



ANEXO I
FICHA DE RECOGIDA
BUENAS PRÁCTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA:

ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

2. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP:

Estandarización de cesáreas

3. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

- Nombre de la entidad y de la persona de contacto: Hospital Rey Juan Carlos. Ricardo Trujillo Casas y Raquel Barba Martín
- Domicilio social: Hospital Rey Juan Carlos. C/Gladíolo s/n, Móstoles 28933
- CCAA: **Madrid**
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹: M^a Rosario Noguero Meseguer
e-mail: rosario.noguero@hospitalreyjuancarlos.es Teléfono: **610917222**

4. LÍNEA DE ACTUACIÓN

| | |
|--|-----------------------------|
| ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)² | Atención al Parto Normal |
| | Estandarización de cesáreas |
| | |

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda

- Estatal
- Comunidad Autónoma, provincia, municipio
- Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)**
- Zona básica
- Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: **Marzo 2012**
- Actualmente en activo: **Si**
- Fecha de finalización: **Sigue**

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.

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia del Sistema Nacional de Salud a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica, que son las señaladas en el criterio de **PERTINENCIA** que figura en la herramienta de Autoevaluación (Anexo II) para cada Estrategia. La(s) línea(s) que se cumplimente(n) en esta ficha debe(n) coincidir con la(s) que se señalen en la herramienta de Autoevaluación.



7. BREVE DESCRIPCIÓN

Población diana:

GESTANTES durante el proceso de parto

Objetivos:

OBJETIVOS GENERALES:

- Disminución del número total de cesáreas
- Evitar la realización de Cesáreas innecesarias, permitiendo que un mayor número de gestantes puedan dar a luz mediante un parto normal, más fisiológico y gratificante, y con menor morbilidad.
- Elaborar una guía de práctica clínica que ayude en la toma de decisiones sobre el modo de terminar un embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definición del estándar de cesáreas por hospital: Qué cesáreas se consideran adecuadas para cada diagnóstico
- El 100 % de las cesáreas programadas deben cumplir el estándar, así como el 90 % de las cesáreas urgentes
- Evaluar constantemente los resultados, valorando qué porcentaje de cesáreas se consideran adecuadas e inadecuadas, para poder así detectar los fallos en la asistencia, subsanarlos y mejorar

Metodología

Cada hospital debe definir su estándar de cesáreas (qué cesáreas se consideran adecuadas para cada diagnóstico) y evaluar constantemente sus resultados, valorando qué porcentaje de cesáreas se consideran adecuadas e inadecuadas, para poder así detectar los fallos en la asistencia, subsanarlos y mejorar. El objetivo es que el 100% de las cesáreas programadas cumplan el estándar, así como el 90% de las urgentes (en total y para cada grupo, los grupos se exponen más adelante).

A continuación se describe el estándar implantado en nuestro hospital.

CESÁREAS URGENTES:

GRUPO 1: SOSPECHA DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL (SPBF).

Se realiza una cesárea por SPBF cuando se considera que existe una hipoxia fetal intrauterina que requiere la extracción fetal inmediata y que la cesárea es la vía más rápida.



GRUPO 2: FRACASO DE INDUCCIÓN.

Se considerará fracasada la inducción en la que tras 12-18 horas de contracciones regulares y bolsa rota no se hayan alcanzado los 2-3 cm de dilatación y borramiento cervical de al menos un 80%.

GRUPO 3: NO PROGRESIÓN DEL PARTO

Un parto no progresa cuando, una vez iniciada su fase activa, no se produce mejoría de las condiciones cervicales tras 4 horas de contracciones regulares y rotura de bolsa.

GRUPO 4: DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA (DPC)

Existe una DPC cuando:

1. No es posible la extracción fetal tras una prueba de parto instrumental.
2. Tras un tiempo de dilatación completa, bolsa rota y pujos maternos -que dependerá de la paridad y tiempo de analgesia administrada- el punto guía de la presentación no llega a un III plano de Hodge (nivel de las espinas ciáticas).

GRUPO 5: MISCELÁNEA

Circunstancias diversas que pueden darse: presentación de frente o cara mento-posterior, prolapso de cordón, hemorragia vaginal abundante que compromete el estado materno, eclampsia,...

CESÁREAS PROGRAMADAS:

Se considerará cesárea programada toda aquella que se haya previsto con anterioridad al inicio del trabajo de parto, independientemente de si se realiza ante o intraparto. Al ingreso de la paciente debe comprobarse la persistencia de la indicación que se realizó en su día y dejar constancia de ello en la historia clínica. Excepto situaciones especiales no deben programarse las cesáreas antes de semana 39 (gemelares en la semana 38).

Las indicaciones estandarizadas de cesárea programada son:

CIRCUNSTANCIAS FETALES

- Presentación anómala:
 - *Transversas
 - *Nalgas: se aceptan todas las cesáreas por nalgas, independientemente de la paridad y circunstancias gestacionales concretas.
- Gemelar con presentación diferente de cefálica/cefálica.
- Compromiso fetal demostrado por Doppler/NST en que esté contraindicada la inducción (prematuros fundamentalmente).
- Sospecha de feto gran macrosoma (>4500 g en madre diabética, >5000 g en madre no diabética; medición concordante entre 2 ecografistas): el objetivo de la cesárea en estos casos es evitar la distocia de hombros.



CIRCUNSTANCIAS MATERNAS

- Obstáculo en la vía del parto:
 - Placenta previa oclusiva (total o parcial). No se considera un obstáculo al parto vaginal la placenta de inserción baja a más de 1 cm del Orificio Cervical Interno (OCI).
 - Mioma previo.
 - Condilomas acuminados u otros tumores que afecten extensamente al canal del parto.
- Infecciones:
 - Infección materna por VIH según indicaciones del protocolo específico.
 - Infección genital activa demostrada por Virus Herpes Simple (VHS) en las 6 semanas previas al parto.
- Riesgo aumentado de rotura uterina:
 - Dos o más cesáreas segmentarias previas.
 - Cesárea corporal previa.
 - Miomectomía previa con entrada a cavidad.
 - Antecedente de rotura uterina en gestación previa.
- A petición materna, con o sin cesárea previa. Debe desaconsejarse vehementemente. Si la paciente insiste, debe valorarse el caso en el Comité de Obstetricia.
- Otras enfermedades maternas (luxación de cadera operada con indicaciones de cesárea por parte de Traumatología, desprendimiento de retina): Siempre debe disponerse del informe del especialista que recomienda la intervención y comentar el caso en sesión multidisciplinar.

En nuestro servicio hemos elaborado un estándar de cesáreas adaptando a nuestros medios y capacidades el estándar previamente difundido y fomentado por el Ministerio de Sanidad. Nuestro objetivo es que el 100% de las cesáreas programadas y el 90% de las urgentes cumplan el estándar, es decir, se consideren médicamente indicadas. Las cesáreas se revisan semanalmente, se analiza su adecuación al estándar y, en caso de que no se consideren adecuadas, se discute el por qué de la actuación del tocólogo responsable en ese momento y se estudian posibles alternativas para la solución del caso clínico en cuestión; en definitiva, se intenta aprender del error para no repetirlo en el futuro.

8. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

Sujetos: Gestantes que acudieron a dar a luz a nuestro Centro desde Junio - Diciembre de 2012, y durante todo el año 2013

Establecemos dos momentos históricos:

El **periodo pre-estandarización**, que comprende los meses de junio a octubre de 2012 (ambos inclusive). En esta primera fase hubo un total de 372 partos, de los cuales un 13,9% terminaron el cesárea. De éstas 30 fueron programadas y 22 urgentes. En las programadas se cumplió el estándar

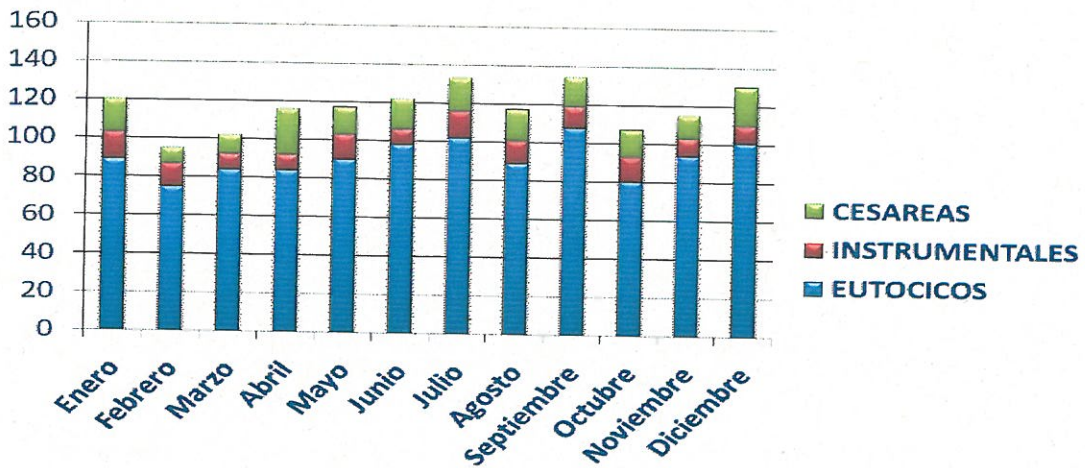


en un 100 % de los casos. En las urgentes el porcentaje de cumplimiento osciló entre el 20 % (agosto) y el 100 % (octubre) con una media de 55,8%.

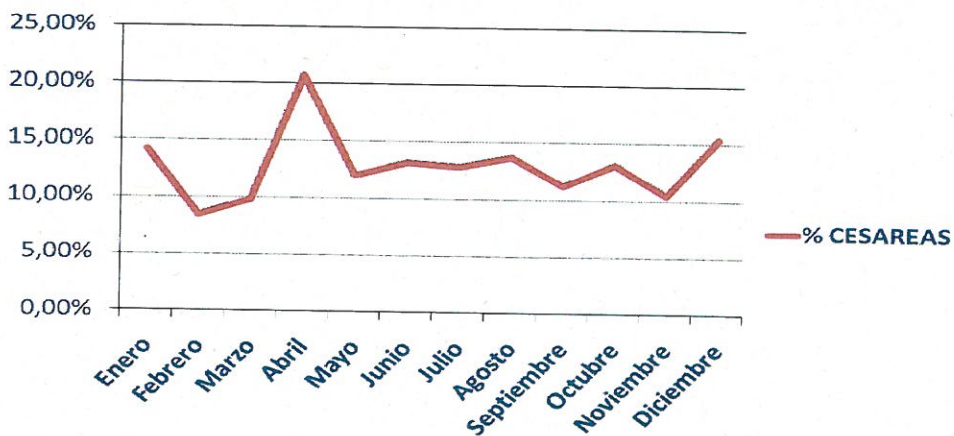
El **periodo de estandarizado**, que comprende desde noviembre 2012, hasta diciembre de 2013. Tras la introducción de la adecuación el 100 % de las cesáreas programadas han cumplido el estándar. En cuanto a las Cesáreas urgentes, el porcentaje de adecuación al estándar osciló entre el 85 y el 94 %.

Durante el año 2013 hubo un total de 1408 partos (100-120 por mes), un 78,5 % de ellos eutócicos, el 8,5 % fueron instrumentales y un 13 % de cesáreas

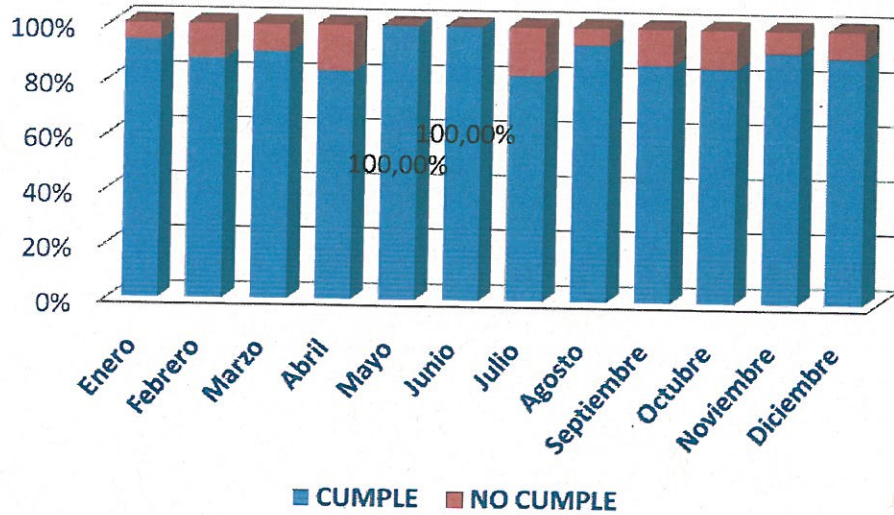
Tipo de parto en 2013



Proporción de cesáreas en nuestro Servicio



Adecuación total de cesáreas al estándar



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 alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.