



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Tasa de recurrencia de la cesárea en España y recomendaciones de la OMS.

Trabajo de Fin de Grado
Grado en Enfermería
Febrero de 2022

Autora:
Andrea Martínez Rial

Tutor:
Juan Manuel Fernández Varela

Facultad de Enfermería
Universidad de Santiago de Compostela

RESUMEN

La proporción de cesáreas a nivel poblacional permite estimar el nivel de sobre o subutilización de una comunidad, pudiendo estudiar así sus gastos asociados o hacer un balance de sus resultados, contraponiendo sus riesgos a sus beneficios. En este trabajo se hará una revisión bibliográfica en la que se expondrán los resultados de esta contraposición de riesgo/beneficio junto con el marco teórico que acompaña a la práctica adecuada de las cesáreas y su situación en España.

OBJETIVO PRINCIPAL: Estimar la incidencia de cesáreas en España y compararla con las tasas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elaboró una búsqueda bibliográfica entre septiembre de 2021 y enero de 2022 con un total de 28 resultados, de los que se seleccionaron finalmente 8 artículos de estudio tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos muestran la importancia de seguir las recomendaciones de los comités internaciones sobre el uso de las cesáreas, debiendo mantenerse las cifras entre el 10 y el 15%, no llegando a superar el 15% en ningún caso debido a los riesgos y a los gastos médicos que esto conlleva.

CONCLUSIÓN: El porcentaje de cesáreas en España se encuentra muy por encima de los niveles recomendados por la OMS, con unas tasas que variaron desde el 24 hasta el 25% en los últimos años, lo que demuestra un mal uso de esta técnica.

Palabras clave: parto, cesárea, OMS, España.

ABSTRACT

The proportion of caesarean sections at the population level allows us to estimate the level of over- or underutilisation of a community, thus being able to study its associated costs or to take stock of its results, weighing its risks against its benefits. In this study we will review the literature and present the results of this risk/benefit trade-off together with the theoretical framework that accompanies the appropriate practice of caesarean sections and their situation in Spain.

MAIN OBJECTIVE: To estimate the incidence of caesarean sections in Spain and to compare it with the recommended rates by the World Health Organization.

METHODOLOGY: A literature search was conducted between September 2021 and January 2022 with a total of 28 results, from which 8 final articles were selected after the application of the inclusion and exclusion criteria.

RESULTS: The results achieved show the importance of following the recommendations of international committees on the use of caesarean sections, and that the figures should be kept between 10 and 15 per cent, with no more than 15 per cent in any case due to the risks and medical costs involved.

CONCLUSION: The percentage of caesarean sections in Spain is well above the levels recommended by the WHO, with rates varying from 24 to 25% in recent years, demonstrating a misuse of this technique.

Keywords: labour, childbirth, cesarean section, WHO, Spain.

“La manera
en que las personas habían sido paridas influía en su destino
de un modo determinante.”

Evangelios para sanar, Alejandro Jodorowsky

SIGLAS Y ABREVIATURAS.

ACRONYMS AND ABBREVIATIONS.

a.C: antes de Cristo.

ACOG: American Congress of Obstetricians and Gynecologists.

d.C: después de Cristo.

DPPNI: desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

FIV: fecundación in vitro.

FSH: hormona folículo estimulante.

g: gramos.

GEG: feto grande para su edad gestacional.

HTA: hipertensión arterial.

IA: inseminación artificial.

IDP: inducción del parto.

IMC: índice de masa corporal.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

Kg: kilogramos.

mg: miligramos.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

NICU: Neonatal Intensive Care Unit.

NIH: National Institute of Health.

OCI: orificio cervical interno.

OJOG: Open Journal of Obstetrics and Gynecology.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PFE: peso fetal estimado.

PgE2: prostaglandina E2.

PP: placenta previa.

RN: recién nacido.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

SG: semanas de gestación.

TFG: trabajo de fin de grado.

TRA: técnicas de reproducción asistida.

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

VHS-1, VHS-2: virus del herpes simple 1 y 2.

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

VP: vasa previa.

WHO: World Health Organization.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	8
Historia de la cesárea.	8
Marco teórico.	8
Comparación con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.	8
Clasificación de Robson.	10
Tipos de cesáreas.	13
Causas de la elevada incidencia en España.	15
OBJETIVOS	18
MATERIAL Y MÉTODOS	19
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	26

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1	12
---------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	19
Tabla 2	19
Tabla 3	19

Tabla 4	21
---------	----

ÍNDICE DE FLUJOGRAMAS

Flujograma 1	20
--------------	----

INTRODUCCIÓN.

Historia de la cesárea.

La palabra cesárea proviene del latín *caesarea* (de *caedere*, cortar) y hace referencia a las Leyes Regias de la Antigua Roma, impuestas en el siglo VII a.C por el rey Numa Pompilio, las llamadas *lex caesarea*. Mediante estas leyes se les practicaba una incisión abdominal a todas las mujeres fallecidas embarazadas para extraerles el feto antes de ser enterradas. Se les llamó *caesones* a los hijos nacidos mediante esta vía. Más tarde, varias ciudades del imperio romano fueron apodadas Cesárea, como la localidad israelí situada entre Tel Aviv y Haifa.

La primera mención a este procedimiento en la mitología griega aparece en una leyenda que narra cómo el dios Apolo corta el vientre de su amante, la ninfa Corolis para sacarle a su hijo Aesculapios.

Sin embargo, no fue hasta 1581 cuando se introdujo una definición de rigor científico de esta técnica médica. Fue el médico francés François Rousset quien la mencionó en su obra *Traite Nouveau de L' hysterotomotokie ou enfantement cesarien*. Rousset expuso que, una vez finalizado el procedimiento, la incisión no debería ser suturada, lo que se aceptó como una verdad absoluta. Desgraciadamente, Rousset no pudo realizar ninguna cesárea.

El 21 de abril de 1610, en Alemania, los doctores Jeremias Trautmann y Christophorus Seest le practicaron una incisión uterina a la esposa embarazada de un tonelero para extraerle el feto con el fin de salvar su vida, ya que esta había recibido un flechazo en el abdomen que le había provocado una rotura uterina. Aunque el bebé logró sobrevivir, la madre falleció al mes por una grave infección.

(1).

Marco teórico.

El parto es, en España, el primer motivo de ingreso cada año. En el año 2019, el INE registró un total de 355.250 partos, de los cuales 88.804 fueron cesáreas, es decir, un 24,998 %. En el año anterior, la situación fue similar, registrándose 366.629 partos totales, de los que 93.243 fueron cesáreas, lo que representa un 25,432 %. (17)

Comparación con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Según la OMS, y desde el año 1985, la tasa adecuada de cesáreas debe situarse en torno al 10 % y en ningún caso llegar a superar el 15%. Según Ruíz-Sánchez J. et al (2014): “un porcentaje menor al 5% sugeriría una limitación en la realización de cesáreas”. Por otro lado, diversos comités médicos internacionales consideran que, a nivel poblacional, los países con incidencias superiores al 15% representan un ejemplo de mal uso de esta técnica y de ningún modo están asociados con una reducción notable ni de la mortalidad ni de la morbilidad materno-infantil en el ámbito perinatal. (3)

El aumento de estos niveles supone una elevación innecesaria del gasto sanitario y del riesgo de complicaciones post quirúrgicas. Además, conlleva un modelo de sobremedicalización de la atención al nacimiento debido a la excesiva rutinización de las intervenciones. La falta de desarrollo de habilidades por parte del personal, la dejadez y comodidad, la desinformación y el ánimo de lucro son otros de los factores que influyen en este aumento en países desarrollados. (2) De esta manera, las tasas de cesáreas en cada comunidad se incluyen como indicadores de la calidad de la atención médica.

Actualmente, la comunidad internacional sigue requiriendo la necesidad de una revisión de los usos y de los resultados en estas aplicaciones a nivel mundial, junto con las recomendaciones de 1985. Esta revisión busca la unificación de las pautas de indicación de cesáreas para conseguir reducir la variabilidad interprofesional y los riesgos asociados a ello. (3)

Una de las principales causas de esta falta es la poca información que se logra obtener y su heterogeneidad, lo que no permite generar datos estandarizados y objetivos ni establecer comparaciones entre poblaciones. Para poder realizar estos estudios es necesario el establecimiento de un sistema de clasificación universal referente de manera estándar, integral y uniforme. Mediante esta clasificación se podrían realizar comparaciones entre el uso de la cesárea en cada país, evaluando sus ventajas e inconvenientes, su nivel de demanda, sus adaptaciones particulares y sus interpretaciones. (5). Antiguamente se realizaban estudios comparativos utilizando como base los porcentajes globales de las tasas brutas de cesáreas de una región concreta, lo que se fue quedando obsoleto y rudimentario. Asimismo, estos estudios eran complicados de interpretar debido a las diferencias intrínsecas asociadas tanto al entorno hospitalario como a la casuística de la población obstétrica. Por ende, el comité de la OMS se reunió en Ginebra en el año 2014 para proponer el uso de la llamada clasificación de Robson o

clasificación de los 10 grupos en todos los establecimientos sanitarios del mundo. Además, se debe mantener su formato original y exponer sus resultados públicamente.

Clasificación de Robson.

La clasificación de Robson es el sistema recomendado por el panel médico mundial para evaluar los niveles de cesáreas a nivel global y así poder realizar un seguimiento activo de sus resultados. (5)

El doctor Michael Robson fue quien propuso inicialmente este método en el año 2001. (4) Es referencial, lo que significa que debe servir de orientación en los cuidados al parto para todo el personal de salud. Abarca una clasificación perinatal completa, reuniendo todos los tipos de partos de todas las mujeres ingresadas para dar a luz de un área maternal concreta, indistintamente de sus edades, sus antecedentes obstétricos, sus razas, sus etnias, sus condiciones sociales o sus religiones. Está formada por **10 grupos** de mujeres gestantes interexcluyentes y presenta sus datos de manera ordenada y estandarizada. (5)

La clasificación de Robson debe considerarse un punto de partida común en la toma de decisiones clínicas respecto al tipo, al tratamiento y a la evolución del parto de cada mujer ingresada.

Está compuesta de **6 variables obstétricas** concretas: **número de partos; cesáreas previas; tipo de inicio de trabajo de parto; número de fetos; edad gestacional y situación o postura fetal.** (4,5,8)

1. **Número de partos:** nacimientos previos por cualquier vía de un feto vivo o muerto de igual o más de 500 gr, de igual o más de 22 SG, con o sin malformaciones.
 - 1.a. Nulípara: sin ningún parto previo (no es equivalente a “primigesta”)
 - 1.b. Multípara: con 1 o más partos previos.
2. **Cesáreas previas:** sin tener en consideración otras cicatrices uterinas de intervenciones como por ejemplo miomectomías.
 - 2.a. Sin cesáreas previas: sin partos previos o con la totalidad de partos anteriores por vía vaginal.
 - 2.b. Con cesáreas previas: 1 o más cesáreas previas. Puede haber habido también algún parto vaginal.

3. **Tipo de inicio del trabajo de parto:** está basado en la revisión de la historia médica de la gestante, de la exploración física, de la presentación o ausencia de complicaciones y de la decisión del personal.

3.a. Parto espontáneo: se incluyen mujeres con cesárea programada que han iniciado el parto espontáneamente y mujeres con inicio de trabajo de parto espontáneo a las que se le administró oxitocina o se les practicó una amniotomía.

3.b. Parto inducido: se les provoca el inicio del trabajo de parto mediante diversos métodos de inducción: amniotomía, oxitocina, misoprostol, sonda de Foley con globo intracervical...

3.c. Cesárea programada: no se incluyen cesáreas de urgencia no-programadas.

4. **Número de fetos:** número de fetos al ingreso del parto.

4.a. Embarazo único: un solo feto. Incluidos los embarazos múltiples con muerte fetal antes de las 22 SG y peso menos de 500 gr

4.b. Embarazo múltiple: dos o más fetos incluidos los embarazos múltiples con muerte fetal después de las 22 SG y peso más de 500 gr.

5. **Edad gestacional:** edad de gestación al ingreso.

5.a. A término: 37 SG o más.

5.b. Prematuro: menos de 37 SG.

6. **Situación fetal:** posición del feto en el útero antes de que se diagnostique trabajo de parto.

6.a. Cefálica: de vértice, facial o frontal y cefálicas compuestas.

6.b. De nalgas: simple, completa y podálica

6.c. Transversa: presentación de hombros o de brazos.

A continuación, se expone un diagrama de la clasificación de Robson realizado por la autora donde se aprecian los 10 grupos y una breve explicación de los criterios de cada uno:

	Grupo 1	Nulíparas con único embarazo en posición cefálica. >= 37 semanas. Parto espontáneo.
	Grupo 2	Nulíparas con único embarazo en posición cefálica. >=37 semanas. Parto inducido/cesárea.
	Grupo 3	Múltiparas con único embarazo SIN cicatriz uterina previa. Posición cefálica. >=37 semanas. Parto espontáneo.
	Grupo 4	Múltiparas con único embarazo SIN cicatriz uterina previa. Posición cefálica. >=37 semanas. Parto inducido/cesárea.
	Grupo 5	Múltiparas con único embarazo CON cicatriz uterina previa. Posición cefálica. >=37 semanas.
	Grupo 6	Nulípara con único embarazo. Feto en posición podálica.
	Grupo 7	Múltipara con único embarazo. Feto en posición podálica. Sin / con cicatrices uterinas previas.
	Grupo 8	Con embarazo múltiple. Sin / con cicatrices uterinas previas.
	Grupo 9	Con único embarazo. Feto en posición transversa. Sin / con cicatrices uterinas previas.
	Grupo 10	Con único embarazo. Feto en posición cefálica. <37 semanas. Sin / con cicatrices uterinas previas.

Ilustración 1

La interpretación adecuada de esta clasificación es de gran utilidad para llegar a conocer el tipo de población obstétrica mayoritaria, los tipos de cuidados más demandados e incluso las causas del

aumento de las tasas de cesárea en cada área. El uso de este sistema es básico en el proceso inicial de la toma de decisiones respecto al parto por el equipo médico responsable. (5)

Tipos de cesáreas.

(10,13):

Según el **momento del parto** en el que se toma la decisión de realizarla:

1. **Electiva**: intervención programada con un margen amplio de anterioridad al inicio del parto debido a la existencia de una serie de riesgos en el parto vaginal. Indicaciones más comunes:

1.a. Cesáreas reiteradas: 2 o más cesáreas previas. Está demostrado que, con dos cesáreas previas, el riesgo de rotura uterina debido al esfuerzo de los pujos del parto es de aproximadamente entre el **1,4 %** y el **3,7%**, pero, aun así, la SEGO recalca que, si no existen contraindicaciones absolutas, ofreciéndole una previa explicación de la realización del procedimiento y sus riesgos a la madre, **se puede optar igualmente a vía vaginal**. (11,12)

1.b. Presentación fetal de nalgas y transversal: La **presentación no-cefálica a término** tiene una incidencia del **3% al 4%**. A las 36-38 SG se ofrece la posibilidad de versión cefálica externa si no existe contraindicación para la misma. Una vez que la prueba finaliza con éxito y se ha revertido la posición fetal a cefálica, se intentaría parto por vía vaginal si no existiesen contraindicaciones. Sin embargo, si finaliza sin éxito, se indicaría parto por cesárea. La **incidencia de estáticas inestables al momento del parto** es baja, de entre un **0,3% y un 0,4%**, ya que la tasa de éxito de una versión cefálica externa realizada adecuadamente es de entre 53 % y el 63%. (16)

1.c. Por PP: La **placenta previa** supone el **20%** de todas las causas **de hemorragias en el tercer trimestre**, asociada a una alta morbilidad perinatal. En casos de placenta previa asintomática, se ofrece la cesárea electiva a las 37-38 SG. En casos de placenta previa sintomática, se recomienda la realización de cesárea programada a las 36-37 SG. Se ofrece la posibilidad de parto vaginal en situaciones de PP de inserción baja, previa información. En el servicio de medicina materno-fetal del Hospital Clínico de Barcelona se alcanzaron cifras de **éxito de un 69%** en estos casos. (17)

1.d. Por VP: si la vasa previa persiste hasta las 36 SG se debe programar una cesárea entre las 37 SG y las 38 SG, ya que los vasos sanguíneos placentarios estarían ocluyendo el OCI y se produciría riesgo de hemorragia severa y exanguinación del feto en la ruptura de membranas. (17)

1.e. Antecedentes de rotura uterina: Se considera la cesárea electiva a las 38 SG, ya que existe un **riesgo** de recurrencia de rotura de entre un **6% y un 40%**. (15)

1.f. Antecedentes de cirugía uterina, miomectomía: Aumenta el riesgo de rotura uterina. (15)

1.g. Infecciones de la madre: En infecciones con riesgo de transmisión fetal perinatal, a través del canal (cérvix, vagina...), con lesiones activas en el momento del parto. Destacan: VIH positivo, VHS-1 y VHS-2. (14)

1.h. Macrosomía fetal y feto GEG: cuando se presenta un feto grande para la edad gestacional, con un peso fetal estimado superior al percentil 97 y se suele manifestar con macrosomía fetal (PFE >4500 g) (13)

1.i. Patología grave materna: enfermedad crónica materna en la que se desaconseje cualquier tipo de esfuerzo, como cardiopatías, HTA severa, enfermedades pulmonares...

Se debe destacar que la cesárea electiva se programa también en casos de demanda expresa de la madre. La embarazada solicita que su gestación termine mediante cesárea, sin intento de vía vaginal, sin que haya ninguna contraindicación clínica. Sin embargo, el personal sanitario debe respetar siempre que se pueda la decisión personal de la paciente y su autonomía. Se debe valorar cada caso de forma individualizada e integral, informando previamente a la gestante de los riesgos y beneficios.

2. **De recurso**: intervención realizada durante el curso del parto, por diagnóstico de falta de progreso adecuado de trabajo de parto:

2.a. Por parto estacionado.

2.b. Por desproporción pelvifetal.

2.c. Por presentación anómala. (16)

2.d. Por fracaso en la IDP: Según la Guía NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), se considera fallido un intento de inducción del parto cuando no se ha iniciado el parto tras haberse administrado el siguiente tratamiento: inserción de un total de 6 mg en comprimidos vaginales de PgE2 cada 6 horas o 10 mg durante 24 horas tras la ruptura de membranas. El ACOG (*American Congress of Obstetricians and Gynecologists*), por otro lado,

identifica como fracaso de inducción al parto como la no-instauración de contracciones regulares, con sus consecuentes cambios en el cérvix uterino, tras la administración de oxitocina artificial post-amniotomía.

3. **Urgente:** intervención de urgencia realizada en un máximo de 30 minutos desde que se hace un diagnóstico de pérdida de bienestar fetal.
4. **Emergente:** intervención de urgencia realizada en un máximo de 15 minutos desde que se diagnostica un riesgo vital tanto para la madre como para el feto. En casos como eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, PP con hemorragia activa, rotura uterina, embolia de líquido amniótico y prolapso de cordón umbilical.

Causas de la elevada incidencia en España.

Como ya se expuso anteriormente, en el año 2019 España registró unos niveles de cesáreas un 10% más altos que la tasa límite recomendada por la OMS. Las causas que se estudiaron en este trabajo y que se exponen a continuación son las consideradas como las más relevantes en el aumento de estas cifras en los últimos años a nivel nacional.

- **Aumento de la edad de las madres.**

El FIGO acuñó en el año 1958 como gestación en edad materna avanzada como aquella en la cual la madre tiene una edad igual o mayor a 35 años. Según el INE, la edad media de la gestación del primer hijo de las ciudadanas españolas en el año 2020 fue de 31,81 años, llegando a situarse en los 34,69 años de edad en los casos de embarazo del cuarto o quinto hijo.

Actualmente, existe una clara tendencia cada más notable a retrasar la maternidad por motivos tanto socioeconómicos como profesionales y culturales, lo que conlleva una serie de riesgos tanto en la concepción, como en la gestación y el parto.

Según estudios publicados por la SEGO, los niveles máximos de fertilidad en la mujer se alcanzan entre los 20 y los 24 años, van disminuyendo levemente hasta los 30 a 33 años y finalmente se produce una disminución rápida y notable a partir de los 40. Este factor incrementa la demanda de TRA, como la FIV o la IA.

Los problemas para conseguir un embarazo viable y sano tienen una incidencia del 11% en mujeres de 35 años y llegan a aumentar hasta un 87% en mujeres de 45 años. Respecto al riesgo de aborto, en mujeres de menos de 30 años es de un 10% mientras que en las de más de 40 alcanzan un 40

%, lo que exige un mayor control y un seguimiento más exhaustivo de los embarazos de madres que alcancen esta edad. En estos casos, las gestaciones serán consideradas como de riesgo, y su seguimiento pasará a ser responsabilidad del servicio de obstetricia del hospital correspondiente. Las complicaciones en el transcurso del embarazo asociadas a la avanzada edad materna se pueden dividir en complicaciones maternas o fetales, según afecten a la salud de la madre o del bebé. Dentro de las complicaciones maternas se encuentran HTA descontrolada, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas, aumento excesivo de peso y muerte súbita. (19) Entre las complicaciones fetales están prematuridad, bajo peso al nacer, riesgo de ingreso en la UCIN y por último la muerte.

Por otro lado, la edad materna es directamente proporcional al riesgo de alteraciones cromosómicas del feto, como el síndrome de Edwards o el síndrome de Down. (20) Así, en este último, las probabilidades son de 1 cada 1250 nacimientos de madres de 25 años y se eleva hasta 1 de cada 30 en madres de más de 45.

Respecto a la finalización del embarazo, la prevalencia de cesáreas es el doble en mujeres de más de 40 años que en las de menos de 30. La situación es la misma para partos instrumentales, siendo mucho mayor la incidencia cuanto mayor sea la edad de la madre.

- **Gestaciones múltiples**

El incremento de las gestaciones múltiples está proporcionalmente relacionado con el apartado anterior, ya que el aumento de la edad en la maternidad es causa directa de la creciente incidencia de los embarazos múltiples. El número de gestaciones de más de un feto ha venido incrementándose durante estas dos últimas décadas. (21) Según el INE, en el año 2011 ha habido en España un total de 9629 partos dobles, 167 partos triples y 1 parto cuádruple o de más de 4 fetos, ya fuese por vía cesárea o por vía vaginal. De los dobles, 3876 (un 40,25%) han sido de madres de 35 o más años y de los triples, 69 (un 41,32%). (18)

La doctora María de la Calle Fernández Miranda, jefa de la Sección de Obstetricia Médica y Tocología de Alto Riesgo del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital La Paz de Madrid apunta que una de las causas de la relación entre edad materna avanzada y mayor riesgo de gestación múltiple es la tendencia de las madres de este grupo de edades a las irregularidades en las ovulaciones y al aumento de la FSH. Según esta doctora, “el riesgo de tener una gestación gemelar dicigótica aumenta cuatro veces desde los 15 a los 35 años”. Aunque bien es cierto que el

embarazo múltiple por sí solo no significa indicación absoluta de cesárea, es sabido que está asociado a más complicaciones perinatales tanto maternas como fetales. Las mujeres embarazadas de más de un feto tienden a sufrir más abortos espontáneos, anemia, HTA gestacional, diabetes y trastornos hemorrágicos intraparto. Entre las complicaciones para los fetos se encuentra muerte; rotura prematura de membranas y, por tanto, parto prematuro; PP; VP; problemas relacionados con la amnionicidad como el entrecruzamiento y/o prolapso del cordón umbilical en las gestaciones con un solo saco amniótico. Con respecto a este último, cabe decir que, en realidad, el riesgo asociado a los embarazos gemelares depende mayoritariamente de su corionicidad y no del número de fetos. De esta forma, solamente se contempla como indicación absoluta de cesárea la de embarazo múltiple monoamniótico y la de presentación no cefálica del primer gemelo. El resto serían indicaciones relativas, como la presentación anómala del segundo gemelo cuando el primero se encuentra en cefálica. Para las demás situaciones no existe actualmente ninguna evidencia de que la práctica de una cesárea disminuya el riesgo de lesión o muerte fetal en comparación con el parto vaginal. (22)

- **Técnicas de reproducción asistida.**

El aumento de la demanda de las técnicas de reproducción asistida también está estrechamente relacionado con el creciente aumento de la edad de las madres, ya que, como expusimos anteriormente, a más edad, menos calidad reproductiva y más complicaciones en la búsqueda de una gestación viable y sana. Según un estudio realizado entre los años 2008 y 2012 en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Ciudad Sanitaria Parc Tauli en Sabadell, Barcelona, habiéndose comparado 704 embarazos conseguidos mediante TRA con 2.507 gestaciones espontáneas, se concluyó que las gestaciones por TRA presentaron un riesgo mucho mayor de multiplicidad que las espontáneas, en concreto un 24,3% frente a un 1%. (23)

Como ya expusimos antes, las gestaciones múltiples presentan más riesgo de ciertas complicaciones perinatales, lo que aumenta a su vez el riesgo de cesárea tanto programada como de urgencia. (23)

- **Cesárea electiva**

La cesárea electiva es aquella que se programa por petición expresa de la madre y actualmente se encuentra en controversia por los riesgos que puede conllevar. El creciente aumento de la demanda de las cesáreas se debe en parte a la influencia de madres famosas que promueven esta práctica.

Entre otros motivos se encuentran mayoritariamente el miedo, tanto a los dolores del parto, como a la posibilidad de que ocurra algún desgarro vaginal o que se le haya que realizar una episiotomía para evitar precisamente esto. El temor a que el suelo pélvico de la madre se vea dañado viene influenciado por el de no poder volver a disfrutar de una vida sexual placentera para con su pareja. También está presente el miedo a que pueda haber alguna complicación asociada al parto vaginal, tanto materna como del bebé, ya que comúnmente se cree que la cesárea es más segura, cuando no es así. Además, las malas experiencias en partos vaginales anteriores pueden provocar que la madre sufra un rechazo absoluto a volver a finalizar su gestación mediante esta vía. A veces, haber sido víctima de abusos sexuales también produce pavor a la manipulación de la zona genital, siendo la cesárea la mejor opción. Al contrario, las experiencias positivas en alguna cesárea anterior propician que se elija nuevamente esta técnica.

Otro factor importante es el **nivel tecnológico** del centro u hospital en el que se realice el ingreso para el parto, como revela el estudio publicado en el 2013 por Redondo A. et al. (7). En el año 2011, siendo analizados 111 hospitales españoles, los centros públicos y privados de menor nivel, es decir, con menos recursos técnicos, presentaron un nivel de uso de cesáreas mucho mayor al porcentaje global. Con un **34,7%** y un **30,4%** en los privados y un **22,4%** en los públicos. En cualquier caso se superan las tasas de recomendación de la OMS. Entre las causas diferenciales no clínicas se nombran la mala planificación y organización sanitaria; los incentivos económicos a los profesionales y las condiciones sociales.

OBJETIVOS.

- **Objetivo principal.**

Exponer la situación actual en España sobre las tasas de cesáreas, su uso y su manejo, así como compararla con el marco referencial establecido por la comunidad médica internacional.

- **Objetivos secundarios.**

Definir brevemente el marco teórico obstétrico sobre el recurso de las cesáreas y la clasificación de Robson y objetivar las causas principales estudiadas hasta el día de hoy que producen variaciones en las cifras de cesáreas en países desarrollados como España respecto a las recomendaciones de la OMS.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Para la elaboración de este trabajo de fin de grado se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática efectuando una búsqueda metódica entre septiembre de 2021 y enero de 2022 en varios buscadores y bases de datos como Google Scholar, PubMed, Dialnet y SciELO. Se hizo lectura de un total de 28 textos en artículos académicos, revistas digitales y páginas web. Para ello, se introdujeron las siguientes palabras clave en español e inglés controlados por los operadores booleanos AND, OR y NOT:

Términos en español	parto, cesárea, OMS, España.
---------------------	------------------------------

Tabla 1

Términos en inglés	labour, childbirth, cesarean section, WHO, Spain.
--------------------	---

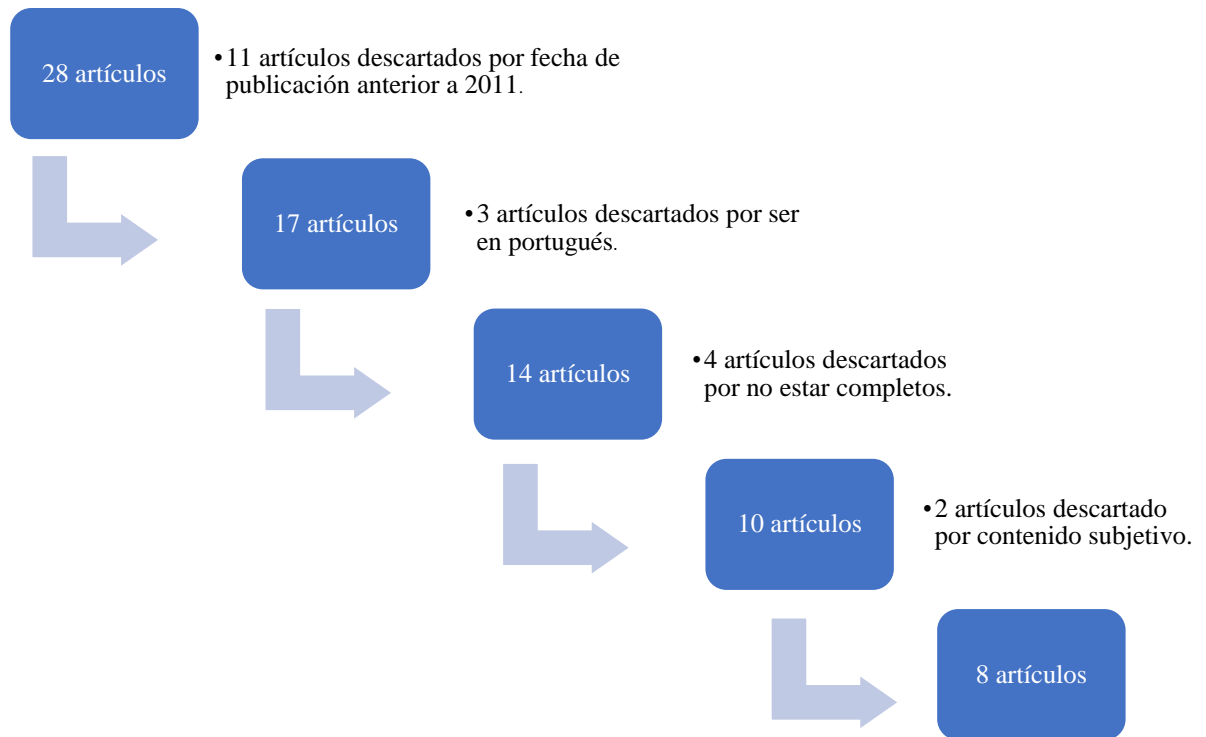
Tabla 2

Para el cribado de estos artículos se utilizaron diversos criterios de inclusión y de exclusión, los cuales se muestran en las tablas siguientes:

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
<ul style="list-style-type: none">•Textos académicos completos.•Textos de rigor científico, objetivados.•Textos con fecha de publicación entre el año 2011 y el año 2021.•Textos en lenguaje español o inglés.	<ul style="list-style-type: none">•Textos incompletos, solo resumen o solo introducción.•Textos no objetivados, subjetivos, de opinión.•Textos con fecha de publicación anterior al 2011.•Textos en lenguajes diferentes al español o inglés.

Tabla 3

Se seleccionaron finalmente un total de 8 artículos, que fueron los utilizados como referencia en la elaboración de este trabajo.



Flujograma 1

RESULTADOS.

Los resultados de este trabajo se recogen de manera ordenada y esquematizada en la siguiente tabla:

Cita	Título	Año de publicación	Autoría(s) principal(es)	Tipo de estudio	Aportaciones principales
(6)	“La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema.”	2015	Adela Recio Alcaide	Estudio analítico descriptivo.	Según las cifras respecto a las cesáreas, España se encuentra por encima de la media europea en intervenciones obstétricas. De esta manera, existe una enorme brecha entre las recomendaciones teóricas y la práctica asistencial.
(7)	“Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles.”	2013	Ana Redondo, Mercedes Sáez, Patricia Oliva, Maria Soler, Antoni Arias	Estudio transversal descriptivo.	Tras el análisis de la actividad obstétrica de 111 hospitales de España en el año 2011, el porcentaje global de cesáreas fue del 25,4%. En los hospitales con menos recursos se presentaron porcentajes mayores de cesáreas a mujeres sin cesáreas previas, con un 34,7 y 30,4 %.

(8)	“Cesárea: tendencias y resultados.”	2014	Joaquín Ruiz-Sánchez, Salvador Espino y Sosa, Alfonso Vallejos-Parés, Luis Durán-Arenas.	Estudio descriptivo cualitativo.	Sigue habiendo controversia en cuanto al uso de la cesárea mundialmente. Varios autores identifican la causa del número de aumentos de cesáreas con la relación médico-paciente. Es de urgente necesidad el establecimiento de criterios de indicación de cesáreas como guía médica.
(9)	“Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas.”	2016	Rosario Aguilar Redondo, Gador Manrique Fuentes, Leonardo Mauro Aisa Denaroso, Luis Delgado Martínez, Valois González Acosta, Longinos Aceituno Velasco.	Estudio retrospectivo descriptivo.	Han sido analizados 9337 partos y 1507 cesáreas según la clasificación de Robson desde enero de 2006 a diciembre de 2013 en el Hospital La Inmaculada de Granada. La tasa total de cesáreas ha sido de 16,14%. Un 25,2% corresponde a nulíparas con un feto único en presentación cefálica de 37 semanas o más de embarazo. Las multíparas con al menos una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo presentaron un 19,4%. Las nulíparas con un feto único en presentación cefálica de 37 semanas o más de embarazo han iniciado el parto de forma espontánea con 17,4%
(10)	“Atención a la cesárea urgente.”	2013	Jose Luis Soriano Bru, Lourdes González López.	Guía clínica.	Protocolo estandarizado de situaciones del parto, tipos de parto y cesárea e indicaciones y contraindicaciones relativas y absolutas para la realización de la cesárea. Es necesario el uso de la guía NICE para clasificar el

					grado de urgencia en la presencia o ausencia de compromiso maternal y/o fetal La cesárea urgente se realizará en situaciones de sospecha de riesgo fetal y la emergente bajo sospecha de riesgo vital. Los casos de cesáreas programadas deben realizarse bajo un criterio y una justificación médica en cualquier caso.
(11)	“Parto vaginal tras cesárea.”	2012	Paola Verónica Fleitas Perla, José Vicente González Navarro.	Estudio estadístico descriptivo.	El parto tras una cesárea es cada vez más frecuente. Este factor es de riesgo para la rotura uterina, aunque es asumible y afrontable medicamente. La elección materna de cesárea tras una cesárea anterior conlleva riesgos tanto maternos como fetales y un coste sanitario elevado. Por otro lado, el éxito de parto vaginal tras una cesárea previa es del 72 al 76%.
(13)	“Protocolo: cesárea.”	2019	Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.	Guía clínica.	Guía protocolaria de indicación de cesárea en cada uno de los casos obstétricos. La unificación de criterios de indicación de cesárea reduce la variabilidad profesional y la tasa de morbilidad materno-fetal.
(15)	“Protocolo: control gestacional en gestantes con cesárea anterior.”	Actualización de 2019	Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.	Guía clínica.	Guía clínica sobre el control y las actuaciones en gestaciones con cesárea previa. Las gestaciones con cesárea anterior están en aumento. Esta situación

					supone mayor riesgo de patologías placentarias y rotura uterina. Es necesario un control y un asesoramiento durante todo el embarazo y una valoración contraponiendo los riesgos y beneficios entre cesárea y parto vaginal, pudiéndose optar a este último en la mayoría de los casos.
--	--	--	--	--	---

Tabla 4

DISCUSIÓN.

Basándonos en la literatura actual respecto a las incidencias de uso de las cesáreas en diferentes hospitales de España y sus comparativas con las recomendaciones oficiales, queda reflejado que la mayoría, casi la totalidad, presenta niveles muy superiores. El porcentaje de cesáreas en nuestro país en los últimos años ha ido variando entre un 24% y un 25% aproximadamente, lo que supera en más de un 10% las tasas que propone la OMS y los paneles médicos internacionales. Según Recio A. (6) estas cifras expondrían una mala gestión y un mal uso de esta intervención; el abuso de esta técnica no solo no aporta beneficios adicionales si no que reporta un rango variado de riesgos maternos y fetales si no se realiza bajo un estricto criterio y control médico. Entre las causas principales estudiadas que provocan este aumento están: la maternidad tardía, las técnicas de reproducción artificiales, las gestaciones múltiples y la cesárea electiva. Esta última es de gran importancia y varios autores la han reconocido como la causa de la variabilidad de los porcentajes de cesáreas entre hospitales públicos y privados. (9,10). Perla Fleitas, V. P et al. (11) identifica la cesárea electiva (tras una cesárea anterior) como un factor que influye en la variación del número de cesáreas en España, siendo, por ende, estas cifras más altas en la sanidad privada, al ser de pago y al considerar al paciente como un cliente. Este autor expone en estos casos la posibilidad de realizar un parto vaginal y establece sus tasas de éxito entre un 72% y un 76%. Redondo A. et al. (7) establece la diferencia de niveles de los centros y su acceso a diferentes recursos como otro factor que provoca distinciones en las cifras de cesáreas, siendo mayores en los de niveles más bajos. Las relaciones sociales entre el profesional y el paciente es otra de las causas influyentes, según Ruiz-Sánchez J. et al. (8), considerando también el nivel socioeconómico del país en el que se lleve a cabo esta técnica. Es de gran importancia la elaboración de un sistema de referencia universal para la unificación de criterios médicos de indicación de la cesárea donde se recojan, además, todos los casos por individual y se puedan estudiar y comparar entre sí, lo que reduciría notablemente las diferencias entre zonas sanitarias y la variabilidad interprofesional (13). Para conseguir este objetivo es necesario que se apliquen rigurosamente las guías y protocolos sanitarios combinados con la clasificación de casos de Robson.

CONCLUSIONES.

- Con aproximadamente un 25% de cesáreas realizadas en los años 2018 y 2019, España se situó por encima de las cifras propuestas por la Organización Mundial de la Salud, que manifiesta que estas deben variar entre un 10% y un 15%, no llegando a superar este último porcentaje.
- Lo que se expone en el párrafo anterior indica que España no sigue las indicaciones sanitarias de los organismos internacionales de salud y conlleva que se le atribuya una mala gestión y una práctica inadecuada de esta técnica.
- Entre los factores estudiados en este trabajo que produjeron una variación en los números de cesáreas en los últimos años en España se encuentran: la maternidad tardía, las técnicas de reproducción asistida, los embarazos múltiples, la elección materna, el nivel de acceso a los recursos tecnológicos, el nivel socioeconómico y la relación profesional-paciente.
- Es de estricta necesidad que se apliquen las guías protocolarias de indicación de cesáreas en cada uno de los hospitales y centros sanitarios de España para utilizarlas como herramienta de referencia junto con la clasificación propuesta por la OMS, la llamada clasificación de Robson.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Villanueva E. *Operación cesárea: una perspectiva integral*. Revista Facultad Médica, UNAM, (6), 246-250.
2. Suárez L., Campero L., de la Vara E., Rivera L., Hernández M., Walker D., Hernández M., Lazcano E. (2012). *Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto.*, INSP.

3. *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.* (2015). World Health Organization. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es
4. Robson MS (2001) *Classification of caesarean sections.* Fetal and Maternal Medicine Review, (12),23–39.
5. *La clasificación de Robson: Manual de aplicación.* (2018) World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/es
6. Recio Alcaide, A. (2015). *La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema.* Dilemata, (18), 13-26.
7. Redondo A., Sáez M., Oliva P., Soler M., Arias A. (2013). *Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles.* Iasist, S.A.U, Barcelona, (27), 258-262.
8. Ruiz-Sánchez, J., Espino y Sosa, S., Vallejos-Parés, A., & Durán-Arenas, L. (2014) *Cesárea: Tendencias y resultados.* Perinatología y reproducción humana, (1), 33-40.
9. Aguilar Redondo, R.; Manrique Fuentes, G.; Aisa Denaroso, L. M.; Delgado Martínez, L.; González Acosta, V.; Aceituno Velasco, L. (2016). *Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas.* Revista chilena de obstetricia y ginecología, (2), 99-104.
10. Soriano Bru J.L., González López L. (2013). *Atención a la cesárea urgente.* Servicio de anestesia, Reanimación y Tratamiento del dolor, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

11. Perla Fleitas, V. P., González Navarro, J. V. (2012). *Parto vaginal tras cesárea*. Universidad de Zaragoza, MED, Zaragoza.
12. *Parto vaginal tras cesárea*. (Actualización de junio de 2010). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
13. *Protocolo: cesárea*. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona.
14. *Protocolo: infecciones torch y parvovirus b19 en la gestación*. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona.
15. *Protocolo: control gestacional en gestantes con cesárea anterior*. (Última actualización de mayo de 2019). Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona.
16. *Protocolo: versión cefálica externa*. (Última actualización de julio de 2019). Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona.
17. *Anomalías placentarias (placenta previa, placenta accreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre*. Servicio de Medicina Maternofetal, Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona.
18. Resultados nacionales: Partos por edad de la madre, tipo de parto y multiplicidad. Base de datos INEbase, Instituto Nacional de Estadística.
19. Pérez Heras, B., Gobernado Tejedor J., Mora Cepeda, P., Almaraz Gómez, A. (2011). *La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada*. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Elsevier, (11), 575-580. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-la-edad-materna-como-factor-S0304501311003128>

20. *La maternidad tardía, un nuevo fenómeno social y de salud.* (2019). Hospital Clínic de Barcelona. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/la-maternidad-tardia-un-nuevo-fenomeno-social-y-de-salud>
21. Rencoret, G. P. (2014). *Embarazo gemelar.* Revista Médica Clínica Las Condes, Elsevier, (6), 964-971. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-embarazo-gemelar-S0716864014706455>
22. de la Calle Fernández Miranda, M. (2022). *Embarazo múltiple.* Natalbén. Sección de Obstetricia Médica y Tocología de Alto Riesgo del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital La Paz, Madrid.
23. Piera, S. G., Canals, L. C., Grau, E. G., Pueyo, J. C., Cantarell, S. M., Pérez, C., ... & Estévez, Y. C. (2017). *Resultados obstétricos y perinatales en gestaciones tras técnicas de reproducción asistida.* Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Dialnet, (3), 208-213.