

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL INDICE DE CESÁREAS

Autor principal DANIEL LÓPEZ GARCÍA

CoAutor 1 MARIA JOSE RUIZ SANZ

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Palabras clave Cesárea parto vaginal normal birth labour

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Se puede definir cesárea como la intervención quirúrgica que tiene como finalidad extraer el feto por vía abdominal, cuando el parto por vía vaginal no es posible o implica más riesgos para la salud materno-fetal.

Las cesáreas en todo el mundo occidental han ido incrementando, desviándose de las recomendaciones de organismos como la OMS.

Esta revisión presenta las causas más comunes de una cesárea y las mejoras que se pueden hacer en la práctica para reducirlas, basadas en la evidencia científica.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

1.-INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO HISTÓRICO

Se puede definir cesárea como la intervención quirúrgica que tiene como finalidad extraer el feto por vía abdominal, cuando el parto por vía vaginal no es posible o implica más riesgos para la salud materno-fetal.

El origen del término cesárea todavía no está claro. Leyendas apuntaban a Julio César como la primera persona nacida por cesárea. De todas formas, esta teoría se descarta ya que su madre, Aurelia, estaba viva cuando él decide invadir Britania, y en aquellos tiempos ninguna mujer hubiera sobrevivido a una cesárea. Historiadores señalan que el término puede proceder de lex casárea, decreto del 600 a.C. que obligaba a extraer el feto del útero materno de cualquier mujer que falleciera durante el embarazo. Otras fuentes señalan que la palabra cesárea proviene del verbo latino caedere, que significa cortar, y en el Imperio Romano, se llamaba caesones a los nacidos mediante esta vía.

Francois Rousset publica un tratado en Paris en el año 1581 en el que aparece por primera vez el término de nacimiento mediante cesárea. La primera operación documentada con éxito para la madre y el recién nacido se realizó en 1794 en Virginia.

A mediados del siglo XIX cuando se empieza a usar la cesárea como técnica quirúrgica medianamente segura para el nacimiento de los niños. La técnica de la operación y la sutura mejora con la progresiva aparición de la anestesia, antibioterapia y antiseptia.

2.-INCIDENCIA Y PROBLEMÁTICA DE LA CESÁREA

Las tasas de cesáreas sirven para evaluar la práctica obstétrica de los países, así como métodos auditores obstétricos internacionales para realizar comparaciones. Lo cierto es que desde los años 60, la tasa de cesáreas no ha parado de ascender en los países desarrollados.

La Organización Mundial de la Salud realizó un estudio multidisciplinar en el campo de los servicios obstétricos en 1985 y propuso unas recomendaciones para el uso de la tecnología en la asistencia al parto. Ese estudio fue crucial para tener un punto de referencia en cuanto a un porcentaje máximo recomendado de cesáreas, el cual no debe superar el 15%. En ese mismo sentido se pronunció el Departamento de Salud de Estados Unidos en varias publicaciones hechas al respecto.

Los porcentajes de cesáreas se han disparado internacionalmente en los últimos 25 años. Mientras que el Reino Unido o Estados Unidos tienen unos porcentajes que rondan entre el 22 y 27% respectivamente, Brasil posee uno de los índices mayores del mundo con un 51%. Sin embargo, los países nórdicos sí han sabido ajustarse a los porcentajes recomendados por la OMS.

En nuestro país, se carecen de datos representativos a nivel nacional, pero si se suelen extrapolar de diferentes centros hospitalarios de referencia, lo que no suele corresponder con la realidad si tenemos en cuenta los hospitales pequeños o los centros privados. De todas maneras, la tasa media española se sitúa alrededor del 25%

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

3.-IDENTIFICACIÓN DE LOS TEMAS PRINCIPALES

Las principales indicaciones para realizar una cesárea son la pérdida del bienestar fetal, la situación podálica, la cesárea anterior y las distocias por desproporción cefalo-pélvica o por no progresión de parto. Hay muchas evidencias científicas que sugieren que el número tan elevado de cesáreas se debe en parte al uso del monitor cardiotocográfico, al miedo a las demandas judiciales, así como

la experiencia insuficiente de los profesionales en partos instrumentales o podálicas. Además, la operación de cesárea cada vez resulta más segura de realizar. Otro factor a tener en cuenta debe ser la libre elección de la madre en cuanto a la decisión sobre la realización de la cesárea. Quinlivan realizó una auditoría en la que se expuso que la decisión de la madre era la primera causa para realizar una cesárea en el caso de situación podálica o cesárea anterior. Esto genera un dilema ético sobre si el ginecólogo debe realizar una cesárea por petición materna. Por último, cabe destacar que las mujeres esperan más tiempo para quedarse embarazadas y tienen menos hijos y hay una correlación entre el aumento de la edad materna y la realización de cesáreas.

4.- BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, hay que formular la hipótesis del análisis situacional para poder centrarse en los problemas principales y dirigir la búsqueda de evidencia científica. Aunque hay varios métodos para formular la hipótesis o pregunta, el enunciado afirmativo puede ser el más conveniente:

La búsqueda de literatura relevante en lo que respecta a cesárea y sobre apoyo continuo en el trabajo de parto se realizó por medio de búsquedas en bases de datos informatizadas, a través de internet y en protocolos hospitalarios sobre los temas arriba citados.

Internet se ha convertido en uno de los sistemas de búsqueda más potentes utilizados. Sin embargo, no hay control sobre las publicaciones y todo el mundo puede "colgar artículos en la web, por lo que a veces es difícil de reconocer lo que es información relevante y válida. Sin embargo, hay algunas terminaciones de páginas web que indican que se puede confiar en dichas páginas porque pertenecen a organizaciones académicas y el gobierno.

El proceso de búsqueda implicó introducir datos metódicamente a través de bases de datos informatizadas para localizar estudios de investigación relevantes. Se utilizó el sistema de gestión de archivos Athens para lograr acceso a bases de datos como Ovid Medline, Cochrane o CINAHL, entre otros. Se utilizaron otros portales importantes de salud, como OMNI y NMAP. Los autores también utilizaron referencias cruzadas, que significa usar estudios especificados en las referencias de algunas investigaciones importantes.

El proceso de búsqueda se realizó de la siguiente manera. En primer lugar, se introducen palabras clave en todos los sistemas antes mencionados. Estas palabras clave se muestran en la siguiente lista: Caesarean section, normal childbirth, normal labour, one to one care, vaginal birth, breech, induction of labour, fetal distress. Al introducir solamente las palabras clave, se observaba que la lista de resultados era demasiado amplia por lo que se usaron algunas técnicas con el fin de reducir y centrar la búsqueda.

» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.

5.-RESUMEN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ENCONTRADA

Hoy en día, el aumento de la tasa de cesárea ha contribuido a un debate polémico en todos los niveles, local, nacional e incluso mundial. Diferentes autoridades y asociaciones se han posicionado a fin de definir una estándares de calidad y una uniformidad en la procedimiento quirúrgico 1,2. De hecho, la falta de uniformidad en las situaciones clínicas hace que se apliquen de diferentes criterios clínicos para actuar sobre un mismo acto clínico, en este caso quirúrgico.

Como ya se ha comentado, las principales indicaciones para la realización de una cesárea son la pérdida del bienestar fetal, la situación podálica, la cesárea anterior y las distocias por desproporción cefalo-pélvica o por no progresión de parto.

A continuación se presenta la evidencia científica con el fin de aclarar los principales puntos clave de este tema y cómo se puede mejorar la tasa de cesáreas y lo que pueden hacer las matronas para reducir la incidencia de las mismas y favorecer una experiencia satisfactoria para las mujeres. La tabla 4 presenta la práctica clínica basada en la mejor evidencia científica disponible que ayuda a contribuir en la reducción de la tasa de cesáreas.

5.1.- Indicación de Sufrimiento fetal.

La pérdida del bienestar fetal o el registro patológico de un monitor CTG es la indicación más común para realizar una cesárea. En el Reino Unido, esta indicación supone un porcentaje de 22% del total (1).

La actuación basada en la evidencia:

- El uso monitorización fetal se ha asociado con una mayor probabilidad de realizar una cesárea. La toma de sangre fetal debe ser considerada y debe ofrecerse en el caso de tener una monitorización patológica(2).
- Estudios demuestran que la realización de la microtoma de sangre fetal reduce la tasa de cesáreas en un 44%, cuando la monitorización cardiotocográfica fetal electrónica muestran registros patológicos (1).

5.2.- Indicación por fallo de progresión.

La falta de progreso o la no progresión de parto es la segunda indicación más común para realizar una cesárea y el porcentaje general en el Reino Unido para esta indicación es 20,4%(1).

Actuación basada en la evidencia:

- Thomas y Paranjothy, en uno de los estudios más importantes realizados en el Reino Unido, concluyeron que la inducción del trabajo de parto después de 41 semanas de gestación para los embarazos sin complicaciones, reduce la tasa de cesáreas y la mortalidad perinatal.
- La oxitocina se debe administrar cuando se sospecha no progresión de parto en primigestas, antes de realizar una cesárea, si no hay contraindicación.
- Los cambios en la posición de la parturienta, las posiciones verticales y el uso de la pelota de pilates se pueden usar antes de realizar una inducción del parto. Las posiciones verticales, los cambios de posición, el uso de la silla de partos o la pelota de pilates pueden contribuir para la disminución de la tasa de cesáreas, en comparación con el uso de la cama durante el trabajo de parto.

5.3.- Indicación por cesárea anterior.

La realización de cesárea por una cesárea anterior es la tercera indicación más común para realizar una cesárea y el porcentaje general el Reino Unido para esta indicación es de 13,8% (1).

Actuación basada en la evidencia:

- El 80% de las mujeres que planean un parto vaginal después de una cesárea (PVDC) tienen un parto vaginal en lugar de una cesárea repetida.
- The National Sentinel Caesarean Section Audit, declaró que la probabilidad de parto vaginal exitoso para las mujeres que tuvieron parto por cesárea anterior fue del 33% (1).
- Dodd et al (2004) encontraron en su revisión sistemática que la práctica de ambos, el parto vaginal después de la cesárea y de la cesárea electiva, no están exentos de riesgos y se asocian a beneficios y daños. Además, el problema radica en que la evidencia disponible está en algunos casos sesgada por lo que hay que tomarla con mucha precaución (3).

5.4.- Indicación por presentación podálica.

La Presentación en podálica es la cuarta indicación más común para realizar una cesárea y el porcentaje general en Reino Unido para esta indicación es de 10,8%(1).

Actuación basada en la evidencia:

- La versión cefálica externa es un procedimiento en el que se manipula al feto externamente a través de la pared abdominal de la madre mediante presión y guiado ecográficamente, para pasar de la presentación podálica a la presentación cefálica(4). Está demostrado que la versión cefálica externa a término reduce de manera significativa los partos en presentación podálica y cesáreas, aumentando las posibilidades de parto vaginal.
- La moxibustión (un tipo de medicina china) reduce la necesidad de VCE y reduce el uso de oxitocina durante el parto.
- Por otra parte, la adopción de protocolos hospitalarios más liberales puede promover partos vaginales en podálica y reducir la tasa de cesáreas, estando listo para intervenir en caso de alguna dificultad

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Este estudio representa un gran aporte para la seguridad del paciente debido a que se han presentado las causas más comunes por las que se realiza una cesárea, así como las propuestas basadas en la evidencia para reducir el número de ellas. Al reducir el número de cesáreas, hay más mujeres que tienen un parto vaginal y menos que tienen una operación, por lo que hay un aumento en la seguridad de los procedimientos relacionados con el paciente.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

6.- RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA

Esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo para analizar las razones del aumento de las cesáreas, así como las tareas que se pueden realizar para reducir su incidencia. Del mismo modo, se han valorado los factores que pueden facilitar o impedir su aplicación en la práctica.

Son cuatro las indicaciones más comunes para la realización de una cesárea: Sufrimiento fetal, no progresión de parto, cesárea anterior y presentación podálica. Éstas han sido evaluadas con el fin de conocer la norma general de los procedimientos en cada indicación (1,5).

Se ha presentado una guía con las actuaciones basadas en la evidencia científica que propone soluciones para basar la práctica clínica. Esta guía pretende ser un punto de inflexión destinado a reducir la probabilidad de la realización de cesárea. Los puntos que se incluyen esta guía son, entre otros:

- El uso de la microtoma de sangre fetal en el caso de sufrimiento fetal (1,5).
- La estimulación del parto con oxitocina en el caso de no progresión del parto (1).
- La oferta por parte de los ginecólogos y el intento del parto vaginal para el caso de cesárea anterior(1,5).
- La versión cefálica externa y el intento de parto vaginal para la presentación podálica(1).

Las matronas, defensoras de parto normal tienen la función de proporcionar apoyo continuo a sus clientes. La cultura tradicional de la sala de partos y la medicalización de la atención perinatal deben ser abandonadas.

» BIBLIOGRAFÍA.

- 1.Thomas J. and Paranjothy S. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press; 2001.
- 2.National Institute for Clinical Excellence. National Collaborating Centre for Womens and Childrens Health. Caesarean Section Clinical Guideline13. London: RCOG Press; 2004.
- 3.Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM and Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean section. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4. Art. No.: CD004224. pub.2; 2004.
- 4.Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ and Sakala C. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3. Art. No.: CD003766; 2003.
- 5.Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: National Childbirth Trust. The Rising Caesarean Section Rate, causes and effects for public health. London: RCOG press; 2000