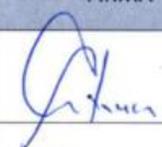


	CODIGO: HSC- GCL- 92	Versión: 03 Vigencia: 5 años Fecha Aprobación: Abril 2020 Fecha Termino Vigencia: Abril 2025
	CARACTERISTICA : GCL 1.6	
	Criterios de Indicación de Cesáreas	

CRITERIOS DE INDICACIÓN DE CESÁREAS

	NOMBRE	FECHA	FIRMA
Elaborado Por:	Hernán Gutiérrez F. Jefe Dpto. de la Mujer.	Abril 2020	
	Ana María Aguilera T. Mt. Supervisora Dpto. de la Mujer.	Abril 2020	
Revisado Por:	Alejandra Andrea Bolívar Médico Ginecólogo.	Abril 2020	
	Javier Villablanca Mundaca Sub Director Gestión Asistencial.	Abril 2020	
	Sandra Fuenzalida Gaete Jefe Dpto. de Calidad.	Abril 2020	
Aprobado Por:	Héctor Maldonado Leiva Director.	Abril 2020	

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

	CODIGO: HSC- GCL- 92	Versión: 03
	CARACTERISTICA : GCL 1.6	Vigencia: 5 años
	Criterios de Indicación de Cesáreas	Fecha Aprobación: Abril 2020 Fecha Termino Vigencia: Abril 2025

1.- OBJETIVOS

Contribuir a la calidad de la atención y seguridad del paciente, mediante la correcta indicación de operación cesárea basada en la mejor evidencia científica disponible, disminuyendo la variabilidad de criterios de indicación de esa intervención quirúrgica.

2.- ALCANCE

El presente documento debe estar disponible en el Departamento de la Mujer y en conocimiento de médicos y matronas de dicho servicio.

3.- RESPONSABLES DE APLICACIÓN DEL PROTOCOLO

Médicos del Dpto. de la Mujer: Responsables de conocer los criterios de indicación de cesárea, evaluar las pacientes, valorar el cumplimiento de los criterios e indicar y efectuar la cesárea.

Matronas del Dpto. de la Mujer: Responsables de conocer los criterios de indicación de cesárea e informar al médico, en caso de detectar la presencia de alguno de ellos.

Médico Jefe del Dpto. de la Mujer: Responsable de evaluar el cumplimiento del protocolo.

4.- DEFINICIONES

Parto Por Cesárea: Es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos a través de una incisión en el útero y pared abdominal. Se excluye de esta definición a la extracción del feto libre en la cavidad abdominal como consecuencia de la rotura uterina.

Cesárea Electiva o Programada: Cuando durante el control del embarazo se ha establecido una causa que determina que la mejor vía del nacimiento es por operación cesárea. La operación cesárea se programa para un determinado día y hora.

Cesárea de Urgencia: La indicación de parto por cesárea se adopta durante el transcurso del trabajo de parto o frente a una condición patológica de la madre y/o del feto que implica un riesgo materno/fetal mayor que la cirugía misma.

Cesárea Obligatoria: El parto debe resolverse siempre vía cesárea. Por ejemplo: presentación fetal de tronco, placenta previa oclusiva total, dos o más cicatrices uterinas, etc.

Cesárea Relativa: La cesárea se efectúa dependiendo de las circunstancias clínicas. Por ejemplo: cicatriz de cesárea previa, preeclampsia severa, sufrimiento fetal agudo, etc.

5.- DESARROLLO

Siendo en la actualidad la práctica de la cesárea un procedimiento bastante seguro; no está exento de riesgos y además condiciona en el futuro de la mujer, mayor riesgo de cesáreas iterativas, y

	CODIGO: HSC- GCL- 92	Versión: 03
	CARACTERISTICA : GCL 1.6	Vigencia: 5 años
	Criterios de Indicación de Cesáreas	Fecha Aprobación: Abril 2020 Fecha Termino Vigencia: Abril 2025

está comprobado el hecho de que al aumentar el número de cicatrices uterinas, aumentan también las anomalías de implantación placentarias como la Placenta Previa, además, es bien sabido que la operación cesárea aumenta la incidencia de la Hemorragia Postparto y aumenta el riesgo de Infecciones Puerperales en relación al Parto Vaginal.

Por lo tanto la indicación de cesáreas debe tener fundamentos claros y precisos lo que hace necesario implementar un plan de mejoría y un protocolo establecido, que permita unificar criterios médicos de indicación de esta operación, basados en la mejor evidencia científica disponible.

5.1 CRITERIOS DE INDICACIÓN DE CESÁREAS

A) Indicación por causas Maternas:

- Cicatriz uterina por cirugía ginecológica que comprometió la cavidad.
- Dos ó más cesáreas segmentarias.
- Cicatriz de cesárea corporal
- Plastia vaginal previa.
- Estrechez pelviana que condiciona desproporción céfalo-pélvica.
- Tumor previo.
- Cáncer cérvico – uterino.
- Patologías sistémicas graves
- Herpes genital activo al momento del parto y Condilomatosis vaginal severa.
- Transmisión vertical de infecciones (VIH-Hepatitis).

B) Indicación por causas fetales:

- Distocia de presentación (podálica, transversa, frente, compuesta)
- Macrosomía fetal (EPF mayor de 4300 gramos en diabetes gestacional y 4.500 gramos en pacientes sin diabetes gestacional).
- Embarazo múltiple.
- Sufrimiento fetal agudo sin expectativa de parto vaginal.
- Enfermedad hemolítica severa.
- Púrpura trombocitopénico autoinmune.
- Gemelar monocorial –monoamniótico 37 semanas y bicorial de 38 semanas.
- Anomalías fetales que causen desproporción.
- Anomalías fetales severas que contraindiquen el parto vaginal.

C) Indicación por causas ovulares:

- Placenta previa oclusiva total

	CODIGO: HSC- GCL- 92	Versión: 03
	CARACTERISTICA : GCL 1.6	Vigencia: 5 años
	Criterios de Indicación de Cesáreas	Fecha Aprobación: Abril 2020 Fecha Termino Vigencia: Abril 2025

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- Prolapso de cordón umbilical.
- Infección ovular sin expectativa de parto vaginal.

D) Indicación por causas materno fetales:

Desproporción céfalo – pelviana

Hemorragia grave del embarazo y parto.

6.- REFERENCIAS

- Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada.
- Pérez Sánchez: Obstetricia 3° ed.
- Protocolo de indicación de resolución del parto vía cesárea del Hospital “San Juan de Dios” de los Andes.

7.- DISTRIBUCION

Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Unidad de Calidad y Seguridad de Paciente.

8.- ANEXOS

Pauta de Cotejo Evaluación de Indicación de Cesáreas.

9.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS

Revisión	Fecha	Cambios
Versión 2	Abril 2020	Sea agrega los siguientes criterios: Transmisión vertical de infecciones (VIH-Hepatitis). Macrosomía fetal (EPF mayor de 4300 gramos en diabetes gestacional y 4.500 gramos en pacientes sin diabetes gestacional). Gemelar monoconial –monoamniótico 37 semanas y biconial de 38 semanas.

	CODIGO: HSC- GCL- 92	Versión: 03 Vigencia: 5 años Fecha Aprobación: Abril 2020 Fecha Termino Vigencia: Abril 2025
	CARACTERISTICA : GCL 1.6	
	Criterios de Indicación de Cesáreas	

10.- INDICADORES

INDICADOR	Criterios de Indicación de Cesáreas
RESPONSABLE	Médico Jefe del Dpto. de la Mujer. Matrona Supervisora Dpto. de la Mujer.
OBJETIVO	Evaluar el cumplimiento de los Criterios de Indicación de Cesáreas
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cesáreas efectuadas que cumplen con los criterios de indicación según protocolo en el período evaluado}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Cesáreas efectuadas evaluadas en el mismo período}}$
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	$\geq 80\%$
PERIODICIDAD	Trimestral
FUENTE DE INFORMACION	Libro de Pabellón. Libro de Partos. Fichas Clínicas.

	CODIGO: HSC- GCL- 92	Versión: 03 Vigencia: 5 años Fecha Aprobación: Abril 2020 Fecha Termino Vigencia: Abril 2025
	CARACTERISTICA : GCL 1.6	
	Criterios de Indicación de Cesáreas	

11.- ANEXO

Anexo N°1:



PAUTA CRITERIO DE INDICACIÓN DE CESAREA Gestión Clínica GCL 1.6

Servicio: _____
Nombre Evaluador: _____
Fecha de Evaluación: _____

Versión: 03
Vigencia: 2020-2025

N°	Nombre Paciente	RUT	Fecha Intervención	Cumple Criterio de Indicación		Observaciones
				SI	NO	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						