

584 **Andrés Calvo Pérez^a**
Pedro J. Cabeza Vengoechea^a
Carlos Campillo Artero^b
Javier Agüera Ortiz^a

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Manacor. Manacor. Mallorca. España.

^bSubdirección de Evaluación Asistencial. Servei Balear de la Salut. Palma de Mallorca. España.

Correspondencia:

Dr. A. Calvo Pérez.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Manacor. Carretera Manacor-Alcudia, s/n. 07500 Manacor. Mallorca. España.

Correo electrónico: acalvo@hospitalmanacor.org

Fecha de recepción: 20/12/06.

Fecha de aceptación: 6/6/07.

Idoneidad de las indicaciones de cesárea. Una aplicación en la gestión de la práctica clínica

Appropriateness of indications for cesarean section. Application of quality management to clinical practice

RESUMEN

Objetivo: Describir el sistema de gestión de calidad en el ámbito de las cesáreas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Manacor y evaluar la adecuación de las cesáreas practicadas en ese servicio en el bienio 2004-2005.

Sujetos y métodos: Se consensuaron indicaciones basadas en pruebas científicas para practicar cesáreas urgentes y programadas y sus criterios de calidad, y se revisaron todas las historias clínicas para evaluar su idoneidad en ese bienio conforme a estándares prefijados.

Resultados: En todos los bimestres se cumplieron los objetivos de adecuación prefijados (100% de las programadas y más del 90% de las urgentes), excepto en julio-agosto de 2004 y mayo-junio de 2005 (adecuación de las programadas: 92%), y en julio-agosto de 2004 (adecuación de las urgentes: 84%).

Conclusiones: Para disminuir su variabilidad injustificada, es necesario estandarizar, basar en

evidencias y evaluar periódicamente la adecuación de las indicaciones de las cesáreas.

PALABRAS CLAVE

Calidad. Cesáreas. Estandarización.

ABSTRACT

Objectives: To describe the quality management system applied by the Obstetrics and Gynecology Service of the Manacor Hospital, Majorca (Spain) to the process of cesarean section, and to assess the appropriateness of caesarean sections performed in this service between 2004 and 2005.

Subjects and methods: Consensus was reached on evidence-based indications for emergency and elective cesarean sections and on their quality criteria. All clinical records were reviewed to assess the appropriateness of cesarean sections performed from 2004-2005 according to previously established standards.

Results: In all two-monthly periods, appropriateness was achieved according to previously established standards (100% of elective interventions and > 90% of emergency cesarean sections), except in July-August, 2004 and May-June 2005 (appropriateness of elective cesarean sections = 92%), and in July-August 2004 (appropriateness of emergency interventions = 84%).

Conclusions: To reduce unjustified variability in clinical practice, cesarean section indications must be standardized, based on scientific evidence, and regularly assessed.

KEY WORDS

Quality. Cesarean section. Standardization.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es la intervención urgente de cirugía mayor más frecuente en los hospitales generales que atienden partos¹. Las cifras de cesáreas en el Estado español se sitúan por encima del 25%. Según cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE) para 2001², la tasa de cesáreas global en todos los hospitales españoles fue del 28,9% (el 24,8% en los hospitales públicos y el 44% en los privados).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no considera justificadas tasas de cesáreas por encima del 15%³. Si se observa la evolución de las tasas de cesáreas en los últimos 20 años, se aprecia que casi se han triplicado. Si, paralelamente, se analizan las tasas de mortalidad perinatal, se puede comprobar fácilmente que su reducción no ha seguido la misma tendencia que el aumento consignado de las cesáreas^{3,4}. Ello indica que, además de la realización de cesáreas, otros factores influyen en el descenso observado de la mortalidad perinatal en ese período.

Por otra parte, las tasas brutas de cesáreas deberían interpretarse teniendo en cuenta la casuística y la complejidad de la población de mujeres atendidas y expresarse, además, como se ha hecho, por ejemplo, con la mortalidad, las complicaciones y las readmisiones hospitalarias, como tasas ajustadas en función de determinados factores de riesgo^{5,6}.

En los últimos años, la obstetricia ha adoptado algunas pautas de decisión y prácticas globales a las cuales se puede atribuir parte del aumento de la tasa de cesáreas. Ése puede ser el caso de realizar una cesárea prácticamente en todas las presentaciones de nalgas, decisión adoptada ampliamente desde las publicaciones de Hannah et al⁷, la Colaboración Cochrane⁸ y el American Collage of Obstetricians and Gynecologist (ACOG)⁹.

Asimismo, el aumento del número de cesáreas conlleva casi automáticamente la elevación de su tasa como consecuencia del aumento de cesáreas iterativas. Otras causas que también explican el aumento de la tasa global de cesáreas son ciertos factores de la epidemiología obstétrica —como la añosidad de las madres, los embarazos de mayor riesgo o los embarazos múltiples— y la difusión de las técnicas de reproducción asistida.

Se tiene la sensación generalizada de que se hacen demasiadas cesáreas, pero son muchos los profesionales que se preguntan si realmente sus indicaciones son rigurosas y adecuadas según los conocimientos y la práctica correcta actuales de la obstetricia. Por ello, mucho más pertinente que preguntarse si se hacen demasiadas cesáreas sería responder al interrogante de si las cesáreas que se practican se indican correctamente según los criterios respaldados por pruebas científicas de idoneidad, adecuación, seguridad clínica y efectividad.

Si bien se dispone de numerosas publicaciones respecto a las tasas, las indicaciones de las cesáreas y su reducción, son escasos los estudios dirigidos a evaluar la adecuación de las indicaciones y recabar las pruebas científicas que las sustentan, como paso previo para conocer si las cesáreas que se han realizado fueron necesarias o no y, de ser necesario, introducir medidas de mejora.

En un ambiente de trabajo en equipo es preciso establecer criterios uniformes, consensuados y basados en pruebas científicas para adoptar indicaciones clínicas inequívocas y poder disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica.

La incorporación de sistemas de gestión de calidad en los servicios clínicos obligará a medio plazo a establecer pautas uniformes y rigurosas de actuación y facilitará la estandarización en la asistencia. La evaluación periódica de la idoneidad de las cesáreas que se han realizado en un determinado período es condición sine qua non para

586 conocer la variabilidad injustificada de esta práctica e introducir las medidas adecuadas de mejora continua.

Los objetivos de este trabajo son tres. Primero, mostrar que es posible adoptar indicaciones idóneas de cesárea por medio de un sistema de gestión de calidad. Segundo, describir el sistema de gestión de calidad implantado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Manacor, en la vertiente de su aplicación en las cesáreas como parte integrante del proceso del parto. Y, tercero, presentar los resultados de la evaluación sobre la adecuación de las cesáreas realizadas en el bienio 2004-2005 en ese servicio, que está acreditado por la norma ISO de Gestión de Calidad desde noviembre de 2003.

SUJETOS Y MÉTODOS

En las sesiones clínicas del servicio de ginecología y obstetricia, se revisaron, de forma prospectiva y continua, las historias clínicas de todas las mujeres a las que se había practicado una cesárea, para evaluar la idoneidad de las indicaciones con arreglo a los estándares establecidos.

El período abarcado por el estudio estuvo comprendido entre enero de 2004 y diciembre de 2005. Los estándares de calidad marcados de forma discrecional fueron conseguir una tasa de cesáreas urgentes adecuadas mayor del 90% y de programadas del 100%. El seguimiento de los indicadores de idoneidad se realizó cada bimestre. Para sistematizar la recogida de datos y el cálculo de indicadores bimestrales y anuales, por tipos de cesárea (urgente y programada) y para cada grupo de indicaciones, así como su representación gráfica, se diseñó un registro en el programa Excel de muy fácil manejo.

Como parte de la incorporación de este servicio a la gestión de calidad, y dentro de su mapa general de procesos, todos sus miembros establecieron por consenso, tras debatir en profundidad y después de realizar varias búsquedas bibliográficas, unas instrucciones técnicas para fundamentar y estandarizar las indicaciones de cesárea sobre la base de evidencias científicas. De este modo, las indicaciones de cesárea se fijaron junto con sus criterios de inclusión y se agruparon en 2 grandes bloques: cesáreas urgentes y cesáreas programadas.

Cesáreas urgentes

Las indicaciones de las cesáreas urgentes se clasificaron en los siguientes grupos o categorías:

1. Riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF).
2. Fracaso de inducción.
3. Parto estacionado/falta de progresión del parto.
4. Desproporción pelvifetal.
5. Cesárea electiva con trabajo de parto (CETP).
6. Otras indicaciones.

A continuación, se recogen los criterios consensuados para considerar idónea una indicación de cesárea en los diferentes supuestos según el motivo de la indicación.

Riesgo de pérdida del bienestar fetal

La prueba diagnóstica, con un valor predictivo cercano al 100%, que identifica el estrés fetal por acidosis es la determinación de un pH en microtoma de sangre del cuero cabelludo fetal inferior a 7,20. Por lo tanto, éste debe ser el patrón de oro diagnóstico del RPBF. Los criterios que rigen en las indicaciones de cesárea en casos de RPBF son los siguientes:

1. Ritmo sinusal.
2. Ritmo silente con ausencia de variabilidad.
3. Saturación de oxígeno fetal por pulsioximetría inferior al 30%.
4. Bradicardia mantenida (por encima de 5 a 7 min) que no esté en relación con hipertensión uterina o taquisistolia (frecuencia cardíaca fetal [FCF] menor de 100).

En estos 4 casos basta con que exista uno de estos criterios para que la indicación por RPBF sea adecuada:

1. Deceleraciones variables en más de un 30% de las contracciones.
2. Presencia de desaceleración intraparto (DIP) tipo II.
3. Taquicardia fetal (> 160 lpm).

En estos 3 casos existe la necesidad de practicar un pH del cuero cabelludo fetal, por lo que la cesá-

rea sólo podrá indicarse en caso de que la dilatación no lo permita.

Fracaso de inducción

Se considerará fracasada una inducción cuando, tras 8-12 h de dinámica uterina activa (de 2 a 3 contracciones de más de 40 mmHg en 10 min o más de 80 unidades Montevideo), no se hayan alcanzado condiciones establecidas de parto: cérvix borrado y 2 a 3 cm de dilatación, con dinámica activa.

Parto estacionado/falta de progresión del parto

Se considerará parto estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, pasen más de 4 h sin progresión de las condiciones obstétricas ni la dilatación, con dinámica activa de parto y con bolsa amniótica rota. Si es posible, el tacto habrá de realizarse por la misma persona.

Desproporción pelvifetal

Considerar como premisa previa que se puede adoptar una actitud conservadora a partir de la dilatación completa (período expulsivo), siempre y cuando no exista RPB y se produzca cierto progreso evolutivo en el descenso de la presentación.

Se determinará que existe una desproporción pelvifetal cuando, en situación de dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guía de la presentación no pase de tercer plano tras un período que varía, según la paridad y la analgesia administrada, del siguiente modo: en mujeres sin analgesia epidural, 1 h en multíparas y 2 h en primíparas, y en mujeres con analgesia epidural, 2 h en multíparas y 3 h en primíparas.

Cesárea electiva con trabajo de parto

Son aquellas cesáreas que se indican en una mujer en trabajo de parto en la cual se asocian varios factores patológicos, pero cada uno de los cuales por sí solo no constituiría una indicación única de

cesárea, por ejemplo, preeclampsia leve más meconio más cesárea anterior.

Otras indicaciones (miscelánea)

Son aquellas indicaciones de tipo miscelánea que se presentan raramente, como, por ejemplo, prolapso de cordón, desprendimiento de placenta normoinserta, metrorragia activa durante el trabajo de parto (placenta marginal), posiciones anómalas detectadas durante el trabajo de parto, presentación de cara, presentación de frente y mioma previo.

Cesáreas programadas

– Se consensuaron como indicaciones de cesárea programada las siguientes:

- Presentación transversa.
- Presentación podálica, independientemente de la paridad.
- Placenta previa oclusiva.
- Placenta previa parcialmente oclusiva o marginal que alcance el orificio cervical interno (OCI).
- Embarazadas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana que cumplan criterios según protocolo.
- Embarazadas portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente al canal blando del parto.
- Embarazadas con 2 cesáreas anteriores.
- Embarazadas con infección genital activa demostrada por virus del herpes.
- Embarazadas sometidas a cirugía uterina previa en las que se haya abierto la cavidad endometrial.
- Gestaciones gemelares en las cuales el primer feto no esté en presentación cefálica.
- Gestaciones gemelares en las cuales el segundo feto esté en presentación podálica. (La situación transversa del segundo feto debería ser susceptible de versión más extracción.)
- Otras circunstancias maternas o fetales que previamente hayan sido acordadas en sesión clínica (p. ej., enfermedades maternas, cesárea anterior u otra afección): cesárea electiva anteparto.

Tabla 1. Partos y cesáreas realizados en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Manacor en 2004 y 2005

	2004	2005	Bienio 2004-2005
Total partos	1.128	1.190	2.318
Vaginales, n. (%)	972 (86,2)	993 (83,4)	1965 (84,8)
Cesáreas, n. (%)	156 (13,8)	197 (16,5)	353 (15,2)
Cesáreas urgentes, n. (%)	92 (58,9)	123 (62,4)	215 (60,9)
Cesáreas programadas, n. (%)	64 (41,0)	74 (37,6)	138 (39,1)

Tabla 2. Distribución por diagnóstico de las cesáreas urgentes realizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Manacor en el período 2004-2005

	Número	Porcentaje
Riesgo de pérdida del bienestar fetal	74	34,4
Parto estacionado	43	20,0
Fracaso de inducción	39	18,1
Desproporción cefálico-pélvica	37	17,2
Metrorragia	7	3,2
Desprendimiento de placenta	5	2,3
Eclampsia	2	0,9
Rotura uterina	2	0,9
Prolapso de cordón	2	0,9
Sospecha de rotura uterina	1	0,5
Vasa previa	1	0,5
Síndrome HELLP	1	0,5
Presentación de cara	1	0,5

Tabla 3. Distribución por diagnóstico de las cesáreas programadas realizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Manacor en el período 2004-2005

	Número	Porcentaje
Presentación podálica	99	71,7
Placenta previa	10	7,2
Cesáreas previas	8	5,8
Presentación transversa	6	4,3
Cicatriz uterina previa	4	2,9
Microsoma	2	1,4
Angioma cerebral materno	1	0,7
Reconstrucción anal materna	1	0,7
Hemiparesia	1	0,7
Malformación uterina	1	0,7
Crecimiento intrauterino retardado	1	0,7
Presentación oblicua	1	0,7
Virus de la inmunodeficiencia humano	1	0,7
Herpes genital activo	1	0,7
Malos antecedentes obstétricos	1	0,7

RESULTADOS

Durante el período del estudio se registraron en nuestro centro los partos y cesáreas que se presentan en la tabla 1. En las tablas 2 y 3 aparece la distribución por diagnósticos de las cesáreas urgentes y programadas, respectivamente, del bienio 2004-2005.

La mortalidad perinatal en el período del estudio fue de 4,4/ 1.000 en 2004 y de 7,6/1.000 en 2005. La evaluación de las cesáreas según los estándares prefijados comprendió todas las programadas y todas las urgentes incluidas en los 4 grupos más frecuentes: RPBF, fracaso de inducción, parto estacionado y desproporción pelvifetal.

En todos los bimestres comprendidos en el estudio se cumplió el objetivo de los indicadores de adecuación prefijados (el 100% de las cesáreas pro-

gramadas y más del 90% de las urgentes), excepto en los bimestres julio-agosto de 2004 y mayo-junio de 2005, en los cuales la adecuación de las programadas fue del 92%, y en el bimestre julio-agosto de 2004, en el cual la adecuación de las urgentes sólo alcanzó el 84%.

Al analizar los resultados obtenidos en conjunto para los 2 años del estudio se observa que, con las salvedades comentadas, se cumplieron los estándares para ambos tipos de cesáreas.

DISCUSIÓN

En el ámbito hospitalario es determinante, para la práctica asistencial, la actuación clínica sustentada en evidencias y enmarcada, a su vez, en un sistema

de gestión de calidad. Los mapas de procesos definen las líneas que siguen los pacientes, entendidas éstas como eje central de la asistencia comprendida entre su entrada en el sistema (*input*) hasta su salida en forma de resultado (*output*). En el caso del proceso del parto, el ingreso lo representa la mujer embarazada que acude al hospital para dar a luz y el resultado es el parto o la cesárea, según el caso, con un feto vivo, fallecido o ingresado en pediatría, según las circunstancias. La actuación clínica dentro del proceso asistencial puede desembocar en la realización de una cesárea.

Gracias a la estandarización y al seguimiento de los procesos orientados a la mejora continua y la calidad total, en la práctica clínica diaria es posible el grado de adecuación de una determinada instrucción técnica como, por ejemplo, la cesárea. Cabe esperar que las indicaciones de una determinada actuación aplicadas según los criterios consensuados disminuya la variabilidad en la práctica clínica.

Durante años, en los contratos de gestión de los hospitales se ha incluido como objetivo primario la reducción de la tasa de cesáreas. A nuestro juicio, este objetivo, para tener verdadero sentido y, sobre todo, ser útil en la reducción de la variabilidad injustificada de esta práctica clínica, debería sustituirse por el de comprobar y confirmar que las cesáreas se han indicado y realizado con arreglo a criterios previamente conocidos, consensuados por todos los profesionales de un servicio y que, a su vez, se hayan acordado sobre la base de evidencias científicas. El hecho de que la responsabilidad de la guardia recaiga, en algunos hospitales, como el nuestro, sobre un solo ginecólogo hace más necesaria la estandarización de los procesos.

El fin genérico que debería perseguirse es adecuar las cesáreas que se practiquen a indicaciones adoptadas sobre la base de esos criterios, y no reducir su número ni su tasa sin conocer de antemano su grado de idoneidad. De hecho, en nuestro servicio no se ha reducido la tasa de cesáreas, sino que, tras mantenerse en torno a una cifra del 14% durante varios años, ha ascendido hasta el 17% en 2005.

A pesar de ese ascenso, y después de haber realizado esta evaluación, podemos afirmar que se han indicado correctamente de acuerdo con estándares más del 90% de las cesáreas urgentes y prácticamente el 100% de las cesáreas programadas y, por

consecuente, que se ha practicado menos de un 10% de cesáreas urgentes no imprescindibles o innecesarias.

El análisis de los resultados obtenidos muestra que casi el 90% de las cesáreas urgentes corresponde en proporciones muy similares a 4 grupos: RPBF, desproporción pelvifetal, falta de progresión del parto y fracaso de inducción. Por este motivo, se proponen estas 4 indicaciones para la estandarización y la posterior evaluación de la adecuación de las cesáreas.

No existen muchas referencias en la bibliografía científica sobre la calidad y la estandarización de las indicaciones de las cesáreas. En los análisis realizados en varios estudios se mezclan y confunden aspectos relativos a la calidad de la indicación con pautas incluidas en guías o recomendaciones dirigidas a reducir las cifras de cesárea. En un reciente trabajo multicéntrico realizado en América Latina¹⁰, se consultaron las decisiones de realizar cesáreas urgentes a un segundo profesional, pero, a pesar del descenso muy limitado del porcentaje de cesáreas alcanzado, no se establecieron criterios sobre la calidad de las indicaciones. En un artículo de revisión, Cammu¹¹ señala que la simple consulta a otro profesional sobre la indicación de una cesárea hizo reducir su cifra.

Un estudio realizado en Taiwán¹² durante 4 años (1997-2000), en que se revisaron semanalmente las indicaciones de cesárea (mediante *peer review*), indica que se consiguió reducir la tasa de cesáreas del 37 al 30%. Sin embargo, en ese estudio tampoco se especifica si las indicaciones se habían estandarizado ni si eran o no idóneas. En el distrito de Nueva York, siguiendo recomendaciones de la ACOG, se llevó a cabo, a finales de los años ochenta, un estudio de revisión de indicaciones con el fin de estandarizar los términos de las indicaciones de las cesáreas y disminuir así la tasa de cesáreas y asegurar, a la vez, la calidad de las indicaciones. Los hospitales adheridos al proceso de revisión lograron reducir sus tasas de cesáreas respecto a los hospitales que no participaron en la revisión, pero tampoco evaluaron si las cesáreas se habían indicado adecuadamente ni si se ajustaban a las recomendaciones y a los términos de la ACOG¹³.

La falta de rigor en las indicaciones parece asociarse a un número elevado de cesáreas, como demuestra el trabajo de Hendrix et al¹⁴. En esta inves-

590 tificación, al revisar las indicaciones de cesárea en casos de sospecha de pérdida del bienestar fetal, se comprobó que sólo un porcentaje bajo seguía las recomendaciones y definiciones de la ACOG. En la misma línea apunta el trabajo de Chauhan et al¹⁵ que, después de revisar 392 artículos sobre cesáreas por pérdida del bienestar fetal, comprobaron que tan sólo en el 5% de ellas se comprobó la existencia de distrés fetal mediante el uso de pH de calota craneal y sólo en 3 artículos se consideró el uso de betamiméticos para la recuperación intraútero del feto.

En Gran Bretaña existen guías con recomendaciones, como las del Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)¹⁶, sobre los procedimientos que deben tenerse en cuenta cuando se indica una cesárea. No obstante, esas pautas tampoco incluyen términos estandarizados relativos a la idoneidad y la calidad de las indicaciones de las cesáreas.

Se ha propuesto también clasificar las cesáreas en grupos clínicamente homogéneos para poder concentrar esfuerzos médicos y organizativos de los hospitales según la contribución de cada uno de los grupos a la tasa de cesáreas practicadas. En este sentido son muy interesantes los trabajos de Robson¹⁷⁻¹⁹ en Dublín y los del grupo chileno de Vera²⁰, aunque en estos grupos tampoco se identifica la calidad ni la idoneidad de las indicaciones.

Nuestra propuesta de mejora para el futuro persigue el objetivo de satisfacer esta necesidad de información y sigue, en parte, el ejemplo de Robson¹⁷⁻¹⁹ en el sentido de identificar en qué grupos de indicaciones de cesárea se registran más cesáreas inadecuadas. De este modo, es posible concentrar los esfuerzos en los grupos que presentan menos indicaciones que se adapten a los estándares prefijados. Pero idealmente, para poder comparar de forma más objetiva las indicaciones de cesáreas entre hospitales y niveles asistenciales (*benchmarking*), es imprescindible que las indicaciones se adecuen a estándares previamente prefijados, como los que aquí proponemos.

Sería, tal vez, arriesgado presumir que la estandarización de cesáreas mediante instrucciones técnicas dentro de un sistema de gestión de calidad disminuye o mantiene un número adecuado de cesáreas en un servicio hospitalario. No obstante, pensamos que nuestra experiencia puede contribuir a que esta práctica se extienda a otros hospitales. Para conseguir altos porcentajes de cesáreas adecua-

das, abogamos por garantizar la calidad de sus indicaciones y por evaluar su grado de adecuación a los estándares, como mínimo, con una periodicidad anual. No creemos, en consecuencia, que deba existir una cifra mágica de cesáreas, si bien es verdad que esta cifra, aun en centros de referencia, no debería sobrepasar el 18 o el 20%.

Los sistemas de gestión de calidad suponen per se una mejora continua (calidad total) que obliga a revisar los indicadores de adecuación de las cesáreas conforme a los objetivos marcados y a reestructurar los procesos (reingeniería de procesos). Esa reingeniería también permite modificar las instrucciones técnicas de los procesos —como, en este caso, los estándares de las cesáreas— si cambian las indicaciones de las técnicas o los conocimientos científicos.

El programa de evaluación de la adecuación de las cesáreas del Hospital de Manacor continuará realizándose por medio de cortes de evaluación prospectiva bimestrales. De hecho, ha servido de base para que el Servicio de Salud de las Islas Baleares implante un plan de evaluación de las cesáreas urgentes y programadas en los hospitales públicos de esa Comunidad Autónoma²¹. Hasta la fecha, 3 de sus 5 hospitales públicos se han adherido voluntariamente al plan y están finalizando la evaluación de la adecuación de las cesáreas realizadas en 2006 y el primer trimestre de 2007, sobre la base de las indicaciones descritas en este artículo. Sus resultados se publicarán próximamente.

Como conclusiones, recomendaciones y futuras acciones cabe mencionar lo siguiente: para contribuir a reducir el aumento injustificado de la tasa de cesáreas debe abandonarse el principio según el cual no ha de realizarse más de un 15% de estas intervenciones. En su lugar, es preciso estandarizar las indicaciones de las cesáreas y centrarse en evaluar el grado de adecuación de las que se practican según estas indicaciones. Esa estandarización obliga a concretar y consensuar las indicaciones de las cesáreas urgentes y programadas por separado, y a respaldarlas con pruebas científicas. La calidad de esas indicaciones depende de su idoneidad y cabe esperar que su aplicación reduzca la tasa de cesáreas innecesarias.

La adopción de un sistema de gestión de calidad por parte de los servicios de ginecología y obstetricia, y la evaluación periódica de la adecuación de las

cesáreas realizadas respecto a esas indicaciones favorecen la estandarización de los procesos y su mejora continua. Asimismo, fomenta el trabajo en equipo de los profesionales de los servicios y el desarrollo de una cultura de evaluación de la práctica clínica (poco desarrollada en nuestro país y no sólo en el área de la obstetricia). Este proceso debe adoptarse sin apremios, sobre la base de pruebas científicas, y en él la mejora progresiva debe prevalecer sobre la consecución de una cifra predeterminada y la inadecuación. La adecuación de las cesáreas puede analizarse en los servicios bimestralmente y la evaluación de su evolución, semestral y anualmente.

Por otra parte, es importante que los servicios de salud de las Comunidades Autónomas se hagan eco de este tipo de evaluaciones — eminentemente prácticas— y se esfuercen en implantar programas de este tipo en sus hospitales, con miras no sólo a desarrollar una cultura de evaluación, sino a utilizarla para conocer la inadecuación de las cesáreas urgentes y programadas, las indicaciones en que se produce y, sobre todo, en una segunda fase, a instaurar medidas de mejora dirigidas específicamente a las indicaciones en que registre mayor inadecuación.

Los servicios de salud tienen capacidad para coordinar entre los hospitales participantes las evaluaciones, las auditorías que de ellas se hagan y las acciones de mejora que se emprendan.

La estimación de la medida en que la mejora de la adecuación observada es atribuible a las medidas que se implanten constituye otro objetivo crucial. La viabilidad de estas evaluaciones viene respaldada por experiencias como la consignada en este estudio, por su exportación a otros hospitales de nuestra comunidad autónoma y porque no exigen dedicar muchas horas de trabajo adicionales cuando se realizan de forma estructurada, sistemática y planificada.

En fases posteriores, una vez se haya consolidado la cultura de evaluación, será necesario estimar, además de las tasas brutas de cesáreas de cada hospital para cada grupo de indicaciones, las tasas ajustadas en función de distintas variables de riesgo (como la edad, la paridad, los antecedentes de cesáreas, la morbilidad asociada al embarazo), pues sólo de este modo es posible comparar tasas de cesáreas entre hospitales sin que en las comparaciones influyan factores de confusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boog C. Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Paris: Elsevier; 2001. p. 1-8.
2. Instituto Nacional de Estadística. Distribución de la actividad obstétrica realizada en los hospitales según la finalidad de los mismos. Madrid: INE; 2001. Disponible en: <http://www.ine.es/ine-base/cgi/axi>
3. Racinet C, Meddoun M. Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Paris: Elsevier; 2003. p. 1-22.
4. Fabre González E. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 1999.
5. Martín-Martínez A, García Hernández JA. Índice de riesgo gestacional, vía de parto y resultados perinatales. Prog Ginecol Obstet. 2005;48:231-8.
6. DiGuseppe DL, Aron DC, Payne SM, Snow RJ, Dierker L, Rosenthal GE. Risk adjusting cesarean delivery rates: a comparison of hospital profiles based on medical record and birth certificate data. Health Serv Res. 2001;36:959-77.
7. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet. 2000;356:1375-83.
8. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. N.º.: CD000166. DOI: 10.1002/14651858.CD000166.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Mode of term singleton breech delivery. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2001.
10. Althabe F, Belizan JM, Villar J, Alexander S, Beegal E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. Lancet. 2004;363:1934-40.

11. Cammu H. Mandatory second opinion reduced the rate of intrapartum caesarean delivery without harm to mother or baby. *Evidence-based Obstetrics and Gynecology*. 2005;7:68-9.
12. Liang WH, Yuan CC, Hung JH, Yang ML, Yang MJ, Chen YJ, et al. Effect of peer review and trial of labour on lowering caesarean section rates. *JCMA*. 2004;67:281-6.
13. Dillon WP, Choate JW, Nusbaum ML, McCarthy MA, McCall M, Rosen MG. Obstetric care and caesarean birth rates: a program to monitor quality of care. *Obste Gynecol*.1992;80:731-7.
14. Hendrix NW, Chauhan SP, Scardo JA, Ellings JM, Devoe LD. Managing nonreassuring fetal heart rate patterns before cesarean delivery. Compliance with ACOG recommendations. *J Reprod Med*. 2000;45:995-9.
15. Chauhan SP, Magann EF, Scott JR, Scardo JA, Hendrix NW, Martin JN Jr. Emergency cesarean delivery for nonreassuring fetal heart rate tracings. Compliance with ACOG guidelines. *J Reprod Med*. 2003;48:975-81.
16. Bloomfield T. Caesarean section. NICE Guidelines and management of labour. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24:485-90.
17. Robson MS. Clasification of Caesarean Sections. *Fetal Maternal Med Rev*. 2001;12:23-9.
18. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit. Cycle to reduce cesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;174:199-205.
19. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rates? *Best Pract Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15:179-94.
20. Vera C, Correa R, Neira J, Rioseco A, Poblete A. Utilidad de la evaluación de 10 grupos clínicos obstétricos para la reducción de la tasa de cesárea en un hospital docente. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69:219-26.
21. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Protocolo de evaluación de las cesáreas urgentes y programadas. Palma de Mallorca: Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2006.