

La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema

Adela Recio Alcaide

Cuerpo Superior de Estadísticos del Estado

adela_r@yahoo.com

Childbirth Care in Spain: Data to Reflect on a Problem

RESUMEN: El parto es el motivo número uno de ingreso hospitalario en España. Después de parir, no es fácil salir ilesa del hospital, en el sentido de no haber sido sometida a una operación quirúrgica (cesárea), a un corte en la vagina (episiotomía), o a otras intervenciones invasivas. El objetivo de este artículo es cuestionar el modo en que la evidencia científica se integra en las decisiones médicas en torno al parto. Para ello, el artículo describe y analiza la variabilidad de la atención perinatal existente en España, que demuestra que el resultado de un parto depende mucho más de factores como la zona geográfica o de si el centro hospitalario es público o privado, que del propio proceso de parto de la mujer. Además analiza la adecuación de las intervenciones a los estándares fijados por organismos como la Organización Mundial de la Salud o el Ministerio de Sanidad.

PALABRAS-CLAVE: Parto, estadística perinatal, variaciones práctica médica, intervencionismo, cesáreas

ABSTRACT: Childbirth is the first reason for hospitalization in Spain. After giving birth, it is not easy to get out unscathed from the hospital, in the sense of not having gone through a surgery (cesarean), a cut in the vagina (episiotomy), or other invasive procedures. The aim of this article is to question how scientific evidence is integrated in medical decisions about the delivery. For this, the article describes and analyzes the existing variability of perinatal care in Spain, which shows that the result of the delivery depends much more on factors such as the geography zone or whether the hospital is public or private, rather than the delivery process of women itself. It also analyzes the adequacy of interventions to the standards set by organizations such as the World Health Organization and the Ministry of Health.

KEYWORDS: Childbirth, perinatal statistics, medical practice variations, interventionism, cesareans

1. Variabilidad de la atención al parto en España

Los datos del Ministerio de Sanidad más actuales disponibles, referidos al año 2012, reflejan que en España el 25,3% de las mujeres, es decir una de cada cuatro, es sometida a una operación de cirugía mayor (cesárea) durante el parto. Esta cifra es ya de por sí significativa pues supera ampliamente las recomendaciones sanitarias de la Organización Mundial de la Salud que, basándose en los países que menos tasa de mortalidad perinatal registran, considera que una tasa de cesáreas aceptable debe estar en torno al 10% y en cualquier caso no superar el 15%.

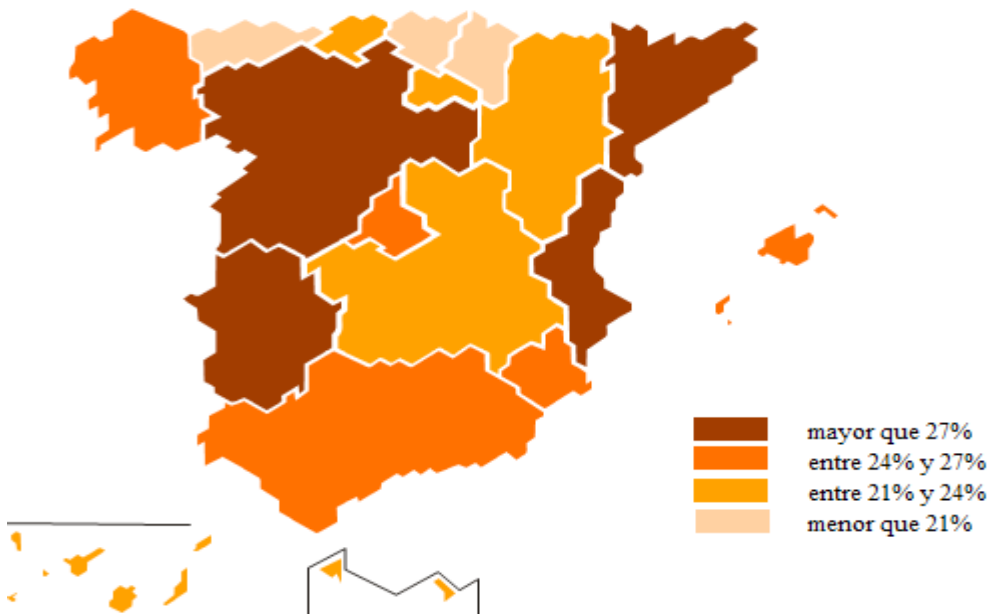
Al conocer estos datos por Comunidades Autónomas, observamos que la cesárea presenta una amplia variabilidad en el territorio español: el País Vasco es la comunidad con menos cesáreas y la única que se acerca a la recomendación de la OMS, con un 15,1%, mientras que la Comunidad Valenciana tiene el máximo, con un 30,1% de cesáreas, doblando la tasa del País Vasco. Esta disparidad entre zonas geográficas queda reflejada en el siguiente mapa. Obviamente, no tiene como base una fisiología distinta entre



las vascas y las valencianas sino una distinta política sanitaria entre Comunidades Autónomas, cuyo resultado en la práctica es que una mujer tiene el doble de posibilidades de pasar por una cesárea si da a luz en la Comunidad Valenciana que si lo hace en el País Vasco, tal y como muestra el gráfico 1.

Gráfico 1

Tasa de cesáreas en 2012 por Comunidad Autónoma



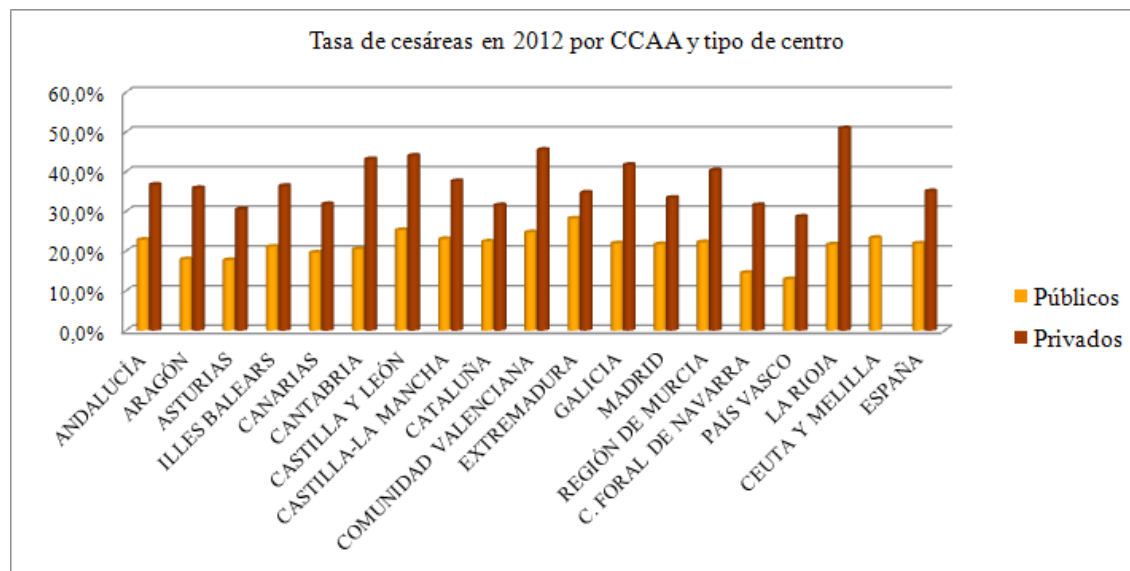
Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

La variabilidad que existe entre Comunidades Autónomas también se puede observar entre hospitales públicos y privados pues, sistemáticamente en cada Comunidad Autónoma, las tasas de cesáreas son significativamente más altas en la sanidad privada que en la pública. Algo que no tiene justificación desde el punto de vista médico, ya que es precisamente la sanidad pública la que atiende los partos de mayor riesgo y por tanto más susceptibles de acabar en cesárea.

Por tanto, lo que el gráfico 2 refleja, al registrar las tasas de cesáreas en 2012 de todas las Comunidades Autónomas distinguiendo entre hospitales públicos y privados, es una

forma organizativa y una política sanitaria muy diferentes entre ambos tipos de hospital.

Gráfico 2



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

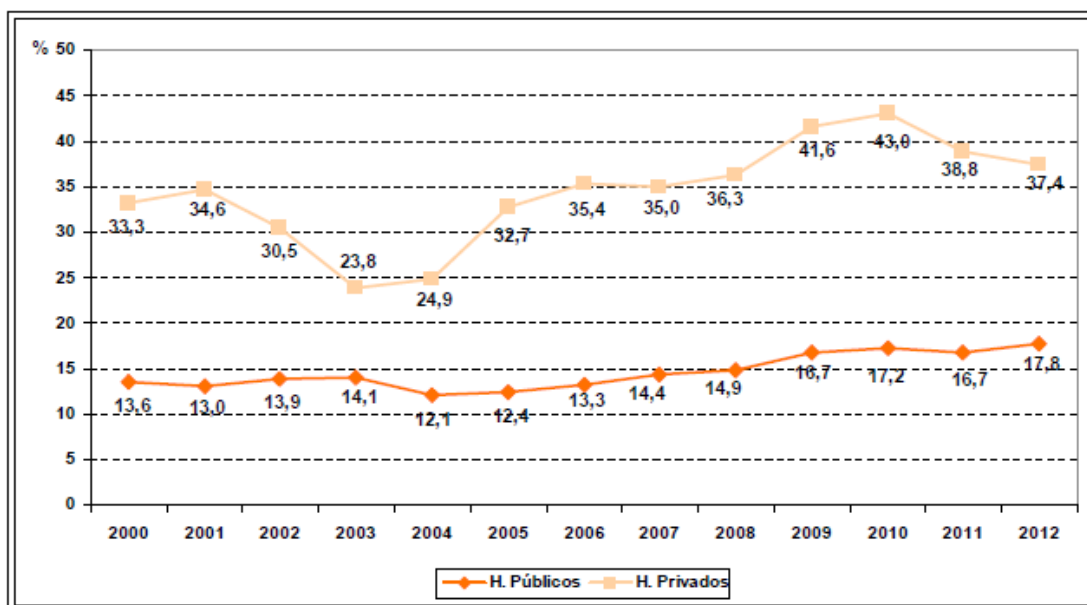
Esta variabilidad en la práctica médica observada en las cesáreas también afecta a los partos instrumentales (aquellos que acaban en fórceps, ventosa o espátulas), a las episiotomías y a otras prácticas a las que la mujer suele ser sometida durante el parto. Del mismo modo que sucedía con las cesáreas, la sanidad privada es más dada a intervenir que la pública y realiza más partos instrumentales, más episiotomías o más inducciones.

La ausencia de información estadística que existe en España acerca de algunos indicadores de gran interés en el ámbito de la sanidad privada, hace que tengamos que centrar el análisis en una Comunidad Autónoma que publica sus resultados también para los hospitales privados: la Comunidad Valenciana.

El siguiente gráfico 3 muestra la evolución de los partos instrumentales en la Comunidad Valenciana desde el año 2000 hasta el 2012 distinguiendo entre hospitales públicos y hospitales privados. Se puede observar que la sanidad privada se caracteriza por realizar sistemáticamente más partos instrumentales que la pública

en todos los años de la serie. A la luz de las cifras se puede ver que las posibilidades de acabar en un parto instrumental en la Comunidad Valenciana pueden ser el doble o el triple en los hospitales privados que en los públicos.

Gráfico 3. Tasa de partos instrumentales en la Comunidad Valencia para hospitales públicos y hospitales privados

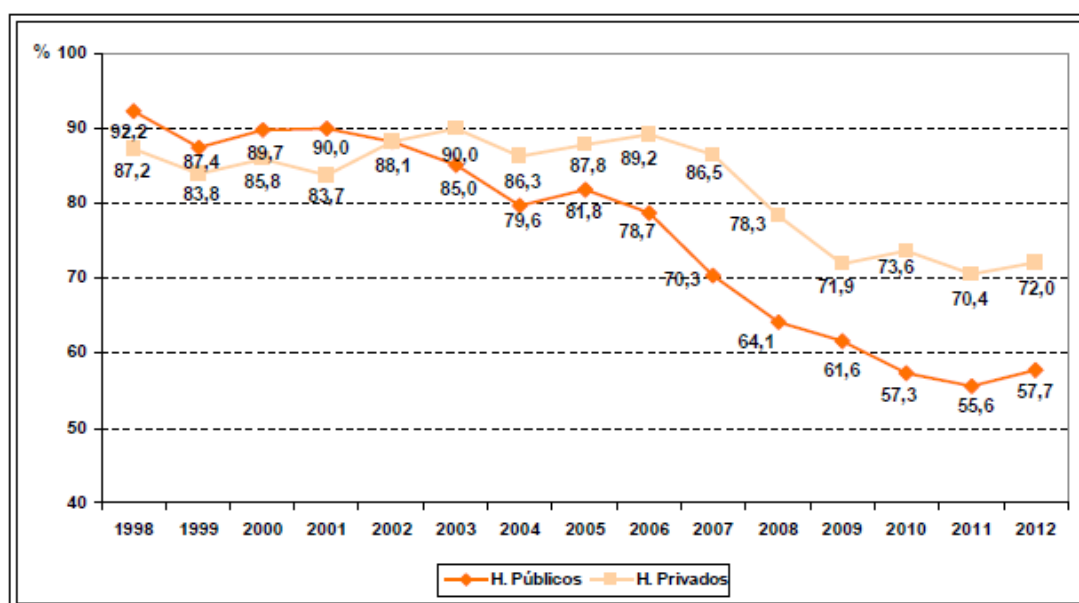


Fuente: Observatorio de Salud Infantil y Perinatal de la Comunidad Valenciana

La evolución de las episiotomías en la Comunidad Valenciana desde el año 2000 hasta el 2012, distinguiendo entre hospitales públicos y hospitales privados, queda recogida en el siguiente gráfico 4. La episiotomía, corte realizado en la vagina de la mujer por un profesional sanitario, es una de las prácticas más cuestionadas por los organismos sanitarios dada la fuerte evidencia científica existente sobre sus efectos adversos: su extensión a desgarros de tercer y cuarto grado, disfunción del esfínter anal después del parto, o dispareunia, es decir, experimentar dolor durante las relaciones sexuales después del parto. La Organización Mundial de la Salud alerta de que una tasa por encima del 20% no está justificada, mientras que el Ministerio de Sanidad propone como estándar de calidad una tasa inferior al 15%. Como se puede ver en el gráfico, la episiotomía es ampliamente utilizada en la Comunidad Valenciana, muy por encima de los niveles recomendados por OMS y Ministerio de

Sanidad, llegando al casi 58% en la sanidad pública en 2012 y al 72% en la privada. La lectura de estas cifras es clara: la diferencia entre sanidad pública y privada no tiene justificación desde el punto de vista médico o fisiológico, sino que tiene su base, igual que sucedía con la cesárea, en la diferentes políticas sanitarias seguidas por los distintos tipos de centros.

Gráfico 4. Tasa de episiotomías en la Comunidad Valencia para hospitales públicos y hospitales privados



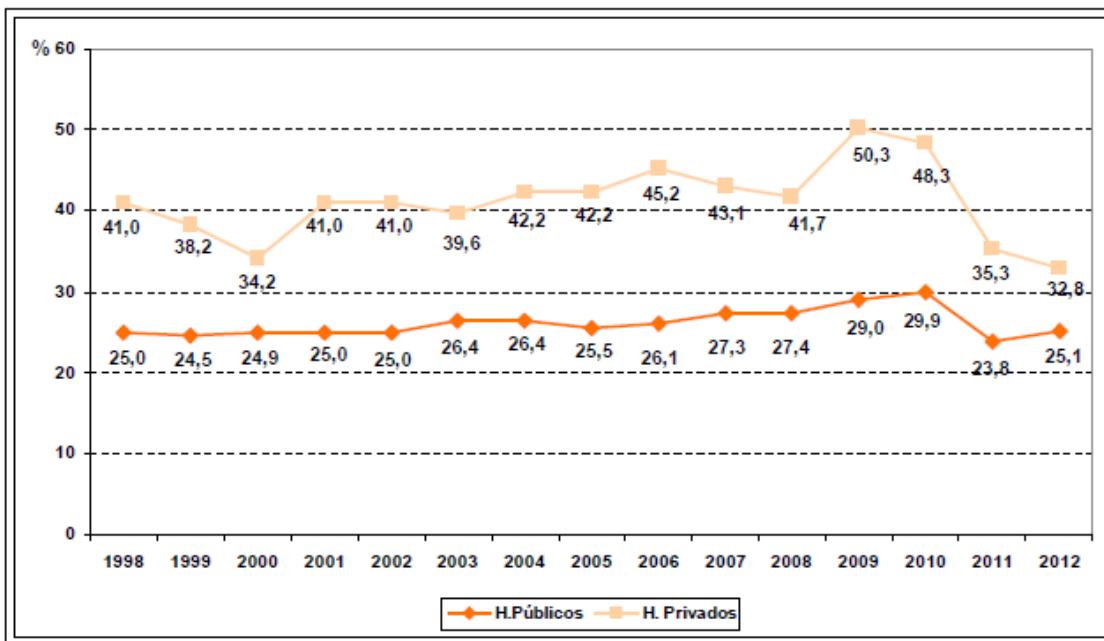
Fuente: Observatorio de Salud Infantil y Perinatal de la Comunidad Valenciana

Las variaciones en el uso de la episiotomía son visibles no sólo entre sanidad pública o privada, como sucede en la Comunidad Valenciana, sino también entre Comunidades Autónomas (en 2009 Murcia tenía un 34% mientras que Galicia un 66%, según la estadística del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Ministerio de Sanidad) e incluso dentro de una misma Comunidad Autónoma entre diferentes hospitales: en 2010 el Hospital Universitario Central de Asturias registró un 90% de episiotomías mientras que el Hospital de Jarrio, también asturiano y público, registró un 8%, según la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Aunque en los últimos años las episiotomías han experimentado un fuerte descenso, fomentado en gran medida por las políticas de desmedicalización de la atención al parto que se están impulsando, aún queda mucho camino por recorrer hasta cumplir con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.

La inducción del parto es otra de las prácticas sobre las que tanto OMS como Ministerio de Sanidad alertan, recomendando no superar la tasa de un 10%. Sin embargo, como muestra el gráfico 5, en la Comunidad Valenciana este porcentaje se dobla o incluso triplica en el caso de la sanidad privada, que se caracteriza, como ya se ha visto, por un mayor número de intervenciones.

Gráfico 5. Tasa de partos inducidos en la Comunidad Valencia para hospitales públicos y hospitales privados



Fuente: Observatorio de Salud Infantil y Perinatal de la Comunidad Valenciana

Vistas las diferencias que presenta la atención que recibe una mujer dependiendo de factores que a priori nada tienen que ver con el proceso de parto, como la Comunidad Autónoma en la que el parto suceda o si el hospital que la atiende es público o privado, cabe cuestionarse cómo se están integrando las recomendaciones realizadas por OMS o Ministerio de Sanidad en las decisiones médicas. La disparidad

de las cifras pone en duda la actualización de las políticas sanitarias en las distintas Comunidades Autónomas y en la sanidad privada en particular.

2. Variabilidad de la atención al parto en Europa

En Europa las cosas no son distintas y las desigualdades en la atención perinatal son constatables también entre países. Así lo refleja el "European Perinatal Health Report 2010", que muestra una fuerte variabilidad en la atención al parto en los diferentes países de Europa:

Las tasas de cesáreas, si bien han aumentado de forma generalizada en toda Europa, varían desde el 15-18% en los países nórdicos hasta el 52% de Chipre donde más de la mitad de las mujeres da a luz a través de esta operación de cirugía mayor.

Los partos instrumentales son menos del 5% en Letonia o Lituania mientras que alcanzan el 15% en España y el 16% en Irlanda.

Prácticas tan cuestionadas como la episiotomía alcanzan el 75% en Chipre y no llegan, sin embargo, al 5% en Dinamarca.

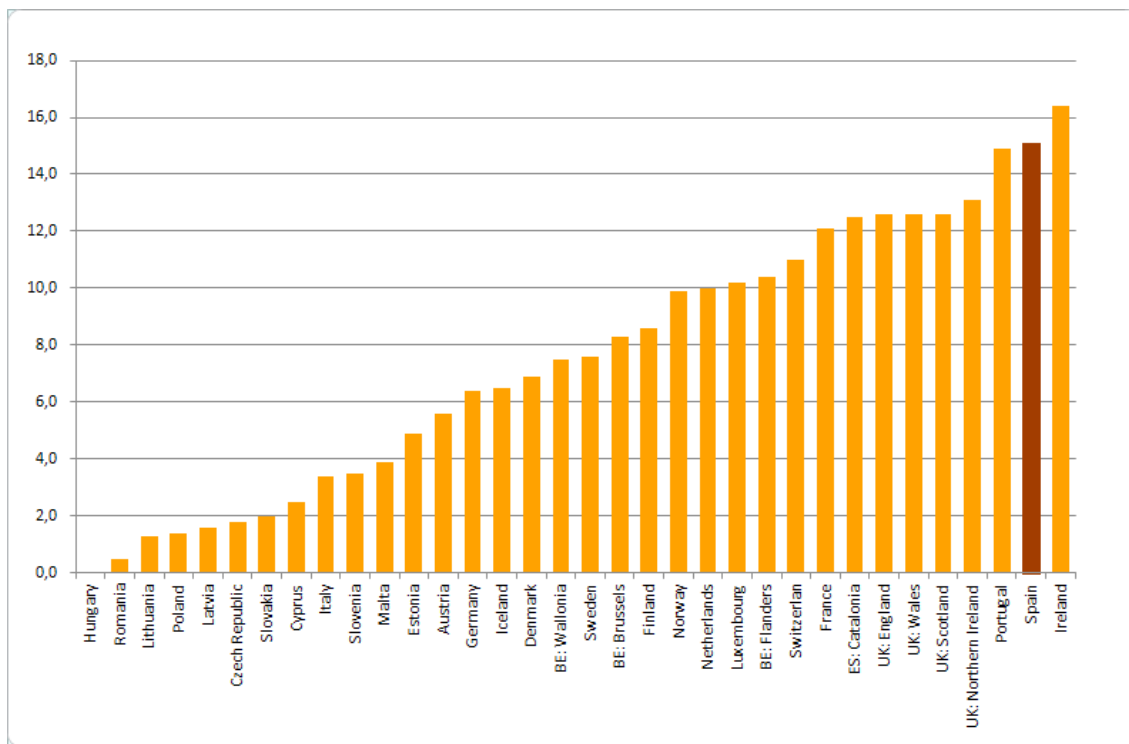
Estas marcadas diferencias en los procedimientos entre unos países y otros pone una vez más en el punto de mira la necesidad de las intervenciones obstétricas que, de no hacerse de un modo selectivo, disparan los riesgos y complicaciones durante el parto.

En lo que respecta a España, hay que destacar que nuestro país se caracteriza por una atención al parto especialmente intervencionista en comparación con sus vecinos europeos.

Este intervencionismo no parece justificarse con unos mejores resultados en otros aspectos, como puede ser la mortalidad perinatal o neonatal. En realidad, muchos de los países europeos con menores tasas de mortalidad perinatal y neonatal son los mismos que tienen unas menores tasas de intervenciones obstétricas durante el parto (los países nórdicos). Este intervencionismo tampoco tiene su base en la evidencia científica disponible, que ha dado lugar a las recomendaciones de los organismos sanitarios.

Como se muestra en el siguiente gráfico 6, nuestro país está a la cabeza de Europa en partos instrumentales (sólo por detrás de Irlanda) con un 15% en los hospitales públicos. En este punto hay que remarcar que de tener en cuenta este indicador también en la sanidad privada probablemente la tasa sería aún más alta dada la tendencia sistemática de la sanidad privada a intervenir más que la pública.

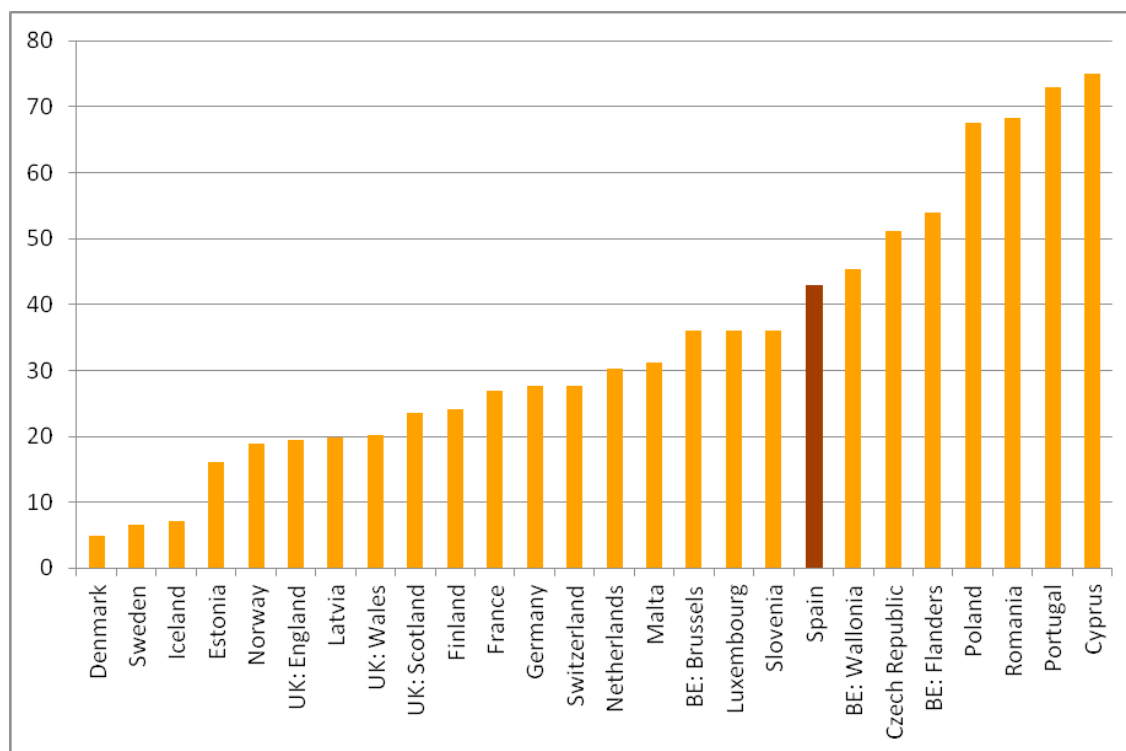
Gráfico 6. Porcentaje de partos instrumentales sobre el total de partos en 2010, marco europeo



Fuente: European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010

Si el dato de los partos instrumentales llama la atención, también lo hace el de las episiotomías. Como muestra el siguiente gráfico 7, con un 43% España se sitúa como el octavo país con mayores tasas de los 29 países que recoge el informe. De nuevo, remarcar que, de tener en cuenta la sanidad privada en este indicador, seguramente España estaría en un puesto aún más alto. Este porcentaje encuentra su explicación en un uso indebido y no selectivo de esta práctica, contrariamente a lo que recomienda la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad.

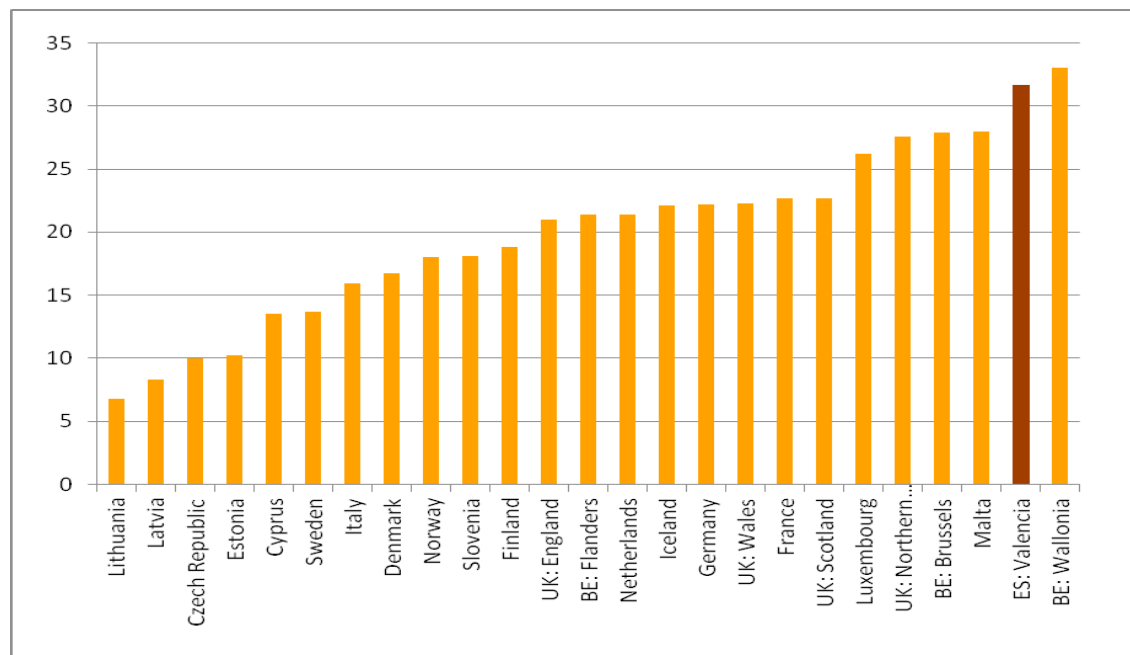
Gráfico 7. Porcentaje de episiotomías en 2010, marco europeo



Fuente: European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010

Del mismo modo, es llamativa la tasa de partos inducidos de la Comunidad Valenciana que, siendo superior a un 32%, sólo es superada por la región belga de Valonia.

Gráfico 8. Porcentaje de partos inducidos en 2010, marco europeo



Fuente: European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010

Es importante recordar que este excesivo intervencionismo de nuestro país no se justifica con unos mejores resultados en términos de mortalidad perinatal. De hecho, como se ha dicho, varios de los países europeos con mejores resultados en términos de mortalidad, tienen también unas menores tasas de intervencionismo obstétrico durante el parto.

3. Adecuación de las intervenciones a los estándares y recomendaciones de los organismos sanitarios

En 2012 el Ministerio de Sanidad, a través del entonces Observatorio de Salud de las Mujeres, publicó el "Informe del Estado de Situación de la Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud".

El informe incorpora varios indicadores de la atención al parto en el año 2010, sólo para hospitales públicos, que están recogidos en la siguiente tabla 1. En la primera

columna de la tabla se describe el indicador, en la segunda el resultado que ha obtenido el indicador en el año 2010 y en la tercera columna se recoge el estándar recomendado por el Ministerio de Sanidad.

Tabla 1. Indicadores de la atención al parto en el Sistema Nacional de Salud, año 2010

Indicador de proceso y resultado	Resultado	Estándar
% de protocolos que incluyen todas las recomendaciones de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad	15.5%	100
% de amniotomías (rotura artificial de la bolsa) realizadas	46,6%	No realizar de forma rutinaria
% de partos de inicio espontáneo con administración de oxitocina durante la dilatación	53.3%	5-10%
% de partos inducidos	19.4%	<10%
% de partos vaginales en los que se ha mantenido la posición de litotomía durante todo el expulsivo	87,40%	<30%
% de partos vaginales en los que se ha realizado la maniobra de Kristeller	26,10%	0%
% de episiotomías en partos eutócicos	41.9%	<15%
% de partos instrumentales	19.5%	<15%
% de partos con ventosa	10.2%	<7%
% de partos con fórceps	6.1%	<5%
% de partos con espátulas	3.2%	<5%
% de cesáreas	22.02%	<15%
% de partos vaginales tras cesárea	44.2%	60-80 %
% de mujeres encuestadas que afirman que colocaron al recién nacido en estrecho contacto piel con piel, al menos 1 hora	50.2%	≥80%

El primer indicador registra el porcentaje de protocolos hospitalarios que incluyen todas las recomendaciones de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad. Su resultado es que sólo un 15,5% de los hospitales incluyen en sus protocolos todas las recomendaciones cuando, obviamente, el Ministerio de Sanidad recomienda que *todos* los protocolos las incluyan. Esta diferencia entre lo encontrado y lo esperado pone de manifiesto la necesidad de insistir en establecer protocolos actualizados en la totalidad de los centros hospitalarios.

Además, el propio informe constata que es la existencia de protocolo en los hospitales la que contribuye a una mejor calidad de las prácticas clínicas en la atención al parto normal. La presencia de protocolo completo se relaciona con un mejor cumplimiento de las recomendaciones: una menor realización de amniotomías (rotura artificial de la bolsa amniótica), episiotomías, estimulación con oxitocina, partos inducidos, maniobra de Kristeller, cesáreas y partos en posición de litotomía. También aumenta la probabilidad de parto vaginal tras cesárea y que haya un mayor contacto precoz madre-recién nacido.

Para el resto de indicadores se puede observar también que el resultado que los hospitales han obtenido en 2010 queda lejos del estándar recomendado por el Ministerio de Sanidad. Pasamos a comentar algunos de estos indicadores y sus resultados:

El uso de oxitocina sintética durante la dilatación, que no debería superar el 5-10%, ya que existe creciente evidencia científica sobre los efectos adversos que produce la estimulación de la dinámica uterina de modo artificial, se utiliza sin embargo en el 53,3% de los casos.

La libertad de movimientos de la mujer durante el parto permite adoptar posiciones que alivian el dolor y mejoran el bienestar de las mujeres así como su sensación de control. La libre deambulación de las mujeres durante el periodo de dilatación se relaciona con una menor necesidad de uso de fármacos oxitócicos, analgésicos y de intervenciones obstétricas, como fórceps o cesáreas, con respecto a aquellas mujeres que permanecieron en posición de litotomía (tumbadas boca arriba con los pies en los estribos del potro obstétrico). Durante el expulsivo, la posición vertical o lateral, comparada con la posición más habitual de litotomía, se asocia con un acortamiento de la duración del expulsivo además de una reducción del número de partos asistidos, de episiotomías y de dolor agudo. Sin embargo el porcentaje de partos vaginales en los que se ha mantenido la posición de litotomía durante todo

el expulsivo es de 87,4% cuando el Ministerio recomienda que no sea mayor que el 30%. Por tanto este indicador queda muy lejos del estándar deseado.

La maniobra de Kristeller consiste en presionar con el antebrazo el abdomen de la mujer mientras hay contracción. El Ministerio recomienda no realizarla ya que según la evidencia científica conlleva riesgos potenciales de morbilidad materna y fetal: no mejora la tasa de partos vaginales espontáneos, no reduce la tasa de parto instrumental y es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto. Pese a que el estándar deseado del Ministerio es de 0%, se ha realizado en un 26,1% de los partos vaginales. Lejos de haber desaparecido, esta maniobra se sigue realizando en una alta proporción de maternidades.

Las dos primeras horas después del nacimiento es el llamado periodo sensitivo (alerta tranquila), provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto. El contacto inmediato piel con piel del recién nacido con su madre tiene múltiples efectos beneficiosos para ambos. Facilita reconocer el olor materno, establecer el vínculo, la lactancia y la adaptación a la vida extrauterina. Los recién nacidos se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia y la temperatura. Pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, aumentando la frecuencia de tomas con éxito. Para la madre facilita la disminución del tamaño uterino por secreción de oxitocina y evita experiencias emocionales negativas. Se comprueba sin embargo que la actuación asistencial no se corresponde con la recomendación de la estrategia; el 50% de las madres afirman haber realizado contacto precoz, un resultado que aleja la práctica clínica del estándar recomendado (mayor o igual al 80% de los partos).

Conclusiones

Las cifras hablan claro: una misma mujer puede acabar su parto de muy diferentes maneras en función del hospital que elija para dar a luz. Las posibilidades de una cesárea, un parto instrumental, una episiotomía o una inducción se duplicarán o triplicarán dependiendo de la Comunidad Autónoma en la que se atienda el parto y con bastante seguridad se puede afirmar que sufrirá más intervenciones si se decanta por parir en un hospital privado en lugar de hacerlo en un hospital público.

Además, los números constatan que, con respecto a sus vecinos europeos, España es un país especialmente intervencionista pues aunque no sobresale en cesáreas, sí lo hace en partos instrumentales, episiotomías e inducciones, sin por ello tener unos resultados especialmente mejores en cuanto a mortalidad perinatal.

Por otro lado, al contrastar las prácticas a las que habitualmente son sometidas las mujeres durante el parto con las recomendaciones de OMS y Ministerio de Sanidad, encontramos un fuerte desfase entre teoría y práctica y se comprueba de forma generalizada que la actuación asistencial no se corresponde con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), *Estadística de Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)*, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- Organización Mundial de la Salud (1985), *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, Declaración de Fortaleza, Tecnología apropiada para el parto*, Lancet
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Observatorio de Salud de las Mujeres (2012), *Informe del Estado de Situación de la Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011), *Estadística de Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)*
- Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias (2010), *Atención maternal y neonatal. I Encuesta de opinión. Informe de Resultados. Septiembre 2010*
- Euro-Peristat (2013), *European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*