

Partos por cesárea en España (2010-2018)

Cesarean births in Spain (2010-2018)

Maria Alonso-Colon^{1,2}  0000-0001-6542-4590

Rebeca Ramis-Prieto^{3,4}  0000-0001-6154-9142

¹Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad, 28029, Madrid, España.

²Investigadora en formación, Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas y Salud Pública, Escuela Internacional de Doctorado de la UNED, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), 28015 Madrid, España.

³Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología, 28029, Madrid, España.

⁴CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), 28029, Madrid, España

Correspondencia

María Alonso Colón
m.alonsocolon@isciii.es

Contribución de autoría

M.A.C y R.R.P han contribuido a la idea, el diseño, el análisis e interpretación de los datos, así como en la escritura del borrador del artículo y revisión crítica de su contenido intelectual relevante. Aprobación final de la versión a ser publicada por R.R.R.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III, (Numero de proyecto: PI19CIII/00025, PI16CIII/00009 y EPY-505/19-PFIS)

Conflicto de intereses

No existen conflicto de intereses por parte de ninguna de las autoras.

Cita sugerida

Alonso-Colon M, Ramis-Prieto R. Partos por cesárea en España (2010-2018). Boletín Epidemiológico Semanal. 2023;31(1):44-55.

Resumen

Introducción: en las últimas dos décadas, la tasa de cesáreas a nivel mundial y europeo ha aumentado. Cuando están indicadas, las cesáreas salvan vidas; sin embargo, realizadas de manera inoportuna tienen riesgos potenciales para la madre y el recién nacido. En España, los últimos datos muestran un gran porcentaje de partos por cesárea y, por lo tanto, es necesario encuadrar la información espacio-temporalmente y describir cómo se distribuye este fenómeno.

Método: se realizó un estudio transversal de base poblacional usando los datos del Boletín Estadístico del Parto. Se incluyeron todos los partos que hubiesen tenido lugar en España entre 2010 y 2018. Se realizó un estudio descriptivo en función de distintas variables (edad materna, día de la semana y comunidad autónoma del parto...).

Resultados: se incluyeron un total de 3.863.363 partos. En España, el porcentaje de cesáreas entre los años 2010 y 2018 fue del 26,9%. Se observa un ligero descenso en 2017 y 2018. Las cesáreas fueron más frecuentes en las mujeres mayores de 40 años que dieron a luz entre semana en Comunidad Valenciana, Extremadura, Cataluña y Melilla.

Conclusiones: existe gran variabilidad en la tasa de cesáreas entre distintas autonomías. Existen otros factores de variabilidad como la edad materna y el día de la semana del parto. La heterogeneidad en el porcentaje de cesáreas sugiere una falta de criterios clínicos comunes. Es necesario un análisis de las causas subyacentes para estudiar el problema en profundidad y proponer soluciones.

Palabras clave: cesárea; parto vaginal; España.

Abstract

Introduction: in the past two decades, cesarean rates have been increasing both globally and in Europe. When clearly indicated, cesareans save lives; however, unnecessary cesareans are potentially unsafe for mother and child. Data shows a great percentage of cesarean births in Spain and it is therefore necessary to study its spatiotemporal distribution.

Method: this was a population-based cross-sectional study that used the Birth Statistics Bulletin and included all births in Spain from 2010 to 2018. It described the data using different variables such as maternal age, day of birth or autonomous community of birth.

Results: a total of 3,863,363 births were included in this study. The cesarean rate in Spain from 2010 to 2018 was 26.9%. There was a modest decline in the cesarean rate in 2017 and 2018. Cesareans were more frequent in women over 40 who gave birth during a weekday in Comunidad Valenciana, Extremadura, Cataluña and Melilla.

Conclusions: there is great variability in cesarean rates between different autonomies. Other contributing variability factors are maternal age or day of birth. The differences in cesarean rates suggest a lack of common clinical criteria. To identify the underlying causes, further studies are necessary. This would provide useful information for decision-making and policy changes.

Keywords: cesarean; vaginal birth; Spain.

INTRODUCCIÓN

Las cesáreas han estado presentes desde el comienzo de la humanidad. Se cree que ya en el Antiguo Egipto se llevaban a cabo, aunque la primera documentación al respecto aparece alrededor del 700 a.C. con la *Lex Cesarea* romana, que estipulaba que ninguna mujer embarazada podía ser enterada hasta que el feto hubiese sido extraído de su cuerpo⁽¹⁾. La primera evidencia directa apareció en los restos momificados de una mujer húngara del siglo XVIII⁽²⁾. Entonces, la mortalidad asociada a las cesáreas era elevada y sólo empezó a disminuir cuando se produjo la profesionalización de la cirugía y se realizaron importantes avances técnico-sanitarios⁽³⁾.

En función del momento en el que se realiza, las cesáreas pueden clasificarse en cuatro tipos⁽⁴⁾:

- **Electiva:** se realiza de manera programada antes del inicio del parto porque las condiciones obstétricas (maternas o fetales) desaconsejan el parto vaginal.
- **Intraparto:** se realiza una vez iniciado el parto por riesgos materno-fetales debido a desproporción pélvica-fetal, fracaso de la inducción, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado.
- **Urgente:** se realiza cuando una patología materno-fetal pone en riesgo el bienestar del feto. El tiempo entre el diagnóstico de la condición aguda y el inicio del procedimiento quirúrgico debe ser inferior a 30 minutos.
- **Emergente:** se realiza cuando existe riesgo vital maternal o fetal en situaciones de rotura uterina, prolapso del cordón umbilical o embolia del líquido amniótico, entre otros.

En 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que un 20% de los niños nacen mediante cesárea y que, teniendo en cuenta la tendencia al alza, en 2030 se alcanzará un 29%. Sin embargo, este porcentaje no sigue una distribución uniforme, sino que es variable en distintos lugares del mundo. Así, en algunos países se realizan más cesáreas que partos vaginales (República Dominicana o Brasil, por ejemplo), mientras que, en otras zonas como África subsahariana, no llega al 5%. Esto, argumenta la OMS, es una prueba de que sigue habiendo inequidades a la hora de acceder a los cuidados obstétricos adecuados. Por otro lado, también evidencia una corriente de defensa de las cesáreas incluso cuando no están indicadas⁽⁵⁾.

En 2013, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó un informe sobre la situación de las cesáreas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2001 a 2011, identificando una tendencia ascendente con un incremento máximo de 9,5%. Además, vincula una baja tasa de cesáreas con el buen control del embarazo y el parto⁽⁶⁾. En 2007, el Ministerio publicó la “Estrategia de Atención al Parto Normal”, que recogía una serie de normas de buena práctica clínica tras la revisión de la evidencia disponible. Ya entonces se consideraba que la tasa de cesáreas podía ser un problema y, por lo tanto, se recomendaba “la racionalización de las tasas de cesáreas y la disminución de su variabilidad no justificada”⁽⁷⁾. En 2021 el Ministerio publicó “Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018” en el que sólo se hace un estudio de las tasas de cesáreas en función del año y de si el parto tuvo lugar en una clínica privada o en el SNS⁽⁸⁾. En la actualidad, los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) muestran que de los 336.741 partos de 2020, 83.777, es decir, un 25%, fueron cesáreas⁽⁹⁾. Respecto al resto de países de la Unión Europea, España ocupa una posición intermedia⁽¹⁰⁾.

Hay situaciones que se asocian a un mayor riesgo de parto por cesárea como la realización de una cesárea previa⁽¹¹⁾, una mayor edad materna⁽¹²⁾ o un Índice de Masa Corporal (IMC) materno elevado⁽¹³⁾. En Estados Unidos se ha visto que las mujeres hispanas y negras tienen más riesgo que las blancas⁽¹⁴⁾. Teniendo en cuenta el riesgo asociado a la realización inapropiada de cesáreas, es necesario que la decisión esté debidamente justificada. Sin embargo, en ocasiones se basa en las preferencias del personal médico⁽¹⁵⁾ o en la práctica de una medicina defensiva⁽¹⁶⁾. Según un estudio realizado en 2009⁽¹⁷⁾, parte de la variabilidad en el número de cesáreas en mujeres de bajo riesgo depende del hospital y sus características (número de camas, presencia de médicos internos residentes...). De hecho, Variaciones en la Práctica Médica advierte sobre el escaso valor que tiene la realización de cesáreas en condiciones de bajo riesgo obstétrico⁽¹⁸⁾.

El abordaje de cualquier problemática de salud pública requiere un examen de las cifras disponibles, así como una reflexión acerca de las potenciales causas que expliquen el fenómeno. Teniendo en cuenta que el informe del Ministerio analiza los datos hasta 2011, es necesario realizar un estudio de la información actualizada.

El objetivo de este estudio es describir la distribución espacial y temporal de las cesáreas en España entre el 2010 y el 2018.

MÉTODOS

La población estudiada proviene de los datos obtenidos en el Boletín Estadístico del Parto (BEP). El BEP es recogido por el INE y forma parte de la Estadística del Movimiento Natural de la Población. Recoge la información de los partos que tienen lugar en España independientemente del tipo de hospital. El periodo de estudio comprende los años del 2010 al 2018 y, tras la depuración de la base, se han analizado un total de 3.863.363 nacimientos.

El BEP contiene 101 variables con información relativa al parto y variables socio-demográficas de la madre y el padre. Nuestra variable de interés ha sido “tipo de parto” con dos opciones “vaginal” o “cesárea”. Para este estudio también se han considerado las siguientes variables: “Sexo del recién nacido”, “Peso del recién nacido (gramos)”, “Semanas de gestación (semanas)”, “Año del parto”, “Día del parto”, “Edad de la madre (años)” y “Provincia del parto”. Además, se han creado una serie de variables *ad hoc* en función de variables del BEP: “Día de la semana del parto” y “Comunidad autónoma del parto”

La edad de la madre se estudia tanto como variable continua como categórica. En este último caso, la categorización empleada es:

- <20 años
- 20-29 años
- 30-39 años
- > 39 años

La descripción de las variables numéricas se realiza con la media, la desviación estándar y la mediana. En cuanto a las categóricas, se da una medida de frecuencia absoluta y otra relativa. En ambos casos se da información global y segregada por el tipo de parto (vaginal o cesárea). Para la descripción geográfica se realizan mapas temáticos en los que se representa el porcentaje de cesáreas por provincia y año (desde 2010 a 2018).

La información utilizada para el estudio no permite identificar a los pacientes, por lo que no se ha solicitado la revisión por ningún comité de ética al no verse comprometida la confidencialidad de los casos y garantizarse siempre su anonimato.

RESULTADOS

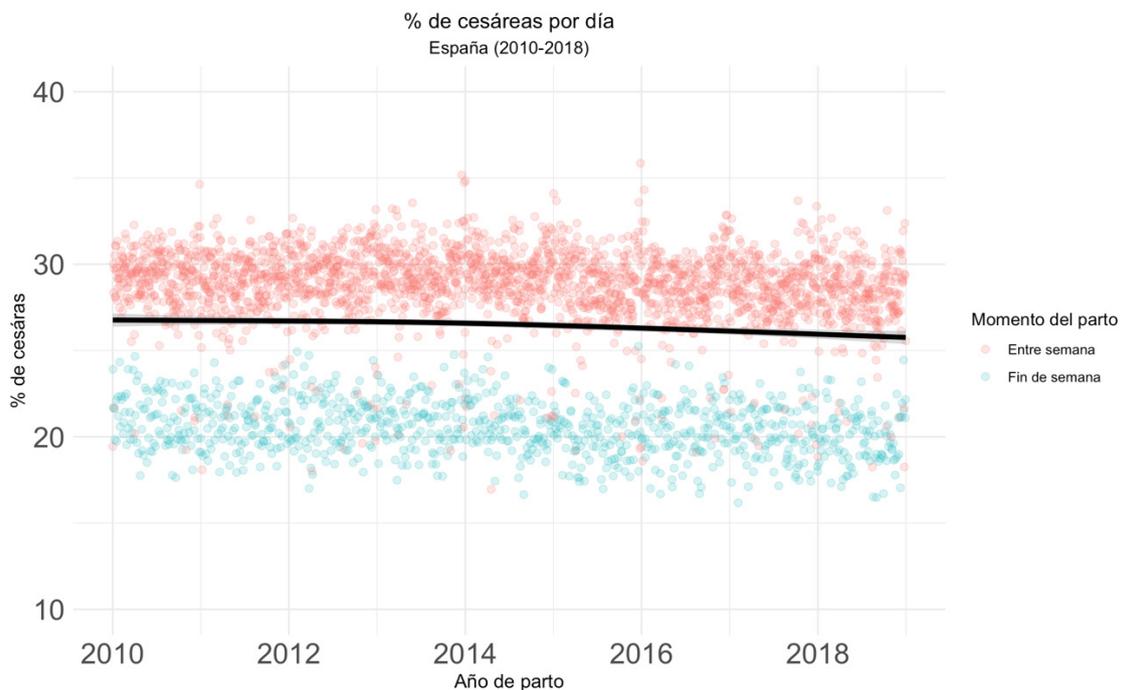
La **Tabla 1** muestra el número total de partos y el número y porcentaje por tipo de parto (vaginal o cesárea). Así, de los 3.863.363 partos estudiados, 2.824.406 (un 73,1%) fueron vaginales, mientras que 1.038.957 (un 26,9%) fueron por cesárea. Se muestra también el número de partos, total y desglosados, en función de distintas variables categóricas: sexo del recién nacido, semanas de gestación, edad de la madre y el padre, año del parto, día de la semana del parto y comunidad autónoma donde tuvo lugar el parto. En relación al sexo del recién nacido, un 26% de niñas nacen por cesárea en comparación a un 27,7% de niños.

Tabla 1. Número y porcentaje de cesáreas en función de diversas variables categóricas.

Tipo de parto	Total n (%)	No cesárea n (%)	Cesárea n (%)
Vaginal	2.824.406 (73,11%)	NA	NA
Cesárea	1.038.957 (26,89%)	NA	NA
Sexo del recién nacido			
Mujer	1.873.429 (48,49%)	1.386.165 (73,99%)	487.264 (26,01%)
Hombre	1.989.933 (51,51%)	1.438.240 (72,28%)	551.693 (27,72%)
Desconocido	1 (0%)	1 (%)	0 (0%)
Comunidad Autónoma			
País Vasco	174.909 (4,53%)	146.196 (83,58%)	28.713 (16,42%)
Castilla-La Mancha	147.398 (3,82%)	109.172 (74,07%)	38.226 (25,93%)
Comunidad Valenciana	401.461 (10,39%)	275.473 (68,62%)	125.988 (31,38%)
Andalucía	741.719 (19,2%)	541.055 (72,95%)	200.664 (27,05%)
Castilla y León	156.391 (4,05%)	113.120 (72,33%)	43.271 (27,67%)
Extremadura	80.944 (2,1%)	57.036 (70,46%)	23.908 (29,54%)
Islas Baleares	96.621 (2,5%)	72.221 (74,75%)	24.400 (25,25%)
Cataluña	659.496 (17,07%)	465.245 (70,55%)	194.251 (29,45%)
Galicia	177.993 (4,61%)	131.801 (74,05%)	46.192 (25,95%)
Aragón	101.450 (2,63%)	77.183 (76,08%)	24.267 (23,92%)
La Rioja	26.276 (0,68%)	20.162 (76,73%)	6.114 (23,27%)
Madrid	616.531 (15,96%)	448.548 (72,75%)	167.983 (27,25%)
Murcia	146.658 (3,8%)	107.322 (73,18%)	39.336 (26,82%)
Comunidad Foral de Navarra	54.971 (1,42%)	45.081 (82,01%)	9.890 (17,99%)
Principado de Asturias	61.879 (1,6%)	49.029 (79,23%)	12.850 (20,77%)
Canarias	147.271 (3,81%)	112.836 (76,62%)	34.435 (23,38%)
Cantabria	40.984 (1,06%)	30.480 (74,37%)	10.504 (25,63%)
Ceuta	13.434 (0,35%)	10.449 (77,78%)	2.985 (22,22%)
Melilla	16.977 (0,44%)	11.997 (70,67%)	4.980 (29,33%)
Edad de la madre			
<20 años	122.042 (3,16%)	101.766 (83,39%)	20.276 (16,61%)
20-29 años	1.209.213 (31,3%)	935.979 (77,4%)	273.234 (22,6%)
30-39 años	2.358.641 (61,05%)	1.686.929 (71,52%)	671.712 (28,48%)
> 39 años	173.466 (4,49%)	99.731 (57,49%)	73.735 (42,51%)
Desconocido	1 (0%)	1 (100%)	0 (0%)

Entre 2010 y 2018, el número de partos anuales ha seguido una tendencia descendente, alcanzando un máximo de 486.575 en 2010 y un mínimo de 372.777 en 2018. Tal y como se puede ver en la **Figura 1**, el porcentaje de cesáreas se ha mantenido constante en torno al 27%.

Figura 1: Porcentaje de cesáreas por día del parto.



Las autonomías con un menor porcentaje de cesáreas son País Vasco (16,4%), Navarra (18%) y Asturias (20,8%). Las que tienen una mayor tasa son Comunidad Valenciana (31,4%), Extremadura (29,5%), Cataluña (29,5%) y Melilla (29,3%). Esta información puede observarse en la **Figura 2** que muestra los porcentajes de cesáreas por Comunidades Autónomas (CCAA) de 2.010 a 2018. El mismo patrón entre las CCAA puede observarse también a nivel provincial, tal y como refleja la **Figura 3**, compuesta por 9 mapas que muestran los porcentajes de cesáreas por provincia y año.

Figura 2: Porcentaje de cesáreas por CCAA

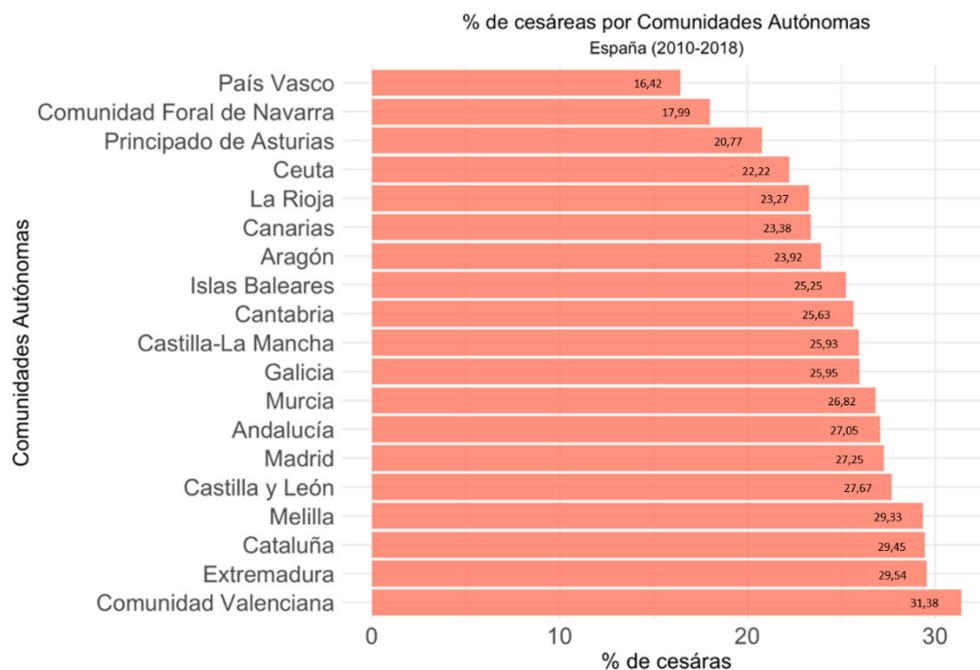
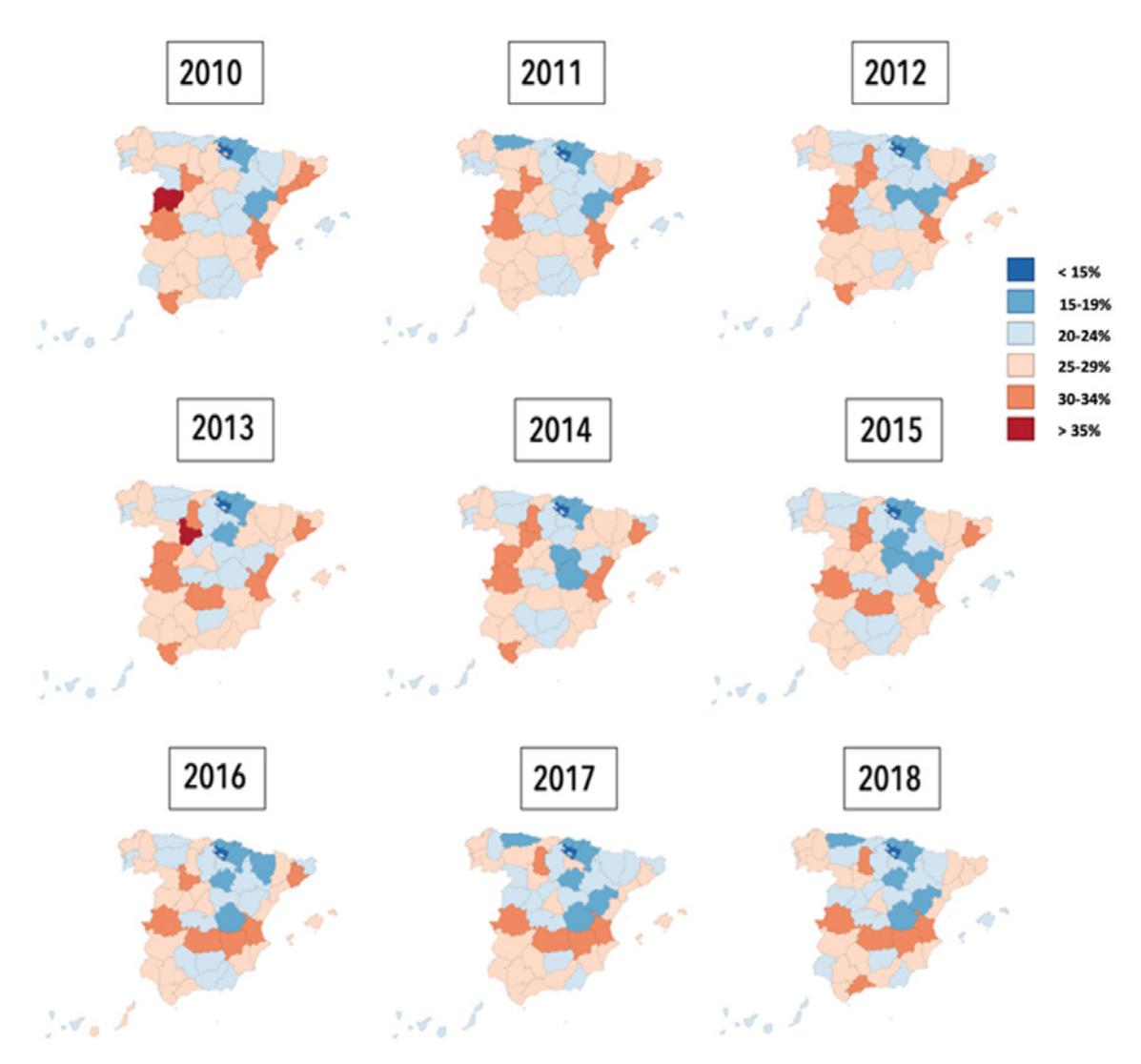


Figura 3: Porcentaje de cesáreas por provincia.



En cuanto al día de la semana, de lunes a viernes el porcentaje de cesáreas es aproximadamente 26%, pero los sábados domingos disminuye al 20% (**Figura 1**). El efecto fin de semana es independientemente de la comunidad autónoma estudiada, tal y como se observa en la **Figura 4**. La edad materna avanzada se asocia a un mayor porcentaje de cesáreas, sobre todo en las mayores de 40 años (**Figura 5**).

Figura 4: Porcentaje de cesáreas por día de la semana y comunidad autónoma.

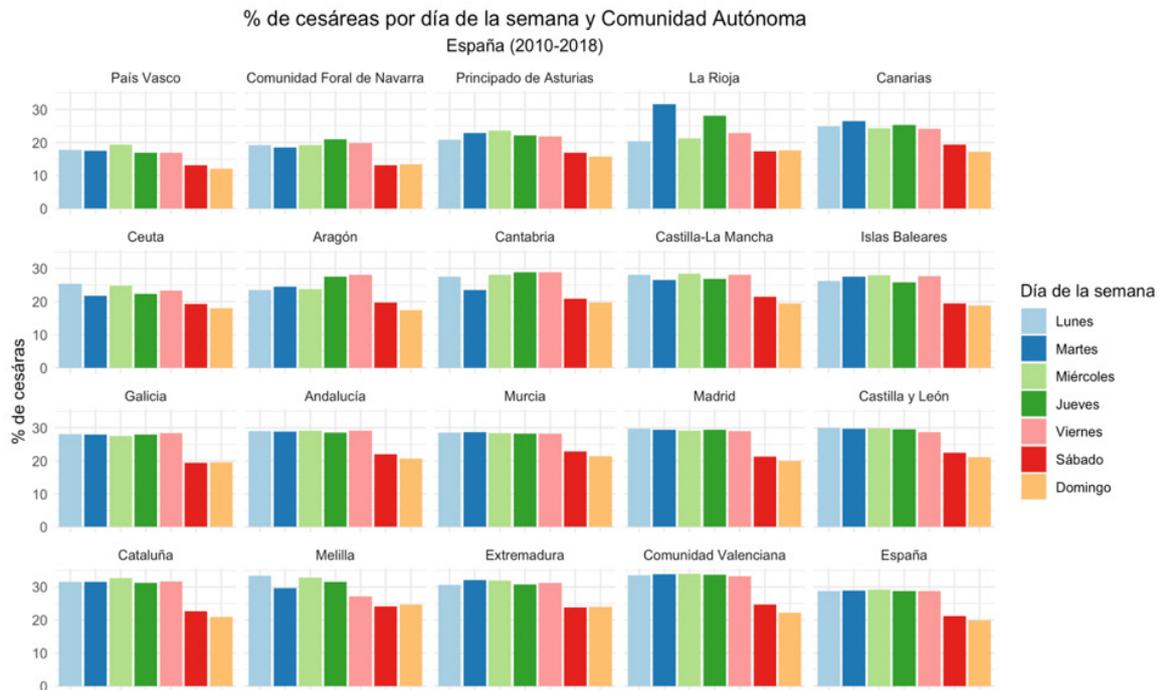
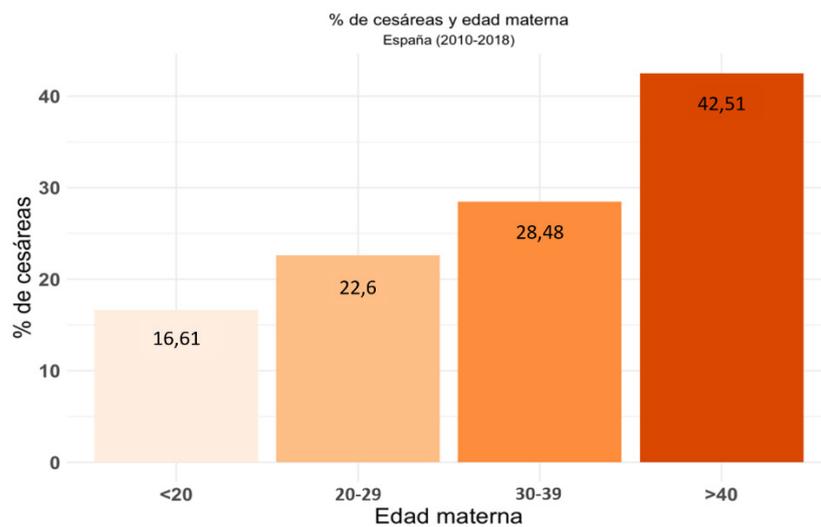


Figura 5: Porcentaje de cesáreas por edad materna.



La media de edad materna es de 32,2 años, la de semanas de gestación es de 39 semanas y la de peso al nacimiento, de 3213 gramos. La media de edad materna es mayor en el grupo de parto por cesárea. Sin embargo, la media de semanas de gestación y el peso al nacimiento son menores (**Tabla 2**).

Tabla 2: Medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar) de variables continuas. DE=desviación estándar.

	Total			Vaginal			Cesárea		
	Media	Mediana	DE	Media	Mediana	DE	Media	Mediana	DE
Edad de la madre (años)	32,15	33,00	5,47	31,78	32,00	5,46	33,17	34,00	5,37
Semanas de gestación	38,97	39,00	1,97	39,16	39,00	1,72	38,46	39,00	2,44
Peso al nacimiento (gr)	3.213	3.245	543	3.245	3.260	488	3.128	3.200	661

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que en España el porcentaje de cesáreas entre los años 2010 y 2018 es de un 25,2%, un 10% superior al recomendado por los organismos internacionales⁽¹⁹⁾. Esto se corresponde con los datos de otros estudios y es congruente con las tasas de otros países europeos⁽⁵⁾. Existe una variabilidad considerable en la tasa de cesáreas en función de la comunidad autónoma del parto, lo que implica que el riesgo de cesárea sea el doble en algunos casos. También hay diferencias en relación a la edad de la madre y al día de la semana del parto. Por último, a lo largo de los años de estudio se observa una tasa relativamente homogénea y en descenso en 2017 y 2018.

Un aspecto relevante es la geografía de las cesáreas. Teniendo en cuenta la transferencia de las competencias sanitarias a las diferentes autonomías (y a INGESA en el caso de Ceuta y Melilla), es esperable cierta heterogeneidad en las tasas de cesáreas. No obstante, las diferencias son tan llamativas que merecen un análisis. Dentro de cada comunidad autónoma existe cierta homogeneidad entre provincias (con algunas excepciones como Castilla y León en 2010). País Vasco, Comunidad Foral de Navarra y Asturias tienen las menores tasas. Cabe mencionar que estas comunidades son las mejores puntuadas en el informe de 2021 “Los servicios sanitarios de las CCAA” realizado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública⁽²⁰⁾. El País Vasco es la comunidad que más euros por habitante gasta en sanidad (1,948€), mientras que Asturias es la segunda y Navarra, la cuarta⁽²¹⁾. Además, en el País Vasco existe el grupo de Investigación Materno-Fetal de BioCruces, de referencia nacional, cuya primera línea de actuación se denomina “Racionalización de la tasa de cesáreas”⁽²²⁾. Se centran en la inducción del parto y en la versión cefálica externa, que reduce el número de partos de nalgas y, por lo tanto, de cesáreas. Las autonomías con las mayores tasas de cesáreas son Valencia, Extremadura y Melilla. Todo esto sugiere que las diferencias geográficas se deben sobre todo a variaciones en la práctica clínica habitual.

A la hora de interpretar los resultados habría que tener en cuenta la complejidad de los hospitales y el tipo de población atendida. Debido a las características de esta base de datos, no se ha podido realizar un análisis en función del tipo de hospital. Sin embargo, la literatura demuestra que la tasa de cesáreas es mayor en los hospitales privados que en los públicos⁽²³⁾. Una hipótesis que podría explicar la tasa tan elevada en Valencia es un alto porcentaje de hospitales privados o concertados. No obstante, en 2018, Valencia tenía un 33% de hospitales privados y País Vasco, un 36%. En cuanto a los hospitales concertados, Valencia tenía un 26%, mientras que País Vasco un 38%. Esta aparente relación indirecta entre porcentaje de hospitales privados y concertados y la tasa de cesáreas se invierte en otros casos como Navarra (un 18% de privados) y Extremadura (un 40%)⁽²⁴⁾. Esta ambigüedad hace difícil decidirse por alguna de las hipótesis propuestas. A pesar de todo, hay que tener en cuenta que estos son datos ecológicos y, por lo tanto, habría que realizar un estudio más pormenorizado con datos individuales.

Este vacío de información podría cubrirse con los datos del Sistema de Información del SNS (SI-SNS) que anualmente genera datos sobre los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Desde 2016 ofrece información de 246 indicadores entre los que se encuentran: la tasa de cesáreas en hospitales del SNS, la tasa en hospitales públicos y privados y la tasa en hospitales privados⁽²⁵⁾. La tasa se calcula, igual que en este estudio, dividiendo el número de partos por cesárea entre el total de partos. Los datos se obtienen a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y

son consistentes con los aquí expuestos. Las CCAA con un mayor porcentaje de cesáreas en hospitales privados son La Rioja, Comunidad Valenciana, Castilla y León y Cantabria, llegando a alcanzar el 58% en La Rioja en 2018. Las autonomías con las mayores tasas en hospitales del SNS son Extremadura, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Melilla. El elevado porcentaje de cesáreas en centros privados podría explicar por qué algunas comunidades como Valencia tienen tasas tan elevadas en este estudio. No obstante, no explica otros casos como La Rioja. De acuerdo con los resultados de este trabajo, La Rioja tiene una de las menores tasas analizadas (**Figura 2**), pero según los datos del INCLASNS, el porcentaje de cesáreas en hospitales privados es de los más altos.

La realización de una cesárea debería atender exclusivamente a cuestiones médicas, por lo que resulta llamativo que exista tanta variabilidad entre los días de la semana. En general, e independientemente de la comunidad autónoma estudiada, las mayores tasas se dan de lunes a viernes y, las más bajas, los sábados y domingos. Esto podría explicarse por una disminución del personal sanitario durante el fin de semana y un menor número de cesáreas electivas, que se dejarían para los días entre semana. De ser así, podría asumirse que el porcentaje de partos urgentes por cesárea se corresponde con los datos del fin de semana. De esta forma, en España se realizarían alrededor de un 20% de cesáreas urgentes por cuestiones clínicas. Estos resultados ya se vieron en un estudio realizado en 2020⁽²⁶⁾ en el que, independientemente de otros factores, la tasa de cesáreas era menor durante el fin de semana.

En cuanto a la evolución temporal de la tasa de cesáreas, en los últimos años del estudio se observa un ligerísimo descenso. No obstante, resulta arriesgado afirmar que el riesgo está disminuyendo de manera clínicamente significativa y será necesario analizar los datos de años posteriores para comprobar que, efectivamente, está produciéndose un descenso en el porcentaje de cesáreas.

A lo largo de los años de estudio se han puesto en marcha distintas iniciativas para frenar el aumento de cesáreas. En 2018 la OMS publicó unas recomendaciones con las intervenciones no clínicas destinadas a disminuir el número de cesáreas innecesarias⁽²⁷⁾. Ese mismo año, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) emitió un posicionamiento urgiendo a la comunidad sanitaria a frenar el aumento excesivo de cesáreas innecesarias⁽²⁸⁾. Por su parte, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomienda la realización de parto vaginal aun cuando exista una cesárea previa⁽²⁹⁾. Además, en España existe una “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal”⁽³⁰⁾, pero es de 2010 y no es de obligado cumplimiento por las distintas autonomías. A la luz de los resultados obtenidos en este trabajo, todas estas medidas y recomendaciones han surtido poco o ningún efecto: los datos siguen siendo alarmantes.

En 2012 se publicó el “Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud”⁽³¹⁾ que recogía los resultados de la “Estrategia de atención al parto normal de 2007”⁽⁷⁾. En el informe se evidenciaba un altísimo porcentaje de cesáreas, así como cierta variabilidad debida a factores no médicos. El aumento de la seguridad del procedimiento quirúrgico desde la segunda mitad del siglo XX ha podido llevar a una escasa (y errónea) percepción del riesgo asociado a la realización de una cesárea. Además, puede existir una menor tolerancia a la pérdida de bienestar fetal, a la posibilidad de daño perineal o una deficiente formación de los residentes de Ginecología y Obstetricia, menos preparados para enfrentarse a un parto vaginal. Por otra parte, el uso de las nuevas tecnologías puede llevar a un aumento de falsos positivos de pérdida de bienestar fetal, aumentando las cesáreas. La obesidad materna, el mayor uso de anestesia epidural o las preferencias maternas y del equipo médico también pueden haber contribuido a este fenómeno⁽³²⁾. Una revisión sistemática realizada en 2020⁽³³⁾ identificó múltiples razones relacionadas con la decisión de las madres de solicitar la realización de una cesárea. Mencionan, entre otras, el miedo al dolor del parto, aspectos emocionales, miedo a sufrir incontinencia urinaria postparto, mala experiencia previa de un parto vaginal o un intento de evitar partos largos. En el caso de partos de bajo riesgo, los hospitales con un mayor número de matronas tienen un menor riesgo de cesáreas⁽¹⁷⁾. Todas estas variables no se recogen en el formulario del Boletín Estadístico del Parto y sería necesario la realización de encuestas dirigidas a conocer la percepción que tienen las madres y padres de la realización de cesáreas.

En conclusión, tanto la bibliografía estudiada como los datos aportados en este estudio apuntan hacia una falta de criterios médicos claros y comunes para la realización de cesáreas. Teniendo en cuenta las consecuencias médicas, sociales y económicas que pueden tener las cesáreas innecesarias sería útil una intervención a nivel estatal y cierta unidad entre las CCAA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sewell JE. Cesarean Section - A Brief History: Part 1 (Internet). [consultada julio de 2022]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/part1.html>
2. First C-section Evidence Found on Hungarian Mummy (Internet). Seeker [consultada julio de 2022]. Disponible en: <https://www.seeker.com/first-c-section-evidence-found-on-hungarian-mummy-1771245923.html>
3. Goberna Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof* 2008;5-10.
4. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Deu, Universitat de Barcelona. Protocolo: cesárea (Internet). 2020 [consultada julio de 2022]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>
5. OMS. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access (Internet). [consultada julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001 – 2011 (Internet). 2013. [consultada julio de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev_de_Tasa_Cesareas.pdf
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (Internet). 2007. [consultada julio de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
8. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018 (Internet). 2021. [consultada julio de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf
9. INE. Partos por edad de la madre, tipo de parto y maduración. (Internet). INE. [consultada julio de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=50546&L=0>
10. Eurostat. Large differences in share of caesarean births (Internet). [consultada julio de 2022]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20191217-1>
11. Flores Padilla L, González Pérez GJ, Trejo Franco J, Vega López G, Cabrera Pivaral CE, Campos A, et al. (Risk factors in cesarean section). *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(7):392-7.
12. Bergholt T, Skjeldestad FE, Pyykönen A, Rasmussen SC, Tapper AM, Bjarnadóttir RI, et al. Maternal age and risk of cesarean section in women with induced labor at term-A Nordic register-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020;99(2):283-9.
13. Kaiser PS, Kirby RS. Obesity as a risk factor for cesarean in a low-risk population. *Obstet Gynecol* 2001;97(1):39-43.
14. Obstetrics, Racial G, Birth EI in C, Low-Risk MM in a, Jan 01;13973-82 NCOG 2022, Debbink MP, et al. Race and Ethnicity in Cesarean Birth and Maternal Morbidity (Internet). PracticeUpdate. [consultada junio de 2022]. Disponible en: <https://www.practiceupdate.com/content/race-and-ethnicity-in-cesarean-birth-and-maternal-morbidity/128796>
15. Elnakib S, Abdel-Tawab N, Orbay D, Hassanein N. Medical and non-medical reasons for cesarean section delivery in Egypt: a hospital-based retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19(1):411.
16. Minkoff H. Fear of Litigation and Cesarean Section Rates. *Semin Perinatol* 2012;36(5):390-4.
17. Villaverde Royo MV, Bernal Delgado E, Aibar Remón C. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. 2009;
18. VPM. Utilización de procedimientos de escaso valor. Procedimiento en evaluación: cesáreas en condiciones de bajo riesgo obstétrico. (Internet). 2016. [consultada julio de 2022]. Disponible en: https://www.atlasvpm.org/wp-content/uploads/2019/06/Cesareas-en-partos-de-bajo-riesgo_def_3.pdf

19. World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 April 2015. WHO Statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters* 2015;23(45):149-50.
20. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2021. XVII informe. (Internet). 2021. [consultada julio de 2022]. Disponible en: <https://www.fadsp.org/documents/2021/CCAA21.pdf>
21. Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (2020) (Internet). 2022. [consultada julio de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
22. Biocruces Bizkaia. Biocruces Bizkaia. Área de investigación Materno-fetal. (Internet). IIS Biocruces Bizk.[consultada julio de 2022]. Disponible en: <https://www.biocrucesbizkaia.org/eu/areas-investigacion/bc7.04>
23. Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gac Sanit* 2013;27(3):258-62.
24. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Catálogo Nacional de Hospitales 2018 (Internet). 2017. [consultada julio de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gl/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/2018_CNH.pdf
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INDICADORES CLAVE del SISTEMA NACIONAL DE SALUD (INCLASNS. Versión 2) (Internet). 2016. [consultada julio de 2022]. Disponible en: http://inclasns.msssi.es/doc/Metodologia_INCLASNS_V2.pdf
26. Del Carmen GA, Stapleton S, Qadan M, Del Carmen MG, Chang D. Does the Day of the Week Predict a Cesarean Section? A Statewide Analysis. *J Surg Res* 2020;245:288-94.
27. OMS. WHO Recommendations Non-Clinical Interventions to Reduce Unnecessary Caesarean Sections (Internet). Geneva: World Health Organization; 2018. [consultada junio de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532672/>
28. Visser G, Ayres-de-Campos D, Barnea E, de Bernis L, Renzo G, Vidarte M, et al. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. *The Lancet* 2018;392:1286-7.
29. Galán Salazar C, Mateos S, Martos Cano Á, Salcedo A, Pérez Medina T. Vía de parto tras una cesárea anterior. *Prog Obstet Ginecol* 2017;60(5):438-43.
30. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (Internet). 2010. [consultada julio de 2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Partto_Normal_Osteba_compl.pdf
31. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud (Internet). 2012. [consultada julio de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
32. Kotaska A. Caesarean section or vaginal delivery in the 21st century. *Entre Nous* 2015;(81):8-9.
33. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet* 2020;33(22):3867-72.