

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2014

Reducción de la Frecuencia de OPERACIÓN CESÁREA

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-048-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD
GENERAL



DIF
Nacional



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: Guía de Práctica Clínica para la **Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea** México: Instituto Mexicano de Seguro social; **2014**.

Actualización **parcial**.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN: **978-607-7790-92-1**

CIE-9 o 10: 082 Parto Único Por Cesárea

GPC: Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea

Coordinadores, Autores y Validadores 2009

Autores:			
Dr. Juan Fernando Romero Arauz	Gineco-obstetricia	IMSS/ UMAE HGO número 4	
Dr. Benjamin Biruete Correa	Gineco-obstetricia	IMSS/ UMAE HGO número 4	
Dra. María Karenina Borrego Gullette	Gineco-obstetricia	IMSS/ HGR No. 1 Cuernavaca Morelos	
M en C María Luisa Peralta Pedrero	Medicina familiar	IMSS/ CUMAE, División Excelencia Clínica	Coordinador de Programas Médicos
Dr. Miguel Angel Ruvalcaba Ramirez	Gineco-obstetricia	IMSS/ UMAE HGO CMN Occidente	
Dra. María Amapola Soto Méndez	Anestesiología	IMSS/ UMAE HGO número 4	
Validación Interna:			
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Gineco-obstetricia	IMSS/ UMAE HGO 3 CMN "LA RAZA".	Departamento de Gineco-obstetricia
Dra. Gabriela de Lourdes López Cisneros	Gineco-obstetricia	IMSS/ UMAE HGO 3 CMN "LA RAZA".	Departamento de Gineco-obstetricia
Validación externa			
Dr. Jesús Sanchez Contreras	Gineco-obstetricia	Academia Mexicana de Gineco-obstetricia	

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2014

Coordinadores:				
M en C María Luisa Peralta Pedrero	Medicina familiar	IMSS/ Excelencia Clínica	CUMAE, División	Coordinador de Programas Médicos
Autores :				
Dra. Talina Hernández Pérez	Medicina Familiar	IMSS / UMF 19		Médico Familiar
M en C María Luisa Peralta Pedrero	Medicina familiar	IMSS/ Excelencia Clínica	CUMAE, División	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adriana Deyanira Valdez Pérez	Ginecología y Obstetricia	IMSS / HGZ Coahuila	No.1 Saltillo	Jefatura de Ginecología
Dra. Brendha Ríos Castillo	Ginecología y Obstetricia	IMSS /UMAE Dr. Espinoza de los Reyes Sánchez # 3 CMN "LA RAZA"	Dr. Víctor Manuel	Gineco-Obstetra/Medicina Materno Fetal

Índice

1. CLASIFICACIÓN.....	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER.....	7
3. ASPECTOS GENERALES.....	8
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	8
3.2 ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2009 AL 2014	9
3.3 OBJETIVO	9
3.4 DEFINICIÓN(ES)	10
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	11
4.1 ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA FRECUENCIA DE OPERACIÓN CESÁREA	12
4.2 INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	15
4.3 PRUEBA DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA EN EMBARAZO PREVIO	18
4.4 TRATAMIENTO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO	24
4.5 CUIDADOS ANESTÉSICOS PERIOPERATORIOS.....	25
4.6 VIGILANCIA FETAL DURANTE EL PARTO.....	27
4.7 MANEJO DE LA PRESENTACIÓN DE PELVIS.....	27
4.8 PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS DISTOCIAS.....	28
4.9 UTILIZACIÓN NACIMIENTO INSTRUMENTAL DE FÓRCEPS Y VACUUM.....	29
4.10 ASPECTOS QUIRÚRGICOS DE LA OPERACIÓN CESÁREA.....	30
4.11 CUIDADOS POSTOPERATORIOS.....	33
4.12 SOLICITUD MATERNA DE CESÁREA.....	34
4.13 ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO EN OPERACIÓN CESÁREA.....	35
4.14 CRITERIOS DE REFERENCIA	36
4.15 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD	36
5. ANEXOS	37
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	37
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN.....	37
5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA	41
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	46
5.5 LISTADO DE RECURSOS	47
5.5.1 TABLA DE MEDICAMENTOS	47
6. GLOSARIO.....	48
7. BIBLIOGRAFÍA	49
8. AGRADECIMIENTOS.....	51
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	52
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR	53
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	54

1. Clasificación

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-048-08		
PROFESIONALES DE LA SALUD	Gineco-obstetra, Maestro en Ciencias.	
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	XV EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO 082 PARTO ÚNICO POR CESÁREA.	
GRD	371 CESÁREA SIN COMPLICACIONES Y/O COOMORBILIDAD	
CATEGORÍA DE GPC	Segundo o Tercer Nivel de Atención	Prevención Diagnóstico y Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Ginecoobstetras, Medico Familiar y Medicos Residentes	
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes Unidades Médicas participantes	
POBLACIÓN BLANCO	Embarazadas	
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social	
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Indicaciones para parto vaginal con cesárea previa Intervenciones para reducir la frecuencia de Cesareas Indicaciones de Cesaréa	
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Incremento en el número de pruebas para evaluar parto vía vaginal con cesárea previa Disminución del número de cesáreas sin justificación clínica Disminución de la morbilidad y mortalidad materna asociada a operación Cesárea	
METODOLOGÍA	<p>Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 26 Guías seleccionadas: 6 del período 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas 2; meta-análisis 3 Ensayos controlados aleatorizados: 1 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo 1</p>	
MÉTODO DE VALIDACIÓN	VALIDACIÓN POR Pares y Expertos.	
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica	
Registro	IMSS-048-08	
Actualización	Fecha de publicación: 27 de marzo de 2014. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.	

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://cenetec.salud.gob.mx/>

2. Preguntas a Responder

Preguntas de la Versión 2009:

- ¿Qué estrategias se han planteado para reducir el número de cesáreas innecesarias?
- ¿Cuándo se considera que la inducción del parto es innecesaria?
- ¿Cómo se realiza la prueba de trabajo de parto en mujeres con embarazo previo resuelto por cesárea?
- ¿Cuál es la mejor estrategia para el manejo analgésico y anestésico en las mujeres que serán sometidas a cesárea?
- En relación a la anestesia ¿Qué cuidados perioperatorios son recomendados?
- ¿Qué actividades se recomiendan para la vigilancia fetal durante el parto?
- En embarazos con presentación pélvica ¿Cuál es la conducta a seguir?
- ¿Cómo pueden prevenirse y manejarse las distocias?

Preguntas incluidas en la Actualización 2014: (preguntas nuevas que no están incluidas en la versión previa)

- ¿Cuáles son las actividades recomendadas para la vigilancia materna durante el trabajo de parto?
- ¿Cuáles son los cuidados postoperatorios en las pacientes sometidas a operación cesárea?

3. Aspectos Generales

3.1 Justificación

La cesárea es una operación que se realiza frecuentemente; en países europeos como Gran Bretaña se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26% y en Australia 23%. En algunos países Latino Americanos Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México rebasa el 50%. (Crowther DJ, 2008).

La Organización Mundial de la Salud menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%; sin embargo se ha incrementado su frecuencia en las dos últimas décadas (Chaillet N, 2007)

La alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que esta situación se va a agravar en los siguientes años. La razón para este incremento es compleja y parece estar relacionada con seguridad que ofrece la operación cesárea, que ocasiona complacencia del médico y la paciente, falta de experiencia en los obstetras jóvenes, temor a problemas medico legales y presión de la paciente al médico. Otras causas que influyen son la edad, índice de masa corporal, enfermedades concomitantes con el embarazo y mala práctica obstétrica. Hay un desproporcionado incremento de la operación cesárea en el segundo periodo del trabajo de parto. (RCOG, 2008) En un estudio aleatorizado, que se realizó en 36 países de Latino América, entre los se incluyeron Argentina, Brasil y México, se redujo hasta 25% de operaciones cesáreas mediante una segunda opinión para la realización final de una cesárea (Althabe F, 2004)

Las Guías de Práctica Clínica son un instrumento apropiado para reducir la frecuencia de operación cesárea. El desarrollo de estas guías de cuidado obstétrico se ha incrementado recientemente en todo el mundo, particularmente en países en vías de desarrollo, sin embargo en la actualidad, el reto es implementar estas guías en la práctica clínica. (Crowther DJ, 2008)

El incremento en la frecuencia de operación cesárea es un problema de salud pública a nivel mundial, y particularmente en países en vías de desarrollo como México. Recientemente se ha identificado un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. Este incremento va de la mano con una mayor morbilidad y mortalidad materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un instrumento apropiado para reducir la frecuencia de operación cesárea.

Establecer criterios precisos que integren las indicaciones médicas de la operación cesárea en la resolución del embarazo, con el propósito de disminuir la frecuencia de su práctica injustificada. El propósito de esta GPC es ser una herramienta para estandarizar el manejo de la operación cesárea.

3.2 Actualización del Año 2009 al 2014

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía:
 - Título desactualizado: **Realización de Operación Cesárea.**
 - Título actualizado: **Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea.**

2. La actualización en **Evidencias y Recomendaciones** se realizó en: (Dejar el nombre del abordaje en que sufrió la actualización, eliminar donde no sufrió actualización):
 - **Promoción de la salud**
 - **Prevención**
 - **Diagnóstico**
 - **Tratamiento**

3.3 Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención** las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Informar las indicaciones basadas en evidencia científica para practicar cesárea.
- Instruir a las embarazadas sobre los beneficios del parto y riesgos de la operación cesárea.
- Analizar las estrategias que se han utilizado para disminuir la prevalencia de cesárea.
- Describir la prueba para valorar el parto vía vaginal en pacientes con cesárea previa.
- Capacitar a los ginecoobstetras de segundo y tercer nivel en las habilidades del uso de fórceps.
- Promover el uso de fórceps en la embarazada.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, disminución en la morbilidad y mortalidad materna, contribuyendo de esta manera al bienestar de las

personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4 Definición(es)

Operación Cesárea: Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero. (Vergara S.G, 2009)

4. Evidencias y Recomendaciones

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y/o recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: Shekelle Modificada.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

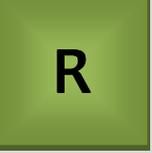
Evidencia	
Recomendación	
Punto de buena práctica	

En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	1a Shekelle <i>Matheson, 2007</i>

4.1 Estrategias Para Disminuir la Frecuencia de Operación Cesárea

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	En un estudio con embarazadas se les pidió su opinión sobre el parto y cesárea. Este incluyó preguntas sobre la información que habían recibido. El 40 % de las embarazadas informaron que tenía suficiente información sobre los riesgos y beneficios de la cesárea	1B <i>NICE, 2011</i>
E	Estudios Aleatorios Controlados sobre educación prenatal sugieren que el suministro de información a menudo es visto como insuficiente en las embarazadas	1B <i>NICE, 2011</i>
E	Existe evidencia de que admitir pacientes con falso trabajo de parto a la sala de trabajo de parto y realizar inducciones innecesarias incrementa el número de cesáreas. Esperar un trabajo de parto espontáneo también disminuye el número de cesáreas.	Ila <i>Cesarean Birth TRF,2008</i>
R	Se recomienda ofrecer a las embarazadas información basada en la evidencia y el apoyo que les permita tomar decisiones informadas sobre el parto.	C <i>NICE, 2011</i>
R	Proporcionar a las embarazadas información durante el control prenatal que incluya indicaciones de parto y cesárea, implicaciones de los procedimientos, riesgos y beneficios asociados e implicaciones para futuros embarazos y nacimientos.	C <i>NICE, 2011</i>
R	Ingresar a la paciente en fase activa del trabajo de parto a sala de labor y no realizar inducciones innecesarias del trabajo de parto.	B <i>Cesarean Birth TRF, 2008</i>

	<p>Se considera inducción de parto innecesaria cuando la paciente padece VIH, 2 cesáreas previas, situación transversa, presentación pélvica, placenta previa total, antecedente de cirugía uterina, cardiopatía clase III y IV, estado fetal inestable, hidrocefalia fetal, malformaciones fetales, embarazo gemelar, primer gemelo pélvico, herpes genital activo, tumor que obstruya el canal de parto, cerclaje vía abdominal, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, producto óbito mayor de 30 SDG en paciente sin trabajo de parto por más de 24 hrs.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>
	<p>Bujold et.al en 2010 en un estudio de cohorte que incluyo a 1768 mujeres con antecedente de cesárea y periodo intergenésico de menos de 18 y de 18 a 24 meses concluyó que las pacientes con intervalos menores a 18 meses tienen una tasa de ruptura uterina del 4.8% con un riesgo relativo de 3.0 con IC de 95%</p>	<p>III <i>Bujold E, et.al. 2010.</i></p>
	<p>Se recomienda que toda embarazada con periodo intergenesico menor a 18 meses, la resolución obstétrica sea por operación Cesárea para disminuir el riesgo de Ruptura Uterina.</p>	<p>C <i>Bujold E. Et.al.2010</i></p>
	<p>Se recomienda promover que toda paciente sometida a Operación Cesárea deberá egresar del Hospital con un método temporal o definitivo de anticoncepción.</p>	<p>C <i>Bujold E. Et.al.2010</i></p>
	<p>La creación de un comité para evaluar las indicaciones de la operación cesárea, analizar los casos y retroalimentar a los médicos mejora la práctica clínica y disminuye el número de cesáreas.</p>	<p>II-a <i>Chaillet N, et al 2007; Caesarean Birth TFR, 2008</i></p>
	<p>Formar un comité de vigilancia de la operación cesárea, que analice las indicaciones de la cesárea y retroalimente a su personal.</p>	<p>B <i>Chaillet n, et al 2007, Cesarean Birth TFR, 2008</i></p>

E	La elaboración de una guía estándar de manejo de la operación cesárea, que sea revisada periódicamente, ha dado buenos resultados	<p>II-a <i>Chaillet N, et al 2007;</i> <i>Caesarean Birth TFR, 2008</i></p>
R	Dar a conocer la guía al personal y observar el cumplimiento a la misma.	<p>B <i>Chaillet N, et al 2007,</i> <i>Cesarean Birth</i></p>
E	Crear la política sistemática y obligatoria de una segunda opinión antes de indicar una cesárea.	<p>II-a <i>Chaillet N, et al 2007;</i> <i>Caesarean Birth TFR, 2008</i></p>
R	En caso de programar una cesárea pedir una segunda opinión	<p>B <i>Chaillet N, et al 2007,</i> <i>Cesarean Birth TFR, 2008</i></p>
E	Crear grupos de apoyo para educar a las pacientes, médicos y enfermeras en los beneficios del parto vaginal, manejo activo del trabajo de parto y monitorización electrónica	<p>II-a <i>Chaillet N, et al 2007;</i> <i>Caesarean Birth TFR, 2008</i></p>
R	Involucrar a la paciente, sus familiares y al equipo de salud en los programas de educación continua. Realizar talleres periódicos sobre vigilancia fetal electrónica y manejo activo del trabajo de parto.	<p>B <i>Chaillet N, et al 2007,</i> <i>Cesarean Birth TFR, 2008</i></p>
R	Utilizar oxitocina y analgesia obstétrica cuando la paciente se encuentre en la fase activa del trabajo de parto (4-5 cm de dilatación)	<p>II-a <i>Caesarean Birth TFR, 2008</i></p>

	<p>Utilizar la oxitocina, en forma cuidadosa y con monitorización electrónica en la fase activa del trabajo de parto, en pacientes con antecedente de cesárea.</p>	<p>A <i>Caesarean Birth TFR, 2008</i></p>
---	--	--

4.2 Inducción del Trabajo de Parto

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	<p>El uso de prostaglandinas para la madurez cervical o inducción del trabajo de parto, con cesárea previa no es aconsejable en la mayoría de las mujeres. Existe evidencia que la madurez cervical con prostaglandinas incrementa la incidencia de ruptura uterina hasta 15 veces, en comparación las mujeres en que se realiza cesárea electiva</p>	<p>II-2 <i>ACOG, 2004</i></p>
	<p>El misoprostol no se recomienda para la maduración cervical ya que se asocia a ruptura uterina en pacientes con cesárea previa</p>	<p>II-2 <i>ACOG, 2004</i></p>
	<p>No se recomienda el uso de prostaglandinas para la madurez cervical, en pacientes con cesárea previa</p>	<p>B <i>ACOG, 2004</i></p>
	<p>El trabajo de parto espontáneo se asocia más un parto vaginal exitoso, que cuando el trabajo de parto es inducido</p>	<p>II-2 <i>ACOG, 2004</i></p>
	<p>Se sugiere esperar a que se desarrolle el trabajo de parto espontáneo, en pacientes con antecedentes de cesárea</p>	<p>B <i>ACOG, 2004</i></p>

E	<p>Luengo et. al, en un estudio de cohortes que incluyo 127 inducciones de trabajo de parto en embarazadas con sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida concluyo que no existe asociación estadísticamente significativa entre el fracaso de la inducción con el Índice de Masa Corporal logrando en el 81.1% de las inducciones un parto vaginal.</p>	<p>III <i>Luengo A. et.al. 2012.</i></p>
E	<p>En un estudio realizado con embarazadas con IMC 50kg/m² SC no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la tasa de infección en el sitio quirúrgico, complicaciones anestésicas y tasa de mortalidad neonatal, en mujeres sometidas a cesárea programada vs parto vaginal programado.</p>	<p>1B <i>NICE, 2011</i></p>
R	<p>No se recomienda el uso del IMC sólo como una indicación de cesárea programada.</p>	<p>B <i>NICE, 2011</i></p>
E	<p>En mujeres con cesárea previa, la frecuencia de ruptura uterina no es diferente cuando se utiliza oxitocina en comparación con las de trabajo de parto espontáneo (menos de 1%)</p>	<p>I a <i>Rosen MG et al 1991</i></p>
R	<p>Utilizar la oxitocina, en forma cuidadosa y con monitorización electrónica durante el parto en pacientes con antecedente de cesárea.</p>	<p>A <i>Rosen MG et al 1991</i></p>
E	<p>El riesgo de muerte fetal incrementa de 1/3000 en embarazos de 37 semanas a 3/3000 en embarazos mayores de 42 semanas y se han reportado un incremento en la mortalidad neonatal en productos postérmino.</p>	<p>II a <i>NICE,2011</i></p>

<p>R</p>	<p>Se recomienda ofrecer en mujeres con embarazo no complicado mayor a 41 semanas la inducción del trabajo de parto.</p>	<p>B NICE,2011</p>
<p>E</p>	<p>En pacientes con embarazo de término en trabajo de parto sin patología asociada o condición materna y/o fetal que contraindique la resolución por vía vaginal, ésta será la preferida, para disminuir la morbilidad asociada a la práctica de la cesárea sin una indicación médica.</p>	<p>I a GPC, Vigilancia y Manejo del Parto. Secretaría de Salud;2009</p>
<p>R</p>	<p>La resolución del embarazo a término por vía vaginal, es la indicada en pacientes sin patología asociada y sin condición materna y/o fetal que contraindique la misma.</p>	<p>A GPC, Vigilancia y Manejo del Parto. Secretaría de Salud;2009</p>
<p>E</p>	<p>En pacientes con embarazo de término en trabajo de parto y patología asociada no complicada, (Preeclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus, diabetes gestacional, enfermedades tiroideas, cardiopatías, epilepsia, asma crónica, trombocitopenias, hepatitis, enfermedad tromboembólica, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal) la vía de resolución preferida debe ser la vaginal, a menos de que exista contraindicación materna y/o fetal para ella.</p>	<p>I a GPC, Vigilancia y Manejo del Parto. Secretaría de Salud;2009</p>
<p>R</p>	<p>La mayoría de las pacientes con embarazo de término en trabajo de parto, con patología asociada no complicada son candidatas para una prueba de trabajo de parto.</p>	<p>A GPC, Vigilancia y Manejo del Parto. Secretaría de Salud;2009</p>

4.3 Prueba de Parto Vaginal en Pacientes con Antecedente de Cesárea en Embarazo Previo

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>No hay contraindicación con el antecedente de una cesárea previa tipo Kerr para ofrecer una prueba de trabajo de parto.</p> <p>Para un parto seguro después de cesárea se recomienda que se compruebe que la pelvis materna sea adecuada y que la paciente se atienda en un Hospital en donde cuente con todos los recursos como obstetra, pediatra, anestesiólogo y quirófano</p>	<p style="text-align: right;">III</p> <p>ACOG, 2004 RCOG, 2007</p>
	<p>Se recomienda intentar un parto vaginal después de una cesárea en aquellas pacientes que solamente tengan una incisión transversal y que sean atendidas en medio hospitalario.</p> <p>Se deberá solicitar consentimiento bajo información.</p>	<p style="text-align: right;">C</p> <p>ACOG, 2004 RCOG, 2007</p>
	<p>Para la prueba de parto vaginal en mujeres con cesárea previa se deberá contar con monitorización electrónica fetal continua</p>	<p style="text-align: right;">III</p> <p>ACOG, 2004 RCOG, 2007 <i>Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth, 2005</i></p>
	<p>Todas las pacientes con cesárea previa en trabajo de parto, deberán contar con monitorización electrónica continua fetal.</p>	<p style="text-align: right;">C</p> <p>ACOG, 2004 RCOG, 2007</p>

	<p>Estudios observacionales no han demostrado que la talla materna y el tamaño del feto determinado por clínica o ultrasonido sea de utilidad en la predicción de la falla en el progreso del trabajo de parto.</p>	<p>1B NICE, 2011</p>
	<p>Se sugiere no utilizar la talla materna ni la talla fetal como predictores para la falla del progreso de trabajo de parto.</p>	<p>B NICE, 2011</p>
	<p>En un estudio ensayo clínico controlado aleatorizado que incluyo a 928 mujeres se compararon partogramas con líneas de acción diferentes (2,3 y 4 horas a la derecha de la línea de alerta establecida a 1 cm por hora). Los resultados primarios fueron una tasa más baja de cesárea cuando el trabajo de parto se vigila utilizando un partograma con una línea de acción de 4 horas.</p>	<p>1B NICE, 2011</p>
	<p>Se sugiere utilizar partogramas con una línea de acción de 4 horas para monitorear el progreso del trabajo de parto en mujeres con trabajo de parto espontáneo con embarazo único y antecedente de cesárea previa ya que se reduce la posibilidad de realización cesárea. (Ver cuadro 1).</p>	<p>B NICE, 2011</p>
	<p>Se debe registrar en el expediente clínico el tipo de incisión de la cesárea previa en toda mujer en que se planea el parto.</p>	<p>III <i>Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth, 2005</i></p>
	<p>Se deberá realizar adecuadamente la nota de programación quirúrgica y contar con consentimiento informado firmado por la paciente, el médico y testigos como lo marca la Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA 3-2012 del expediente clínico.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

<p>E</p>	<p>Se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar una cesárea de urgencia</p>	<p>III <i>Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth, 2005</i></p>
<p>E</p>	<p>La sospecha de una ruptura uterina requiere de una atención urgente y laparotomía expedita para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal</p>	<p>III <i>ACOG, 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>Las pacientes que son candidatas para parto después de cesárea no deberán tener antecedente de ruptura uterina ni otras cicatrices uterinas previas. Debe existir un equipo médico disponible durante el trabajo de parto activo, quien efectúe una cesárea de urgencia si es requerido</p>	<p>C <i>ACOG, 2004</i></p>
<p>E</p>	<p>La anestesia peridural puede ser utilizada en mujeres en las que se está planeando un parto vaginal después de cesárea ya que este raramente enmascara la ruptura uterina</p>	<p>II-2 <i>ACOG, 2004</i> <i>RCOG, 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>La analgesia peridural puede recomendarse en mujeres que van a intentar un parto después de una cesárea previa.</p>	<p>B <i>ACOG, 2004</i> <i>RCOG, 2007</i></p>
<p>E</p>	<p>Se debe contraindicar el parto después de la cesárea en los siguientes casos: 1) Cesárea previa clásica, en "T" o cirugía previa trans fúndica, 2) Ruptura uterina previa, 3) Complicación médica u obstétrica que contraindique un parto vaginal, 4) Incapacidad de efectuar una cesárea de emergencia, debido a falta de cirujano, anestesiólogo o quirófano. 5) antecedente de dos o más cesáreas previas.</p>	<p>III <i>ACOG, 2004</i></p>

	<p>Los factores que se asocian a baja probabilidad de parto exitoso son: 1) Inducción del trabajo de parto; 2) Obesidad materna; 3) Edad materna mayor de 40 años; 4) Peso fetal mayor de 4000gr</p>	<p>II-2 ACOG, 2004</p>
	<p>El éxito de parto después de cesárea varia de 60 a 80%</p>	<p>II-3 ACOG, 2004</p>
	<p>Se deberán tener presentes las contraindicaciones para someter a una paciente a parto después de cesárea, así como los factores que se asocian a una baja probabilidad de parto exitoso.</p>	<p>B ACOG, 2004</p>
	<p>Los beneficios de un parto vaginal después de cesárea son: 1) Menor estancia hospitalaria; 2) Menor sangrado; 3) Menor probabilidad de infección y 4) Menos eventos trombo-embólicos.</p>	<p>II-2 ACOG, 2004</p>
	<p>Un estudio prospectivo en Reino Unido observó los casos de síndrome de dificultad respiratoria o taquipnea transitoria del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en productos obtenidos por cesarea. Se encontró una disminución en la morbilidad respiratoria en recién nacidos mayores de 39 semanas en comparación con recién nacidos de 38 semanas (17.8 x 1000 vs 42.3x1000 respectivamente)</p>	<p>III NICE, 2011</p>
	<p>Estudios realizados en Reino Unido en mujeres sometidas a cesárea con antecedente de cesárea previa por hemorragia anteparto, placenta previa o ruptura uterina presentaron más riesgo de pérdidas sanguíneas mayores de 1000ml durante el procedimiento.</p>	<p>IIb NICE, 2011</p>

	<p>Estudios demuestran que algunos factores predictivos de hemorragia durante la realización de cesárea incluyen: preeclampsia, obesidad, fase activa y prolongada de trabajo de parto así como pacientes con datos de amnionitis .</p>	<p>IIb NICE, 2011</p>
	<p>Se recomienda programar la cesárea de existir indicación desde la semana 39 de gestación para disminuir la morbilidad respiratoria neonatal.</p>	<p>B NICE, 2011</p>
	<p>Se recomienda en las embarazadas con antecedente de cesárea previa por desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa ruptura uterina o antecedente de cursar con hemorragia obstétrica y que serán sometidas a una nueva cesárea contar con sangre disponible en la unidad de atención previo procedimiento quirúrgico.</p>	<p>B NICE, 2011</p>
	<p>Las pacientes programadas para cesárea y con factores predictivos para hemorragia obstétrica, se sugiere contar con sangre disponible previo al procedimiento quirúrgico.</p>	<p>B NICE, 2011</p>
	<p>La prueba de trabajo de parto fallida, se asocia a una mayor incidencia de ruptura uterina, histerectomía, trauma quirúrgico, transfusiones e infecciones.</p>	<p>II-2 ACOG, 2004</p>
	<p>La realización de cesáreas múltiples se asocian a placenta previa y adherencia anormal de la placenta.</p>	<p>II-3 ACOG, 2004 RCOG, 2007</p>
	<p>La incidencia de acretismo placentario se está incrementando primariamente como consecuencia del mayor número de operación cesárea. Ocurre aproximadamente un caso por 533 embarazos.</p>	<p>III Wu S, 2005</p>

	<p>En presencia de placenta previa, el riesgo de acretismo placentario se incrementa del 24% en pacientes con una cesárea previa a 67% en mujeres con 3 o más cesáreas previas.</p>	<p style="text-align: right;">III <i>Clark SL, 1985</i></p>
	<p>Se debe informar a la paciente los beneficios de un parto y los riesgos de realizar una nueva cesárea, ya que el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal se incrementa.</p>	<p style="text-align: right;">B <i>Clark SL, 1985</i></p>
	<p>El ultrasonido Doppler Color es útil para el diagnóstico de acretismo placentario. Su sensibilidad varía del 57% al 97% y el valor predictivo positivo del 48% al 92%.</p>	<p style="text-align: right;">III <i>Oyelese Y, 2006</i></p>
	<p>Es importante tomar en cuenta que un estudio Doppler anormal no necesariamente se asocia a acretismo placentario y por otra parte un estudio normal no siempre descarta esta patología, por lo que el médico independientemente del resultado de gabinete deberá informar a la paciente de la posibilidad de acretismo placentario durante la cirugía.</p>	<p style="text-align: right;">Punto de Buena Práctica</p>
	<p>Los hallazgos ultrasonográficos sugestivos de acretismo placentario incluyen: irregularidad del contorno de las lagunas placentarias (espacios vasculares) dentro de la placenta, adelgazamiento del miométrio adyacente a la placenta, pérdida de la línea de interfase útero-placentaria, protusión de la placenta en la vejiga, aumento de la vascularidad de la interfase de la serosa uterina-vejiga y flujo turbulento a través de las lagunas placentarias.</p>	<p style="text-align: right;">III <i>Comstock CH. 2005</i></p>
	<p>El ultrasonido Doppler Color debe contemplarse para descartar acretismo placentario en hospitales de segundo y tercer nivel de atención.</p>	<p style="text-align: right;">C <i>Comstock CH. 2005</i></p>

E	El riesgo de ruptura uterina durante del trabajo de parto posterior a una miomectomía por vía laparoscópica es de 1% y en caso de miomectomía por vía abdominal el riesgo es mayor.	III <i>Dubuisson JB, 2000</i>
E	No son candidatas a trabajo de parto aquellas pacientes con antecedente de miomectomía, la cual que fue indicada por miomas múltiples, voluminosos o que penetraban la cavidad uterina.	III <i>Seracchioli R, 2006</i>
R	La operación cesárea se recomienda cuando la miomectomía fue por miomas múltiples, que hayan sido voluminosos y especialmente si penetraban la cavidad uterina.	C <i>Seracchioli R, 2006</i>

4.4 Tratamiento Del Dolor Durante el Parto

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La paciente debe recibir información antes del inicio del trabajo de parto en relación a las opciones de analgesia obstétrica, según las características del trabajo de parto. Así como los riesgos y beneficios de todas las formas de analgesia obstétrica	III-A <i>Caesarean Birth TFR, 2008</i>
R	Se debe de informar a la paciente sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos disponibles para la analgesia obstétrica, así como solicitar el consentimiento informado.	C <i>Caesarean Birth TFR, 2008</i>
E	Los agentes analgésicos y anestésicos utilizados en el bloqueo regional pueden influir sobre la frecuencia cardiaca fetal	III <i>Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, 2007</i>
R	Se recomienda que la frecuencia cardiaca fetal sea monitorizada antes y después de la aplicación de la analgesia	C <i>Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, 2007</i>

E	El uso de narcóticos puede proporcionar disminución y alivio del dolor.	I-A <i>Caesarean Birth TFR, 2008</i>
R	La analgesia peridural esta indicada en la prueba de trabajo parto vaginal después de la operación cesárea, proporcionando un adecuado alivio del dolor	II-2 <i>ACOG, 2004</i>
R	Se recomienda el uso de analgesia peridural en pacientes que van a ser sometidas a trabajo de parto después de la cesárea.	B <i>ACOG, 2004</i>
E	Se ha observado que la adición de un opiode al anestésico local durante la analgesia regional reduce la concentración del anestésico mejorando la calidad de la analgesia y reduciendo el bloqueo motor.	I <i>Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, 2007</i>
R	Se recomienda la adición de un opiode al anestésico local durante la analgesia regional.	A <i>Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, 2007</i>
E	La analgesia combinada epidural–espinal de anestésico local con opiode ofrece un inicio de instalación más rapido comparada con la técnica epidural de un anestésico local con opiodes	I <i>Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, 2007</i>
R	Es recomendable la técnica combinada epidural–espinal para proporcionar una analgesia efectiva y de rapida instalación durante el trabajo de parto	A <i>Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, 2007</i>

4.5 Cuidados Anestésicos Perioperatorios

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	El uso de antiácidos no particulados (citrato de sodio) o antagonistas de los receptores H2, reducen el volumen y la acidez gástrica antes de la cirugía.	II <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i>

<p>R</p>	<p>El uso de antiácidos o antagonistas de los receptores H₂, están indicados para prevenir el riesgo de aspiración pulmonar.</p>	<p>B <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i></p>
<p>E</p>	<p>El uso de metoclopramida en el periodo de periparto reduce la náusea y vómito</p>	<p>I <i>Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>Dar a la paciente que va ser sometida a cesárea antieméticos, para reducir la nausea y vomito durante la cesárea</p>	<p>A <i>Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, 2007</i></p>
<p>E</p>	<p>El uso de una pre-carga con solución cristaloide y/o efedrina o fenilefrina intravenosa reduce el riesgo de hipotensión que ocurre durante la operación cesárea</p>	<p>I <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i></p>
<p>R</p>	<p>Se recomienda el uso de pre-carga con solución cristaloide y/o efedrina o fenilefrina intravenosa para prevenir la hipotension transoperatoria.</p>	<p>A <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i></p>
<p>E</p>	<p>La mesa de cirugía debe ser inclinada 15° lateralmente, lo que reduce la hipotensión materna por síndrome de compresión aorto-cava</p>	<p>I <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i></p>
<p>R</p>	<p>Se recomienda la lateralización de la paciente, para prevenir el síndrome de compresión aorto-cava</p>	<p>A <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i></p>
<p>R</p>	<p>En el caso de ser necesaria la anestesia general para cesárea de emergencia debe darse pre-oxigenación, presión cricoidea e inducción de secuencia rápida para reducir el riesgo de bronco-aspiración</p>	<p>GPP <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i></p>
<p>E</p>	<p>Después de la cesárea la paciente debe ser vigilada por personal especializado, valorando la permeabilidad de la vía aérea, estabilidad cardiorespiratoria, así como el estado de consciencia.</p>	<p>III <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i></p>

R	Durante el postoperatorio inmediato se deben vigilar los signos vitales y el grado de dolor y sedación cada media hora durante dos horas, posteriormente cada hora hasta que la paciente este estable. Si no se encuentra estabilidad amerita una vigilancia más estrecha	GPP <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i>
R	En mujeres que han recibido opioides vía eperidural, debe ser vigiladas rutinariamente cada hora (frecuencia respiratoria, grado de sedación y dolor) durante el tratamiento y por lo menos dos horas después de discontinuarlo	GPP <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i>
R	Se recomienda que exista personal capacitado en el area de recuperación, para la resolución de complicaciones postoperatorias	C <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i>

4.6 Vigilancia Fetal Durante el Parto

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	Un trazo cardiotocográfico anormal con variaciones de la frecuencia cardiaca fetal, con desaceleraciones o bradicardia se presenta en 55-87% de los casos.	II-b <i>Caesarean Birth TFR, 2008 ACOG, 2004 RCOG, 2007</i>
R	Se recomienda la monitorización electrónica continua después del inicio del trabajo de parto en la mujer que se va a planear parto después de cesárea, durante su estancia en la sala de labor y expulsión. La bradicardia o variaciones de la frecuencia cardiaca fetal puede deberse a multiples causas.	B <i>Caesarean Birth TFR, 2008 ACOG, 2004 RCOG, 2007</i>

4.7 Manejo de la Presentación de Pelvis

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	La versión externa de la presentación pélvica a cefálica en pacientes que cuenten con cicatriz uterina previa está contraindicada	I <i>Guidelines for caesarean sections, 2004 NICE</i>

E	Se ha observado resultados perinatales pobres por trauma al nacimiento durante el parto, por lo que se ha incrementado la cesárea en productos en presentación pélvica	III <i>Caesarean Birth TFR, 2008</i>
R	No se recomienda la versión externa en la presentación pélvica en pacientes con cesárea previa	A <i>Cesarean Birth TFR, 2008</i>

4.8 Prevención y Manejo de las Distocias

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Hasta el 32% de las cesáreas son indicadas por distocias de contracción	III <i>ACOG, 2004</i>
R	Para la prevención y el tratamiento de distocia de contracción en la fase activa del trabajo de parto, se recomienda dosis- respuesta de oxitocina, amniotomía y analgesia obstétrica	C <i>ACOG, 2004</i>
R	En la prevención y manejo de la fase latente de trabajo de parto prolongada se recomienda: 1) evitar el ingreso a área de labor hasta que se encuentre en fase activa; 2) Reposo, hidratación, y observación son preferidos sobre amniotomía y/o oxitocina. 3) Vigilancia regular y cuando sea necesario amniotomía, oxitocina y analgesia.	C <i>ACOG, 2004</i>

4.9 Utilización Nacimiento Instrumental de Fórceps y Vacuum

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Aproximadamente 30% de las pacientes con cesárea previa en trabajo de parto requerirán asistencia para completar el segundo periodo del trabajo de parto, generalmente fórceps.	III ACOG, 2004
E	El parto vaginal intrumentado es una opcion valida cuando surgen problemas en el segundo periodo del trabajo de parto. Las indicaciones mas comunes son el compromiso fetal y la falta de nacimiento espontáneo por cansancio materno. La literatura reciente confirma algunas ventajas para el uso de forceps dependiendo del contexto clínico.	IV Yeomans E.R. 2010
E	<p>Son indicaciones de uso de forceps:</p> <p>Indicaciones Fetales: Presunto compromiso fetal</p> <p>Indicaciones Maternas: Enfermedades médicas para evitar valsalva (Ej. Enfermedad materna Clasefuncional III-IV) Expulsivo Prolongado Fatiga Materna</p>	IIb Guia de Práctica Clínica-Parto Instrumental. 2010
R	Se recomienda el uso de forceps evaluando la situación clínica de cada paciente, informando claramente a la madre de riesgos y beneficios y teniendo siempre en cuenta la experiencia y habilidad del personal capacitado	C ACOG, 2004
R	Se deberá informar con la paciente si tiene un segundo periodo de trabajo de parto prolongado, la necesidad de un parto instrumentado, haciendo mención a los beneficios y riesgos. Deberá firmar un consentimiento bajo información	C ACOG, 2004
R	No se recomienda la utilizacion de forceps si no se cuenta con personal capacitado.	C Guia de Práctica Clínica-Parto Instrumental. 2010

R	Se recomienda que en los programas de residencias médicas se fomente el desarrollo entre los residentes de las técnicas de aplicación y habilidades para el uso de forceps.	D Yeomans E.R. 2010
R	Educar a las futuras generaciones de gineco obstetras en el arte de la atención de un parto instrumentado	C ACOG, 2004

4.10 Aspectos Quirúrgicos de la Operación Cesárea

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El lavado vaginal previa la cesárea disminuye la morbilidad infecciosa (endometritis) en pacientes con ruptura prematura de membranas.	II Haas DM, 2013.
E	En la operación Cesárea utilizando una incisión abdominal transversa se asocia a menor dolor postoperatorio y mejor efecto cosmético en comparación con una incisión en la línea media.	IIb NICE,2011
E	La incisión Joel Cohen (incisión 3 cm por arriba de la sínfisis del pubis) está asociada con tiempos quirúrgicos cortos y menor morbilidad postoperatoria.	IIb NICE,2011
E	Programar interrupción del embarazo por vía abdominal realizando histerotomía corporal, anterior o fúndica, NUNCA a nivel de la placenta (TIPO KERR) en pacientes con placenta previa y acretismo placentario.	Consenso <i>GCP Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del embarazo y puerperio inmediato, 2009.</i>
E	No trata de desprender la placenta inmediatamente después de la extracción del producto en pacientes con diagnóstico de placenta previa y/o acretismo placentario, realizar histerectomía total abdominal.	Consenso <i>GCP Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del embarazo y puerperio inmediato, 2009.</i>

E	La remoción manual de la placenta se asocia con altas posibilidades de complicación de por hemorragia obstétrica.	IIb <i>Althabe F. et.al. 2006.</i>
E	Debe llevarse a cabo la reparación intraperitoneal del utero en la operación cesárea. La Exteriorización del útero no es recomendable ya que se asocia con más dolor e incrementa riesgos como la hemorragia y la infección.	b <i>NICE,2011</i>
E	Un estudio de Cohortes que incluyó a 2142 pacientes demostró un mayor riesgo de ruptura uterina en pacientes que había tenido cesárea previa con histerorrafía en un plano (OR de 3.95 con IC del 95%) en comparación con aquellas pacientes con antecedente de cesárea con histerorrafía en dos planos.	IIb <i>NICE,2011</i>
E	El peritoneo parietal, visceral o ambos puede dejarse sin sutura(sin cierre del peritoneo en la cesarea)	la <i>Hofmeyr GJ, et.al. 2008</i>
E	Estudios randomizados han demostrado que mujeres sometidas a cesárea con mas de 2 centímetros de tejido subcutáneo el cierre del espacio subcutáneo disminuye la incidencia de infecciones quirúrgicas	la <i>NICE, 2011</i>
E	Estudios Controlados Aleatorizados han comparado el uso rutinario de drenajes superficiales en pacientes con operación cesárea, demostrando que no existe diferencias estadísticamente significativas entre la prevención de formación de hematomas, infecciones quirúrgicas, estancia hospitalaria o necesidad de uso de analgésicos.	IIb <i>NICE, 2011</i>
R	Se sugiere realizar lavado vaginal en las pacientes con antecedente de ruptura prematura de membranas y que serán sometidas a cesárea.	B <i>Haas DM. et.al. 2013</i>
R	Se recomienda en los casos de paciente programada para operación cesárea por placenta previa y/o acretismo placentario realizar histerotomía corporal anterior o fúndica y nunca a nivel del segmento; así como evitar desprenderla placenta una vez extraído el producto.	Consenso <i>GCP Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del embarazo y puerperio inmediato, 2009.</i>

<p>R</p>	<p>Se sugiere realizar la histerorrafia intraperitoneal sin exteriorización del útero.</p>	<p>A <i>NICE,2011</i></p>
<p>R</p>	<p>Se sugiere evitar la remoción manual la placenta a fin de evitar episodios de hemorragia obstétrica</p>	<p>B <i>NICE,2011</i></p>
<p>R</p>	<p>La eficacia y la seguridad del cierre de una sola capa de la incisión uterina es incierto. No existe evidencia suficiente que apoye el cierre uterino en cesárea en un sólo plano. Excepto dentro de un contexto de investigación, la incisión uterina se sugiere suturar en dos capas.</p>	<p>B <i>NICE,2011</i></p>
<p>R</p>	<p>No se sugiere el cierre del tejido subcutáneo en pacientes sometidas a operación cesárea si tiene menos de 2 centímetros de grosor.</p>	<p>B <i>NICE,2011</i></p>
<p>R</p>	<p>No se recomienda el uso rutinario de drenajes subcutáneos en pacientes sometidas a cesárea</p>	<p>A <i>NICE,2011</i></p>
<p>R</p>	<p>No hay técnica quirúrgica exclusiva o absoluta. Hay pacientes que se beneficiarán con alguna técnica o variante quirúrgica en particular por lo que se recomienda adecuar la técnica de acuerdo al estado clínico de la paciente.</p>	<p>B <i>NICE,2011</i></p>

4.11 Cuidados postoperatorios

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Una revisión sistemática comparó la ingesta temprana y tardía de líquidos y alimentos después de la cesárea, encontrando que no existen diferencias significativas entre la ingesta temprana (6-8hrs) de líquidos y alimentos en comparación con la ingesta tardía (12-24 hrs) con respecto a las náuseas, vómitos, distensión abdominal, el tiempo para la evacuación intestinal, íleo paralítico y el número de dosis analgésicas.	Ia NICE,2011
E	Los catéteres urinarios de vejiga son comúnmente utilizados durante la operación cesárea para evitar daños a la vejiga durante cirugía. El efecto de la colocación de la sonda en la vejiga urinaria se ha asociado como un factor de riesgo para retención urinaria postparto	III NICE,2011
E	Estudios donde se comparó la remoción del catéter vesical inmediatamente después de la operación vs retiro al día siguiente en mujeres con operación cesárea no encontraron ninguna diferencia en la incidencia de infección del tracto urinario, retención urinaria o la fiebre.	III NICE,2011
E	El Colegio Americano de Médicos de Tórax (ACCP) EN 2012 recomienda tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular, uso de medias elásticas y compresión neumática intermitente en pacientes sometidas a cesárea con 1 factor de riesgo mayor ó 2 factores de riesgo menor. (Ver Cuadro 2).	IIb NICE,2011 Practice Guidelines. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 2012
E	En pacientes sometidas a cesárea sin factores de riesgo para tromboembolismo venoso la tromboprofilaxis consiste en movilización temprana.	IV NICE,2011 Practice Guidelines. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 2012

<p>E</p>	<p>Las mujeres con operación cesárea tienen un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica (trombosis venosa profunda y embolia pulmonar), por lo que los profesionales de la salud necesitan prestar especial atención a las mujeres que tienen síntomas respiratorios (tos o disnea) o dolor en miembros pélvicos (dolor o aumento de volumen de la extremidad).</p>	<p>IV NICE,2011</p>
<p>R</p>	<p>No se recomienda la restricción tardía de líquidos y alimentos en pacientes sometidas a cesárea no complicada.</p>	<p>A NICE,2011</p>
<p>R</p>	<p>Se recomienda el retiro del catéter vesical 12 horas después del procedimiento quirúrgico</p>	<p>D NICE,2011</p>
<p>R</p>	<p>La profilaxis del tromboembolismo venoso puede ser considerada en mujeres con factores de riesgo que son sometidas a cesárea.</p>	<p>D NICE,2011 Practice Guidelines. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 2012</p>

4.12 Solicitud Materna de Cesárea

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>La evidencia sugiere que la mayoría de las solicitudes maternas de cesárea son basadas en el temor al dolor o al compromiso fetal y al daño al piso pélvico</p>	<p>III ACOG, 2004 ACOG, Committee Opinion 2007</p>
<p>R</p>	<p>No realizar cesárea por petición materna antes de la semana 39 de gestación, sin verificación de la madurez pulmonar fetal, así como en mujeres que deseen muchos hijos, ya que se incrementa el riesgo de placenta previa, acretismo y el riesgo de histerectomía se incrementa en cada cesárea.</p>	<p>C ACOG, 2004 ACOG, Committee Opinion 2007</p>

4.13 Antibiótico Profiláctico en Operación Cesárea

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La administración de antibióticos profilácticos previa a la incisión en piel se asocia a una disminución de las infecciones del sitio quirúrgico en la operación cesárea.	II-2 <i>Kaimal A, 2008</i>
R	Los antibióticos profilácticos en la operación cesárea disminuyen la morbilidad infecciosa tanto en pacientes de alto riesgo (en pacientes en trabajo de parto, ruptura de membranas) como en bajo riesgo. Existe una reducción del 60-70% de endometritis y 30-65% de la infección de herida quirúrgica en pacientes que se les administra antibióticos profilácticos tanto en pacientes con cesárea electiva y de urgencia.	III <i>Smaill F, 2002</i>
E	La administración preoperatorio de antibióticos como la cefalosporina reduce el riesgo de endometritis posparto RR 0.47 IC _{95%} , 0.26-0.85 y de morbilidad infecciosa total RR 0.50 IC _{95%} , 0.33-0.78.	Ia <i>Constantine M, 2008</i>
E	Se recomienda un antibiótico de espectro limitado como una cefalosporina de primera generación para la profilaxis en la operación cesárea.	III <i>ACOG, 2003</i>
E	La evidencia reciente sugiere que la administración adicional de azitromicina a la cefalosporina reduce aún más la endometritis y la infección de la herida quirúrgica en pacientes con operación cesárea	II <i>Tita AT, 2008</i>
R	Se recomienda la profilaxis con antibióticos en pacientes que van a ser sometidas a operación cesárea.	B <i>Tita AT, 2008</i>

4.14 Criterios de Referencia

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	Las pacientes que tengan una o más cesáreas; o cicatrices en el cuerpo del útero, deberán ser enviadas a hospitales de segundo nivel de atención	Punto de Buena Práctica
	las pacientes con placenta previa con cesárea previa o aquellas pacientes con una o más cesareas previas con sospecha de acreetismo placentario por ultrasonido bidimensional o Doppler color debarán ser enviados hospitales de tercer nivel de atención.	Punto de Buena Práctica

4.15 Tiempo Estimado de Recuperación y Días de Incapacidad

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	Ley General del Instituto Mexicano del Seguro Social (Prestaciones por maternidad) 42 días previos a la fecha probable de parto y 42 días posteriores al nacimiento.	IMSS III

5. Anexos

5.1. Protocolo de Búsqueda

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre Guía de Práctica Clínica para la Reducción en la frecuencia para la operación cesárea.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre La Realización de Operación Cesarea en las siguientes bases de datos: Fisterra, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

5.2 Escalas de Gradación

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios

disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Cuadro I. La Escala Modificada de Shekelle y Colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

a) Sistema fue utilizado en “**Caesarean Birth Task Force Report 2008**”

Calidad de la Evidencia*		Clasificación de las Recomendaciones**	
Nivel	Significado	Grado	Significado
I	Evidencia procedente de Meta análisis de Ensayos Clínicos Aleatorizados	A	Existe adecuada evidencia para recomendar acciones preventivas
II-1	Evidencia procedente de al menos un Ensayo Clínico Controlado no Aleatorizado bien diseñado	B	Existe evidencia aceptable para recomendar acciones preventivas
II-2	Evidencia de Estudios de Cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o Estudios de Caso Control, preferentemente por más de un centro o grupo de investigación	C	La evidencia existente es conflictiva y no permite hacer una recomendación para una acción preventiva, sin embargo hay otros factores que pueden influir en la toma de decisión.
II-3	Evidencia obtenida de comparación entre tiempos o lugares con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados.	D	Hay evidencia aceptable para no recomendar la acción preventiva
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, Estudios Descriptivos o reportes de comités experimentados	E	Existe evidencia adecuada para no recomendar la acción preventiva.
		I	La evidencia es insuficiente (en calidad o cantidad) para hacer recomendaciones; sin embargo otros factores pueden influenciar la toma de decisión.

b) Sistema utilizado por la “**Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists**” RCOG, 2007. Este sistema también se utilizó para calificar la bibliografía complementaria.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Requieren al menos un estudio aleatorizado controlado como parte de la literatura, de buena calidad y consistencia para apoyar recomendaciones específicas (evidencia niveles Ia, Ib)
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoridad	B. Requiere estudios controlados aunque no sean aleatorizados (Evidencia niveles Ila, Ilb, III)
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Requiere evidencia obtenida por comité de expertos u opinión de expertos clínicos, autoridades reconocidas. Indican una ausencia de estudios clínicos de buena calidad que puedan ser aplicados (evidencia nivel IV)
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la	√ Recomendación de buena práctica clínica emitida por los elaboradores de la GPC

materia o ambas	
-----------------	--

c) Sistema utilizado en la **“GPC Caesarean section”; NICE, 2004,2011”**

Niveles de evidencia

Nivel	Significado
1a	Evidencia procedente de Meta análisis de Ensayos Clínicos Aleatorizados
1b	Evidencia procedente de al menos un Ensayo Clínico Aleatorizado
2a	Evidencia procedente de al menos un Ensayo Clínico controlado no aleatorizado bien diseñado, Estudios de cohorte con grupo de referencia
2b	Evidencia procedente de al menos un estudio cuasiexperimental bien diseñado, estudios de caso control
3	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y de casos
4	Evidencia procedente de reportes de comité de expertos, opinión o experiencia clínica de expertos

Fuerza de la recomendación

Grado	Significado
A	Directamente basados en nivel I de evidencia
B	Directamente basado en nivel 2 de evidencia o extrapolado de recomendaciones del nivel I de evidencia
C	Directamente basado en nivel 3 de evidencia o extrapolado de recomendaciones del nivel 1, 2 de evidencia
D	Directamente basado en nivel 4 de evidencia o extrapolado de recomendaciones del nivel 1, 2, 3 de evidencia

GPP: Buena práctica clínica (opinión del grupo que elaboró la GPC)

d) Sistema utilizado por la **“Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery” ACOG, 2004**

Nivel de Evidencia

- I. Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado aleatorizado
- II-1 Evidencia obtenida de un ensayo clínico controlado no aleatorizado
- II-2 Evidencia obtenida de estudios de cohorte o casos y controles de más de un centro o grupo de investigación.
- II-3 Evidencia obtenida de múltiples series de casos con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados que podrían ser considerados como un tipo de evidencia.
- III Opinión de autoridades respetables basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reporte de comité de expertos.

Fuerza de la Recomendación

Nivel A Las recomendaciones están basadas en una evidencia científica buena y consistente

Nivel B Las recomendaciones están basadas en una evidencia científica limitada e inconsistente

Nivel C Las recomendaciones están basadas principalmente en consenso y opinión de expertos

5.3 Escalas de Clasificación Clínica

Tipos de Cesárea

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente

Primera: Es la que se realiza por primera vez

Iterativa: Es la que se practica en una mujer con antecedentes de una o más cesáreas previas

B. Según indicaciones

Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica

Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto

C. Según técnica quirúrgica

Transperitoneal

Corporal o clásica

Segmento—Corporal (Tipo Beck)

Segmento—Arciforme (Tipo Kerr)

Extraperitoneal

Lineamiento técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea 2007

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: maternas, fetales o mixtas.

A. Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción céfalo pélvica)

Estrechez pélvica

Pelvis asimétrica o deformada

Tumores óseos de la pelvis

Distocia de partes blandas

Malformaciones congénitas

Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto

Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas

Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto

Distocia de la contracción

Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta)

B. Causas fetales:

Macrosomía fetal que condiciona desproporción céfalo pélvica

Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal

Prolapso del cordón umbilical

Sufrimiento fetal

Malformaciones fetales incompatibles con el parto
 Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal
 Cesárea postmortem

C. Causas mixtas

Síndrome de desproporción céfalo pélvica
 Preeclampsia-eclampsia
 Embarazo múltiple
 Infección amniótica
 Iso inmunización materno-fetal.

Indicaciones absolutas de operación cesárea

- Cesárea iterativa
- Presentación pélvica
- Sufrimiento fetal
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Placenta previa
- Placenta de inserción baja
- Incisión uterina corporal previa
- Presentación de cara
- Prolapso del cordón umbilical
- Hidrocefalia
- Gemelos unidos
- Infecciones maternas de transmisión vertical (VIH)
- Embarazo pretérmino (< 1500 gramos de peso fetal)
- Condilomas vulvares grandes

Indicaciones relativas de operación cesárea

- Desproporción cefalopélvica
- Enfermedad hipertensiva del embarazo
- Ruptura prematura de membranas
- Embarazo postérmino
- Embarazo múltiple
- Distocia dinámica
- Isoinmunización materno-fetal
- Diabetes mellitus
- Antecedente de decíduomiometritis
- Antecedente de metroplastia
- Antecedente de miomectomía
- Miomatosis uterina
- Compromiso de histerorrafía
- Oligohidramnios
- Cirugía vaginal previa
- Primigesta añosa
- Cesárea electiva

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

Gabbe S. Obstetrics normal and problem pregnancies 1996. Churchill Livingstone.

Prueba de trabajo de parto

A. Requisitos para iniciar la prueba de trabajo de parto

Embarazo a término

Pelvis útil

Presentación cefálica abocada

Dilatación de 4 cm. o más

Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos)

Membranas rotas

Buen estado materno y fetal

Evacuación de vejiga y recto

Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un partograma

La presencia de meconio fluido no contraindica la prueba

La analgesia/anestesia puede estar indicada a criterio del médico tratante

B. Cuidados durante la prueba de trabajo de parto

Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3-5 contracciones en 10 min.); según la etapa del trabajo de parto, se emplearán oxitócicos si es necesario

Auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción.

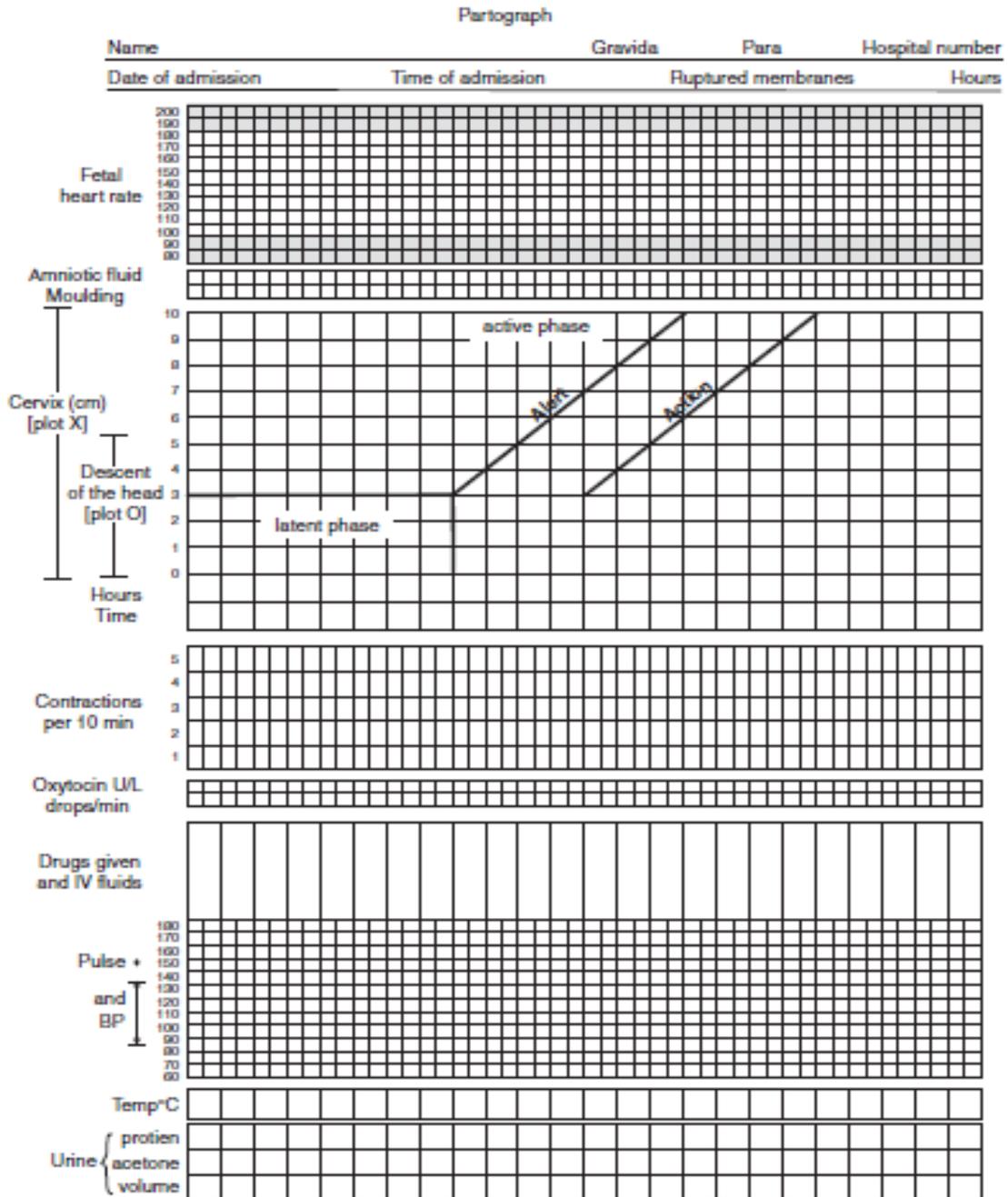
Monitorización electrónica siempre que sea posible

Empleo de un apósito vulvar estéril para vigilar cambios en las características del líquido amniótico

Tacto vaginal cada 2 horas para precisar: dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y modelaje de la cabeza fetal

La prueba se suspenderá en caso de que exista falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor de 4 horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

Cuadro 1. Partograma propuesto por la Organización Mundial de la Salud



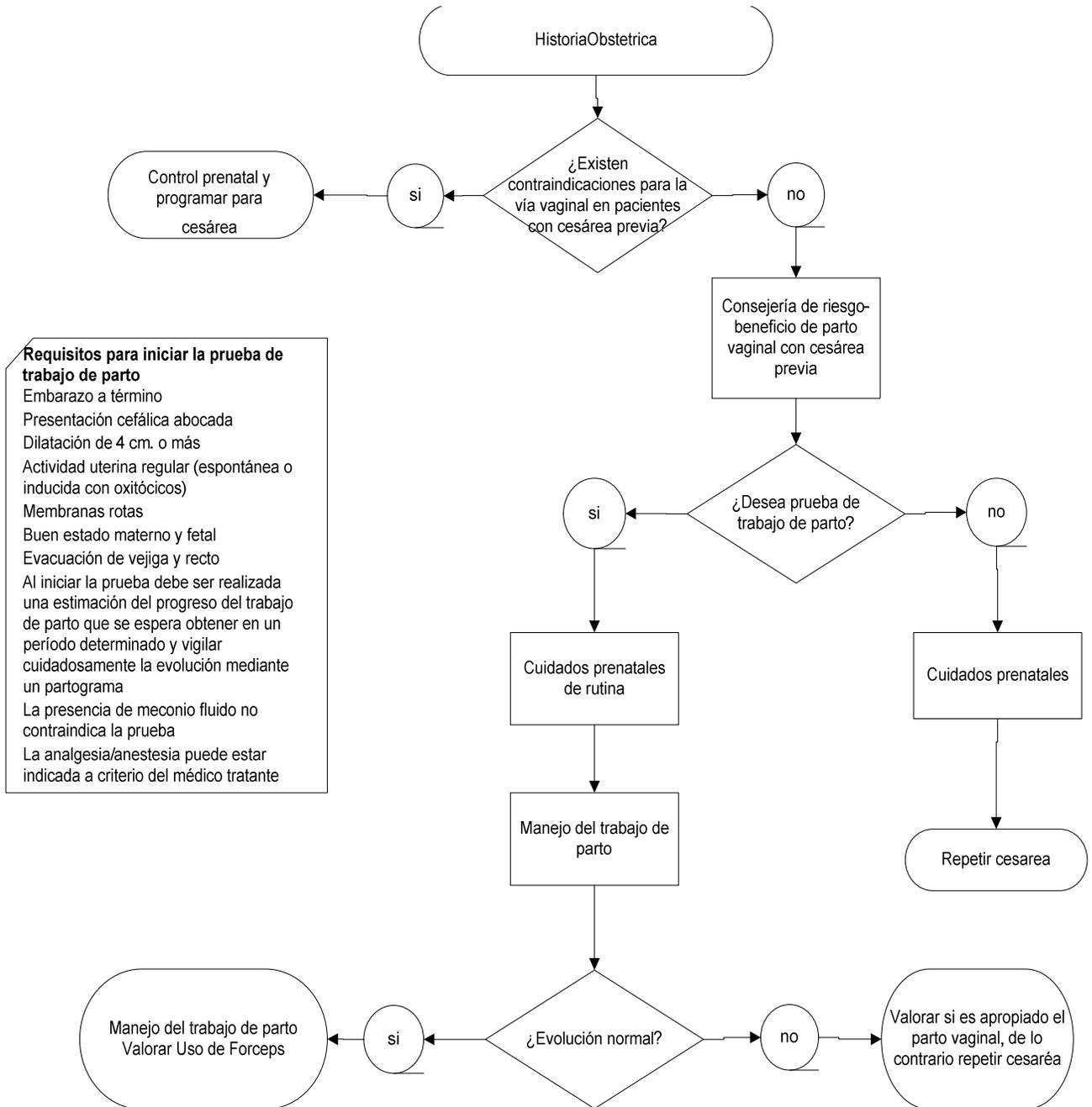
Promoting Effective Perinatal Care: Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care.2003 (www.euro.who.int/document/e79235.pdf).

Cuadro 2. Factores de Riesgo Tromboembólico

Factores Mayores (>3% de riesgo de tromboembolismo venoso si un factor está presente.)	Factores Menores (>3% de riesgo de tromboembolismo venoso si 2 o más factores están presentes.)
Inmovilidad 1 semana previa al parto	Operación cesárea de urgencia
Hemorragia Postcesarea >1000ml	Índice de Masa corporal mayor a 30 kg/m ²
Tromboembolismo venoso previo	Embarazo Múltiple
Preeclampsia con Restricción del crecimiento Fetal	Hemorragia postparto > 1000ml
Deficiencia de Antitrombina	Tabaquismo >10 cigarrillos al día
Mutación del Factor V de Leiden	Restricción de crecimiento fetal menor a la percentila 25 ajustada para la edad gestacional
Mutación del gen 20210 ^a de Protrombina	Deficiencia de proteína C
Lupus Eritematoso Sistémico	Deficiencia de Proteína S
Enfermedad Cardíaca	Preeclampsia
Transfusión Sanguínea	
Infección Postparto	

American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: *CHEST*. February 2012;141(2_suppl):e691S-e736S.

5.4 Diagramas de Flujo



5.5 Listado de Recursos

5.5.1 tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados indicados en el tratamiento de Cesárea del Cuadro Básico de IMSS

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1542	oxitocina	Fco amp 50 UI en un ml	Dosis respuesta	Dosis respuesta	Hipertonia uterina, espasmos tetánicos, ruptura uterina, náusea, vómito, arritmia materna	Con otros oxitocicos vasoconstrictores y prostaglandinas aumenta su efecto	Hipersensibilidad, desproporción cefalopélvica, hipotonía uterina, sufrimiento fetal, y preclampsia severa
1241	metoclopramida	10 mg cada 8 hr	Fco amp de 10 mg en 2 ml	Una amp preoperatoria	Somnolencia, astenia, fatiga, laxitud, insomnio, cefalea, mareo, náusea, síndromes extrapiramidales, galactorrea, ginecomastia, rash, urticaria	Anticolinérgicos y opiáceos antagonizan efecto sobre motilidad intestinal, potencia efecto sedante con alcohol, hipnóticos, tranquilizantes y otros depresores de SNC.	Hipersensibilidad a la fórmula, hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación intestinal

6. Glosario

Amniotomía: Es la ruptura artificial de las membranas corioamnióticas y es un método de inducción del trabajo de parto.

Bloqueo peridural: Es una forma de anestesia regional que involucra la inyección de medicamentos a través de un catéter en el espacio peridural, causando la pérdida de la sensación y del dolor, bloqueando las señales a través de raíces nerviosas.

Cesárea de urgencia: Es la cesárea no programada cuando está en peligro la vida de la madre y del feto.

Cesárea: Es un procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal.

Distocia: Parto difícil prolongado, doloroso, debido a factores fetales, maternos y alteraciones de la dinámica uterina.

Edad gestacional: Es la temporalidad del desarrollo fetal, iniciando a partir del primer día del último ciclo menstrual.

Histerotomía: El nacimiento, que involucra la incisión quirúrgica de la pared abdominal y las paredes uterinas,

Inducción del trabajo de parto: Es la asistencia farmacológica o mecánica para promover el inicio de la primera fase del trabajo de parto.

Nacimiento por fórceps: Uso de un instrumento que se adapta a la cabeza fetal y que ayuda al nacimiento.

Nacimiento pretérmino: Nacimiento después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación.

Obesidad: Incremento del peso corporal por acumulación excesiva de grasa, donde el índice de masa corporal es mayor al 30%.

Oxitocina: Hormona peptídica del hipotálamo que induce contracción del músculo liso del útero.

Perinatal: Periodo que abarca el antes, durante y después del nacimiento

Placenta acreta: Una condición en donde la placenta se adhiere al músculo del útero sin existir capa de separación decidual, haciendo difícil su remoción.

Presentación pélvica: Cuando la cabeza fetal se encuentra en el fondo uterino y la pelvis del producto se aboca al estrecho superior de la pelvis materna.

Prueba de trabajo de parto después de una cesárea: Es el procedimiento obstétrico a que se somete a una paciente con relación céfalo-pélvica límite que tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, mediante su vigilancia y conducción.

Ruptura uterina: Pérdida de la solución de continuidad del músculo uterino, la cual puede ser parcial o total y constituye una catástrofe obstétrica.

Trabajo de Parto: Contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración, que produce borramiento y dilatación del cérvix.

Versión cefálica externa: Procedimiento externo para rotar al feto de la presentación pélvica a presentación cefálica.

7. Bibliografía

1. ACOG COMMITTEE OPINION. Cesarean delivery on maternal request. 2007;386:1209-1212
2. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. 2004; 54:203-212.
3. Althabe F: Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomized controlled trial. *Lancet*. 2004; 363: 1934-40.
4. Althabe F, Belizan JM. Cesarean Section:The Paradox. *Lancet*.2006 28;368(9546):1472-1473
5. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: CHEST. February 2012;141(2_suppl):e691S-e736S
6. *Bujold E,Gauthier RJ.Risk of uterine ruptura associated with and interdelivery interval between 18 and 24 months. Obstet Ginecol .2010.May;115(5):1003-1006*
7. Cesarean Birth Task Force Report 2008.British Columbia Perinatal Health Program. Feb. 2008.
8. Chaillet, N, Dumont A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. *Birth* 2007 ;34 :53-64
9. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985;66:89-92.
10. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26:89-96.
11. Constantine M, Rahman M et al. Timing of perioperative antibiotics for cesarean delivery: a Meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:301.e1-301.e.6.
12. Crowther DJ. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth (Review). *The Cochrane Library* 2008; 3. 1-39.
13. Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del embarazo y puerperio inmediato. México: Secretaría De Salud;2009.
14. Dubuisson JB, Fauconnier A, Charon C, Kreiker G. Reproductive outcome after laparoscopic myomectomy in infertility women. *J Reprod Med* 2000;45:23-30
15. Guía para la Vigilancia y Manejo del Parto, México: Secretaría de Salud; 2009.
16. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.2005;89:319-311
17. Haas DM, Morgan Al Drei S, Contreras K. Vaginal preparation with antiseptic solution before caesarean section for preventing postoperative infections. *Cochrane Database Sysst Rev*. 2013. (3):CD007892
18. Hofmeyr GJ, Mathay M, Shah A. Novikova N. Tecnicas para la cesárea (Revision Cochrane traducida) En la Biblioteca Cochrane plus 2008 Número 2. Oxford: Update software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de Cochrane library, 2008 Issue 2.Chicester, UK: John v Wiley & Sons Ltd.)
19. Kaimal A, Zlatanik MG, Cheng W. et al. Effect of a change in policy regarding the timing of prophylactic antibiotics on the rate of postcesarean delivery surgical site infections. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:310.e1-310.e.5
20. Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea. Secretaria de Salud. México. 2007
21. Luengo A, Zornoza V, Fernandez Corona A, Gonzalez García C. Índice de masa corporal y aumento de peso en el embarazo. Resultado obsterico de la inducción de parto. *Clínica de Investigación en Ginecología y Obstetricia*.2012.39(5);199-202

22. M.Y.K Wee, H, Brown: The National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidelines for caesarean sections 2011.
23. M.Y.K Wee, H, Brown: The National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidelines for caesarean sections 2004.
24. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006;107:927-941.
25. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology* 106 (4) apr 2007
26. Promoting Effective Perinatal Care: Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care.2003 (www.euro.who.int/document/e79235.pdf).
27. Prophylactic antibiotics in labor and delivery. ACOG practice bulletin No. 47. *Obstet Gynecol* 2003;102:875-82.
28. Rosen MG, Dixon JC, Weshoff CL. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet and Gynecol* 1991; 77:465-70.
29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists . Green –top Guideline Birth after Previous Caesarean Birth 2007;45:1-17.
30. Royal College of Obstetricians and Gynecologist .New Developments reducing complications associated with a deeply engaged head at caesarean section: a simple instrument 2008;10:38-41.
31. Seracchioli R, Manuzzi L, Vianello F, Gualerzi B, et al. Obstetric and delivery outcome of pregnancies achieved after laparoscopic myomectomy. *Fertility and Sterility* 2006;86:159-165
32. Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylactic for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*2002:CD000933
33. Tita AT, Hauth. JC, Grimes A et al. Decreasing incident of postcesarean endometritis with extended spectrum antibiotic prophylaxis. *Obstet Gynecol*2008;111:51-6.
34. Valenti, Eduardo A.; Almada, Rubén D.; Presta, Edgardo; Gowdak, Andrea Guía de práctica clínica: parto instrumental. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 2010; 29 (3):123-133. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91214812006>
35. Vergara S.G ESE Clinica Maternidad Rafael Calvo C. 2009. Consultado Marzo2013. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>.
36. Yeomans E.R. Operative Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. 2010;115:645-653
37. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation. Twenty year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1458-1461.

8. Agradecimientos

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. Comité académico.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador

Directorio sectorial

Secretaría de Salud

Dra. Mercedes Juan

Secretaria de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio González Anaya

Directora General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Laura Vargas Carrillo

Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos

Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austín

Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Leobardo Ruíz Pérez

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Javier Dávila Torres

Director de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica

Dr. Luis Rubén Durán Fontes	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
Dr. Pablo Antonio Kuri Morales	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
Secretario del Consejo de Salubridad General	
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Contraalmirante SSN, M.C. Pediatra Rafael Ortega Sánchez	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
Dr. Javier Dávila Torres	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Rodolfo Rojas Rubí	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. Ricardo Camacho Sanciprian	Titular
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. José Ignacio Santos Preciado	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dra. Laura Elena Gloria Hernández	Titular
Directora General de Evaluación del Desempeño	
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
Director General de Información en Salud	
M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del Presidente del CNGPC

<p>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud Dr. Agustín Lara Esqueda</p>	Titular 2013-2014
<p>Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima Dr. Juan Lorenzo Ortegón Pacheco</p>	Titular 2013-2014
<p>Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo Dr. Ernesto Echeverría Aispuro</p>	Titular 2013-2014
<p>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa Dr. Enrique Ruelas Barajas</p>	Titular
<p>Presidente de la Academia Nacional de Medicina Dr. Alejandro Reyes Fuentes</p>	Titular
<p>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía Dr. Eduardo González Pier</p>	Asesor Permanente
<p>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. M. en C. Víctor Manuel García Acosta</p>	Asesor Permanente
<p>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso</p>	Asesor Permanente
<p>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C. Ing. Ernesto Dieck Assad</p>	Asesor Permanente
<p>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. Dr. Sigfrido Rangel Frausto</p>	Asesor Permanente
<p>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud M. en C. Mercedes Macías Parra</p>	Invitada
<p>Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría Dr. Esteban Hernández San Román</p>	Secretario Técnico
<p>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC</p>	