

Norma de Vigilancia y monitoreo de la indicación de cesárea (Borrador)



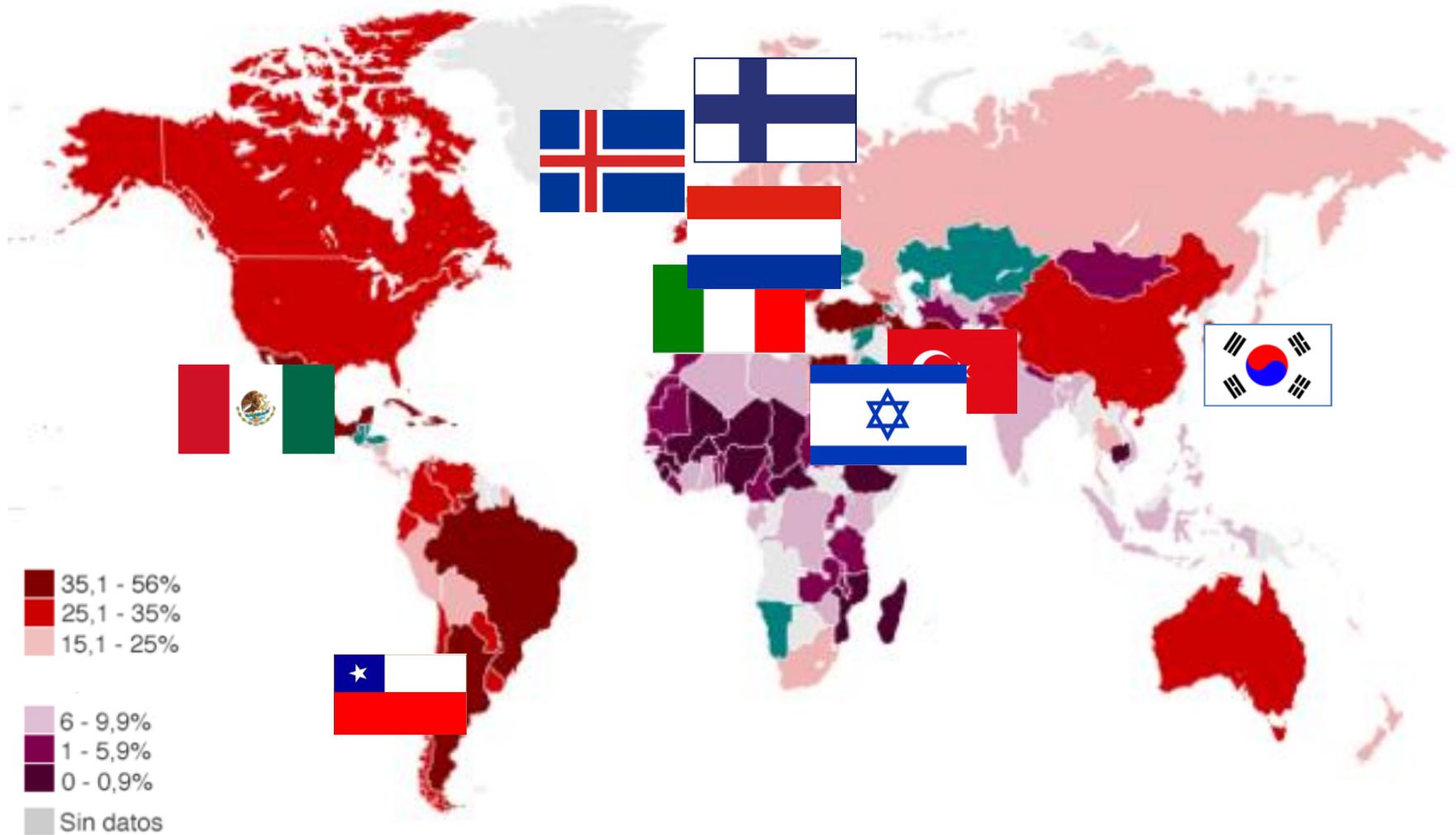
Ministerio de
Salud

Dr. Christian Figueroa Lasalle
Dr. Jorge Neira Miranda.
Mat. Rodrigo Neira Contreras

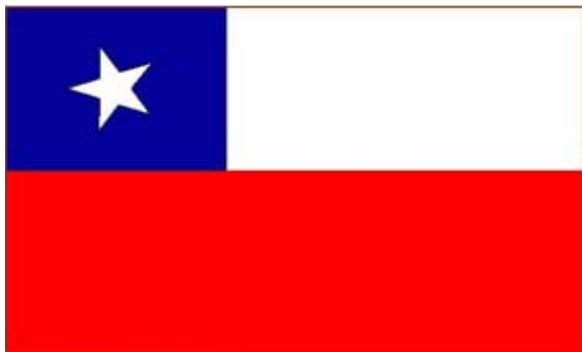
Programa Nacional de Salud de la Mujer
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud
29 de Abril 2019

Gobierno de Chile

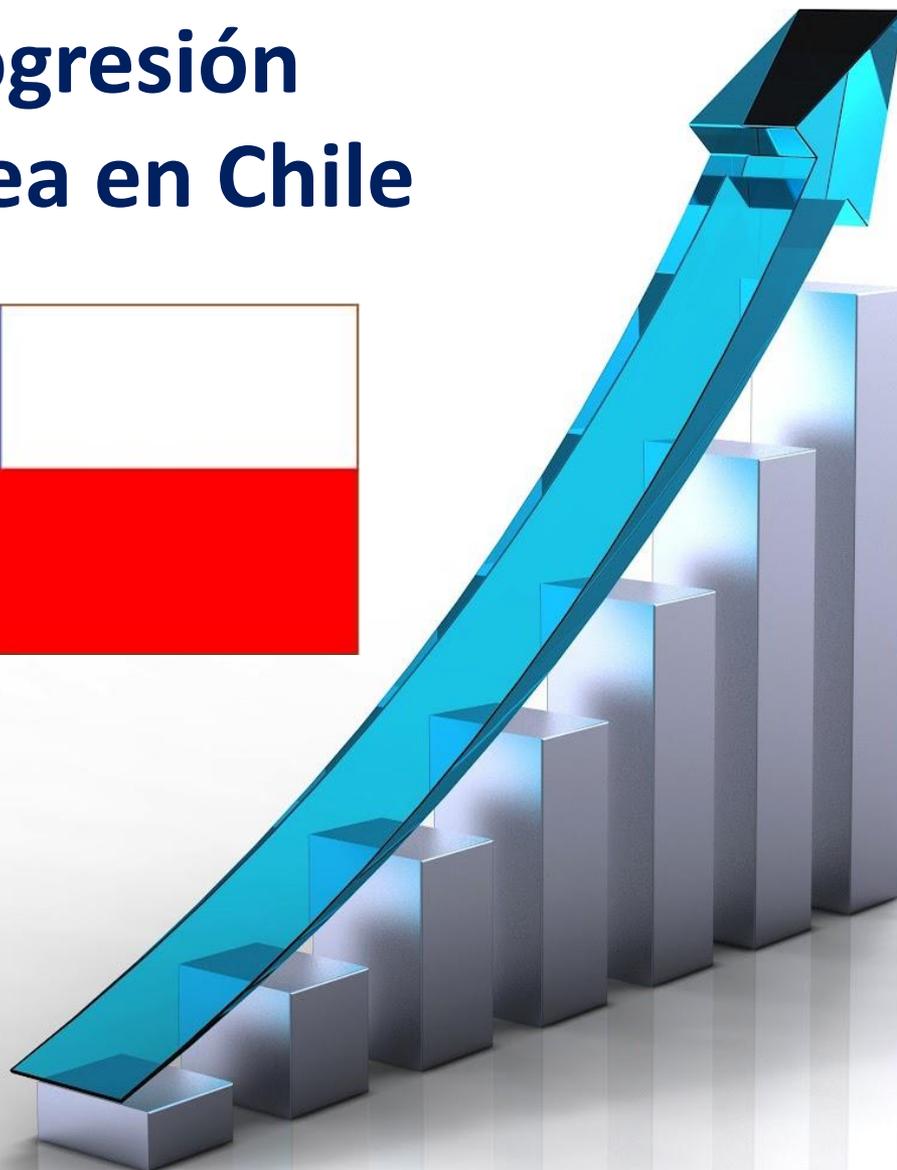
Mapa de tasa de cesáreas OMS-OCDE



Progresión Cesárea en Chile



2001= 30%



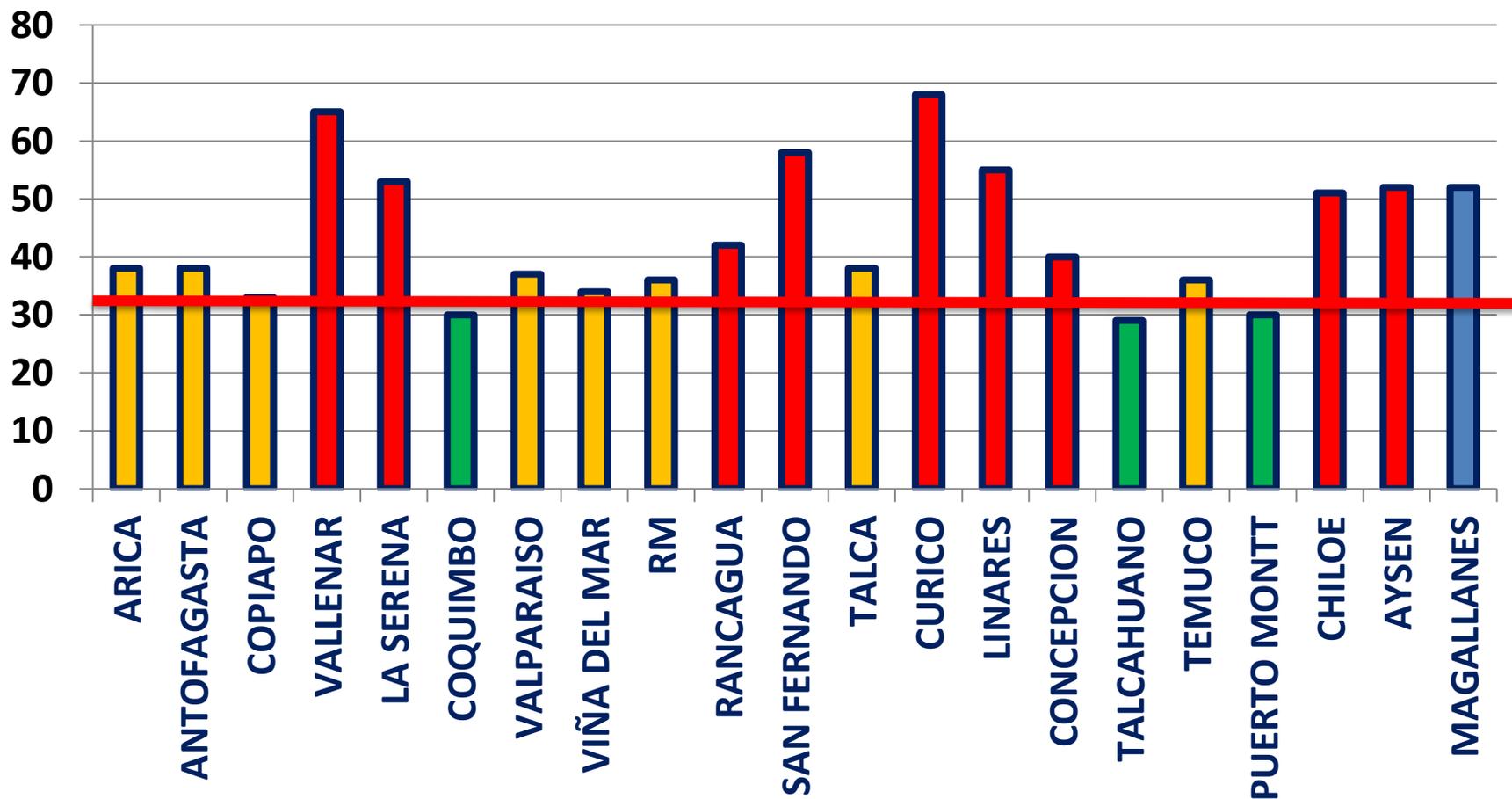
2018= 42%

2013= 37%

2012= 35%

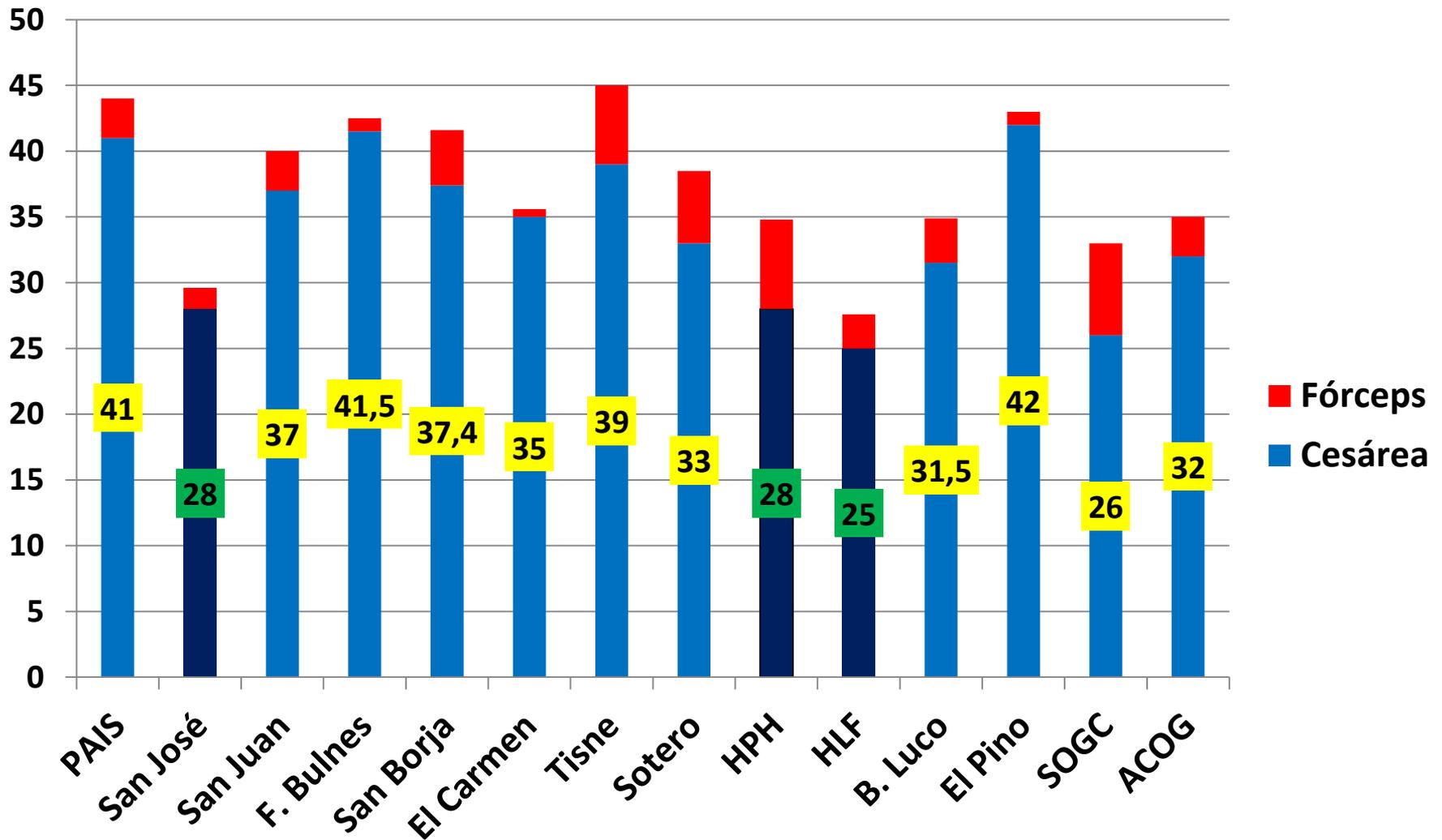
Fuente: DEIS- MINSAL

% Cesárea 2017 PAIS



Fuente: DEIS- MINSAL

% Cesáreas y fórceps año 2017*



*Fuente: DEIS-MINSAL 2018

Antecedentes

Problemas multicausal: Edad, gemelar, inducción, manejo RPO, CCA, nacimiento a la carta.

Nueva guía directriz

OMS llama a reducir la cantidad de cesáreas y medicación durante partos



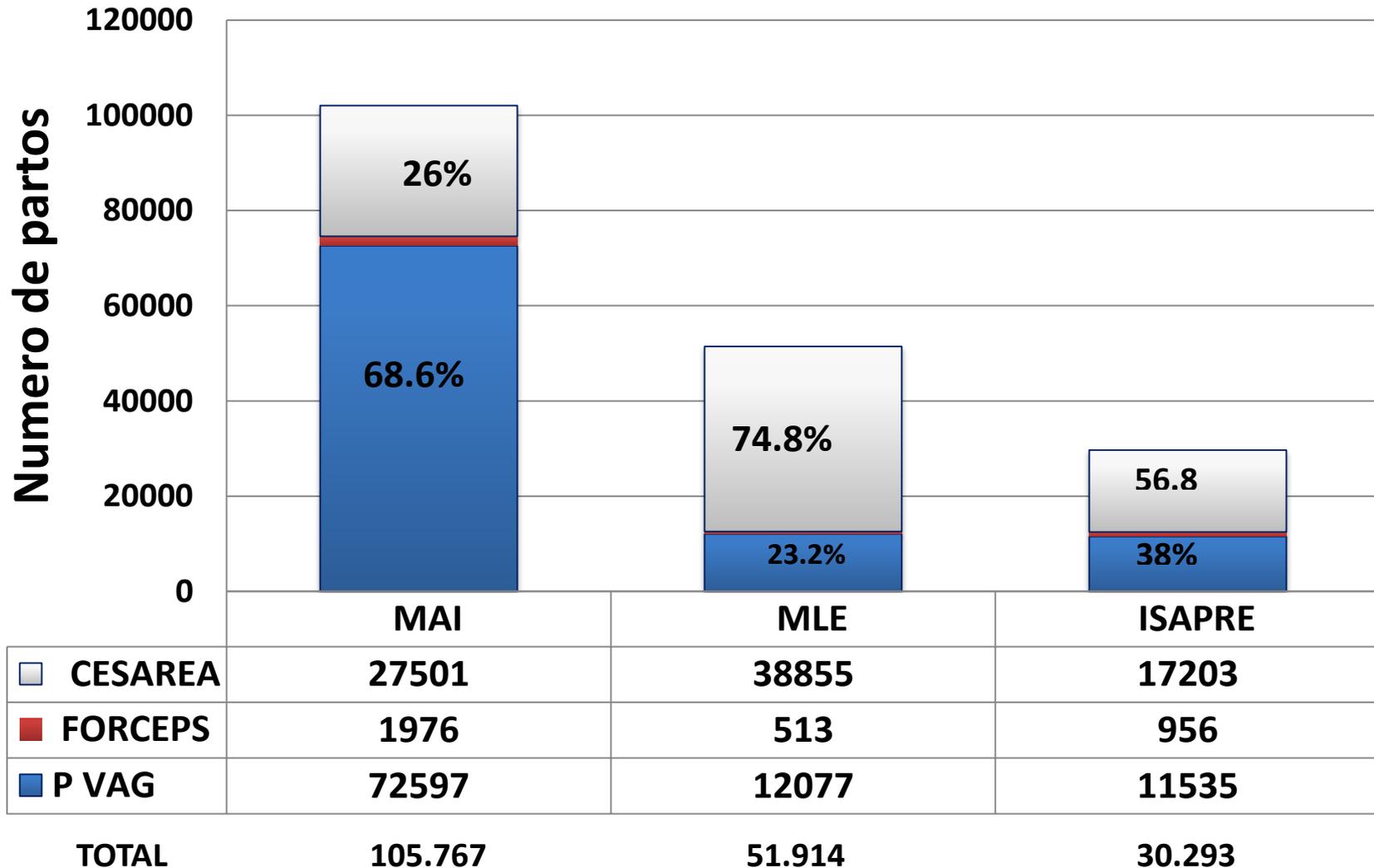
Cesárea aumenta la morbilidad



Cesárea aumenta los costos

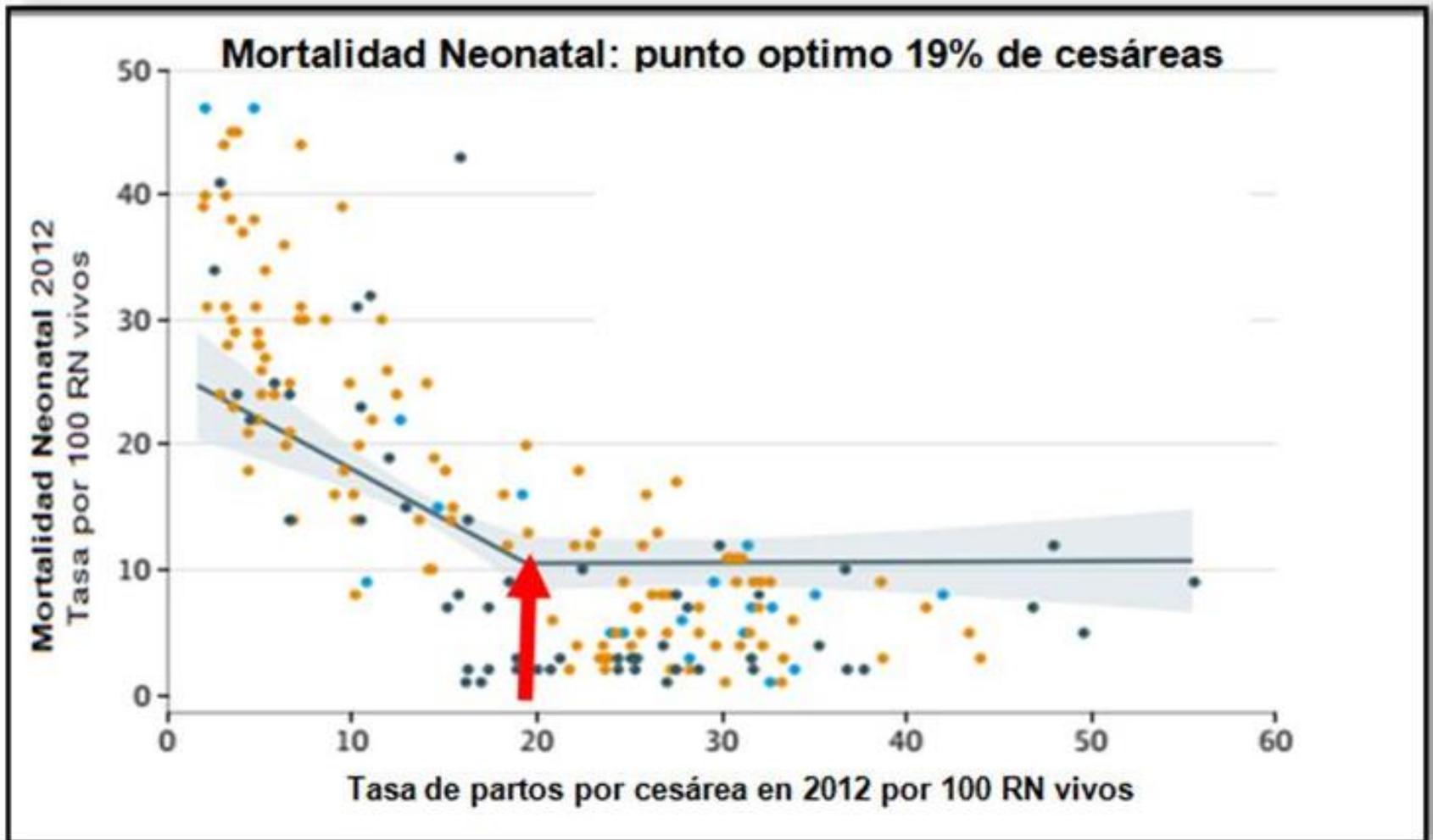
	Frecuencia por 10.000	
	CESAREA	VAGINAL
Dolor abdominal	900	500
Injuria vesical	10	0,3
Injuria ureteral	3	0,1
Reintervención	50	3
HT	> 80	1-2
Trombosis	4-16	< 4
Muerte materna	0,82	0,17
Incontinencia	450	730
Necesidad de UTI	90	10
Días cama	3 a 4	1 a 2
Reingreso	500	200

TIPO DE PARTOS SEGÚN MODALIDAD DE ATENCIÓN



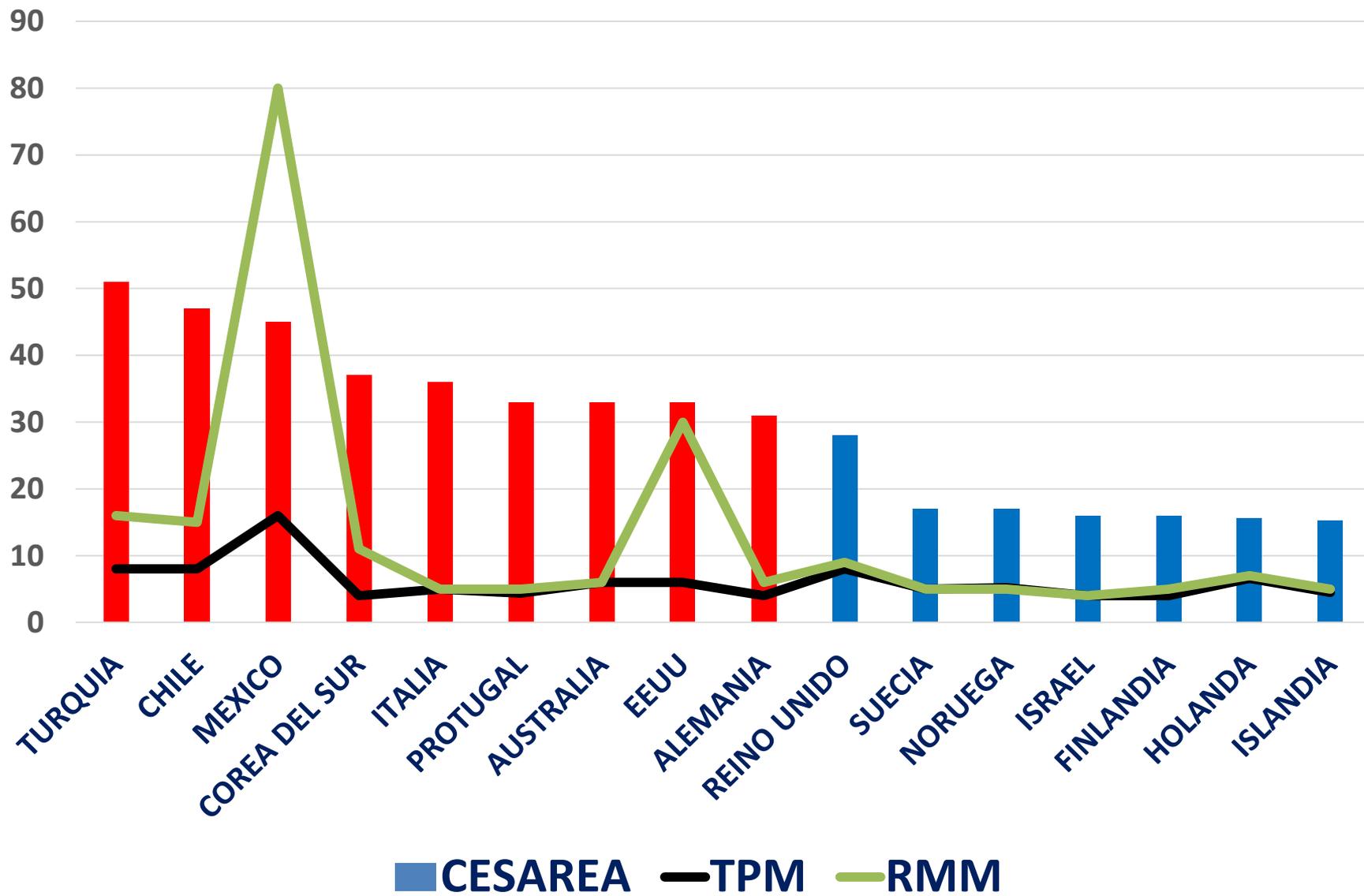
Fuente: Dra. Paulina Troncoso

**¿Disminuye la morbilidad
al aumentar la tasa de cesárea?**



Molina G. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. JAMA 2015; 314 (21): 2263-2270.

Relación tasa de cesárea, TPM y RMM



¿Podemos disminuir la tasa de cesárea?

¿Cómo disminuir tasa de cesárea?

Indicaciones Cesárea electiva

- **Cesárea anterior**
- **> 2 cesáreas**
- **Presentación distócica**
 - ▶ Vicio pelviano
 - ▶ Macrosomía fetal
 - ▶ Malas condiciones cervicales
 - ▶ Agenda Médico
 - ▶ Petición de la paciente

Indicaciones Cesárea Urgencia

- **Prueba trabajo de parto fracasada**
- **Registro No tranquilizador**
- **Inducción fracasada**
- **Presentaciones distócicas**

Guías - Protocolos

- Cambios de los equipos en base a **PROTOCOLOS**
 - MEFI
 - Gobierno Trabajo de parto

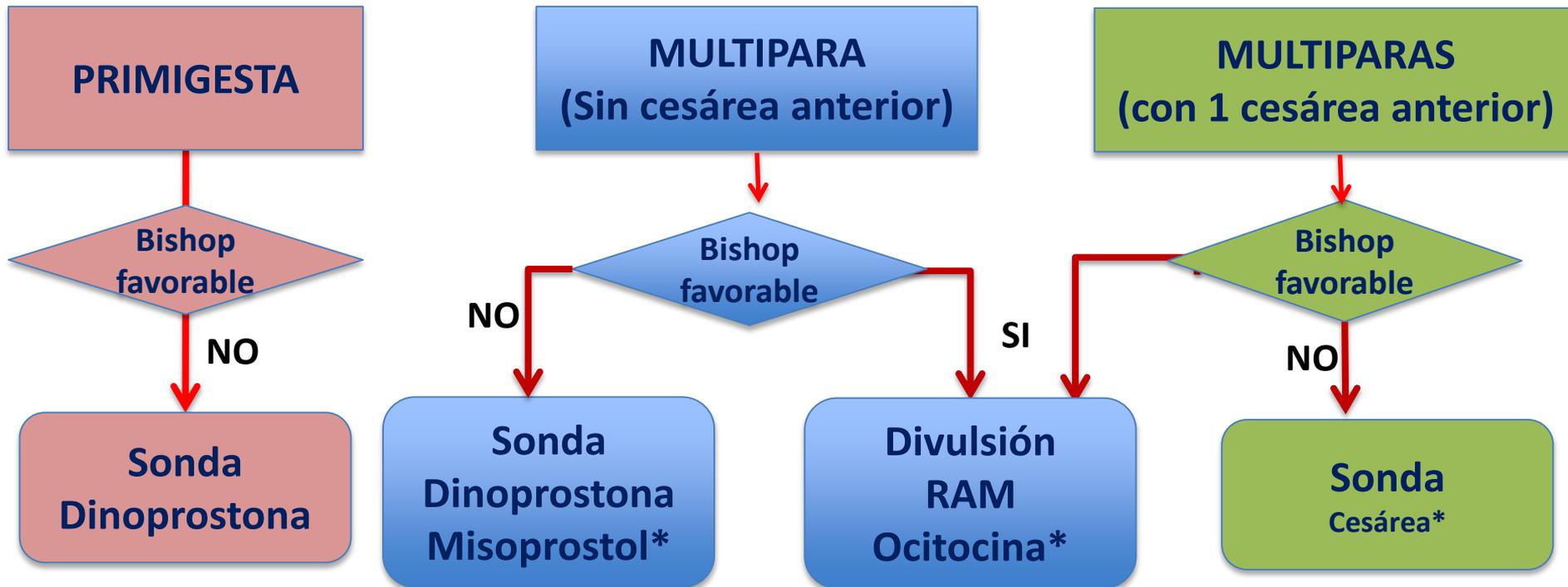
- **Trabajo desde ATENCION PRIMARIA**
 - Referencia-Contrarreferencia
 - Jornadas capacitación
 - Trabajo en equipo

Inducciones

- **No antes de las 39 semanas**
- **No a petición de la paciente**
- **No a la Agenda del médico**
- **Cuidado con las primigesta**

Indicación de inducción

Evaluar Paridad – Cesáreas previas
Evaluar contraindicaciones de inducción
Confirmar Edad gestacional- EPF
Evaluar BISHOP*
Evaluar Bienestar Fetal
Consentimiento informado



Figuroa C.

Trabajo de Parto

**¡Jugársela en pacientes
Primigestas!**

Holfmeyr. Cochrane Plus. 2008

Zhang J; Landy H; Branch W et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor with Normal Neonatal Outcomes. *Obstetrics and Gynecology* 2010; 116:1281-7.

Fomentar apertura y atención del modelo Parto Personalizado Seguro

Es un parto **humanizado, respetado**, en un ambiente **intimo**, con un **equipo profesional**; que puede ser **natural, vaginal o instrumental** si es necesario.
Bajo los principios OMS y Maternidades amigas.
Con alta Calidad técnica y Seguro.

Entorno en el Trabajo de Parto

- **Revisión Sistemática :10 ECR**
- **11795 Mujeres**
Unidades convencionales vs
Unidades alternativas
- **Mayor Probabilidad de Parto vaginal**
RR 1.03 95% IC (1.01-1.05)



Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8.

Acompañamiento



- **Mayor Probabilidad de Parto Vaginal**

RR 1.08, 95% IC 1.04 - 1.12

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7.

Movilidad y Posturas

25 ECR :5218 Mujeres

Movimiento vs Recostadas

- Menor riesgo de Cesárea
- Menor duración T de P (1 hora)

Menor necesidad Epidural

RR 0,81 CI 95% (0,66-0,99)

Sin Diferencias:

Outcomes neonatales



Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.

Evaluación año 2017

	PPS-HLF	SAIP- CSM	PAD
Cesáreas	5,1%	9%	74%
Apgar < 7- EHI	0.3%	0.68%	0.9%
		0.2%	0.6%
Acompañamiento PP-Parto	98%	99%	81.5%
Contacto piel a piel >30 min	90%	96%	75%

Fuente: Figueroa C..

Podálica

OMS - 2011

Los datos disponibles sugieren que la VCE antes de término reduce el riesgo riesgo de nacimientos en presentación podálica y de cesárea.

En la práctica, si se toman las precauciones adecuadas, existe un fundamento sólido para usar VCE a término

Cesárea anterior

- Cesárea electiva a **LAS 40-41 SEMANAS** , en pacientes sin contraindicación.
- **INDUCCIÓN CON balón 40 semanas**
 - » Cefálica
 - » Sin causa permanente
 - » Sin antecedente de Cesárea corporal
 - » < 4000 gramos
 - » Con Consentimiento Informado

Dalui R, Suri V et al [Comparison of extraamniotic Foley catheter and intracervical prostaglandin E gel for preinduction cervical ripening.](#) Acta Obstet Gynecol Scand. 2005



"un catéter de Foley puede ser utilizado con seguridad para madurar el cuello uterino en una mujer después de un parto por cesárea"



“Este tipo de intervenciones puede ser una opción para las candidatas a PVDC con un cuello uterino desfavorable”

SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155, 2005. Int J Gynaecol Obstet. 2005;89:319–31



Resultados preliminares

	1 balón (n: 21)	2 balones (n:22)	P*
Tiempo desde inserción cateter hasta expulsión (Hr)	6.2+/-2,8 (6;1,3-12)	4.4+/-2 (4;1,5-9)	.20
Fase activa trabajo de parto (≥4cm)	95% (20)	100% (22)	.91
Imposibilidad colocación cateter	4,7% (1)	0% (0)	.3
Bishop Inicial	3; (1-6)	4; (1-5)	.51
Bishop post expulsión cateter	6; (5-10)	9; (7-11)	.04
Parto vaginal	38% (8)	41% (9)	.60
Forceps	4,7% (1)	0% (0)	.75
cesarea	68% (13)	59% (12)	.89
Parto en las primeras 24hrs de la inserción	38% (8)	41% (9)	.60
Indicación de la Cesarea			
Alteración Registro intraparto	46% (6)	33% (4)	.74
Falla progreso trabajo de parto	31% (4)	50% (6)	.50
Requerimiento Materno	7,6% (1)	8,3% (1)	.9
Sospecha Rotura Uterina	15% (2)	8,3% (1)	.65
Uso Anestesia peridural	95% (20)	100% (22)	.91
Eventos adversos			
Rotura uterina	0% (20)	0% (22)	-
Corioamnionitis clínica	0	0	-
Fiebre intraparto	2	0	.12
Procidencia de cordón	0	0	-
Peso nacimiento (gr)	3545+/-534 (3420; 2995- 3920)	3527+/-408 (3551; 3027- 4030)	.87
Apgar menor a 7 a los 5 minutos	5% (1)	0% (22)	.28

Promedio +/- DS (Mediana; rango)

* Variables continuas (EG, IMC, ganacia peso, EG y Bishop) Mann-Whitney . Variable categórica, test X2

Experiencia Clínica Santa María



Evaluación de pacientes inducidas a las 40 semanas, con CCA, con sonda doble balón

- **N =56 pacientes**
- **Éxito 34%**
- **Sin aumento tasa de infecciones, sin casos de rotura uterina**

Resultado preliminar HLF

- Cohorte de pacientes Cesárea anterior 40 semanas inducidas con Sonda doble balón.

156 pacientes cesárea anterior

58,9 % éxito PTVE

1 caso de Rotura

Sin aumento tasa de infección

Sin diferencia en resultados perinatales

Estrategias para disminuir las Cesáreas

- **REVISIÓN DE CASOS** de la indicación de Cesárea

**NORMA PARA EL MONITOREO Y VIGILANCIA
DE LA INDICACION DE CESAREA.**

Salinas P., Se puede reducir el índice de cesárea . Rev .Chil Obstet ginecol 2004

Auditorias de las practicas para reducir las cesáreas en un hospital de atención terciaria
Boletin OMS 2016

Propósito



- **Disminuir la tasa de cesárea mediante la estandarización de las indicaciones médicas, basadas en la mejor evidencia disponible.**

Objetivos



- **Implementar un sistema estandarizado de la indicación de cesárea.**
- **Realizar monitoreo y análisis de las indicaciones de cesárea en relación a la presente normativa, considerando recomendaciones OMS y de expertos nacionales.**
- **Realizar vigilancia del número de cesáreas e indicaciones del sistema público y privado.**
- **Realizar acciones de mejora de acuerdo al análisis local en cada Maternidad.**
- **Realizar un mayor énfasis de las indicaciones de cesáreas en primigestas y mujeres con una cesárea anterior.**

Participan

Medico Tratante

Medico responsable - Jefe de Servicio

Dirección médica

Comité Regional- SEREMI

Comité Nacional Vigilancia - MINSAL

Para la aplicación

Cada institución debe designar un **médico responsable** de implementar la estrategia y supervisar

Se debe hacer amplia difusión de la **Norma y las indicaciones de cesárea.**

Medico tratante : CI y debe llenar formulario de vigilancia

El medico responsable debe revisar ficha clínica y formulario y verificar si cumple con norma.

El medico responsable debe tabular y realizar análisis de los datos a nivel local, con jefe de servicio, mensualmente

El jefe de Servicio debe entregar informe trimestral a Director del establecimiento y Comité De Monitoreo Nacional- MINSAL o SEREMI.

RETROALIMENTACIÓN Y PLANES DE MEJORA.

FORMULARIO VIGILANCIA DE INDICACION DE CESAREA

(Documento local)

Nombre mujer: _____

RUT: _____ Centro Hospitalario/Clínica: _____

Causas de cesárea

(marque con una x la indicación primaria de la cesárea)

Por causa fetal

- | | |
|---|--|
| • Presentación de tronco o transversa. | |
| • Presentación podálica. | |
| • Registro no tranquilizador | |
| • Fetos con restricción de crecimiento y Doppler alterado (flujo ausente o reverso en la arteria umbilical). | |
| • Macrosomía fetal | |
| • Las malformaciones cuyo manejo se beneficie de interrupción por cesárea o que no puedan tener parto vaginal, según evidencia. | |

Por causa ovular

- | | |
|---|--|
| • Placenta previa | |
| • Corioamnionitis | |
| • Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. | |
| • Procidencia de cordón. | |
| • Embarazo múltiple. | |

Por causa materna

- Mujer con antecedente de dos o más cesáreas.
- **Mujer con antecedentes de cirugía uterina**
- Cesárea anterior con condiciones obstétricas desfavorables o EPF >4000
- Cesárea anterior sin consentimiento
- Antecedentes de cirugía vaginal previa
- **Prevención** Transmisión vertical de infecciones maternas.
- Madre muerta- Feto vivo (PCR materno)

Situación clínica obstétrica - perinatal de cada caso clínico

- Preeclampsia Severa – eclampsia según condiciones obstétricas.
- Algunas malformaciones fetales.
- Prueba de trabajo de parto fracasada.
- Expulsivo detenido
- Inducción fracasada.
- Fórceps frustrado

Cesárea por solicitud materna (*Recordar consentimiento informado*)

Indicadores

Número de cesáreas		Número de cesáreas en Primigestas que cumple con la Guía Perinatal		Nº de Cesáreas analizadas que cumplen norma por el equipo clínico	
Número total de partos		Número total de cesáreas en Primigestas		Nº total de cesáreas analizadas	
% cesáreas		%		%	

CONCLUSIONES

- **La cesárea es un problema SP en Chile.**
- **Aumenta la morbimortalidad Perinatal y Costos.**
- **Debemos establecer estrategias para disminuirla.**

- **Medidas efectivas son:**

Auditoria institucional, Control inducciones, Inducción cesárea anterior, manejo adecuado del trabajo de parto, entre otras.

Muchas Gracias

