

NORMA PARA EL MONITOREO Y VIGILANCIA DE LA INDICACION DE LA CESÁREA

1. Introducción

La cesárea es un procedimiento de cirugía mayor con una incidencia de un 40,2% en Chile, según datos DEIS-MINSAL 2014. Existe una gran variabilidad en los datos observándose un máximo de 64,6 % (3564 partos) en Hospital de Curicó y mínimo de 27% en Hospital Padre Hurtado (5500 partos) como centros de alta complejidad; por otro lado existen cifras de 69,4% (932) en Hospital de Rengo y 14,8% (332) en Hospital de Lautaro como centros de mediana complejidad.

Una indicación sin justificación médica aumenta los riesgos maternos fetales, ^(5,16) aumentando los costos en salud pública.

Existen graves complicaciones maternas secundarias a la cesárea, incluida la muerte, lo que es más dramático cuando vemos que era una cesárea evitable o innecesaria. La morbilidad materna asociada a la cesárea, sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal. ⁽¹⁶⁾

Existe consenso que una tasa de cesárea menor a un 15% según la OMS, es un indicador de calidad de la atención materno-perinatal. Diferentes publicaciones revelan que no hay evidencia de que los indicadores de salud materna y perinatal mejoren, mientras mayor es el número de cesáreas. ^(6,15)

2. Antecedentes

En la Encuesta Global 2004-2005 de la OMS sobre la salud materna y perinatal, seleccionó una muestra de 8 países de América Latina. Su objetivo fue explorar la relación entre la tasa de partos por cesárea y los resultados maternos y perinatales. Se observó que el aumento de la tasa de parto por cesárea, se asoció con aumento de uso de antibióticos en el puerperio, mayor morbilidad fetal y materna, prematuridad y mayores ingresos a UCI neonatal. ^(2,3)

Chile presenta una alta tasa de cesárea; en el Sistema Privado alcanza un 76% y en el Sistema Público un 40,9% el 2015 (DEIS)

Dada la demostrada relación entre inducción y parto por cesárea, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) no permite inducciones antes de las 39 semanas, salvo en aquellos casos en que existan indicaciones médicas precisas. Los canadienses aplican las mismas reglas y han logrado un descenso gradual del número de partos vía cesárea. ^(5,6) Existen experiencias locales en el país que han demostrado disminución de sus tasas de cesárea a través de auditorías y revisión de casos como el Hospital Padre Hurtado, Hospital Clínico La Florida y Clínica Santa María, cuyas tasas alcanzan entre un 26 y 29,8%, según datos estadísticos de base de datos locales.

El año 2015, del total de cesáreas, el 53,5% corresponden a cesáreas de urgencia y 46,5% a electivas. Las principales indicaciones de cesárea son: distocias del trabajo de parto, cesáreas previas, presentación podálica y registro no tranquilizador o positivo. Entre las causas del aumento de la cesárea, está la mala interpretación de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto, aumento de las intervenciones en edades gestacionales menores, aumento de embarazos en mujeres de más de 40 años y el número creciente de mujeres que tienen una cesárea previa y embarazo gemelar. El embarazo múltiple aumentó un 11% entre los años 2000 y 2009, elevándose los nacimientos de 1,66 a 1,84%. Los factores no médicos que influyen en la flexibilidad para indicar la intervención son: solicitud de la mujer, temor sobre el bienestar materno-fetal, temor al dolor del trabajo de parto, supuesta autonomía de la mujer para tomar decisión de la vía del parto, en el contexto de una relación médico-mujer cada vez más horizontal. ^(1,6) La principal dificultad para lograr una disminución significativa de las intervenciones por cesárea, es el gran número de multiparas con cesárea anterior. Al aumentar el número de cesáreas después de la primera, los riesgos de morbilidad y mortalidad se elevan significativamente. Por ende, este es un foco de mujeres a intervenir, especialmente la indicación de la primera cesárea, con un diseño adecuado de normas clínicas y un sistema de auditorías a nivel institucional.

3. Propósito de la Norma

Disminuir la tasa de Cesárea contribuyendo al mejoramiento de la calidad de la atención obstétrica, mediante la correcta indicación de operación cesárea, según Guía Perinatal vigente.

Objetivo general

Disminuir el riesgo de la mujer y su hijo a la exposición de una intervención quirúrgica mayor, sin indicación clínica justificada.

Objetivo específicos

- Disminuir el porcentaje de cesáreas.
- Identificar las indicaciones de cesárea por causas ovulares, fetales, y maternas.

4. Indicaciones de cesárea

4.1 Por causa fetal

- Presentación de tronco. ⁽¹³⁾
Considerada como presentación distócica en la cual el parto vaginal no es posible.
- Presentación podálica. ⁽¹⁾
Las mujeres con embarazo de término y feto único en presentación podálica, independiente de la paridad, se les debe proponer operación cesárea, debido a que reduce la mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal.
- Registro no tranquilizador con condiciones obstétricas desfavorables para parto vaginal (dilatación cervical incompleta, insuficiente grado de encajamiento de la presentación).

- Macrosomía fetal: aquel feto con peso estimado mayor de 4.500 gramos. La estimación del peso fetal idealmente, deberá ser de acorde entre dos observadores, la indicación es de mayor grado en mujeres con diabetes gestacional (siendo 4300g el punto de corte).

4.2 Por causa ovular

- Placenta previa
 - Las embarazadas con placenta previa, que cubra completamente el orificio cervical interno, deben realizarse operación cesárea programada.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. (13)
Constituye una emergencia obstétrica que puede ocasionar hipoxia y muerte fetal, complicaciones maternas que pueden conducir a útero de “Couvellaire” y alteraciones de la coagulación sanguínea. La operación cesárea, debe realizarse inmediatamente después de la sospecha diagnóstica, lo cual disminuye la probabilidad de ocurrencia de estas complicaciones.
- Procidencia de cordón. (13)
Emergencia obstétrica que ocasiona hipoxia fetal, debiendo realizarse operación cesárea para evitar las complicaciones fetales.
- Embarazo múltiple.⁽¹⁾
 - En mujeres con embarazo gemelar, en los cuales el primer feto no está en presentación cefálica, se recomienda proponer operación cesárea programada.
 - En embarazos gemelares bicoriales biamnióticos, interrupción después de las 37-38 semanas.
 - En embarazos gemelares monocoriales biamnióticos, interrupción desde las 36-37 semanas.

4.3 Por causa materna

- a) Mujer con antecedente de dos o más cesáreas. ⁽¹³⁾
Se recomienda realizar operación cesárea programada, para evitar el riesgo de rotura uterina.
- b) Cesárea anterior con condiciones obstétricas desfavorables y/o con patologías maternas de significación asociadas.
- c) Antecedentes de cirugía vaginal previa
A la mujer con plastía vaginal, debe recomendársele operación cesárea, con el fin de evitar daño anatómico de los tejidos reparados quirúrgicamente, en forma previa.

d) Transmisión vertical de infecciones maternas.

- Se recomienda a las embarazadas HIV (+), realizar una cesárea programada, con esto se reduce el riesgo de transmisión de VIH de mujer a hijo. ⁽¹⁾
- En mujeres con terapia anti retroviral en el embarazo y carga viral menor de 1000 copias por ml a la semana 34, se debe decidir la vía del parto en base a la condición obstétrica. (11)
- La transmisión de la hepatitis B de la mujer al hijo, se puede reducir si el recién nacido recibe inmunoglobulina y la vacunación. A las embarazadas con hepatitis B no se les debe realizar una cesárea programada, porque no hay evidencia suficiente de reducción de la transmisión del virus de la hepatitis B. ([B]1)
- Las embarazadas que están infectadas con virus de hepatitis C (VHC) y VIH, se les debe recomendar operación cesárea programada, debido a que ella reduce la transmisión mujer-hijo, tanto de VHC y VIH. (1 12)
- Las mujeres con infección primaria de virus herpes simple genital (VHS), durante el tercer trimestre de gestación, se les debe realizar operación cesárea, ya que reduce el riesgo de infección neonatal por VHS. (1)

e) Madre muerta- Feto vico (PCR materno)

En caso de PCR materno en embarazos viables, se debe realizar una cesárea perimortem de emergencia antes de 5 minutos de iniciadas las maniobras.

4.4. Indicaciones de cesárea que deben realizarse de acuerdo a la situación clínica obstétrica - perinatal de cada caso clínico:

- Preeclampsia - eclampsia; según condiciones obstétricas.
- Algunas malformaciones fetales, como por ejemplo macrocefalia.
- Registro no tranquilizador, con condiciones obstétricas desfavorables para parto vaginal, Falta de progreso en el trabajo de parto durante su fase activa (dilatación estacionaria), Embarazo gemelar monoamniótico.
- Macrosomía fetal.
- Antecedente de más de una operación cesárea. ⁽⁹⁾

5. Riesgos potenciales. ^(1, 9)

La operación cesárea, al igual que otras intervenciones quirúrgicas mayores, tiene riesgo anestésico, de infección, hemorragia, trombo embolismo venoso.

En la operación cesárea, se agregan otros riesgos potenciales como: lesión vesical (1 mujer cada 1.000), lesión de uréter (3 mujeres cada 10.000), lesiones fetales (1 - 2 recién nacidos cada 100).

En futuros embarazos: ⁽⁹⁾

Mayor riesgo de rotura uterina en embarazos y partos siguientes (2 a 7 mujeres cada 1.000), mayor riesgo de mortinato (1 a 4 mujeres por cada 1.000), mayor riesgo en embarazos sucesivos de placenta previa y acretismo placentario (4 a 8 mujeres cada 1.000).

6. Indicaciones estandarizadas de cesáreas: ⁽¹⁴⁾

La calidad en la indicación por medio de la estandarización, garantiza la idoneidad de las indicaciones y disminuye la realización de cesáreas innecesarias.

Un sistema de gestión de calidad, en un servicio clínico favorece la estandarización de los procesos y su mejora continua, así como el análisis de la actividad realizada para la toma de decisiones clínicas.

6.1. Cesáreas de urgencia:

Grupo 1. Riesgo pérdida de bienestar fetal (ritmo sinusoidal, bradicardia mantenida, variabilidad ausente asociada a tardías o variables).

Grupo 2. Fracaso de inducción.

Grupo 3. Detención en la progresión del trabajo de parto.

Grupo 4. Desproporción céfalo pélvica y cuando exista imposibilidad de extraer el feto por vía vaginal, tras una prueba de parto (instrumental) fallida.

Grupo 5. Miscelánea: Presentaciones de frente, cara (mento-posteriores), prolapso de cordón, hemorragia vaginal activa durante el proceso de dilatación, sospechosa de patología placentaria o que compromete el estado materno, eclampsia con indicación de extracción fetal inmediata y otros.

6.2 Cesáreas programadas (Cesáreas electivas)

Estandarizaciones de cesáreas programadas/electivas

Indicaciones:

- Presentación de tronco.
- Presentación podálica, independientemente de la paridad (excepto si existe un protocolo de asistencia al parto en presentación de nalgas).
- Placenta previa oclusiva.
- Placenta previa parcialmente oclusiva o marginal que alcance el orificio cervical interno.
- Embarazadas portadoras de VIH, que cumplan criterios según protocolo.
- Embarazadas portadoras de condilomas acuminados, que afecten extensivamente al canal blando del parto.
- Embarazadas con dos cesáreas anteriores.
- Embarazadas con infección genital activa, demostrada por virus del herpes en las últimas seis semanas antes del parto.
- Embarazadas sometidas a cirugía uterina previa, en las que se haya abierto la cavidad endometrial.
- Gestaciones gemelares en las que el 1º feto no esté en cefálica.
- Compromiso fetal demostrado y contraindicación de inducción del parto (prematuros).

- Feto macrosómico (peso fetal estimado superior a 4500 grs), la estimación del peso fetal deberá ser acorde por lo menos entre dos observadores, la indicación es de mayor grado de recomendación en mujeres con diabetes gestacional.

7. Estrategias

- Establecer y asegurar el cumplimiento de las indicaciones de la primera cesárea, por medio de la evaluación de las causas de estas.
- Implementar un sistema de evaluación y análisis de las causas de las operaciones cesáreas no ajustadas a la norma, con asignación de profesionales responsables.

8. Metodología para su aplicación

- La Dirección Médica de cada prestador institucional, designará formalmente un médico responsable de implementar la estrategia en la totalidad de la actividad de partos de la organización y la supervisión periódica del cumplimiento de la Norma.
- Cada institución deberá contar con la Guía Perinatal actualizada y hará amplia difusión de la Norma de cesárea, tanto para profesionales institucionales como a los privados.
- En cada intervención cesárea, indistintamente donde se origine (incluye Privados), el tratante debe registrar en la ficha clínica los fundamentos que justifican la indicación de cesárea, según Guía Perinatal.
- Presentación y discusión de caso clínico en entrega de turno:
- Auditoría de ficha clínica: el o la responsable de la Unidad o Servicio, debe monitorear el registro en cada ficha clínica en que hubo indicación de cesárea, mediante la revisión completa de la ficha, donde se encuentre los elementos clínicos que fueron causal de la indicación. Se dejará constancia del proceso, los registros revisados y los resultados de la evaluación cada vez que se realice.
- Tabulación y análisis de los datos
- Entrega de informe trimestral al director del hospital y Comité de monitoreo y vigilancia nacional de Cesárea.
- Los directivos de la institución una vez informados de los resultados realizarán retroalimentación a los equipos tratantes en forma individual y mediante reuniones clínicas.

8. Supervisión del cumplimiento de la normativa

Indicadores

Se evaluará el cumplimiento de la Norma con los siguientes indicadores:

➤ Indicador 1

$$\frac{\text{Número de cesáreas de acuerdo a Guía Perinatal}}{\text{Número total de cesáreas}} \times 100$$

➤ Indicador 2

$$\frac{\text{Número de cesáreas en Primigestas que cumple con la Guía Perinatal}}{\text{Número total de cesáreas en Primigestas}} \times 100$$

➤ Indicador 3

Nº de partos inducidos en embarazo menor de 39 semanas de acuerdo a Guía
Nº de Partos inducidos en embarazo menor de 39 semanas x 100

➤ Indicador 4

Nº de primeras Cesáreas analizadas por el equipo clínico x100
Nº total de primeras cesáreas

9. Informe de cumplimiento

1. Trimestralmente el profesional médico encargado de esta estrategia, deberá contar con la información consolidada y el resultado sobre la evaluación de cumplimiento de la norma de cesárea.
2. La información respecto de las mediciones de estos indicadores y sus resultados debe ser difundida a todos los niveles de la Institución, incorporándose como información disponible de su Establecimiento y al Dpto. Ciclo Vital del Ministerio de Salud.

Norma desarrollada por el Programa Nacional Salud de la Mujer, basada en la Guía Perinatal 2015. Ministerio de Salud. .

Referencias

1. - NICE Clinical Guideline. April 2004. Caesarean section. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. No. 132. Funded to produce guidelines for NHS by NICE. Published by the RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 27 Sussex Place, Regent's Park, London NW1 4RG Clinical Guideline
- 2.- Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet. 2006 Jun 3;367(9525):1819-29.
- 3.- Levine EM, Ghai V, Barton et al. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. Obstet Gynecol. 2001 Mar;97(3):439-42.
- 4.- Alexander JM, Leveno KJ, Hauth J, et al. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Fetal injury associated with cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2006 Oct;108(4):885-90
5. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean Section. Clinical Guideline. London: RCOG Press; April 2004.
6. Kamilya G; LallSeal, S et al. Department of Obstetrics and Gynaecology, R. G. Kar Medical College, Kolkata, India. Maternal mortality and cesarean delivery: An analytical observational study; J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 36, No. 2: 248-253, April 2010
7. Guzman M, E; Mujica R, M y cols. Análisis de la situación actual de la cesárea (en prensa)
8. Caroline Signore,, Mark Klebanoff, Neonatal Morbidity and Mortality After Elective Cesarean Delivery, Clin Perinatol. 2008 June; 35(2): 361-vi.
9. C, J; Gayán B, P (2009). Operación Cesárea. Protocolo de Indicación. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Servicio de Obstetricia y Ginecología.
10. Diagnosis and Management of placenta previa. Clinical Guideline. Disponible en www.guideline.gov.

11. Ministerio de Salud 2012. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis.
12. Varas C, J; Gayán B, P 2009. Operación Cesárea. Protocolo de indicación. Hospital Santiago Oriente. Dr. Luis Tisné Brousse.
13. Penn Z, Ghaem- Maghami S. Indications for caesarean section. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2001; 15 (1): 1 – 15.
14. Calvo, P, A; (2012). IV Congreso de Gestión Clínica. Hospital de Manacor Baleares Valencia
- 15 Frías, M; Oyarzun, E. Medwave 2012 Mar /Abr;12(3) :e5335 .Cesárea electiva versus parto vaginal.
16. Hager RME, Daltveit AK, Hoffos D, et al. Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:428-34.
17. Varas, J; Lattus, J; Aedo, S. Operación cesárea: Protocolo de indicación. Rev. Obstet. Ginecol. Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse 2013; vol 8 (1):43-48