EsSalud

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 35 -GCPS-ESSALUD-2018

Lima,

12

VISTA:

La Carta Nº 443 -GPNAIS-GCPS-EsSalud-2018, el Informe Técnico N° 39-SGNAPS-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2018, mediante el cual la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Central de Prestaciones de Salud, remite para su aprobación el proyecto del Documento Técnico "Indicación de Cesárea en EsSalud", y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de EsSalud, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, correspondiendo a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud "Formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias;

Que, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°26 -GCPS-ESSALUD-2017, se conformó la comisión para desarrollar la propuesta del Documento Técnico: "Indicación de Cesárea en EsSalud",

Que, mediante la carta e informe del Visto, la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud remite el proyecto del Documento Técnico denominado "Indicación de Cesárea en EsSalud", la cual tiene por objetivo: Establecer las disposiciones relacionadas con los procesos y procedimientos respectivos a la indicación de la intervención cesárea en EsSalud; y por finalidad, estandarizar los criterios médicos de indicación pertinente y realización de la intervención cesárea con calidad y seguridad en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), del Seguro de Social de Salud-ESSALUD.

Que, de acuerdo a los procedimientos establecidos en el Directiva N° 02-GG-ESSALUD-2017 "Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 35-GCPS-ESSALUD-2018

ESSALUD, aprobada mediante Resolución de Gerencia General N°1806-GG-EsSalud-2017", resulta conveniente aprobar la normativa propuesta, a efectos de contar con un marco normativo que permita lograr una adecuada atención de las/los asegurados/os que requieran atención de la salud materna;

Estando a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR,** el Documento Técnico "Indicación de Cesárea en EsSalud ", que forma parte de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral en Salud-GCPS se encargue de la difusión, asesoría técnica y evaluación del cumplimiento de lo dispuesto en el Documento Técnico, aprobado por la presente Resolución, de acuerdo al ámbito de su competencia.
3. **NOTIFICAR** a la Gerencia Central de Operaciones, en el ámbito de su competencia contribuya al cumplimiento de la implementación del Documento Técnico aprobada con la presente Resolución.
4. **DISPONER** que las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, Órganos Prestadores Nacionales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesarias para la implementación progresiva del Documento Técnico aprobado, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.
5. **DISPONER,** a la Oficina de Administración y Seguimiento de la GCPS, remitir a la Secretaría General el presente documento para su publicación en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dr. CESAR E. CARREÑO DIAZ
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD- ESSALUD

DOCUMENTO TECNICO
INDICACION DE CESAREA EN ESSALUD.





GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

LIMA- PERÚ

2018

ECO. FIORELLA MOLINELLI ARISTONDO

PRESIDENTE EJECUTIVO DE ESSALUD

DR. ALFREDO BARREDO MOYANO

GERENTE GENERAL

DR CESAR CARREÑO DIAZ

GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

DR. WALTER UBILLUS FARFAN

GERENTE DE POLÍTICAS Y NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

COMISIÓN QUE PARTICIPO EN LA ELABORACIÓN DE PROPUESTA: INDICACIÓN DE CESÁREA

Dr. Miguel Ángel Ponciano Biaggi	HN "Alberto Sabogal Sologuren"
Dr. Marino José Guembes Landaverry	HN "Edgardo Rebagliati Martins"
Dr. Jorge Enrique Avalos Gómez	HN "Guillermo Almenara Yrigoyen"
Dr. Gastón Chumbipuma Salsavilca	Hospital III Grau. Red Prestacional Almenara
Dr. Rafael Eloy Herrera Delgado	HIII Angamos- Red Prestacional Rebagliati
Dr. Alfredo Fang Marino	Hospital II Lima Norte Callao-Luis Negreiros Vega Red Prestacional Sabogal
Dra. Rita Ada Meza Padilla	SGNAPS -GPNAIS- GCPS-ESSALUD

VALIDADO POR EL COMITÉ NACIONAL DE PREVENCION Y ANALISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA –ESSALUD-2018

Dr. Jorge Calderón Cornejo	HN "Edgardo Rebagliati Martins"
Dr. Hernán Segundo Arévalo Ruiz	HN "Alberto Sabogal Sologuren"
Dr. Máximo Vega Alcázar	HN "Guillermo Almenara Yrigoyen"
Dr. Jesús Baquerizo Castro	HIII Emergencias Graú. Red Prestacional Almenara
Dra. Ana Maria Ricalde Casaverde	HI Octavio Mongrut Muñoz, Red Prestacional Sabogal
Dra. Carla Lozada Lozada	HI Uldarico Rocca Fernández, Red Prestacional Rebagliati

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	PRESENTACIÓN		5
	ACRÓNIMOS		6
I	TITULO		7
II	CODIGO		7
III	DEFINICION OPERACIONAL		8
IV	OBJETIVOS		8
V	NIVEL DE ATENCION		8
VI	CRITERIOS DE INDICACION DE LA OPERACIÓN CESAREA		9
VII	PROCESOS EN LA REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN CESÁREA		12
VIII	PROCEDIMIENTOS GENERALES EN LA REALIZACIÓN DE LA CESÁREA		15
IX	DE LAS ACCIONES PARA LA REDUCCIÓN DE LA CESÁREA BASADAS EN LA PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE CESÁREA		20
X	COMITÉ DE CESÁREAS		23
XI	GLOSARIO DE TERMINOS		26
XII	INDICADORES		28
XIII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		30
XIV	ANEXOS		33
	ANEXO 1	Consentimiento informado para operación cesárea	33
	ANEXO 2	Materiales e insumos requeridos para la realización de la cesárea	35
	ANEXO 3	Informe de actividades y resultados del comité de análisis de cesáreas. Red de salud	36
	ANEXO 4	Informe de actividades y resultados del comité de cesáreas en IPRESS	39
	ANEXO 5	Niveles de evidencia de las recomendaciones en la práctica de la cesárea	42

PRESENTACION

La variabilidad en los porcentajes de operación cesárea, observada tanto entre países como entre instituciones de salud pública y privada, permite suponer que la indicación de cesárea es de gran diversidad y a nivel nacional aún no ha sido suficientemente consensuada.
La cesárea, como cualquier otra cirugía, se relaciona con los riesgos quirúrgicos y anestésicos intrínsecos incrementando los riesgos de morbilidad y mortalidad materna.
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%. Para ello se han basado en la declaración hecha por un panel de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS en 1985 en Fortaleza (Brasil): «No hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%». El panel llegó a esta conclusión a partir de la revisión, procedentes principalmente de países europeos donde, con esta tasa de cesárea, se obtenían resultados maternos y perinatales adecuados[1].

Las conclusiones de la OMS respecto a la indicación de la cesárea han sido[1]

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. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
4. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.
5. No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social.

La cesárea, cuando está justificada, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario[1]. La clasificación Robson es aplicable en las instituciones de salud para permitir identificar a los grupos de mujeres que más contribuyen a la utilización de cesárea como vía del parto y a partir de ello buscar estrategias de mejora.

Las acciones de evaluación y mejoría de prácticas clínicas en Obstetricia, que forma parte del proceso de acreditación en aspectos como calidad y seguridad de los servicios hospitalarios, exige realizar una mejora de la indicación de operación cesárea.

[1] Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/

ACRONIMOS

APP	Asociación Público Privada.
CNAC	Comité Nacional de Análisis de Cesárea.
CACR	Comité de Análisis de Cesárea de Red.
CACI	Comité de Análisis de Cesárea de IPRESS.
CAC	Comité de Análisis de Cesárea.
DPP	Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta.
EV	Endovenosa.
ECA	Ensayos controlados aleatorios.
ECG	Electrocardiograma
FIV	Fertilización in vitro.
GCPS	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
GPC	Guía de Práctica Clínica.
GCOP	Gerencia Central de Operaciones.
GCPGI	Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión.
GPNAIS	Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud.
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
IP	Índices de pulsatilidad
HN	Hospital Nacional.
IOH	Infección de la herida operatoria.
SGPE	Sub Gerencia de Prestaciones Especializadas de la GPNAIS
NCEPOD	National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OIIS	Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria.
OPN	Órgano de Prestación Nacional.
RA	Red Asistencial.
RP	Red Prestacional.
RCOB	Royal College of Obstetricians and Gynecologists
RCIU	Retardo del crecimiento intrauterino
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SFA	Sufrimiento fetal agudo
RPBF	Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
VHC	Virus de la hepatitis C.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VHS	Virus del herpes simple genital
UI	Unidades internacionales.

I. TITULO
DOCUMENTO TECNICO: INDICACION DE CESAREA EN ESSALUD

II. CODIGO: CIE-10
Capítulo XV- Embarazo, parto y puerperio

Tabla N° 1
PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA POR CIE-10.

CIE-10	Causa de la Indicación de Cesárea.
Cesárea anterior	
O82	**Parto único por cesárea**
O82.0	Parto por cesárea electiva
Desproporción Céfalo – Pélvica.	
O65.1	Trabajo de parto obstruido debido a estrechez general pélvica
O65.2	Trabajo de parto obstruido debido a estrechez del estrecho superior
O65.3	Trabajo de parto obstruido debido a estrechez del estrecho inferior
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	
O14.1	Preclampsia severa.
O15	Eclampsia. En el embarazo (O15.0) en el parto (O15.1) en el puerperio (O15.2)
O14.2	Síndrome HELLP.
Trabajo de Parto Disfuncional, que incluye y especificar:	
O62.4	Distocias de la contracción uterina: Polisistolia, Hipertonía que comprometen el bienestar fetal o materno.
O62.1	Dilatación estacionaria. (Distocia cervical pasiva).
O63.1	Periodo expulsivo demorado. (Prolongación del segundo periodo del parto)
O64.0	Trabajo de parto obstruido debido a rotación incompleta de la cabeza fetal: Occipito posterior y occipito transversa, occipito sacra.
Trabajo de parto obstruido debido a mala presentación del feto:	
O64.2	Presentación de cara
O64.3	Presentación de frente/mentón
O66.4	Fracaso de la prueba de trabajo de parto.
O61.0	Inducción fallida (Fracaso de la inducción médica del parto)
Distocias de presentación / situación, que incluye:	
O32.1	Presentación podálica.
O32.2	Situación oblicua / transversa
Embarazo múltiple, con cualquier número de fetos	
O30.0	Gemelar
O30.1	Trillizos / O30.2 Cuatrillizos
O32.5	Embarazo múltiple con presentación anormal de un feto o más
Sufrimiento Fetal (Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal)	
O68.0	Bradicardia persistente.
	Taquicardia persistente
	Variabilidad mínima o ausente.
	Desaceleraciones variables
	Trabajo de parto y parto complicado por evidencia bioquímica fetal (pH fetal inferior a 7.20)
O68.8	Otras evidencias de sufrimiento fetal

	Perfil biofísico patológico
	Test estresante positivo
	Doppler patológico.
O36.5	Retardo del crecimiento fetal intrauterino (RCIU).
O41.0	Oligoamnios con bolsas integras.
O45	Desprendimiento prematuro de la placenta (DPP). Con trastorno de coagulación (O45.0)
O44	Placenta previa. Placenta con hemorragia (O44.1)
O69.0	Prolapso de cordón umbilical
O66.2	Trabajo de parto obstruido por feto grande (Macrosomía con peso más de 4500g).
	Enfermedades maternas
O35	Malformaciones fetales
	Otras causas

III. DEFINICIÓN OPERACIONAL

Para los fines del presente documento se plantea, unificar criterios para lograr que la **indicación de cesárea** sea pertinente, oportuna y segura, para disminuir los riesgos maternos y perinatales.

Cesárea: La cesárea es un procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo la extracción del producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina, cuando el parto no es posible por vía vaginal por condiciones que ponen en riesgo la salud de la madre o el feto.
La operación cesárea se realiza en las IPRESS hospitalarias que cuenten con Centro Quirúrgico con los recursos adecuados.

IV. OBJETIVOS

4.1 Estandarizar los procesos y procedimientos respectivos para lograr la indicación de cesárea con criterios médicos de pertinencia y seguridad en las IPRESS hospitalarias de ESSALUD.
4.2 Contribuir a mejorar el desempeño de los equipos de salud en el manejo pertinente y seguro de las cesáreas para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.
4.3 Otorgar a los comités de cesáreas un instrumento para la evaluación y control de la indicación de cesáreas realizadas en ESSALUD.
4.4 Contribuir a disminuir la práctica de la operación cesárea no justificada, manteniendo el número de cesáreas por debajo del 30% del total de los partos atendidos en ESSALUD.

V. NIVEL DE ATENCIÓN

En los 3 niveles de atención

5.1 I Nivel de atención. - Las gestantes y puérperas son referidas y contra referidas.
   a) Realiza la educación e información sanitaria en el control prenatal sobre las ventajas del parto humanizado, principalmente en posición vertical.
   b) Referencia oportuna y segura de las gestantes con alto riesgo obstétrico, que requieran atención especializada y de mayor complejidad.

5.2 II Nivel de atención. - Diagnóstico y manejo de gestantes normales (tercer trimestre) y gestantes con riesgo obstétrico y comorbilidades, de acuerdo a capacidad resolutiva.

5.3 III Nivel de atención. - Diagnóstico y manejo de gestantes con alto riesgo obstétrico y comorbilidades, que requieran atención de mayor capacidad resolutiva.

VI. CRITERIOS DE INDICACION DE LA OPERACIÓN CESAREA

6.1 DE LA INDICACIÓN DE LA CESÁREA (ABSOLUTAS Y RELATIVAS)

6.1.1 DE LAS INDICACIONES ABSOLUTAS DE LA CESÁREA: Constituyen indicaciones absolutas de la intervención cesárea las siguientes entidades y condiciones obstétricas:

a) Cesárea iterativa (2 veces ó más).
b) Cesárea anterior sin condiciones de parto vaginal.
c) Incisión uterina corporal anterior.
d) Prueba de trabajo de parto fallida.
e) Presentación podálica.
f) Placenta previa centro total o parcial.
g) Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)
h) Acretismo placentario diagnosticado por ECO Doppler antes del parto.
i) Preclampsia severa, Eclampsia, Síndrome HELLP, sin posibilidad de parto inminente
j) Hígado graso agudo del embarazo.
k) Situación fetal transversa.
l) Presentación de cara en variedad mento posterior con embarazo a término.
m) Presentación de frente en embarazo a término.
n) Seropositividad a VIH o enfermedad SIDA
o) Infección activa, primaria o recurrente, por virus herpes simple genital (VHS).
p) Malformaciones congénitas: Hidrocefalia, meningocele, fetos siameses, gastroquisis, onfalocele grande, Síndrome de Dandy-Walker.
q) Prolapso o procúbito del cordón umbilical.
r) Gemelar con doble presentación podálica o primer feto en podálica o transversa.
s) Tumores previos que obstruyan el canal genital.
t) Cáncer de cuello uterino, infiltrante grado II- III.
u) Cirugía vaginal previa (colpoperineo plastia).
v) Sufrimiento fetal sin condiciones para parto vaginal inmediato.
w) Macrosomía fetal con peso estimado superior a 4500 gramos, en nulípara o multípara sin antecedentes de partos con feto de peso de 4500 g o más.
x) Toda enfermedad clínica asociada o antecedente, que por su condición funcional impida el parto vaginal, avalado por dictamen de una junta médica.
y) Embarazo por fertilización in vitro (FIV), u otro procedimiento de fertilización asistida.

Vº Bº
M. MASCARO C.
Sub Gerente
ESSALUD
Vº Bº
Dr. W. UBILLUS
Gerente

6.1.2 DE LAS INDICACIONES RELATIVAS DE LA INTERVENCIÓN CESÁREA.

Constituyen indicaciones relativas de la intervención cesárea las siguientes entidades y condiciones obstétricas, que deben **estar avalada por la decisión de una junta médica o una segunda opinión**, en base a lo estipulado por GPC:

a) Desproporción céfalo pélvica – pelvis límite, después de una Prueba de Trabajo de Parto no satisfactoria.
b) Inserción baja placentaria y placenta previa marginal.
c) Embarazo gemelar con primer o ambos fetos en cefálica.
d) Distocias dinámicas.
e) Distocias de variedad de presentación, cara en mento sacra o frente en parto pre término.

f) Distocias por variedad de presentación, asinclitismo, transversa o posterior persistente, después de una Prueba de Trabajo de Parto.
g) Situación oblicua sin trabajo de parto en multípara.
h) Rotura prematura de membranas mayor de 24 horas.
i) Oligoamnios con pruebas de bienestar fetal adecuadas. Peso fetal estimado entre 3800 y 4500 gramos.
j) Circulares del cordón umbilical, en trabajo de parto con alteración del estado de bienestar fetal.
k) Trastornos mentales, psicosis, depresión, retardo mental.
l) Preclampsia Leve.
m) Colestasis intrahepática del embarazo.
n) Peso fetal estimado menor de 1500 gramos.

6.2 CRITERIOS PARA PERMITIR PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA.

6.2.1.- Criterios de Indicación.

Se dará **prueba de parto vaginal** a todas las pacientes con cesárea anterior que cumplan los siguientes requisitos:

a) Una sola cesárea previa con incisión segmentaria transversa baja.
b) Feto único en presentación cefálica encajada o en (-1), flexionada.
c) Cérvix favorable
d) Pelvis y relación feto pélvica adecuada.
e) Ponderado fetal menor a 3800 gr.
f) Intervalo intergénesico de 18 meses o más.
g) No complicaciones sépticas post operatorias en cesárea anterior.
h) Posibilidad de atención por especialista calificado.
i) Disponibilidad de sangre.
j) Disponibilidad de atención quirúrgica inmediata.
k) Edad materna menor de 40 años.
l) Consentimiento informado previa orientación médica.

6.2.2.- Contraindicaciones.

a) Dos o más cesáreas previas.
b) Cesárea anterior con periodo intergénesico menor de 18 meses
c) Antecedente de cesárea corporal clásica o en "T" invertida
d) Cesárea previa antes de las 32 semanas de gestación.
e) Cesárea previa con endometritis.
f) Ecografía con grosor de segmento menor de 3.5 mm. a las 38 semanas
g) Presentación podálica.
h) Infertilidad secundaria.
i) Cirugía previa uterina con apertura de cavidad endometrial.
j) Peso fetal ponderado mayor de 3800 gramos.
k) Embarazo múltiple.

6.2.3.- Conducción y Vigilancia del Trabajo de Parto.

Durante el periodo de dilatación:

a) Realizada con quirófano disponible en 30 min, con personal calificado.
b) Disponibilidad de paquete globular.
c) Monitorización cardiotocográfica continua de FCF y DU y movimientos fetales.
d) De ser posible es recomendable analgesia epidural continua.
e) Psicoprofilaxis intraparto.

f) Vigilancia estricta de signos vitales, partograma con monitoreo electrónico, vigilancia de altura uterina, FCF y movimientos fetales.
g) Vía canalizada con bránula 18.
h) Contraindicado el uso de prostaglandinas.
i) Si indicación de oxitocina, administrar preferiblemente con bomba de infusión, mantener DU no mayor de 4 en 10 minutos.
j) Si realiza inducción, no administrar una dosis mayor de 20 mUI de oxitocina / minuto.
k) Si no hay dilatación cervical en 4-6 horas, culminar gestación por cesárea.
l) Evaluaciones médicas cada 2 horas.

Durante el periodo expulsivo:

a) Evacuación vesical.
b) Evitar el expulsivo prolongado.
c) Pujo diferido.
d) Episiotomía
e) Nunca maniobra de Kristeller.
f) Post parto realizar revisión de segmento uterino, en pacientes con síntomas sugerentes de rotura uterina.
g) Vigilancia estricta del puerperio.

6.2.4.- Valoración de Posibilidad de Éxito mediante la ESCALA de FLAMM [a].

[a]Flamm B, Geiger A. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. Obstet Gynecol. 1997;90(6):907-10. 15. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9397100

Tabla N° 2

VARIABLE			PUNTOS
A.- Edad menor de 40 años			2
B.- Parto vaginal previo			
- Antes y después de cesárea			4
- Después de la primera cesárea			2
- Antes de la primera cesárea			1
C.- Razón de la primera cesárea diferente a falla de progresión del parto			1
D.- Borramiento del cuello uterino al ingreso			
- > de 75%			2
- 25 – 75 %			1
- < 25%			0
E.- Dilatación al ingreso de 4 cm. O más			1
Interpretación			
Puntaje	**Éxito**	**Puntaje**	**Éxito**
0-2	**49%**	**6**	**88%**
3	**60%**	**7**	**93%**
4	**67%**	**8 - 10**	**95%**
5	**77%**		

6.3 CONDICIONES PARA LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

a. La Prueba de trabajo de parto es el procedimiento obstétrico de observación cuidadosa del trabajo de parto durante un periodo de tiempo establecido a que se somete una parturienta con **relación cefalopélvica límite** para determinar la posibilidad de expulsión por vía vaginal.

b. Implica la vigilancia estricta y conducción sin riesgo materno y fetal.
c. Está indicada tanto en el parto espontáneo como en la inducción del parto.
d. Toda **prueba de trabajo de parto** debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación.

6.3.1 Requisitos para iniciar la prueba.

a) Embarazo a término.
b) Presentación cefálica encajada (en -1 ó 0).
c) Dilatación de 4 cm o más.
d) Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos).
e) Membranas rotas.
f) Buen estado materno y fetal.
g) Evacuación espontánea de vejiga y recto.
h) Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un Partograma.
i) La presencia de tinte meconial en líquido amniótico es señal de alarma, aunque no contraindica la prueba.
j) Puede estar indicada la analgesia/anestesia a criterio del médico tratante.

6.3.2 Cuidados durante la prueba de trabajo de parto.

a) 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.
b) Auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción. Monitorización electrónica siempre que sea posible.
c) Empleo de un apósito vulvar para vigilar cambios en las características del líquido amniótico.
d) Tacto vaginal cada 2 horas para precisar: dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y modelaje de la cabeza fetal.

6.3.3 Interpretación de la Prueba.

La prueba se considerará satisfactoria, y, por tanto, se dejará proseguir el parto, si la evolución de la dilatación y el descenso de la presentación son progresivos y adecuados al tiempo transcurrido. Se considera razonable la progresión de 1 cm de dilatación por hora.
La prueba se considerará insatisfactoria, y como consecuencia, se cambiará la vía del parto, si transcurridas 4 horas de buena dinámica el progreso no es satisfactorio.
La misma decisión se adoptará si, en el curso de este lapso de tiempo, aparece una complicación materna o fetal que aconseje la interrupción de la prueba.

VII. DE LOS PROCESOS EN LA REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN CESÁREA.

7.1. Toda indicación de cesárea electiva programada se realizará a partir de las **39 semanas de gestación**, salvo que exista una indicación materna o fetal que justifique la interrupción del embarazo antes de este tiempo de gestación

7.2 Del consentimiento informado.

- En toda cesárea, antes de la realización del procedimiento, debe proceder la realización del consentimiento informado (anexo 1), por parte de la paciente, en caso de estar imposibilitada por el familiar presente o su representante legal.
- El procedimiento debe ser realizado mediante una relación directa (cara a cara), entre el profesional y el paciente o familiar, mediante la cual el primero informa sobre el procedimiento a realizar.
- En la paciente en situación de emergencia y/o imposibilitada, el consentimiento informado será firmado por el familiar presente, caso de no existir, la no realización del mismo no será un impedimento para realizar la cesárea.
- En el caso de la gestante adolescente menor de 18 años, el consentimiento informado debe ser firmado por su representante legal, salvo situación de emergencia.
- El consentimiento informado debe ser firmado por el médico del servicio que decide y/o realiza la intervención quirúrgica.

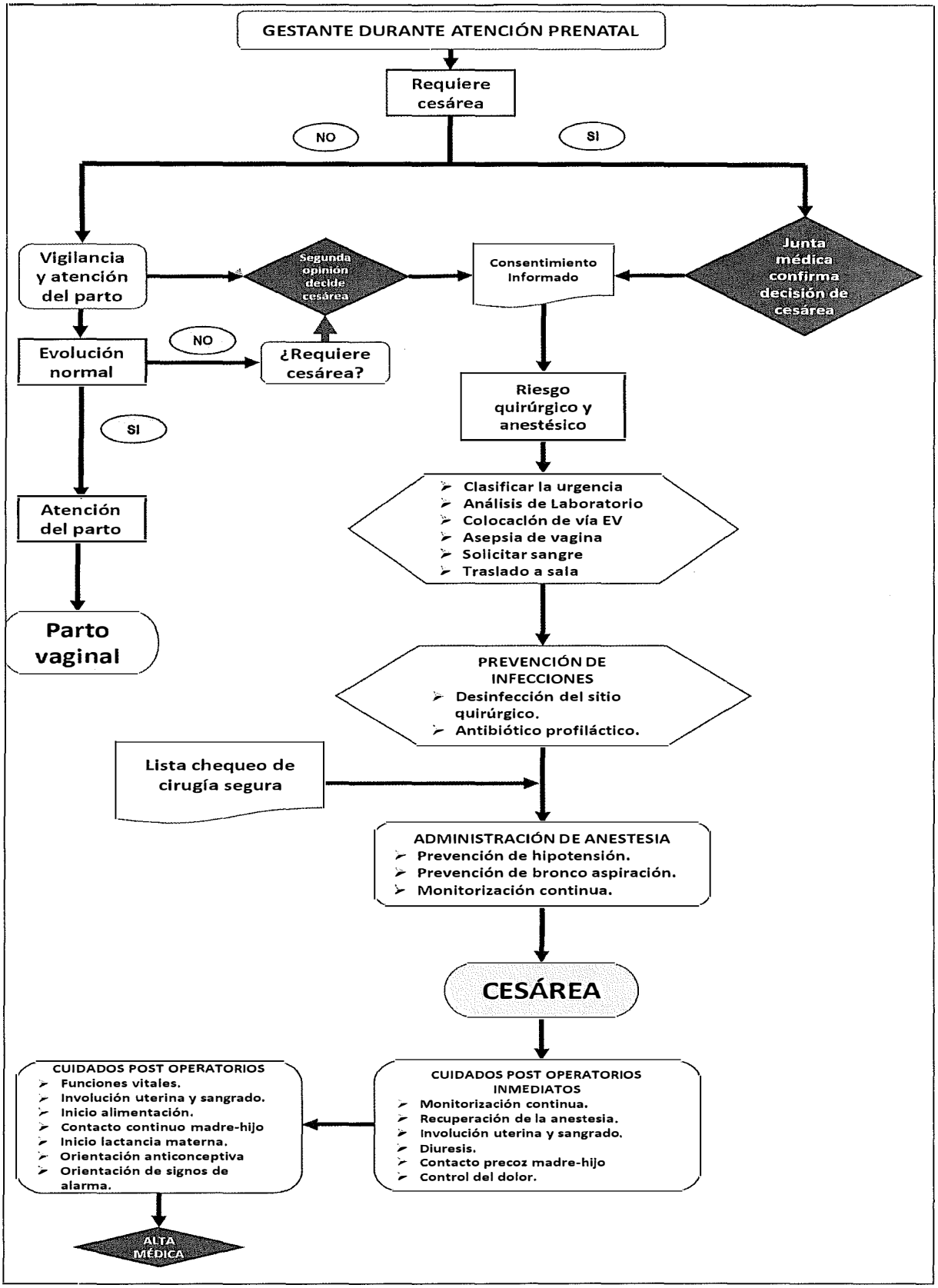
7.3 **DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EMERGENCIA DE LA CESÁREA.**

Tabla N° 3
Categorías de la emergencia de la cesárea, según
National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths (NCEPOD).

Categoría 1	Amenaza inmediata para la vida de la mujer y/o el feto	Realizar en menos de 30 minutos.
Categoría 2	Compromiso de la salud materna y/o fetal que no es inmediatamente peligroso para la vida.	Realizar entre 30 – 75 minutos.
Categoría 3	No existe compromiso materno y/o fetal, pero en necesaria la interrupción prematura de la gestación	Tener en cuenta la condición de la madre y el feto antes de la extracción, considerando que un parto precipitado puede ser perjudicial.
Categoría 4	Cesárea electiva programada	

Fuente y recomendación: Caesarean section Guideline. NICE-RCOG. 2011.1.- Investigación Nacional Confidencial sobre Muertes Peri operatorias. Inglaterra, 2010.

7.4.- DIAGRAMA DE FLUJO DE LA INDICACIÓN DE LA CESÁREA



VIII. PROCEDIMIENTOS GENERALES EN LA REALIZACIÓN DE LA CESÁREA

8.1 ANTES DEL INGRESO A SALA DE OPERACIONES.

8.1.1 En la cesárea de emergencia.

a) Elaborar historia clínica sucinta que incluya nota preoperatoria
b) Indicar análisis de laboratorio: hemoglobina, hematocrito, Grupo y Rh, tiempo de coagulación y sangría.
c) Verificar los resultados de prueba de VIH y sífilis, de no contar realizar prueba rápida.
d) Solicitar sangre si Hb < 8 g/dl en casos (debajo 1,000 msnm).
e) Realizar la evaluación por anestesiólogo.
f) Informar al neonatológo del caso. Verificar los latidos fetales
g) Colocar vía periférica N° 16 – 18, hasta dos vías según diagnóstico.
h) Colocación de sonda vesical.
i) Desinfección de vagina con solución de yodo povidona previo a la operación.
j) Colocación de vendaje compresivo en miembros inferiores

8.1.2 En la cesárea electiva.

a) Elaborar la Historia Clínica completa.
b) Indicar el Riesgo quirúrgico.
c) Informar al neonatológo del caso. Verificar los latidos fetales.
d) Solicitar ayuno mínimo de 6-8 horas, previa dieta blanda el día anterior.
e) Orientar baño completo antes de la cirugía y eliminación de pintura de uñas.
f) Eliminación, solo si es estrictamente necesario, el vello en el área operatoria, de requerirse realizarlo con tijera, nunca mediante rasurado con hojas de afeitar.
g) Colocación de vendaje compresivo en miembros inferiores.
h) Indicar exámenes de laboratorio: Hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, coagulación, sangría y plaquetas.
i) Indicar prueba rápida de VIH y sífilis, de no estar actualizados.
j) Realizar desinfección de vagina con solución de yodo povidona.
k) Colocar vía periférica N°16 – 18.

8.2 PROCEDIMIENTOS EN SALA DE OPERACIONES

8.2.1 Procedimientos generales preoperatorios en sala de operaciones.

a) Aplicar la lista de Seguridad de la Cirugía mediante el formato establecido.
b) Verificar la disponibilidad del instrumental requerido (Anexo 2).
c) Colocar sonda vesical en caso de cesárea electiva.
d) Proceder al lavado con agua y jabón de la pared abdominal.
e) Realizar desinfección del sitio operatorio con solución de yodopovidona al 7.5 o 10% y/o clorhexidina al 4%.
f) Realizar lavado quirúrgico de manos mediante el uso de un jabón antimicrobiano adecuado y agua antes de la colocación de los guantes estériles.
g) Administración de antibiótico profiláctico. Se realiza de acuerdo a "Guía de Práctica Clínica de Profilaxis Antibiótica en procedimientos quirúrgicos ". Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N°53-IETSI-ESSALUD-2017 : http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/RS-53-IETSI-ESSALUD-2017.pdf

8.2.2 Administración de la anestesia en la cesárea.

a) El procedimiento debe ser realizado por médico especialista en anestesiología.
b) Usar de elección, de acuerdo al criterio y/o experiencia del especialista, anestesia regional, raquídea o epidural.
c) Se utilizará la anestesia general en los siguientes casos:
    1. Evidencia clínica o de laboratorio de trastornos de la coagulación.
    2. Eclampsia y Síndrome HELLP.
    3. Choque materno.
    4. Indicación clínica por enfermedad materna.
d) Administrar en todos los casos medicamentos antagonistas del receptor H2 (Ranitidina), o inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol), para la prevención de neumonitis por bronca aspiración de contenido gástrico.
e) Administrar en todos los casos medicamentos antieméticos.
f) Realizar en todos los casos volumen de precarga con cristaloides o coloides, a razón de 10 ml x Kg de peso corporal, con el fin de reducir el riesgo de hipotensión materna.
g) En cesáreas con bloqueo regional se mantendrá monitorización continua de oximetría de pulso, presión arterial no invasiva en ciclos de 1 minuto y ECG, durante la inducción, mantenimiento y la recuperación.
h) Colocar la mesa de operaciones con una inclinación de 10 – 15 ° para reducir el riesgo de hipotensión materna.

8.2.3 Procedimientos técnicos en la realización de la cesárea.

a) En casos de indicación de cesárea por sufrimiento fetal agudo, verificar signos de vida fetal antes de iniciar la cesárea.
b) En casos de indicación de cesárea por periodo expulsivo demorado, realizar tacto vaginal en sala antes de iniciar la cesárea.
c) En toda cesárea deben participar como mínimo, dos operadores, uno de los cuales siempre será especialista en ginecobstetricia y de acuerdo a las condiciones locales, el ayudante debe ser un especialista en ginecobstetricia en caso de no contar puede ser un especialista de cirugía general, o residente de ginecoobstetricia.
d) Utilizar la técnica de apertura del abdomen, que mejor se acomode al cirujano actuante de acuerdo a su experiencia y habilidad.
e) No es necesario el cambio de bisturí para la apertura de los planos profundos ya que no se ha demostrado que disminuya el riesgo de infección de la herida operatoria.
f) Realizar la incisión media infra umbilical en casos de Preclampsia severa, Eclampsia y Síndrome HELLP, con la finalidad de garantizar la exploración hepática, aun cuando se haya realizado previamente a la cesárea una ecografía.
g) Se procede a la separación digital de la vejiga ampliando campo de apertura del segmento uterino. Realizar Incisión uterina con bisturí y ampliación digital en sentido transversal.
h) El clampaje del cordón umbilical será, siempre que sea posible, después de cesar el latido del cordón.
i) Realizar el alumbramiento mediante tracción controlada del cordón umbilical, previa administración de 5 – 10 UI de oxitocina por vía EV.
j) Realizar histerorrafia en dos planos de sutura continua con cromado 0, ácido poliglicólico. No es necesario el cierre del peritoneo visceral y parietal.
k) Sutura del tejido celular subcutáneo cuando el grosor sea de 5 cm, o más.
l) El cierre de la piel puede realizarse con sutura subdérmica.

8.3. PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

a) El neonatológo/pediatra debe estar presente en todas las cesáreas.
b) El neonatológo/pediatra responsable de la atención del recién nacido en sala de operaciones realiza los siguientes procedimientos:

8.3.1 Antes del nacimiento.

a) Revisar la Historia Clínica para identificar factores de riesgo perinatal (Tabla N°4).
b) El neonatológo/pediatra/enfermera dispone de los materiales requeridos para la atención del recién nacido.
c) Asegura la manera de prevenir la pérdida de calor.

Factores de riesgo perinatal.

Tabla N° 4

En el periodo prenatal	En el periodo intraparto
Diabetes materna.	Cesárea de emergencia.
Hipertensión inducida por el embarazo.	Parto instrumentado.
Hipertensión arterial crónica.	Trabajo de parto prematuro o precipitado.
Anemia o sensibilización al Rh.	Distocia de presentación
Hemorragia del segundo o tercer trimestre.	Corioamnionitis.
Infección materna.	Parto prolongado. • Más de 24 horas • Periodo expulsivo más de 2 horas.
Oligohidramnios o polihidramnios.	Ruptura prolongada de membranas de más de 18 horas.
Rotura prematura de membranas.	Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal (FCF).
Enfermedades maternas crónicas.	Uso de anestesia general en la madre.
Gestación pre o post término.	Hipertonía uterina.
Embarazo múltiple.	Líquido amniótico meconial.
Muerte fetal o neonatal previa.	Prolapso del cordón.
Embarazos pre término previos.	Desprendimiento prematuro de la placenta o placenta previa con sangrado.
Abuso de sustancias por parte de la madre.	Administración de narcóticos a la madre en las 4 horas previas al parto.
Tratamiento con fármacos como: Litio, magnesio, bloqueadores adrenérgicos, etc.	Sangrado intraparto significativo.
Malformaciones fetales.	
Actividad fetal disminuida.	
Edad materna < 16 o > 35 años.	
Retardo del crecimiento intrauterino.	
Embarazo no controlado o con menos de 6 controles prenatales.	

8.3.2 Después del nacimiento.

a) Valora condición inmediata del RN.
b) Si está en condiciones adecuadas aplica los procedimientos en la atención del recién nacido sano por cesárea en sala de operaciones después de esperar 30 segundos para realizar el corte del cordón umbilical por parte del cirujano.
c) Previene la pérdida de calor.
d) Realiza el contacto inmediato, piel-piel, con la madre si las condiciones de ambos los permiten, tratando de iniciar la lactancia materna precoz.
e) Si el contacto con la madre no es posible, hacerlo con el padre si está presente.
f) Aplica la valoración mediante el puntaje de APGAR.
g) Si hay signos de depresión del RN, el cirujano pinza inmediatamente el cordón y entrega el RN al responsable de su atención.

8.3.3 **Procedimientos en la atención del recién nacido sano por cesárea en sala de operaciones.** Fuente: Resolución N° 92-GCPS-ESSALUD-2016, "Guía de Atención del Recién Nacido Sano en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Seguro Social de Salud – ESSALUD"

a) Identifica al neonato: registrando los datos en un brazalete plástico.
b) Hace prevención de la infección ocular
c) Aplica Vitamina K para prevención de la enfermedad hemorrágica.
d) Realiza las medidas del cuidado del cordón umbilical.
e) Realiza la somatometría, medición del peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico y registra los datos en la Historia Clínica.
f) Realiza el examen físico completo.
g) Registra los datos en la historia clínica.
h) Viste al recién nacido.
i) Toma muestra sanguínea del cordón umbilical para clasificar el grupo sanguíneo y factor Rh.
j) Si las condiciones lo permiten lo traslada para que permanezca junto a la madre de forma permanente.

8.4 PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN DURANTE EL POST OPERATORIO DE CESÁREA.

8.4.1 Procedimientos en la atención del post operatorio inmediato.

1. Retirar sonda vesical en sala de operaciones, sino ha habido complicaciones y no se requiera contabilizar el volumen urinario.
2. Vigilancia en la sala de recuperación durante 2-4 horas por el médico responsable del área.
3. De ser posible en la sala de recuperación, el recién nacido debe permanecer junto con la madre, iniciando la lactancia materna con apoyo profesional.
4. Se vigilará durante la estancia:
   a) Estado de la involución y contractilidad uterina (presencia del globo de seguridad).
   b) Características y cuantía del sangrado vaginal.
   c) Control del estado de conciencia si recibió anestesia general.
   d) Control de la regresión del bloqueo neurológico si anestesia regional.
   e) Saturación de oxígeno.
   f) Frecuencia cardiaca (FC) y tensión arterial (PA) cada 15 minutos las primeras dos horas y cada 30 minutos las siguientes dos horas.
   g) Temperatura cada hora.
   h) Diuresis horaria. Estado de vaciamiento de la vejiga, control de la micción espontánea.

i) Si es posible monitorización continua de electrocardiograma.
j) Vigilancia de la intensidad del dolor.
k) Continuar y mantener las indicaciones realizadas por el médico gineco-obstetra

8.4.2 Procedimientos en la atención del post operatorio tardío.

a) Comenzar la alimentación oral con líquidos en cuanto la paciente manifieste el deseo de beber o comer.
b) Iniciar la deambulación asistida entre 8 – 12 horas de acuerdo a la evolución de la paciente respecto a la recuperación de sensibilidad y motricidad.
c) Control de las funciones vitales cada 6 horas.
d) Orientación y apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.
e) Administración de analgésicos por indicación médica en las primeras 24 horas y después según demanda de acuerdo al grado de dolor.
f) Orientación/consejería en planificación familiar para que opte por un método anticonceptivo.
g) Alta hospitalaria entre 48-72 horas.

8.4.3 Procedimientos en la realización de las orientaciones al alta.

a) Orientar asistencia a consulta médica a los de 7 días, conjuntamente con el recién nacido.
b) Orientación para el mantenimiento de lactancia materna exclusiva.
c) Medidas de higiene personal para la prevención de infecciones.
d) Cuidado de la herida operatoria y signos de alarma (tabla N°5).
e) Proveer suplementos nutricionales, hierro y vitaminas. Alimentación balanceada de acuerdo a la realidad cultural de la familia.
f) Apoyo emocional en caso de pérdida fetal. Descartar signos de depresión post parto mediante aplicación del Test de Edimburgo.
g) Orientación/Consejería sobre métodos de planificación familiar y provisión del método elegido.
h) Entregar certificado único de Identidad (CUI).
i) Estimular los vínculos afectivos y el apego, autoestima y autocuidado.
j) Entregar contenidos educativos.
k) Orientación para la identificación temprana de signos de alarma de la puérpera y el recién nacido.

Tabla N° 5

SIGNOS DE ALARMA POST CESÁREA DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO	
MATERNOS	RECIÉN NACIDO
• Fiebre de más de 38 grados. • Secreción vaginal con mal olor. • Sangrado vaginal después de 7 días. • Dolor, enrojecimiento y/o calor en las mamas. • Dolor, enrojecimiento, calor en y/o secreción en la herida quirúrgica. • Molestias urinarias. • Pérdida de conocimiento y/o convulsiones en las primeras 48 horas. • Coloración amarilla de piel y/o escleróticas.	▪ No puede mamar o mama mal. ▪ Vomita todo lo que mama. ▪ Abdomen distendido ▪ Tiene calentura o se pone frio. ▪ Se mueve poco o se ve mal (letárgico). ▪ Secreción purulenta en los ojos. ▪ Secreción purulenta o enrojecimiento en el ombligo. ▪ Sangre en las heces. ▪ Está irritable. ▪ Coloración de la piel ictericia (amarilla). ▪ Se pone azul (cianosis) y/o respira mal ▪ Palidez marcada. ▪ Tiene convulsiones.

• Dolor en el bajo vientre con o sin fiebre. • Cefalea persistente. • Malestar general. • Apatía, llanto frecuente	▪ Orina 3 veces al día o menos
Vigilar síntomas de Depresión Post Parto. • Agitación e irritabilidad o ansiedad considerable. • Pérdida de concentración y energía. Dificultad para dormir. • Ser incapaz de cuidarse a sí misma o el recién nacido. Temor a quedarse sola con él bebe. • Preocupación extrema por él bebe o tener poco interés en él. • Pensamientos de muerte o suicidio	

Fuente: NTS N° 105-MINSA-DGSP "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna"
NTS N° 106-MINSA-DGSP "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Neonatal

IX. DE LAS ACCIONES PARA LA REDUCCIÓN DE LA CESÁREA BASADAS EN LA PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE CESÁREA.

9.1 Toda indicación de cesárea por una **causa relativa**, debe estar avalada por la decisión de una junta médica o una segunda opinión, en base a lo estipulado por las Guías de Práctica Clínica. La segunda opinión será entre dos médicos gineco obstetras.

En las condiciones en la que sólo exista un médico especialista en el servicio de emergencia obstétrica, debe establecerse la interconsulta con un segundo médico especialista, utilizando cualquier medio de comunicación disponible

9.2 Toda indicación de cesárea electiva programada se realizará a partir de las 39 semanas de gestación, salvo que exista una indicación materna o fetal que justifique la interrupción del embarazo antes de este tiempo de gestación.

9.3 Implementar las acciones para el parto humanizado, que favorezcan un clima de relación adecuado con la gestante en trabajo de parto y eviten aspectos relacionados con la violencia obstétrica, las acciones a implementar serían:

a) Dar la bienvenida de manera cordial, presentarse y explicar su función durante la atención del trabajo de parto.
b) Transmitir seguridad y confianza.
c) La paciente en trabajo de parto normal tendrá libertad de posiciones y movimiento, debe incentivar la deambulación y posición de pie o sentada durante el periodo de dilatación.
d) Solo se realizarán las intervenciones médicas mínimas que garanticen el control del bienestar fetal y materno.
e) Ofrecer información de manera que sea comprendida por la paciente, explicando las características de la evolución de su parto.
f) La atención debe estar centrada en la mujer y no en el funcionamiento de los equipos.
g) El trabajo de parto normal no requiere de monitorización continua que limite la posibilidad de la mujer de adoptar diferentes posiciones.
h) Solicitar consentimiento ante todo procedimiento que sea necesario realizar.
i) Caso de estar presente un acompañante, orientar su participación y colaboración.

9.4 En toda gestante con cesárea anterior debe proponerse la posibilidad de parto vaginal, si cumple con los criterios que permitan su realización.

9.5 En toda gestante en trabajo de parto se recomienda un partograma de la fase activa con una línea de acción de cuatro horas para monitorear el progreso del trabajo de parto. (Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia)[2].

9.6 De la indicación por Desproporción Céfalo Pélvica (DCP).

Toda cesárea con indicación de DCP, debe tener realizada previamente una prueba de trabajo de parto, **excepto** en las siguientes condiciones:

a) Peso fetal calculado de 4000 gramos o más.
b) Medida del conjugado obstétrico menor de 11 cm.
c) Angulo sub púbico menor de 80°

9.7 De la indicación por **trabajo de parto prolongado o trabajo de parto disfuncional**. La indicación se considera justificada cuando:

a) Se ha mantenido una dinámica uterina (DU), efectiva durante al menos 8 horas.
b) Se ha realizado amniotomía y conducción con oxitocina si la DU no es adecuada.
c) Si la fase activa dura más de 12 horas en primíparas u 8 horas en multíparas[3].
d) Uso del partograma con una línea de acción de 4 horas, recomendación 1a[4].
e) Duración del periodo expulsivo de más de 2 horas en nulíparas, tanto si tienen anestesia epidural, como si no.
f) Duración del periodo expulsivo de más de 1 hora en multíparas, tanto si tienen anestesia epidural, como si no[7-8].
g) El periodo de evolución en horas es sostenido siempre que no existan condiciones que expresen un Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal (RPBF).

9.8 De la indicación por **fracaso de la inducción del parto,** que se considera que ha fallado en las siguientes circunstancias:

a) Cuando después de un mínimo de 12 horas con dinámica uterina adecuada, bolsa amniótica rota y administración de oxitocina a dosis máxima, no se ha alcanzado una dilatación de 4 cm.
b) No se logra, después de 24 horas de administración de oxitocina, un patrón regular de contracciones uterinas, cada 3-5 minutos, en pacientes con maduración cervical finalizada y rotura artificial de membranas.
c) La inducción no debe darse como fracasada en la fase latente al menos que se haya administrado **oxitocina durante al menos 24 horas o durante 12 horas después de la amniotomía**[5].

9.9 De la indicación por **Rotura Prematura de Membranas (RPM),** en embarazos de 34 semanas o más de gestación e inducción del parto.

a) Las condiciones para dar por fracasada la inducción en ausencia de otras complicaciones maternas o fetales son las establecidos en el numeral 6.3

---

[2] Recomendaciones de la OMS para la Conducción del Trabajo de Parto. Organización Mundial de la Salud. 2015 Disponible en: www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

[3] Guías de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. 2014

[4] Guía de Práctica Clínica sobre la Atención del Parto Normal pp 89. Ministerio de Sanidad y Política Social. España 2010. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf

[5] Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, et al. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstet Gynecol 2012; 120:1181.
Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548444/

b) Teniendo en cuenta que en el 60-95% de casos de RPM a término el parto se desencadenará de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas y el amplio margen de finalización reportado en la literatura, se recomienda el inicio de la inducción del parto después de 12 horas y antes de las 24 horas desde la RPM[6].

c) Si la inducción no responde luego de 6 horas, considerar como inducción fallida[1].

9.10 De la indicación por **corioamnionitis,** la cual requiere las siguientes consideraciones:

1. El diagnóstico de corioamnionitis, **NO es una indicación de cesárea urgente,** sino que, si se prevé una buena evolución del parto, éste puede proseguir siempre que sea bajo cobertura antibiótica y sometiendo al feto a vigilancia continuada[7].
2. La cesárea está indicada si en 6 horas no hay inicio de fase activa de parto.
3. Terminar el embarazo si aparecen signos de riesgo de pérdida del bienestar fetal (**RPBF)** o signos del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS)[8], en la gestante tales como:
    a) Temperatura > 38 °C o < 36°C.
    b) Frecuencia cardiaca > 90 latidos /minuto.
    c) Frecuencia respiratoria > 20 respiraciones /min. o pCO2 < 32 mmHg.
    d) Leucocitos > 12,000/mm3 o < 4,000/mm3
    e) Formas inmaduras > 10%.

9.11 De la indicación por **oligoamnios,** se considera la realización de cesárea si:

a) Se ha descartado el diagnóstico de RPM.
b) Embarazos post término con signos de insuficiencia placentaria.
c) Monitoreo fetal con signos de riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF).
d) Doppler positivo.
e) No hay respuesta positiva a la inducción del parto después de 8 horas en gestantes con índice de líquido amniótico (ILA) < 5 cm.

9.12 De la indicación por macrosomía fetal, los criterios de cesárea electiva, previa valoración clínica integral de la relación feto pélvica, serian:

a) Primípara con peso fetal estimado de 4000 gramos o más en **dos** estudios ecográficos.
b) Multípara con peso fetal estimado de 4500 gramos o más en **dos** estudios ecográficos.

Preferiblemente, realizados los estudios ecográficos por dos profesionales diferentes.

9.13 De la indicación por **retardo del crecimiento intrauterino (RCIU),**

a) Solo es criterio de cesárea electiva, en presencia de condiciones de RPBF o pruebas de bienestar fetal patológicas.
b) Los fetos con Doppler Tipo I y embarazo mayor de 37 semanas son tributarios de inducción del parto[9].
   Características del Doppler Tipo I
    1. Relación cerebro/placenta < P5

[6] Rotura Prematura de membranas a término y pretérmino. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/rotura/prematura/membranas.
[7] Sospecha de Corioamnionitis y Corioamnionitis clínica. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/corioamnionitis.
[8] American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Crit Care Med. 1992 Jun;20(6):864-74. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1597042
[9] Pimiento LM, Beltrán MA, Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80(6): 493 – 502. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n6/art10.pdf

2. IP arteria umbilical > P95
3. IP de la arteria cerebral media (ACM) < P5
4. IP de arterias uterinas > P95

9.14 De la indicación por **circular del cordón umbilical.**

a) La evidencia disponible en la actualidad no soporta de manera consistente la asociación entre la presencia de circular de cordón fetal y resultados perinatales adversos mayores, al compararlos con fetos sin circular de cordón. Existe algún riesgo en situaciones especiales como las múltiples vueltas de cordón y la circular ajustada al cuello. **No hay evidencia que soporte la realización de cesárea ante la presencia de circular única en nuca fetal[10].**
b) Esta investigación[11] muestra claramente que un niño que presenta circular de cordón laxo no muestra cambios significativos en la frecuencia cardiaca fetal. Sin embargo, los que presentan un circular de cordón apretado presentan Dips tipo II de gran amplitud.
c) El profesional que realiza la ecografía NO debe referir a la paciente para la realización de cesárea.

X.- COMITÉ DE CESÁREAS

Los Comités de Análisis de Cesáreas están constituidos en las Redes Asistenciales, Prestacionales y en las IPRESS que realicen cesáreas. El Comité de Análisis de Cesáreas propone e incentiva las acciones, para lograr la calidad de la indicación y la seguridad en la realización de la intervención cesárea.

10.1 CONFORMACION DE LOS COMITÉS DE ANÁLISIS DE CESÁREAS (CAC).

En las Redes Asistenciales/Prestacionales con IPRESS en las que se realicen cesáreas deben tener conformado el respectivo comité de análisis de cesáreas.

10.2 DE LAS ACTIVIDADES DE LOS COMITÉS.

10.2.1 Actividades del Comité Nacional

a) Analizar en el ámbito nacional, mediante los reportes de los comités de Redes Asistenciales y Prestacionales las tendencias y resultados de la operación cesárea con frecuencia trimestral de manera ordinaria y cuando la situación lo precise de forma extraordinaria.
b) Precisar las tendencias en el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de la cesárea.
c) Informar y proponer las acciones para la mejora de los procesos prestacionales y administrativos u otras de acuerdo a las conclusiones de los análisis realizados.
d) Capacidad de brindar asistencia técnica en situaciones de incremento inusual de cesáreas a nivel de Redes Asistenciales, Redes Prestacionales o IPRESS, para realizar el diagnóstico situacional y propuesta de acciones.
e) Las sesiones ordinarias del Comité tendrán una frecuencia trimestral.

---

[10] Bustamente-Zuloaga, C. et. al. Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto. Revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol 2011;62:315-320
Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n4/v62n4a04.pdf

[11] Romero Salinas G, et. al. La frecuencia cardiaca en fetos con circular de cordón. Clin Invest Gin Obst. 2013;40(5):207---212. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S02105.

10.2.2 Actividades del Comité de Red Asistencial/Red Prestacional(RP).

a) Analizar en el ámbito de la Red, mediante los reportes de los comités de Redes Asistenciales las tendencias y resultados de la operación cesárea.
b) Evaluar el desempeño de los Comités de Cesárea de las IPRESS de la Red.
c) Participar de manera aleatoria en las reuniones de los comités a nivel de las IPRESS de la Red, cuando lo considere necesario de acuerdo al comportamiento del indicador de cesáreas.
d) Elaborar y enviar informes de lo actuado, mediante el formato expresado en el Anexo 3, al Comité Nacional de Cesáreas.
e) Las RA/RP en las que se realicen más de 1000 cesárea anuales elaboraran y enviaran, mensualmente, su correspondiente informe al comité nacional.
f) Las RA/RP en las que se realicen menos de 1000 cesárea anuales elaboraran y enviaran, con frecuencia bimestral, su correspondiente informe al comité nacional.
g) El Comité de Análisis de la Cesáreas de la RA/RP, realizará trimestralmente reuniones técnicas con los responsables de los CAC de todas las IRESS en su jurisdicción, con la finalidad de realizar un análisis cualitativo y epidemiológico del comportamiento de la indicación de cesárea en la Red, emitiendo un informe técnico que exprese las acciones a desarrollar con la finalidad de mejorar el proceso de indicación de la cesárea en su ámbito de atención.
h) El informe técnico elaborado por el CAC de la Redes debe ser enviado al Gerente de Red Asistencial con copia a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
i) El comité de la RA/RP se constituirá en las IPRESS, con la finalidad de brindar asistencia técnica y gerencial, cuando lo consideren necesario de acuerdo al comportamiento de la indicación de la cesárea.

10.2.3 Actividades de los comités de IPRESS Hospitalarias

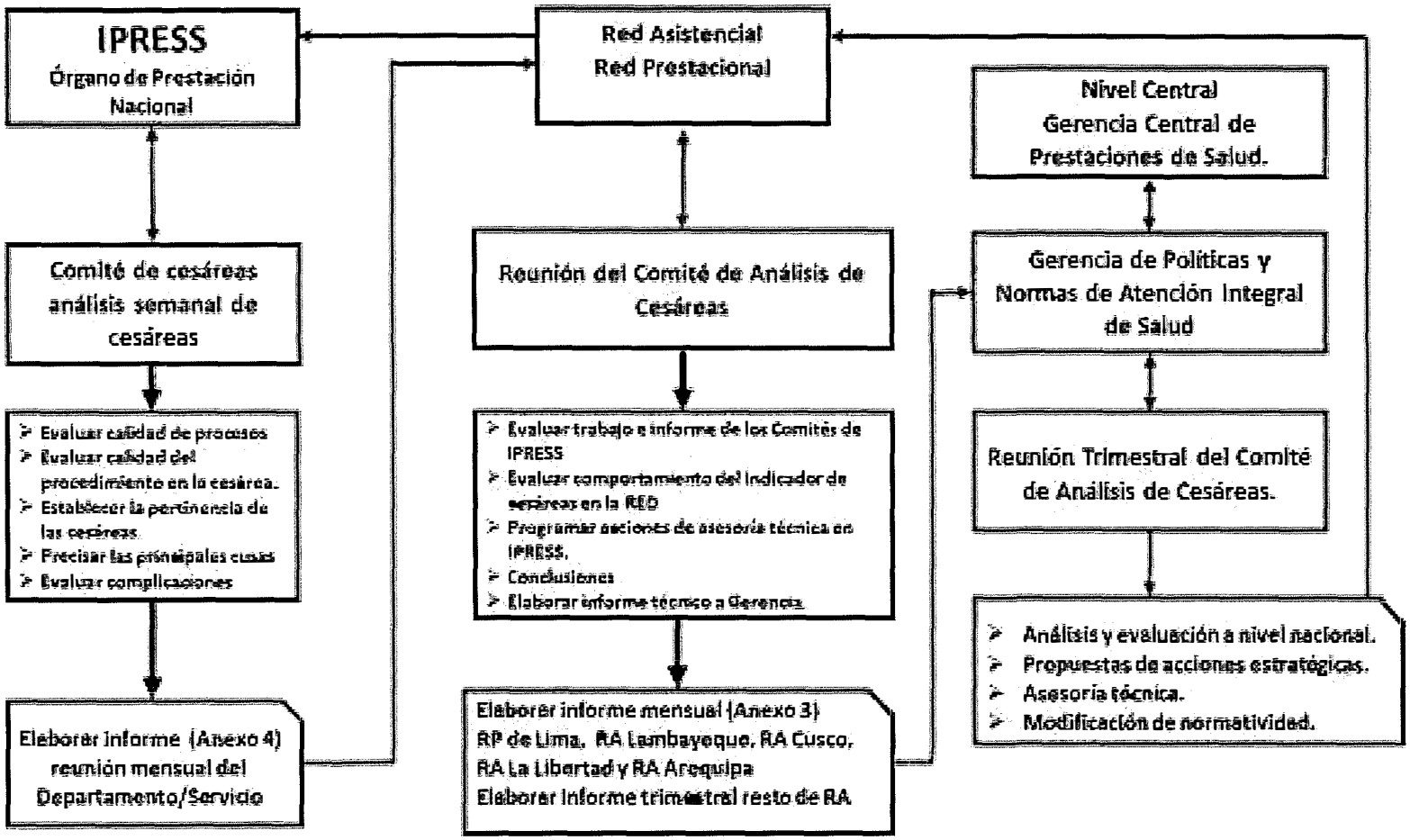
a) Evaluar, de acuerdo a lo establecido, el cumplimiento de los procedimientos preoperatorios para la indicación de la cesárea, procedimientos en la aplicación de la anestesia, técnica quirúrgica, manejo del post operatorio inmediato y tardío y las indicaciones/orientaciones al alta de la paciente que incluye orientación en métodos de Planificación Familiar.
b) Elaborar mensualmente el informe de análisis sobre el comportamiento de la indicación y calidad de la cesárea, el cual incluirá un conjunto de conclusiones y recomendaciones.
c) El CAC de la IPRESS realiza coordinaciones con las Oficinas de Calidad y Epidemiología para realizar el análisis de los Eventos Adversos e Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, vinculadas a la indicación y realización de la cesárea.
d) El CAC de la IPRESS debe promover la participación del personal en formación; residentes de ginecobstetricia e internos de medicina, en el trabajo de análisis de la cesárea, como parte de su proceso de formación profesional.
e) El CAC de la IPRESS debe promover y asesorar, eventualmente, la realización de investigaciones sobre la indicación de cesárea.
f) El comité de análisis de cesárea de la IPRESS, deben establecer la pertinencia de la cesárea, como mínimo, del 10% de las cesáreas electivas con indicaciones relativas (ítem 6.1.2), realizadas durante el mes que se informa.
g) El comité de análisis de cesárea de la IPRESS, debe establecer la pertinencia, como mínimo, del 15% de las cesáreas de emergencia con indicaciones relativas (ítem 6.1.2), realizadas durante el mes que se informa.
h) El informe de actividades será elaborado según el formato establecido en el anexo N°4.
i) Establecer la pertinencia de la indicación de la cesárea, utilizando el formato establecido en el anexo N°4.

j) Identificar las principales indicaciones de cesárea en la IPRESS.
k) El informe del CAC de la IPRESS, será evaluado en primera instancia con el Jefe del Departamento/Servicio/Encargado de Ginecología y Obstetricia, con copia al director de la IPRESS
l) El Gerente /Director de la IPRESS remitirá el informe del CAC al responsable ejecutivo de la Sub gerencia de Operaciones de la RA/RP; el que remitirá al responsable ejecutivo del Comité de Análisis de Cesáreas de la Red.
m) Participar en la evaluación de la morbilidad materna extrema y mortalidad materna y neonatal, casos en que el parto haya sido por cesárea.





10.3- DIAGRAMA DE FLUJO DEL ANÁLISIS INSTITUCIONAL DE LA CESÁREA.



VºBº M. MASCARO C. Sub Gerente ESSALUD
VºBº Dr. W. UGALDE Gerente ESSALUD

XI.- GLOSARIO DE TERMINOS

11.1 Cesárea Primaria: Es la que se realiza a una mujer por primera vez.

11.2 Cesárea Iterativa: Es la cesárea que se realiza en una gestante con el antecedente cesárea previa.

11.3 Cesárea electiva: Es la cesárea que se realiza en gestantes portadora de una patología materna o fetal que contraindica o no permite un parto por vía vaginal. Es una intervención programada, generalmente antes del inicio del trabajo de parto, salvo condiciones excepcionales en la salud de la madre o el feto, se realiza a partir de la semana 39 de gestación.

11.4 Cesárea en condición de emergencia: La que se realiza por un problema agudo, materno o fetal, que no admite un tiempo de espera, entre la indicación y el inicio de la intervención, mayor de 30 minutos.

11.5 Cesárea de urgencia: La que se realiza por un problema materno o fetal que admite un tiempo de espera, entre la indicación y el inicio de la intervención, mayor de 30 y menor de 75 minutos.

11.6 Cesárea en el curso del trabajo de parto: La que se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Las que incluyen: desproporción céfalo-pélvica, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto detenido, incluye condiciones que ponen en riesgo el bienestar fetal. Puede no existir riesgo inminente para la madre o el feto.

11.7 Embarazo en adolescentes: Es el embarazo que se produce en mujeres adolescentes se clasifica en: Adolescencia temprana, es aquel que ocurre en menores de 15 años. Adolescencia tardía, es aquel que ocurre en las adolescentes de 15 años a más.

11.8 Comité: Conjunto de personas encargada de un asunto (Real Academia Española).

11.9 Condiciones obstétricas desfavorables: Condiciones en las que ninguna por si sola justificaría una cesárea, pero que coincidiendo en una paciente justifican la indicación de cesárea.

11.10 Cesárea asociada a daño: Cuando por la técnica de realización de la cesárea, o la oportunidad de la indicación se produce un daño a la madre y/o el feto.

11.11 Acciones previas completas: Fueron realizadas todas las acciones sin lograr modificar las condiciones maternas y/o fetales que condicionaban la posible indicación de cesárea**.**

11.12 Acciones previas incompletas: No fueron realizadas todas las acciones posibles para modificar las condiciones que conllevaron a la realización de la cesárea.

11.13 Indicación de cesárea justificada: En el momento de la indicación están presentes signos y/o síntomas que de manera inequívoca expresan la validez clínica del diagnóstico.

11.14 Indicación de cesárea no justificada: En el momento de la indicación no están presentes los criterios clínicos que confirman el diagnóstico que motivo la indicación.

11.15 Indicación precoz de cesárea: En el momento y circunstancia en que se indica no existía evidencia de posibilidad inmediata de daño materno y/o fetal.

11.16 Indicación tardía de cesárea: Por errores de interpretación, observación, vigilancia o seguimiento, en el momento y circunstancia no se pudo evitar la ocurrencia de un daño materno y/o fetal.

11.17 Indicación oportuna: Se indica en el momento y circunstancia en que es posible prevenir un daño materno y/o fetal.

11.18 Indicación pertinente de la cesárea: Cuando la realización de la cesárea cumple las condiciones de: Indicación justificada, Indicación oportuna, No hay daño materno o fetal inherente al procedimiento.

11.19 Indicación no pertinente de la cesárea: Cuando el procedimiento no cumple los criterios de pertinencia establecidos.

11.20 Pertinencia: Es la cualidad de una acción cuando se considera como procedente y correcta porque esta adecuada con los hechos y el contexto en que estos se producen.

11.21 Segunda opinión en la indicación de cesárea: Cuando el médico que decide la intervención consulta y consensua la indicación con otro médico de igual o mayor nivel jerárquico o experiencia.

11.22 Consentimiento informado: Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento por el paciente o su representante legal y el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia.

11.23 Parto humanizado: Es el parto en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar, de tal forma que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria, para servir las necesidades individuales y deseos particulares de la mujer, de tal forma que sean partícipes activas de este proceso.

11.24 Violencia Obstétrica: Comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres

XII.- INDICADORES

A) ORIENTACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Indicador	Descripción del Indicador	Construcción	Rango	Periodicidad
Total de nacimientos	Considerar el total de nacimientos con 500 g o más de peso al nacer, sean nacidos vivos o nacidos muertos Los embarazos múltiples cuentan tantos nacimientos como fetos haya.	Anotar el número total de nacimientos con Feto vivo + feto muerto	Número entero	Mensual
Total de nacidos vivos	Considerar el total de nacimientos con 500 g o más de peso al nacer, con feto vivo al nacer, independientemente del tiempo de vida si fallece posteriormente.	Anotar el número total de nacimientos con feto vivo	Número entero	Mensual
Total de partos	Incluye partos vaginales y cesáreas, con fetos vivos y muertos al nacer con 500 g o más de peso al nacer. Los embarazos múltiples se cuentan como UN solo parto independiente del número de fetos.	Anotar el número total de partos: Partos vaginales + Cesáreas	Número entero	Mensual
Índice de cesárea primaria	Es la que se realiza a una mujer por primera vez.	Número total de cesáreas primarias / Número total de cesáreas	X 100	Mensual
Índice de cesárea iterativa	Es la cesárea que se realiza en una gestante con el antecedente de una o más cesáreas previas.	Número total de cesáreas iterativas / Número total de cesáreas	X 100	Mensual
Índice de cesárea electiva	Es una intervención programada, antes del inicio del trabajo de parto, que salvo condiciones excepcionales en la salud de la madre o el	Número total de cesáreas electivas / Número total de cesáreas	X 100	Trimestral

	feto se realizará a partir de la semana 39 de gestación.			
Índice de cesárea de emergencia	La que se realiza por un problema agudo, materno o fetal, que **no** admite un tiempo de espera, entre la indicación y el inicio de la intervención, mayor de 30 minutos.	Número total de cesáreas de emergencia / Número total de cesáreas	X 100	Trimestral
Índice de cesárea	Es la relación, medida en porcentaje entre el número total de cesáreas (primarias + iterativas), y el total de partos	Número total de cesáreas primarias + iterativas / Número total de partos	X 100	Trimestral
Índice de parto vaginal en gestante con una cesárea anterior	Relación entre el número de partos vaginales en pacientes con antecedente de una cesáreas y el total de gestantes operadas por una cesárea anterior + las que tuvieron un parto vaginal con el antecedente de una cesárea.	N° de partos vaginales en gestantes con cesárea anterior / gestantes con cesárea anterior con parto actual vaginal + gestantes con cesárea anterior con parto actual por cesárea	X 100	Trimestral

B) INDICADORES DEL TOTAL DE CESAREAS EVALUADAS

Indicador	Descripción del Indicador	Construcción		Rango	Umbral	Periodicidad
Cesárea justificada.	Cesárea que el momento de la indicación están presentes los criterios clínicos establecidos para la entidad que constituye la causa principal de la intervención.	N° de cesáreas consideradas justificadas / Total de cesáreas evaluadas (1)		X 100	80%	Mensual
Cesárea oportuna.	La cesárea se realizó en el momento preciso para prevenir el daño, según los	N° de cesáreas consideradas oportunas		X 100	50%	Mensual

	criterios de las **"Categorías de la emergencia de la cesárea"**	Total de cesáreas evaluadas (1)				
Cesárea con procedimiento correcto.	La técnica quirúrgica y/o anestésica es adecuada respecto a la entidad que motivó la indicación. No hubo prolongación injustificada del tiempo de realización de la cirugía.	N° de cesáreas con procedimiento correcto / Total de cesáreas evaluadas (1)		X 100	80%	Mensual
Cesárea con pertinencia completa.	La que cumple con los siguientes criterios: 1. Indicación: JUSTIFICADA 2. Decisión: OPORTUNA 3. Acciones previas: COMPLETAS 4. Procedimiento quirúrgico y/o anestésico: CORRECTOS 5. Resultado: SIN DAÑO	N° de cesáreas con pertinencia completa / Total de cesáreas evaluadas (1)		X 100	70%	Mensual

(1)

(2) 10% de las cesáreas electivas con indicaciones relativas (ítem 6.1.2), realizadas durante el mes que se informa más el 15% de las cesáreas de emergencia con indicaciones relativas (ítem 6.1.2), realizadas durante el mes que se informa.

XIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

13.1 American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Crit Care Med. 1992 Jun;20(6):864-74. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1597042.

13.2 Bustamente-Zuloaga, C. et. al. Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto. Revisión de la literatura. Rev. Colomb Obstet Ginecol 2011; 62:315-320. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n4/v62n4a04.pdf.

13.3 Comisionado por National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Publicado por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), England, 2011. Guideline development methodology. Caesarean section. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.
Flamm B, Geiger A. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. Obstet Gynecol. 1997;90(6):907-10. 15. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse. Disponible en : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9397100

13.4 Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Resolución N°53-IETSI-ESSALUD-2017: Guía de Práctica Clínica de Profilaxis Antibiótica en procedimientos quirúrgicos. http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/RS-53-IETSI-ESSALUD-2017.pdf.

13.5 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.

13.6 Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. 2014. Guías de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología

13.7 Instituto Nacional Materno Perinatal Guías de Práctica Clínica Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal – 2010.

13.8 Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. Rotura Prematura de membranas a término y pretérmino. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/rotura/prematura/membranas.,

13.9 Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu Universitat de Barcelona. Sospecha de Corioamnionitis y Corioamnionitis clínica. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/corioamnionitis

13.10 Hospital San Bartolomé. Departamento de Ginecobstetricia Hospital San Bartolomé – 2012. Guías de Práctica Clínica.

13.11 Hospital María Auxiliadora Guías de Práctica Clínica para la Atención de emergencias obstétricas. Hospital María Auxiliadora – 2010.

13.12 Hospital Santa Rosa – 2010. Guías de Práctica Clínica Servicio de Medicina Materno Fetal. Hospital Santa Rosa – 2010.

13.13 Organización Mundial de la Salud. 2015.Recomendaciones de la OMS para la Conducción del Trabajo de Parto. Disponible en: ww.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es. Pdf.

13.14 Ministerio de Salud-MINSA. Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en establecimientos de Salud. RM N° 853-2012/MINSA. 24 de octubre de 2012.

13.15 Ministerio de Sanidad y Política Social. España 2010. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención del Parto Normal pp 89. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf

13.16 Ministerio de Salud de Chile. Guía Perinatal 2015. Disponible en: web.minsal.cl/sites/.../GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf

13.17 Romero Salinas G, et. al. La frecuencia cardiaca en fetos con circular de cordón. Clin Invest Gin Obst. 2013;40(5):207---212. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S02105.

Pimiento LM, Beltrán MA, Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80(6): 493 – 502. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n6/art10.pdf.

13..18 Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, et al. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstet Gynecol 2012; 120:1181. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548444/

13.19 Serra B. Mallafré J., Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus. Quinta Edición. 2014 Elsevier, Barcelona. España. Disponible en: www.redlagrey.com/files/Protocolos.de.Obstetricia.y.Medicina.Perinatal.pdf

13.20 Secretaria de Salud de Gobierno Federal México. 2013. Parto después de cesárea Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_605_13_PARTODESPUESDECESAREA/605GER.pdf

13.21 Secretaria de Salud de México. 2002. Dirección general de Salud Reproductiva Cesárea Segura. Lineamiento Técnico. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf.

13.22 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) 2010. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Disponible en: www.sego.es

XIV.- ANEXOS

ANEXO N° 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN CESÁREA.

YO_____
Identificado(o) con DNI / Pasaporte / Carné de extranjería N°_____
En mi condición de paciente (Padre, Madre, Representante Legal), del (de la) de la paciente;
_____ Con Historia Clínica N°_____,
Autorizo al (los) médico(s):
Dr. (a) _____ a practicar el procedimiento médico quirúrgico que consiste en: UNA OPERACIÓN CESÁREA.
Habiendo sido(a) informado(a) y recibido explicación de lo siguiente:

1. La cesárea es una intervención quirúrgica obstétrica que se lleva a cabo para la extracción del feto y la placenta a través del abdomen.

2. La necesidad de realizar la cesárea se debe a que las condiciones actuales de mi embarazo y/o parto no permiten que el parto sea por la vía vaginal, o es presumible que el parto por esta vía represente un mayor riesgo de daño y/o muerte para la madre o el feto, y que, por lo tanto, no existe otra alternativa de tratamiento o procedimiento que ofrezcan una mayor seguridad para mi futuro hijo y para mí.

3. Me ha explicado que la cesárea no está libre de complicaciones como: hemorragia, endometritis (infección del útero), que en ocasiones puede derivar a otras condiciones de mayor gravedad; y excepcionalmente un riesgo de muerte; por otro lado, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, como son: fiebre, infección de la herida, dehiscencia y/o eventración después de la operación e infección urinaria.

4. Que también se pueden presentar riesgos y problemas en el recién nacido, siendo la más frecuente dificultad respiratoria, adaptación neurológica, más frecuente si es prematuro, o lesiones por dificultad en su extracción, que son más frecuentes cuando la presentación es de nalgas, transversa y en niños prematuros.

5. Que, si durante la realización de la operación surgiera algún imprevisto, el equipo médico puede tener la necesidad de modificar la técnica quirúrgica y en situaciones poco frecuente verse en la necesidad de realizar una histerectomía (extirpación del útero).

6. Para la realización de la cesárea es necesario realizar una anestesia, la que será valorada por el especialista de anestesia, y también atención del recién nacido la que será realizada por otros profesionales con la debida calificación.

7. Sobre la naturaleza, el propósito, los riesgos o consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico-quirúrgico propuesto y otros que, excepcionalmente pueden presentarse y estén relacionados con el procedimiento.

8. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias de no recibir ningún tratamiento.

9. También Yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de este procedimiento médico y quirúrgico hay riesgos inherentes a mí persona por someterme a cualquier procedimiento médico-quirúrgico como: arresto cardíaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa a drogas/medicamentos, dolor e incomodidad u otros imprevistos de otra naturaleza.

10. También he realizado las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

11. Se me ha permitido y he realizado todas las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido respondidas con claridad, que he entendido las respuestas y las considero suficientes y aceptables.

12. También entiendo que, durante el curso del presente procedimiento médico-quirúrgico, pueden ocurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) médico(s), debería realizarse una

extensión o modificación del procedimiento inicialmente programado o diferente al arriba recomendado. En mérito a ello, autorizo a no retardar o detener el(los) procedimiento(s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.

13. Finalmente autorizo que durante la operación al cual soy sometida(o), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica; porque también entiendo que los hospitales de EsSalud, como este, según su nivel de atención, son instituciones Docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre sobre el procedimiento médico-quirúrgico a que seré(a) sometido(a) mi representado(a); he procedido a suscribir de puño y letra las trece (13), declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente Consentimiento Informado.

Fecha: Día_____Mes _____Año_____ Hora: _____/_____ AM/PM
Firma del Paciente/Padre/Madre/Representante Legal con DNI/Pasaporte/Carné de Extranjería N° _____ que autoriza el procedimiento médico-quirúrgico.

_____

YO
El Dr. (a) _____ médico tratante del (de la) paciente _____con Historia Clínica N° _____
Del Servicio, Departamento de_____,Del Hospital _____
de EsSalud, internado por un cuadro de _____, a quien se le practicará la intervención quirúrgica (el procedimiento) **OPERACIÓN CESÁREA,** sobre el cual le he (hemos), puesto en conocimiento y explicado al(a la) paciente (su padre / madre / representante legal) arriba mencionado; respecto de la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos probables, posibles eventos adversos o complicaciones como consecuencia del procedimiento médico-quirúrgico al que será sometido(a); así mismo se le ha informado de los métodos alternativos de tratamiento y de los riesgos y consecuencias de no emprenderse ningún tratamiento. En fe de lo cual y en el entendido de su plena comprensión interactiva por la paciente (representante legal) de la información descrita, suscribo y firmo el presente Consentimiento otorgado.

Fecha: día: ___, mes: _____, año: _____, Hora: _____ AM/PM
Firma y sello del médico tratante: Dr. _____
N° DNI: _____, N° CMP: _____, N° RNE: _____

REVOCATORIA:

YO _____ (padre / madre / representante legal), identificado con DNI / Pasaporte / Carne de Extranjería N° _____ revoco el Consentimiento Informado otorgado, asumiendo los riesgos y consecuencias de mi decisión, respecto a la situación de mi (la) salud de mi representada (esposa / hija).
Fecha: día: _____, Mes: _____, Año: _____, Hora: _____ AM / PM
Firma y Post Firma_____

NOTA: El registro del consentimiento informado debe ser llenado por el mismo paciente o su representante legal, sin borrones o enmendaduras y con la misma letra. En la medida de lo posible las dos hojas del Formato, deben proveerse al paciente/representante legal, con el tiempo suficiente para su adecuada lectura y entendimiento, para su llenado de preferencia en presencia y/o apoyo del médico tratante. Los analfabetos podrán utilizar su huella digital (dedo índice), en lugar de la firma.

ANEXO N° 2

MATERIALES E INSUMOS REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA CESÁREA.

Fuente: Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en establecimientos de Salud. RM N° 853-2012/MINSA. 24 de octubre de 2012.

KIT DE CESÁREA.

- Dos bisturís N° 3 con hojas N° 20
- Una cánula de succión de Yankauer.
- Un juego de separadores de Farabeauff mediano.
- Una valva supra púbica Balfour.
- Dos pinzas de anillo Foerster curvas.
- Una pinza de anillo Foerster recta.
- Cinco pinzas de Backhaus o similar.
- Una pinza de disección con uña.
- Una pinza de disección sin uña.
- Una pinza de limpieza Pean larga.
- Seis pinzas de Kelly medianas curvas.
- Dos pinzas Koecher rectas.
- Dos portas agujas Mayo-Hegar mediano.
- Una tijera tipo Metzembaum medina.
- Una tijera Mayo recta.
- Una tijera Mayo curva.
- Catgut crómico 0 c/a
- Catgut crómico 1 c/a
- Catgut crómico 00 c/a
- Sutura de poliglagtina (Vicryl), 00 – 000 c/a
- Sutura de poliglagtina (Vicryl), 1 – 0 c/a
- Nylon N°3-0 (piel)

KIT PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

• Aspirador eléctrico para recién nacido. • Balanza pediátrica. • Suministro de oxígeno (Balón o empotrado). • Cánula para vía aérea de recién nacido. • Laringoscopio de hojas rectas N° 0-1. • Bolsa auto inflable para reanimación. • Servo cuna operativa o Cuna de calor radiante. • Incubadora de transporte operativa y preparada • Fuente de calor radiante. • Estetoscopio pediátrico neonatal. • Clamp para el cordón umbilical. • Gasa estéril.	• Alcohol puro (disponible). • Estetoscopio pediátrico. • Jeringa de 1cc. • Catéter venoso 23 y 25 • Sonda de aspiración 5F y 8F • Jeringa de tuberculina c/aguja 23 • Equipo de venoclisis con cámara de microgoteo. • Termómetro rectal. • Vitamina k. • Gotas oftálmicas de antibiótico. • Oxígeno disponible. • Campos calentados. • Brazalete de identificación. • Fitomenadiona. • Dextrosa la 33%

ANEXO N° 3
INFORME DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS DEL COMITÉ DE ANALISIS DE CESÁREAS. RED DE SALUD

RED ASISTENCIAL/PRESTACIONAL		
PERIODO ANALIZADO	DE: Día____ Mes_____ Año_____	A: Día____ Mes_____ Año_____

Número de IPRESS en la Red que realizan cesáreas		
Número de IPRESS en la Red que realizan cesáreas y enviaron informe del Comité local a la Red	**N°**	**%**

1.- Indicadores básicos. Total, en la Red Asistencial

Indicador	**N°**	**%**	**Indicador**	**N°**	**%**
Total de Nacimientos			Total de nacidos vivos		
Cesáreas primarias			Cesáreas de emergencia		
Cesáreas iterativas			Cesáreas electivas		
Total de cesáreas					
Cesáreas de emergencia durante el trabajo de parto					
Cesáreas de emergencia antes del trabajo de parto					
Partos vaginales en mujeres con cesárea anterior					

2.- Frecuencia de cesáreas según la Clasificación de Robson. Total, en la Red Asistencial

Grupo	**Características de las mujeres.**	**N°**	**%**
1	Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.		
2	Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.		
3	Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.		
4	Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto		
5	Multíparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.		
6	Nulípara con embarazo único en presentación podálica.		

7	Multíparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.		
8	Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.		
9	Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.		
10	Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.		
	TOTAL		

3.- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA PERTINENCIA DE LA CESÁREA. TOTAL, EN LA RED ASISTENCIAL

RUBRO	**N°**	**%**		**N°**	**%**
Cesáreas justificadas			Cesáreas injustificadas		
Con indicación precoz			Con indicación tardía		
Sin daño materno			Con daño materno		
Sin daño fetal			Con daño fetal		
Procedimiento quirúrgico correcto			Procedimiento quirúrgico in correcto		
Total de cesáreas con criterio de pertinencia					
Total, de cesáreas analizadas					

4.- INFORME DE PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA, POR CIE-10. TOTAL, EN LA RED

CIE-10	**Causa de la Indicación de Cesárea.**
Cesárea anterior	
O82	**Parto único por cesárea**
O82.0	Parto por cesárea electiva
Desproporción Céfalo – Pélvica.	
O65.1	Trabajo de parto obstruido debido a estrechez general pélvica
O65.2	Trabajo de parto obstruido debido a estrechez del estrecho superior
O65.3	Trabajo de parto obstruido debido a estrechez del estrecho inferior
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	
O14.1	Preclampsia severa.
O15	Eclampsia. En el embarazo (O15.0) en el parto (O15.1) en el puerperio (O15.2)
O14.2	Síndrome HELLP.
Trabajo de Parto Disfuncional, que incluye y especificar:	
O62.4	Distocias de la contracción uterina: Polisistolia, Hipertonía que comprometen el bienestar fetal o materno.
O62.1	Dilatación estacionaria. (Distocia cervical pasiva).
O63.1	Periodo expulsivo demorado. (Prolongación del segundo periodo del parto)
O64.0	Trabajo de parto obstruido debido a rotación incompleta de la cabeza fetal: Occipito posterior y occipito transversa, occipito sacra.

Trabajo de parto obstruido debido a mala presentación del feto:	
O64.2	Presentación de cara
O64.3	Presentación de frente/mentón
O66.4	Fracaso de la prueba de trabajo de parto.
O61.0	Inducción fallida (Fracaso de la inducción médica del parto)
Distocias de presentación / situación, que incluye:	
O32.1	Presentación podálica.
O32.2	Situación oblicua / transversa
Embarazo múltiple, con cualquier número de fetos	
O30.0	Gemelar
O30.1	Trillizos / O30.2 Cuatrillizos
O32.5	Embarazo múltiple con presentación anormal de un feto o más
Sufrimiento Fetal (Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal)	
O68.0	Bradicardia persistente.
	Taquicardia persistente
	Variabilidad mínima o ausente.
	Desaceleraciones variables
	Trabajo de parto y parto complicado por evidencia bioquímica fetal (pH fetal inferior a 7.20)
O68.8	Otras evidencias de sufrimiento fetal
	Perfil biofísico patológico
	Test estresante positivo
	Doppler patológico.
O36.5	Retardo del crecimiento fetal intrauterino (RCIU).
O41.0	Oligoamnios con bolsas integras.
O45	Desprendimiento prematuro de la placenta (DPP). Con trastorno de coagulación (O45.0)
O44	Placenta previa. Placenta con hemorragia (O44.1)
O69.0	Prolapso de cordón umbilical
O66.2	Trabajo de parto obstruido por feto grande (Macrosomía con peso más de 4500g).
	Enfermedades maternas
O35	Malformaciones fetales
	Otras causas

5.- INFORME POR IPRESS DE LA RED ASISTENCIAL DE PRINCIPALES DATOS BÁSICOS

IPRESS	INDICADOR	N°	%
Hospital 1	Total de Nacimientos		
	Total de cesáreas		
	Partos vaginales en cesárea anterior		
	Total de cesáreas Pertinentes		
	Primera causa de cesárea		
	Segunda causa de cesárea		
	Tercera causa de cesárea		
Hospital 2	Total de Nacimientos		
	Total de cesáreas		
	Partos vaginales en cesárea anterior		
	Total de cesáreas Pertinentes		

	Primera causa de cesárea		
	Segunda causa de cesárea		
	Tercera causa de cesárea		
Hospital 3	Total de Nacimientos		
	Total de cesáreas		
	Partos vaginales en cesárea anterior		
	Total de cesáreas Pertinentes		
	Primera causa de cesárea		
	Segunda causa de cesárea		
	Tercera causa de cesárea		
Hospital 4	Total de Nacimientos		
	Total de cesáreas		
	Partos vaginales en cesárea anterior		
	Total de cesáreas Pertinentes		
	Primera causa de cesárea		
	Segunda causa de cesárea		
	Tercera causa de cesárea		
Hospital 5	Total de Nacimientos		
	Total de cesáreas		
	Partos vaginales en cesárea anterior		
	Total de cesáreas Pertinentes		
	Primera causa de cesárea		
	Segunda causa de cesárea		
	Tercera causa de cesárea		

Informe elaborado por:	**Firma y sello**
Presidente del Comité	**Firma y sello**
Jefe/Encargado de Departamento/Servicio	**Firma y sello**

ANEXO N° 4 INFORME DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS DEL COMITÉ DE CESÁREAS. IPRESS

RED		**IPRESS**	
PERIODO ANALIZADO	DE: Día ___ Mes_____ Año___	A: Día___ Mes_____ Año	

1.- INDICADORES BÁSICOS

Indicador		N°	%	Indicador	N°	%
Total de nacimientos				Total de nacidos vivos		
Total de partos				Cesáreas de emergencia		
Cesáreas primarias				Cesáreas electivas		
Cesáreas iterativas				Total de cesáreas		

	Cesáreas de emergencia durante el trabajo de parto		
	Cesáreas de emergencia antes del trabajo de parto		
	Partos vaginales en pacientes con cesárea anterior		

2.- FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON.

Grupo	Características de las mujeres.	N°	%
1	Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.		
2	Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.		
3	Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.		
4	Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto		
5	Multíparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.		
6	Nulípara con embarazo único en presentación podálica.		
7	Multíparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.		
8	Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.		
9	Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.		
10	Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.		
	TOTAL		

V°B° M. MASCARO C. Sub Gerente ESSALUD

V°B° Dr. W. QUILLUS Gerente ESSALUD

3.- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA PERTINENCIA DE LA CESÁREA.

RUBRO	N°	%		N°	%
Cesáreas justificadas			Cesáreas injustificadas		
Con indicación precoz			Con indicación tardía		
Sin daño materno			Con daño materno		
Sin daño fetal			Con daño fetal		
Procedimiento quirúrgico correcto			Procedimiento quirúrgico in correcto		
Total, de cesáreas con criterio de pertinencia					
Total de cesáreas analizadas					

Informe elaborado por:	**Firma y sello**
Presidente del Comité	**Firma y sello**
Jefe/Encargado del Servicio	**Firma y sello**

CRITERIOS PARA EVALUAR LA PERTINENCIA DE LA CESÁREA.

EVALUACIÓN DE LA PERTINENCIA DE LA CESÁREA			
HISTORIA CLÍNICA	HOSPITAL	RED ASISTENCIAL	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD
DIAGNOSTICO PRINCIPAL CAUSA DE LA CESÁREA			
FECHA DE LA CESÁREA d____/mm_____/aa_____	HORA DE INDICACIÓN _____horas _____min	HORA DE INICIO _____horas _____min	TIEMPO DE GESTACIÓN _____ Semanas
TIPO DE CESAREA PRIMARIA ELECTIVA ( ) PRIMARIA URGENTE ( ) ITERATIVA ELECTIVA ( ) ITERATIVA URGENTE ( ) URGENTE ANTES DEL TRABAJO DE PARTO ( ) URGENTE ANTES DEL TRABAJO DE PARTO ( )			
Peso del RN _____g	APGAR AL MINUTO 1	APGAR AL MINUTO 5	

CRITERIO DE PERTINENCIA DE LA CESAREA		SI	NO
Relacionado con: LA INDICACIÓN:			
JUSTIFICADA	Los criterios clínicos presentes en el momento en que se decide la cesárea, son los establecidos para la entidad que constituye la causa principal de la intervención.		
INJUSTIFICADA	NO están presentes los criterios clínicos establecidos para el diagnóstico por el cual se decidió realizar la cesárea.		
Relacionado con: LA OPORTUNIDAD DE LA INDICACIÓN			
OPORTUNA	La cesárea se realizó en el momento preciso para prevenir el daño.		
PRECOZ	El momento en que se decide la cesárea, su realización no era necesaria para prevenir el daño.		
TARDIA	La cesárea se realizó en un momento que no logró prevenir el daño, por las siguientes circunstancias: a) La decisión de realizar la cesárea fue tardía. b) La decisión fue oportuna, pero la cesárea se realizó tardíamente.		
Con relación a: LAS ACCIONES PREVIAS A LA INDICACIÓN DE LA CESÁREA			
COMPLETAS	Se realizaron todas las acciones médicas previstas para modificar la situación clínica que determinaba la necesidad de realizar la cesárea.		
INCOMPETAS	NO se realizaron todas las acciones médicas.		
Con relación a: EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y/O ANESTÉSICO			
CORRECTO	La técnica quirúrgica y/o anestésica es adecuada respecto a la entidad que motivó la indicación. No hubo prolongación injustificada del tiempo de realización de la cirugía.		
INCORRECTO	La técnica quirúrgica y/o anestésica no fue la adecuada respecto a la entidad que motivó la indicación. Hubo prolongación injustificada del tiempo de realización de la cirugía.		
Con relación a: LA OCURRENCIA DE DAÑO MATERNO Y/O FETAL			
SIN DAÑO	No hubo daño materno y/o fetal		
CON DAÑO	Existió daño materno y/o fetal		

CESÁREA PERTINENTE	➢ Indicación: JUSTIFICADA ➢ Decisión: OPORTUNA ➢ Acciones previas: COMPLETAS ➢ Procedimiento quirúrgico y/o anestésico: CORRECTOS ➢ Resultado: SIN DAÑO
PERTINENCIA INCOMPLETA	INDICACIÓN JUSTIFICADA Pero no cumple alguno otro de los criterios
NO PERTINENTE	INDICACIÓN INJUSTIFICADA O CON DAÑO MATERNO Y/O FETAL

ANEXO N° 5
NIVELES DE EVIDENCIA DE LAS RECOMENDACIONES EN LA PRÁCTICA DE LA CESÁREA

Para todas las áreas temáticas, se incluyó evidencia de los diseños de estudio menos sujetos a sesgo.

Siempre que fue posible, se utilizaron los niveles más altos de evidencia, pero todos los documentos fueron revisados usando guías establecidas.
Se utilizaron revisiones sistemáticas o metaanálisis publicadas cuando estaban disponibles.

Para las áreas temáticas donde no había ninguno de los dos disponibles, se buscaron otros estudios experimentales u observacionales apropiados.

Los artículos identificados fueron evaluados metodológicamente y se utilizó la mejor evidencia disponible para formar y apoyar las recomendaciones.
Se seleccionó el nivel más alto de evidencia para cada pregunta clínica.

La evidencia recuperada se clasificó según la estructura del nivel de evidencia mostrada en siguiente tabla.

Tabla N° 6

Nivel de Evidencia	Gradiente de las Recomendaciones	Grado de Fuerza de la evidencia	
1 a	Revisión sistemática o metanálisis de ensayos controlados aleatorios	**A**	Basado directamente en evidencia de nivel 1
1 b	Al menos un ensayo controlado aleatorio.	**B**	Basado directamente en evidencia de nivel 2 o extrapolado de evidencia de nivel 1
2 a	Al menos un estudio controlado bien diseñado sin asignación al azar	**C**	Basado directamente en pruebas de nivel 3 o extrapoladas de pruebas de nivel 1 o nivel 2
2 b	Al menos un estudio cuasi-experimental bien diseñado, como un estudio de cohorte	**D**	Basado directamente en evidencia de nivel 4 o extrapolado de nivel 1, nivel 2 o nivel 3 evidencia.
3	Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos, Estudios de correlación, estudios de casos y controles y series de casos	**GPP**	Punto de buenas prácticas basado en la visión del grupo de desarrollo de la guía
4	Informes de comités de expertos, u opiniones y / o experiencia clínica de autoridades	**NICE TA**	Recomendación tomada de una evaluación de tecnología por NICE

Tomado de: Guideline development methodology. Caesarean section. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health,* Comisionado por National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Publicado por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), England, 2011.

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL MOMENTO PREOPERATORIO.		
Procedimiento	**Descripción de la Evidencia**	**Nivel/Fuerza de la Evidencia**
Elaboración del Consentimiento Informado.	Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se genera la nulidad del acto de consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud. **Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de la Personas Usuarias de los Servicios de Salud.**	Reglamento de Ley
Clasificar la emergencia de la realización.	La urgencia de la cesárea debe documentarse usando un esquema estandarizado, que facilite una comunicación clara entre los profesionales de la salud, del grado de urgencia percibido, con el fin de facilitar una comunicación clara entre los profesionales de la salud. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Recomendación moderada basada en evidencias de calidad moderada. Grado de fuerza de la Evidencia: **C**
Indicación de Hb y Hto. Grupo sanguíneo y RH en el preoperatorio.	La GPC recomienda un conteo completo de Hemoglobina en toda cirugía mayor en pacientes supuestamente sano con edad entre 16 y 40 años. La transfusión de sangre puede ser necesaria en casos de hemorragia obstétrica grave y es un riesgo evidente en la operación cesárea. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Recomendación fuerte, calidad moderada de la evidencia Grado de fuerza de la Evidencia: **C**

Eliminación del pelo en el sitio quirúrgico	El grupo recomienda que, en los pacientes sometidos a cualquier procedimiento quirúrgico, el pelo no debe eliminarse, si es absolutamente necesario se eliminará mediante cortado, nunca por afeitado con hojas. **Global Guidelines for the prevention of surgical site infection. World Health Organization 2016. http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf**	Recomendación fuerte, calidad moderada de la evidencia Nivel de evidencia: **1a**
Desinfección de vagina con solución de yodo povidona.	Se recomienda realizar una irrigación vaginal con povidona yodada inmediatamente antes de la cesárea. **Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205685/2/WHO_RHR_16.01_spa.pdf** La preparación vaginal con solución de povidona yodada inmediatamente antes de la cesárea reduce el riesgo de endometritis posoperatoria **http://www.cochrane.org/es/CD007892**	Recomendación condicional basada en pruebas de calidad moderada.

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL MOMENTO PREOPERATORIO.

Procedimiento	Descripción de la Evidencia	Nivel/Fuerza de la Evidencia
Colocación de sonda vesical en la realización de la cesárea.	El análisis mostró que el uso de la sonda urinaria se asoció con menos retención de orina después de la cesárea. Por otro lado, el dolor/malestar debido a la sonda o en la primera evacuación después de cesárea, el tiempo hasta la deambulación y la estancia hospitalaria favorecieron la no utilización de la sonda urinaria. **http://www.cochrane.org/es/CD010322** Para realizar una cesárea con anestesia regional se requieren colocar sonda vesical permanente para evitar una sobre distensión de la vejiga debido a que el bloqueo anestésico interfiere con la función normal de la vejiga. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Recomendación condicional basada en pruebas de calidad moderada. Nivel de evidencia: **1B** Grado de fuerza de la Evidencia:

		GPP
Aplicar la Lista de verificación de la cirugía	La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano, es una herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables. **Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, manual de aplicación.** **http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf**	Recomendación de la OMS.
Baño del paciente previo a la cirugía.	Es una buena práctica clínica para que los pacientes se bañen o se duchen antes de la cirugía. El panel sugiere usar un jabón natural o antimicrobiano para este propósito **Global Guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO 2016.** **http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf** Se recomienda para reducir la carga microbiana. El uso de jabón antiséptico no es concluyente. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Recomendación condicional con moderada calidad de la evidencia. Nivel de evidencia: **3**
Presencia del pediatra/Neonatológo presente en las cesáreas	Un profesional capacitado adecuadamente para la reanimación del recién nacido debe estar presentes en la cesárea realizada bajo anestesia general o donde haya evidencia de compromiso fetal. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Recomendación fuerte, calidad moderada de la evidencia. Grado de fuerza de la Evidencia: **C**

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL MOMENTO PREOPERATORIO EN SALA DE OPERACIONES.		
Procedimiento	**Descripción de la Evidencia**	**Nivel/Fuerza de la Evidencia**
Desinfección del sitio operatorio con solución de yodopovidona al 7.5 o 10% y/o clorhexidina al 4%	La elección del antiséptico y el método de aplicación para la preparación de la piel antes de una cesárea deben basarse principalmente en la experiencia del médico con ese antiséptico y ese método de aplicación en particular, así como en su costo y disponibilidad local. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el peri parto. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205685/2/WHO_RHR_16.01_spa.pdf Un metanálisis de los estudios disponibles (baja calidad de la evidencia) demostró que la Clorhexidina basada en alcohol es más beneficioso en comparación con la povidona-yodo basada en alcohol. **Global Guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO 2016.** **http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf**	Recomendación de la OMS: Recomendación condicional basada en pruebas de escasa calidad. Recomendación fuerte, calidad baja a moderada de la evidencia.
Profilaxis antibiótica Administración de 02 gramos de Cefazolina EV en dosis única.	Aunque algunos autores han considerado que, según evidencias disponibles, no hay diferencias importantes entre los resultados de los diferentes métodos de administración de antibióticos profilácticos en la cesárea, la mayoría considera que la manera óptima de este procedimiento es la administración de Cefazolina 2 gramos EV como dosis única **Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el peri parto.** **http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205685/2/WHO_RHR_16.01_spa.pdf** **Normas de profilaxis antibiótica en procedimientos obstétricos. Hugo Salinas P., et.al. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(1).** **http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n1/art12.pdf**	Recomendación de la OMS: Recomendación condicional basada en pruebas de calidad muy baja **Evidencia de nivel 3**

Profilaxis antibiótica Momento de aplicación	Recomienda la administración de SAP antes de la incisión quirúrgica dependiendo del tipo de operación. Recomienda la administración dentro de los 120 minutos antes de la incisión, considerando la vida media del antibiótico. **Global Guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO 2016** **http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf** Si se va a practicar una cesárea, la administración profiláctica de antibióticos se debe hacer antes de la incisión en la piel y no durante la intervención tras pinzar el cordón umbilical. **Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el peri parto.** **http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205685/2/WHO_RHR_16.01_spa.pdf** Administre antibióticos profilácticos en cesárea antes de la incisión cutánea, reduce el riesgo de infección materna más que los antibióticos profilácticos después de la incisión cutánea, y no se ha demostrado ningún efecto sobre el recién nacido. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Recomendación fuerte, baja calidad de la evidencia. Recomendación fuerte, calidad moderada de la evidencia. Grado de fuerza de la Evidencia: **A**

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL MOMENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA.

Procedimiento	Descripción de la Evidencia	Nivel/Fuerza de la Evidencia
Anestesia epidural o regional de acuerdo al criterio y/o experiencia del especialista.	Son mayores los beneficios de la anestesia regional respecto a la general. En comparación con la raquídea, la técnica peridural generalmente necesita más tiempo y destreza para ser aplicada. Solo debe ser administrada por anestesistas bien entrenados. **Anestesia raquídea vs anestesia peridural para la cesárea. OMS. Biblioteca de Salud Reproductiva** **https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/caesarean-section-14**	Recomendación de la OMS. Evidencia de nivel 3 **GPP**

Antes de la anestesia realizar en todos los casos, volumen de precarga con cristaloides o coloides, a razón de 10 ml x Kg de peso corporal.	En la anestesia raquídea deben realizarse todos los esfuerzos para prevenir la hipotensión materna antes Estos incluyen la precarga de la paciente con cristaloide o coloide, (10 cc x Kg de peso corporal), y el vendaje de las piernas. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Evidencia de nivel 4 Grado de fuerza de la Evidencia: **A**
En todos los caso administrar antagonistas del receptor H2 (Ranitidina), o inhibidores de la bomba de protones y antieméticos.	Para reducir el riesgo de neumonitis por aspiración, se debe ofrecer a las mujeres antiácidos fármacos (como antagonistas del receptor H2 o inhibidores de la bomba de protones) para reducir los volúmenes de acidez antes de la cesárea. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Recomendación fuerte, calidad moderada de la evidencia. Grado de fuerza de la Evidencia: **B**
Administración en todas las pacientes endovenoso de: Metoclopramida 10 mg + Ranitidina 50 mg + Dexametasona 8 mg antes de administrar la anestesia.	Las mujeres deben recibir antieméticos para reducir la náusea y el vómito durante la cesárea. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Grado de fuerza de la Evidencia: **A**
Inclinación de 10 – 15° de la mesa de operaciones.	La mesa de operaciones de CS debe tener una inclinación lateral de 15 °, porque reduce la hipotensión materna. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence** La práctica de la cesárea en decúbito lateral izquierdo parcial en nuestra experiencia no se objetivó ventajas apreciables respecto al decúbito supino en cuanto a las repercusiones hemodinámicas maternas.	Recomendación fuerte, calidad moderada de la evidencia. Grado de fuerza de la Evidencia: **A**

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE LA CESÁREA.		
Procedimiento	**Descripción de la Evidencia**	**Nivel/Fuerza de la Evidencia**
Exteriorizar el útero para realizar la histerorrafia	Se debe realizar la reparación intraperitoneal del útero en CS. La exteriorización del útero no está recomendado porque está asociado con más dolor y no mejora los resultados operativos. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Grado de fuerza de la Evidencia: **A**
Histerorrafia en dos planos de sutura continua	Un estudio de Cohortes que incluyó a 2142 pacientes demostró un mayor riesgo de ruptura uterina en pacientes con histerorrafia en un plano en comparación con aquellas pacientes con antecedente de cesárea con histerorrafia en dos planos. **Instituto Mexicano del Seguir Social. GPC Reducción de la Cesárea. 2014.** **http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/048GRR** La eficacia y seguridad del cierre de un solo plano de la incisión uterina es incierto. Excepto dentro de un contexto de investigación, la incisión uterina debe suturarse en dos planos. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Nivel de evidencia **2b** Grado de fuerza de la Evidencia: **B**
Dilatación del cuello uterino.	No hubo pruebas suficientes de que el procedimiento redujera la morbilidad post operatoria. **Cochrane: http://www.cochrane.org/esCD008019/**	
Cierre del peritoneo visceral y parietal.	Ni el peritoneo visceral ni el peritoneo parietal deben suturarse porque esto reduce el tiempo de operación y la necesidad de analgesia postoperatoria, y mejora la satisfacción materna. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence** Cierre versus no cierre del peritoneo en la cesárea: resultados a corto y a largo plazo Actualmente no hay pruebas suficientes de un efecto beneficioso para justificar el tiempo adicional y el uso de material de sutura necesario para el cierre del peritoneo. **http://www.cochrane.org/es/CD000163/**	Grado de fuerza de la Evidencia: **A**

Sutura del tejido celular subcutáneo.	No debe utilizarse el cierre rutinario del espacio del tejido subcutáneo, a menos que la mujer tenga más de dos cm de grasa subcutánea, ya que no reduce la Incidencia de infección de la herida. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Grado de fuerza de la Evidencia: **A**
Lavado desinfectante de la herida operatoria antes de la sutura	El Grupo considera que no hay pruebas suficientes para recomendar, a favor o en contra, el riego salino de heridas antes del cierre con el fin de prevenir la infección de herida operatoria (IHO). El panel sugiere considerar el uso del riego de la herida incisional con una solución acuosa de yodo povidona. El panel sugiere que el **riego antibiótico** de la herida incisional antes del cierre no debe usarse. **Global Guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO 2016.** **http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf**	Recomendaciones condicionales con baja calidad de la evidencia.

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN EL POST OPERATORIO

Procedimiento / Recomendación	Descripción de la Evidencia	Nivel/Fuerza de la Evidencia
Contacto precoz, piel-piel, entre el recién nacido y la madre.	Se debe alentar el contacto piel a piel temprano entre la mujer y su bebé, porque mejora las percepciones maternas del lactante y el resultado de la lactancia materna. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Grado de fuerza de la Evidencia: **A**
Retirar sonda vesical en sala de operaciones.	La retirada del catéter de la vejiga debe realizarse después que la mujer es movilizada posterior a una anestesia regional. Estudios donde se comparó la remoción del catéter vesical inmediatamente después de la operación vs retiro al día siguiente en mujeres con operación cesárea no encontraron ninguna diferencia en la incidencia de infección del tracto urinario, retención urinaria o la fiebre. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Nivel de evidencia **1b**

Orientación y apoyo sobre lactancia materna.	Las mujeres con un parto por cesárea deben recibir apoyo adicional para comenzar a amamantar tan pronto como sea posible después del nacimiento de su bebé. Considerando que estas mujeres tienen menos probabilidades de comenzar a amamantar en las primeras horas después del nacimiento. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Grado de fuerza de la Evidencia: **A**
Inicio de la vía oral después de la cesárea.	Las mujeres con una adecuada recuperación después de una cesárea y que no tienen complicaciones pueden comer y beber desde el momento en que tengan hambre o sed. **NICE Clinical Guideline. Caesarean section. RCOG November 2011. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.** **https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence**	Grado de fuerza de la Evidencia: **C**

M. MASCARO C.
Sub Gerente
ESSALUD

Dr. Vil. GERLI
Gerente