

PROCEDIMIENTO EN EVALUACIÓN:

Cesáreas en condiciones de bajo riesgo obstétrico

1. DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La **cesárea** es una intervención médico-quirúrgica que se realiza de forma electiva o de emergencia para la prevención y/o tratamiento de complicaciones maternas o fetales. El procedimiento consiste en la extracción del feto mediante una incisión quirúrgica abdominal (histerotomía abdominal), que presenta una tasa de morbilidad materna y fetal mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido (1).

Definición del indicador: Altas de mujeres entre 15 y 55 años con un procedimiento de cesárea (códigos CIE-9: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99) durante un proceso de parto (DRG: 370, 371, 372, 373, 374, 375, 650, 651, 652). Se excluyen aquellos casos que presenten un diagnóstico y/o procedimiento que indique embarazo o parto de riesgo (gestación múltiple, anomalías de los órganos pélvicos, pre-eclampsia, eclampsia, VIH, presentación anómala del feto y otros partos de riesgo)

2. DEFINICIÓN DE LA INDICACIÓN NO ADECUADA PARA EL PROCEDIMIENTO

Se entiende por cesáreas en condiciones de bajo riesgo obstétrico a aquellas que se llevan a cabo en embarazos y/o partos que no presentan factores de riesgo y/o complicaciones que si indicarían su realización (2,3).

Las cesáreas de bajo riesgo constituyen un indicador que mide la adecuación del procedimiento. La indicación inadecuada de cesárea puede, aumentar innecesariamente el riesgo sin aportar ninguna ventaja adicional y reflejar la incorrecta utilización de recursos (4).

3. TIPO DE PROCEDIMIENTO

Procedimiento de dudoso valor

4. PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO (EN CASO DE QUE LO HAYA)

5. INICIATIVAS/LISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE APOYAN LA INADECUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Revisión de la tasa de cesáreas recomendada y de los sistemas de clasificación de las mismas para realizar comparaciones y evaluar su adecuación.
- NICE. Caesarean section, 2011. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg132> Guía con un apartado en el que se compara los beneficios y riesgos de la cesárea programada frente al parto vaginal.
- NICE Do not do Recommendations database (National Institute for Health and Clinical Excellence) <http://www.nice.nhs.uk/usingguidance/donotdorecommendations/search.jsp>. Recomendaciones de no indicación de cesárea.

6. EVIDENCIA QUE APOYA LA NO RECOMENDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE FORMA TOTAL O EN INDICACIONES CONCRETAS

6.1. RAZONES DE EFICACIA/EFFECTIVIDAD

La OMS en una revisión sistemática concluye que las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos. A nivel poblacional, a medida que aumentan las tasas de cesárea hasta un 10%-15% se reduce la mortalidad materna y neonatal, por encima de este nivel el aumento de la tasa de cesárea deja de estar asociado a una reducción de mortalidad (5).

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentemente realizadas en el mundo occidental y con una alta variabilidad, por lo que se recomienda investigar las causas del incremento de partos por cesárea y de su variabilidad (1,3). La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar internacional para evaluar y comparar las tasas de cesárea y hacer un seguimiento de la adecuación de las mismas (3).

6.2. RAZONES DE SEGURIDAD

El NICE en su Guía de Práctica Clínica para la atención del parto por cesárea compara el riesgo de una cesárea programada con el parto vaginal en mujeres con embarazos no complicados y sin cesáreas previas (6). Así, las cesáreas programadas reducen el riesgo de dolor abdominoperineal durante el parto y postparto (disminución de 6,3 escala 1-10), desgarros vaginales (disminución 0,2%-0,6%), hemorragia postparto (OR 0,23; IC 95%: 0,06-0,94) y shock obstétrico (RR: 0,33; IC95% 0,11-0,99), mientras que incrementan el riesgo de ingreso en la UCI del neonato (RR 2,20; IC 95% 1,40-3,18); y una mayor estancia hospitalaria (incremento de 1,58 días; IC 95% 1,27-2,17 días), histerectomía por hemorragia postparto (RR 2,31; IC 95%:1,30-4,09) y parada cardiaca de la madre (RR 4,91; IC 95% 3,95-6,11). Resultados controvertidos en la mortalidad materna, con un estudio que mostraba una mortalidad más elevada en el caso de las cesáreas programadas frente al parto vaginal (OR 2,28; IC 95% 1,11-4,65) frente a dos estudios que no encontraban diferencias.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
- (2) Agency for Healthcare Research and Quality. Cesarean Delivery Rate, Uncomplicated. AHRQ Quality Indicators #21. Agency for Healthcare Research and Quality, 2015; Version 5.0.
- (3) Bernal Delgado E, Aibar Remón C, Villaverde Royo MV, Abadía Taira MB, Martínez N, Librero López et al. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos el Sistema Nacional de Salud. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica. DT04/2009. Disponible en: http://www.atlasvpm.org/documents/10157/16715/Variaciones_cesarea_DT04_2009.pdf
- (4) Librero J, Peiró S, Belda A, Calabuig J. Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. Rev Esp salud Pública 2014; 88:315-326.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2015; WHO/RHR/15.02. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
- (6) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Caesarean section. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). London: RCOG Press; Nov 2011. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg132>