



# **NORMA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA**

## **MONITOREO Y VIGILANCIA DE LA INDICACIÓN DE CESÁREA**

Programa Nacional de Salud de la Mujer

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA / SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES / DIVISIÓN DE GESTIÓN DE REDES ASISTENCIALES

2021

**Ministerio de Salud**

Decreto Exento N°41, 2 de agosto de 2021.

Primera Edición: 2021

Número Registro ISBN: 978-956-348-193-8

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

### Responsables Ministeriales del documento

**Sylvia Santander Rigollet**

Médico Cirujano. MSc. Psicología de la Adolescencia.  
Diplomada en Bioética. PhD en Ciencias de la Educación  
Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública

**Enf. Bárbara Leyton Cárdenas**

Enfermera. Magister en Salud Pública.  
Jefa del Departamento de Ciclo Vital  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública

### Responsable Técnico Documento

**Jorge Neira Miranda**

Médico Gineco-obstetra. Magister Bioética.  
Encargado Programa Nacional de Salud de la Mujer  
Departamento de Ciclo Vital  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública

### Editores

**Rodrigo Neira Contreras**

Matrón. Magister en Salud Pública.  
Programa Nacional de Salud de la Mujer  
Departamento de Ciclo Vital  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública

**Christian Figueroa Lassalle**

Médico Gineco-obstetra  
Jefe de Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital La Florida  
Clínica Santa María  
Asesor Programa Nacional de Salud de la Mujer-DIPRECE  
Profesor Pontificia Universidad Católica

### Colaboradores Programa Nacional de Salud de la Mujer

**Herman Alarcón Hinojosa**

Matrón. Magister Gestión en Salud.  
Programa Nacional de Salud de la Mujer  
Departamento de Ciclo Vital  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública

**Laysa Gonzalez Orroño**

Matrona IBCLC. Magister en Salud Pública.  
Programa Nacional de Salud de la Mujer  
Departamento de Ciclo Vital  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública

### Colaboradores

**Álvaro Insunza Figueroa**

Médico Gineco-obstetra  
Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología

**Claudio Vera Pérez-Gacitúa**

Médico Gineco-Obstetra  
División Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina,  
Pontificia Universidad Católica de Chile

**Daniela Vargas Guzmán**

Matrona  
Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria  
División de Gestión de la Red Asistencial  
Subsecretaría de Redes Asistenciales

**Francisco Díaz Moreno**

Médico Gineco-obstetra  
Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital La Florida.

**Gonzalo Leiva Rojas**

Matrón  
Unidad de Partos, Hospital Clínico La Florida  
Docente Pontificia Universidad Católica de Chile

<p style="text-align: center;"><b>Iván Rojas Tapia</b> Médico Gineco-obstetra Jefe de Servicio de Obstetricia, Ginecología y Neonatología, Clínica Santa María</p>
<p style="text-align: center;"><b>Jean Pierre Frez Bustos</b> Médico Gineco-Obstetra Jefe de Servicio Obstetricia y Ginecología, Hospital de Puerto Montt</p>
<p style="text-align: center;"><b>José Andrés Poblete</b> Médico Gineco-obstetra Jefe División Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile Vice-Presidente Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología</p>
<p style="text-align: center;"><b>Paola Arévalo Leal</b> Matrona Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales</p>
<p style="text-align: center;"><b>Miriam Gonzalez Opazo</b> Matrona Profesional Programa Nacional de Salud de la Mujer/DIPRECE (2014-2017)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Paulina Troncoso Espinoza</b> Médico Gineco-Obstetra Encargada Programa Nacional de Salud de la Mujer/DIPRECE (2014-2017)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Sandra Oyarzo Torres</b> Matrona Colegio de Matronas y Matrones de Chile</p>
<p style="text-align: center;"><b>Solange Burgos Estrada</b> Matrona Unidad de la Mujer, Salud Sexual y Reproductiva-VIH/ITS Departamento GES Redes de Alta Complejidad y Programáticos División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales</p>
<p style="text-align: center;"><b>Víctor Miranda Hermosilla</b> Médico Gineco-obstetra. Uroginecólogo Profesor Pontificia Universidad Católica</p>

## ÍNDICE

<b>GLOSARIO</b>	8
<b>INTRODUCCIÓN</b>	9
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	11
<b>ALCANCE</b>	11
<b>CAPÍTULO I: RECOMENDACIONES INTERNACIONALES</b>	12
1.1 OMS.	12
1.2 Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG).	14
<b>CAPÍTULO II: CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA LA VIGILANCIA DE LA CESÁREA.</b>	19
2.1 Dimensiones éticas de la indicación de cesárea.	19
<b>CAPÍTULO III: INDICACIONES DE CESÁREA.</b>	25
3.1 Por causa fetal.	25
3.2 Por causa ovular.	25
3.3 Por causa materna.	26
Indicaciones de cesárea que deben realizarse de acuerdo a la situación clínica obstétrica - perinatal de cada caso clínico.	27
Riesgos potenciales.	27
Indicaciones estandarizadas de cesáreas	27
Definiciones	28
Cesárea de emergencia.	28
Cesáreas de urgencia.	28
Cesáreas electiva o programada.	28
Ante una cesárea por solicitud materna (CPSM).	29
Consentimiento informado.	30
Estrategias:	30
<b>CAPÍTULO IV: CLASIFICACIÓN DE LAS CESÁREAS (Manual OMS)</b>	31
<b>CAPÍTULO V: ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LAS CESÁREAS.</b>	34
Intervenciones dirigidas a las mujeres.	34
Intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud.	34
Intervenciones dirigidas a organizaciones, instalaciones o sistemas de salud.	34

<b>CAPÍTULO VI:</b>	
<b>IMPLEMENTACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA NORMA.</b>	37
De los equipos.	37
Nivel local (Centro hospitalario o Clínica).	37
Nivel de Servicios de Salud (SS).	37
Nivel Regional–Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud.	38
Nivel Central.	38
Metodología para su aplicación.	39
Procedimiento de Registro.	39
Supervisión del cumplimiento de la normativa.	42
<b>ANEXOS</b>	43
<b>Anexo 1.</b> Clasificación de Robson.	43
<b>Anexo 2.</b> Formulario vigilancia de indicación de cesárea.	44
<b>Anexo 3.</b> Formulario notificación a Servicios de Salud y SEREMI.	45
<b>Anexo 4.</b> Entrega de información a la mujer respecto de la operación cesárea.	46
<b>Anexo 5:</b> Consentimiento informado para la realización de intervención cesárea.	48
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	50

## GLOSARIO

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

**ACOG:** Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

**CPSM:** Cesárea Por Solicitud Materna

**FONASA:** Fondo Nacional de Salud

**DEIS:** Departamento de Estadística e Información en Salud

**DIPRECE:** División de Prevención y Control de Enfermedades

**OR:** Odds Ratio

**OCDE:** Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico

**IC:** Intervalo de Confianza

**SEREMI:** Secretaría Regional Ministerial de Salud

**SS:** Servicio de Salud

**gr:** Gramos.

**PCR:** Paro Cardio Respiratorio

**DPPNI:** Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta

**VHS:** Virus Herpes Simple

**TAR:** Terapia Anti Retroviral

**CV:** Carga Viral



## INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento que puede ser eficaz en disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal cuando está justificada desde el punto de vista médico. Sin embargo, en ausencia de justificación, no están demostrados los beneficios para mujeres o neonatos, por lo que los riesgos a corto y largo plazo, pueden afectar la salud de la mujer ante nuevos embarazos, incrementando los costos en salud asociados<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

Basado en los estudios propiciados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>7</sup>, se concluye que, a nivel poblacional, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de morbimortalidad materna y neonatal. Así también, se destaca que en lugar de centrar esfuerzos solo en alcanzar una tasa determinada de cesáreas, y considerando que esta intervención es eficaz para salvar la vida de madres y neonatos, los equipos deberían enfocarse en hacer lo posible para realizar cesáreas solo en aquellas **mujeres que lo necesiten por razones médicas justificadas**.

En relación con lo anterior, los resultados obtenidos en un trabajo respaldado por la OMS<sup>8</sup>, donde se analizaron más de 22 millones de pacientes, se concluye que las tasas nacionales de cesáreas de hasta aproximadamente 19 por cada 100 nacidos vivos, se asocian con una menor mortalidad materna y neonatal entre los estados miembros (Tabla N°1)<sup>9</sup>.

**Tabla N°1:** Riesgos Maternos según vía de parto.

EVENTOS MATERNOS GRAVES	OR IC 95%
Parto vaginal espontáneo	1
Parto instrumental	2.2 (1.62 a 2.99)
Cesárea anteparto sin indicación	1.94 (2.05 a 7.82)
Cesárea anteparto con indicación	3.04 (2.71 a 3.41)
Cesárea intraparto sin indicación	4 (2.05 a 7.82)
Cesárea intraparto con indicación	1.91 (1.71 a 2.13)

**Fuente:** Souza JP, Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: The 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Med [Internet]. 2010; 8(1):71.

Diferentes publicaciones<sup>8,10,11</sup>, revelan que no hay evidencia de que los indicadores de salud materna y perinatal mejoren a mayor número de cesáreas (Tabla N°2). Al respecto, la Encuesta Global 2004-2005 de la OMS sobre la salud materna y perinatal<sup>12</sup>, seleccionó una muestra de 8 países de América Latina, en el cual su objetivo fue explorar la relación entre la tasa de partos por cesárea y los resultados maternos y perinatales, en la cual se observó que el aumento de la tasa de parto por cesárea, se asoció con un aumento del uso de antibióticos en el puerperio, mayor morbimortalidad

fetal y materna, prematuridad y mayores ingresos a unidad de cuidados intensivos (UCI) neonatal. A su vez, un último estudio en Países Bajos, determinó que el riesgo de morir es 3 veces mayor en mujeres expuestas a una cesárea respecto a mujeres que tuvieron su parto vía vaginal<sup>13</sup>.

**Tabla N°2:** Riesgos de resultados adversos maternos y neonatales según tipo de parto.

RIESGO		
Resultado	Parto vaginal	Cesárea
<b>Materno</b>		
Morbilidad materna grave	8.6%	9.2%
Mortalidad materna	3.6/100.000	13/100.000
Embolia líquido amniótico	3-7/100.000	16/100.000
Desgarro grado III y IV	1 - 3%	NA
Placentación anormal	Incrementa con el mayor número de cesáreas previas.	
Incontinencia de orina	No hay diferencias	
Depresión posparto	No hay diferencias	
<b>Neonatal</b>		
Laceraciones	NA	1.2 %
Morbilidad respiratoria	<1%	1-4%
Distocia de hombros	1-2%	0%

**Fuente:** ACOG, Society for Maternal Fetal Medicine. Obstetric care consensus (reaffirmed 2019). J Perianesthesia Nurs. 2014; 20(3):159.

En el año 2011, la OMS realizó una revisión sistemática de los mecanismos utilizados para clasificar las cesáreas, concluyendo que la clasificación de Robson (anexo N°1) es la más adecuada a nivel local e internacional, ya que permite realizar un adecuado diagnóstico para planificar las acciones de mejora pertinentes en establecimientos de salud para disminuir la tasa de dicha intervención<sup>4</sup>. La clasificación de Robson, permite analizar las tasas de cesáreas en 10 de los grupos, para determinar los nodos críticos y planes de mejora iniciales, clasificando a cada mujer a partir de 5 características básicas: paridad, comienzo del trabajo de parto, edad gestacional, presentación fetal y cantidad de fetos, aplicándose en el momento de su ingreso para interrupción<sup>4</sup>. Se propone, también, como un sistema de verificación basal que permite la comparación con otros centros. Es importante considerar que esta clasificación no permite evaluar causalidad.

Por su parte, Chile durante sus últimos años, promedia un porcentaje histórico de cesáreas superior al 40%, indicador que lo posiciona entre los países con más altas tasas de cesáreas de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), presentando un 47% de cesáreas el año 2017, siendo solo superado por México (48,7%) y Turquía (53,1%)<sup>14</sup>. Si bien, según datos del Ministerio de Salud, para el año 2019 el porcentaje de cesáreas en la red asistencial pública fue 42,95%, aún se está lejos del promedio de la OCDE, el cual es cercano al 28%<sup>15</sup>.

En este contexto, a través de la presente Norma Técnica se espera lograr la vigilancia y monitoreo de la adecuada indicación de cesárea en las instituciones públicas y privadas de salud del país, en base a las recomendaciones de la Guía Perinatal del Ministerio de Salud, y por medio de la utilización de la clasificación de Robson. Junto con lo anterior, se espera entregar algunas directrices para apoyar a los equipos de salud con el fin de que logren establecer medidas que contribuyan a la disminución de la tasa de cesáreas en sus establecimientos<sup>16</sup>.

## OBJETIVO GENERAL

- \* Disminuir el número de cesáreas realizadas en el país, que no tengan indicación médica justificada.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Clasificar las cesáreas de acuerdo a criterios definidos por Guía Perinatal y Clasificación de Robson.
2. Realizar medición estandarizada y vigilancia de los porcentajes de cesárea de acuerdo a las causas de indicación.
3. Implementar procesos administrativos necesarios para el cumplimiento de esta norma.
4. Implementar estrategias de mejora continua en los Servicios de Obstetricia y Ginecología de acuerdo a análisis local.
5. Analizar las principales causas de indicación de cesárea a nivel nacional y regional.

## ALCANCE

Este documento establece las acciones a realizar por el equipo de salud de atención cerrada de salud pública y privada, de manera de entregar la vigilancia y monitoreo de la adecuada indicación de cesárea. Estas recomendaciones están dirigidas a los equipos de salud y equipos directivos de los centros asistenciales, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Servicios de Salud.

## CAPÍTULO I: RECOMENDACIONES INTERNACIONALES

### 1.1 OMS.

En relación a la tasa de cesárea en el mundo, desde la década del 80<sup>ˆ</sup> esta intervención es cada vez más frecuente, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.

Al respecto, la OMS refiere que:

“Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, la cesárea (cuando está justificada desde el punto de vista médico) 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. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral. En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materna infantil. Asimismo, cada vez más, la comunidad internacional hace referencia a la necesidad de revisar la tasa recomendada en 1985”<sup>4</sup>.

#### a. Declaración de Fortaleza (Brasil, 1985)<sup>17</sup>.

##### Recomendaciones Generales.

Estas recomendaciones apuntan a enfatizar en la centralidad de la mujer en el proceso, contexto de acompañamiento y profesionales competentes para la atención del parto. las principales recomendaciones son:

- \* “Cada mujer puede elegir el tipo de parto que prefiera”
- \* “Se anima al grupo familiar a practicar el autocuidado en el período perinatal”
- \* “Los sistemas informales de atención perinatal deben coexistir con el sistema oficial”
- \* “Debe promoverse la formación de parteras y comadronas profesionales”
- \* “Debe evaluarse constantemente el equipo de atención al parto para lograr mejoras en la atención primaria”

Para que estas recomendaciones sean viables, es necesario modificar los servicios sanitarios, las actitudes del personal multidisciplinario y distribuir correctamente los recursos humanos y materiales.

##### Recomendaciones específicas.

Estas recomendaciones específicas, son parte fundamental de la Declaración de Fortaleza. En este documento, se incluyen las que estimamos se encuentran más relacionadas a la realidad sociosanitaria chilena:

- \* “Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia, debe tener acceso durante el parto y todo el período postnatal. Además, el equipo sanitario, también debe prestar apoyo emocional”.
- \* “El recién nacido debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre”.

- \* “No hay pruebas de que después de una cesárea previa, sea necesario otra cesárea”.
- \* “Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia”.
- \* “La inducción del parto, debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de inducciones”.
- \* “Durante el expulsivo, debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos. Salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación”.
- \* “Algunos de los países con menor mortalidad perinatal en el mundo, tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que un país tenga más de un 10-15%”<sup>18</sup>.

#### **b. Principios OMS en el cuidado perinatal-2001:**

Basado en las recomendaciones de la OMS para el cuidado perinatal 2001, la Oficina Regional Europea propuso 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal en el futuro. Estos principios, fueron ratificados en el año 2006, asegurando fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo. Estos se pueden observar en la tabla N°3.

**Tabla N°3:** Principios OMS para el cuidado Perinatal.

PRINCIPIO	INTERPRETACIÓN OMS
Ser NO medicalizado	Significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
Ser basado en el uso de tecnología apropiada	Se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnologías, equipamientos y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
Ser basado en las evidencias	Significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
Ser regionalizado	Basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
Ser multidisciplinario	Con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
Ser integral	Debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
Estar centrado en las familias.	Ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino también, de su pareja.
Culturalmente pertinente	Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres	
Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.	

**Fuente:** Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207. Adaptación Programa Nacional de la Mujer

### 1.2 Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG).

En el año 2014, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, junto a la Sociedad Americana de Medicina Materno Fetal, publicaron un consenso de cuidado obstétricos llamado "Prevención segura de la cesárea primaria", cuyas recomendaciones se resumen en la tabla a continuación:

**Tabla N°4:** Recomendaciones para la prevención de la primera cesárea.

Recomendaciones	Grado de Recomendaciones
<b>Primera etapa del parto</b>	
Una fase latente prolongada (por ejemplo, más de 20 horas en mujeres nulíparas y más de 14 horas en mujeres multíparas), no debe ser una indicación de parto por cesárea.	1B
	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
El parto lento, pero progresivo en la primera etapa del parto, no debe ser una indicación de cesárea.	1B
	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
La dilatación cervical de 6 cm. debe considerarse el umbral para la fase activa de la mayoría de las mujeres en trabajo de parto. Por lo tanto, antes de que se logren los 6 cm. de dilatación, no deben aplicarse estándares de progreso de fase activa.	1B
	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
La cesárea debe reservarse para mujeres con una dilatación de 6 cm. o más, con rotura de membranas que no progresan a pesar de 4 horas de actividad uterina adecuada; o al menos 6 horas de administración de oxitocina con actividad uterina inadecuada y sin cambios cervicales.	1B
	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
<b>Segunda etapa del parto</b>	
No se ha identificado un tiempo máximo absoluto en la segunda etapa del parto en la que las mujeres deban someterse a un parto operatorio.	1C
	Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad
<p>Antes de diagnosticar la detención del parto en la segunda etapa, si las condiciones maternas y fetales lo permiten, realice lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Al menos 2 horas de expulsivo en mujeres multíparas</li> <li>* Al menos 3 horas de expulsivo en mujeres nulíparas</li> </ul> <p>Tiempos mayores pueden ser apropiadas de forma individualizada (por ejemplo, con el uso de analgesia epidural o con una mala posición fetal) siempre que se esté documentando el progreso.</p>	1B
	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
El parto operatorio en la segunda etapa del parto por médicos experimentados y bien entrenados, debe considerarse una alternativa segura y aceptable al parto por cesárea. Se debe alentar la capacitación y el mantenimiento continuo de las habilidades prácticas relacionadas con el parto vaginal quirúrgico.	1B
	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada

<p>La rotación manual del occipucio fetal en el contexto de la mal posición fetal en la segunda etapa del parto, es una intervención razonable a considerar antes de pasar al parto vaginal quirúrgico o al parto por cesárea. Con el fin de prevenir de forma segura los partos por cesárea en el contexto de una mala posición, es importante evaluar la posición fetal en la segunda etapa del parto, particularmente en el contexto de un descenso fetal anormal.</p>	<p>1B</p> <p>Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada</p>
<b>Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal</b>	
<p>La amnioinfusión para las desaceleraciones variables repetitivas de la frecuencia cardíaca fetal puede reducir de manera segura la tasa de cesárea.</p>	<p>1A</p> <p>Recomendación fuerte, evidencia de alta calidad</p>
<p>El pH del cuero cabelludo se puede utilizar como un medio para evaluar el estado ácido-base del feto cuando existen patrones cardíacos fetales anormales o indeterminados (anteriormente, no tranquilizadores) (por ejemplo, variabilidad mínima) y es una alternativa segura al parto por cesárea en este contexto.</p>	<p>1C</p> <p>Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad</p>
<b>Inducción del parto</b>	
<p>Antes de las 41 0/7 semanas de gestación, la inducción del parto generalmente se debe realizar basándose en las indicaciones médicas maternas y fetales. Se deben realizar inducciones a las 41 0/7 semanas de gestación y más allá para reducir el riesgo de parto por cesárea y el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.</p>	<p>1A</p> <p>Recomendación fuerte, evidencia de alta calidad</p>
<p>Se deben utilizar métodos de maduración cervical cuando se induce el parto en mujeres con un cuello uterino desfavorable.</p>	<p>1B</p> <p>Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada</p>
<p>Si el estado materno y fetal lo permite, se pueden evitar los partos por cesárea por inducción fallida del trabajo de parto en la fase latente, permitiendo duraciones más prolongadas de la fase latente (hasta 24 horas o más) y exigiendo que se administre oxitocina durante al menos 12-18 Horas después de la rotura de la membrana antes de considerar la inducción fracasada.</p>	<p>1B</p> <p>Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada</p>
<b>Distocia de presentación</b>	
<p>La presentación fetal se debe evaluar y documentar a partir de las 36 0/7 semanas de gestación para permitir que se ofrezca una versión cefálica externa.</p>	<p>1C</p> <p>Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad</p>



<b>Sospecha de Macrosomía fetal</b>	
Para evitar posibles traumas en el parto, la cesárea debe limitarse a un peso fetal estimado de al menos 5.000 g en mujeres sin diabetes y al menos 4.500 g en mujeres con diabetes. La prevalencia de peso al nacer de 5.000 g o más es rara, y se debe informar a los pacientes que las estimaciones del peso fetal, particularmente en los últimos meses de gestación, son imprecisas.	2C
	Recomendación débil, evidencia de baja calidad
<b>Aumento de peso materno excesivo</b>	
Se debe asesorar a las mujeres acerca de las pautas de peso materno para tratar de evitar el aumento de peso excesivo.	1B
	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
<b>Embarazo gemelar</b>	
Los resultados perinatales, para los embarazos gemelares en las que el primer gemelo tiene una presentación cefálica, no mejoran con el parto por cesárea. Por lo tanto, debe aconsejarse a las mujeres con gemelos con presentación cefálica / cefálica o con gemelos con presentación cefálica / no cefálica que intenten un parto vaginal.	1B
	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
<b>Otro</b>	
Los individuos, las organizaciones y los órganos de gobierno deben trabajar para garantizar que la investigación se realice para proporcionar una mejor base de conocimientos para orientar las decisiones relacionadas con el parto por cesárea y para alentar cambios en las políticas que reduzcan de manera segura la tasa de parto por cesárea primaria.	1C
	Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad

**Fuente:** Elaboración Propia Programa Nacional de Salud de la Mujer.

Estas recomendaciones, plantean que el apoyo emocional a la gestante, el uso de intervenciones mínimas, un poco más de tiempo de lo que se creía antiguamente, así como también el acceso a cuidados no médicos como el trabajo personalizado y el acompañamiento continuo, se ha demostrado que reducen las cesáreas<sup>11</sup>. Fue la propia ACOG, que en el 2016 publicó un estudio que implementó estas recomendaciones en un centro de Estados Unidos. En este lugar se implementaron básicamente 3 medidas<sup>18</sup>:

- \* Se hicieron recomendaciones sobre el manejo adecuado de la primera y segunda etapa del parto de acuerdo con los nuevos tiempos de Zhang.
- \* Se establecieron pautas para las inducciones electivas del parto entre 39 0/7 semanas y 41 0/7 semanas para permitir solo a aquellos con puntajes de Bishop mayor a 8.
- \* Se publicaron trimestralmente las tasas de cesáreas individuales y de la unidad. Durante un período de un año redujeron su tasa de cesáreas del 35% al 29,4%.

La ACOG se refiere a las cesáreas por solicitud materna, fenómeno que posee una prevalencia del 2,5% respecto de total de cesáreas en Estados Unidos y para lo cual se recomienda<sup>19</sup>:

- \* En ausencia de indicaciones maternas y fetales, debe recomendarse un parto vaginal.
- \* Si a pesar de lo anterior, y luego de analizar los riesgos y beneficios, la mujer decide una cesárea a solicitud, esta no debe ser realizada antes de las 39 semanas.
- \* La mujer debe ser informada de los riesgos de placenta previa, acretismo placentario e histerectomía, y cómo estos riesgos aumentan en cada cesárea posterior.

En el año 2017, un estudio entrevistó a mujeres nulíparas en 8 países de la OCDE, entre ellos Chile<sup>20</sup>, en el cual se mostró que apenas una de cada diez mujeres jóvenes prefería la cesárea, con un rango de 7,6% en Islandia a 18,4% en Australia (Chile, 12,8%). En el mismo trabajo se determinó que las razones principales para preferir una cesárea disminuyeron a medida que aumentaba el nivel de confianza en el conocimiento de las mujeres sobre el embarazo y el parto. En Chile, otro trabajo publicado en el año 2018, estima que las cesáreas por solicitud materna son el 6,6%<sup>21</sup> del total de cesáreas.

## CAPÍTULO II: CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA LA VIGILANCIA DE LA CESÁREA.

### 2.1 Dimensiones éticas de la indicación de cesárea.

A la actividad médica, contribuyen una combinación de estrategias cognoscitivas, tales como la observación y la experiencia clínica, la técnica, el conocimiento especulativo de las causas de los procesos naturales, la antropología para comprender la condición humana y su relación integrativa con la cosmovisión y los conceptos de salud y enfermedad, la necesaria prudencia en el actuar entre otros. Todo esto le confiere a la actividad médica un sello característico, que los griegos denominaron como *téchne* o arte médico, con la finalidad de producción de un efecto dirigido por un conocimiento práctico basado en ciencia, cuyo objeto es un bien particular de un ser humano: la recuperación de la salud.

Así, el bien buscado es la salud del ser humano, entendiéndose como tal una condición que el sujeto debe poseer, en orden a poder desplegar toda su potencialidad, toda vez que la enfermedad obstaculiza el normal desenvolvimiento del sujeto y específica a la medicina en sus aspectos de prevención o curación.

La Obstetricia, como especialidad, busca prevenir la enfermedad, diagnosticarla, tratarla y rehabilitarla en los pacientes que están a su cuidado: la madre y su hijo. Para ello, la práctica médica ha desarrollado toda una forma de evaluación para el trabajo de parto. En esta etapa del desarrollo, en forma independiente o simultánea, estos pacientes pueden dar signos de alarma, y esto puede ocurrir a lo largo de todo el proceso del parto, incluyendo hasta el último momento del expulsivo. Como agentes sanitarios, lo anterior nos obliga a mantener las medidas de vigilancia a la diada, y si la clínica lo indica, actuar con prontitud, pericia y energía para recuperar la salud comprometida. Por otro lado, cuando el proceso sigue un transcurrir normal, lo razonable es abstenerse de intervenciones y respetar los tiempos propios de los procesos.

La operación cesárea, nace en los albores de la medicina como una medida extrema ante la posible muerte de la madre, con la intención única de evitar la muerte del feto. Debutando en el delgado límite que divide la vida y la muerte de la diada, hemos llegado a la situación actual, donde se ha convertido en una alternativa a la vía natural con la cual cada persona llega al mundo, sumando a la naturaleza de la obstetricia, la disquisición de dos vías de parto, con beneficios y riesgos diversos y que él o la médico debe discernir en cada caso particular, respecto a cuál es la mejor alternativa para sus pacientes.

La evidencia médica indica que epidemiológicamente, cuando se aumenta la tasa de cesárea por sobre un límite que fluctúa ente 15-20%, no mejora la morbimortalidad perinatal, por lo tanto, frente a la interrogante respecto a qué es lo que ha llevado a los y las médicos que practican la tocología, a tener una tasa que se aproxima al 100%, sin duda que las causas son múltiples, superando el ámbito estrictamente médico que debe guiar el acto sanitario, y que pasaremos a revisar <sup>22</sup>.

### Acto médico.

Establecido la naturaleza de la obstetricia y su objeto formal nos corresponde avanzar en el acto médico, o sea lo que le corresponde ejecutar al obstetra y cuáles son sus límites.

El acto sanador es electivo y ejecutivo a la vez. La elección es un instante crítico y fundamental donde el sanador balancea los fines, medios para lograrlo, deseos, temores y circunstancias del

paciente, alternativas y efectos adversos conocidos para finalmente inclinarse en un curso de acción cuyo fin debe ser irrenunciablemente la prevención de enfermedad y recuperación de la salud de la diada madre e hijo.

El acto ejecutivo a su vez, es una acción que involucra la totalidad del médico/a, no una parcialidad de éste. Es público el rechazo cuando se sabe que un médico/a actuó en un estado de conciencia alterado por el efecto de drogas o alcohol, ya que las personas esperan y confían en que el personal de salud responderá con un compromiso total, sin reservas ni mezquindades, ya que una vez que se inicia un proceso curativo, pueden aparecer condiciones no previstas que pueden derivar en complicaciones y cambios en el rumbo trazado en la cual el paciente, por estar anestesiado o por el riesgo vital inminente, no podrá participar en una multiplicidad de decisiones que tomará el equipo médico.

De esto, se desprende la centralidad de la confianza en el acto médico, sobre todo en la obstetricia y su naturaleza, que en cualquier instante demanda decisiones inmediatas y de consecuencias vitales, algunas impredecibles en el control obstétrico prenatal, por lo cual la paciente confía en que su médico/a, además de poseer la habilidad necesaria, esté integralmente involucrado y comprometido tanto en el acto electivo, como en el acto ejecutivo, lo cual se traducirá en un eventual bien para la diada y en un bien para el profesional que “se hace” en cada acción.

Es por la unidad de lo electivo y lo ejecutivo del acto curativo, que su separación es un retroceso en la calidad de la atención. No es bien visto en la práctica cotidiana de la obstetricia que un equipo indique una cesárea y otro lo realice a menos que sea por razones de fuerza mayor, ya que todos sabemos que no es lo mismo indicar una laparotomía que ejecutarla, ya que ambos procesos -la elección y la ejecución- se retroalimentan, enriquecen y permiten además la conexión con la virtud.

### **Virtud y acto médico.**

La virtud o el hábito bueno, como es entendida por Aristóteles, tiene que ver con la perfección de la potencia, pero de aquellas potencias que pueden ser perfeccionadas por la decisión de hacerlo y con el esfuerzo para lograrlo. Es según el filósofo, lo más perfecto en el género de la potencia, y como la potencia hace relación con el acto, se refiere entonces a que el acto sea realizado en forma perfecta.

Ahora, esta perfección se adquiere progresivamente, no nacemos con ellas, es una tarea de toda la vida, y en este esfuerzo, todas nuestras facultades van pasando de la potencia al acto, y una vez actualizada se convierte en virtud. Todo nuestro proceso de educación es para consolidar nuestras virtudes, inicialmente actuamos con torpeza, errores, demoras, fracasos hasta que después de muchos intentos vamos logrando actuar con facilidad, rapidez, prudencia, justicia, sabiduría, incluso alegría, consolidando de esta manera nuestras destrezas para desempeñarnos en la sociedad con el hábito de la virtud en una actividad o profesión, lo que sería un acto perfecto para Aristóteles.

El hábito de la virtud que concluye en una acción u obra -en el caso de la obstetricia- como un bien para la diada, también puede modular los instintos u apetitos, lo que constituye a las virtudes morales (templanza, fortaleza y prudencia) que perfecciona al agente que actúa, en este caso al equipo médico, al hacerlos mejores personas, al obrar con fortaleza ante el cansancio de los turnos o partos con largas horas de vigilia, con prudencia ante casos de incertidumbre donde la vía de parto no aparece con claridad y con templanza para decidir en base a criterios médicos en condiciones complejas, cuestión fundamental que aporta la filosofía a la educación médica, hoy olvidada en las mallas curriculares actuales.

### La cesárea como problema.

Esta reflexión está orientada a los determinantes que el médico/a considera para tomar la decisión de la vía de parto en un caso particular, cómo entenderlas y jerarquizarlas para decidirse finalmente por una de ellas.

#### Razones para explicar las ventajas del parto vaginal:

- > **Naturales:** el parto vaginal es como la especie humana se ha reproducido a lo largo de la historia, al igual que todas las especies sexuadas. Es el resultado de la impronta evolutiva de millones de años, y que la naturaleza lo resuelve eficientemente sin la ayuda de terceros, siendo un procedimiento menos riesgoso que la cesárea y debe estar siempre en el ideal a conseguir.
- > **Económicas:** el parto es sin duda de menor costo, por lo tanto, como Salud Pública, donde los recursos son siempre insuficientes para la demanda, su promoción es de justicia distributiva.
- > **Médicas:** para una mujer sana, con un feto sin problemas, es sin duda la mejor alternativa. Es paradójico que esta población sana esté siendo impactada por el aumento de la tasa de cesárea.

#### Razones para explicar el parto cesárea:

- > **Económicas:** Al programar el equipo médico el parto cesárea en un tiempo determinado que no colisiona con otras actividades remuneradas.
- > **Médicas:** En las últimas décadas, existe un progresivo descrédito del parto instrumental, vale decir Fórceps, Vacuum o Espátulas, como alternativa para resolver las urgencias del expulsivo avanzado. La cesárea en esas condiciones es extremadamente compleja y expone a la diada a una mayor morbimortalidad. Esto ha llevado a sobre reaccionar ante cualquier evento adverso y realizar la operación cesárea para evitar el expulsivo.
- > **Abuso de la inducción:** Sin una justificación médica, por lo que con ese mismo criterio se determina su “fracaso de inducción”.
- > **Judiciales:** El trabajo de parto implica una exigencia nueva a la diada, donde existe la posibilidad que ocurran urgencias no previstas o eventos adversos, todo lo cual es terreno para la judicialización de los procesos, lo que desincentiva el esfuerzo para lograr un parto vaginal.
- > **De la paciente:** Insuficiente educación por el equipo tratante, temor al dolor, temor a resultados neonatales adversos y comodidad de programar fecha y hora del parto.

Estas causas son insuficientes para explicar la variabilidad de las tasas de cesárea, que dependen de los centros de salud territoriales, del sistema de salud involucrado (público/privado), de la experiencia del equipo médico, entre otros. Todo lo cual nos hace considerar la dinámica de la decisión médica. ¿Qué nos determina como seres racionales la elección de un curso de acción? Aristóteles señala que lo que inclina a la voluntad es el bien de la acción, no elegimos en función

del mal, y en caso de la vía de parto, es el bien para la madre y el feto. El médico/a opta por la vía de parto que para él garantiza una madre y recién nacido sin patologías por la decisión tomada.

Ahora, considerando todos los factores de la *lex artis*, existe una incertidumbre o perplejidad legítima de la vía de parto, por lo que es adecuado considerar la autonomía de la paciente, la que siempre tiene que estar informada del curso de los acontecimientos.

### **Algunas conclusiones respecto a consideraciones especiales para la vigilancia de la cesárea.**

- > La naturaleza de la obstetricia es un arte que se aplica a dos pacientes simultáneos, en donde el tiempo oscila entre el respeto a los procesos naturales y la urgencia, y donde el equipo de profesionales tiene que dilucidar entre dos vías de parto.
- > El acto médico es una conjunción indivisible entre lo electivo y ejecutivo.
- > El principio ético que orienta el actuar médico es la beneficencia de la madre y del feto/recién nacido.
- > En la decisión de la vía de parto, deben primar criterios clínicos, y cuando existiera perplejidad real, considerar la autonomía de la paciente.
- > El actuar de acuerdo a la virtud práctica y moral, es una forma de tender siempre al mayor bien de nuestros pacientes y de la perfección del equipo clínico que actúa.
- > Desarrollar estrategias para la motivación de las instituciones y de los equipos para propender al parto vaginal. Esto es lo más complejo y amerita una Gestión del Cambio, lo cual desafía la originalidad de las personas y de los sistemas.

## 2.2. Rol protector de la cesárea en patologías del piso pélvico.

Las patologías del piso pélvico son muy frecuentes y generan una importante alteración de la calidad de vida de quienes la padecen. Tienden a tener mayor riesgo de depresión, aislamiento social y un claro deterioro de su calidad de vida. Las más frecuentes son la incontinencia de orina, prolapso genital e incontinencia anal. Su prevalencia depende del cuestionario utilizado y del contexto donde se evalúa<sup>23</sup>; pero pueden afectar en globo un porcentaje tan alto como un 30% en el caso de la incontinencia de orina<sup>24</sup>.

Existen diferentes teorías que dan cuenta de la fisiopatología de las patologías del piso pélvico, pero una de las más aceptadas es la secuencia en el tiempo de factores predisponentes, como, por ejemplo: colagenopatías, predisposición familiar, paridad, edad, el embarazo y el parto.

El papel causal del embarazo y el parto se apoyan en el hallazgo de que los trastornos del suelo pélvico son más frecuentes entre las mujeres con un hijo<sup>25,26</sup>. Además, la tasa de daño aumenta con la paridad creciente.

Durante el embarazo, muchas mujeres experimentan sus primeros síntomas de incontinencia. El pronóstico para las mujeres que desarrollan incontinencia urinaria durante el embarazo es generalmente favorable, ya que un 70% de estas experimentan una resolución espontánea de los síntomas posparto. La prevalencia y la gravedad de la incontinencia aumentan durante el embarazo, reportándose entre un 7 a 60 %. Específicamente, dentro de los 12 meses posteriores al parto, la prevalencia se reduce al 11 a 23%. Además, entre las mujeres con incontinencia persistente, la gravedad disminuye en el primer año después del parto, con una reducción sustancial tanto en la frecuencia de episodios de incontinencia como en otras medidas de gravedad.

La incidencia más alta de incontinencia se observa en el segundo trimestre<sup>27</sup> y, según la tasa acumulada de síntomas de incontinencia nueva, la prevalencia alcanza su punto máximo en el tercer trimestre<sup>28</sup>.

Con relación a **la edad y paridad**, en mujeres sin hijos y menores de 55 años, la prevalencia de incontinencia urinaria es de 6,5 a 18 % y de prolapso es de aproximadamente 0,6 %, menor que en las mujeres multíparas<sup>29</sup>.

Una encuesta nacional de mujeres no embarazadas de los Estados Unidos (n = 1.961)<sup>30</sup>, muestra la existencia de: incontinencia urinaria en un 15,7 %, incontinencia fecal 9% y prolapso genital en un 2,9%. Las mujeres multíparas tenían tasas más altas de daño. El impacto del aumento de la paridad y la edad es particularmente notable para la incontinencia urinaria:

- \* **Incontinencia urinaria:** nulíparas 6,5%; un nacimiento 9,7%; dos nacimientos 16,3% y tres o más nacimientos 23,9%.
- \* **Prolapso genital:** nulípara 0,6%; un nacimiento 2,5%; dos nacimientos 3,7%; y tres o más nacimientos 3,8%.

Si analizamos lo anteriormente expuesto, el factor modificable es el parto. Por esto surge la interrogante si al ofrecer una cesárea electiva sin trabajo de parto, se podrían prevenir las patologías del piso pélvico.

La literatura nos permite responder esa interrogante. Para la **incontinencia de orina**, cuando se compara la prevalencia de incontinencia post parto vaginal versus cesárea electiva en primigestas, hay una diferencia a los tres meses a favor de la cesárea como factor protector. Sin embargo, cuando se mide a un año de seguimiento la tasa de incontinencia en ambos grupos es similar. Por lo tanto, no existe tal rol protector a largo plazo.

Para la **incontinencia fecal**, no cabe duda que el parto vaginal, especialmente las lesiones de tercer y cuarto grado (comprometen el esfínter anal externo e interno), son las principales causantes de este problema a futuro. Su prevención implica la reducción en la tasa de parto instrumental, especialmente fórceps y el adecuado diagnóstico y reparación de lesiones esfinterianas intraparto.

En relación al **prolapso genital**, sabemos que el micro y macro trauma que genera el parto vaginal en el músculo puborectal (componente del complejo elevador del ano), que es la principal fuente de soporte de los órganos pélvicos, es parte fundamental de la fisiopatología para el desarrollo de prolapso. Sin embargo, cuando se ha estimado el número necesario para tratar, con el fin de prevenir un prolapso genital, se deberían operar entre 7 a 9 pacientes de cesárea, lo que incrementaría los costos y complicaciones de manera insostenible para cualquier sistema de salud.

En relación a prácticas clínicas del manejo del trabajo de parto y daño del piso, podemos mencionar que:

- \* No se ha comprobado que la prevención del trabajo de parto prolongado o la segunda etapa del parto, disminuya el daño del piso pélvico. Se necesitan más estudios para evaluar este tema<sup>31,32</sup>.
- \* Evitar el parto operatorio con fórceps parece ser una medida que disminuye el riesgo de daños en el piso pélvico<sup>33,34,35,36</sup>.
- \* La episiotomía no parece prevenir la incontinencia urinaria o el prolapso, y puede aumentar el riesgo de incontinencia fecal<sup>37,38,39</sup>.
- \* Para el parto vaginal o la episiotomía quirúrgica, los estudios podrían haber sido sesgados por otros factores que influyen en el desarrollo de daño, incluida la desproporción cefalopélvica, la raza materna y el uso de otras intervenciones obstétricas. Por lo tanto, no hay pruebas suficientes para establecer si una episiotomía o un parto quirúrgico son la causa de la incontinencia posparto o simplemente un marcador para un parto más difícil. Los riesgos de realizar estos procedimientos deben compararse con los beneficios potenciales en situaciones clínicas específicas.
- \* Al comparar fórceps y vacuum en relación a outcome perinatal, éste es similar. En relación al daño del piso pélvico, la evidencia existente sugiere que los trastornos del piso pélvico están más fuertemente asociados con el parto con fórceps. El vacuum puede ser menos traumático para el suelo pélvico<sup>40,41</sup>.

Hasta el momento no hay evidencia suficiente en relación a que la cesárea evite el desarrollo o la exacerbación del daño del piso pélvico, por lo que la prevención de las patologías del piso pélvico no se realizaría por medio de preferir dicha intervención como vía de parto, sino por el entrenamiento kinésico pelvi perineal antenatal y post parto.



## CAPÍTULO III: INDICACIONES DE CESÁREA

A continuación, se presentan las indicaciones de cesárea por tipo de causa, de acuerdo con las recomendaciones entregadas en la Guía Perinatal del Ministerio de Salud <sup>16</sup>:

### 3.1 Por causa fetal.

- \* **Presentación de tronco o transversa:** Considerada como presentación distócica en la cual el parto vaginal no es posible.
- \* **Presentación podálica:** 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. Se sugiere implementar un protocolo local de versión externa entre 36 y 37 semanas, si no es posible la versión, se debe planificar la cesárea.
- \* **Registro fetal no tranquilizador (anormal, ominoso, positivo o categoría III):** Variabilidad reducida, disminuida o ausente, asociado a variables, tardías, bradicardia, taquicardia mantenida por más de 40 minutos o registro con patrón sinusoidal con condiciones obstétricas desfavorables para parto vaginal expedito (dilatación cervical incompleta, insuficiente grado de encajamiento de la presentación).
- \* **Fetos con restricción de crecimiento y Doppler alterado** (flujo ausente o reverso en la arteria umbilical).
- \* **Macrosomía fetal:** Aquel feto con peso estimado mayor de 4.500 gramos. La estimación del peso fetal idealmente, deberá ser realizada y de acuerdo entre dos observadores. La indicación en mujeres con diabetes gestacional es 4.200 – 4.300g el punto de corte.
- \* Las **malformaciones** cuyo manejo se beneficie de interrupción por cesárea o que no puedan tener parto vaginal, según evidencia.

### 3.2 Por causa ovular.

- \* **Placenta previa:** Embarazadas con placenta previa, que cubra parcial o completamente el orificio cervical interno, debe realizarse operación cesárea programada.
- \* **Corioamnionitis en tratamiento** y que el parto no ocurrirá dentro de 6 a 12 horas o con compromiso fetal.
- \* **Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)<sup>42</sup>:** Constituye una emergencia obstétrica que puede ocasionar hipoxia y muerte fetal, complicaciones maternas que pueden conducir a útero de “Couvelaire” 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:** Emergencia obstétrica que ocasiona hipoxia fetal, debiendo realizarse operación cesárea para evitar las complicaciones fetales.

- \* **Embarazo múltiple:** Indicaciones absolutas de parto por cesárea son el embarazo monoamniótico, gemelos pagos o siameses y la presentación no cefálica del primer gemelar. Indicación relativa es la presentación cefálica del gemelo uno con presentación no cefálica del gemelo dos.

### 3.3 Por causa materna.

- \* **Mujer con antecedente de dos o más cesáreas:** Se recomienda realizar operación cesárea programada, para evitar el riesgo de rotura uterina.
- \* **Cesárea anterior:** Con condiciones obstétricas desfavorables (Bishop < 6) y/o con patología materna, que amerita interrupción del embarazo en forma inmediata. El límite de peso para parto vaginal es una estimación de pesos fetal (EPF) mayor de 4.000 gramos.
- \* La inducción de las pacientes con cesárea anterior requiere de un **protocolo local** y solo debe realizarse en hospitales con la infraestructura necesaria para realizar una cesárea de emergencia. El protocolo debe excluir el uso de Misoprostol.
- \* **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.
- \* **Transmisión vertical de infecciones maternas:**
  - a) Se recomienda a las embarazadas VIH (+) sin Terapia Anti Retroviral (TAR) durante el embarazo, o bien, en aquellas que no tienen resultado de Carga Viral (CV) a la semana 34 o si ésta es > 1.000 copias/mL, realizar una cesárea programada, con esto se reduce el riesgo de transmisión de VIH de mujer a hijo/a.
  - b) 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<sup>43</sup>.
  - c) La transmisión de la hepatitis B de la mujer al hijo/a, se puede reducir si el recién nacido recibe inmunoglobulina y la vacunación.
  - d) Embarazadas con hepatitis B no se les debe realizar una cesárea programada, porque no hay evidencia suficiente de reducción de la transmisión vertical.
  - e) Embarazadas que están infectadas con virus de hepatitis C (VHC), se les debe recomendar operación cesárea programada, debido a que esta reduce la transmisión mujer-hijo/a<sup>44</sup>.
  - f) 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.

- \* **Madre muerta- Feto vivo** (Paro Cardio Respiratorio (PCR) materno)  
En caso de PCR materno en embarazos viables, se debe realizar una cesárea perimortem de emergencia antes de 5 minutos contados desde que se inician las maniobras.

### **Indicaciones de cesárea que deben realizarse de acuerdo a la situación clínica obstétrica – perinatal de cada caso clínico.**

- \* Preeclampsia Severa – Eclampsia – Síndrome de HELLP según condiciones obstétricas.
- \* Algunas malformaciones fetales, como por ejemplo: macrocefalia, mielomeningocele, encefalocele entre otras.
- \* Registro no tranquilizador según condiciones obstétricas.
- \* Falta de progreso en el trabajo de parto durante su fase activa (dilatación estacionaria).
- \* Prueba de trabajo de parto fracasada.
- \* Inducción fracasada. Se debe evaluar la pertinencia de la inducción, de acuerdo a recomendaciones de la Guía Perinatal.

### **Riesgos potenciales.**

La operación cesárea, al igual que otras intervenciones quirúrgicas mayores, tiene riesgo anestésico, de infección, hemorragia, trombo embolismo venoso, a los cuales se le agregan otros riesgos potenciales tales como:

- \* Lesión vesical (1 mujer cada 1.000)
- \* Lesión de uréter (3 mujeres cada 10.000).
- \* Lesiones fetales (1 – 2 recién nacidos cada 100).
- \* 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).

### **Indicaciones estandarizadas de cesáreas**

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<sup>4</sup>.

## **DEFINICIONES**

### **Cesárea de emergencia.**

- \* Cesárea en mujeres con riesgo de pérdida de bienestar fetal (ritmo sinusoidal, bradicardia mantenida, variabilidad ausente asociada a tardías o variables).
- \* Cuando exista riesgo vital materno: Paro cardio respiratorio.
- \* Cuando exista imposibilidad de extraer el feto por vía vaginal, tras una prueba de parto (instrumental) fallida o fórceps frustrado.
- \* 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.

### Cesáreas de urgencia.

Cesáreas en mujeres con riesgo intermedio. Dentro de este grupo se encuentran:

- a) **Fracaso de inducción:** involucra la incapacidad de alcanzar la fase activa del trabajo de parto (>5cm.), en una mujer sometida a protocolo de inducción completo; habiendo complementado ésta con una rotura de membranas (ver Guía Perinatal 2015).
- b) **Detención en la progresión del trabajo de parto. Las principales alteraciones de la fase activa son:**
  - > Fase activa prolongada: luego de iniciada la fase activa, la dilatación es persistentemente lenta, de acuerdo con las curvas propuestas por Zhang <sup>46, 47</sup>.
  - > Cese de la dilatación: inicialmente la dilatación fue adecuada, para luego no progresar.
  - > Combinación de ambas: luego de una fase activa prolongada, se establece un cese de la dilatación.
- c) **Miscelánea:** Presentaciones de frente, cara (mento-posteriores), Corioamnionitis y otras.

### Cesáreas electiva o programada.

Cesárea en mujeres con indicación de cesárea planificada con anterioridad:

#### 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 (Mujeres sin TARV y carga viral > 1000 copias/ml.).
- > Embarazadas con dos o más 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 dobles en las que el primer feto no esté en cefálica.
- > Compromiso fetal demostrado con contraindicación de inducción del parto (alteración del Doppler umbilical).
- > Feto macrosómico (peso fetal estimado superior a 4.500 gr.), 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.
- > En el parto vaginal post cesárea, se puede esperar inicio del parto vaginal si cumple las condiciones hasta al menos las 40 semanas o inducir a las 40 semanas, de acuerdo al protocolo local.

### Ante una cesárea por solicitud materna (CPSM).

Una cesárea por solicitud materna, es aquella que se realiza sin inicio de trabajo de parto y en ausencia de indicaciones maternas o fetales tradicionales. No hay estadísticas locales respecto al impacto de la cesárea por requerimiento materno en la tasa general de cesárea, pero se presume que ha aumentado, al igual que en otros países. En Estados Unidos, existen estimaciones entre 4-18%<sup>48</sup>, en Escocia el 7,7%<sup>49</sup> y en norte de Australia el 26,8%<sup>50</sup>. Debe existir una política local tendiente a informar en base a evidencia y decidir en base a *lex artis*.

No hay muchos estudios que determinen los riesgos y beneficios de la CPSM. En una revisión sistemática de estudios de cohorte y de casos y controles realizada en Reino Unido<sup>49</sup>, se encontró aumento de la hemorragia postparto y mayor estadía hospitalaria con un nivel de evidencia moderado; comparado con cesárea no planificada.

Aunque la realización de una cesárea a pedido materno en una mujer a la que se le ha entregado la información conforme lo dispuesto en el artículo 10 de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, es clínica y éticamente aceptable, los médicos/as, como promotores de la salud y el bienestar de las mujeres en general, en ausencia de la indicación médica aceptada, deben extremar el asesoramiento para que la decisión de la mujer esté basada en su autonomía y la buena práctica médica, sin recomendar el parto por cesárea en forma rutinaria a todas las embarazadas.

### Consideraciones generales:

- \* La cesárea por demanda materna no se debe realizar antes de las 40 semanas de gestación.
- \* La indicación de cesárea por petición materna no debe estar originada en la falta de disponibilidad de tratamiento eficaz del dolor.
- \* Una cesárea anterior no es indicación de cesárea *per sé*.
- \* Cuando la mujer recibe una consejería efectiva e información adecuada, es muy improbable su persistencia en la solicitud de una cesárea sin indicación.
- \* No es justificable una cesárea solo por la decisión de esterilización.

### Orientaciones para el procedimiento de indicación de CPSM:

- \* Se debe entregar a la mujer información y acompañamiento basado en evidencia para que puedan tomar decisiones informadas sobre el parto durante el control prenatal.
- \* Se debe considerar sus factores de riesgo específicos tales como: edad, índice de masa corporal, los planes reproductivos de la mujer y su contexto cultural. Explorar las experiencias y expectativa de parto y su ansiedad sobre el proceso de nacimiento, los cuales pueden inducir la demanda y deben analizarse en conjunto con el equipo multidisciplinario.
- \* Si la principal preocupación fuese el miedo al dolor, se debe ofrecer orientar respecto al acompañamiento durante el trabajo de parto y manejo farmacológico y no farmacológico de la analgesia del parto.
- \* Se recomienda analizar los riesgos y beneficios de la cesárea y parto vaginal con otras mujeres.
- \* En caso de persistencia del requerimiento de la mujer, reforzar la información de riesgos/beneficios y realizar firma de consentimiento informado para la atención del parto y/o cesárea.

### Consentimiento informado.

A todas las mujeres se les debe entregar información acerca del motivo de la indicación de su cesárea, de los riesgos y posibles complicaciones.

Esta debe ser entregada por el profesional de salud en el momento en que se indique el procedimiento, pudiendo ser en Atención Primaria, nivel secundario o en hospitalización. Se debe entregar información verbal y por escrito (Ver cartilla información de la paciente, anexo 4).

Posterior a eso, la mujer debe firmar el consentimiento informado, para completar el proceso de información y consentimiento.

En los casos de emergencia o urgencia, se tendrá en consideración lo dispuesto en los literales b y c del artículo 15 de la ley N° 20.584:

“No obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones:

- a) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.
- b) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida”.

### Estrategias:

- > Establecer y asegurar el cumplimiento de las indicaciones de la primera cesárea, por medio de la evaluación de las causas de éstas.
- > Implementar un sistema de evaluación y análisis de las causas de las operaciones cesáreas no ajustadas a la norma, con asignación de profesionales responsables.
- > Se sugiere utilizar las indicaciones de cesárea de la Guía Perinatal para el monitoreo y seguimiento en los establecimientos de salud a lo largo del tiempo y entre ellos, lo que permitirá establecer los grupos, nodos y planes de mejora a nivel local.
- > Realizar análisis de las complicaciones: reoperaciones, reingresos, infecciones intrahospitalarias, infección de herida operatoria, mortalidad perinatal, mortalidad materna, morbilidad materna grave, encefalopatía hipóxica isquémica.

## CAPÍTULO IV: CLASIFICACIÓN DE LAS CESÁREAS (Manual OMS)

La OMS, recomienda la necesidad de utilizar un sistema de clasificación global de la indicación de cesáreas, con la finalidad de facilitar la gestión de las instituciones en la identificación de los grupos y la posterior implementación de estrategias para su reducción<sup>52</sup>. En el año 2015, el panel de expertos de la OMS ha recomendado la utilización de la clasificación de Robson para esta finalidad. La contribución de la clasificación de Robson para la disminución de las cesáreas es:

- > Determinar variables explicativas de las tasas generales de cesárea.
- > Comparar la práctica clínica de la indicación de cesáreas entre instituciones.
- > Evaluar la eficacia de estrategias o intervenciones dirigidas a optimizar el uso de la cesárea.
- > Evaluar la calidad de la atención y de las prácticas clínicas mediante el análisis de los resultados en los distintos grupos de mujeres.
- > Evaluar la calidad de los datos obtenidos y sensibilizar al personal acerca de la importancia de esos datos, de su interpretación y uso.

La clasificación de Robson determina 10 grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos, por medio del empleo y caracterización de cada de cesárea por las siguientes variables:

**Tabla N°4:** Variables para la clasificación de Robson.

	Operacionalización	Observaciones
<b>Número de partos</b>	1. Nulípara 2. Multípara	Nacimiento por cualquier vía con un peso > 500 gramos (g). O 22 semanas de edad gestacional. La nuliparidad no se debe homologar a la primigravidad.
<b>Cesárea Previa</b>	1. Sí (una o varias) 2. No	La definición no tiene en cuenta el parto actual.
<b>Inicio del trabajo de parto</b>	1. Espontáneo 2. Inducido 3. No hay trabajo de parto (cesárea programada)	Este debe basarse en la historia clínica, la exploración física y la decisión del profesional de la salud al ingreso en la sala de parto/parto.
<b>Número de fetos</b>	1. Embarazo único 2. Embarazo múltiple	Se deben incluir las muertes fetales diagnósticas después de las 22 semanas o de un peso de 500 grs.
<b>Edad gestacional</b>	1. Prematuro (menos de 37 semanas) 2. Término (37 semanas o más)	Basada en la mejor estimación de edad gestacional obstétrica. En los casos de edad gestacional dudosa utilizar la edad gestacional pediátrica.
<b>Situación y presentación del feto</b>	1.Cefálica 2.Podálica 3. Transversa	En las presentaciones cefálicas se debe considerar: presentación de vértice, facial, frontal, o presentaciones cefálicas compuestas.

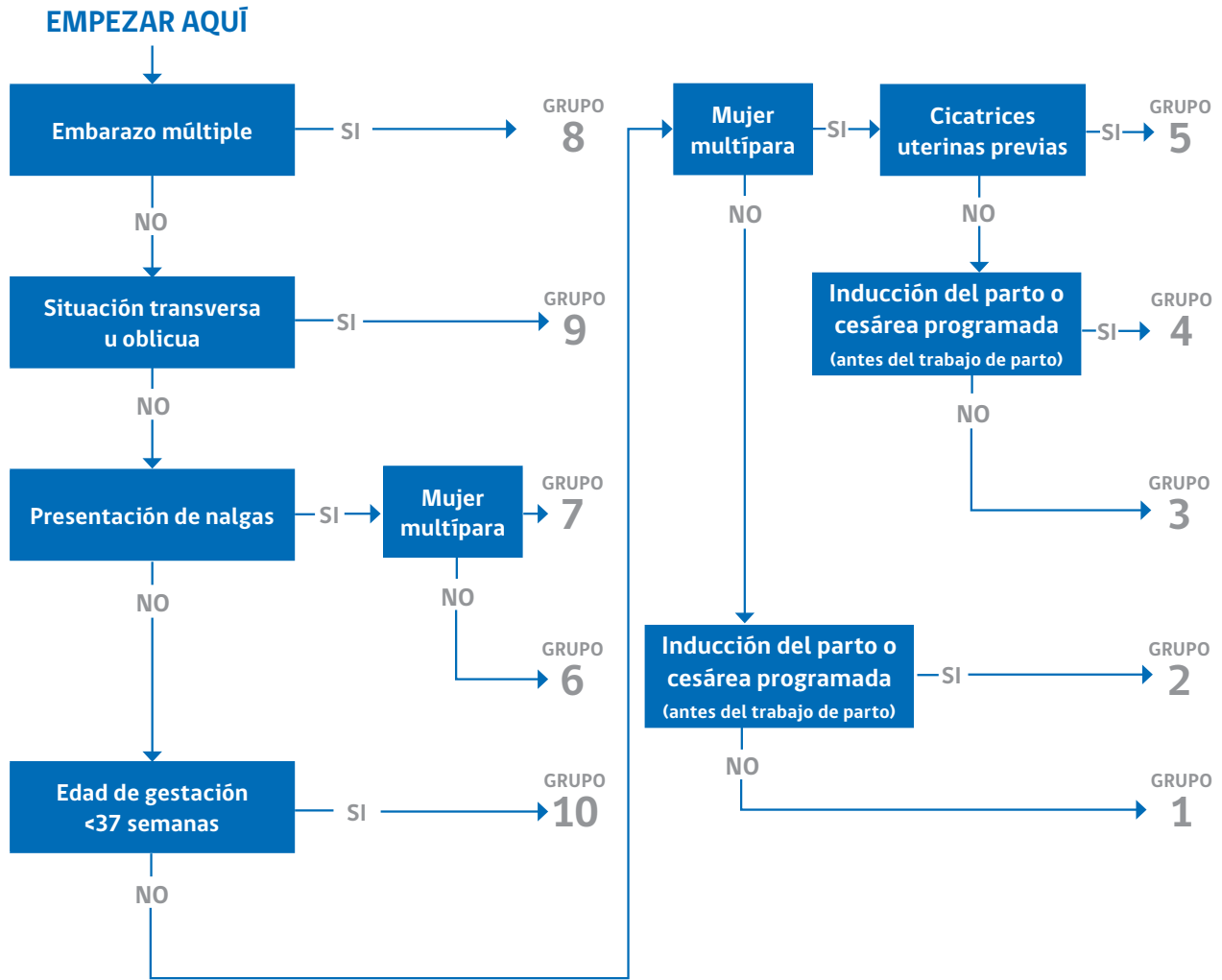
A partir de las variables definidas, los grupos de la clasificación son los siguientes:

Grupo	Población
1	Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de término y en trabajo de parto espontáneo.
2	Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, de término, en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada.
2.a	Parto inducido.
2.b	Cesárea programada.
3	Mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de término y en trabajo de parto espontáneo.
4	Mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de término en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada.
4.a	Parto inducido.
4.b	Cesárea programada.
5	Todas las mujeres multíparas con al menos una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de término.
5.1	Con cesárea previa.
5.2	Con dos o más cesáreas previas.
6	Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas.
7	Todas las mujeres multíparas con un embarazo único con presentación de nalgas, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.
8	Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidos las que han tenido una o varias cesáreas previas.
9	Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.
10	Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de pre-término, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.

**Fuente:** OPS. La clasificación de Robson: Manual de aplicación. Organización Panamericana de la Salud. 2018;12.

Cada mujer puede clasificarse en uno de los 10 grupos mediante el examen y la recopilación de los datos de cada historia clínica individual o directamente con los registros clínicos. Para facilitar el proceso de clasificación, se sugiere utilizar el siguiente diagrama de flujo para la toma de decisión:



**Esquema N°1:** Flujo de decisiones para clasificación de Robson.

En los casos que falte o sea ilegible la información de las características obstétricas necesarias para la clasificación, se debe generar un grupo "No clasificable", el cual debe incluirse en los informes considerando: valor absoluto, porcentaje según el total de partos y cuáles son las variables concretas que presentan omisión de información.

## CAPÍTULO V: ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LAS CESÁREAS.

Las recomendaciones generales de la OMS para disminuir las cesáreas, se agrupan en 3 grupos, las cuales tienen diferentes niveles de actores involucrados.

### Intervenciones dirigidas a las mujeres.

La educación en salud para las mujeres es un componente esencial de la atención prenatal. Se recomiendan las siguientes intervenciones educativas y programas de apoyo para reducir los partos por cesárea solo con seguimiento y evaluación específicos.

- \* Talleres de preparación al parto (el contenido incluye sesiones sobre el miedo y el dolor del parto, técnicas farmacológicas de alivio del dolor y sus efectos, métodos no farmacológicos de alivio del dolor, ventajas y desventajas de las cesáreas y el parto vaginal, indicaciones y contraindicaciones de las cesáreas, entre otros).
- \* Programa de entrenamiento de relajación, aplicado y dirigido por una matrona(a).
- \* Programa de prevención psicosocial basado en la pareja (el contenido incluye la autogestión emocional, la gestión de conflictos, la resolución de problemas, la comunicación y las estrategias de apoyo mutuo que fomentan la crianza conjunta positiva de un infante). El término “pareja” en esta recomendación, incluye parejas u otras personas cercanas.
- \* Psicoeducación para mujeres con miedo al dolor; que incluye información sobre el miedo y la ansiedad, el miedo al parto, las etapas del parto, las rutinas hospitalarias, el proceso de parto y el alivio del dolor (dirigido por matronas/es), entre otros temas.
- \* Al considerar las intervenciones educativas y los programas de apoyo, no se recomienda ningún formato específico (por ejemplo, un folleto, videos, educación de juegos de rol) como más efectivo.

### Intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud.

- \* Se recomienda la implementación de protocolos basados en la evidencia, combinadas con una segunda opinión estructurada y obligatoria para la indicación de la cesárea.
- \* Se recomienda la implementación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, auditorías de cesáreas y retroalimentación oportuna a los profesionales de la salud para reducir los partos por cesárea.

### Intervenciones dirigidas a organizaciones, instalaciones o sistemas de salud.

- \* Se recomienda un modelo de atención colaborativo entre médicos obstetras y matronas (es decir, un modelo de personal basado en la atención brindada principalmente por matronas, con un respaldo de 24 horas de un obstetra).
- \* Las estrategias financieras (es decir, las reformas de seguros que igualan los honorarios de los médicos por partos vaginales y cesáreas) para profesionales de la salud u organizaciones de atención médica, se recomiendan solo en el contexto de una investigación rigurosa.

Según la clasificación de Robson, se debe analizar e implementar medidas de intervención según las tasas de cesárea según grupo, las cuales diferencialmente son:

**Tabla N°5:** Metas esperadas según grupo de Robson y su interpretación de intervención.

Grupo	Meta o recomendación según Robson (% de cesárea del grupo*)	Interpretación
1	Se pueden alcanzar tasas inferiores al 10%	Esta tasa solo puede interpretarse con exactitud cuando se ha considerado el cociente de los tamaños de los grupos 1 y 2. En principio, cuanto mayor es el cociente del tamaño de los grupos 1:2, mayor es la probabilidad de que tanto la tasa de cesárea del grupo 1 como la del grupo 2 sean superiores. Sin embargo, es posible que la tasa global de cesárea en el conjunto de los grupos 1 y 2 continúe siendo baja o igual.
2	Sistemáticamente alrededor de 20 a 35%	Las tasas de cesárea del grupo 2 reflejan el tamaño y las tasas existentes en los grupos 2a y 2b. Si el tamaño del grupo 2b es grande, las tasas globales de cesárea en el grupo 2 serán altas. Si el grupo 2b es relativamente pequeño, las tasas de cesárea en el grupo 2 pueden indicar un bajo porcentaje de éxitos en la inducción o una elección deficiente de las mujeres en las que realizar la inducción y, en consecuencia, una tasa elevada de cesárea en el grupo 2a. Debe recordarse el principio general de no interpretar un único subgrupo de manera aislada sin conocer lo que queda fuera de él. La interpretación del grupo 2a requiere conocer el tamaño relativo de los grupos 1 y 2b.
3	Normalmente, no superior al 3%	En las unidades con unas tasas de cesárea más altas en este grupo, esto puede deberse a una calidad deficiente de la recopilación de los datos. Es posible que las mujeres con cicatrices uterinas previas (grupo 5) se hayan clasificado incorrectamente en el grupo 3. Otras posibles razones de las tasas elevadas podrían ser, por ejemplo, la realización de una ligadura de trompas en entornos con un acceso limitado a la anticoncepción, o por solicitud materna.
4	Rara vez debe ser superior al 15%	Las tasas de cesárea del grupo 4 reflejan el tamaño y las tasas de los grupos 4a y 4b. Si tamaño del grupo 4b es grande, las tasas globales de cesárea del grupo 4 serán altas. Si el grupo 4b es relativamente pequeño, unas tasas de cesárea elevadas en el grupo 4 pueden indicar un bajo porcentaje de éxito en la inducción o una elección deficiente de las mujeres en las que se aplica la inducción y, en consecuencia, una tasa de cesárea elevada en el grupo 4a. Una recopilación deficiente de los

		datos podría ser también un motivo de que las tasas de cesárea fueran altas en el grupo 4; por ejemplo a causa de la inclusión de las mujeres con cicatrices uterinas previas en este grupo (cuando debieran haberse incluido en el grupo 5). Por último, una tasa de cesárea alta en el grupo 4 puede reflejar una solicitud materna elevada de la cesárea a pesar de que estas mujeres hayan tenido su primer parto por vía vaginal. Esto puede deberse a que el parto previo haya sido traumático o prolongado o a que se realice una ligadura de trompas en entornos con un acceso limitado a la anticoncepción.
5	Las tasas de un 50% a 60% se consideran apropiadas siempre que los resultados maternos y perinatales sean buenos	Si las tasas son mayores, ello se debe posiblemente a que el grupo 5.2 (mujeres con 2 o más cesáreas previas) es grande. También podría deberse a una política de uso de cesáreas programadas en todas las mujeres con 1 cicatriz uterina previa, sin intentar un parto vaginal. Adicionalmente el grupo 5 debe ser evaluado según la tasa global de cesárea, ya que cuando es muy alto, podría indicar que en años anteriores, las tasas de cesárea de los grupos 1 y 2 han sido altas y conviene analizar.
8	Generalmente es de alrededor de un 60%	Las diferencias dependerán del tipo de embarazo gemelar y del cociente de nulíparas/multíparas con o sin una cicatriz uterina previa.
10	En la mayor parte de las poblaciones suele ser de alrededor de un 30%	Si es superior al 30%, generalmente se debe a que hay muchos casos de embarazos de riesgo alto (por ejemplo, por retraso del crecimiento fetal, preeclampsia) que necesitarán una cesárea programada antes del término. Si es inferior al 30%, sugiere una tasa relativamente más alta de partos espontáneos prematuros y, en consecuencia, una tasa global de cesárea inferior.
1+2+5	Estos tres grupos combinados suponen normalmente 2/3 (66%) del total de cesáreas realizadas en la mayoría de los hospitales	La atención debe centrarse en estos tres grupos si el hospital está tratando de reducir la tasa global de cesárea. Cuanto mayor es la tasa global de cesárea, más debe centrarse la atención en el grupo 1.

\*cesáreas del grupo: N de cesáreas del grupo / N total de mujeres del grupo X100

## CAPÍTULO VI: IMPLEMENTACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA NORMA

### De los equipos.

#### Nivel local (Centro hospitalario o Clínica).

##### 1- Dirección médica:

La Dirección Médica de cada prestador institucional, designará formalmente por el acto administrativo que corresponda, un médico responsable de implementar la estrategia en la totalidad de la actividad de partos de la organización y encargará al jefe/a de servicio la supervisión periódica de la ejecución y cumplimiento de la Norma. En la resolución y/o documento formal de la institución, se deben declarar las horas semanales que se han asignado para cumplir con esta función. Se sugiere la designación de un médico liberado de guardia para esta actividad.

La dirección médica será responsable de la supervisión del envío de la información al nivel Central, trimestralmente.

##### 2- Médico responsable

Las actividades del médico responsable son:

- \* Con resguardo de los datos sensibles, revisar ficha clínica y formulario de vigilancia local y posteriormente evaluar si cumple con indicación de cesárea según la presente norma técnica.
- \* Reportar mensualmente análisis de los datos de nivel local a médico/a y matrona/ón Jefe/a de Servicio de Obstetricia y Ginecología, quienes visarán y complementarán reporte de médico supervisor de la norma.
- \* Jefatura de Servicio de Obstetricia y Ginecología deberá entregar informe trimestral al Director/a del Hospital, SEREMI y Dirección de Servicio de Salud respectivo, en formulario de notificación de vigilancia cesárea (véase en anexos).

##### 3- Médico tratante

El médico tratante (médico cirujano que opera la cesárea) de cada centro debe llenar formulario de vigilancia de Cesárea local, posterior a la cirugía (véase en anexos).

##### 4-Médico jefe de servicio Clínico o Jefe de Centro de Responsabilidad

El médico jefe de servicio Clínico o Jefe de Centro de Responsabilidad será responsable de la supervisión del proceso.

**Sin perjuicio de lo anterior, ante establecimientos que ya posean mecanismos locales de monitorización de cesárea, se podrá mantener dicha estructura, adaptando los flujos de reporte y análisis mínimos requeridos por esta Norma Técnica.**

#### Nivel de Servicios de Salud (SS).

El/La director/a del Servicio de Salud deberá designar a un profesional, referente del Programa de Salud de la Mujer en la Dirección del Servicio para la supervisión del cumplimiento de la norma y la vigilancia del cumplimiento de los planes de mejora. Las actividades consideradas en este rol son:

- \* Supervisar en forma periódica el cumplimiento de la norma en su Servicio de Salud.
- \* Supervisar y acompañar técnicamente la ejecución de los planes de mejora a nivel local.
- \* Asistir a reunión del Comité regional para informar de los consolidados, observaciones y planes de mejoras en los nodos críticos del Servicio de Salud respectivo.

### **Nivel Regional-Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud.**

Se constituirá un “Comité Regional de Vigilancia de Indicación de Cesáreas”, el cual debe ser consagrado por resolución exenta y debe considerar las siguientes características:

#### **Coordinador:**

La/El Secretaria/o Regional de Salud deberá designar a un/a profesional, referente del Programa de Salud de la Mujer con la función de coordinación del presente comité regional. Entre sus funciones vinculadas a este comité tendrá las siguientes responsabilidades:

- \* Consolidar reporte regional del sector público y privado.
- \* Convocatorias de comité.

#### **Integrantes:**

- \* Profesional Programa de Salud de la Mujer de SEREMI de Salud.
- \* Profesional a cargo del Programa de Salud de la Mujer de Servicios de Salud de la Región.
- \* Un médico responsable de la vigilancia a nivel local por Servicio de Salud.

En el Comité Regional se podrán incluir representantes del sector privado de salud e invitar a expertos según la pertinencia de la reunión.

La/El Secretaria/o Regional de Salud deberá designar a un profesional, referente del Programa de Salud de la Mujer, quien velará por el cumplimiento de la norma a nivel regional por medio de las siguientes acciones:

- \* El Comité Regional coordinará las conclusiones y recomendaciones al Departamento de Ciclo Vital de la DIPRECE-MINSAL.
- \* El Comité deberá reunirse trimestralmente. Podrá convocar la presencia de otros expertos, cuando lo estime conveniente.
- \* Deberá revisar los informes enviados de los Centros privados.
- \* Deberá supervisar el cumplimiento de la Norma de los Centros públicos.
- \* Solicitar otros antecedentes que se consideren necesarios, para el buen análisis de los casos, con resguardo de los datos sensibles.
- \* Supervisar en el sector público y privado la ejecución de la Norma.

### **Nivel Central.**

Se constituirá una Comisión Nacional de Monitoreo y Vigilancia de la indicación de cesáreas. Esta Comisión, estará constituida por los equipos técnicos del Programa Nacional de Salud de la Mujer-DIPRECE y profesionales referentes del Programa Nacional de Salud de la Mujer-DIGERA. Esta comisión podrá convocar la presencia de otros expertos de la red pública y privada, además de representantes de sociedades científicas. Su constitución quedará mandatada por medio de una resolución exenta del Ministerio de Salud.

Esta comisión sesionará cada 3 meses o según necesidad y estará a cargo de:

- \* Recepcionar informes trimestrales.
- \* Realizar análisis de los informes y emitir conclusiones.
- \* Realizar supervisión en terreno en caso necesario.
- \* Realizar retroalimentación a los equipos, respecto de los informes regionales para la disminución de las tasas de cesáreas.

### **Metodología para su aplicación.**

- \* Toda mujer con indicación de cesárea debe tener información de la cirugía y firma de consentimiento informado. Esta información debe ser entregada por equipo tratante.
- \* En cada intervención de cesárea, indistintamente donde se origine (incluye entidades privadas), el tratante deberá registrar en la ficha clínica los fundamentos que justifican la indicación de cesárea.
- \* El tratante debe llenar formulario de vigilancia de Cesárea local, después de la cirugía (véase en anexos).
- \* Se debe presentar y discutir cada caso en entrega de turno o reunión acordada por la institución.
- \* El médico responsable recolecta formularios y coteja con ficha clínica la correcta indicación de la cesárea.
- \* El médico responsable tabula y luego realiza análisis de los datos a nivel local, con jefe de Servicio (anexo 3). Evalúan los nodos críticos, retroalimentan a equipo tratante y plantean planes de mejora.
- \* El médico jefe de Centro de responsabilidad o servicio Clínico supervisa el proceso.
- \* El médico responsable y jefe de servicio deben realizar análisis de indicadores.
- \* El médico responsable entrega informe mensual a jefe de Servicio y trimestral al Director del Hospital, SEREMI y Comité de Monitoreo y Vigilancia Nacional de Cesárea – MINSAL en formulario de Notificación de vigilancia cesárea (anexo 3).
- \* Los directivos de la institución del sistema público o privado, una vez informados de los resultados de nivel central, realizarán retroalimentación a los equipos tratantes en forma individual y mediante reuniones clínicas.

En todo el proceso es necesario resguardar la privacidad de la información y datos sensibles.

### **Procedimiento de Registro.**

Hasta la implementación de un sistema informático en línea, el flujo de información se realizará a través de consolidados Excel enviados desde los Centros Asistenciales.

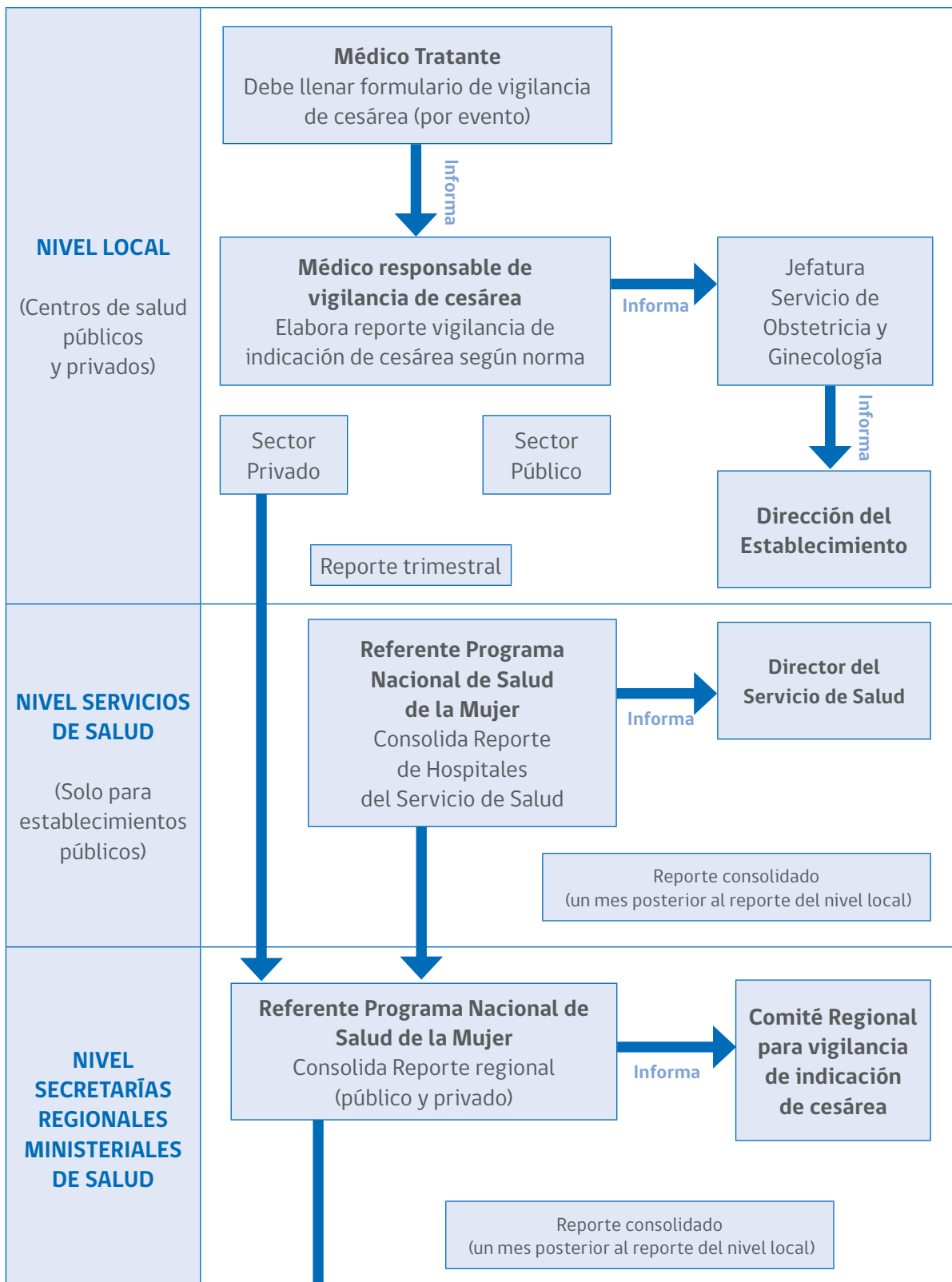
### **Formulario vigilancia de indicación de cesárea (véase anexos)**

Este documento debe ser llenado por el médico tratante después de cada cirugía. Debe marcar la indicación de la cesárea según norma. El médico responsable deberá traspasar estos datos a plantilla Excel. Esta función no es delegable

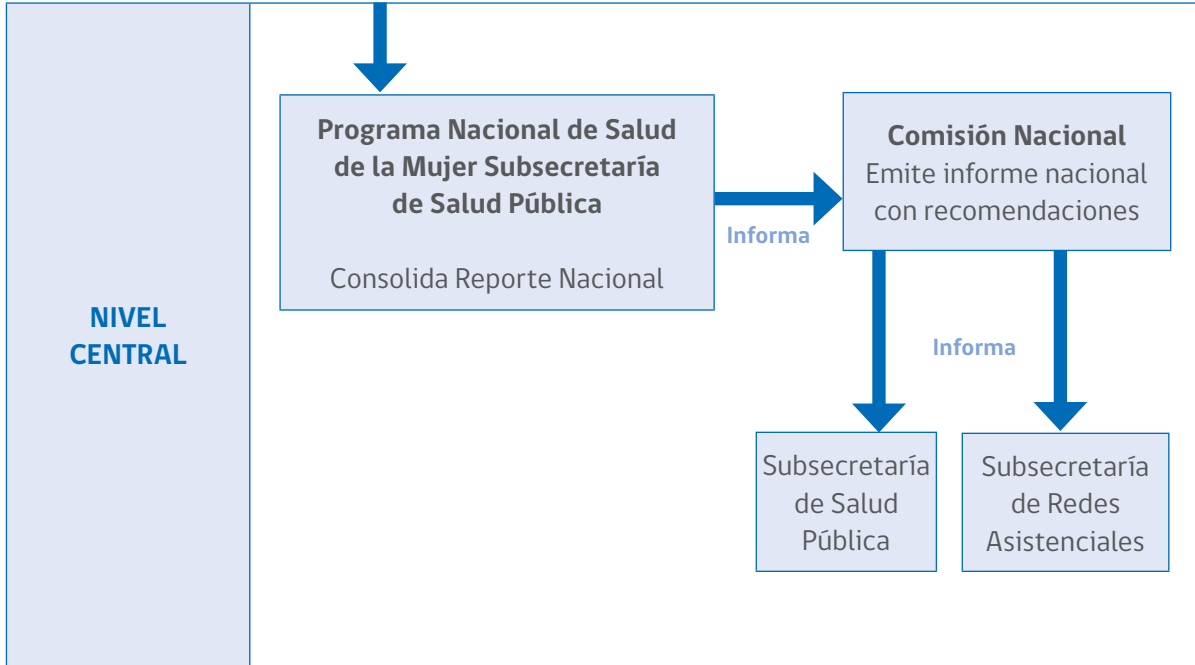
### **Formulario notificación a SEREMI - MINSAL (véase anexos)**

Esta información es consolidada en plantilla Excel, por el médico responsable de la norma del establecimiento, el que debe enviar a SEREMI o MINSAL.

**Esquema N°2:** Proceso administrativo de la norma de vigilancia y monitoreo de la indicación de cesárea.







### Supervisión del cumplimiento de la normativa.

El **médico Jefe/a** del Centro de responsabilidad o servicio Clínico es responsable de la supervisión del proceso. el es quien deberá monitorear el cumplimiento de la normativa según los siguientes indicadores:

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

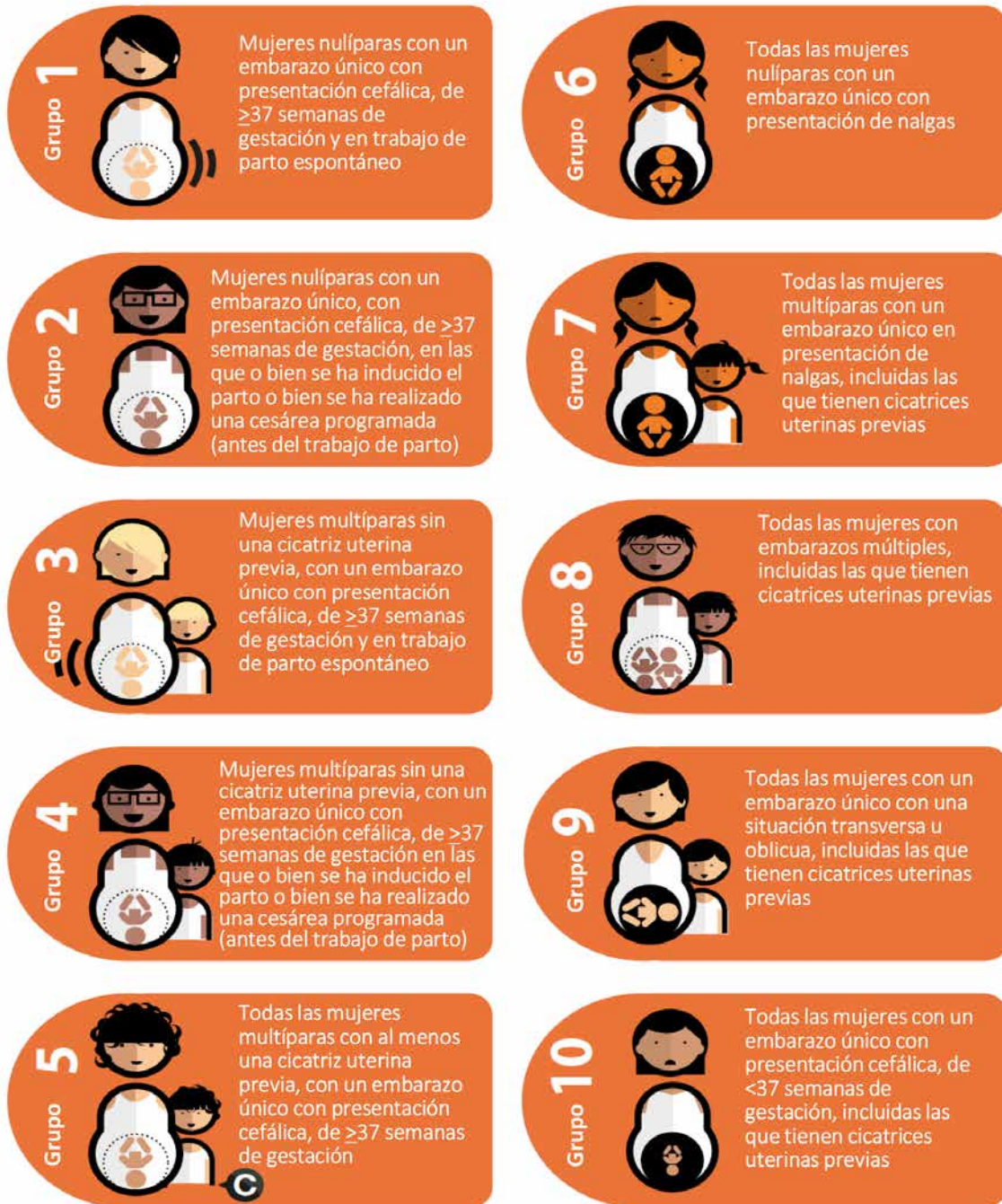
**Indicador 1:**  $\frac{\text{Número de cesáreas}}{\text{Número total de partos}} \times 100$

**Indicador 2:**  $\frac{\text{Número de cesáreas auditadas de mujeres Primigestas}}{\text{Número total de cesáreas en Primigestas}} \times 100$

**Indicador 3:**  $\frac{\text{Nº de Cesáreas auditadas por periodo}}{\text{Nº total de cesáreas por periodo}} \times 100$

## ANEXOS

## ANEXO 1. Clasificación de Robson.



## ANEXO 2. Formulario vigilancia de indicación de cesárea.

(Documento local)

Nombre mujer: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Clasificación grupos de Robson (marcar con un círculo)												
1	2.a	2.b	3	4.a	4.b	5.1	5.2	6	7	8	9	10

Causas de cesárea según Guía Perinatal (marque con una x la indicación primaria de la cesárea- Solo una)					
Causa Fetal		Causa ovular		Causa materna	
Presentación de tronco o transversa		Placenta previa		Antecedente de dos o más cesáreas	
Presentación podálica		Corioamnionitis		Antecedentes de cirugía uterina	
Registro no tranquilizador		DPNNI.		Cesárea anterior con condiciones obstétricas desfavorables o EPF >4000	
Fetos con restricción de crecimiento y Doppler alterado		Procidencia de cordón		Cesárea anterior sin consentimiento	
Macrosomía fetal		Embarazo múltiple		Antec. de cirugía vaginal previa	
Las malformaciones cuyo manejo se beneficie de interrupción por cesárea según evidencia				Prevención Transmisión vertical de infecciones maternas	
Ley 21.030 segunda causal				Madre fallecida- Feto vivo	
				Patología materna grave con contraindicación de parto	
				Cesárea por requerimiento materno	
				Prueba de trabajo de parto fracasado	
				Expulsivo detenido	
				Inducción fracasada	
				Fórceps frustrado	
				Ley 21.030 primera causal	

\_\_\_\_\_  
Firma médico responsable

## ANEXO 3: Formulario notificación a Servicios de Salud y SEREMI.

### Indicadores de supervisión del cumplimiento de la normativa

Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3

Fecha	Iniciales mujer	Paridad	EG	Cesárea previa	Diagnóstico Obstétrico (Patología obstétrica)	Causa cesárea según Norma	Revisa ficha	Cumple Norma	Observaciones

Observaciones del médico responsable a nivel local	Plan de Mejora médico responsable y Jefe de servicio

---

Firma médico responsable

## ANEXO 4: Entrega de información a la mujer respecto de la operación cesárea.

La **CESÁREA**, es una cirugía que se efectúa con el objeto de extraer el bebé a través del abdomen materno, cuando las condiciones del embarazo no permiten o hacen inseguro optar por parto vaginal; ya que implicaría un mayor riesgo de complicaciones para usted y/o su hijo.

### Motivos que hacen necesario una cesárea.

Hay muchos motivos por los cuales es necesario efectuar una cesárea para el nacimiento de su bebé. En algunos casos puede ser la mejor opción para usted y su futuro recién nacido. Así, pueden surgir problemas antes o durante el trabajo de parto que requieren una cesárea. Entre estas causas se encuentran:

- \* Evolución deficiente del trabajo de parto
- \* Alteración del bienestar fetal
- \* Embarazo gemelar
- \* Prematuridad extrema
- \* Placenta previa
- \* Fetos muy grandes
- \* Presentación podálica
- \* Estado clínico materno alterado

### Descripción de la intervención.

La cesárea se realiza normalmente con la madre despierta, con el uso de anestesia regional que compromete desde el área abdominal hasta las extremidades inferiores. En ocasiones de urgencia o falla de la anestesia regional, es necesaria la anestesia general, donde se hace dormir a la mujer. Se realiza una incisión abdominal. Al quedar expuesto el útero (matriz) se abre mediante otra incisión. Se extrae el bebé y se entrega al profesional de salud; quien se asegura que respire y que se realice la atención inmediata. Luego se cierran las incisiones del útero y piel.

### Complicaciones.

- \* La cesárea, así como el parto vaginal, no está exenta de complicaciones, tales como: hemorragia, inercia uterina (útero relajado), desgarros y endometritis (infección del útero), que ocasionalmente pueden derivar en otras más graves, como trastornos de coagulación e infecciones generalizadas. Estas no superan a 2 de cada 100 cesáreas.
- \* Existen complicaciones derivadas de una cirugía, como son infecciones de la herida, de la pelvis, hematomas de la piel o intraabdominales; adherencias, infecciones urinarias y lesiones de órganos vecinos (principalmente vejiga e intestino), dehiscencia (apertura de puntos) y/o evisceración pos quirúrgica.
- \* Las complicaciones en general se resuelven con tratamiento médico, pero en ocasiones es necesario realizar reintervenciones que incluyen la histerectomía (extirpación del útero).
- \* Estas posibles complicaciones pueden ser agravadas por enfermedades previas.

- \* La presencia de complicaciones podría implicar una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

**Al regresar a casa.**

El abdomen se cicatrizará por completo en unas semanas. Mientras se recupera es posible que tenga: cólicos leves, sangrado por 6 semanas y dolor en la incisión.

Consulte en algún servicio de urgencia o a su médico, en caso necesario si presenta:

- \* Fiebre.
- \* Sangrado excesivo.
- \* Si empeora el dolor.

## ANEXO 5: Consentimiento informado para la realización de intervención cesárea.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE INTERVENCIÓN CESÁREA

Con fecha \_\_\_\_\_, he sido informada por la/el Médica/o sobre las formas de atención de parto disponibles y las que se ajustan tanto a mi condición clínica actual, como a la de mi hijo/a.

En el contexto de que:

1	<b>Debo ser sometida a intervención cesárea por indicación médica dado mi diagnóstico clínico y/o el diagnóstico clínico de mi hijo/a,</b>	
2	A pesar de haber sido informada de las ventajas del parto vaginal y los riesgos asociados a la cesárea, <b>rechazo la opción de parto vaginal, con el fin de acceder a una cesárea programada,</b>	

#### Manifiesto mi voluntad de ser sometida a este procedimiento.

He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar y los cuidados que debo tener antes y después de ella. Además, comprendo y acepto el alcance y los riesgos que conlleva el acto quirúrgico (hemorragia materna, mayor duración de mi hospitalización, aumento de la morbilidad respiratoria neonatal, mayor riesgo de placenta previa o acreta y rotura uterina en embarazos posteriores, entre otras).

Declaro no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales (artículo 36 de ley N° 20.584).

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

<b>Nombre mujer:</b>	
RUT:	Firma:
<b>Nombre médico:</b>	
RUT:	Firma:
<b>Nombre Ministro de fe/asistente</b> para la lectura en casa de discapacidad psíquica o intelectual o facilitador intercultural:	
RUT:	Firma:



**Nota:**

- \* Cada actor debe firmar este documento, el cual se debe incorporar, de forma física o digital, en la ficha clínica correspondiente.
- \* Si en el proceso de firma del Formulario de CONSENTIMIENTO INFORMADO participa un tercero ya sea como Ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, debe quedar individualizado.
- \* Si la mujer no sabe escribir, puede poner su huella digital.
- \* En los casos que la cesárea se realiza en el marco de la ley 21.030 prevalecerán los documentos indicados por el mencionado marco legal.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean Section. Clinical Guideline. London: RCOG Press; April 2004.
- 2- Hager RME, Daltveit AK, Hoffos D, et al. Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 428-34.
- 3- Sevelsted A, Stokholm J. y cols. Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. *Pediatrics*, Volume 135, number 1, January 2015
- 4- National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean Section Guidelines. NICE Clin Guidel [Internet]. 2012;(November):282.
- 5- Häger RME, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Øian P, et al. Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(2):428-34.
- 6- Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010. Report No. 30
- 7- World Health Organization. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015
- 8- Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2015; 314(21):2263-70.
- 9- Souza JP, Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: The 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med* [Internet]. 2010;8(1):71.
- 10- Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol*. 2001;97(6):1026.
- 11- American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal Fetal Medicine. Obstetric care consensus (reaffirmed 2019). *J Perianesthesia Nurs*. 2014; 20(3):159.
- 12- Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* [Internet]. 2006 Jun 3 [cited 2012 Jul 22]; 367(9525):1819-29.
- 13- Kallianidis AF, Schutte JM, van Roosmalen J, van den Akker T. Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2018; 229:148-52.
- 14- OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. 2019. 243 p.
- 15- Ministerio de Salud de Chile, Indicadores de Salud 2019-Glosa IV.2019.

- 16- Ministerio de Salud de Chile. Guía Perinatal. 1º Edición. 2015. 466 p. Aprobada por resolución exenta 271 del 04.06.2015.
- 17- World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 436-7. ;
- 18- Lombard E, Lo A. Reducing Primary Cesarean Delivery Rate: Putting the ACOG Consensus Into Practice in a Community Hospital Setting [ 3R ]. 2014; 148.
- 19- American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean delivery on maternal request. 2013.
- 20- Stoll KH, Hauck YL, Downe S, Payne D, Hall WA. Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education. *Reprod Health*. 2017; 14(1):1-9.
- 21- Sadler M, Leiva G, Perelló A, Schorr J. Preferencia por vía de parto y razones para la operación cesárea en mujeres de la Región Metropolitana de Chile. *Rev del Inst Salud Pública Chile*. 2018;2(1):22-9.
- 22- Besio M. Cesárea versus parto vaginal.: Una perspectiva ética. *Rev. méd. Chile*. 1999; 127( 9 ): 1121-1125.
- 23- Flores C, Plzarro J. Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012;77(3):175-82.
- 24- Islam RM, Oldroyd J, Rana J, Romero L, Karim MN. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in community-dwelling women in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J [Internet]*. 2019;30(12):2001-11.
- 25- O'Boyle AL, Woodman PJ, O'Boyle JD, et al. Pelvic organ support in nulliparous pregnant and nonpregnant women: a case control study. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:99.
- 26- Samuelsson, Eva C. et al. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 180, Issue 2, 299 - 305
- 27- Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M, Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sòl Pelvià; GRESP). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol* 2010; 115:618.
- 28- Van Brummen HJ, Bruinse HW, van der Bom JG, et al. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neurourol Urodyn* 2006; 25:135.
- 29- Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol* 2001; 98:1004.
- 30- O'Halloran T, Bell RJ, Robinson PJ, Davis SR. Urinary incontinence in young nulligravid women: a cross-sectional analysis. *Ann Intern Med* 2012; 157:87.

- 31- Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, et al. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1253.
- 32- Boyles SH, Li H, Mori T, et al. Effect of mode of delivery on the incidence of urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol* 2009; 113:134.
- 33- Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, et al. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol* 2011; 118:777.
- 34- Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, et al. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol* 2012; 119:233.
- 35- Volløyhaug I, Mørkved S, Salvesen Ø, Salvesen KÅ. Forceps delivery is associated with increased risk of pelvic organ prolapse and muscle trauma: a cross-sectional study 16-24 years after first delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015; 46:487.
- 36- Tähtinen RM, Cartwright R, Vernooij RWM, et al. Long-term risks of stress and urgency urinary incontinence after different vaginal delivery modes. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 220:181.e1.
- 37- Pomeroy RH. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? *Transactions of the American Gynecol Assoc* 1918; 43:201.
- 38- Nugent F. The primiparous perineum after forceps delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1935; 30:249.
- 39- Aldridge AN, Watson P. Analysis of end-results of labor in primiparas after spontaneous versus prophylactic methods of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1935; 30:554.
- 40- Gabbe SG, DeLee JB. The prophylactic forceps operation. 1920. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:254; discussion 255.
- 41- Krofta L, Otcenášek M, Kasíková E, Feyereisl J. Pubococcygeus-puborectalis trauma after forceps delivery: evaluation of the levator ani muscle with 3D/4D ultrasound. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20:1175.
- 42- Penn Z, Ghaem- Maghami S. Indications for caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2001; 15 (1): 1 - 15.
- 43- Ministerio de Salud de Chile. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis. 2012
- 44- Varas C, J; Gayán B, P 2009. Operación Cesárea. Protocolo de indicación. Hospital Santiago Oriente. Dr. Luis Tisné Brousse.
- 45- Calvo P, A; Cabeza V; Campillo A, C et al. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Manacor. Mallorca. España Idoneidad de las indicaciones de cesárea. Una aplicación en la gestión de la práctica clínica 2007.
- 46- Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2010;116(3):772.

- 47- Organización Panamericana de la Salud. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. 2019. 210 p.
- 48- Rubio-Romero JA, Fonseca-Pérez JE, Molina-Giraldo S, Buitrago-Leal M, Zuleta-Tobón JJ, Ángel-Muller E et al. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2014;65:47-74.
- 49- National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: Cesarean delivery on maternal request March 27-29, 2006. *Obstet Gynecol*. 2006; 107:1386-97.
- 50- Wilkinson C, McIlwaine G, Boulton-Jones C, Cole S. Is a rising caesarean section rate inevitable? *Br J Obstet Gynaecol*. 1998; 105: 45-52.
- 51- Organización Panamericana de la Salud. La clasificación de Robson: Manual de aplicación. Organización Panamericana la Salud. 2018.
- 52- World Health Organization. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. 2018.