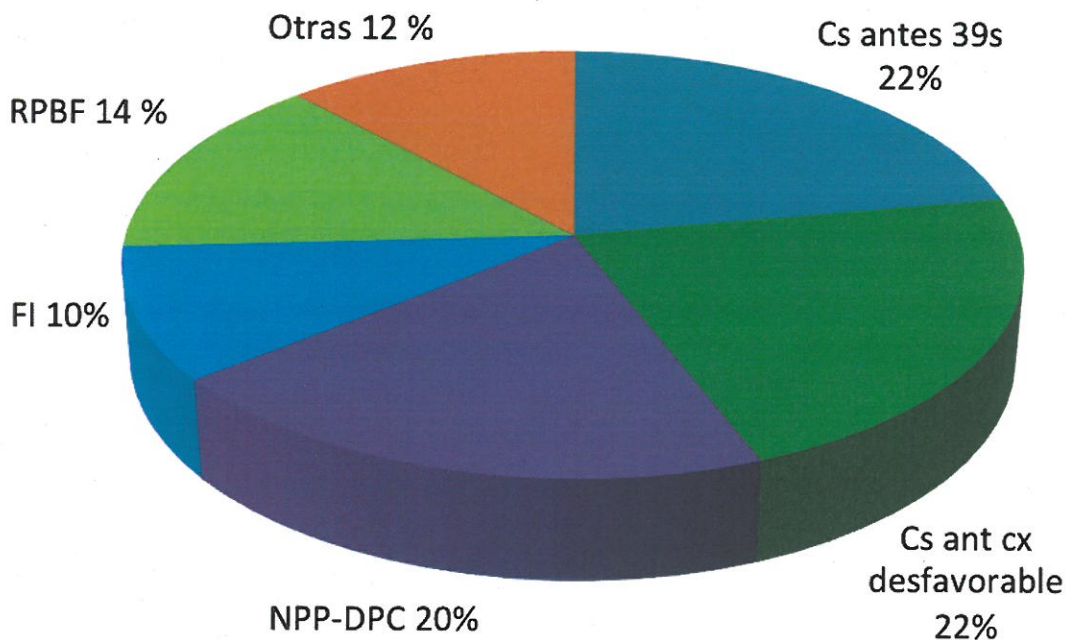


Gráfico 3. Inadecuación de cesáreas por causas, año 2010.

Durante el año 2014 se evaluaron 353 cesáreas, se aplicaron de forma similar los estándares de Uso Apropriado, objetivándose que un 68% de nuestras cesáreas practicadas tuvieron indicación adecuada (A), un 25% indicación dudosa (D) y un 7% (I) presentó una indicación inadecuada. El análisis por indicación de la inadecuación registrada en el año 2014 reveló un 13% de cesáreas programadas por podálica antes de



La 39 semanas de la gestación, el 61% fueron indicadas por riesgo de pérdida de bienestar fetal sin cumplir todos los parámetros estandarizados para esa indicación; el 17% indicadas por no progresión de parto sin cumplir los criterios estandarizados y el 9% con diagnóstico de fracasos de inducción donde no se cumplieron los criterios temporales para establecer dicho fracaso.

Causas de inadecuación de cesáreas año 2014

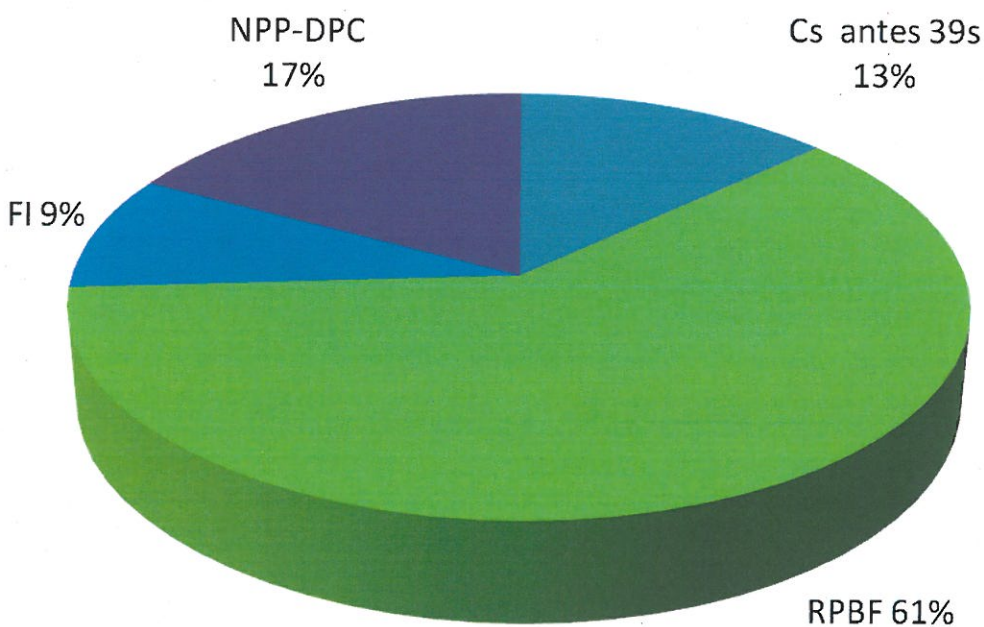


Gráfico 4. Inadecuación de cesáreas por causas, año 2010.

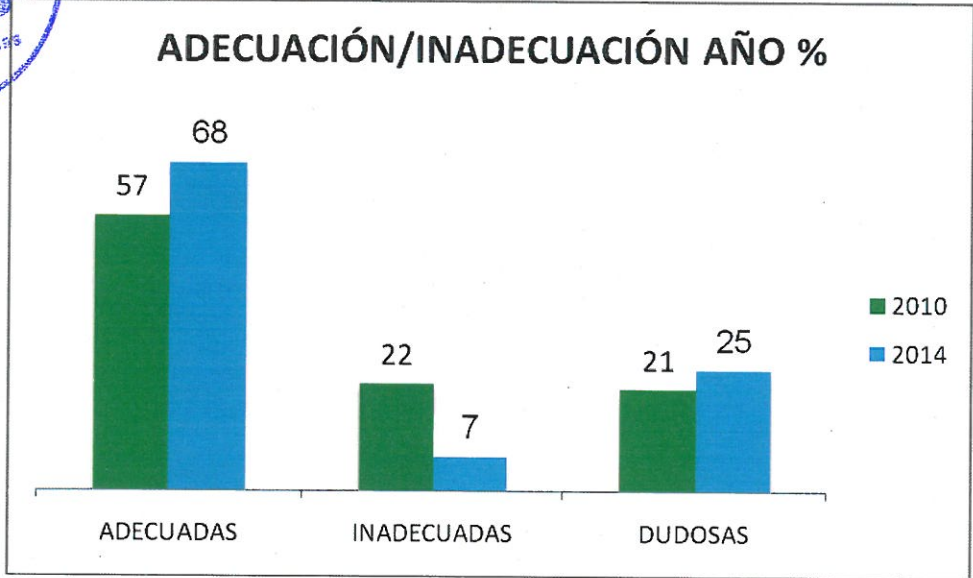


Gráfico 5. Adecuación/Inadecuación cesáreas 2010 y 2014.

3. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE VERSION CEFÁLICA EXTERNA (VCE) HOSPITAL DE FUENLABRADA.

Entre Enero 2012 y Diciembre del año 2014 se realizaron en el Hospital Universitario de Fuenlabrada un total de 75 VCE, en edades gestacionales comprendidas entre la 36+0 y la 40+6 semanas de amenorrea, el 52% eran primigestas-nulíparas; el 37,3% secundigestas-primíparas y el 34,67% grandes múltiparas. En el 85,33% de los casos la situación fetal fue longitudinal y en el 12%, transversal. La presentación podálica más frecuente fue la de nalgas puras 62,67%, seguida por un 12% de presentaciones de nalgas incompletas. En 2012, 2013 y 2014 se obtuvo una tasa de VCE exitosas del 46,7%, 41,94% y 58,62%, con una tasa de partos eutócicos posteriores del 71,43%, 61,54% y 76,47%, respectivamente (Gráfico 6).

Teniendo en cuenta los 3 años, la tasa de éxito global de VCE nuestro hospital fue del 49,33%, con una tasa de partos eutócicos e instrumentales posteriores en pacientes con VCE exitosa del 70,27% y del 6%, respectivamente, el número de pacientes que evitó la cesárea finalmente (antes del protocolo, cesárea segura), fueron 28 pacientes, mientras que otras 8 pacientes fueron sometidas a cesárea tras la versión exitosa por otras indicaciones obstétricas acontecidas durante el parto.

VCE exitosas/ Partos eutócicos posteriores tras VCE/año (%)

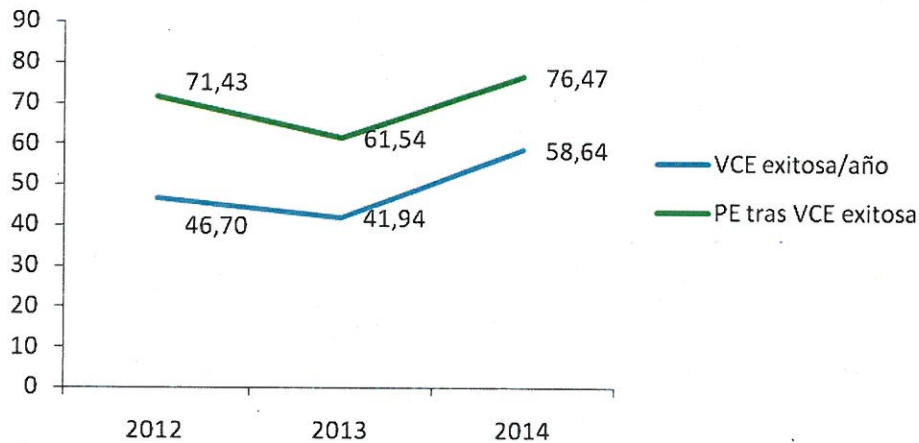


Gráfico 6. VCE exitosas y partos eutócicos posteriores/año (%)

La tasa de complicaciones tras la realización de VCE fue muy baja en todos los años: 13,34% en 2012; 3,23% en 2013 y 3,45% en 2014, aunque ninguna de ellas supusieron consecuencias graves ni para madre ni recién nacido.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El análisis de los resultados muestra una reducción significativa de las tasa brutas anuales en los últimos tres años, situada en los dos últimos años por debajo del 18%. Este descenso creemos que es coincidente con la implementación de las medidas derivadas de nuestra primera auditoria y que estamos relatando en este informe. Nuestras tasas brutas de cesárea han permanecido por debajo de la media nacional desde la apertura del Hospital en el año 2004.

Los resultados obtenidos tras la revisión pormenorizada de nuestros resultados nos permiten concluir que nuestras tasas de cesárea son óptimas aunque mejorables y que las medidas puestas en marcha tras la auditoría de cesáreas realizada en el año 2010 han sido efectivas para mejorar la adecuación de forma significativa, 57% 2010 versus el 68% de adecuación registrado en el año 2014. Dado que las indicaciones de cesárea dudosas para la herramienta (fundamentalmente las podálicas) no han variado significativamente entre 2010 y 2014, 21 y 25% respectivamente, el aumento de la adecuación se consigue a expensas de la reducción de las cesáreas inadecuadas.



La mejora de la adecuación disminuyendo la inadecuación, puede explicarse por las siguientes razones: el 22% de las cesáreas que resultaron inadecuadas en el año 2010, lo fueron por ser cesáreas programadas para realizarse antes de la semana 39⁸ (16% nalgas +6% iterativas) y otro 22% de cesáreas inadecuadas fueron las realizadas en antecedentes de cesárea anterior sin intentar inducción de trabajo de parto. La introducción de medidas correctoras, cambiando el protocolo de atención a dichas pacientes ha recogido los resultados esperados, de tal manera que el año 2014 solo se realizaron 3 cesáreas antes de la semana 39 de la gestación y ninguna por debajo de la 38 (13% cesáreas inadecuadas). En el momento actual resulta excepcional la realización de una cesárea electiva con antecedentes de cesárea previa sin intento previo de inducción de trabajo de parto, salvo denegación de consentimiento por parte de la madre, durante el año 2014 no se indicó ninguna cesárea por cérvix desfavorable antes de intentar la inducción. Aunque la implementación del programa de Versión Cefálica Externa ha permitido reducir el número de cesáreas programadas por presentación podálica que forman parte de las indicaciones de cesárea reflejadas por la herramienta como dudosas "Dudosas", no se ha conseguido de forma paradójica una reducción de las cesáreas dudosa, 21% año 2010 vs 25% 2014 en los que la indicación preponderante fue la presentación podálica, aunque sí se ha reducido la inadecuación observada en el 2010 debida a su programación antes de la semana 39. La atención al parto de nalgas sigue siendo controvertida desde la publicación del trabajo de Hannah y colaboradores⁹ (2000) y la indicación de cesárea por podálica ante la falta de consenso figura como Dudosa (D), en los estándares de Uso Apropiado.

En relación a otras indicaciones de cesárea que resultan inadecuadas o dudosas: fracaso de inducción, desproporción pélvico-cefálica o riesgo de pérdida de bienestar fetal más difíciles de corregir se implementaron algunas medidas que consideramos que podrían mejorar su adecuación a largo plazo, como la obligatoriedad de presentarlas en Sesión Clínica a diario, aportando datos clínicos, monitorización intraparto para realizar de forma continuada un seguimiento de todas las cesáreas indicadas intraparto. Asimismo se prepararon varias Sesiones Clínicas teóricas sobre nuevas curvas de evolución del parto, protocolos de inducción actualizados para reforzar la formación de todo el equipo médico. Dichas medidas han conseguido una leve reducción en el porcentaje de cesáreas inadecuadas por fracaso de inducción 10% año 2010 vs 8'7% 2014 y ninguna efectividad en relación al diagnóstico de desproporción pélvico-cefálica que ha pasado del 12% 2010 al 17'44% en el 2014. Tras la adopción de todas las medidas anteriormente expuestas el grueso de nuestra "inadecuación" está situado en la indicación "Riesgo de pérdida de bienestar fetal" que pasa de un 14% del año 2010 al 60'89% del 2014. Este incremento tan importante puede explicarse por la disminución relativa de todos los ítems previos, asimismo consideramos que los métodos actuales de control del bienestar fetal (monitorización



fetal intraparto) y determinación de pH en sangre capilar fetal presentan limitaciones importantes de difícil corrección. Asimismo el grueso de la presión que sentimos los obstetras por la "judicialización del parto" recae sobre todo en esta indicación, al no contar con métodos de control de bienestar fetal más sensibles y con menos falsos positivos.

Será necesario continuar con la monitorización estrecha de las indicaciones de cesáreas por riesgo de pérdida de bienestar fetal en próximos meses para continuar con el refuerzo a los profesionales que se van incorporando de otros centros hospitalarios, para conseguir una mejor adherencia a nuestros protocolos.

Es reseñable el descenso objetivado en nuestra cifra de partos totales, más importante desde los últimos tres años y atribuible sin duda al contexto de crisis económica que hemos padecido, disminución de población emigrante en nuestro municipio que tradicionalmente tenía altas tasas de natalidad y a la apertura de varias maternidades en nuestra Comunidad Autónoma con proximidad geográfica a nuestro hospital o con protocolos de Atención al parto poco invasivos, similares a los de nuestro centro.

Como limitación al análisis de los resultados de ambas auditorías se puede poner que los evaluadores de cesáreas no fueron los mismos en 2010 y 2014, los del 2010 conocían más profundamente la herramienta, ya que fueron sus creadores y quizás pudieron ser más estrictos en la valoración, con la adecuación de las indicaciones.

En relación a la VCE, estos resultados permiten demostrar que la tasa de éxito de la VCE es buena desde el comienzo del programa y rápidamente mejorable en un corto periodo de tiempo ya que dicha práctica se inició en este centro en el año 2012, llevándose a cabo por profesionales con poca experiencia en la misma, obteniendo en 2012 una tasa de éxito del 47%, en 2013 del 42 % y 2014 del 59% (similar a la obtenida en revisiones previas), asimismo la tasa de parto por cesáreas posteriormente a la práctica de la VCE, que, como se indicaba en estudios previos, era más alta que en la población general, pero mucho menor a la de aquellas pacientes que no se sometieron a ella.

Por lo tanto, no sólo es importante resaltar nuestra tasa de éxito global alcanzada en el periodo de estudio del 49,33%, sino también la tasa de parto eutócico tras la VCE exitosa, que fue del 70,27%,

En cuanto a las complicaciones posteriores a la versión, se obtuvo una tasa muy baja de las mismas, (las más frecuentes demostradas también en revisiones previas), como lo fueron alteraciones del RCTG temporales o sostenidas, inicio del trabajo de parto o RPM por lo que se recomienda realizarla al término de la gestación para así poder tomar medidas dirigidas a la finalización si fuese necesario, ninguna de las complicaciones reseñadas supuso consecuencias graves para madre ni recién nacido.

En conjunto consideramos que las medidas adoptadas han sido eficaces para ajustar no solo nuestras tasas globales de cesárea sino lo que es más importante mejorar nuestra adecuación, "realizar lo indicado", aunque consideramos interesante definir nuevas estrategias que permitan seguir mejorando nuestra adecuación en años venideros, sobre las indicaciones responsables del grueso de la inadecuación en el año 2014.

Un factor clave para este logro es haber hecho algo fundamental, la medición de los resultados obtenidos mediante auditoría interna, práctica todavía muy poco extendida en nuestro SNS.

La medición de resultados y rendición de cuentas, deberían ser una práctica ineludible para cualquier centro sanitario para mejorar su práctica clínica diaria y para tomar las decisiones estratégicas oportunas que posibiliten los procesos de mejora de la calidad asistencial. Es imprescindible que la medición de nuestra actividad no solo se enfoque a los tradicionales indicadores de rendimiento hospitalario utilizados por los gestores, sino que debemos ser los clínicos los que definamos nuestros propios indicadores de nuestra práctica y calidad asistencial como única forma posible de progreso y mejora. Dicha evaluación de indicadores de actividad debe incluir resultados en salud y de calidad percibida por parte del paciente.

Para ello el personal sanitario debe ir incorporando la necesidad de medir. Sin embargo este esfuerzo no puede realizarse solo "intramuros", nuestros gobernantes y gestores deben posibilitar de forma imprescindible los recursos necesarios para dicha evaluación: Implantación universal de Historia Clínica Digital; definición consensuada de indicadores a evaluar; plantillas dimensionadas para acometer dicha evaluación y no solo calculadas para asegurar la labor asistencial; obligatoriedad de dicha evaluación; obligatoriedad de publicación de resultados de todos los centros hospitalarios propiciada por las CC.AA; accesibilidad de resultados a todos los interesados y pacientes; facilitación del "benchmarking" propiciando la colaboración intercentros, para lograr una atención dentro de nuestro territorio nacional más equitativa y homogénea.



Nuestra estrategia hasta aquí presentada es fiel reflejo del compromiso de nuestro Servicio por la mejora constante de la atención obstétrica de nuestras pacientes. Siguen existiendo puntos débiles susceptibles de mejora en años venideros.

CONCLUSIONES:

- Presentamos unas tasas de cesárea globales estables por debajo de la media nacional.
- Las medidas adoptadas tras la primera auditoría realizada han sido eficaces y nuestras cesáreas presentan una tasa de adecuación actual del 68%.
- Las auditorias de práctica clínica son procesos deseables e indispensables para emprender cualquier estrategia de mejora.
- Es necesario seguir trabajando para disminuir nuestra inadecuación.

BIBLIOGRAFIA

1. Health at a glance 2013. OCDE
2. Atlas de variabilidad práctica médica VPM
3. Desarrollo de Estándares de Uso Apropiado de Cesárea. Aplicación clínica de estándares de cesárea programada en el Hospital de Fuenlabrada (Madrid). Tesis Doctoral María Teulón González. Marzo 2011. Departamento Medicina Preventiva y Salud Pública, Inmunología y Microbiología Médicas. Universidad Rey Juan Carlos
<https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=999897>
4. Desarrollo y aplicación de estándares con el método de uso apropiado en cesárea. aplicación en cesárea urgente. Tesis Doctoral David Sánchez-Nieves Fernández. Departamento Medicina Preventiva y Salud Pública, Inmunología y Microbiología Médicas. Universidad Rey Juan Carlos.
<https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1000410>
5. Fitch K., Bernstein S.J., Aguilar M.D., Burnand B., LaCalle J.R., Lázaro P., et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Mónica: RAND publication MR-1269,2000. RAND publication MR-1269,2000.
6. Fitch K., Lázaro P., Aguilar M.D.:Kahan J.P., Van het Loo M., Bernstein S.J. European criteria for the appropriateness and necessity of coronary revascularization procedures. Eur J of Cardiothoracic Surgery 2000;18: 380-387.



7. Evolución de las tasas de cesárea en Hospitales del Sistema Nacional de Salud 2001-2011. Informes CMBD. Información y estadísticas sanitarias 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
8. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. Acta Obstet.Gynecol.Scand. 2007;86(4):389-394.
9. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA et al.Planned caeserean section versus vaginal Barth for breech presentation at term: A randomised controlled trial. Lancet 2000, 356, 9239:1375-1383

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.