

# Evaluación de un programa de optimización de tasa de cesáreas y su adecuación en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

Teulón González M<sup>1</sup>, Martínez Pillado M<sup>2</sup>, Vega Cañadas J<sup>1</sup>, Pagola Limón N<sup>1</sup>,  
Sánchez-Nieves González D<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

<sup>2</sup>Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona.

<sup>3</sup>Hospital Universitario de Príncipe de Asturias. Madrid.

Dirección para correspondencia: maria.teulon@salud.madrid.org



Equipo del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

## Resumen

Presentamos una experiencia de auditoría clínica interna seguida de un programa de intervención sobre sus resultados, realizado con el objetivo primario de mejorar la calidad de la atención sanitaria nuestras pacientes en el momento del parto y en concreto en relación a las cesáreas practicadas en nuestro servicio. Nuestra estrategia se fundamenta en analizar nuestra tasa de cesáreas, sus cifras de adecuación, reducción de tasas brutas de cesárea, minimización de las cesáreas practicadas con indicación médica inadecuada, disminución de la variabilidad de la práctica clínica, empleando una herramienta de apoyo en la toma de decisiones clínicas, los Estándares de Uso Apropiado de Cesárea basados en el método diseñado por RAND-UCLA y ampliamente utilizado en la valoración de la adecuación de decisiones clínicas. Este plan de calidad se ha aplicado de forma continuada en nuestro servicio en los últimos cinco años, consiguiéndose una

reducción significativa de la tasa de cesáreas 14,7% (2016) y una mejora de la adecuación de sus indicaciones clínicas.

*Palabras clave:* Cesárea; Adecuación; Inadecuación; Variabilidad de la práctica clínica; Calidad.

## Evaluation of an optimization program of cesarean section rates and its adequacy, in the University Hospital of Fuenlabrada, Madrid

### Abstract

We present an experience of internal clinical audit, followed by an intervention program on its findings, made with a primary objective: to improve the quality of care to our patients at the time of delivery and specifically in regard to cesarean delivery in our service. Our strategy is based on analyzing our cesarean section rate, their numbers adequacy, reducing gross rates of cesarean section, minimization of cesarean delivery with inadequate medical indication, lowering variability in clinical practice, using a support tool in clinical decisions, Appropriateness Use Standards of Cesarean based on the method designed by RAND-UCLA widely used in the assessment of the adequacy of clinical decisions. This quality plan has been implemented continuously in our department in the last 5 years, achieving a significant reduction in the rate of cesarean sections 14.7 % (2016) and improving the adequacy of its clinical indications.

*Key words:* Cesarean; Adequacy; Inadequacy; Clinical practice variability; Quality.

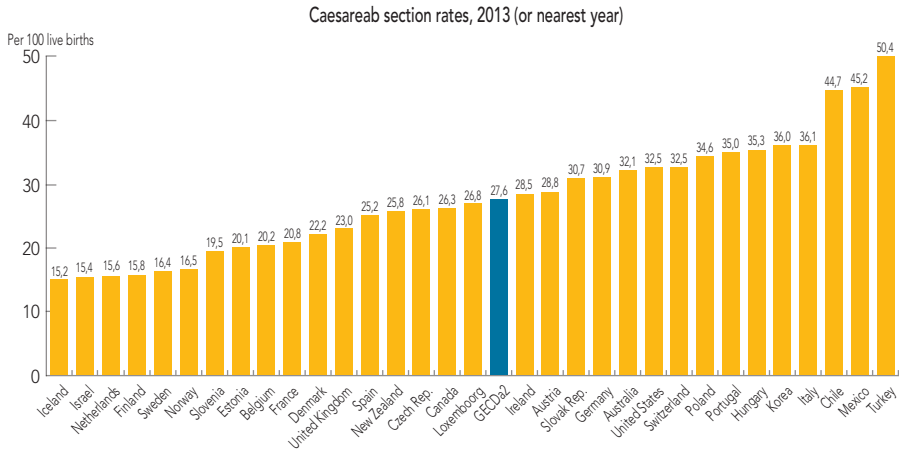
### Análisis de situación que justifica la realización de la experiencia

La atención al parto es una de las primeras causas de ingreso hospitalario de nuestro medio. La cesárea, por tanto, es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas en nuestro medio en el momento actual. Aunque su práctica es generalizada, estandarizada y protocolizada, sus tasas de aplicación demuestran una gran variabilidad entre distintos centros sanitarios de características similares. Como cualquier intervención quirúrgica no está exenta de complicaciones por lo que su utilización debe ajustarse al máximo a las indicaciones señaladas por la *lex artis* y la medicina basada en la evidencia (MBE) de la Obstetricia.

Las tasas de cesárea del mundo occidental han ido aumentando de forma creciente en los últimos años y son muy distintas entre países desarrollados<sup>1</sup> (figura 1) incluso entre países del mismo entorno (por ejemplo, España 25,2%, Italia 36,1%, Francia 20,8%, Holanda 15,6%, Estados Unidos 32,5%).

Esta variabilidad también se observa en las distintas comunidades autónomas<sup>2,3,4</sup> entre los centros del Sistema Nacional de Salud (SNS) de nuestra comunidad autónoma<sup>2</sup> y es especialmente importante en la medicina privada.

En nuestro centro hospitalario hemos mantenido tasas muy aceptables de cesárea desde su apertura, siempre



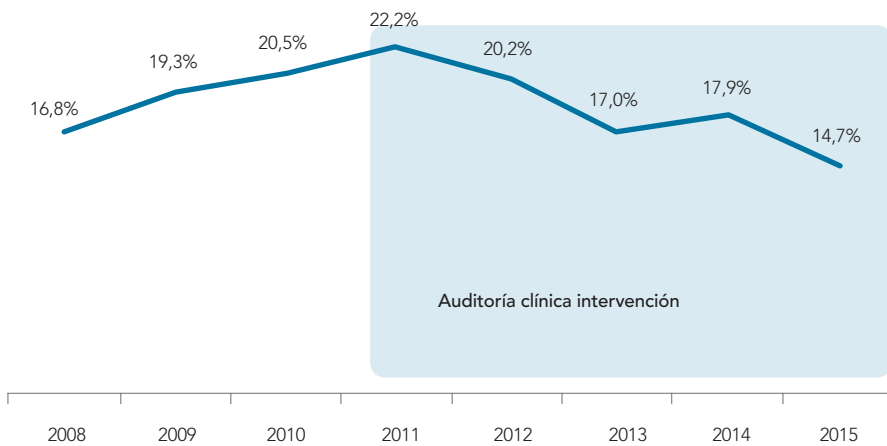
Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data.en>.

**Figura 1. Tasas de cesárea OCDE 2011. Health at a glance, 2015**

por debajo de dicha media; sin embargo, estas tasas han crecido de forma inexplicable hasta el año 2012 (tabla 1, figura 2).

El aumento de nuestra tasa de cesáreas alcanzó su punto más elevado en

2011 (22,16%); la coincidencia temporal con el desarrollo de una herramienta de ayuda en la toma de decisiones clínicas que propiciaba la sistematización de las indicaciones de cesárea (estándares de uso apropiado)<sup>4-7</sup> desarrollada como trabajo de tesis doctoral



**Figura 2. Tasas de cesárea por año en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (2008-2015). CMBD**

Tabla 1. Datos del observatorio de resultados de la Comunidad autónoma de Madrid<sup>2</sup>

	2012	2013	2014
<b>Baja complejidad</b>			
H. El Escorial	32,80%	27,10%	18,39%
H.U. del Tajo	14,90%	19,70%	14,12%
H.U. del Henares	17,60%	17,40%	22,45%
H.U. Infanta Cristina	19,50%	18,00%	20,15%
H.U. Infanta Elena	14,90%	13,20%	12,86%
H.U. del Sureste	18,90%	16,70%	16,96%
<b>Media complejidad</b>			
H. Gómez Ulla	27,30%	23,80%	23,81%
H.U. Rey Juan Carlos	11,00%	7,20%	9,49%
H.U. de Torrejón	12,70%	15,60%	16,84%
H.U. de Fuenlabrada	14,00%	12,90%	10,68%
H.U. Fundación Alcorcón	14,50%	14,90%	14,47%
H.U. de Getafe	15,80%	16,20%	15,42%
H.U. Infanta Leonor	15,70%	15,10%	14,64%
H.U. Infanta Sofía	17,40%	18,50%	17,05%
H.U. de Móstoles	20,50%	18,60%	19,40%
H.U. Príncipe de Asturias	17,40%	15,30%	18,28%
H.U. Severo Ochoa	17,30%	19,40%	20,87%
<b>Alta complejidad</b>			
H. Clínico San Carlos	18,10%	16,80%	16,20%
H. Fundación Jiménez Díaz	16,90%	17,60%	14,61%
H.G.U. Gregorio Marañón	12,80%	11,10%	11,02%
H.U. 12 Octubre	18,60%	18,10%	18,85%
H.U. La Paz	14,70%	14,00%	15,99%
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	12,90%	15,10%	13,35%

## Proceso asistencial al paciente

por dos investigadores miembros de nuestro servicio<sup>4-7</sup> fue el germen de la realización de una auditoría clínica de las indicaciones de cesárea y el despliegue de una estrategia para reducir la tasa de cesáreas y mejorar su adecuación de la tasa de cesáreas que se inició en el año 2011 y sigue en funcionamiento en nuestro servicio en el momento actual.

Presentamos una experiencia de auditoría clínica interna seguido de un programa de intervención sobre sus resultados, realizado con un objetivo primario fundamental: **mejorar la calidad de**

**la atención sanitaria nuestras pacientes en el momento del parto y en concreto en relación a las cesáreas practicadas en nuestro servicio**, con tasas crecientes desde año 2009, basada en la necesidad ética, social y humanitaria de los médicos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

Nuestra estrategia se fundamenta en analizar nuestra tasa de cesáreas, sus cifras de adecuación y la minimización de las cesáreas practicadas con indicación médica inadecuada.

Como objetivos secundarios de dicho procedimiento fijamos:

- Análisis de nuestra práctica clínica y desarrollo de acciones de mejora.
- Reducción de tasas brutas de cesáreas: centrada en la disminución de la inadecuación.
- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica entre los profesionales del servicio, sistematizando nuestra actividad, homogeneizando indicaciones de cesáreas, optimización del *timing* apoyados en la MBE y la opinión de expertos en la materia.
- Establecer plan de calidad continuado sobre nuestra práctica que permita la consolidación de resultados a medio plazo, con auditorías periódicas y constantes medidas de intervención ante las desviaciones detectadas.
- *Benchmarking* en relación a centros hospitalarios de similares características.

Para el análisis de la adecuación de nuestras cesáreas se ha utilizado una herramienta de apoyo, los Estándares de Uso Apropiado de Cesárea. La herramienta había sido desarrollada por dos obstetras expertos del servicio con anterioridad como objeto de sus tesis doctorales<sup>4,5</sup>, según la metodología de RAND-UCLA<sup>6,7</sup> basada en la MBE y en la opinión de un elenco de un panel de obstetras expertos con metodología Delphi, que posibilita valorar la idoneidad de cada indicación realizada de forma prospectiva o retrospectiva calificándolas como "Adecuadas", "Dudosas" e "Inadecuadas".

Este procedimiento se plantea como un proceso continuo de mejora de la calidad asistencial, apoyándose en el

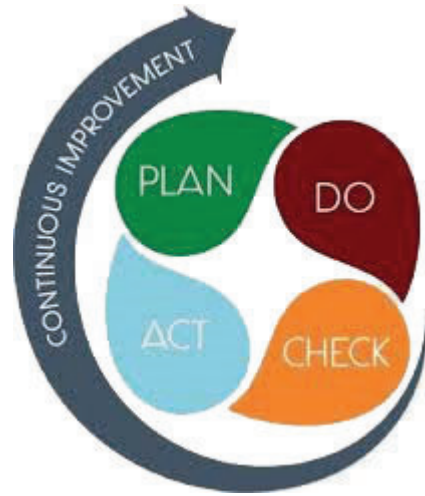


Figura 3. Ciclo PDAC

clásico PDAC descrito por Deming<sup>8</sup>, que presenta varias fases diferenciadas (figura 3):

- **Evaluación de resultados:** auditoría interna retrospectiva de cesáreas realizadas durante 2010, 2014 y 2015.
- **Definición de áreas susceptibles de mejora, planificación** de acciones concretas de mejora en dichas áreas para de reducir la inadecuación, la variabilidad de la práctica clínica.
- **Feedback** de resultados a los profesionales médicos implicados. Auditoría personalizada por facultativo, con carácter privado. Evaluación comparada de resultados obtenidos con el resto del equipo médico.
- **Implementación, modificaciones en nuestra práctica clínica.** Puesta en marcha de distintas estrategias de mejora de nuestra adecuación en aquellos aspectos de nuestra práctica clínica con más cesáreas de indicación inadecuada. Esta

modificación se realiza a través de la actualización, protocolización y estandarización de nuestra práctica clínica, disminuyendo la variabilidad interprofesional dentro de nuestro servicio.

- **Rendición de cuentas:** nueva evaluación de resultados con nueva auditoría.

## Metodología

Nuestro hospital es un centro hospitalario público de segundo nivel, situado en las afueras de Madrid, con zona de influencia: Fuenlabrada, Humanes y Moraleja de Enmedio y una población de referencia asignada de alrededor de 225 000 habitantes.

Este programa se ha realizado en varias fases consecutivas, pero bien diferenciadas, entre comienzos del año 2011 y el primer trimestre 2016.

### Auditoria clínica interna inicial (2011)

Se revisaron de forma retrospectiva todas las cesáreas realizadas en nuestro servicio durante el año 2010. Se revisaron un total de 549 cesáreas. La revisión fue realizada por dos obstetras sénior a partir de los datos recogidos en la historia clínica digital (Selene Siemens). Los revisores aplicaron la herramienta Estándares de Uso Apropiado de Cesárea. La revisión y aplicación de la herramienta permitió calificar cada indicación de cesárea como "Adecuada", "Dudosa" e "Inadecuada", identificar la causa de la eventual inadecuación e identificar al médico responsable de cada indicación.

### Comunicación de resultados (2011)

Presentación de los resultados globales del servicio en sesión clínica, con análisis pormenorizados de las tasas

brutas, tasas de adecuación e inadecuación global y los puntos críticos susceptibles de mejora. Comunicación individualizada y privada a cada ginecólogo de sus tasas de adecuación.

### Acciones de mejora (2012)

Se detectaron varias situaciones causantes de inadecuación fácilmente subsanables y se sugirieron las siguientes acciones de mejora:

- Revisión de práctica clínica en las indicaciones con más alta tasa de inadecuación: inducción de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa, parto en podálica, riesgo de pérdida de bienestar fetal, desproporción pélvico-cefálica. Se revisaron los protocolos clínicos donde se encontró conflicto o cifras importantes de inadecuación. La revisión se realizó en base a la MBE disponible en el momento actual. Por ejemplo, la revisión del protocolo de inducción de trabajo de parto tras una cesárea anterior modificó nuestra política de inducciones de trabajo de parto con cesárea previa, ya que antes de la revisión se indicaban cesáreas electivas en pacientes con condiciones cervicales previas a la inducción desfavorables y a partir de la revisión del protocolo se decidió intentar siempre la inducción del parto independientemente de las condiciones del cérvix.
- El resto de protocolos de aquellas situaciones responsables de un porcentaje considerable de nuestra inadecuación (riesgo de pérdida de bienestar fetal, desproporción pélvico-cefálica, parto de nalgas) fueron igualmente revisados y actualizados.

- Optimización de fecha de programación de cesáreas: reducción drástica de las cesáreas programadas antes de la semana 39 de gestación. Es sabido que la realización de las cesáreas programadas después de esa edad gestacional presenta menos complicaciones respiratorias neonatales<sup>12</sup>, por lo que las recomendaciones actuales aconsejan esperar a dicha semana para su realización.
- Revisión de las cesáreas realizadas a diario: en sesión clínica matutina del pase de guardia del servicio, por los actores implicados. El talante de dicha presentación es constructivo –que no destructivo– pero riguroso. Las indicaciones se discuten en sesión entre todos, para asegurar además una adecuada docencia a nuestros residentes. La presentación de cada cesárea realizada en sesión general inicialmente pudo generar alguna tensión entre los especialistas que se sentían “examinados”, en el momento actual es una práctica totalmente integrada en nuestra cotidianeidad y no suele generar conflictos.

### **Implementación de nuevos procedimientos (2012-2014)**

Implementación del programa de Versión Cefálica Externa (VCE) para disminuir la tasa de cesáreas por podálica. La presentación de nalgas se da en un 3-4% de las gestaciones, y son conocidos los riesgos atribuibles a un parto de nalgas<sup>9,10</sup>, pero dado que la práctica de la cesárea tampoco está exenta de riesgos, en la actualidad la mayoría de las organizaciones profesionales de ginecólogos<sup>10,11</sup> recomiendan el intento de versión cefálica cerca del término del feto en presentación podálica. La VCE no fue un procedimiento estandarizado en nuestro hospital hasta comienzos del año 2012. El programa

se puso en marcha en enero 2012 en gestantes 36-40 semanas de gestación con fetos en presentación podálica con el objeto de reducir el número de cesáreas realizadas por dicha indicación que al no obtener el consenso de los expertos queda calificada como indicación “Dudosa” por la herramienta de auditoría empleada.

### **Nueva auditoría clínica interna comparada (2015)**

Sobre las cesáreas realizadas en nuestro servicio durante el año 2014 y revisión de tasas de adecuación según el procedimiento aplicado en la auditoría inicial. Se revisaron un total de cesáreas de 353. La revisión fue realizada por dos obstetras del servicio a partir de los datos recogidos en la historia clínica digital (Selene Siemens).

### **Nueva comunicación de resultados presentación de resultados (2015)**

Comparación con resultados de auditoría previa (2010) y comunicación de resultados globales en sesión clínica e individualizada a cada ginecólogo con sus tasas personales de adecuación/inadecuación.

### **Nueva planificación de medidas correctoras ante las desviaciones detectadas**

Revisión de protocolo de actuación intraparto sobre el riesgo de pérdida de bienestar fetal y no progresión de parto, con incorporación de nuevas curvas de parto y un nuevo protocolo de seguimiento intraparto de las gestantes.

### **Auditoría clínica comparada (2016)**

De nuevo se volvieron a revisar las 290 cesáreas practicadas en el año 2015 y su adecuación/inadecuación en base a los Estándares de Uso Apropiado y los

protocolos vigentes en el servicio, empleando la misma sistemática que en años previos.

## Resultados

### Tasas de cesáreas globales en el hospital de Fuenlabrada

Las cesáreas realizadas en los años 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014 fueron respectivamente: 445, 562, 553, 569, 480, 410, 338, 353 y 290, lo que supusieron un 16,56%, 19,34%, 20,54%, 22,16%, 20,23%, 18,43%, 16,98%, 17,85% y 14,7% de los partos atendidos en nuestro hospital durante ese periodo. La tasa global de cesáreas 2004-2007 fue de 19,11% de los partos atendidos en nuestro hospital (figura 2).

### Tasas de adecuación/inadecuación de cesáreas

Durante el año 2010 se realizaron 549 cesáreas en nuestro hospital. Tras la

aplicación de los estándares de uso apropiado, el 57% de las mismas se realizó de forma adecuada (A), el 21% presentó una indicación dudosa (D) y el 22% fue indicada de forma inadecuada según la herramienta.

El análisis por indicación de las inadecuadas presentó: el 22% de la inadecuación fueron cesáreas realizadas con carácter electivo en pacientes con antecedentes de cesárea previa; el 22% cesáreas por presentación podálica realizadas antes de la semana 39 de gestación, el 14% cesáreas indicadas de forma inadecuada por riesgo de pérdida de bienestar fetal no adecuadamente documentado; 12% atribuido a desproporción pélvico-cefálica; 10% a fracasos de inducción antes del tiempo estipulado por nuestro protocolo, 12% otras (figuras 4, 5 y 6).

Durante el año 2014, se evaluaron 353 cesáreas, se aplicaron de forma similar los Estándares de Uso Apropiado, objetivándose que un 68% de nuestras cesáreas practicadas tuvieron indicación

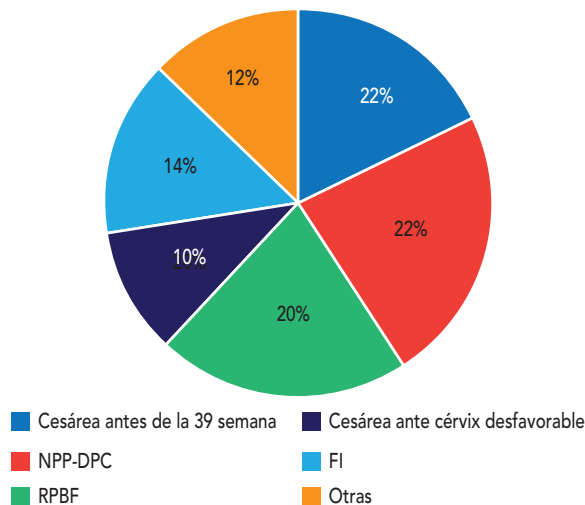


Figura 4. Inadecuación de las cesáreas por causas (año 2010)



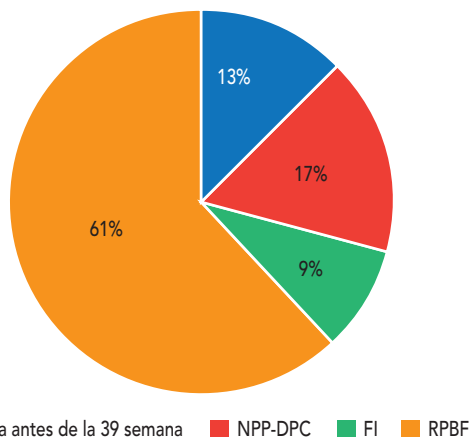


Figura 5. Inadecuación de cesáreas por causas, año 2014

adecuada (A), un 25% indicación dudosa (D) y un 7% (I) presentó una indicación inadecuada. El análisis por indicación de la inadecuación registrada en el año 2014 reveló un 13% de cesáreas programadas por podálica antes de la 39 semanas de la gestación, el 61% fueron indicadas por riesgo de pérdida de bienestar fetal sin cumplir todos los parámetros estandarizados para esa indicación; el 17% indicadas

por no progresión de parto sin cumplir los criterios estandarizados y el 9% con diagnóstico de fracasos de inducción donde no se cumplieron los criterios temporales para establecer dicho fracaso.

Durante el año 2015, se practicaron 290 cesáreas y en el procedimiento de revisión realizado recientemente se han aplicado de forma similar los

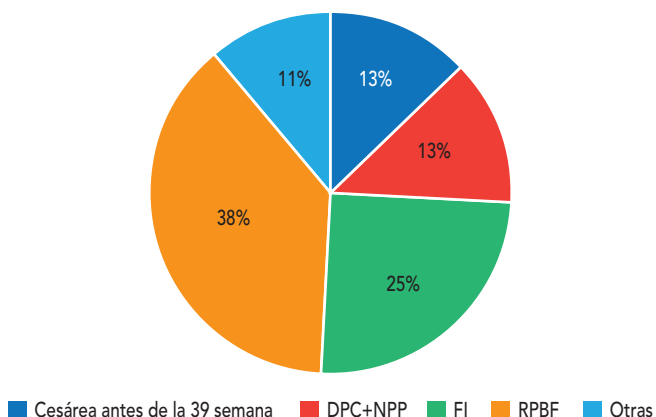


Figura 6. Inadecuación de cesáreas por causas, año 2015

Estándares de Uso Apropiado, objetivándose que un 66% de nuestras cesáreas practicadas tuvieron indicación adecuada (A), un 19% indicación dudosa (D) y un 15% (I) presentó una indicación inadecuada. El análisis por indicación de la inadecuación en el año 2015 reveló un 13% de cesáreas programadas antes de la 39 semanas de la gestación, el 38% fueron indicadas por riesgo de pérdida de bienestar fetal sin cumplir todos los parámetros estandarizados para esa indicación; el 13% indicadas por no progresión de parto-desproporción pélvico-cefálica y el 25% con diagnóstico de fracasos de inducción donde no se cumplieron los criterios temporales para establecer dicho fracaso y un 11% de indicaciones inadecuadas se atribuían a una miscelánea de indicaciones poco frecuentes (macrosomía fetal, HIV+, cesáreas iterativas, gemelaridad, corto periodo intergenésico).

Presentamos a continuación la evolución de la adecuación/inadecuación durante estos cinco años. La herra-

mienta empleada contempla asimismo una serie de indicaciones realizadas como "Dudosas" cuando ni la MBE ni los expertos consiguen el consenso con tasas del 21% (2010), 25% (2014) y 19% (2015) (figura 7).

## Discusión

El análisis de los resultados muestra una reducción muy significativa de las tasas brutas anuales en los últimos cinco años, situada en los dos últimos años por debajo del 18% y en el último año en el 14,7% (figura 2). Creemos que este descenso es atribuible a la implementación de la estrategia objeto de este trabajo. En el momento actual presentamos una excelente tasa bruta de cesáreas globales, a la cabeza de los hospitales madrileños<sup>3</sup>.

En realidad, una tasa de cesáreas bruta no refleja probablemente nada si no es ajustada por riesgo y por los resultados en salud obtenidos, la variabilidad de cualquier procedimiento no

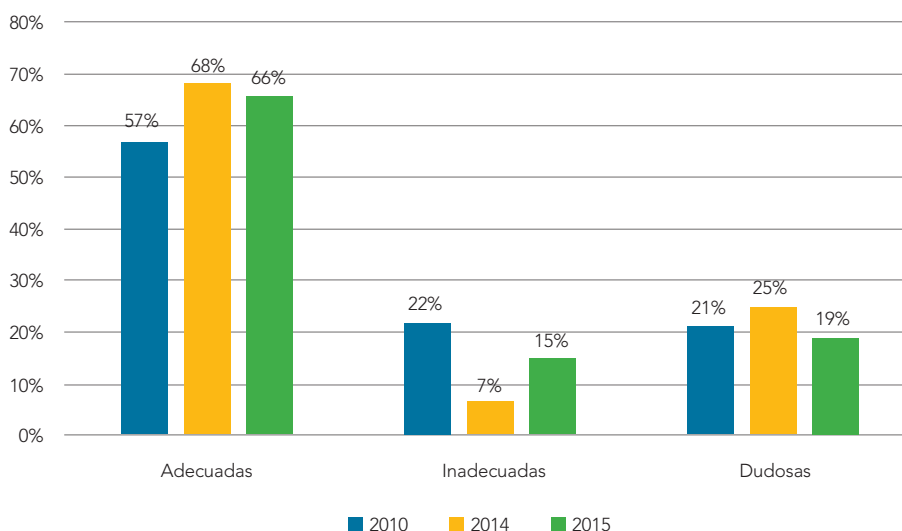


Figura 7. Adecuación/inadecuación de las cesáreas (2010, 2014 y 2015)

debe además ser entendida siempre como una sobreutilización de la técnica, en ocasiones podría explicarse por la tampoco deseable infrautilización de la misma. Consideramos por tanto más importante centrarnos en la mejora de la adecuación según la MBE propiciada por la herramienta, en "realizar lo indicado".

Consideramos las medidas puestas en marcha tras la auditoría de cesáreas realizada en el año 2010 han sido efectivas no solo para reducir la tasa bruta sino para mejorar la adecuación de forma significativa como era objetivo, pasando 57% 2010 frente a hasta los 68 y 66% de adecuación registrado en el año 2014 y 2015 (figuras 4, 5 y 6). El aumento de la adecuación se consigue a expensas de la reducción de las cesáreas inadecuadas. Esta mejora de la adecuación, puede explicarse por las siguientes razones: el 22% de las cesáreas que resultaron inadecuadas en el año 2010, lo fueron por ser cesáreas programadas para realizarse antes de la semana 39<sup>11</sup> y otro 22% de cesáreas inadecuada fueron las realizadas en antecedentes de cesárea anterior sin intentar inducción de trabajo de parto. La introducción de medidas correctoras, cambiando el protocolo de atención a dichas pacientes ha recogido los resultados esperados, de tal manera que el año 2014 solo se realizaron tres cesáreas antes de la semana 39 de la gestación y ninguna por debajo de la 38 (13% cesáreas inadecuadas) y en el año 2015 se realizaron solo seis antes de la 39 semana y ninguna antes de la 38 semana.

Asimismo, la modificación de los protocolos de atención clínica de las pacientes con cesárea previa ha propiciado que en el momento actual resulta excepcional la realización de una cesárea electiva con antecedentes de cesárea previa sin intento previo de inducción de trabajo de parto, salvo

denegación de consentimiento por parte de la madre, durante los años 2014 y 2015 no se indicó ninguna cesárea por cérvix desfavorable antes de intentar la inducción.

La implementación del programa de Versión Cefálica Externa ha permitido reducir las presentaciones en podálica al final de la gestación y de forma concomitante el número de cesáreas programadas por presentación podálica, estas, forman parte de las indicaciones de cesárea reflejadas por la herramienta como dudosas "Dudosas", ya que la atención al parto de nalgas sigue siendo controvertida desde la publicación del trabajo de Hannah y colaboradores<sup>10</sup>(2000), en el 2010 y 2014 el 21 y 25% respectivamente y reducción de las cesáreas dudosas finalmente conseguida en el año 2015 con solo un 19% de cesáreas con indicación "Dudosa". De forma paralela, se ha reducido la inadecuación observada en el 2010 debida a su programación antes de la semana 39. Nuestras tasas de adecuación serían mucho mayores y próximas al 80% si la herramienta empleada considerara la atención del parto de nalgas por cesárea como una indicación de cesárea como así lo hace nuestro protocolo vigente en el servicio.

En relación a otras indicaciones de cesárea que resultan inadecuadas o dudosas: fracaso de inducción, desproporción pélvico-cefálica o riesgo de pérdida de bienestar fetal, más difíciles de corregir, se implementaron algunas medidas que consideramos que podrían mejorar su adecuación a largo plazo, como la obligatoriedad de presentarlas en Sesión Clínica a diario para realizar de forma continuada un seguimiento de todas las cesáreas indicadas intraparto. Asimismo, se prepararon varias sesiones clínicas sobre nuevas curvas de evolución del parto, protocolos de inducción actualizados

para reforzar la formación de todo el equipo médico. Dichas medidas han conseguido una leve reducción en el porcentaje de cesáreas inadecuadas por fracaso de inducción, del 10% en el año 2010 frente al 8,7% en 2014, que ha vuelto a sufrir un fuerte repunte en 2015, hasta el 24,4% y ninguna efectividad en relación al diagnóstico de desproporción pélvico-cefálica que ha pasado del 12% en 2010 al 17,44% en 2014 y al 13,3% en 2015. Tras la adopción de todas las medidas anteriormente expuestas el grueso de nuestra "inadecuación" sigue estando situado en la indicación "Riesgo de pérdida de bienestar fetal" que pasa de un 14% del año 2010 al 60,89% de 2014 y de nuevo al 37,8% en 2015. Este incremento tan importante puede explicarse por la disminución relativa de todos los ítems previos, asimismo consideramos que los métodos actuales de control del bienestar fetal presentan limitaciones en su utilización clínica importantes, de difícil corrección. Asimismo, el grueso de la presión que sentimos los obstetras por la "judicialización del parto" recae sobre todo en esta indicación, al no contar con métodos de control de bienestar fetal más sensibles y con menos falsos positivos. Sería deseable la incorporación de avances tecnológicos realmente disruptivos y más precisos, que permitan realizar un mejor control del bienestar fetal, aunque en el momento actual no se vislumbren en nuestro horizonte más próximo.

Del análisis realizado de forma reciente en las cesáreas indicadas durante el 2015 con un repunte en la inadecuación de las cesáreas indicadas por fracaso de inducción y pese a tener unas tasas totales de cesárea difícilmente mejorables, se desprende que deben desplegarse medidas formativas para reforzar el concepto "fracaso de inducción" durante el año 2016.

Consideramos nuestra política de evaluación, intervención hacia la mejora de la calidad asistencial debe ser una actitud continuada que permita corregir de forma dinámica las fluctuaciones observadas, en cada revisión de nuestros resultados, definir nuevas estrategias que permitan seguir mejorando nuestra adecuación en años venideros. Desgraciadamente la puesta en marcha de un plan como el nuestro es una práctica todavía muy poco extendida en nuestro SNS.

Es imprescindible que la medición de la actividad asistencial no solo se enfoque a los tradicionales indicadores de rendimiento hospitalario utilizados por los gestores. Dicha evaluación de indicadores de actividad debería incluir resultados en salud y de calidad percibida por parte de los pacientes. Sin embargo este esfuerzo no puede realizarse solo "intramuros", nuestros gobernantes y gestores deben posibilitar de forma imprescindible los recursos necesarios para dicha evaluación: implantación universal de historia clínica digital; definición consensuada de indicadores a evaluar; plantillas dimensionadas para acometer dicha evaluación, obligatoriedad de publicación de resultados de todos los centros hospitalarios propiciada por las CC. AA.; accesibilidad de resultados a todos los interesados y pacientes; facilitación del *benchmarking* propiciando la colaboración intercentros para lograr una atención dentro de nuestro territorio nacional más equitativa y homogénea.

Nuestra estrategia hasta aquí presentada es fiel reflejo del compromiso de nuestro servicio por la mejora constante de la calidad atención obstétrica de nuestras pacientes. Siguen existiendo puntos débiles susceptibles de mejora en años venideros.

## Conclusiones

- Nuestra estrategia de mejora de la calidad asistencial en nuestras pacientes atendidas por cesárea ha cumplido sus objetivos, consiguiendo una reducción significativa de las tasas de cesárea.
- Presentamos unas tasas de cesárea globales estables muy por debajo de la media de nuestro entorno, con una cifra actual por debajo del 15%.
- Esta reducción de tasas se acompaña de una mejora en la adecuación tras las medidas adoptadas.
- Las auditorias de práctica clínica son procesos deseables e indispensables para emprender cualquier estrategia de mejora y deben integrarse de forma natural en el *modus operandi* de cualquier servicio asistencial.
- El proceso de mejora de la calidad asistencial debe entenderse como un procedimiento continuo integrado en la práctica asistencial cotidiana.

## Bibliografía

1. Health at a glance 2015. En: OCDE [en línea]. Disponible en: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en)
2. Observatorio de resultados de Comunidad Autónoma de Madrid [en línea]. Disponible en: [www.madrid.org/sanidad/observatorioresultados](http://www.madrid.org/sanidad/observatorioresultados)
3. Atlas de variabilidad práctica médica VPM [en línea]. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/>
4. Teulón González M. Desarrollo de Estándares de Uso Apropiado de Cesárea. Aplicación clínica de estándares de cesárea programada en el Hospital de Fuenlabrada (Madrid). Tesis doctoral En: Universidad Rey Juan Carlos [en línea]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=999897>
5. Sánchez-Nieves Fernández D. Desarrollo y aplicación de estándares con el método de uso apropiado en cesárea. Aplicación en cesárea urgente. Tesis doctoral. En: Universidad Rey Juan Carlos [en línea]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1000410>
6. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Mónica: RAND Publication; 2000.
7. Fitch K, Lázaro P, Aguilar MD, et al. European criteria for the appropriateness and necessity of coronary revascularization procedures. *Eur J of Cardiothoracic Surgery*. 2000;18: 380-387.
8. The PDSA Cycle. The Deming Institute. <https://www.deming.org/the-man/theories/pdsacycle>
9. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA et al. Planned caeserean section versus vaginal Barth for breech presentation at term: A randomised controlled trial. *Lancet* 2000, 356, 9239:1375-1383
10. Protocolo atención parto de nalgas En: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [en línea]. Disponible en: [www.sego.es](http://www.sego.es)

11. External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation. Guideline N.º 20. Royal College of Obstetricians & Gynaecologist UK; 2010.
12. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, et al. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86: 389-94.