

**PROTOCOLO
DE ACTUACIÓN
PARA REDUCCIÓN DE
CESÁREAS
INNECESARIAS**



**MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA**

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA REDUCCIÓN DE CESÁREAS INNECESARIAS

Santo Domingo, D.N.



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

“Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria”

01-7-2020

RESOLUCION NO. 00019

QUE PONE EN VIGENCIA LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000019

01-7-2020

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de las siguientes guías y protocolos de atención en salud:

1. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo del Hipotiroidismo Congénito. Actualización.
2. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Hiperfenilalaninemias.
3. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Galactosemias.
4. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo de las Talasemias en Pediatría.
5. Protocolo Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Paciente Pediátrico.
6. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo del Déficit de Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa.
7. Protocolo de Manejo de Colitis Ulcerativa.
8. Protocolo de Manejo de la Enfermedad de Crohn en el Paciente Ambulatorio.
9. Protocolo de Atención Preconcepcional.
10. Protocolo de Atención en Embarazo de Bajo Riesgo.
11. Protocolo de Actuación para Reducción de Cesáreas Innecesarias.
12. Protocolo de Atención al Puerperio de Bajo Riesgo.
13. Protocolo de Atención del Recién Nacido Prematuro.
14. Protocolo de Estabilización y Traslado Neonatal.
15. Protocolo para el Cuidado del Recién Nacido Prematuro y el de Peso Bajo al Nacer Mediante el Método Madre Canguro, con Énfasis en la Alimentación.
16. Protocolo de Evaluación y Atención Inmediata el Recién Nacido.
17. Protocolo de Atención del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR).
18. Protocolo para la Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Materna.
19. Guía de Prevención y Manejo Integral del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia.
20. Guía de Atención de las Embarazadas con VIH en la República Dominicana.
21. Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH.
22. Guía de la Profilaxis Preexposición (PrEP) al VIH en la República Dominicana.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

QUINTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

000019

01-7-2020

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los un (01) días del mes de Julio, del año dos mil veinte (2020).

DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CARDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



® Ministerio de Salud Pública

Título original:

Protocolo de Actuación para Reducción de Cesáreas Innecesarias

Coordinación editorial:

Dr. Francisco Neftalí Vásquez B.

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN:

978-9945-621-08-2

Formato gráfico y diagramación:

Enmanuel Trinidad

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

EQUIPO RESPONSABLE

COORDINACIÓN TÉCNICA

Dr. José Mordan, Encargado Departamento de Salud de la Familia, Ministerio de Salud
Dra. Indiana Barina, Encargada División de Salud Materno Infantil y de Adolescentes,
Ministerio de Salud

FORMULADORAS

Dra. Zobeyda Peralta, médica ginecobstetra, Programa de Salud Sexual y Salud
Reproductiva, Ministerio de Salud
Dra. Yuderka Lerebour médica ginecobstetra, Programa de Salud Sexual y Salud
Reproductiva, Ministerio de Salud

COLABORADORES

Dra. Yuderkis Moreno, médica ginecobstetra, Coordinadora Salud Materna, Servicio
Nacional de Salud
Dr. José Figueroa, médico ginecobstetra, Director Servicios de Salud, Asociación
Probienestar de la Familia (Profamilia)
Dra. Nidia Cruz, pediatra neonatóloga, División de Salud Materno Infantil y de Adolescentes,
Ministerio de Salud
Dra. Olga Arroyo, pediatra neonatóloga, División de Salud Materno Infantil y de
Adolescentes, Ministerio de Salud

REVISORES EXTERNOS

Dr. Luis Urbina, Asesor en Salud Materna y Reducción de Mortalidad Materna- Organización
Panamericana de la Salud, OPS
Dra. Sara Menéndez, Oficial de Supervivencia y Desarrollo Infantil- Fondo de las Naciones
Unidas para la Infancia, UNICEF
Dra. Cándida Gil, Consultora- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF
Dra. Dulce Chahin, Oficial Nacional Programa de Salud Sexual y Reproductiva- Fondo de
Población de las Naciones Unidas-UNFPA
Universidad de Antioquia, Nacer Salud Sexual y Reproductiva:
Dr. John Jairo Zuleta Tobón, Md especialista en Ginecología y Obstetricia, Magíster en
Epidemiología Clínica
Dra. Gladis Adriana Vélez Álvarez, Md especialista en Ginecología y Obstetricia, Magíster
en Salud Pública



COORDINACIÓN METODOLÓGICA

Unidad de Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Salud,
Viceministerio de Garantía de la Calidad, MSP



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la alta frecuencia de cesárea es considerada un problema de salud. Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. Sobre la base de datos disponibles con métodos internacionalmente aceptados y mediante las técnicas analíticas más adecuadas, en el año 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS), emite la Declaración sobre tasas de cesárea, esta concluyó que:

1. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos
2. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal
3. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas
4. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas
5. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada
6. No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la mortalidad, la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros

En la República Dominicana el porcentaje de nacimientos vía cesárea es de 58.1%, según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE, 2015). Este porcentaje de cesáreas supera por mucho lo recomendado, además coloca al país como líder mundial en cesáreas. La operación cesárea supone un incremento de riesgo de morbilidad y mortalidad materna respecto al parto vaginal. Sin embargo, los partos por cesárea se han convertido en una práctica habitual en los establecimientos de salud: Las cesáreas se realizaron en un 87% en el sector privado y un 46% en el público; siendo mayor entre las mujeres más educadas, en edades comprendidas entre 35 a 49 años o en el quintil más alto de riqueza y menos frecuente en mujeres con menor nivel de instrucción con 6 o más nacimientos o las del menor quintil de riqueza (ENDESA, 2013). El Sistema nacional e Vigilancia Epidemiológica, reportó que para el año 2017, el 54% de las muertes maternas ocurrida correspondieron a partos vía cesárea.

El presente protocolo se inscribe en el marco de la Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, que ha identificado la disminución de las cesáreas innecesarias como una de las intervenciones claves en el ámbito de los servicios de salud para el logro de las metas establecidas en la Estrategia Nacional de Desarrollo, la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Con la formulación e implementación del presente protocolo se avanza en el establecimiento de los estándares, basados en evidencias científicas actuales, para que la cesárea se convierta en nuestro medio en una intervención con mayores mecanismos de regulación, con rigor en su indicación y sea practicada en un contexto de calidad y en el marco de la atención humanizada, con enfoque de género y de derechos humanos; de manera que impacte de forma favorable en la reducción de la mortalidad materna e infantil.

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos basadas en la mejor evidencia científica disponible para la correcta indicación de cesárea, a fin de disminuir la variabilidad y frecuencia de la indicación de esa intervención quirúrgica e impactar en mejorar la calidad de la atención y la disminución de la morbilidad y mortalidad materna neonatal.

2. EVIDENCIA

- Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014
- Cochrane Database of Systematic Reviews. Version publicada: 22 julio 2014 Intervention Review Grupo Editorial Cochrane: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd
- The guideline updates a previous version: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004 Apr. 142 p. Reaffirmed the currency of this guideline in March 2013
- Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. WHO/RHR/15.02. Organización Mundial de la Salud 2015

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos ginecólogos-obstetras, pediatras, perinatólogos, médicos familiares, médicos generales, médicos residentes de ginecobstetricia, pediatría, perinatología y personal de enfermería.

4. POBLACIÓN DIANA

- Mujeres que cursan con embarazo.

5. ALCANCE DEL PROTOCOLO

Aplica para estandarizar las indicaciones de cesárea, disminuyendo cesáreas innecesarias o injustificadas, en los servicios quirúrgicos de los establecimientos de salud públicos y privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública en todo el territorio nacional.

6. DEFINICIONES

- **Cesárea:** Es un procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, cuando existen causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal
- **Amniotomía:** Es la ruptura artificial de las membranas corioamnióticas por indicaciones específicas y es un método de inducción del trabajo de parto
- **Distocia:** Parto difícil prolongado, doloroso, debido a factores fetales, maternos y alteraciones de la dinámica uterina

- **Inducción del trabajo de parto:** Es la asistencia farmacológica o mecánica para promover el inicio de la primera fase del trabajo de parto
- **Nacimiento por fórceps:** Uso de un instrumento que se adapta a la cabeza fetal y que ayuda al nacimiento
- **Placenta acreta:** Una condición en donde la placenta se adhiere al músculo del útero sin existir capa de separación decidual, haciendo difícil su remoción
- **Presentación pélvica:** Cuando la cabeza fetal se encuentra en el fondo uterino y la pelvis del producto se aboca al estrecho superior de la pelvis materna
- **Prueba de trabajo de parto después de una cesárea:** Es el procedimiento obstétrico a que se somete a una paciente con relación cefalopélvica límite que tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, mediante su vigilancia y conducción
- **Versión cefálica externa:** Procedimiento externo para rotar al feto desde la presentación pélvica a presentación cefálica

7. CLASIFICACION DE LAS INDICACIONES DE CESÁREAS

7.1 INDICACIONES DE CESÁREAS ELECTIVAS

- Feto en situación transversa.
- Macrosomía fetal
- Placenta previa oclusiva
- Cesárea anterior con dos o más más cesáreas anteriores
- Cesárea anterior con incisión corpórea
- Gestantes VIH positivo con carga viral activa
- Embarazo múltiple con 3 ó más productos
- Acretismo placentario diagnosticado previamente por Doppler placentario
- Compromiso fetal demostrado que contraindique el parto vaginal

7.2 INDICACIONES DE CESÁREA DURANTE EL CURSO DEL TRABAJO DE PARTO

- Inducto conducción del parto considerada fallida (no progreso de la labor de parto luego de 12 horas con el precedente de uso de oxitócica y patrón contráctil regular)
- Parto obstruido o estacionado (demostrado el no progreso de la labor de parto en el partograma).
- Sufrimiento fetal
- Desproporción pélvico fetal
- Mujeres con indicación de cesárea electiva sustentada, que inician trabajo de parto

7.3 INDICACIONES DE CESAREA DE URGENCIA-EMERGENCIA

- Pérdida del bienestar fetal
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Prolapso del cordón
- Ruptura uterina
- Embolia de líquido amniótico

8. MEDIDAS PARA REDUCIR LAS CESAREAS INNECESARIAS O INJUSTIFICADAS

8.1 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

- En cada servicio habilitado para la realización de partos, conformar un comité de vigilancia de la operación cesárea, que analice las indicaciones de la cesárea y retroalimente a su personal
- Este comité debe ser integrado por un número impar de personas, máximo 9, e integrar entre otros: Director o directora médica, jefe servicio o representante del área de obstetricia, jefe de enfermería, personal médico encargado o representante del área de consulta prenatal, jefe de servicio o representante del área de perinatología, jefe de enseñanza y jefe de residentes en servicios donde haya residencias médicas de obstetricia, entre otros
- Este Comité debe reunirse con fines de analizar las indicaciones de cesárea y realizar retroalimentación al personal, por lo menos una vez al mes
- La finalidad del Comité es que se realicen las cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten, en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada
- Establecer en cada servicio, la política sistemática y obligatoria de una segunda opinión antes de programar una cesárea
- En el expediente clínico debe aparecer la indicación de cesárea firmada y sellada por dos especialistas gineco obstetras; por quien la recomienda y por quien la secunda
- Realización de auditorías de indicación de cesárea y retroalimentación al personal de salud
- En las auditorias se involucrará al Comité de cesárea del servicio, así como a personal de los Servicios Regionales de Salud en el caso de los establecimientos públicos, en coordinación con las Direcciones Provinciales y Áreas de Salud (DPS/DAS), como responsables del monitoreo para la adherencia al presente protocolo. Las DPS/DAS también serán responsables del seguimiento de los servicios y profesionales de salud del sector privado
- En cada establecimiento de salud que oferte atención obstétrica, se debe desarrollar un Programa de educación permanente dirigido tanto a las usuarias como al personal de salud
- Este Programa debe estar escrito y accesible para todos los involucrados
- En el caso de la educación a usuarias se debe hacer énfasis en los beneficios del parto vaginal, así como los riesgos de las cesáreas innecesarias
- Se deben aprovechar los espacios, programas y otros mecanismos ya establecidos en los servicios de salud para la educación continuada a las embarazadas, tales como el programa de profilaxis de parto, grupos de apoyo de embarazadas, entre otros
- En los establecimientos de salud con residencias médicas en obstetricia y perinatología, las acciones de educación continuada deben ser integradas a los Programas de la Residencia
- En el caso del personal de salud se debe hacer énfasis en los beneficios del parto vaginal, así como de los riesgos de las cesáreas innecesarias, el manejo activo del trabajo de parto y la monitorización electrónica
- Todas las pacientes post parto, sea por vía vaginal o cesárea, deben egresar del servicio con un método temporal o definitivo de anticoncepción, previa consejería
- Se debe velar por el uso y llenado adecuado de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB/OPS-CLAP) y el carnet perinatal, así como la utilización correcta y sistemática del partograma
- Se debe proceder a la aplicación de la herramienta – Clasificación de Robson, en todos los servicios de salud que atienden embarazadas (Ver anexo)

8.2 ADMISION A SALA DE LABOR DE PARTOS

- Durante la atención a la labor de parto, la embarazada debe recibir un trato humanizado. Otorgue facilidades para que la parturienta esté acompañada por la persona que ella seleccione: Llame a la señora por su nombre, mírela a los ojos e informe sobre su estado de salud, mantenga un trato digno y respetuoso
- El personal de salud debe esperar un trabajo de parto espontáneo y No admitir pacientes con falso trabajo de parto a la sala de trabajo de parto ni realizar inducciones innecesarias, dado que la evidencia indica que estas acciones incrementan el número de cesáreas
- Se deben ingresar a las pacientes en sala de partos en fase activa del trabajo de parto a partir de los 4 cm de dilatación cervical, asegurando el llenado del partograma y no realizar inducciones innecesarias del trabajo de parto

8.3 INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO

- El personal de salud debe tener claro que el trabajo de parto espontáneo se asocia más un parto vaginal exitoso, que cuando el trabajo de parto es inducido. Por lo tanto, se debe esperar a que se desarrolle el trabajo de parto espontáneo, incluso en pacientes con antecedentes de cesárea
- En la sección de Nacimiento de la historia clínica perinatal y del carné perinatal, se debe registrar la indicación de la inducción en donde dice **“Indicación Principal de Inducción o Parto Operatorio / Cesárea”**

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO	código	INDUC.	OPER.

- En toda parturienta en fase activa del trabajo de parto espontáneo o inducido, se debe llenar e interpretar correctamente el partograma
- El uso de prostaglandinas para la madurez cervical no está indicado en pacientes con cesárea previa, ya que se asocia a ruptura uterina
- El misoprostol no está indicado para la maduración cervical ya que se asocia a ruptura uterina en pacientes con cesárea previa
- No es necesaria una vía endovenosa para mujeres en trabajo de parto que hayan tenido una cesárea previa
- Utilizar analgesia obstétrica cuando la paciente se encuentre en la fase activa del trabajo de parto (4-5 cm de dilatación cervical). En pacientes con antecedente de cesárea, utilizar la oxitocina, en forma cuidadosa y con monitorización electrónica, en la fase activa del trabajo de parto
- En pacientes con embarazo de término en trabajo de parto sin patología asociada o condición materna y/o fetal que contraindique la resolución por vía vaginal, ésta será la preferida, para disminuir la morbilidad asociada a la práctica de la cesárea sin una indicación médica
- En pacientes con embarazo de término en trabajo de parto y patología asociada no complicada, (Incluyendo: Preeclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus, diabetes gestacional, enfermedades tiroideas, cardiopatías, epilepsia, asma crónica, trombocitopenias, hepatitis, enfermedad tromboembólica, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal) la vía de resolución preferida debe ser la vaginal, a menos de que exista contraindicación materna y/o fetal para ella

- En mujeres con embarazo no complicado mayor a 41 semanas se debe realizar la inducción del trabajo de parto

8.4 PRUEBA DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA EN EMBARAZO PREVIO

- El personal de salud debe tener claro que No hay contraindicación con el antecedente de una cesárea previa tipo Kerr para ofrecer una prueba de trabajo de parto
- Se debe informar a la paciente los beneficios de un parto y los riesgos de realizar una nueva cesárea, ya que el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal se incrementa
- Para un parto seguro después de cesárea se debe comprobar que la pelvis materna sea adecuada.
- La prueba de parto vaginal en pacientes con cesárea previa solo debe realizarse en un servicio de salud que disponga de todos los recursos requeridos para cualquier eventualidad, incluyendo personal calificado: obstetra, pediatra y anestesiólogo. Además, se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar una cesárea de urgencia
- Todas las pacientes con cesárea previa en trabajo de parto deben contar con monitorización electrónica continua fetal
- El personal de salud debe tener en cuenta No utilizar la talla materna ni la talla fetal como predictores para la falla del progreso de trabajo de parto
- Utilizar el partograma de la OMS modificado para monitorear el progreso del trabajo de parto en mujeres con trabajo de parto espontáneo con embarazo único y antecedente de cesárea previa, ya que reduce la posibilidad de realización de cesárea. Al igual que con las mujeres en trabajo de parto espontáneo o inducido, considerar que a la línea de acción que está separada por 2 horas de la línea de alerta se le pueden adicionar hasta dos horas adicionales con monitoreo continuo para la toma de decisiones
- No se debe realizar amniotomía de forma rutinaria a mujeres en trabajo de parto que hayan tenido una cesárea previa
- La analgesia peridural se recomienda en mujeres que van a intentar un parto después de una cesárea previa
- El personal de salud debe tener presente las contraindicaciones para someter a una paciente a parto después de cesárea, así como los factores que se asocian a una baja probabilidad de parto exitoso.
 - Está contraindicado el parto después de la cesárea en los siguientes casos:
 - Cesárea previa clásica, en “T” o cirugía previa transfúndica
 - Ruptura uterina previa,
 - Complicación médica u obstétrica que contraindique un parto vaginal,
 - Incapacidad de efectuar una cesárea de emergencia,
 - Antecedente de dos o más cesáreas
- No son candidatas a trabajo de parto aquellas pacientes con antecedente de miomectomía, la cual fue indicada por miomas múltiples, voluminosos o que penetraban la cavidad uterina, dato que se debe indagar durante la anamnesis
- Se debe solicitar consentimiento bajo información, para la prueba de trabajo de parto vaginal en embarazadas con antecedente de una cesárea previa. En las adolescentes se debe tomar en cuenta su opinión; el consentimiento informado lo debe firmar su madre, padre o tutor

8.5 TRATAMIENTO DEL DOLOR DURANTE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

- Se debe de informar a la paciente sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos disponibles para la analgesia obstétrica, así como solicitar el consentimiento informado para su aplicación
- Los agentes analgésicos y anestésicos utilizados en el bloqueo regional pueden influir sobre la frecuencia cardiaca fetal. Por lo tanto, la frecuencia cardiaca fetal debe ser monitorizada antes y después de la aplicación de la analgesia y anestesia obstétrica
- La analgesia peridural está indicada en la prueba de trabajo parto vaginal después de una cesárea previa, proporcionando un adecuado alivio del dolor
- Se recomienda la adición de un opioide al anestésico local durante la analgesia regional, dado que reduce la concentración del anestésico mejorando la calidad de la analgesia y reduciendo el bloqueo motor
- Se recomienda aplicar técnica combinada epidural–espinal para proporcionar una analgesia efectiva y de rápida instalación durante el trabajo de parto

8.6 PREVENCIÓN Y MANEJO DE DISTOCIAS

- En la prevención y manejo de la fase latente prolongada de trabajo de parto, se debe:
 - 1º. Evitar el ingreso a área de labor de la embarazada hasta que se encuentre en fase activa;
 - 2º. Indicar reposo, hidratación y observación;
 - 3º. Vigilancia regular y cuando sea necesario amniotomía, oxitocina y analgesia
- Para la prevención y el tratamiento de distocia de la contractilidad uterina en la fase activa del trabajo de parto, se recomienda dosis- respuesta de oxitocina, amniotomía y analgesia obstétrica

8.7 UTILIZACION NACIMIENTO INSTRUMENTAL

- El parto vaginal instrumentado es una opción válida cuando surgen problemas en el segundo periodo (expulsivo) del trabajo de parto
 - Indicaciones Fetales:
 - Presunto compromiso fetal
 - Indicaciones Maternas:
 - Enfermedades médicas para evitar maniobra de Valsalva (Ej. Enfermedad materna que afecta la capacidad funcional del corazón, Clase funcional III-IV)
 - Expulsivo Prolongado
 - Fatiga Materna
- El uso de fórceps (usualmente fórceps bajo, indicado, Simpson) debe ser producto de la evaluación de la situación clínica de cada paciente. Se debe informar a la paciente en caso de que tenga segundo periodo de trabajo de parto prolongado, la necesidad de un parto instrumentado, informando sobre los beneficios y riesgos
- No se debe recurrir a la utilización de forceps si no se cuenta con personal especialista capacitado.
- En los programas de residencias médicas de obstetricia se debe fomentar el desarrollo entre los residentes de las técnicas para el uso de fórceps, a fin de que las futuras generaciones de gineco obstetras manejen el arte de la atención de un parto instrumentado

9. CONDICIONES ESPECIALES: INDICACIONES DE PARTO VAGINAL Y CESAREA

9.1 DISTOCIA DE LA PRESENTACION

- El parto vaginal en presentación pélvica está indicado bajo ciertas condiciones:
 - Se dispone de personal médico calificado, con experiencia en la atención del parto en presentación pélvica
 - Antecedentes de al menos un parto vaginal previo.
 - Embarazo a término y pretérmino
 - Embarazo pretérmino > 34 semanas
 - Pelvis clínicamente útil
 - Inicio espontáneo del trabajo de parto.
 - Variedad de presentación franca de nalgas
 - Presentación en un segundo o tercer plano de Hodge
 - Peso fetal estimado entre 2300 y 3600 gramos
 - Bolsa amniótica íntegra
 - Posibilidad de monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas.
- A las mujeres que tienen un embarazo único en presentación podálica sin complicaciones hasta la semana 37 de gestación se debe ofrecer la versión cefálica externa (realizada por persona con experiencia – especialista) No realizar esta maniobra si:
 - la mujer está en trabajo de parto
 - la mujer tiene una cicatriz uterina o anomalía
 - existe compromiso fetal
 - se identifica ruptura de membranas
 - existe sangrado vaginal
 - existen otros problemas de salud (cardiopatía, por ejemplo)
 - Si existe oligohidramnio
- La versión cefálica externa se puede realizar, entre las 35 a 37 semanas de gestación, en centros de atención hospitalaria de II y III nivel de atención, por personal médico gineco-obstetra con experiencia y debe asegurarse la disponibilidad de realizar una cesárea inmediata de presentarse alguna complicación
- No se recomienda la versión cefálica externa en la presentación pélvica en pacientes con cesárea previa
- En los programas de residencias médicas de obstetricia se debe fomentar el aprendizaje entre los residentes de las técnicas de aplicación de la versión cefálica externa, a fin de que las futuras generaciones de gineco obstetras manejen este procedimiento

9.2 EMBARAZO GEMELAR

- En los embarazos a término de gemelos sin complicaciones, en los que la presentación del primer gemelo es cefálica, la morbilidad y mortalidad perinatal se incrementa para el segundo gemelo. Sin embargo, es incierto el efecto de la cesárea planificada para mejorar el resultado para el segundo gemelo; por lo tanto, la cesárea no se debe indicar de forma rutinaria y está sujeta a la valoración de otros criterios médicos

- En los embarazos gemelares donde el primer gemelo no está en presentación cefálica, se recomienda realizar cesárea

9.3 NACIMIENTO PREMATURO

- El parto pretérmino se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad neonatal. Sin embargo, la cesárea no se debe indicar rutinariamente en estos casos, pues la evidencia de la cesárea programada en la mejora de los resultados en estos casos sigue siendo incierta
- La cesárea en un parto pretérmino está indicada cuando el estimado de peso fetal ecográfico sea menor de 1500 g

9.4 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU)

- El riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal es mayor con los recién nacidos "pequeños para la edad gestacional". Sin embargo, el efecto de la cesárea electiva para mejorar estos resultados sigue siendo incierto. Por lo tanto, no se debe ofrecer la cesárea de manera rutinaria, sino que se debe analizar el contexto e indicarla cuando se asocia a pruebas de bienestar fetal patológicas

9.5 ANOMALIAS DE INSERCIÓN PLACENTARIA

- Las mujeres con una placenta que cubra parcial o completamente el orificio cervical interno debe indicarse la cesárea
- En los casos en que se confirma placenta a las 32-34 semanas en mujeres que han tenido una cesárea previa, se debe realizar ultrasonido Doppler de flujo de color como la primera prueba de diagnóstico para descartar acretismo placentario. Si esta se confirma, está indicada la cesárea
- El personal de salud debe tomar en cuenta que un estudio ultrasonido Doppler anormal no necesariamente se asocia a acretismo placentario y por otra parte un estudio normal no siempre descarta esta patología, por lo que el personal médico independientemente del resultado de gabinete deberá informar a la paciente de la posibilidad de acretismo placentario durante la cirugía

9.6 DESPROPORCIÓN CEFALO PELVICA (DCP)

- La pelvimetría no es útil para predecir el fracaso en el progreso del trabajo de parto y no debe utilizarse en la toma de decisiones sobre el modo de nacimiento
- La estatura materna y las estimaciones del tamaño fetal (ecografía o examen clínico) no predicen con precisión la desproporción cefalopélvica y no deben usarse para predecir el "fracaso en el progreso" durante el trabajo de parto. Por lo tanto, en casos de sospecha de desproporción cefalopélvica se debe ofrecer prueba de trabajo de parto, excepto en las siguientes condiciones:
 - Peso fetal calculado de 4000 gramos o más
 - Medida del conjugado obstétrico menor de 11cm
 - Angulo subpúbico menor de 80 grados

9.7 RIESGO DE HEMORRAGIAS

- Las mujeres embarazadas a quienes se le realiza cesárea por hemorragia anteparto, desprendimiento de placenta, ruptura uterina y placenta previa tienen un mayor riesgo de pérdida de sangre de más de 1000 mL. En ellas se debe realizar la cesárea en un establecimiento de salud que asegure la disponibilidad de sangre en caso de requerirse transfusión

9.8 INFECCIONES MATERNAS

- **Infección por VIH.** A las mujeres embarazadas que son VIH positivo y presentan carga viral activa se les debe ofrecer una cesárea planificada porque reduce la transmisión del virus de la madre al hijo
 - En los casos de pacientes en terapia con antirretrovirales con niveles de CD4 entre 500 y 1600 células y carga viral no detectable recomendar parto vaginal
 - En caso de una embarazada que se encuentra en el tercer trimestre del embarazo o en trabajo de parto o postparto y su estado VIH es desconocido, se usará la prueba ELISA; si no está disponible, se recomienda el uso de una prueba rápida de tercera generación. Si se obtuviera un resultado positivo, debe manejarse acorde al protocolo de prevención de la transmisión materna infantil
- **Infección al Virus de Hepatitis B.** La transmisión de la hepatitis B de madre a hijo puede reducirse si el recién nacido recibe inmunoglobulina y vacunación. En esta situación a las mujeres embarazadas con hepatitis B no se les debe ofrecer una cesárea programada, porque no hay pruebas suficientes de que esto reduzca la transmisión del virus de la hepatitis B de madre a hijo
- **Infección al Virus de Hepatitis C.** A las mujeres que están infectadas con hepatitis C no se les debe ofrecer una cesárea planificada porque esto no reduce la transmisión del virus de madre a hijo
- **Virus herpes simple (HSV).** A las mujeres con infección primaria por el virus del herpes simple genital (HSV) que ocurre en el tercer trimestre del embarazo se les debe ofrecer cesárea planificada porque disminuye el riesgo de infección neonatal por HSV

10. INFORMACIÓN Y CONSEJERÍA A LAS EMBARAZADAS Y ACOMPAÑANTES

10.1 DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES

- Todas las embarazadas deben ser informada y recibir consejería sobre los riesgos, beneficios y alternativas de la cesárea. Se recomienda ofrecer a las embarazadas informaciones basadas en la evidencia y dar el apoyo que les permita tomar decisiones informadas sobre el parto., teniendo en cuenta sus circunstancias individuales, sus preocupaciones, prioridades y los planes para futuros embarazos
- El equipo responsable de la atención debe ser enfático en indicar que a la luz de las evidencias científicas el parto natural es más seguro que la operación cesárea, en este sentido se ofrecerá información objetiva con relación a la disponibilidad de métodos para el control del dolor, el apoyo que brinda el personal durante el proceso y el favorable impacto del parto vaginal en el autocuidado, en la incorporación de la madre a la lactancia materna y la atención al recién nacido
- Las facilidades para estar acompañada durante la labor de parto, los beneficios del programa de psicoprofilaxis, el trato personalizado, humanizado y respetuoso, así como conocer las instalaciones del centro son acciones que favorecen la adherencia al parto natural; por lo tanto, son estrategias que deben ser integradas e informadas en el proceso de los controles prenatales
- Se debe asesorar a las mujeres sobre la importancia de la anticoncepción durante la atención prenatal. Anotar en la historia clínica perinatal y en el carnet perinatal el método de planificación

seleccionado libre y voluntariamente, el cual le deberá ser provisto antes de su egreso hospitalario. La potencial usuaria puede cambiar en cualquier momento el método seleccionado o decidir no usar ningún método, lo cual no debe repercutir en negarle las atenciones posteriores en los establecimientos de salud. Si es de su elección el Dispositivo intrauterino, este se deberá colocar posplacenta en el parto vaginal (tan solo 10 minutos después del nacimiento de la placenta); en el caso de cesárea, se debe insertar durante esta (DIU trans cesárea). Otros métodos deben ofertarse siguiendo los criterios de libre elección y acorde a los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) establecidos en la guía de consejería y protocolos nacionales de anticoncepción y planificación familiar

- Proporcionar a las embarazadas informaciones durante el control prenatal que incluya indicaciones de parto vaginal y por cesárea, implicaciones de los procedimientos, riesgos y beneficios asociados e implicaciones para futuros embarazos y nacimientos. En la cita de control prenatal del tercer trimestre, se debe confirmar el plan de parto

10.2 SOLICITUD DE CESÁREA INNECESARIA POR PARTE DE LA PACIENTE

- Si una mujer solicita una cesárea cuando no hay indicación, discuta los riesgos generales del procedimiento en comparación con el parto vaginal y asegure ambiente de intercambio de información objetiva científicamente sustentada en la evidencia
- Se debe incluir una asesoría con los familiares y otros integrantes del equipo obstétrico para explorar los motivos de la solicitud y para garantizar que la mujer tenga información precisa, basada en la evidencia (ver anexo)
- Cuando una usuaria solicita una cesárea porque tiene ansiedad acerca del parto, está indicada la referencia a un profesional de la salud mental y/o consejería para ayudarla a abordar su temor o ansiedad. En estos casos se debe asegurar el manejo del dolor del parto y, además, asegurar el acompañamiento durante el parto de una persona seleccionada por la embarazada

10.3 EN CASO DE REALIZACIÓN DE CESÁREA

- Cuando se decide realizar una cesárea electiva o programada, debe registrarse en el Expediente clínico todas las condiciones obstétricas y/o fetales que han determinado la decisión y cuál de ellas es la principal. En la sección de **Nacimiento** de la historia clínica perinatal y del carnet perinatal, se debe registrar la indicación de la cesárea en donde dice **“Indicación Principal de Inducción o Parto Operatorio / Cesárea”**. Se debe informar a la paciente que se requiere una segunda opinión, a cargo de un especialista en obstetricia, para que la programación de la cesárea sea aprobada. En la siguiente cita de control se debe garantizar que esta segunda opinión se realice y quede registrada en el Expediente clínico

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO	código	INDUC.	OPER.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

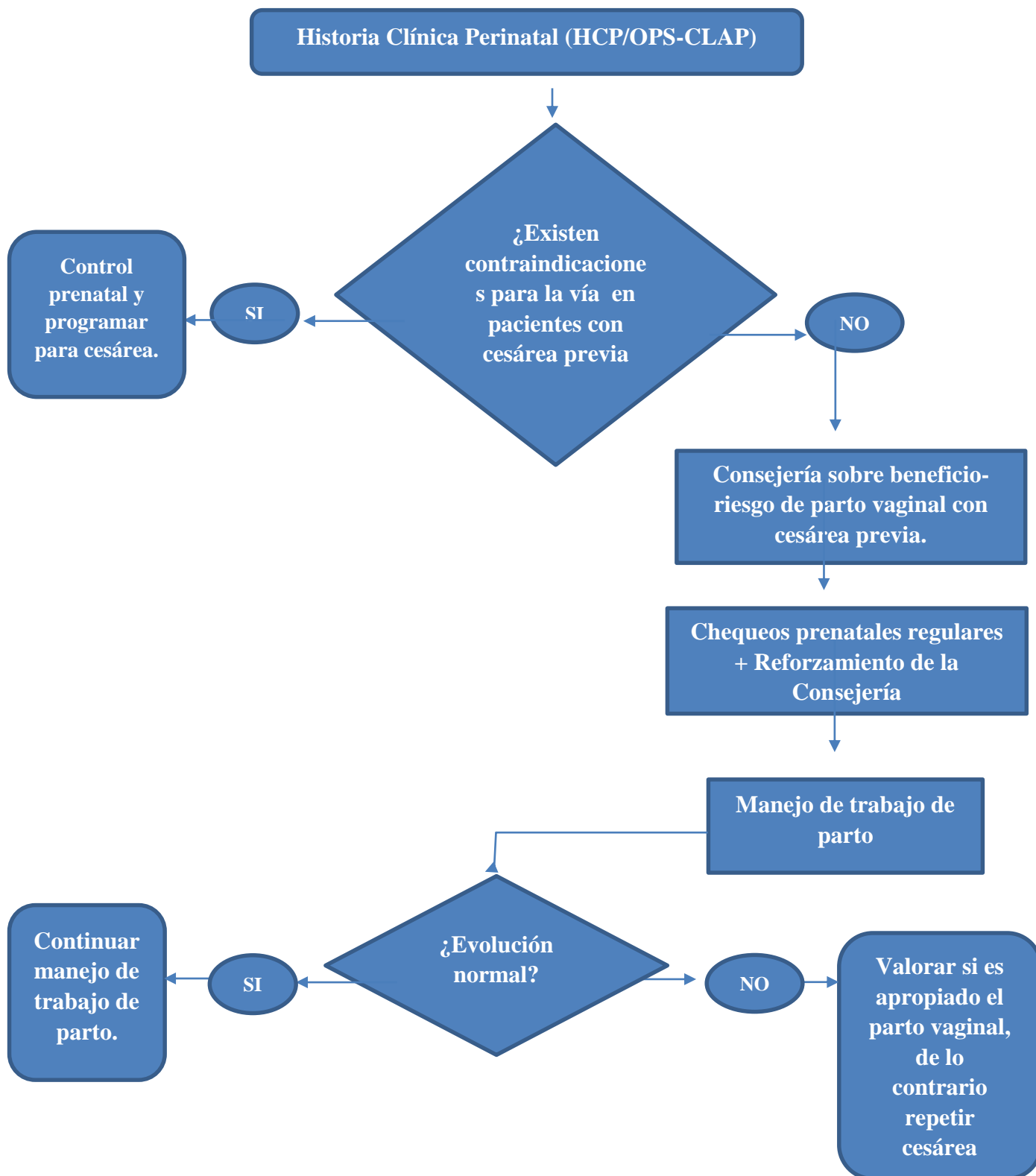
- La programación de la cesárea, de existir indicación, debe ser realizada a partir de la semana 39 de gestación para disminuir la morbilidad respiratoria neonatal
- Se debe solicitar y firmar consentimiento informado, para la realización de cesárea. En las adolescentes, se debe tomar en cuenta su opinión y el consentimiento informado debe ser firmado por madre, padre o tutor
- Ofrecer información sobre la causa por la que se realiza la cesárea, previa firma de consentimiento para esta
- Ofrecer información sobre el procedimiento y la terapéutica realizada
- En los casos que se trate de una primera cesárea, explicar de forma precisa y clara que la realización de una primera cesárea no implica que partos subsecuentes tendrán que ser necesariamente por esta vía
- En caso de una primera cesárea se debe recomendar un mínimo de 12 meses después de la cesárea antes de nueva gestación. Si la paciente ha tenido dos o más cesáreas, se debe recomendar un mínimo de 18 meses después de la cesárea antes de nueva gestación. En ambas situaciones, preferiblemente 3-5 años de período intergenésico
- Se debe promover la lactancia materna en las pacientes que han tenido parto vía cesárea: Asegure el apego precoz con el inicio de la lactancia materna y facilite el alojamiento conjunto.
- Reiterar asesoría sobre anticoncepción post parto. En caso de que no se haya aplicado el DIU trans cesárea, ofertar otro método anticonceptivo y proceder, acorde a los protocolos específicos y en el marco de la libre elección, a asegurar que antes de su egreso sea planificada con un método anticonceptivo que no interfiera con la lactancia materna

11. INDICADORES

Para medir el cumplimiento a la implementación del protocolo de actuación para reducción de cesáreas innecesarias se debe recolectar información para dar respuesta a los siguientes indicadores:

Proceso de Atención	Indicador
Organización de los Servicios	Numero de servicio habilitado para la realización de partos que tienen conformado un comité de vigilancia para la operación de cesárea de acuerdo al protocolo
	Porcentaje de mujeres a las cuales se les realizo un segunda evaluación gineco obstetra antes de programar la cesárea de acuerdo al protocolo.
Indicación de cesárea	Porcentaje de mujeres a las cuales se les realizo una cesaría electivita de acuerdo a las indicaciones establecidas en el protocolo
	Porcentaje de mujeres a las cuales se les realizo una cesaría durante el curso del trabajo de parto de acuerdo a las indicaciones establecidas en el protocolo

12. FLUJOGRAMA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO



A. Requisitos para iniciar la prueba de trabajo de parto

- Embarazo a término
- Presentación cefálica abocada
- Dilatación de 4 cm o más
- Actividad uterina regular
- Membranas rotas
- Buen estado materno y fetal
- Al iniciar la prueba debe estimarse el progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un tiempo determinado y vigilar la evolución mediante el partograma
- La analgesia/anestesia está indicada durante la prueba de trabajo de parto.

B. Cuidados durante la prueba de trabajo de parto

- Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3-5 contracciones en 10 min.); según la etapa del trabajo de parto, se emplearán oxitócicos si es necesario
- Auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción.
- Monitorización electrónica siempre que sea posible
- Empleo de un apósito vulvar estéril para vigilar cambios en las características del líquido amniótico
- Tacto vaginal cada 2 horas para precisar: dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y modelaje de la cabeza fetal
- La prueba se suspenderá en caso de que exista falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor de 4 horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

Adaptado de: Obstetricia y Medicina perinatal. Temas selectos, Tomo I 2006.
COMEGO

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

Nombre _____	Gravidez _____	Paridad _____	No. de historia clínica _____
Fecha de ingreso _____	Hora de ingreso _____	Tiempo membranas rotas _____	horas _____
Frecuencia cardíaca fetal 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80			
Líquido amniótico Moldamiento			
Cuello uterino (cm) [Trazo X] 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 Descenso Cefálico [Trazo C] No. de horas Hora			
Contracciones por cada 10 minutos 5 4 3 2 1			
Calosina U/L gotas/min			
Medicamentos administrados y líquidos IV			
Punto y Presión arterial 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60			
Temperatura °C			
Orina { <ul style="list-style-type: none"> proteína acetona volumen 			

Resumen del efecto en la salud de las mujeres sometidas a Cesárea Planificada comparada con el Parto Vaginal basadas en pruebas randomizadas controladas				
Efectos	Riesgo Absoluto (%)		Riesgo Relativo (95% IC) comparado con Parto Vaginal	Nivel de Evidencia
	Cesárea	Parto Vaginal		
Incrementado después de Cesárea				
Dolor abdominal	9	5	1.9 (1.3-2.8)	1b
Lesión de vejiga	0.1	0.003	36.6 (10.4-128.4)	3
Lesión ureteral	0.03	0.001	25.2 (2.6-243.5)	3
Necesidad de laparotomía, dilatación y curetaje, histerectomía (datos de 3 estudios observacionales)	0.5	0.03	17.5 (9.4-32.1)	2b
	0.8	0.01	95.5 (67.7-136.9)	2b
	0.7	0.02	44.0 (22.5-85.8)	2b
Admisión a UCI	0.9	0.1	9.0 (7.2-11.2)	3
Enfermedad tromboembólica	Riesgo Total 0.04-0.16		3.8 (2.0-4.9)	2b
Estadía hospitalaria	3 a 4 días	1 a 2 días		1b
Readmisión al hospital	5.3	2.2	2.5 (1.1-5.4)	2b
Muerte materna	82.3 por millón	16.9 por millón	4.9 (3.0-8.0)	3
Incremento después de Cesáreas: Implicaciones para futuros embarazos				
No tener más hijos	42	29	1.6 (1.1-2.0)	2b
Placenta previa en embarazo futuro (datos de 3 estudios observacionales)	0.7	0.5	1.4 (1.1-1.6)	2b
	0.8	0.5	1.6 (1.3-2.0)	2b
	0.4	0.2	1.3 (1.0-1.7)	2b
Rotura uterina en embarazo futuro	0.4	0.01	42.2 (31.1-57.2)	2b
Óbito fetal anteparto en embarazo futuro	0.4	0.2	1.6 (1.2-2.3)	2b
No hay diferencia				
Hemorragia (mayor de 1000 ml)	0.5	0.7	0.8 (0.4-4.4)	1 ^a
Infección (de la herida o endometritis)	6.4	4.9	1.3 (1.0-1.7)	1 ^a
Lesión del tracto genital (extensión de incisión uterina, desgarro cervical)	0.6	0.8	1.2 (0.4-3.4)	1 ^a
No diferencia a 3 meses				
Incontinencia fecal	0.8	1.5	0.5 (0.2-1.6)	1b
Dolor lumbar	11.3	12.2	0.9 (0.7-1.2)	1b
Depresión post nacimiento	10.1	10.8	0.9 (0.7-1.2)	1b
Dispareunia	17.0	18.7	0.9 (0.7-1.1)	1b
Reducido después de Cesárea				
Dolor perineal	2	5	0.3 (0.2-0.6)	1b
Reducción de efectos a largo plazo después de Cesárea Planeada				

Incontinencia urinaria (a 3 meses después)	4.5	7.3	0.6 (0.4-0.9)	1b
Prolapso útero vaginal	Prevalencia Total: 5		0.6 (0.5-0.9)	3
Fuente: Summarizing the risks and benefits of Caesarean Section. Caesarean Section. Clinical Guideline, April 2004. Guidelines for the NHS by NICE. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG).				

Resumen del efecto en la salud de los recién nacidos de mujeres sometidas a Cesárea Planificada comparada con el Parto Vaginal basadas en pruebas randomizadas controladas				
Efectos	Riesgo Absoluto (%)		Riesgo Relativo (95% IC) comparado con Parto Vaginal	Nivel de Evidencia
	Cesárea	Parto Vaginal		
Incrementado después de Cesárea				
Morbilidad respiratoria	3.5	0.5	6.8 (5.2-8.9)	3
No diferencia				
Mortalidad neonatal (excluido parto pélvico)	0.1	0.1	1.1 (0.1-8.4)	2b
Hemorragia intracraneal (datos de 2 estudios observacionales)	0.04	0.03	1.4 (0.8-2.6)	2b
	0.008	0.01	0.6 (0.1-2.5)	2b
Lesión del plexo braquial	Riesgo Total: 0.05		0.5 (0.1-1.9)	3
Parálisis cerebral	Riesgo Total: 0.2			3
Fuente: Summarizing the risks and benefits of Caesarean Section. Caesarean Section. Clinical Guideline, April 2004. Guidelines for the NHS by NICE. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG).				

Factores que Disminuyen la Probabilidad de Operación Cesárea	
Recomendación	Nivel
Las mujeres deben ser informadas que el apoyo continuo durante el trabajo de parto por mujeres con o sin entrenamiento reduce la posibilidad de cesárea.	A
A mujeres con embarazos no complicados les debe ser ofrecida inducción del trabajo de parto después de las 41 semanas de gestación porque esto reduce el riesgo de mortalidad perinatal y la probabilidad de cesárea.	A
La utilización de partograma con una línea de acción de 4 horas debe ser utilizada para vigilar el progreso del trabajo de parto en mujeres con trabajo de parto espontáneo con embarazo de feto único no complicado y a término, ya que esto reduce las probabilidades de cesárea.	A
Obstetras consultantes deben estar envueltos en la toma de decisión para operación cesárea, porque reduce la probabilidad de operación cesárea.	C

El monitoreo fetal electrónico está asociado con un incremento de la probabilidad de operación cesárea. Cuando la operación cesárea está contemplada por un patrón de frecuencia cardíaca fetal anormal y con sospecha de acidosis fetal, la toma de una muestra de sangre fetal debe ser realizada siésto es técnicamente posible y no hay contraindicaciones.

B

Fuente: Factors reducing the likelihood of Caesarean Section. Caesarean Section. Clinical Guideline, April 2004. Guidelines for the NHS by NICE. Commisioned by the National Institute for Clinical Excellence. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG). Page 41 to 44.

CLASIFICACION DE ROBSON

Es una herramienta que servirá a los centros de salud para conocer cuáles de los grupos aporta mayor número de cesárea y así poder tomar las medidas correctivas a los fines de reducir el número de cesáreas innecesarias.

¿QUÉ puede aportar la Clasificación de Robson?

La OMS prevé que el uso de la clasificación de Robson ayudará a los establecimientos de salud a:

- Definir y analizar los grupos de mujeres que contribuyen a explicar en mayor y en menor medida las tasas generales de cesárea.
- Comparar la práctica clínica utilizada en estos grupos de mujeres con la de otras unidades que obtengan resultados más favorables y considerar la posible conveniencia de introducir cambios en dicha práctica
- Evaluar la eficacia de estrategias o intervenciones dirigidas a optimizar el uso de la cesárea.
- Evaluar la calidad de la atención y de las prácticas clínicas mediante el análisis de los resultados en los distintos grupos de mujeres.
- Evaluar la calidad de los datos obtenidos y concienciar al personal acerca de la importancia de esos datos y de su interpretación y uso.

Clasificación de Robson:

- Esta clasificación se diseñó para identificar prospectivamente grupos bien definidos y clínicamente pertinentes de mujeres ingresadas para el parto y para investigar las diferencias existentes en las tasas de cesárea en estos grupos de mujeres relativamente homogéneos.
- A diferencia de las clasificaciones basadas en indicaciones de cesáreas la clasificación de Robson es para todas las mujeres que dan a luz en un entorno específico (por ejemplo, una maternidad o una región) y no sólo para mujeres que dan a luz por cesárea. Es una clasificación perinatal completa.

 <p>Grupo 1</p> <p>Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo</p>	 <p>Grupo 6</p> <p>Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas</p>
 <p>Grupo 2</p> <p>Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación, en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)</p>	 <p>Grupo 7</p> <p>Todas las mujeres multiparas con un embarazo único en presentación de nalgas, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>
 <p>Grupo 3</p> <p>Mujeres multiparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo</p>	 <p>Grupo 8</p> <p>Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>
 <p>Grupo 4</p> <p>Mujeres multiparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)</p>	 <p>Grupo 9</p> <p>Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>
 <p>Grupo 5</p> <p>Todas las mujeres multiparas con al menos una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación</p>	 <p>Grupo 10</p> <p>Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de < 37 semanas de gestación, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>

Cada mujer puede clasificarse en uno de los 10 grupos a partir de los datos de la historia clínica perinatal base (HCPB/OPS-CLAP) Para los establecimientos de salud que utilizan el Sistema Informático Perinatal Plus (SIP Plus), la Clasificación de Robson puede ser obtenida automáticamente.

14. BIBLIOGRAFIA

1. Abalos E, Chamillarda M, Díaz V, Pasqualea J, Souza JP. Progression of the first stage of spontaneous labour. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.001>. Abril 2020.
2. Bosede, B. Regional versus general anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, 17 October 2012.
3. Caitlin E. Elective cesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits. *AIDS*. 31(11):1579–1591, JUL 2017.
4. Castaño, M.; Carrillo, F.; Pastor, L. Consentimiento informado en la humanización de la cesárea: Un estudio preliminar. *Cuadernos de Bioética XXVII 2016/2*. Murcia, España.
5. Cluver C, Novikova N, Hofmeyr GJ, Hall DR. Maternal position during caesarean section for preventing maternal and neonatal complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, Issue 3. Art. No.: CD007623. DOI: 10.1002/14651858.CD007623.pub3. www.cochranelibrary.com.
6. Chatmongkolchart S, Prathep S. Supplemental oxygen for cesarean section during regional anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2016*, Issue 3. Art. No.: CD006161. DOI: 10.1002/14651858.CD006161.pub3. www.cochranelibrary.com.
7. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Intervenciones no clínicas para la reducción de la cesárea innecesaria. Versión publicada: 28 Septiembre 2018 . En: www.cochranelibrary.com.
8. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Version published: 23 January 2008. *Intervention Review*. *Cochrane Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*. Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. En: www.cochranelibrary.com.
9. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Versión publicada: 22 julio 2014. *Intervention Review*. *Grupo Editorial Cochrane: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*. Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. En: www.cochranelibrary.com.
10. [lective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, Issue 12. Art. No.: CD004224. DOI: 10.1002/14651858.CD004224.pub3. www.cochranelibrary.com.
11. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, Issue 12. Art. No.: CD004549. DOI: 10.1002/14651858.CD004549.pub3. www.cochranelibrary.com.

12. Helen M West, Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. Cochrane Pregnancy and, Childbirth Group, 9 June 2017.
13. Hernández-Espinosa C. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. MÉD.UIS.2019;32(1):9-12. doi: 10.18273/revmed. v32n1-2019001.
14. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD000166.DOI: 10.1002/14651858.pub2. www.cochranelibrary.com.
15. Hofmeyr GJ, Barrett JF, Crowther CA. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD006553. DOI: 10.1002/14651858.CD006553.pub3. www.cochranelibrary.com.
16. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. IETSI. Reporte de Evidencias N°1, Recomendaciones para la pertinencia y seguridad de la cesárea. Perú, febrero 2018.
17. Instituto Mexicano de Seguro Social. Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro Social; 2014. En: www.cenetc.salud.gob.mx.
18. Matthew, S. Caesarean section to prevent transmission of hepatitis B:A meta-analysis. Can J Gastroenterol Hepatol. 2014 Sep; 28(8): 439.
19. Ministerio de Salud Pública. Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e infantil. 2019. Ministerio de Salud de la República Dominicana. En: www.msp.gob.do.
20. Ministerio de Salud Pública. Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología, Volumen I. 2016. Ministerio de Salud de la República Dominicana. En: www.msp.gob.do.
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del Parto por Cesárea Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización- MSP; 2015. En: www.salud.gob.ec.
22. National Institute for Clinical Excellence (NICE)The guideline updates a previous version: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. London (UK): National Institute for Clinical Excellence, 2004 Apr. 142 p. Reaffirmed the currency of this guideline March 2013.
23. NationalInstituteforClinicalExcellence (NICE) Atención intraparto para mujeres con afecciones médicas existentes o complicaciones obstétricas y sus bebés. Directriz NICE [NG121] London (UK): NationalInstituteforClinicalExcellence; Fecha de publicación: 06 marzo 2019, Última actualización: 25 abril 2019. En: <https://www.nice.org.uk/guidance/>.

24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018 [En: www.who.int.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS) Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Human reproductionprogramme. 2015. En: www.who.int.
26. Paul. Caesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to infant hepatitis C virus transmission, Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD005546.
27. Secretaria de Salud de México. Guía de Práctica Clínica. Parto después de una cesárea México: Secretaria de Salud de México; 2014. En: www.cenetc.salud.gob.mx.
28. Servei Medicina Maternofetal: C. Ros, J. Bellart, S. Hernández. Protocolo de Cesárea. Protocolos Medicina Fetal Perinatal. Hospital Clínica Barcelona: 2012.
29. Tina L. Caesarean section for non-medical reasons at term, Cochrane Database Syst. Rev. 2012; 3: CD004660. Published online 2012 Mar 14, [10.1002/14651858.CD004660.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004660.pub3).