

# INCREMENTO DE CESÁREAS EN ANDALUCÍA



AUTORAS: M<sup>a</sup> ISABEL SERRANO CARRILLO; INMACULADA GODOY GOMEZ Y M<sup>a</sup> INMACULADA ROMERO QUIRANTES.

Correo electrónico: [maribelserranocarrillo@hotmail.com](mailto:maribelserranocarrillo@hotmail.com)

Centro de trabajo: SAS

# INTRODUCCIÓN:

La tasa de cesáreas está aumentando progresivamente en todo el mundo y, en algunos países, se está llegando incluso a superar el 50%. En España se practican, de media, más cesáreas que las que recomiendan la Organización Mundial de la Salud. Una de cada cuatro ciudadanas que dan a luz en nuestro país lo hacen por cesárea (la media es 25,3%, según datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio se establece como indicador de calidad que la tasa de cesáreas sea inferior al 18%, y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en el 16%. El porcentaje de cesáreas en nuestra Comunidad Autónoma está entre los más bajos, pero por encima de las recomendaciones actuales.

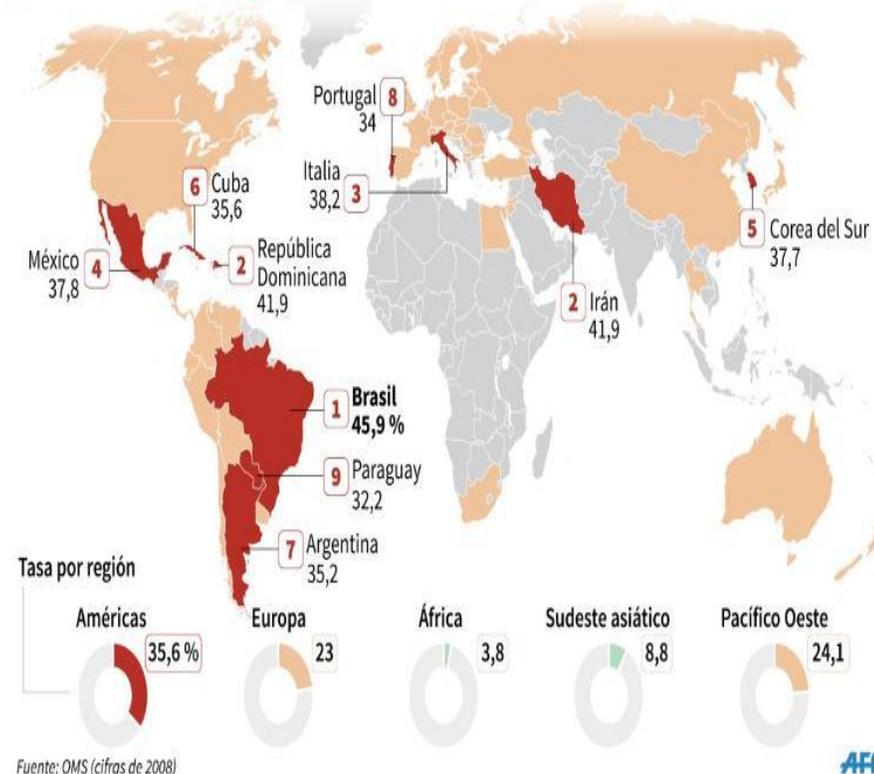
Los ensayos médicos indica, además, que por encima de esa tasa no existe una evidencia científica que muestre mejores resultados sanitarios para la madre y el niño.

- ▶ Son escasos los estudios realizados sobre protocolos, y no existen muchas referencias bibliográficas sobre guía para reducir las tasas de cesárea.
- ▶ En Gran Bretaña existen guías con recomendaciones, 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.
- ▶ Hendrix et al, demostró que la falta de rigor en las indicaciones parece asociarse a un número elevado de cesáreas, siguiendo en ese mismo estudio, 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.

## «Epidemia de cesáreas» en el mundo

Para la OMS, esas operaciones solo deben practicarse cuando son «médicamente necesarias»

■ Tasa de cesáreas > 15% ■ Los 10 países con tasas más importantes (en %)



## Algunos aspectos a considerar:

- ▶ Como por ejemplo el retraso en la edad de maternidad de las mujeres primíparas.
- ▶ El amplio desarrollo de las técnicas de fecundación artificial en los últimos años, junto con los tratamientos de infertilidad.
- ▶ El incremento de la tasa de cesáreas, se acompaña de una disminución de la mortalidad perinatal, (independientemente de la indicación que las provocaba).

**Información general**



Zonas más afectadas  
Útero,  
pared abdominal,  
placenta y feto.

**Definición**  
Intervención quirúrgica a la que hay que recurrir en determinados casos para extraer el feto de la mujer embarazada a través de una incisión que se practica en la parte baja del abdomen y en las paredes del útero.

**Descripción de la operación**  
La anestesia que se suele aplicar es la epidural (tan sólo duerme de cintura para abajo).



- 1** Se hace una incisión en el abdomen.
- 2** Se hace otra incisión en la pared del útero.
- 3** Se extrae la placenta y el bebé.
- 4** Se suturan las incisiones con puntos o grapas que se retiran más o menos en una semana.

Estancia total en el hospital  
Entre 3 y 5 días.

## OBJETIVOS:

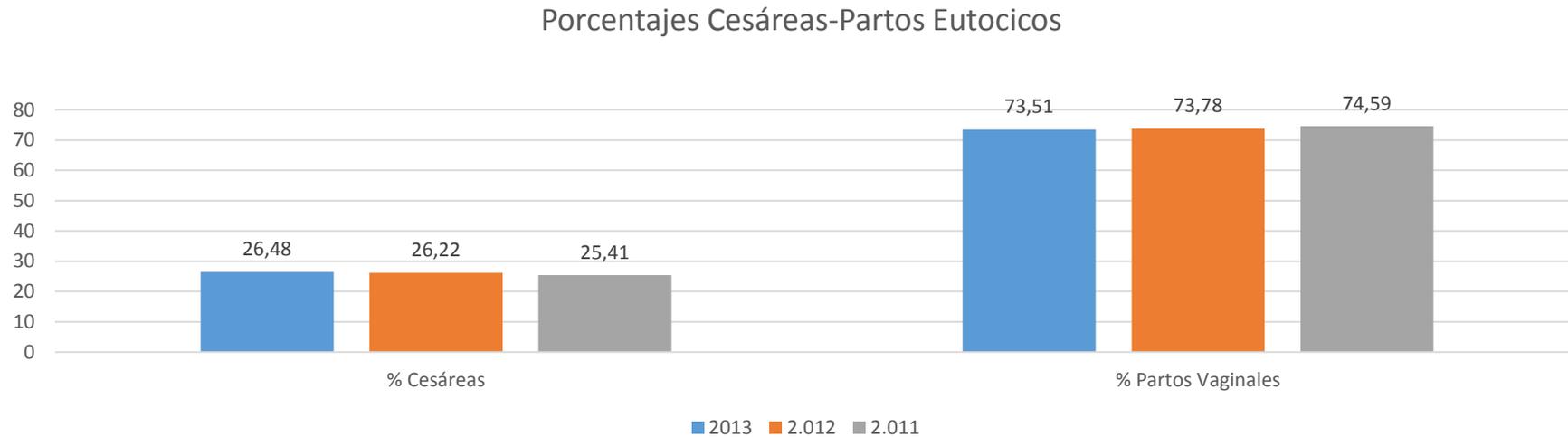
1. Analizar el incremento de cesarías en Andalucía y definir posibles factores asociados.
2. Conocer si se pueden disminuir la intervención de cesarías.



## MATERIAL Y MÉTODO:

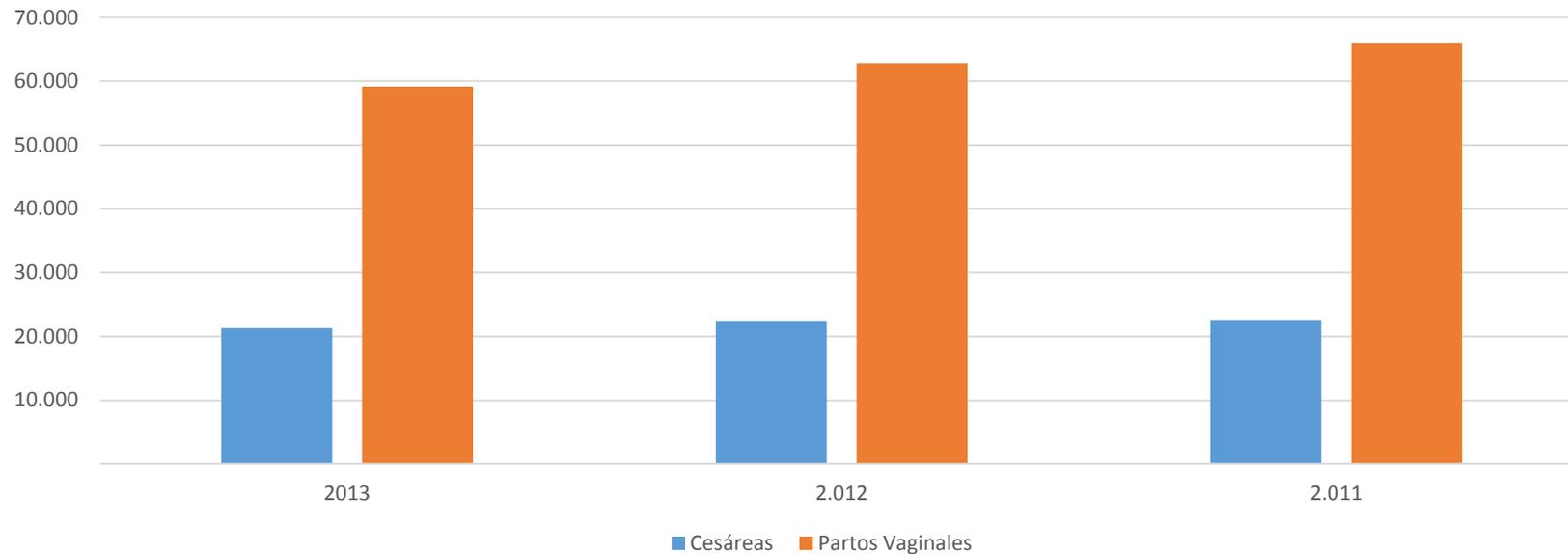
- ❑ Estudio transversal de nacimientos en Andalucía entre (2011-2013), en las principales bases de estadísticas sanitarias a través del movimiento natural de población, del ministerio de sanidad y servicios sociales e igualdad. Se analizaron distintos datos, como: indicación de la operación cesárea y si hubo complicaciones o no, edad gestacional, peso del recién nacido, porcentajes de cesáreas frente a los partos vaginales.
- ❑ También se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en distintas bases de datos como PudMed, Cuiden, Medline, Cochrane y Dianet.
- ❑ Posteriormente se realizó una lectura crítica de los artículos para ser incluidos en nuestro estudio basándonos en los criterios de validez y su aplicabilidad.

# RESULTADOS:



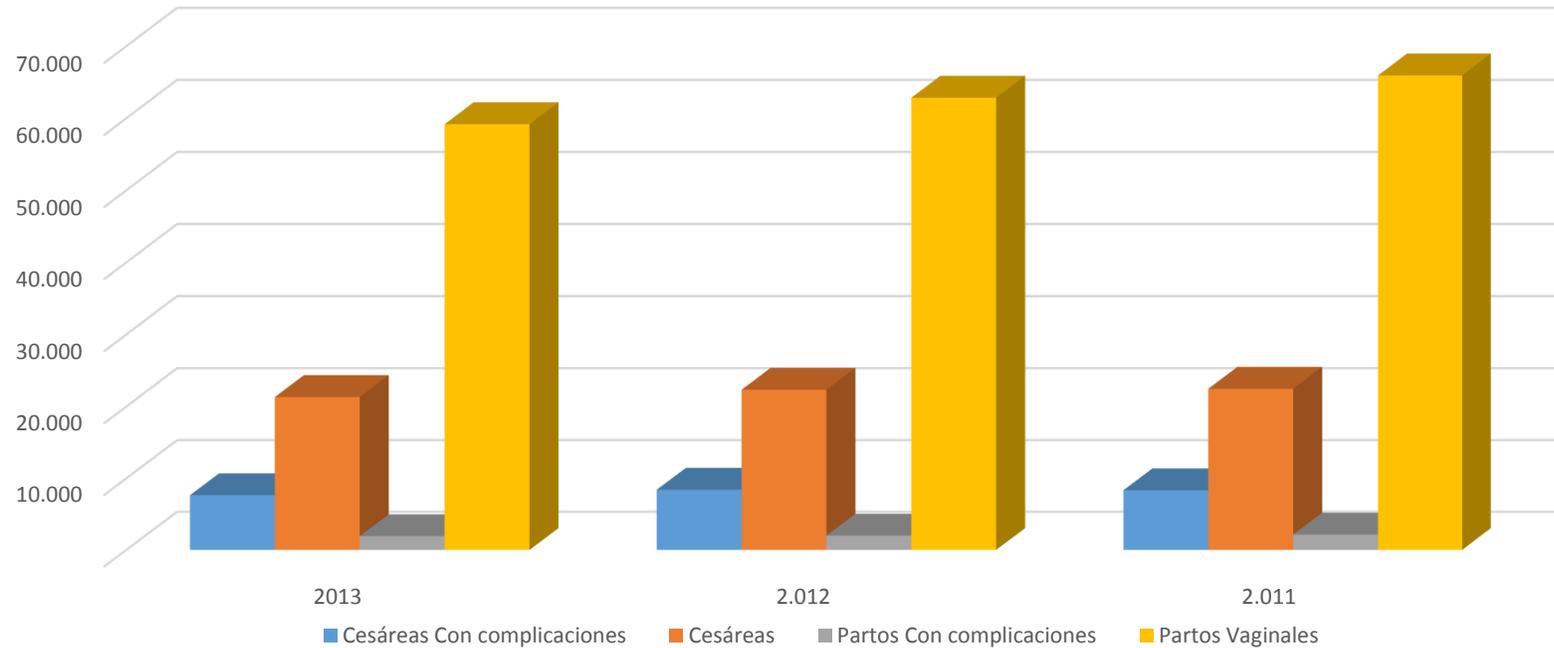
En Andalucía las tasas de realización de cesarías desde (2011-2013) se han incrementado aproximadamente en 1%. El porcentaje de cesarías en nuestra Comunidad autónoma es de un 25%, está muy por encima de lo recomendado por la OMS que señala datos óptimos estimados entre 10-15 %.

## RESULTADOS:



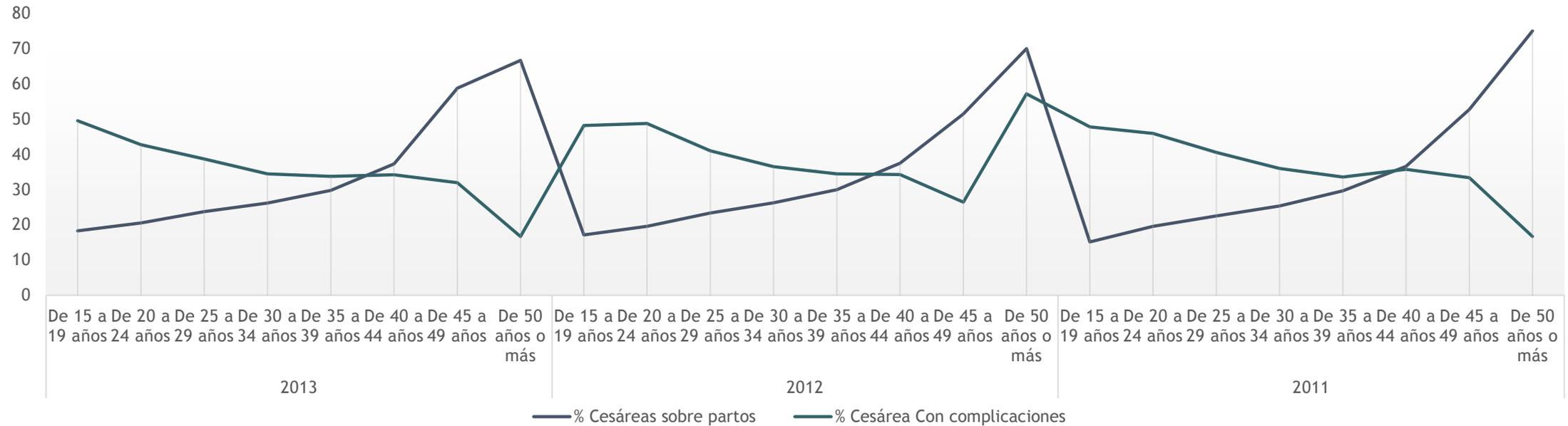
Podemos observar en la gráfica que en 2011 se produjeron un total de 88.392 partos, de los cuales un 25,41 % fueron cesáreas y un 74,59% partos vaginales. En el 2012 se produjeron 85.164 nacimientos, un 74% fueron partos vaginales y un 26,21% cesáreas y en el 2013 de 80.479 nacimientos 26,5% fueron cesárea y 73,5% parto natural. Se produce un incremento en la realización de cesáreas, aunque los nacimientos descienden.

# RESULTADOS:



Vemos en la gráfica como se duplican las cesáreas con complicaciones, frente a un mínimo porcentaje de complicaciones en el parto, traducido en cifras; en 2011 de un total de (N=22.460) cesáreas realizadas en Andalucía, un 38% presentaron complicaciones, en 2012 un 37% de (N=22.329) cesáreas realizadas y en 2013 (N= 21.316) un 35% fueron cesáreas con complicaciones.

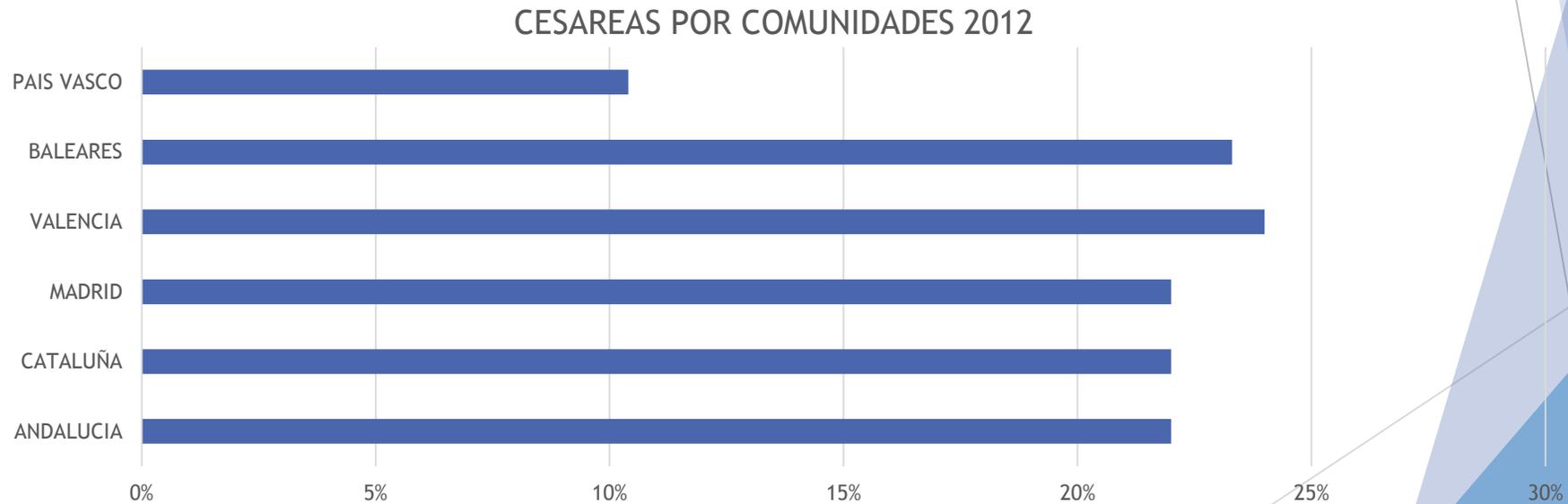
## RESULTADOS:



Así mismo, la edad materna tiene un papel importante, a mayor edad materna, mayor porcentaje de cesáreas, se observa en la gráfica que las mujeres con edades entre 35-39 años se realizaron cesáreas en un 27%, pero a mayor edad de la gestante entre los 45-49 años se les realiza cesárea a un 50%. Aquí se podrían argumentar varios factores (mayor incidencia de diabetes, de hipertensión, de desprendimiento prematuro de placenta, etc.), pero el hecho es que cuanto mayor sea la edad, más probabilidad de finalizar el parto mediante cesárea.

## RESULTADOS:

En los últimos 10 años, el porcentaje de cesáreas ha aumentado un 12% en Andalucía (un 10% en España). En el año 2012, el porcentaje de cesáreas en Andalucía es similar al español, situándose en el 22%. Cataluña registra también un 22%, frente a la Comunidad de Madrid que tiene un 22% y la Comunidad Valenciana con un 24% de cesáreas. En los hospitales del SNS se atendieron más de 368.000 partos (78,7% del total) con un 21,8% de cesáreas. En la totalidad del sector (público y privado) la ratio de cesáreas fue del 25,0%.



# DISCUSIÓN:

## ¿A QUE PUEDE DEBERSE ESTAS CIFRAS TAL ALTAS?

- ▶ Al analizar datos estadísticos (Indicadores Hospitalarios INE), cuando se comparan cesáreas en hospitales públicos se reduce a 28% , mientras que en los privados asciende a 53,95 de cada 100 si el centro tiene fin de lucro, y al 43,63 de cada 100 si no lo tiene, en España hay 33,66 cesáreas por cada 100 partos por vía vaginal.
- ▶ Según datos aproximados de SEMPE, el coste medio de un parto vaginal para la sanidad pública es de 3.000 euros, mientras que una cesárea sería el doble, el mismo afirma que cuando se realiza la inducción al parto se triplica la tasa de cesáreas(Martínez-Astorquiza).

- ▶ Se han incrementados las inducciones al parto, a pesar de que muchas bibliografías reflejan que este procedimiento triplica la tasa de cesárea. La OMS señala la inducción en valores de 10 % como indicador de excelencia para un servicio de obstetricia. En nuestro estudio en la semana 41 se producen un 61 % de cesáreas realizadas, al respecto, Hannah encontró en su serie que 27 % de los partos se producían en la semana 41; esto puede ser debido al hecho de que en algunos centros se realiza por norma la interrupción del embarazo, incrementando el procedimiento inducción, a pesar, de que muchas mujeres no han alcanzado la madurez cervical.
- ▶ Otro de los factores que puede estar influyendo, los datos no se recogen de la misma manera y en determinados ambientes no se conocen los elementos más básicos de un registro perinatal, esta variedad dificulta la interpretación de datos.



Otra de las rutinas incorporadas en centros hospitalario en la realización de cesáreas:

- ❑ Presentaciones podálicas a término.
- ❑ Las realizadas en el segundo gemelo, según el peso (habitualmente inferiores a 2000 g).
- ❑ Cuando se sospecha ecográficamente una macrosomía. o bien
- ❑ Existe hidramnios, son hechos suficientes para realizar cesáreas.
- ❑ Estas prácticas no se acompaña de una mejora de los resultados perinatales, desde el punto de vista feto-neonatal, como muestran varios estudios.
- ❑ En cesáreas previas o cuando se ha realizado una cirugía uterina, es un hecho, que no se intentan el parto vaginal. Como citaba Craigin: “una vez cesárea, siempre cesárea”, el riesgo de rotura uterina, que se argumentaba como posible complicación de los partos vaginales con antecedente de cesárea, ha sido prácticamente refutado, debido a su baja incidencia (Lyndon et al, 1995). Por lo cual, existe consenso generalizado de que en éstas pacientes no existe contraindicación para el parto vaginal (Medina, 1988).

En el 5 por ciento de los alumbramientos en España el niño viene de nalgas y ese pequeño porcentaje es responsable del 20 por ciento de las indicaciones de cesárea.



Impulsan desde hace más de diez años una técnica (versión cefálica externa) que permite cambiar la postura del bebé para colocarlo en el canal del parto. Se ha practicado a cerca de 2000 embarazadas con un éxito del 60% y sin riesgo ni para la madre ni para el bebé

- ▶ No se puede obviar a lo que muchos autores definen como “nacimiento a la carta”, que consiste en programar en nacimiento del bebé. Unas veces es la madre quien demanda este tipo de técnica, y en otros casos es el médico el que ofrece esta opción.
- ▶ A todo ello, se le añade el miedo médico-legal y la presión social, casi diríamos que es inevitable, para que los médicos practiquen cesáreas.

## Partos a la Carta

- Incomodidad que supone un parto programado
- Beneficio económico?
- La cesárea dura menos tiempo y puede programarse
- Intervención segura, al tratarse de una cirugía mayor, entraña más riesgos
- Periodo de recuperación es mayor

## Descripción de la oferta

Clínica de Ponent y Medprivé te traen una oferta de **Atención a la Cesárea Simple o Gemelar**, por un precio exclusivo de 3.350€ en lugar de 5.600€ y efectuada por los servicios de Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología y Anestesiología.

Dar a luz es uno de los momentos más importantes de la vida. Por ello, **Clínica de Ponent** cuenta con una unidad de atención al parto integrada por los servicios de Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Neonatología y Anestesiología que contemplan este acto de una forma integral.

La oferta es válida **tanto para cesárea simple como gemelar**, y contiene todos los servicios que ofrece la clínica a sus clientes a nivel privado.

Reserva tu Bono descuento a **precio de oferta**, sin ningún compromiso y con primera visita incluida en la paga y señal.

## Servicios incluidos:

### Incluye:

- ▶ Visita previa con el obstetra (incluida en la paga y

## Condiciones:

- ▶ La compra de este Bono incluye la **primera visita sin compromiso**. Después de visitar al médico, a quien podrás hacer todas las preguntas que desees, podrás decidir libremente si quieres adquirir la oferta, y si lo haces se te descontará la paga y señal del precio total.
- ▶ Si decides adquirir la oferta, el **precio total** de la intervención será de **3.350€** incluyendo la paga y señal en lugar de 5.600€ gracias al descuento que consigues con el Bono.
- ▶ Validez del Bono: Toda la duración del embarazo (9 meses). Te recomendamos que gestiones tu reserva para la 1ª visita con el obstetra durante los próximos 15 días para conseguir la fecha que te vaya mejor.
- ▶ Cuando hayas comprado tu Bono lo recibirás vía email a la dirección de correo electrónico con la que te hayas registrado en Medprivé. A partir de este momento ya podrás **pedir cita** en el centro.
- ▶ Estamos a la escucha: para cualquier pregunta no dudes en contactarnos al 900 525 825 de L-V de 8:30h a 19:00h, usando nuestro chat de soporte online o escribiéndonos a soporte@medprivé.com.
- ▶ Sólo para mayores de 18 años.
- ▶ El precio incluye los impuestos aplicables al

# CONCLUSIONES:

Realizar protocolos en los distintos hospitales de nuestra comunidad, tanto a nivel privado como público, considerando los factores que encontramos en este estudio, para la creación de un programa de intervención ,que permitan resaltar la clara justificación de cesáreas que se realizan, prevaleciendo siempre el juicio clínico que asegure el mejor resultado para la madre y el hijo.

A pesar de que en los últimos tiempos se han producido grandes avances tecnológicos, es muy difícil establecer una cifra optima que de solución al problema. Aunque las evidencias demuestran que esta política de incremento de cesáreas es perjudicial a medio y largo plazo para la salud de la madre y del neonato. En este sentido es necesario establecer estrategias orientadas a disminuir la tasa de cesáreas.

# CONCLUSIONES:

Revisar los factores que influyen en el aumento de la tasas de cesáreas, tales como el miedo a las demandas por parte de los profesionales, la diferencia en el coste entre las cesáreas y los partos vaginales. Es importante por parte de todos los profesionales la exigencia de la realización de una buena praxis obstétrica tanto en la medicina privada como en la pública.

Son muchos los factores que asociados al uso excesivo de la cesárea. Por una parte, aquéllos asociados a las preferencias o prácticas del propio personal de salud al entrenamiento de éste, por la otra, son las propias mujeres las que la demandan la intervención, sin conocer las complicaciones de la cesaría frente a las mínimas que presenta un parto vaginal, junto con los beneficios para ella y en recién nacido.

# BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Curtin S.A. (1997). Rates of cesarean birth and vaginal birth after previous cesarean. *Monthly Vital Statistics Report*, (45), 1-11.
2. Gregory, K.D., Curtin SC, Taffel, S. M, Notzon, F.C. (1998). Changes in indications for cesarean delivery: United States. *Am J Public Health*, (88), 1384-1397.
3. Heres, M. H., Pel M., Elferink-Stinkens, P.M., Van Hemel, O.J. Treffers, P.E. (1995). The Dutch obstetric intervention study- variations in practice patterns. *Int J Gynaecol Obstet* (50), 145-150.
4. Cabero, L. y Cerqueira, M.J (1996). Protocolos de Medicina Materno-fetal. (Eds.,) *Perinatología*. Barcelona.
5. Vagas, J., Demetrio, A. M., Gayán, P., Schmided, W. (2008). Indicación de operación cesárea: Desafío para los Servicios de Obstetricia y Ginecología. *Rev Obstet Ginecol Hosp Dr. Luis Tisné Brousse*, (3)3, 210-213.
6. Norma de prevención de la transmisión vertical del VIH. (2005). Comisión Nacional del SIDA. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
7. Penn, Z., Ghaem-Maghami, M., (2001). Indications for caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*, 15 (1), 1-15.
8. Hager, R.M.E., Daltveit, A.K., Hofoss, D., Nilsen, S.T., Kolaas, T. Oian, P., Henriksen, T. (2004). Complications of caesarean deliveries: Rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol*, (190) 428-34.
9. Lydon Rochelle, M., Hol, V., Easterling, T., Martin, D. (2001). Risk of Uterine Rupture During Labor Among Women with a Prior Cesarean Delivery. *New Eng J Med*, (345) 3-8.
10. Medina, J., Acuña, J. (1988). Prueba de Trabajo a pacientes con antecedentes de cesárea. *Rev Col Obst Gin*, (39) 159-167.