

**“PROYECTO MULTICENTRICO DE ADECUACION A
ESTANDARES CLINICOS DE LAS CESAREAS
URGENTES Y PROGRAMADAS EN EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD”.**

**Estratexia de Atención ao Parto Normal no Sistema
Nacional de Saúde.**

Actualizado en marzo de 2014

SX de Planificación e Programación Asistencial do Servizo Galego de Saúde



1. INTRODUCCIÓN.

En España, los partos por cesárea se sitúan alrededor del 30%. Según cifras del Instituto Nacional de Estadística, en 2006 la tasa de cesáreas global en todos los hospitales españoles fue del 31,5 %, siendo en Baleares del 29%. Para los hospitales privados estas cifras superan el 45%. La cesárea supone hoy en día una de las intervenciones quirúrgicas urgentes más frecuentes. Es una realidad que las tasas de cesáreas han aumentado de forma progresiva en los últimos años por múltiples razones.

Al estudiar la evolución de las cesáreas en los últimos 20 años en nuestro país se aprecia que su proporción se ha multiplicado prácticamente por tres. Además, si se analizan paralelamente las cifras de mortalidad perinatal, se comprueba que su reducción no se ha producido en consonancia con el aumento de las cesáreas, lo que apoya el hecho de que factores distintos de las cesáreas están contribuyendo al descenso de la mortalidad perinatal.

Por otro lado, al evaluar un determinado porcentaje de partos por cesárea es necesario tener en cuenta la complejidad de la casuística atendida, y sería muy conveniente poder referir la frecuencia de cesáreas como tasa ajustada en función del riesgo de las parturientas y los fetos.

Otras causas que también justifican el aumento de los porcentajes de partos por cesárea global son diversos aspectos de la epidemiología obstétrica, como por ejemplo, la edad cada vez más avanzada de las madres, el aumento de los embarazos de riesgo, la difusión de las técnicas de reproducción asistida, y el aumento de la incidencia de embarazos múltiples. Cabe añadir que el aumento del número de cesáreas conlleva de forma automática una elevación del número de indicaciones de cesáreas iterativas. También la contribución de las cesáreas anteriores al porcentaje global de cesáreas constituye hoy en día motivo de preocupación y análisis.



Entre buena parte de los profesionales de la obstetricia se comparte la sensación de que se hacen demasiadas cesáreas, pero son muchos los que se preguntan si realmente las indicaciones de cesáreas son rigurosas y adecuadas de acuerdo con los conocimientos y con la práctica correcta de la obstetricia. Por eso, más que preguntarnos si hacemos demasiadas cesáreas parece mucho más pertinente formularse como pregunta si las cesáreas que se practican se indican correctamente con arreglo a criterios fundamentados en pruebas científicas de idoneidad o adecuación, seguridad clínica y efectividad.

Si bien existen numerosas publicaciones referentes a los porcentajes de partos por cesárea, a sus indicaciones, a su variabilidad entre centros y bajo distintas formas de provisión de servicios (pública o privada) y a las medidas dirigidas a reducir su proporción, no se han publicado estudios en los cuales se evalúe la idoneidad y la calidad de las indicaciones como elementos necesarios para conocer si las cesáreas que se realizan son o no necesarias y si su aumento injustificado se asocia con yatrogenia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no considera justificadas tasas de cesáreas por encima del 15%, pero la cifra global continúa aumentando de forma progresiva y ascendente en todo el mundo.

En los servicios de Obstetricia hospitalarios, es necesario establecer criterios uniformes, consensuados y basados en pruebas científicas para adoptar indicaciones clínicas inequívocas de cesárea y poder así reducir la variabilidad injustificada en esta práctica clínica que repercute notablemente en la calidad de vida de las mujeres, sus hijos y su familia y por lo tanto en la sociedad en general.

Es por ello que desde la SX de Planificación y Programación Asistencial del Servicio Galego de Saúde de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria del SERGAS se ha adherido a este proyecto.

El equipo de profesionales y expertos que propone este proyecto tiene la sospecha fundada de que en muchos hospitales públicos españoles, el porcentaje de cesáreas inadecuadas puede ser mayor que el deseado. De ahí que la importancia de este proyecto estriba en su **potencial capacidad de reducir cesáreas innecesarias**, y por añadidura, en sentar un primer precedente en los servicios de salud.

Por ello, el SERGAS propone en 2010 a 4 hospitales, en 2011 a cinco y en el 2014 a 5 hospitales y Servicios de Obstetricia para que participen en la evaluación de esta práctica clínica de notable repercusión, la cesárea.

La evaluación de la adecuación a indicaciones estandarizadas de cesáreas, se llevará a cabo mediante la aplicación de un único modelo de evaluación y de unas indicaciones quirúrgicas comunes para todos los servicios.

Con este propósito, y después de que los servicios de ginecología y obstetricia de cinco hospitales de las Islas Baleares y cinco hospitales de la Península, adoptaron las indicaciones estandarizadas de cesáreas, se propuso, desde el Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la incorporación de más hospitales al proyecto a nivel estatal.

Teniendo en cuenta una serie de criterios como la tasa global de cesáreas, la evolución de las mismas en los últimos años, el número de partos y la distribución geográfica para lograr un equilibrio territorial del proyecto, el Servicio Gallego de Salud, seleccionó inicialmente a nueve hospitales para que se beneficien de este proyecto innovador y eficaz:

- H. da Barbanza (Ribeira)
- Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra
- Complejo Hospitalario Universitario de Ourense
- Hospital Universitario *Lucus Augusti*
- H. do Salnés (Vilagarcía de Arousa)



- H. Universitario de Ferrol
- C.H.U. de Santiago de Compostela
- C.H.U. de A Coruña
- H. Virxe da Xunqueira (Cee, A Coruña)

En los apartados que siguen a continuación, se proponen la metodología del proyecto y las actividades a realizar por los hospitales que se quieran incorporar al proyecto.

2. OBJETIVO:

Realizar un uso racional de la cesárea y evitar la realización de cesáreas inadecuadas e innecesarias.

3. ACTIVIDADES a realizar por parte de los hospitales adheridos al proyecto:

- Asistencia a las reuniones de presentación del proyecto y a las de seguimiento del mismo.
- Elaboración de informes.
- Compromiso de suministrar a la SX de Planificación y Programación Asistencial de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria del SERGAS, la información pertinente en tiempo y en forma, así como hacer seguimiento de las tareas a realizar por cada uno de los centros con arreglo al cronograma previsto del desarrollo del proyecto a nivel autonómico.
- Realizar y apoyar las auditorías, internas y externas, sobre cesáreas a llevar a cabo en cada uno de los centros participantes.
- Comunicar regularmente, con la periodicidad que fije el proyecto autonómico, a la SX de Planificación y Programación Asistencial de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria del SERGAS, los avances del proyecto.



- Elaborar los informes de seguimiento y las memorias finales (científica y económica) por centro y remitirlos a la SX de Planificación y Programación Asistencial de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria del SERGAS en tiempo y forma.
- Compromiso de continuidad en la aplicación del método prospectivo concurrente

4. ESTANDARES CLINICOS DE EVALUACION DE LAS INDICACIONES DE LAS CESAREAS.

Se debe hacer constar una única indicación clínica de cesárea en la HC, los motivos que la justifican, la hora de indicación, así como la persona que la indica.

A continuación, se describen los grupos y las indicaciones de cesáreas urgentes y programadas/electivas y sus estándares clínicos.

4.1. CESÁREAS URGENTES

Las indicaciones de las cesáreas urgentes se clasifican y agrupan en los siguientes cinco grupos:

1. **Riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF)**
2. **Fracaso de inducción**
3. **Parto estacionado**
4. **Desproporción pelvifetal**
5. **MISCELANEA.**

A continuación, se describen los criterios consensuados para considerar adecuada la indicación de cesárea para cada uno de los cinco grupos según el motivo de la indicación.

El estándar, tanto en conjunto como por cada uno de las 5 indicaciones de cesárea urgente, es del **90%**.



4.1.1. Riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF)

La prueba diagnóstica con un valor predictivo cercano al 100% que identifica el estrés fetal por acidosis es la medición del pH en microtoma de sangre del cuero cabelludo fetal inferior a 7,20 (la opción lactato no es válida). La monitorización Stan no está indicada en partos de bajo riesgo y no debe suplir a la realización de pH de calota fetal.

Por lo tanto, el "patrón de oro" diagnóstico del riesgo de pérdida de bienestar fetal, es el pH.

Los **criterios para indicar una cesárea por RPBF** son los siguientes:

- Ritmo sinusoide.
- Bradicardia mantenida (por encima de 5 a 7 minutos), que no esté en relación con hipertonía uterina o taquisistolia (FCF menor de 100). Si se produce como consecuencia de hipertonía/polisistolia, está indicada la útero-inhibición con Atosiban: Bolo i.v. de 6.75 mg. en 0.9 ml y esperar a la resolución de la bradicardia en un periodo no superior a los 7 minutos.

En estos dos supuestos basta que exista un solo criterio para que la indicación de cesárea por RPBF sea adecuada.

En los supuestos de registros cardiotocográficos, prepatológico o no tranquilizador, en los que se producen alteraciones sospechosas de riesgo de pérdida del bienestar fetal, debe medirse el pH del cuero cabelludo fetal. Por ello, la cesárea sólo estará indicada cuando la dilatación no permita la realización de un pH y el registro sea patológico, no cabe obviar la realización de pH por falta de dilatación en el caso de registros prepatológicos.

Los criterios para la indicación de una determinación de sangre fetal, pueden ser más laxos, pero en ningún caso si la dilatación lo permite, se indicará una cesárea por RPBF, sin el consiguiente valor de pH de sangre



fetal.

Crterios sugeridos para la realización de un pH intraparto.

- Ritmo silente (con ausencia de variabilidad) durante un periodo de al menos 30 minutos.
- Saturación de oxígeno fetal por pulsioximetría menor del 30%.
- Deceleraciones variables en más de un 30 % de las contracciones.
- Presencia de DIPs tardíos (tipo II).
- Taquicardia fetal sin reactividad durante más de 60 min. (> 160 latidos por minuto)

4.1.2. Fracaso de inducción

Se considerará fracasada una inducción cuando, tras **12 horas** de dinámica uterina activa (de 2 a 3 contracciones de más de 40 mm de Hg en 10 minutos o más de 80 Unidades Montevideo), no se hayan alcanzado condiciones establecidas de parto: cérvix borrado y de 2 a 3 cm. de dilatación, con dinámica activa. El registro de la DU puede ser electrónico o manual y debe registrarse para poder determinar si ha pasado el tiempo suficiente como para considerar fracaso de inducción.

La inducción se considera a partir del momento que se comienza con la infusión de oxitocina, independientemente de la DU previa tras maduración cervical o amniotomía.

Este periodo se acortará tres horas en caso de CESAREAS ANTERIORES.

4.1.3. Parto estacionado/falta de progresión del parto

Se considerará que el parto está estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido **más de 4 horas sin progresión** de las condiciones obstétricas y la dilatación, con dinámica activa del parto y con la bolsa amniótica rota.

El tacto, a ser posible, habrá de ser realizado por la misma persona.





En cesáreas anteriores el estándar será de **3** horas.

4.1.4. Desproporción pelvifetal

Se determinará que existe una desproporción pelvifetal en situación de dilatación completa, dinámica activa y pujos activos en cualquiera de las dos circunstancias siguientes:

I. Cuando, en situación de dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guía de la presentación no pase del tercer plano tras un periodo de tiempo que será diferente según la paridad y la analgesia administrada (*):

1. En mujeres **sin analgesia epidural**:
 - **Mínimo dos** horas en primíparas
 - **Mínimo una** hora en múltiparas
 - En cesáreas anteriores: **1** hora.
2. En mujeres **con analgesia epidural**:
 - **Mínimo tres** horas en primíparas
 - **Mínimo dos** horas en múltiparas
 - En cesáreas anteriores: **HORA Y MEDIA.**

	Sin epidural	Con epidural
Primípara	2h	3h
Múltipara	1h	2h
Con cesárea anterior	1h	1,5h

Si se agotan los tiempos recomendados y el punto guía está en un tercer plano a más, lo recomendable sería hacer un parto instrumental.

(*)Estos tiempos son tiempos mínimos de espera que se deben dar de margen para que evolucione, realizando las actuaciones oportunas y necesarias para favorecer un parto vaginal antes de tomar la decisión



de indicar una cesárea por desproporción pelvifetal; por lo tanto, estos tiempos no deben ser considerados como un tiempo máximo de espera, cuando las condiciones de salud de la madre y el feto lo permiten, se debe individualizar y tener en cuenta que en el caso de mal posición fetal o con la epidural puede necesitar algo más de tiempo.

Algunas publicaciones recientes como la de la ACOG de marzo de 2014, "safe prevention of the primary cesarea delivery", sugieren un cambio en el procedimiento de la cesárea a la luz de los resultados de estudios recientes que parecen indicar que se deberían revisar algunas definiciones como fase latente y fase activa de parto entre otras.

II. Cuando exista imposibilidad de extraer el feto por vía vaginal tras una prueba de parto (instrumental) fallida.

Debe haber constancia de todas las medidas adoptadas en la historia clínica o partograma.

4.1.5. MISCELANEA.

Se incluyen aquellas indicaciones de cesárea urgente que se presentan raramente:

- Mala actitud fetal detectada durante el trabajo de parto: presentación de cara, presentación de frente.
- Prolapso de cordón.
- Hemorragia vaginal activa en trabajo de parto con sospecha de placenta previa/desprendimiento de placenta o que comprometa el estado materno.
- Eclampsia con indicación de extracción fetal inmediata
- Otros.

En todos los supuestos de este grupo la indicación estandarizada está basada de manera exclusiva en los datos clínicos aportados y registrados





en la HC.

4.2. CESAREAS ELECTIVAS / CESAREAS PROGRAMADAS

Las cesáreas electivas o las cesáreas programadas son aquellas que se indican como alternativa a la finalización del embarazo de forma programada y por vía abdominal.

En el proceso CESAREA se establece, independientemente de la indicación de la misma, que el momento para su realización sea a partir de la semana 39 en caso de gestación única, para salvaguarda del síndrome de distrés respiratorio fetal (SDRF), salvo necesidad alternativa en otras semanas por interés materno-fetal (a partir de la **38** en caso de gemelar).

Se clasificarán como cesáreas electivas /programadas, aquellas que a pesar de no hacerse de forma programada, se han de realizar de forma urgente por inicio de trabajo de parto (TP), cuando la decisión ya se había tomado previamente o bien la finalización del embarazo hubiera sido mediante cesárea en cualquier caso. (Ejemplo: Cesárea prevista y programada por presentación de nalgas o bien por dos cesáreas anteriores que ingresa de urgencia por inicio de TP y se práctica de forma urgente).

Son **indicación de cesárea electiva/programada**, las siguientes:

- Situación transversa.
- Presentación Podálica independientemente de la paridad. (Excepto si existe en el centro protocolo de VCE o de asistencia al parto vaginal de nalgas). Debe haber constancia clínica de persistencia de la presentación de nalgas justo antes de practicar la cesárea mediante ECO.
- Placenta previa oclusiva.
- Placenta previa parcialmente oclusiva o marginal que alcance el OCI (Orificio cervical interno). Debe haber constancia clínica de persistencia de la indicación justo antes de practicar la cesárea





mediante ECO.

- Embarazadas portadoras de V.I.H (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), que cumplan criterios según protocolo.
- Embarazadas portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente al canal blando del parto.
- Embarazadas con dos cesáreas anteriores.
- Embarazadas con infección genital activa demostrada por virus del herpes en las ultimas seis semanas antes del parto.
- Embarazadas sometidas a cirugía uterina previa en las que se haya abierto la cavidad endometrial.
- Gestaciones gemelares en las que el 1º feto no este en cefálica.
- Compromiso fetal demostrado por NST / OCT, o Doppler y contraindicación de inducción del parto y prematuros.
- Feto gran macrosoma (peso fetal estimado superior a 4.500 grs). La estimación del peso fetal deberá ser acorde por lo menos entre dos observadores. La indicación es de mayor grado de recomendación en pacientes con Diabetes gestacional o pregestacional.
- CASOS ESPECIALES: Otras circunstancias maternas o/y fetales que previamente hayan sido acordadas en sesión clínica, debe reflejarse este consenso en la historia clínica. (Enfermedades maternas, cesárea anterior acompañada de otras circunstancias, etc.).

El **estándar es del 100% para las cesáreas programadas o electivas**, exige que:

- El día del ingreso se compruebe de manera fehaciente (mediante ECO en el caso de presentaciones anómalas o placenta previa) que persiste la indicación que en su día se formuló.
- El acuerdo JUSTIFICADO y consensuado en sesión clínica (casos especiales).
- La indicación esté contemplada dentro del listado de Electivas/Programadas.



5. PLAN DE TRABAJO:

5.1. Desarrollo de la evaluación por HOSPITALES.

La Consellería de Sanidade y el Servicio Gallego de Salud se han adherido a este proyecto en el 2010 con la participación, primero de cuatro hospitales (H. de Barbanza, H *Lucus Augusti*, CH de Ourense y CHU de Pontevedra). En el 2011 se presentó el proyecto a 5 hospitales más (H. do Salnés, HU de Ferrol, C.H.U. de Santiago de Compostela, C.H.U. de A Coruña e H. Virxe da Xunqueira). Tras la presentación del proyecto, cada centro realizó la evaluación del periodo retrospectivo y prospectivo. Y ahora están ya en fase de seguimiento con implementación del método de revisión concurrente continuo.

En el 2014 el proyecto se extiende a todos los centros públicos del SERGAS que atienden partos.

Los centros hospitalarios participantes deben comprometerse a:

- Con el apoyo de la Gerencia del centro y la jefatura de servicio se designará a un/a profesional en el hospital, que participará directamente en el proyecto dinamizará su desarrollo en el centro y lo coordinará con la SX de Planificación y Programación Asistencial de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria del SERGAS.
- Realizar las reuniones que sean necesarias e informar por escrito del contenido de las mismas tanto a la gerencia y equipo obstétrico del centro como al coordinador autonómico y a la SX de Planificación y Programación Asistencial de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria del SERGAS.
- Participar y facilitar la realización de las auditorías de los estudios retro y prospectivo dentro de su propio hospital y en otros hospitales.
- Los centros participantes se comprometen a realizar la evaluación de cada centro adherido, siguiendo las indicaciones de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria y coordinación autonómica del proyecto, que se llevará a cabo del siguiente modo:





5.1.1. EVALUACION DEL PERIODO RETROSPECTIVO:

Se auto-evaluarán con arreglo a los estándares, todas las cesáreas realizadas en el centro, en el periodo de estudio retrospectivo (periodo pre, de evaluación retrospectiva no concurrente, para evaluar la adecuación previa a la aplicación de indicaciones).

5.1.2. EVALUACION DEL PERIODO PROSPECTIVO:

Se auto-evaluarán con arreglo a los estándares, las cesáreas realizadas en el centro de la fase prospectiva (periodo post, de evaluación prospectiva concurrente continua, para evaluar la adecuación después de la aplicación de las indicaciones).

5.2. Dinámica de la evaluación:

5.2.1. PERIODO RETROSPECTIVO:

Se auto-evaluará por parte de cada uno de los servicios de Obstetricia participantes, la adecuación de TODAS las cesáreas urgentes y para cada uno de los cinco grupos de indicaciones: riesgo de pérdida del bienestar fetal, fracaso de inducción, parto estacionado, desproporción pelvi-fetal y miscelánea y las cesáreas electivas/programadas del periodo retrospectivo, los resultados habrán de ser remitidos, en el formato que se proporcione, a la encargada de la coordinación y seguimiento del proyecto de la SX de Planificación y Programación Asistencial.

Se efectuarán **auditorías externas intercentros** donde se revisarán como mínimo el 15% de las historias clínicas con los partogramas, registros de MNS y hojas de curso clínico por medio de un muestreo aleatorizado con miras a contrastar la calidad de las evaluaciones internas. Los centros deben proporcionar las historias clínicas y los auditores internos deben participar en la auditoría de las mismas, al



menos en una de las auditorías externas cruzadas intercentros.

5.2.2. PERIODO PROSPECTIVO.

Una vez se han comunicado los resultados de la auditoría externa del periodo retrospectivo (en sesiones clínicas conjuntas de todo el equipo de obstetricia, mediante correos electrónicos...), se inicia el periodo de **evaluación prospectiva concurrente continua**. De manera similar al periodo retrospectivo, pero de forma prospectiva continua, se evaluarán por parte de los servicios de Obstetricia participantes, la adecuación de todas las cesáreas urgentes que se realicen con arreglo a los criterios establecidos para cada uno de los cinco grupos de indicaciones (riesgo de pérdida del bienestar fetal, fracaso de inducción, parto estacionado, desproporción pelvi-fetal y miscelánea) y de las cesáreas electivas/programadas del periodo *post*. Ello permitirá que los profesionales puedan hacer su seguimiento en grupo y, si es preciso, introducir medidas correctoras oportunas.

La evaluación prospectiva concurrente continua consiste en analizar de forma diaria o cuando menos bisemanalmente, todas y cada una de las cesáreas que se realicen en los centros y valorar su adecuación a los estándares predefinidos. Es fundamental que en esta evaluación continua participen las personas integrantes de los equipos obstétricos en su totalidad en la medida que las cargas asistenciales lo permitan (sesión de cambio de guardia, sesión bisemanal de casos obstétricos, etc.).

La información final global del periodo prospectivo deberá ser remitida a la SX de Planificación y Ordenación Asistencial de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria del SERGAS.

La **evaluación externa** de la adecuación del período post se efectuará en coordinación con la coordinación autonómica del proyecto y se



realizarán auditorias externas a los centros con el mismo diseño descrito para el periodo pre-estandarización.

Durante el primer año de prospectivo concurrente continuo, de forma semestral se remitirán informes de los resultados clasificados por grupos con sus porcentajes de adecuación, desde los centros a la coordinación del estudio de la SX de Planificación y Programación Asistencial de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria del SERGAS.

Esta información deberá ser transmitida periódicamente, por el responsable del proyecto de cada centro, al equipo obstétrico de cada centro, por lo que se requerirá evidencia de que se haya realizado esa transmisión de información mediante copia de correo electrónico interno o acta de reunión informativa.

En estas reuniones de información de seguimiento de la adecuación se analizarán por parte del equipo, las causas de inadecuación y se enmendarán las inadecuaciones en aquellos grupos en los que no se cumpla;

A partir de la adopción de los estándares y de la incorporación participativa al proyecto, en los partogramas o en las evoluciones clínicas **deberá consignarse el motivo de la cesárea** (uno de los cinco grupos descritos para las urgentes y los criterios consignados para las programadas o electivas) **junto con la indicación** correspondiente a dicho grupo, de tal forma que sea fácilmente identificable y pueda introducirse posteriormente en el registro. (Por ejemplo: cesárea por desproporción pelvi-fetal, por dilatación completa con presentación en segundo plano después de una hora de expulsivo activo en multípara sin anestesia epidural), se debe hacer constar por escrito una única indicación clínica y la hora a la que se indica la misma.

La adecuación se evaluará para las cesáreas programadas y para cada uno de los cinco grupos de indicaciones establecidas para las urgentes, de acuerdo con los indicadores y los estándares acordados.

Con objeto de desarrollar un registro congruente y fiable, es sumamente importante consignar el grupo y la indicación correspondiente utilizando los mismos términos descritos en este proyecto. Disponemos de una aplicación online para registrar todas las cesáreas realizadas con el fin de facilitar la explotación de datos y minimizar el envío de informes vía correo electrónico.

5.3. Indicadores de la evaluación:

Se proponen los siguientes indicadores para cada uno de los grupos principales, que servirán de referentes y meta a alcanzar:

ESTANDARES:

- **Cesáreas programadas:** el **100 %** deben ser adecuadas conforme a las indicaciones adoptadas.
- **Cesáreas urgentes:** el **90%** deben ser adecuadas de acuerdo con las indicaciones adoptadas en cada uno de los cinco grupos (riesgo de pérdida del bienestar fetal, fracaso de inducción, parto estacionado/falta de progresión del parto, desproporción pelvi-fetal y miscelánea). Este porcentaje de adecuación se aplica tanto al conjunto de las cesáreas urgentes como a cada uno de los cinco grupos por separado.

6. INDICADORES A PRESENTAR POR CADA CENTRO:

- Porcentaje de cesáreas programadas-electivas adecuadas totales.



- Porcentaje de cesáreas programadas-electivas adecuadas según listado de indicaciones.
- Porcentaje de cesáreas urgentes adecuadas totales.
- Porcentaje de cesáreas urgentes adecuadas en cada uno de los cinco grupos.
- Tasa de cesáreas en cada periodo.
- Nº total de partos del periodo estudiado.

Basado en la Información elaborada por el Coordinador Nacional del Proyecto con la colaboración del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

ANDRÉS CALVO PEREZ.

JEFE DE SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DE MANACOR.

acalvo@hmanacor.org

acalvop@hotmail.com

Teléfono Hospital: 971-847086.

Móvil: 670084426

Carretera Manacor-Alcudia s/n. Manacor 07500. Baleares.