



REPORTE DE EVIDENCIAS N°01

RECOMENDACIONES PARA LA PERTINENCIA Y SEGURIDAD DE LA CESÁREA

Febrero 2018



**Gerencia de Central de Prestaciones de Salud-
Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud**

Grupo Elaborador

- Raúl Timaná Ruiz
Asesor de la Dirección - Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, EsSalud.
- Milton Rodríguez Zúñiga
Consultor Independiente

Grupo Validador

- Rita Meza Padilla
Especialista en ginecología y obstetricia, Sub Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias – Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral en Salud - Gerencia Central de Prestaciones de Salud, EsSalud.
- Rigoberto García de los Ríos Villazón
Especialista en ginecología y obstetricia, Sub Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias – Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral en Salud - Gerencia Central de Prestaciones de Salud, EsSalud.

Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés con relación a los temas descritos en el presente documento.

Reporte de Evidencias

Este documento no es una guía de práctica clínica. Es una respuesta rápida a una solicitud de información para los profesionales de la salud sobre cuáles son las recomendaciones para el manejo de una condición clínica específica. Para ello, hemos definido una pregunta clínica, se ha diseñado una estrategia de búsqueda, se han seleccionado guías de práctica clínica, se ha evaluado la calidad de las mismas y finalmente se han resumido las recomendaciones. Luego se ha realizado una breve evaluación con expertos sobre la aplicabilidad de las recomendaciones en nuestro contexto.

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, de Perú.

Citación

Este documento debe ser citado como: IETSI. Reporte de Evidencias N°1, Recomendaciones para la pertinencia y seguridad de la cesárea. Perú, febrero 2018.

Datos de contactos

Raúl Timaná Ruiz. Correo electrónico: raul.timana@essalud.gob.pe Teléfono: 2656000 – 1953

Recomendaciones para la pertinencia y seguridad de la cesárea

1. ANTECEDENTES

A nivel mundial, la cesárea es realizada en un alto porcentaje de mujeres gestantes. En los Estados Unidos se reporta una tasa de cesáreas del 26%, en Australia del 23%. En Latino América, las cifras ascienden muy cercanas a las anteriores, como Puerto Rico (45%), Chile (40%), Brasil (27%), Argentina (25%) y México (24%)(1). En Perú, un estudio llevado a cabo en 7 hospitales de Lima encontró que la tasa de cesárea en los años 2007 y 2008 se encontraba en un 42% y 38%, respectivamente. Además, en general, se observó una tendencia al incremento en los meses de abril (37,9%) y septiembre (40,2%), siendo en definitiva mucho más alta en el último trimestre del año respecto del primero(2).

Durante 30 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha mencionado que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%(3). Sin embargo, varios factores han contribuido al aumento global de las tasas de cesáreas, tales como mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, menor riesgo de complicaciones postoperatorias a corto plazo, factores demográficos y nutricionales, y la percepción de la seguridad del procedimiento por parte de las pacientes; tanto en países desarrollados como en no desarrollados(4).

Los estudios llevados a cabo por la OMS demostraron que, a medida que las tasas de cesárea aumentan hasta un 10%, ajustando por factores socioeconómicos, se reduce la mortalidad materna y neonatal de forma proporcional(5). Sin embargo, a medida que las cifras aumentan por encima del 10% hasta el 30%, no se llega a observar ningún efecto sobre mortalidad(6).

Como cualquier otra cirugía, la cesárea se relaciona con riesgos de morbilidad y mortalidad materna, ya que eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario posterior, con ello mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y en consecuencia mayor riesgo de muerte materna, además, de los riesgos quirúrgicos y anestésicos intrínsecos del procedimiento médico(7). Asimismo, se ha comprobado que la disminución de la tasa de cesáreas no ha reducido la morbimortalidad perinatal, ni ha disminuido los problemas neurológicos infantiles, como la parálisis cerebral y las convulsiones(8).

Sin embargo, cuando la cesárea está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal(9). Por lo tanto, la OMS recomienda que debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten, en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada (cesárea pertinente y segura)(10).

En ese sentido, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud de EsSalud se encuentra elaborando la Directiva de Indicación de Cesárea, la cual tiene como objetivo “Establecer las disposiciones relacionadas con los procesos y procedimientos respectivos a la indicación de la intervención cesárea en el Seguro Social de Salud-ESSALUD”, este documento contiene directivas que necesitan de un sustento científico apropiado para su implementación. Es por ello que este reporte de evidencia tiene como objetivo realizar recomendaciones con la mejor evidencia científica disponible para realizar un parto por cesárea de forma pertinente y segura, con la finalidad de brindar evidencias sobre la indicación de cesárea para el soporte de la directiva.

2. OBJETIVOS

a. GENERAL

- i. Contar con recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible para el manejo pertinente y seguro de las cesáreas.

b. ESPECÍFICOS

- i. Contar con recomendaciones específicas de cesáreas electivas.
- ii. Contar con recomendaciones de cuidado de la mujer y recién nacido relacionado con la intervención cesárea.
- iii. Contar con recomendaciones sobre los aspectos quirúrgicos y postquirúrgicos de las cesáreas.

3. METODOLOGÍA

Para contar con recomendaciones basadas en evidencia se ha optado por buscar guías de práctica clínica de calidad, que para la elaboración de sus recomendaciones se hayan basado en la evidencia científica y el análisis crítico de la misma.

- **Cesárea**

Pregunta PICO:

- Población: Gestantes que tienen indicación de cesárea, gestantes con condiciones críticas que requieran cesárea y gestantes con consideraciones particulares para cesárea.
- Intervención: Cesárea (electiva y de emergencia)
- Comparación: Parto vaginal
- Resultado:
 - o Maternas: Mortalidad, morbilidad (dolor post quirúrgico, infección de herida operatoria, endometritis, histerectomía, etc.)
 - o Neonatales: Mortalidad, APGAR, morbilidad (neurólogicas, respiratorias, transmisión vertical de enfermedades, etc.)

Estrategia de búsqueda

Se buscaron guías de práctica clínica en PUBMED y TRIPDATABASE con la siguiente estrategia de búsqueda:

- "cesarean section"(Mesh) AND Practice Guideline(ptyp)

También se buscaron guías en las páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), National Guidelines Clearinghouse, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ministerio de Salud de Colombia, Ministerio de Salud del Ecuador, Ministerio de Salud de Chile, la Biblioteca Cochrane, the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Reino Unido (NICE), y en el Ministerio de Salud de Perú.

Criterios de selección:

Las guías halladas fueron revisadas y se seleccionaron de acuerdo a los siguientes criterios:

- Descripción explícita de manejo de cesárea en los siguientes puntos:

- Planeamiento del parto
- Indicaciones para la cesárea
- Trasmisión vertical de Hepatitis B, C y virus herpes
- Cuidado del Recién nacido y la madre en la cesárea
- Cuidado post cesárea
- Aspectos procedimentales de la cesárea
- Población objetivo
 - Gestantes
- Idioma inglés o español.
- Fecha de publicación en los últimos 10 años.

Evaluación de la calidad

La guía seleccionada será evaluada mediante el instrumento AGREE II por dos evaluadores. Se considerará que es una guía de calidad cuando el valor global de la evaluación sea superior a 60% y los puntajes obtenidos en los dominios 1 (alcance y objetivos) y 3 (rigor en la elaboración) sean superiores a 60%.

Evaluación de la aplicabilidad

Se convocará a médicos especialistas en el manejo de esta condición clínica para que evalúen las recomendaciones. La finalidad de la evaluación es conocer la aplicabilidad de las recomendaciones en nuestro contexto, según las tecnologías sanitarias disponibles, los procedimientos que regularmente se realizan y la aceptabilidad por parte de la población.

4. RESULTADOS

En el proceso de la búsqueda de guías de práctica clínica en los organismos recopiladores y organismos elaboradores se evidenció que la información respecto a “Cesárea” era abundante y que involucraban una diversidad de guías y revisiones de guía.

Dentro de las guías revisadas en el proceso de revisión sistemática, la más completa y de mejor calidad y evidencia científica es la publicada por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, realizada en su totalidad por la National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health en su segunda edición del 2011, y financiada completamente por la National Institute for Health and Care Excellence, conocida como la Guía de Cesárea de la NICE 2011(11), llevada a cabo en el Reino Unido. Dicha guía fue elaborada en su primera edición en el 2004, su segunda edición es del 2011 y su tercera y última versión el 2017. La guía contiene desde el cuidado antes del embarazo, indicaciones de la cesárea electiva, factores que modifican la elección de la cesárea, aspectos del procedimiento de la cesárea, cuidado del niño, de la madre post cesárea, recuperación post cesárea y embarazo, hasta el parto con cesárea previa.

Existen, además, otras guías que han realizado adaptaciones de ésta guía, y están publicadas en los buscadores. La guía de National Guideline Alliance (formerly the National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health) realiza a través de la National Guideline Clearinghouse una adaptación de la guía NICE 2011.

La American College of Obstetricians and Gynaecologists de los Estados Unidos de América ha publicado un libro titulado “Guideline for Perinatal Care”. Sin embargo, dicho documento no es

una guía sino un libro, y no cumple los pasos de elaboración de una guía de práctica clínica. En uno de sus capítulos se realiza una redacción de las indicaciones de cesárea, pero no se basan en una revisión sistemática, ni muestran el proceso de búsqueda. No tiene el nivel de evidencia para tomarla en cuenta.

De forma similar, diversas guías, tanto extranjeras, como nacionales, tienen como base fundamental la guía NICE 2011 en su elaboración. De esta forma, la guía titulada “Atención del parto por cesárea” del país de Ecuador, realiza una revisión de la guía NICE 2011 y las adapta a su región. De forma similar, la “Guía perinatal de Chile”, en la cual participan especialistas de todas las áreas para su elaboración, toca el tópico de cesárea de una forma muy reducida, sin el proceso de revisión sistemática, ni preguntas PICO qué responder.

En ese sentido, para el proceso de evaluación de la calidad metodológica con el instrumento AGREE II se seleccionó la guía NICE 2011 actualizada al 2017. Las demás guías fueron desestimadas por no cumplir con los criterios de selección descritos.

Tabla N°1. Guías de práctica clínica seleccionadas. Intervención cesárea.

Nombre	Fecha	País	Población	Intervención	Metodología
Cesarean section. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Comissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. (NICE 2011/2017) (11).	2011/2017	UK	Gestantes	Aborda aspectos referentes al cuidado centrado en la gestante, planificación de la cesárea, factores influyentes de cesárea en el cuidado intraparto, aspectos del procedimiento de cesárea, cuidado del recién nacido, cuidado de la madre post cesárea, recuperación post cesárea, embarazo y parto post cesárea.	A través de revisión sistemática de evidencia clínica y epidemiológica.

Evaluación de la calidad

Se aplicó el instrumento AGREE II para evaluar la calidad de la guía de práctica clínica. Fue realizada por dos evaluadores independientes. Las discordancias mayores a dos puntos fueron discutidas y luego concordadas entre los dos evaluadores. El puntaje global de la guía NICE 2011/2017 fue del 85%. El dominio 1 alcanzó una evaluación de 100%, el dominio 3 alcanzó 100% y el dominio 5 alcanzó el 46% (Tabla N°2).

Tabla N° 2. Evaluación AGREE de la guía de práctica clínica

Dominios	NICE 2011/2017
Dominio 1 - Alcance y Objetivo	100%
Dominio 2 - Participación de los implicados	78%
Dominio 3 - Rigor en la Elaboración	80%
Dominio 4 - Claridad de Presentación	100%
Dominio 5 – Aplicabilidad	46%
Dominio 6 – Independencia editorial	92%
Evaluación global	85%

Evaluación de la aplicabilidad

Las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas fueron evaluadas por dos especialistas en esta intervención y en el manejo de mortalidad materna. La finalidad es conocer la aplicabilidad de las recomendaciones en el contexto de los establecimientos de salud de EsSalud, de acuerdo a las tecnologías sanitarias disponibles y a los procesos de atención clínica existentes actualmente.

Se tomaron las recomendaciones de la guía NICE 2011 y también de la actualización 2017. Se realizaron modificaciones y adaptaciones para terminar en recomendaciones finales aplicables. Dicho proceso puede ser evidenciable en la **Tabla N° 3**.

Tabla N° 3. Proceso de aplicabilidad de las recomendaciones de la guía incluida.

<i>Recomendación original</i>	<i>Observación</i>	<i>Decisión</i>	<i>Recomendación final</i>
<i>Guía NICE 2011-2017</i>			
<p>CUIDADADO CENTRADO EN LA PACIENTE</p> <p>Planeamiento del parto</p> <p>Discuta los riesgos y beneficios de la cesárea en comparación con el parto vaginal con mujeres, teniendo en cuenta sus circunstancias, inquietudes y prioridades y planes para futuros embarazos (incluidos los riesgos de problemas placentarios con múltiples cesárea).</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Discuta los riesgos y beneficios de la cesárea segmentaria (CS) en comparación con el parto vaginal con mujeres, teniendo en cuenta sus circunstancias, inquietudes y prioridades y planes para futuros embarazos (incluidos los riesgos de problemas placentarios con múltiples cesáreas).</p>
<p>No considere sólo un índice de masa corporal (IMC) de más de 50 como una indicación para la cesárea electiva.</p>	<p>En la discusión se planteó que esta recomendación no es determinante. En nuestro medio el IMC más de 50 no es indicación absoluta ni relativa de cesárea. El grupo considera no incluir esta recomendación en la medida que necesitaría una discusión más profunda entre el balance de los riesgos y beneficios, el uso de recursos y valores y preferencias del paciente, que excede la naturaleza del documento.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>
<p>El consentimiento para la cesárea debe solicitarse después de proporcionar a las mujeres embarazadas información basada en</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge</p>	<p>El consentimiento para la cesárea debe solicitarse después de proporcionar a las mujeres embarazadas información basada en</p>

la evidencia y de una manera que respete la dignidad, privacidad, puntos de vista y cultura de la mujer, teniendo en cuenta la situación clínica.

la evidencia y de una manera que respete la dignidad, privacidad, puntos de vista y cultura de la mujer, teniendo en cuenta la situación clínica.

Una mujer embarazada tiene derecho a rechazar la oferta de tratamiento mediante cesárea, incluso cuando el tratamiento claramente beneficie la salud del feto. La negativa al tratamiento debe ser una de las opciones de la mujer.

En la discusión, el grupo validador consideró que esta recomendación no es compatible en el contexto ético-legal de nuestro país. El grupo considera que esta recomendación merecería una discusión más amplia sobre los procedimientos legales de la práctica médica, la autonomía del paciente y los riesgos de la madre y el producto. Consideran que en el contexto del Reino Unido pudieran existir normativas que hicieran que la recomendación pueda ser implementada, sin embargo, en el contexto local merecería un discusión que excede la naturaleza del documento.

No se acoge

Ninguna

Cuando se toma la decisión de realizar una cesárea, se debe consignar todas las condiciones obstétricas y/o fetales que han determinado la decisión y cuál de ellas es la principal.

Se considera pertinente incluir.

Se acoge.

Cuando se toma la decisión de realizar una cesárea, se debe consignar todas las condiciones obstétricas y/o fetales que han determinado la decisión y cuál de ellas es la principal.

EMBARAZO GEMELAR

El grupo considera que esta recomendación puntualiza dos factores fundamentales, que son los embarazos

Se acoge con cambios

En embarazos gemelares no complicados a término en los que la presentación del primer gemelo es cefálica, la morbilidad y la

<p>En embarazos gemelares no complicados a término en los que la presentación del primer gemelo es cefálica, la morbilidad y la mortalidad perinatales aumentan para el segundo gemelo. Sin embargo, el efecto de la cesárea electiva en la mejora del resultado para el segundo gemelo sigue siendo incierto y, por lo tanto, la cesárea no se debe ofrecer de forma rutinaria fuera de un contexto de investigación.</p>	<p>gemelares no complicados y la presentación cefálica del primer gemelo. En ese sentido consideran que esta es una indicación no absoluta de cesárea, es decir relativa, según criterios clínicos de los especialistas en ginecología y obstetricia respecto a la salud materna y fetal. El grupo considera incluir el término “criterio médico” con la intención de puntualizar algunos casos que pudieran tener un beneficio neto teniendo en cuenta los riesgos y beneficios de la intervención cesárea.</p>		<p>mortalidad perinatales aumentan para el segundo gemelo. Sin embargo, el efecto de la cesárea electiva en la mejora del resultado para el segundo gemelo sigue siendo incierto y por lo tanto, la cesárea no se debe ofrecer de forma rutinaria, a excepción de criterio médico para su indicación.</p>
<p>En los embarazos gemelares donde el primer gemelo no es cefálico, el efecto de la cesárea en la mejora del resultado es incierto, pero la práctica actual es ofrecer una cesárea electiva.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>En los embarazos gemelares donde el primer gemelo no es cefálico, el efecto de la cesárea en la mejora del resultado es incierto, sin embargo, la práctica actual es ofrecer una cesárea electiva.</p>
<p>Cesárea en parto pre término</p> <p>El nacimiento prematuro se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad neonatal. Sin embargo, el efecto de la cesárea para mejorar estos resultados sigue siendo incierto y, por lo tanto, la cesárea no se debe ofrecer de forma rutinaria, fuera de un contexto de investigación.</p>	<p>En la discusión, el equipo de IETSI menciona que esta recomendación está siendo abordada en la guía de manejo de parto pre término, la cual se encuentra en desarrollo. Se sugiere que esta recomendación sea abordada en la guía de la condición clínica parto pre término.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>

<p>Cesárea en feto con RCIU</p> <p>El riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal es mayor con los bebés "pequeños para la edad gestacional". Sin embargo, el efecto de la cesárea electiva para mejorar estos resultados sigue siendo incierto y, por lo tanto, la cesárea no se debe ofrecer rutinariamente fuera de un contexto de investigación.</p>	<p>El grupo discute la evidencia de la guía NICE, considerando la incertidumbre del beneficio neto de la cesárea en fetos con RCIU. El grupo considera esta condición clínica una indicación no absoluta de cesárea, debido a que el bienestar fetal del producto pudiera estar comprometido. El grupo sugiere incluir en la recomendación la presencia de pruebas de bienestar fetal patológicas para la indicación de cesárea.</p>	<p>Se acoge con cambios.</p>	<p>El riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal es mayor con los recién nacidos "pequeños para la edad gestacional". Sin embargo, el efecto de la cesárea electiva para mejorar estos resultados sigue siendo incierto. Por lo tanto, se debe ofrecer la cesárea asociada a pruebas de bienestar fetal patológicas en estos casos.</p>
<p>Placenta previa</p> <p>Las mujeres con una placenta que cubra parcial o completamente el orificio cervical interno (placenta previa menor o mayor) deben recibir cesárea.320-</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Las mujeres con una placenta que cubra parcial o completamente el orificio cervical interno (placenta previa menor o mayor) deben recibir cesárea.</p>
<p>Placenta de adherencia mórbida</p> <p>Si la placenta baja se confirma a las 32-34 semanas en mujeres que han tenido una cesárea previa, ofrezca un ultrasonido Doppler de flujo de color como la primera prueba de diagnóstico para la placenta mórbida adherente.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Si la placenta baja se confirma a las 32-34 semanas en mujeres que han tenido una cesárea previa, ofrezca un ultrasonido Doppler de flujo de color como la primera prueba de diagnóstico para la placenta mórbida adherente.</p>
<p>Si el resultado de una ecografía Doppler de flujo de color sugiere una placenta mórbidamente adherente:</p>	<p>En la discusión se plantea la factibilidad de realizar resonancia magnética en esta condición clínica. El grupo considera que la recomendación no es factible en el</p>	<p>No se acoge</p>	<p>Ninguna</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Discuta con la mujer la precisión mejorada de la imagen de resonancia magnética (RMN) además del ultrasonido para ayudar a diagnosticar la placenta mórbidamente adherente y aclarar el grado de invasión. • Explicar qué esperar durante un procedimiento de RMN • Informar a la mujer que la evidencia actual sugiere que la resonancia magnética es segura, pero que hay una falta de evidencia sobre cualquier riesgo a largo plazo para el bebé. • Ofrecer RMN si es aceptable para la mujer. 	<p>contexto local y que podría ser no aceptable por las gestantes, debido a los riesgos para el feto que conlleva la resonancia.</p>		
<p>Discutir las intervenciones disponibles para el parto con mujeres sospechosas de tener placenta mórbida adherente, incluida la prueba cruzada de sangre y cesárea planeada con un especialista en ginecología y obstetricia asesor presente.</p>	<p>El Grupo considera que esta recomendación no es pertinente, ya que todas las pacientes con esta condición clínica son referidas a centros de mayor resolución.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>
<p>Al realizar una cesárea para mujeres sospechosas de tener placenta mórbida adherida, asegúrese de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un ginecoobstetra consultor y un anestesista consultor están presentes • Un pediatra experimentado está presente 	<p>El Grupo considera que esta recomendación es pertinente, sin embargo, todas las pacientes con esta condición clínica son referidas a centros de mayor resolución. En ese sentido se cuenta con todas estas condiciones que menciona la guía NICE, sin embargo, el</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Un hematólogo experimentado está disponible para pedir consejo • Una cama de cuidados críticos está disponible • Suficiente sangre y hemoderivados con prueba cruzada compatible realizada y fácilmente disponibles. 	<p>grupo menciona que la referencia a centros de mayor complejidad resuelve la situación planteada en esta recomendación.</p>		
<p>Cuando se realiza una cesárea en mujeres sospechosas de tener placenta mórbida adherente, el especialista en ginecología y obstetricia a cargo debe decidir qué otros profesionales de la salud necesitan ser consultados o estar presentes.</p>	<p>El Grupo considera que esta recomendación no es pertinente, ya que todas las pacientes con esta condición clínica son referidas a centros de mayor resolución, en donde se cuenta con equipos multidisciplinarios.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>
<p>Todos los hospitales deben tener un protocolo acordado localmente para el manejo de la placenta adherente mórbida que establezca cómo estos cuidados deben ser ofrecidos.</p>	<p>El Grupo considera que esta recomendación no es pertinente, ya que todas las pacientes con esta condición clínica son referidas a centros de mayor resolución.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>
<p>Cesárea por desproporción cefalopélvica en trabajo de parto.</p> <p>La pelvimetría no es útil para predecir el "fracaso en el progreso" del trabajo de parto y no debe utilizarse en la toma de decisiones sobre el modo de nacimiento.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge</p>	<p>La pelvimetría no es útil para predecir el fracaso en el progreso del trabajo de parto y no debe utilizarse en la toma de decisiones sobre el modo de nacimiento.</p>

El tamaño del calzado, la estatura materna y las estimaciones del tamaño fetal (ecografía o examen clínico) no predicen con precisión la desproporción cefalopélvica y no deben usarse para predecir el "fracaso en el progreso" durante el trabajo de parto.

En la discusión se sostiene que esta recomendación se práctica de forma parcial en EsSalud. Sin embargo, el grupo considera que tal como está redactada se encuentra incompleta y poco precisa, dada la alta proporción de indicación de cesárea por esta condición clínica, en el sentido que no expresa las situaciones en las cuales las pruebas de trabajo de parto pudieran indicar una DCP. Más bien, el grupo considera que la recomendación debe indicar que se debe realizar pruebas de trabajo de parto para disminuir la incertidumbre y objetivar el DCP, en ese sentido, el grupo considera incluir las situaciones donde no se podría realizar pruebas de trabajo de parto. Por ello, se sugiere añadir:

La cesárea en un contexto de desproporción cefalopélvica (DCP) se indica luego de una prueba de trabajo de parto, excepto en las siguientes condiciones:

- Peso fetal calculado de 4000 gramos o más.
- Medida del conjugado obstétrico menor de 11 cm.

Se acoge con algunos cambios.

El tamaño del calzado, la estatura materna y las estimaciones del tamaño fetal (ecografía o examen clínico) no predicen con precisión la desproporción cefalopélvica y no deben usarse para predecir el "fracaso en el progreso" durante el trabajo de parto. Por lo tanto, en casos de sospecha de desproporción cefalopélvica se debe ofrecer prueba de trabajo de parto, excepto en las siguientes condiciones:

- Peso fetal calculado de 4000 gramos o más.
- Medida del conjugado obstétrico menor de 11cm.
- Angulo subpúbico menor de 80 grados.

- Angulo subpúbico menor de 80°

TRANSMISIÓN VERTICAL DE INFECCIONES MATERNAS

Hepatitis b

La transmisión de la Hepatitis B de madre a hijo puede reducirse si el bebé recibe inmunoglobulina y vacunación. En estas situaciones, a las mujeres embarazadas con Hepatitis B no se les debe ofrecer una cesárea electiva porque no hay pruebas suficientes de que reduzca la transmisión del virus de madre a hijo.

Se considera pertinente incluir.

Se acoge.

La transmisión de la Hepatitis B de madre a hijo puede reducirse si el recién nacido recibe inmunoglobulina y vacunación. En estas situaciones, a las mujeres embarazadas con Hepatitis B no se le debe ofrecer una cesárea electiva porque no hay evidencias suficientes de que reduzca la transmisión del virus de madre a hijo.

Hepatitis C

A las mujeres que están infectadas con Hepatitis C no se les debe ofrecer una cesárea electiva porque esto no reduce la transmisión del virus de madre a hijo.

Se considera pertinente incluir.

Se acoge.

A las mujeres que están infectadas con Hepatitis C no se les debe ofrecer una cesárea electiva porque esto no reduce la transmisión del virus de madre a hijo.

A las mujeres embarazadas coinfectadas con el virus de la Hepatitis C y el VIH se les debe ofrecer cesárea electiva porque reduce la transmisión del virus de la Hepatitis C y del VIH de madre a hijo.

Se considera pertinente incluir.

Se acoge.

A las mujeres embarazadas coinfectadas con el virus de la Hepatitis C y el VIH se les debe ofrecer cesárea electiva porque reduce la transmisión del virus de la Hepatitis C y del VIH de madre a hijo.

Herpes simple genital primaria y recurrente

Se considera pertinente incluir.

Se acoge.

A las mujeres con infección primaria por el Virus del Herpes Simple genital (VHS) que ocurre en el tercer trimestre del embarazo se

<p>A las mujeres con infección primaria por el Virus del Herpes Simple genital (VHS) que ocurre en el tercer trimestre del embarazo se les debe ofrecer cesárea electiva porque disminuye el riesgo de infección neonatal por VHS.</p>			<p>les debe ofrecer cesárea electiva porque disminuye el riesgo de infección neonatal por VHS.</p>
<p>ASPECTOS DEL PROCEDIMIENTO DE LA CESÁREA</p> <p>Momento de la cesárea</p> <p>El riesgo de morbilidad respiratoria aumenta en los bebés nacidos por cesárea antes del parto, pero este riesgo disminuye significativamente después de las 39 semanas. Por lo tanto, la cesárea electiva no se debe llevar a cabo rutinariamente antes de las 39 semanas.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>El riesgo de morbilidad respiratoria aumenta en los recién nacidos por cesárea antes del parto, pero este riesgo disminuye significativamente después de las 39 semanas. Por lo tanto, la cesárea electiva no se debe llevar a cabo rutinariamente antes de las 39 semanas.</p>
<p>La urgencia de la cesárea debe documentarse utilizando el siguiente esquema estandarizado para ayudar a una comunicación clara entre los profesionales de la salud acerca de la urgencia de una cesárea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amenaza inmediata a la vida de la mujer o el feto • Compromiso materno o fetal que no pone en peligro la vida inmediatamente 	<p>En la discusión, el grupo, considera que esta recomendación se ajusta a la clasificación de urgencia de la NCEPOD. Por ello, el grupo elaborador considerando ser explícitos en esta recomendación sugiere incluir la clasificación de urgencia, y así explicitar las categorías de urgencia para cesárea.</p>	<p>Se acoge con cambios.</p>	<p>La urgencia de la cesárea debe documentarse utilizando el siguiente esquema estandarizado para ayudar a una comunicación clara entre los profesionales de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Categoría 1: Amenaza inmediata a la vida de la mujer o el feto (por ejemplo, bradicardia aguda grave, prolapso de cordón, ruptura uterina, muestreo de sangre fetal pH inferior a 7,2)

- **No hay compromiso materno o fetal, pero se necesita un parto temprano**
- **La cesárea es programada para adaptarse a la mujer o al personal**

- Categoría 2: Compromiso materno o fetal que no pone en peligro la vida inmediatamente (por ejemplo, hemorragia anteparto; falta de progreso en el trabajo de parto con compromiso materno o fetal)
- Categoría 3: No hay compromiso materno o fetal, pero se necesita un parto temprano (por ejemplo, una mujer con cesárea programada que ingresa en preparto con RPM o no progresa, sin compromiso materno o fetal).
- Categoría 4: La cesárea es programada para adaptarse a la mujer o al personal (todas las cesáreas se llevaron a cabo de manera electiva en un horario planificado para adaptarse a la madre y a los médicos).

Intervalo de decisión hasta el parto para cesáreas no electivas

Se considera pertinente incluir.

Se acoge.

Realizar las cesáreas de las categorías 1 y 2 (ver recomendación de la clasificación de urgencia) tan pronto como sea posible después de tomar la decisión, particularmente para la categoría 1.

Realizar las cesáreas de las categorías 1 y 2 (ver recomendación de la clasificación de urgencia) tan pronto como sea posible después de tomar la decisión, particularmente para la categoría 1.

<p>Realice la cesárea con indicación de categoría 2 en la mayoría de las situaciones dentro de los 75 minutos de tomar la decisión.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Realice la cesárea con indicación de categoría 2 en la mayoría de las situaciones dentro de los 75 minutos de tomar la decisión.</p>
<p>Tenga en cuenta la condición de la mujer y del bebé al tomar decisiones sobre la expulsión rápida. Recuerde que la expulsión rápida puede ser perjudicial en ciertas circunstancias.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Tenga en cuenta la condición de la mujer y del recién nacido al tomar decisiones sobre la expulsión rápida. Recuerde que la expulsión rápida puede ser perjudicial en ciertas circunstancias.</p>
<p>Utilice la siguiente decisión de intervalos de parto para medir el rendimiento general de una unidad obstétrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos para las cesáreas de categoría 1. • Tanto 30 como 75 minutos para las cesáreas de categoría 2. <p>Úselos como estándares de auditoría solamente y no para juzgar el desempeño del equipo multidisciplinario para ninguna cesárea individual.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge con cambios</p>	<p>Se sugiere utilizar la siguiente decisión de intervalos de parto para medir el rendimiento general de una unidad obstétrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> •30 minutos para las cesáreas de categoría 1. •Tanto 30 como 75 minutos para las cesáreas de categoría 2. <p>Úselos como estándares de auditoría solamente y no para juzgar el desempeño del equipo multidisciplinario para ninguna cesárea individual.</p>
<p>Pruebas preoperatorias y preparación para cesárea</p> <p>A las mujeres embarazadas se les debe ofrecer una evaluación de la hemoglobina antes del CS para identificar a las que tienen anemia. Aunque la pérdida de sangre de más de 1000 ml</p>	<p>El grupo discute sobre la pertinencia de esta recomendación, teniendo en cuenta que tiene aspectos considerados en la normatividad institucional del Pre operatorio de EsSalud. En ese sentido, el grupo validador decide que, para efecto de respetar y no colisionar con la norma</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>

es infrecuente después de una cesárea (se produce en 4-8% de cesáreas) es una complicación potencialmente grave. vigente, esta recomendación no debería ser incluida.

Las mujeres embarazadas que reciben cesárea por hemorragia anteparto, desprendimiento de placenta, ruptura uterina y placenta previa tienen un mayor riesgo de pérdida de sangre de más de 1000 ml y deben realizar la cesárea en una unidad de maternidad con servicios de banco de sangre en el sitio.

Se considera pertinente incluir.

Se acoge.

Las mujeres embarazadas que reciben cesárea por hemorragia anteparto, desprendimiento de placenta, ruptura uterina y placenta previa tienen un mayor riesgo de pérdida de sangre de más de 1000 ml. En ellas se debe realizar la cesárea en una unidad de maternidad con servicios de banco de sangre en el sitio.

A las mujeres embarazadas que están sanas y que tienen embarazos sin complicaciones no se les deben ofrecer rutinariamente las siguientes pruebas antes de CS:

- **Agrupamiento y almacenamiento de suero**
- **Prueba cruzada de sangre**
- **Un test de coagulación**
- **Ultrasonido preoperatorio para la localización de la placenta, porque esto no mejora los resultados de morbilidad de CS (como pérdida de sangre de más de 1000 ml, lesión del bebé y lesión del cordón u otras estructuras adyacentes).**

El grupo discute sobre la pertinencia de esta recomendación, teniendo en cuenta que tiene aspectos que se contienen en la normatividad institucional del Pre operatorio de EsSalud. En ese sentido, el grupo validador decide que, para efecto de respetar y no colisionar con la norma vigente, esta recomendación no debería ser incluida.

No se acoge.

Ninguna.

<p>Las mujeres con cesárea con anestesia regional requieren un catéter urinario permanente para evitar la distensión excesiva de la vejiga porque el bloqueo anestésico interfiere con la función normal de la vejiga.</p>	<p>Se considera pertinente incluir, con modificaciones. El grupo consideró importante especificar el carácter temporal del catéter urinario (sonda)</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Las mujeres con cesárea y anestesia regional requieren un catéter urinario antes del inicio de la intervención. El retiro del catéter urinario se da al terminar la cesárea, salvo que la condición clínica de la paciente requiera medir la diuresis de manera sistemática.</p>
<p>Anestesia de la cesárea. A las mujeres embarazadas a quienes se les va a practicar una cesárea se les debe dar información sobre los diferentes tipos de analgesia post cesárea para que se pueda ofrecer la analgesia más adecuada a sus necesidades (ver recomendación 104).</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>A las mujeres embarazadas a quienes se les va a practicar una cesárea se les debe dar información sobre los diferentes tipos de analgesia post cesárea para que se pueda ofrecer la analgesia más adecuada a sus necesidades.</p>
<p>A las mujeres a quienes se les va a practicar una cesárea se les debe ofrecer anestesia regional porque es más seguro y da como resultado una menor morbilidad materna y neonatal que la anestesia general. Esto incluye a las mujeres que tienen un diagnóstico de placenta previa.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>A las mujeres a quienes se les va a practicar una cesárea se les debe ofrecer anestesia regional porque es más seguro y da como resultado una menor morbilidad materna y neonatal en comparación con la anestesia general. Esto incluye a las mujeres que tienen un diagnóstico de placenta previa.</p>
<p>Se debe ofrecer efedrina o fenilefrina por vía intravenosa a las mujeres que están recibiendo un cesárea bajo anestesia regional, y precarga de volumen con cristaloides o coloides para reducir el riesgo de hipotensión durante la cesárea.</p>	<p>Se considera pertinente incluir esta recomendación en el Reporte de Evidencia. Sin embargo, efedrina y fenilefrina no se encuentran en petitorio de EsSalud y tampoco se encuentra disponible a nivel nacional. La evidencia</p>	<p>Se acoge con cambios.</p>	<p>Se debe ofrecer etilefrina por vía intravenosa a las mujeres que están recibiendo un cesárea bajo anestesia regional, y precarga de volumen con cristaloides o coloides para reducir el riesgo de hipotensión durante la cesárea.</p>

reporta que éstas drogas son equivalentes a la Etililefrina: dos estudios reportan que la etilefrina es igualmente efectivas que la efedrina(12) y la fenilefrina(13) para la profilaxis de la hipotensión durante la cesárea. Además, su uso es seguro para el feto durante la cesárea(14). Por ello, y por contar con Etililefrina en el petitorio de EsSalud, se decide reemplazar las drogas efedrina y fenilefrina por etilefrina.

<p>Cada unidad de maternidad debe tener una cánula de traqueotomía para la intubación fallida durante la anestesia obstétrica.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Cada unidad de maternidad debe tener una cánula de traqueotomía para la intubación fallida durante la anestesia obstétrica.</p>
<p>Para reducir el riesgo de neumonitis por aspiración, se debe ofrecer a las mujeres antiácidos y medicamentos (como antagonistas de los receptores H2 o inhibidores de la bomba de protones) para reducir los volúmenes gástricos y la acidez antes de la cesárea.</p>	<p>Se considera pertinente incluir esta recomendación en el Reporte de Evidencia. Del petitorio de EsSalud, el antagonista de los receptores H2 incluido es la Ranitidina, y el inhibidor de la bomba de protones incluido es el Omeprazol. El grupo sugiere incluirlos en la recomendación.</p>	<p>Se acoge con cambios.</p>	<p>Para reducir el riesgo de neumonía por aspiración, se debe ofrecer a las mujeres antiácidos y medicamentos (como Ranitidina u Omeprazol) para reducir los volúmenes gástricos y la acidez antes de la cesárea.</p>
<p>A las mujeres a quienes se les practica una cesárea se les deben ofrecer antieméticos (ya sea farmacológicos o de acupresión) para reducir las náuseas y los vómitos durante la cesárea.</p>	<p>Se considera pertinente incluir esta recomendación en el Reporte de Evidencia. La evidencia reporta que, si bien cualquier antiemético es mejor que placebo para reducir náuseas y vómitos, el</p>	<p>Se acoge con cambios.</p>	<p>A las mujeres a quienes se les practica una cesárea se sugiere ofrecer metoclopramida para reducir las náuseas y los vómitos durante la cesárea.</p>

Ondansetrón tiene cierta superioridad de eficacia en comparación con Metoclopramida. Sin embargo, el costo del primero es muy superior al segundo y las ventajas comparativas en eficacia no justifican el sobre costo. Por lo tanto, la guía NICE 2011(11) recomienda la Metoclopramida durante la cesárea. Además, el uso del Ondansetrón se encuentra restringido para la especialidad de Oncología y Hematología en el petitorio de Essalud. Por ello, el grupo sugiere incluir el fármaco metoclopramida en la recomendación.

La anestesia general para la cesárea no planificada debe incluir pre oxigenación, presión cricoidea e inducción con secuencia rápida para reducir el riesgo de aspiración.

Se considera pertinente incluir.

Se acoge.

La anestesia general para la cesárea no planificada debe incluir pre-oxigenación, presión cricoidea e inducción con secuencia rápida para reducir el riesgo de aspiración.

La efedrina o la fenilefrina intravenosas deben usarse en el tratamiento de la hipotensión durante la cesárea.

Se considera pertinente incluir esta recomendación en el Reporte de Evidencia. Sin embargo, la efedrina y fenilefrina no se encuentran en petitorio de EsSalud; dos estudios han demostrado la equivalencia de la etilefrina con la efedrina(12) y la fenilefrina(13) para el tratamiento de la hipotensión durante la cesárea. Además, su uso es seguro para el

Se acoge con cambios

La etilefrina intravenosa debe usarse en el tratamiento de la hipotensión durante la cesárea.

	feto durante la cesárea(14). Por ello, y por contar con Etilefrina en el petitorio de EsSalud, se sugiere sustituir ambas drogas por la etilefrina que es con lo que se cuenta actualmente en el petitorio institucional.			
La mesa de operaciones para la cesárea debe tener una inclinación lateral de 15°, porque esto reduce la hipotensión materna.	Se considera pertinente incluir.	Se acoge.	La mesa de operaciones para la cesárea debe tener una inclinación lateral de 15°, porque esto reduce la hipotensión materna.	
Técnicas quirúrgicas para cesárea. Métodos para prevenir la transmisión del VIH en el personal. Los profesionales de la salud deben usar doble guante cuando realicen o colaboren con una cesárea en mujeres que dieron positivo en la prueba del VIH, para reducir el riesgo de infección por VIH de los profesionales de la salud durante la cirugía.	Se considera pertinente incluir.	Se acoge.	Los profesionales de la salud deben usar doble guante cuando realicen o colaboren con una cesárea en mujeres que dieron positivo en la prueba del VIH, para reducir el riesgo de infección por VIH de los profesionales de la salud durante la cirugía.	
Durante la cesárea deben seguirse las recomendaciones generales para la práctica quirúrgica segura para reducir el riesgo de infección por VIH del personal de salud.	Se considera pertinente incluir.	Se acoge.	Durante la cesárea deben seguirse las recomendaciones generales para la práctica quirúrgica segura para reducir el riesgo de infección por VIH del personal de salud.	
Incisión de la pared abdominal La cesárea debe realizarse con una incisión abdominal transversa porque esto se asocia con menos dolor postoperatorio y un mejor	Se considera pertinente incluir.	Se acoge.	La cesárea debe realizarse con una incisión abdominal transversa porque esto se asocia con menos dolor postoperatorio y un mejor	

efecto cosmético en comparación con una incisión en la línea media.

efecto cosmético en comparación con una incisión en la línea media.

La incisión transversal de elección debe ser la incisión de Joel Cohen (una incisión de piel recta, 3 cm por encima de la sínfisis del pubis, las capas de tejido posteriores se abren limpiamente y, si es necesario, se extienden con tijeras y no con bisturí), porque se asocia con tiempos más cortos de operación y reducción de la morbilidad febril postoperatoria.

Grupo elaborador considera que esta recomendación aporta nueva evidencia, sin embargo, los profesionales utilizan en general la técnica tradicional de Pfannestiel, descrita en 1900. No obstante, la evidencia reporta que la técnica de Joel-Cohen, descrita en 1977 reduce en un 65% la morbilidad febril postoperatoria(15, 16), el requerimiento de analgesia, el tiempo operatorio, el tiempo de parto, la dosis total de analgesia en las primeras 24 horas(17), la pérdida total de sangre y la estancia hospitalaria de la madre(18). Por lo tanto, la revisión Cochrane 2013(19) remarca que la incisión de Joel-Cohen tiene la ventaja de reducir la fiebre, el dolor, requerimiento de analgésicos, pérdida sanguínea, duración de la cirugía y estancia hospitalaria, lo que implicaría en ahorro para los sistemas hospitalarios. No obstante, el grupo considera que la experiencia institucional con la técnica descrita es escasa y que la implementación de esta recomendación debería ser gradual en la medida de la

Se acoge con cambios

Se sugiere que la incisión transversal de elección deba ser la incisión de Joel Cohen (una incisión de piel recta, 3 cm por encima de la sínfisis del pubis, las capas de tejido posteriores se abren limpiamente y, si es necesario, se extienden con tijeras y no con bisturí), porque se asocia con tiempos más cortos de operación y reducción de la morbilidad febril postoperatoria. Se sugiere ofrecer la técnica Pfannestiel teniendo en cuenta los riesgos y beneficios de la técnica; y las habilidades y experiencia del especialista en ginecología y obstetricia en el uso de la técnica Joel Cohen.

capacitación de los especialistas en ginecología y obstetricia y la experiencia de los centros en la realización de esta técnica.

Debido a la evidencia y a las barreras de implementación descritas se sugiere incluir la recomendación para incentivar a los profesionales a incluir ésta técnica en las cesáreas e incluir la técnica tradicional utilizada conociendo las ventajas comparativas entre las técnicas.

<p>No se recomienda el uso de diferentes bisturís para las incisiones en la piel y los tejidos más profundos en cesáreas porque no disminuye la infección de la herida.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>No se recomienda el uso de diferentes bisturís para las incisiones en la piel y los tejidos más profundos en cesáreas, porque no disminuye la infección de la herida.</p>
<p>Cuando hay un segmento uterino inferior bien formado, se debe utilizar una extensión en roma en lugar de una incisión afilada debido a que reduce la pérdida de sangre, la incidencia de hemorragia postparto y la necesidad de transfusión durante la cesárea.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Cuando hay un segmento uterino inferior bien formado, se debe utilizar una extensión en roma en lugar de una incisión afilada debido a que reduce la pérdida de sangre, la incidencia de hemorragia postparto y la necesidad de transfusión durante la cesárea.</p>
<p>Las mujeres que tienen una cesárea deben ser informadas que el riesgo de laceraciones fetales es de alrededor del 2%.</p>	<p>Se considera pertinente incluir esta recomendación en el Reporte de Evidencia. Y se debe agregar esta frase en el consentimiento informado.</p>	<p>Se acoge con cambios.</p>	<p>Las mujeres que tienen una cesárea deben ser informadas en el consentimiento informado que el riesgo de laceraciones fetales es aproximadamente del 2%.</p>

<p>Los fórceps solo deben usarse en cesárea si hay dificultad para liberar la cabeza del bebé. El efecto sobre la morbilidad neonatal del uso rutinario de fórceps en cesárea sigue siendo incierto.</p>	<p>Grupo elaborador considera que en la actualidad en el contexto local el uso del fórceps está en desuso. Además, la evidencia reporta que el fórceps no mejora los resultados fetales ni maternos comparados con la presión del fondo uterino(20). Debido a dichas razones, el grupo validador decide no incluir al fórceps dentro de las recomendaciones para extracción de la cabeza del feto durante la cesárea, pues considera podría incrementar la incertidumbre en su uso, con potenciales daños al producto.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna.</p>
<p>Se debe usar oxitocina 5 UI por inyección intravenosa lenta durante la cesárea para estimular la contracción del útero y disminuir la pérdida de sangre.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Se debe usar oxitocina 5 UI por inyección intravenosa lenta durante la cesárea para estimular la contracción del útero y disminuir la pérdida de sangre.</p>
<p>Durante la cesárea, la placenta se debe extraer usando tracción controlada del cordón umbilical y no extracción manual ya que esto reduce el riesgo de endometritis.</p>	<p>Se considera pertinente incluir y agregar la palabra alumbramiento. Además, se define el procedimiento tracción controlada del cordón umbilical según la revisión sistemática de Cochrane(21).</p>	<p>Se acoge con cambios.</p>	<p>Durante la cesárea, en el alumbramiento, la placenta se debe extraer usando tracción controlada del cordón umbilical (procedimiento que consiste en pinzar el cordón del recién nacido y tirar de él mientras se aplica presión en dirección contraria para ayudar a la salida de la placenta del útero) y no extracción manual ya que esto reduce el riesgo de endometritis.</p>

<p>Se debe realizar la reparación intraperitoneal del útero durante la cesárea. No se recomienda la exteriorización del útero porque está asociado con más dolor y no mejora los resultados quirúrgicos, como la hemorragia y la infección.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Se debe realizar la reparación intraperitoneal del útero durante la cesárea. No se recomienda la exteriorización del útero porque está asociado con más dolor y no mejora los resultados quirúrgicos, como la hemorragia y la infección.</p>
<p>La efectividad y seguridad del cierre en un solo plano de la incisión uterina es incierta. Excepto en un contexto de investigación, la incisión uterina debe suturarse en dos planos.</p>	<p>Se considera pertinente incluir. Asimismo, el grupo validador considera agregar: con sutura continua con cromado o ácido poliglicólico.</p>	<p>Se acoge con cambios.</p>	<p>La efectividad y seguridad del cierre en un solo plano de la incisión uterina es incierta. Excepto en un contexto de investigación, la incisión uterina debe suturarse en dos planos, con sutura continua con cromado o ácido poliglicólico.</p>
<p>No se debe suturar ni el peritoneo visceral ni el parietal durante la cesárea porque esto reduce el tiempo de operación y la necesidad de analgesia postoperatoria, y mejora la satisfacción materna.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>No se debe suturar ni el peritoneo visceral ni el parietal durante la cesárea, porque esto reduce el tiempo de operación y la necesidad de analgesia postoperatoria, y mejora la satisfacción materna.</p>
<p>En las raras circunstancias en que se utiliza una incisión abdominal en la línea media durante la cesárea, se debe utilizar el cierre masivo con suturas continuas de reabsorción lenta porque esto da como resultado menos hernias incisionales y menos dehiscencia que el cierre en planos separados.</p>	<p>Recomendación no cuenta con consenso. Grupo validador considera que esta recomendación pudiera causar incertidumbre respecto al uso de incisiones de línea media, con las respectivo incremento del riesgo que conlleva.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>

<p>El cierre rutinario del espacio del tejido subcutáneo no debe utilizarse, a menos que la mujer tenga más de 2 cm de grasa subcutánea, ya que no reduce la incidencia de infección de la herida.</p>	<p>Recomendación difiere el de la directiva de cesárea, ya que éste considera 5cm o más como punto de corte. Grupo elaborador decide aceptar la recomendación debido a que el estudio en el que se basa es un meta-análisis de dos ensayos clínicos que demuestran la protección de la herida con cierre por encima de 2cm de grosor del TCSC.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>El cierre rutinario del espacio del tejido subcutáneo no debe utilizarse, a menos que la mujer tenga más de 2 cm de tejido subcutáneo, ya que no reduce la incidencia de infección de la herida.</p>
<p>Los drenajes superficiales de heridas no deben usarse en las cesáreas porque no disminuyen la incidencia de infección de la herida o hematoma de la herida.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Los drenajes superficiales de heridas no deben usarse en las cesáreas porque no disminuyen la incidencia de infección de la herida o hematoma de la herida.</p>
<p>Los especialistas en ginecología y obstetricia deben ser conscientes de que los efectos de los diferentes materiales de sutura o los métodos de cierre de la piel en cesárea aún se desconocen.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Los especialistas en ginecología y obstetricia deben ser conscientes, que los efectos de los diferentes materiales de sutura o los métodos de cierre de la piel en cesárea aún se desconocen.</p>
<p>El pH de la arteria umbilical se debe realizar después de todas las cesáreas por sospecha de compromiso fetal, para revisar el bienestar fetal y guiar la atención del recién nacido.</p>	<p>Se considera pertinente incluir y rephrasear.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>La medición del pH de la arteria umbilical se debe realizar después de todas las cesáreas por sospecha de compromiso fetal, para revisar el bienestar fetal y guiar la atención del recién nacido.</p>
<p>Ofrezca a las mujeres antibióticos profilácticos durante la cesárea, antes de incisión en la piel. Infórmeles que esto reduce el riesgo de</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Ofrezca a las mujeres antibióticos profilácticos antes de la incisión de la piel en la cesárea. Infórmeles que esto reduce el riesgo de infección materna más que los</p>

infección materna más que los antibióticos profilácticos administrados después de la incisión cutánea, y que no se ha demostrado ningún efecto sobre el bebé.

antibióticos profilácticos administrados después de la incisión cutánea, y que no se ha demostrado ningún efecto sobre el recién nacido.

Ofrezca a las mujeres antibióticos profilácticos durante la cesárea para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias. Elija antibióticos efectivos contra la endometritis, las infecciones del tracto urinario y de la herida, que ocurren en aproximadamente el 8% de las mujeres que han tenido una cesárea.

El grupo elaborador decide incluir en éste punto las recomendaciones puntuales de la administración de antibióticos, que han sido aprobados por IETSI con Resolución N°53 – IETSI – ESSALUD – 2017 “Guía de práctica clínica de profilaxis antibiótica en procedimientos quirúrgicos”

Se acoge con cambios.

Ofrezca a las mujeres antibióticos profilácticos durante la cesárea para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias. Elija antibióticos efectivos contra la endometritis, las infecciones del tracto urinario y de la herida, que ocurren en aproximadamente el 8% de las mujeres que han tenido una cesárea. Se recomienda las siguientes pautas (Guía de práctica clínica de profilaxis antibiótica en procedimientos quirúrgicos, Resolución N° 53-IETSI-ESSALUD-2017):

- En el caso de cesáreas, la profilaxis antibiótica se debe dar antes de la incisión dérmica para reducir complicaciones infecciosas maternas.
- El procedimiento consiste en la administración de dos (02) gramos de Cefazolina endovenosa en dosis única.
- En caso de alergia a las cefalosporinas o penicilina los antibióticos a utilizar serían Clindamicina más un aminoglucósido
- Para procedimientos quirúrgicos, la profilaxis antibiótica endovenosa se debe administrar dentro de los 60 minutos

			<p>previos a la incisión dérmica, y lo más cerca posible al momento de la incisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la cesárea urgente categoría 1 la administración es inmediata.
No use amoxicilina con ácido clavulánico cuando administre antibióticos antes de la incisión en la piel.	Se considera pertinente incluir.	Se acoge.	No use amoxicilina más ácido clavulánico cuando administre antibióticos antes de la incisión en la piel.
A las mujeres que tienen una cesárea se les debe ofrecer profilaxis antitrombótica porque tienen un mayor riesgo de trombo embolismo venoso. La elección del método de profilaxis (por ejemplo, medias graduadas, hidratación, movilización temprana, heparina de bajo peso molecular) debe tener en cuenta el riesgo de enfermedad tromboembólica y sigue las pautas existentes.	Se considera pertinente incluir.	Se acoge.	A todas las mujeres en las que se realiza la intervención cesárea, se debe de considerar medidas para evitar el tromboembolismo venoso, mediante el uso de medias graduadas y movilización temprana. La administración de anticoagulantes depende del riesgo de cada paciente.
Las preferencias de las mujeres para el nacimiento, como la música que se reproduce en el teatro, bajar la pantalla para ver al bebé nacido o el silencio para que la voz de la madre sea la primera que escuche el bebé, deben acomodarse siempre que sea posible.	El Grupo discutió sobre la factibilidad de esta recomendación e informan que los quirófanos no se encuentran adecuados a estas características y sugieren no considerar esta recomendación por no ser factible a nuestra realidad local.	No se acoge.	Ninguna.
CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO POR CESÁREA	Se considera pertinente incluir y rephrasear.	Se acoge.	Un pediatra debidamente capacitado en la reanimación del recién nacido debe estar presente durante la cesárea realizada bajo anestesia general o cuando haya evidencia de compromiso fetal.
Presencia de pediatra durante la cesárea			
Un profesional debidamente capacitado y capacitado en la reanimación del recién nacido			

debe estar presente durante la cesárea realizada bajo anestesia general o cuando haya evidencia de compromiso fetal.

<p>Cuidado térmico para bebés nacidos por cesárea</p> <p>Los bebés nacidos por cesárea tienen más probabilidades de tener una temperatura más baja, y el cuidado térmico debe estar de acuerdo con las buenas prácticas para el cuidado térmico del recién nacido.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Los recién nacidos por cesárea tienen más probabilidades de tener una temperatura más baja, y el cuidado térmico debe estar de acuerdo con las buenas prácticas para el cuidado térmico del recién nacido.</p>
<p>Contacto materno (piel con piel)</p> <p>El contacto temprano piel con piel entre la mujer y su bebé debería ser fomentado y facilitado porque mejora las percepciones maternas del bebé, las habilidades maternas, el comportamiento materno y los resultados de la lactancia materna, y reduce el llanto infantil.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>El contacto temprano piel con piel entre la mujer y el recién nacido debería ser fomentado y facilitado porque mejora las percepciones maternas del recién nacido, las habilidades maternas, el comportamiento materno y los resultados de la lactancia materna, y reduce el llanto infantil.</p>
<p>Lactancia</p> <p>Las mujeres que han tenido una cesárea deben recibir apoyo adicional para ayudarlas a comenzar la lactancia tan pronto como sea posible después del nacimiento de su bebé. Esto se debe a que las mujeres que tuvieron una cesárea tienen menos probabilidades de comenzar a amamantar en las primeras horas</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Las mujeres que han tenido una cesárea deben recibir apoyo adicional para ayudarlas a comenzar la lactancia tan pronto como sea posible después del nacimiento del recién nacido. Esto se debe a que las mujeres que tuvieron una cesárea tienen menos probabilidades de comenzar a amamantar en las primeras horas después del nacimiento, pero, cuando se establece la lactancia, es más</p>

<p>después del nacimiento, pero, cuando se establece la lactancia, es más probable que continúen como las mujeres que tienen un parto vaginal.</p>		<p>probable que continúen como las mujeres que tienen un parto vaginal.</p>
<p>CUIDADO DE LA MUJER LUEGO DE LA CESÁREA</p> <p>Admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos</p> <p>Los profesionales de la salud que atienden a mujeres después de la cesárea deben ser conscientes de que, aunque es raro que las mujeres necesiten cuidados intensivos después del parto, esto ocurre con mayor frecuencia después de la cesárea (aproximadamente 9 por cada 1000).</p>	<p>Se considera pertinente incluir y retirar la aproximación cuantitativa por no ser una estadística local.</p>	<p>Se acoge con cambios.</p> <p>Los profesionales de la salud que atienden a mujeres después de la cesárea deben ser conscientes que, aunque es raro que las mujeres necesiten cuidados intensivos después del parto, esto ocurre con mayor frecuencia después de la cesárea.</p>
<p>Monitoreo de rutina después de la cesárea</p> <p>Después de la cesárea, las mujeres deben ser observadas individualmente por un miembro del personal capacitado de manera apropiada hasta que hayan recuperado el control de las vías respiratorias, la estabilidad cardiorrespiratoria y puedan comunicarse.</p>	<p>Se considera pertinente incluir, y enlistar el personal capacitado según la guía NICE: anestesiólogo, enfermera u obstetra.</p>	<p>Se acoge.</p> <p>Después de la cesárea, las mujeres deben ser observadas individualmente por un profesional de la salud (anestesiólogo, enfermera u obstetra) capacitado de manera apropiada hasta que hayan recuperado el control de las vías respiratorias, la estabilidad cardiorrespiratoria y puedan comunicarse.</p>
<p>Después de la recuperación de la anestesia, las observaciones (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, dolor y sedación) deben continuarse cada media hora durante 2 horas, y cada hora a partir de</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p> <p>Después de la recuperación de la anestesia, las observaciones (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, dolor y sedación) deben continuarse cada media hora durante 2 horas, y cada hora a partir de entonces siempre que las observaciones sean</p>

entonces siempre que las observaciones sean estables o satisfactorias. Si estas observaciones son no estables, se recomiendan observaciones más frecuentes y revisión médica.

estables o satisfactorias. Si estas observaciones son no estables, se recomiendan observaciones más frecuentes y revisión médica.

<p>Para las mujeres que han tenido colocación de opiáceos intratecales, debe haber una observación horaria mínima de la frecuencia respiratoria, la sedación y las puntuaciones de dolor durante al menos 12 horas para la diamorfina y 24 horas para la morfina.</p>	<p>El grupo validador considera que esta recomendación debe ser valorada en conjunto con médicos anestesiólogos, por tanto, se decide no incluirla en este reporte. Además, la diamorfina no se encuentra en el petitorio de Essalud.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>
<p>Para las mujeres que han tenido opioides epidurales o analgesia controlada por el paciente con opiáceos, debe haber un control horario de rutina de la frecuencia respiratoria, la sedación y los puntajes de dolor durante todo el tratamiento y durante al menos 2 horas después de la interrupción del tratamiento.</p>	<p>El grupo validador considera que esta recomendación debe ser valorada en conjunto con médicos anestesiólogos, por tanto se decide no incluirla en este reporte.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>
<p>Manejo del dolor después de la cesárea A las mujeres se les debe ofrecer diamorfina (0.3-0.4mg por vía intratecal) para la analgesia intra y postoperatoria porque reduce la necesidad de analgesia suplementaria después de una cesárea. La diamorfina epidural (2.5-5mg) es una alternativa adecuada.</p>	<p>El grupo validador considera que esta recomendación debe ser valorada en conjunto con médicos anestesiólogos, por tanto se decide no incluirla en este reporte.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>

<p>La analgesia controlada por el paciente con analgésicos opioides debe ofrecerse después de la cesárea, ya que mejora el alivio del dolor.</p>	<p>El grupo validador considera que esta recomendación debe ser valorada en conjunto con médicos anestesiólogos, por tanto se decide no incluirla en este reporte.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>
<p>Siempre que no haya contraindicación, se deben ofrecer medicamentos antiinflamatorios no esteroideos después de la cesárea como complemento de otros analgésicos, ya que reducen la necesidad de opiáceos.</p>	<p>El grupo validador considera que esta recomendación debe ser valorada en conjunto con médicos anestesiólogos, por tanto se decide no incluirla en este reporte.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna</p>
<p>Comida y bebida temprana luego de cesárea</p> <p>Las mujeres que se recuperan bien después de la cesárea y que no tienen complicaciones pueden comer y beber cuando tienen hambre o sed.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Las mujeres que se recuperan bien después de la cesárea y que no tienen complicaciones, pueden comer y beber cuando tienen hambre o sed.</p>
<p>Retirada del catéter urinario después de cesárea</p> <p>La extracción del catéter de la vejiga urinaria debe realizarse una vez que la mujer tenga movilidad después de un anestésico regional y no antes de las 12 horas después de la última dosis epidural de "complemento".</p>	<p>Recomendación sigue parcialmente los lineamientos de la directiva de cesárea, ya que la práctica habitual es retirar inmediatamente el catéter después de la cesárea. Se plantea valorar en conjunción con anestesiólogos, en ese sentido es preferible no incluir esta recomendación.</p>	<p>No se acoge</p>	<p>Ninguna</p>

<p>Fisioterapia respiratoria después de la cesárea</p> <p>La fisioterapia respiratoria de rutina no necesita ser ofrecida a las mujeres después de una cesárea bajo anestesia general, ya que no mejora los resultados respiratorios como la tos, la flema, la temperatura corporal, la palpación del tórax y los cambios en la auscultación.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>La fisioterapia respiratoria de rutina no necesita ser ofrecida a las mujeres después de una cesárea bajo anestesia general, ya que no mejora los resultados respiratorios como la tos, la flema, la temperatura corporal, la palpación del tórax y los cambios en la auscultación.</p>
<p>Duración de la hospitalización y readmisión en el hospital</p> <p>La duración de la estadía en el hospital probablemente sea más prolongada luego de una cesárea (promedio de 3-4 días) que después de un parto vaginal (promedio 1-2 días). Sin embargo, las mujeres que se recuperan bien, afebriles y no tienen complicaciones después de una cesárea se le debe ofrecer el alta temprana (después de 24 horas) del hospital y el seguimiento en el hogar, porque esto no está asociado con más readmisiones infantiles o maternas.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>La duración de la estadía en el hospital probablemente sea más prolongada luego de una cesárea (promedio de 3-4 días) que después de un parto vaginal (promedio 1-2 días). Sin embargo, las mujeres que se recuperan bien, afebriles y no tienen complicaciones después de una cesárea se le debe ofrecer el alta temprana (después de 24 horas) del hospital y el seguimiento en el hogar, porque esto no está asociado con más readmisiones neonatales o maternas.</p>
<p>RECUPERACIÓN POST CESÁREA</p> <p>Además de la atención posnatal general, las mujeres que han tenido una cesárea deben recibir:</p>	<p>Se considera pertinente incluir esta recomendación en el Reporte de Evidencia.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Además de la atención postnatal general, las mujeres que han tenido una cesárea deben recibir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención específica relacionada con la recuperación después de una cesárea

- Atención específica relacionada con la recuperación después de una cesárea
- Cuidado relacionado con el manejo de otras complicaciones durante el embarazo o el parto.

- Cuidado relacionado con el manejo de otras complicaciones durante el embarazo o el parto.

Las mujeres que tienen una cesárea deben ser recetadas y alentadas a tomar analgesia regular para el dolor postoperatorio, utilizando:

- Para el dolor severo, co-codamol (codeína con paracetamol) con ibuprofeno añadido.
- Para el dolor moderado, co-codamol
- Para el dolor leve, paracetamol.

Se considera pertinente incluir. El co-codamol es un medicamento que contiene codeína 30mg asociado a paracetamol 500mg. El sustento para el uso de ésta asociación se basa en la guía Postnatal Care: Evidence and Guidelines for Management, 2002. Sin embargo, la literatura reporta el uso frecuente de la asociación oral de un opioide con paracetamol(22), asociado o no a un anti inflamatorio no esteroideo(23) para el control del dolor post cesárea; con reportes de efectos adversos tanto maternos(24) como fetales(25). Es por ello que en los últimos estudios se desaconseja el uso conjunto de opioides con paracetamol(26) para evitar el uso innecesario del opioide y evitar excederse en la dosis recomendada del paracetamol(27).

Con respecto a la codeína, su uso se ha dado como tradición institucional en los hospitales del primer mundo. Sin

Se acoge con modificaciones.

Las mujeres que tienen una cesárea se les debe indicar el uso de analgesia para el dolor postoperatorio, utilizando los fármacos disponibles en el petitorio institucional. De acuerdo a la severidad del dolor se sugiere utilizar:

- Ketorolaco 60 mg c/8 horas
- Paracetamol 250-500 mg c/6 horas, dosis máxima 4 g
- Tramadol 50 mg c/6 horas en las primeras 24 horas, no debe mantenerse al iniciar la lactancia.

embargo, en los últimos años se han reportado reacciones adversas en los lactantes de madres que usan codeína, por lo que la tendencia actual es a disminuir su uso(28) y sustituir por otros opioides, tales como Oxycodona, Hidrocodona o Tramadol(27).

En cuanto al Tramadol, éste ha demostrado ser una droga efectiva y bien tolerada para el control del dolor post operatorio(29). En estudios de cesárea se recomienda su uso asociado a otras drogas no opoides para el control del dolor(30).

Asimismo, en el petitorio institucional se cuenta con tramadol y paracetamol, en ese sentido la recomendación es factible de usar. Además, la evidencia es sólida respecto a la eficacia de los fármacos disponibles en el petitorio institucional.

En base a la evidencia expuesta y la factibilidad de las recomendaciones, el grupo elaborador recomienda mencionar los fármacos más utilizados en el manejo del dolor post cesárea.

<p>El cuidado de heridas de la cesárea debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar el vendaje 24 horas después de la cesárea • Monitoreo específico para la fiebre • Evaluar la herida en busca de signos de infección (como aumento del dolor, enrojecimiento o secreción), separación o dehiscencia • Alentar a la mujer a usar ropa suelta y cómoda y ropa interior de algodón • Limpiar y secar suavemente la herida diariamente • Si es necesario, planifique la eliminación de suturas o clips. 	<p>Se considera pertinente incluir esta recomendación en el Reporte de Evidencia.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>El cuidado de la herida operatoria de la cesárea debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar el vendaje 24 horas después de la cesárea • Monitoreo específico para la fiebre • Evaluar la herida en busca de signos de infección (como aumento del dolor, enrojecimiento o secreción), separación o dehiscencia • Alentar a la mujer a usar ropa suelta y cómoda y ropa interior de algodón • Limpiar y secar suavemente la herida diariamente • Si es necesario, planifique la eliminación de suturas o clips.
<p>Los profesionales de la salud que atienden a mujeres que han tenido una cesárea y que tienen síntomas urinarios deben considerar el posible diagnóstico de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección del tracto urinario • Incontinencia de esfuerzo (se produce en aproximadamente el 4% de las mujeres después de cesárea) • Lesión del tracto urinario (se produce en aproximadamente 1 por 1000 cesáreas). 	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Los profesionales de la salud que atienden a mujeres que han tenido una cesárea y que tienen síntomas urinarios deben considerar el posible diagnóstico de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección del tracto urinario • Incontinencia de esfuerzo (se produce en aproximadamente el 4% de las mujeres después de cesárea). • Lesión del tracto urinario (se produce en aproximadamente 1 por 1000 cesáreas).

<p>Los profesionales de la salud que atienden a mujeres que han tenido una cesárea y que tienen sangrado vaginal abundante o irregular deben considerar que es más probable que esto se deba a la que los productos retenidos de la concepción.</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Los profesionales de la salud que atienden a mujeres que han tenido una cesárea y que tienen sangrado vaginal abundante o irregular deben considerar que es más probable que esto se deba a endometritis que por productos retenidos de la concepción.</p>
<p>Las mujeres con cesárea tienen un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica (trombosis venosa profunda y embolia pulmonar), por lo que los profesionales de la salud deben prestar especial atención a las mujeres que tienen síntomas torácicos (como tos o dificultad para respirar) o síntomas en las piernas (como edema doloroso de las pantorrillas).</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Las mujeres con cesárea tienen un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica (trombosis venosa profunda y embolia pulmonar), por lo que los profesionales de la salud deben prestar especial atención a las mujeres que tienen síntomas torácicos (como tos o dificultad para respirar) o síntomas en las piernas (como edema doloroso de las pantorrillas).</p>
<p>Las mujeres que han tenido una cesárea deben reanudar sus actividades como conducir un vehículo, llevar objetos pesados, hacer ejercicio formal y tener relaciones sexuales una vez que se hayan recuperado por completo de la cesárea (incluyendo cualquier restricción física o restricción debido al dolor).</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Las mujeres que han tenido una cesárea deben reanudar sus actividades como conducir un vehículo, llevar objetos pesados, hacer ejercicio formal y tener relaciones sexuales una vez que se hayan recuperado por completo de la cesárea (incluyendo cualquier restricción física o restricción debido al dolor).</p>
<p>Los profesionales de la salud que atienden a mujeres que han tenido una cesárea deben informar a las mujeres que después de una cesárea no están en mayor riesgo de dificultades con la lactancia materna,</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Los profesionales de la salud que atienden a mujeres que han tenido una cesárea deben informar a las mujeres que después de una cesárea no están en mayor riesgo de dificultades con la lactancia materna, depresión, síntomas de estrés postraumático, dispareunia e incontinencia fecal.</p>

depresión, síntomas de estrés postraumático, dispareunia e incontinencia fecal.			
Mientras que las mujeres estén en el hospital luego de una cesárea, deles la oportunidad para discutir con el profesional de la salud las razones de la cesárea y provean tanto información verbal y escrita acerca de las opciones de parto para futuros embarazos. Si la mujer prefiere, proveer esta información en los días posteriores.	Se considera pertinente incluir.	Se acoge.	Mientras que las mujeres estén en el hospital luego de una cesárea, deles la oportunidad para discutir con el profesional de la salud las razones de la cesárea y provean tanto información verbal y escrita acerca de las opciones de parto para futuros embarazos. Si la mujer prefiere, proveer esta información en los días posteriores.
EMBARAZO Y PARTO LUEGO DE LA CESÁREA	Se considera pertinente incluir.	Se acoge.	Al asesorar sobre la modalidad de parto después de una cesárea anterior, considere:
<p>Al asesorar sobre el modo de nacimiento después de una cesárea anterior, considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preferencias y prioridades maternas • Los riesgos y beneficios de repetir una cesárea. • Los riesgos y beneficios del parto vaginal planificado después de la cesárea, incluido el riesgo de cesárea no planificada. 			<ul style="list-style-type: none"> • Preferencias y prioridades maternas • Los riesgos y beneficios de repetir una cesárea • Los riesgos y beneficios del parto vaginal planificado después de la cesárea, incluido el riesgo de cesárea no planificada.
Informe a las mujeres que han tenido cuatro cesáreas o más que el riesgo de fiebre, lesiones de la vejiga y lesiones quirúrgicas no varía con el modo de parto planificado y que el riesgo de ruptura uterina, aunque es más alto para el parto vaginal planificado, es raro.	Se considera pertinente incluir.	Se acoge.	Informe a las mujeres que han tenido cuatro cesáreas o más que el riesgo de fiebre, lesiones de la vejiga y lesiones quirúrgicas no varía con el modo de parto planificado y que el riesgo de ruptura uterina, aunque es más alto para el parto vaginal planificado, es raro.

<p>Ofrezca a las mujeres que planean un parto vaginal que hayan tenido una cesárea previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo fetal electrónico durante el parto • Cuidado durante el trabajo de parto en una unidad donde hay acceso a cesárea y servicios de transfusión de sangre en el sitio. 	<p>Se considera pertinente incluir esta recomendación en el Reporte de Evidencia. El Grupo validador menciona que estos procedimientos son rutinarios y que se encuentran en la normativa para el abordaje de esta situación clínica.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Ofrezca a las mujeres que planean un parto vaginal que hayan tenido una cesárea previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo fetal electrónico durante el parto. • Cuidado durante el trabajo de parto en una unidad donde haya acceso a cesárea y servicios de transfusión de sangre en el sitio.
<p>Durante la inducción del trabajo de parto, las mujeres que han tenido una cesárea previa deben ser monitoreadas de cerca, con acceso a monitoreo fetal electrónico y con acceso inmediato a cesárea, ya que tienen un mayor riesgo de ruptura uterina.</p>	<p>El grupo considera que no existe consenso respecto a esta recomendación. El grupo validador discute sobre el balance entre los riesgos y beneficios de la inducción de parto en cesareadas anteriores, y consideran que los riesgos sobrepasan los beneficios respecto a su uso, refiriendo que la ruptura uterina pone en riesgo a la madre y al producto. En ese sentido, el grupo validador considera no incluir esta recomendación y plantea se pueda discutir ampliamente en otro documento que permita exponer con mayor extensión los criterios para el uso de la inducción del trabajo de parto.</p>	<p>No se acoge.</p>	<p>Ninguna.</p>
<p>Se debe informar a las mujeres embarazadas con cesárea anterior y con un parto vaginal anterior de que tienen una mayor probabilidad de lograr un parto vaginal que las mujeres que</p>	<p>Se considera pertinente incluir.</p>	<p>Se acoge.</p>	<p>Se debe informar a las mujeres embarazadas con cesárea anterior y con un parto vaginal anterior de que tienen una mayor probabilidad de lograr un parto vaginal que</p>

tuvieron una cesárea previa pero sin parto vaginal previo.

las mujeres que tuvieron una cesárea previa pero sin parto vaginal previo.

5. RECOMENDACIONES

Cuidado centrado en el paciente

Planeamiento del parto

1. Discuta los riesgos y beneficios de la cesárea segmentaria (CS) en comparación con el parto vaginal con mujeres, teniendo en cuenta sus circunstancias, inquietudes y prioridades y planes para futuros embarazos (incluidos los riesgos de problemas placentarios con múltiples cesáreas).
2. El consentimiento para la cesárea debe solicitarse después de proporcionar a las mujeres embarazadas información basada en la evidencia y de una manera que respete la dignidad, privacidad, puntos de vista y cultura de la mujer, teniendo en cuenta la situación clínica.
3. Cuando se toma la decisión de realizar una cesarea, se debe consignar todas las condiciones obstétricas y/o fetales que han determinado la decisión y cuál de ellas es la principal.

Indicaciones para la cesárea

Gestación múltiple

4. En embarazos gemelares no complicados a término en los que la presentación del primer gemelo es cefálica, la morbilidad y la mortalidad perinatales aumentan para el segundo gemelo. Sin embargo, el efecto de la cesárea electiva en la mejora del resultado para el segundo gemelo sigue siendo incierto y, por lo tanto, la cesárea no se debe ofrecer de forma rutinaria, a excepción de criterio médico para su indicación.
5. En los embarazos gemelares donde el primer gemelo no es cefálico, el efecto de la cesárea en la mejora del resultado es incierto, sin embargo, la práctica actual es ofrecer una cesárea electiva.

Cesárea en feto RCIU

6. El riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal es mayor con los recién nacidos "pequeños para la edad gestacional". Sin embargo, el efecto de la cesárea electiva para mejorar estos resultados sigue siendo incierto. Por lo tanto, se debe ofrecer la cesárea asociada a pruebas de bienestar fetal patológicas en estos casos.

Placenta previa

7. Las mujeres con una placenta que cubra parcial o completamente el orificio cervical interno (placenta previa menor o mayor) deben recibir cesárea.

Placenta adherente mórbida

8. Si la placenta baja se confirma a las 32-34 semanas en mujeres que han tenido una cesárea previa, ofrezca un ultrasonido Doppler de flujo de color como la primera prueba de diagnóstico para la placenta mórbida adherente.

Diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica

9. La pelvimetría no es útil para predecir el fracaso en el progreso del trabajo de parto y no debe utilizarse en la toma de decisiones sobre el modo de nacimiento.
10. El tamaño del calzado, la estatura materna y las estimaciones del tamaño fetal (por ecografía o examen clínico) no predicen con precisión la desproporción cefalopélvica y no deben usarse para predecir el "fracaso en el progreso" durante el trabajo de parto. Por lo tanto, en casos de sospecha de desproporción cefalopélvica se debe ofrecer prueba de trabajo de parto, excepto en las siguientes condiciones:
 - Peso fetal calculado de 4000 gramos o más.
 - Medida del conjugado obstétrico menor de 11cm.
 - Angulo subpúbico menor de 80 grados.

Infección por virus de la hepatitis B

11. La transmisión de la Hepatitis B de madre a hijo puede reducirse si el recién nacido recibe inmunoglobulina y vacunación. En estas situaciones, a las mujeres embarazadas con Hepatitis B no se les debe ofrecer una cesárea electiva porque no hay evidencias suficientes de que reduzca la transmisión del virus de madre a hijo.

Infección por virus de la Hepatitis C

12. A las mujeres que están infectadas con Hepatitis C no se les debe ofrecer una cesárea electiva porque esto no reduce la transmisión del virus de madre a hijo.
13. A las mujeres embarazadas coinfectadas con el virus de la Hepatitis C y el VIH se les debe ofrecer cesárea electiva porque reduce la transmisión del virus de la Hepatitis C y del VIH de madre a hijo.

Infección por el virus del herpes simple

14. A las mujeres con infección primaria por el Virus del Herpes Simple genital (VHS) que ocurre en el tercer trimestre del embarazo se les debe ofrecer cesárea electiva porque disminuye el riesgo de infección neonatal por VHS.

Aspectos sobre los procedimientos de la cesárea

Momento de la cesárea electiva

15. El riesgo de morbilidad respiratoria aumenta en los recién nacidos por cesárea antes del parto, pero este riesgo disminuye significativamente después de las 39 semanas. Por lo tanto, la cesárea electiva no se debe llevar a cabo rutinariamente antes de las 39 semanas.

Clasificación de urgencia

16. La urgencia de la cesárea debe documentarse utilizando el siguiente esquema estandarizado para ayudar a una comunicación clara entre los profesionales de la salud:
 - Categoría 1: Amenaza inmediata a la vida de la mujer o el feto (por ejemplo, bradicardia aguda grave, prolapso de cordón, ruptura uterina, muestreo de sangre fetal pH inferior a 7,2)

- Categoría 2: Compromiso materno o fetal que no pone en peligro la vida inmediatamente (por ejemplo, hemorragia anteparto; falta de progreso en el trabajo de parto con compromiso materno o fetal)
- Categoría 3: No hay compromiso materno o fetal, pero se necesita un parto temprano (por ejemplo, una mujer con cesárea programada que ingresa en preparto con RPM o no progresa, sin compromiso materno o fetal).
- Categoría 4: La cesárea es programada para adaptarse a la mujer o al personal (todas las cesáreas se llevaron a cabo de manera electiva en un horario planificado para adaptarse a la madre y a los médicos).

Intervalo de decisión hasta parto para cesáreas no electivas

17. Realizar las cesáreas de las categorías 1 y 2 (ver recomendación 16) tan pronto como sea posible después de tomar la decisión, particularmente para la categoría 1.
18. Realice la cesárea con indicación de categoría 2 en la mayoría de las situaciones dentro de los 75 minutos de tomar la decisión.
19. Tenga en cuenta la condición de la mujer y del recién nacido al tomar decisiones sobre la expulsión rápida. Recuerde que la expulsión rápida puede ser perjudicial en ciertas circunstancias.
20. Se sugiere utilizar la siguiente decisión de intervalos de parto para medir el rendimiento general de una unidad obstétrica:
 - 30 minutos para las cesáreas de categoría 1.
 - Tanto 30 como 75 minutos para las cesáreas de categoría 2.

Úselos como estándares de auditoría solamente y no para juzgar el desempeño del equipo multidisciplinario para ninguna cesárea individual.

Pruebas preoperatorias y preparación para cesárea

21. Las mujeres embarazadas que reciben cesárea por hemorragia anteparto, desprendimiento de placenta, ruptura uterina y placenta previa tienen un mayor riesgo de pérdida de sangre de más de 1000 ml. En ellas se debe realizar la cesárea en una unidad de maternidad con servicios de banco de sangre en el sitio.
22. Las mujeres con cesárea y anestesia regional requieren un catéter urinario antes del inicio de la intervención. El retiro del catéter urinario se da al terminar la cesárea, salvo que la condición clínica de la paciente requiera medir la diuresis de manera sistemática.

Anestesia para la cesárea

23. A las mujeres embarazadas a quienes se les va a practicar una cesárea se les debe dar información sobre los diferentes tipos de analgesia post cesárea para que se pueda ofrecer la analgesia más adecuada a sus necesidades.
24. A las mujeres a quienes se les va a practicar una cesárea se les debe ofrecer anestesia regional porque es más seguro y da como resultado una menor morbilidad materna y neonatal en comparación con la anestesia general. Esto incluye a las mujeres que tienen un diagnóstico de placenta previa.
25. Se debe ofrecer etilefrina por vía intravenosa a las mujeres que están recibiendo una cesárea bajo anestesia regional, y precarga de volumen con cristaloides o coloides para reducir el riesgo de hipotensión durante la cesárea.

26. Cada unidad de maternidad debe tener una cánula de traqueotomía para la intubación fallida durante la anestesia obstétrica.
27. Para reducir el riesgo de neumonía por aspiración, se debe ofrecer a las mujeres antiácidos y medicamentos (como Ranitidina u Omeprazol) para reducir los volúmenes gástricos y la acidez antes de la cesárea.
28. A las mujeres a quienes se les practica una cesárea se sugiere ofrecer metoclopramida para reducir las náuseas y los vómitos durante la cesárea.
29. La anestesia general para la cesárea no planificada debe incluir pre-oxigenación, presión cricoidea e inducción con secuencia rápida para reducir el riesgo de aspiración.
30. La etilefrina intravenosa debe usarse en el tratamiento de la hipotensión durante la cesárea.
31. La mesa de operaciones para la cesárea debe tener una inclinación lateral de 15°, porque esto reduce la hipotensión materna.

Técnicas quirúrgicas de la cesárea

Métodos para prevenir la transmisión del VIH en el personal

32. Los profesionales de la salud deben usar doble guante cuando realicen o colaboren con una cesárea en mujeres que dieron positivo en la prueba del VIH, para reducir el riesgo de infección por VIH de los profesionales de la salud durante la cirugía.
33. Durante la cesárea deben seguirse las recomendaciones generales para la práctica quirúrgica segura para reducir el riesgo de infección por VIH del personal de salud.

Incisión de la pared abdominal

34. La cesárea debe realizarse con una incisión abdominal transversa porque esto se asocia con menos dolor postoperatorio y un mejor efecto cosmético en comparación con una incisión en la línea media.
35. Se sugiere que la incisión transversal de elección deba ser la incisión de Joel Cohen (una incisión de piel recta, 3 cm por encima de la sínfisis del pubis, las capas de tejido posteriores se abren limpiamente y, si es necesario, se extienden con tijeras y no con bisturí), porque se asocia con tiempos más cortos de operación y reducción de la morbilidad febril postoperatoria. Se sugiere ofrecer la técnica Pfannestiel teniendo en cuenta los riesgos y beneficios de la técnica; y las habilidades y experiencia del especialista en ginecología y obstetricia en el uso de la técnica Joel Cohen.

Instrumentos para la incisión en piel

36. No se recomienda el uso de diferentes bisturís para incisiones en la piel y los tejidos más profundos en cesáreas, porque no disminuye la infección de la herida operatoria.

Extensión de la incisión del útero

37. Cuando hay un segmento uterino inferior bien formado, se debe utilizar una extensión en roma en lugar de una incisión afilada debido a que reduce la pérdida de sangre, la incidencia de hemorragia postparto y la necesidad de transfusión durante la cesárea.

Laceración fetal

38. Las mujeres que tienen una cesárea deben ser informadas en el consentimiento informado que el riesgo de laceraciones fetales es aproximadamente del 2%.

Uso de uterotónicos

39. Se debe usar oxitocina 5 UI por inyección intravenosa lenta durante la cesárea para estimular la contracción del útero y disminuir la pérdida de sangre.

Método de remoción de la placenta

40. Durante la cesárea, en el alumbramiento la placenta se debe extraer usando tracción controlada del cordón umbilical (procedimiento que consiste en pinzar el cordón del recién nacido y tirar de él mientras se aplica presión en dirección contraria para ayudar a la salida de la placenta del útero) y no extracción manual ya que esto reduce el riesgo de endometritis.

Exteriorización del útero

41. Se debe realizar la reparación intraperitoneal del útero durante la cesárea. No se recomienda la exteriorización del útero porque está asociado con más dolor y no mejora los resultados quirúrgicos, como la hemorragia y la infección.

Cierre del útero

42. La efectividad y seguridad del cierre en un solo plano de la incisión uterina es incierta. Excepto en un contexto de investigación, la incisión uterina debe suturarse en dos planos, con sutura continua con cromado o ácido poliglicólico.

Cierre del peritoneo

43. No se debe suturar ni el peritoneo visceral ni el parietal durante la cesárea, porque esto reduce el tiempo de operación y la necesidad de analgesia postoperatoria, y mejora la satisfacción materna.

Cierre del tejido subcutáneo

44. El cierre rutinario del espacio del tejido subcutáneo no debe utilizarse, a menos que la mujer tenga más de 2 cm de tejido subcutáneo, ya que no reduce la incidencia de infección de la herida.

Uso de drenaje superficial de herida

45. Los drenajes superficiales de heridas no deben usarse en las cesáreas, porque no disminuyen la incidencia de infección de la herida o hematoma de la herida.

Cierre de la piel

46. Los especialistas en ginecología y obstetricia deben ser conscientes, que los efectos de los diferentes materiales de sutura o los métodos de cierre de la piel en cesárea aún se desconocen.

Medición del pH de la arteria umbilical

47. La medición del pH de la arteria umbilical se debe realizar después de todas las cesáreas por sospecha de compromiso fetal, para revisar el bienestar fetal y guiar la atención del recién nacido.

Momento de la administración del antibiótico

48. Ofrezca a las mujeres antibióticos profilácticos antes de la incisión de la piel en la cesárea. Infórmeles que esto reduce el riesgo de infección materna más que los antibióticos profilácticos administrados después de la incisión cutánea, y que no se ha demostrado ningún efecto sobre el recién nacido.
49. Ofrezca a las mujeres antibióticos profilácticos en la cesárea para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias. Elija antibióticos efectivos contra la endometritis, las infecciones del tracto urinario y de la herida, que ocurren en aproximadamente el 8% de las mujeres que han tenido una cesárea. Se recomienda las siguientes pautas (Guía de práctica clínica de profilaxis antibiótica en procedimientos quirúrgicos, Resolución N° 53-IETSI-ESSALUD-2017):
- En el caso de cesáreas, la profilaxis antibiótica se debe dar antes de la incisión dérmica para reducir complicaciones infecciosas maternas.
 - El procedimiento consiste en la administración de dos (02) gramos de Cefazolina endovenosa en dosis única.
 - En caso de alergia a las cefalosporinas o penicilina los antibióticos a utilizar serían Clindamicina más un aminoglucósido
 - Para procedimientos quirúrgicos, la profilaxis antibiótica endovenosa se debe administrar dentro de los 60 minutos previos a la incisión dérmica, y lo más cerca posible al momento de la incisión.
 - En la cesárea urgente categoría 1 la administración es inmediata.
50. No use amoxicilina más ácido clavulánico cuando administre antibióticos antes de la incisión en la piel.

Profilaxis antitrombótica

51. A todas las mujeres en las que se realiza la intervención cesárea, se debe de considerar medidas para evitar el tromboembolismo venoso, mediante el uso de medias graduadas y movilización temprana. La administración de anticoagulantes depende del riesgo de cada paciente.

Cuidado del recién nacido por cesárea

Presencia de pediatra durante la cesárea

52. Un pediatra debidamente capacitado en la reanimación del recién nacido debe estar presente durante la cesárea realizada bajo anestesia general o cuando haya evidencia de compromiso fetal.

Cuidado térmico para recién nacidos por cesárea

53. Los recién nacidos por cesárea tienen más probabilidades de tener una temperatura más baja, y el cuidado térmico debe estar de acuerdo con las buenas prácticas para el cuidado térmico del recién nacido.

Contacto materno (piel con piel)

54. El contacto temprano piel con piel entre la mujer y el recién nacido debería ser fomentado y facilitado porque mejora las percepciones maternas del recién nacido, las

habilidades maternas, el comportamiento materno y los resultados de la lactancia materna, y reduce el llanto infantil.

Lactancia

55. Las mujeres que han tenido una cesárea deben recibir apoyo adicional para ayudarlas a comenzar la lactancia tan pronto como sea posible después del nacimiento del recién nacido. Esto se debe a que las mujeres que tuvieron una cesárea tienen menos probabilidades de comenzar a amamantar en las primeras horas después del nacimiento, pero, cuando se establece la lactancia, es más probable que continúen como las mujeres que tienen un parto vaginal.

Cuidado de la mujer luego de la cesárea

Admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos

56. Los profesionales de la salud que atienden a mujeres después de la cesárea deben ser conscientes que, aunque es raro que las mujeres necesiten cuidados intensivos después del parto, esto ocurre con mayor frecuencia después de la cesárea.

Monitoreo de rutina después de la cesárea

57. Después de la cesárea, las mujeres deben ser observadas individualmente por un profesional de la salud (anestesiólogo, enfermera u obstetra) capacitado de manera apropiada hasta que hayan recuperado el control de las vías respiratorias, la estabilidad cardiorespiratoria y puedan comunicarse.
58. Después de la recuperación de la anestesia, las observaciones (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, dolor y sedación) deben continuarse cada media hora durante 2 horas, y cada hora a partir de entonces siempre que las observaciones sean estables o satisfactorias. Si estas observaciones son no estables, se recomiendan observaciones más frecuentes y revisión médica.

Comida y bebida temprana luego de cesárea

59. Las mujeres que se recuperan bien después de la cesárea y que no tienen complicaciones, pueden comer y beber cuando tienen hambre o sed.

Fisioterapia respiratoria después de la cesárea

60. La fisioterapia respiratoria de rutina no necesita ser ofrecida a las mujeres después de una cesárea bajo anestesia general, ya que no mejora los resultados respiratorios como la tos, la flema, la temperatura corporal, la palpación del tórax y los cambios en la auscultación.

Duración de la hospitalización y readmisión en el hospital

61. La duración de la estadía en el hospital probablemente sea más prolongada luego de una cesárea (promedio de 3-4 días) que después de un parto vaginal (promedio 1-2 días). Sin embargo, las mujeres que se recuperan bien, afebriles y no tienen complicaciones después de una cesárea se le debe ofrecer el alta temprana (después de 24 horas) del hospital y el seguimiento en el hogar, porque esto no está asociado con más readmisiones neonatales o maternas.

Recuperación post cesárea

62. Además de la atención postnatal general, las mujeres que han tenido una cesárea deben recibir:
 - Atención específica relacionada con la recuperación después de una cesárea
 - Cuidado relacionado con el manejo de otras complicaciones durante el embarazo o el parto.
63. Las mujeres que tienen una cesárea se les debe indicar el uso de analgesia para el dolor postoperatorio, utilizando los fármacos disponibles en el petitorio institucional. De acuerdo a la severidad del dolor se sugiere utilizar:
 - Ketorolaco 60 mg c/8 horas
 - Paracetamol 250-500 mg c/6 horas, dosis máxima 4 g
 - Tramadol 50 mg c/6 horas en las primeras 24 horas, no debe mantenerse al iniciar la lactancia.
64. El cuidado de la herida operatoria de la cesárea debe incluir:
 - Retirar el vendaje 24 horas después de la cesárea
 - Monitoreo específico para la fiebre
 - Evaluar la herida en busca de signos de infección (como aumento del dolor, enrojecimiento o secreción), separación o dehiscencia
 - Alentar a la mujer a usar ropa suelta y cómoda y ropa interior de algodón
 - Limpiar y secar suavemente la herida diariamente
 - Si es necesario, planifique la eliminación de suturas o clips.
65. Los profesionales de la salud que atienden a mujeres que han tenido una cesárea y que tienen síntomas urinarios deben considerar el posible diagnóstico de:
 - Infección del tracto urinario
 - Incontinencia de esfuerzo (se produce en aproximadamente el 4% de las mujeres después de cesárea)
 - Lesión del tracto urinario (se produce en aproximadamente 1 por 1000 cesáreas).
66. Los profesionales de la salud que atienden a mujeres que han tenido una cesárea y que tienen sangrado vaginal abundante o irregular deben considerar que es más probable que esto se deba a endometritis que por productos retenidos de la concepción.
67. Las mujeres con cesárea tienen un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica (trombosis venosa profunda y embolia pulmonar), por lo que los profesionales de la salud deben prestar especial atención a las mujeres que tienen síntomas torácicos (como tos o dificultad para respirar) o síntomas en las piernas (como edema doloroso de las pantorrillas).
68. Las mujeres que han tenido una cesárea deben reanudar sus actividades como conducir un vehículo, llevar objetos pesados, hacer ejercicio formal y tener relaciones sexuales una vez que se hayan recuperado por completo de la cesárea (incluyendo cualquier restricción física o restricción debido al dolor).
69. Los profesionales de la salud que atienden a mujeres que han tenido una cesárea deben informar a las mujeres que después de una cesárea no están en mayor riesgo de dificultades con la lactancia materna, depresión, síntomas de estrés postraumático, dispareunia e incontinencia fecal.
70. Mientras que las mujeres estén en el hospital luego de una cesárea, deles la oportunidad para discutir con los profesionales de la salud las razones de la cesárea y provean tanto información verbal y escrita acerca de las opciones de parto para futuros embarazos. Si la mujer prefiere, proveer esta información en los días posteriores.

Embarazo y parto luego de la cesárea

71. Al asesorar sobre la modalidad de parto después de una cesárea anterior, considere:
 - Preferencias y prioridades maternas
 - Los riesgos y beneficios de repetir una cesárea
 - Los riesgos y beneficios del parto vaginal planificado después de la cesárea, incluido el riesgo de cesárea no planificada.
72. Informe a las mujeres que han tenido cuatro cesáreas o más que el riesgo de fiebre, lesiones de la vejiga y lesiones quirúrgicas no varía con el modo de parto planificado y que el riesgo de ruptura uterina, aunque es más alto para el parto vaginal planificado, es raro.
73. Ofrezca a las mujeres que planean un parto vaginal que hayan tenido una cesárea previa:
 - Monitoreo fetal electrónico durante el parto
 - Cuidado durante el trabajo de parto en una unidad donde haya acceso a cesárea y servicios de transfusión de sangre en el sitio.
75. Se debe informar a las mujeres embarazadas con cesárea anterior y con un parto vaginal anterior de que tienen una mayor probabilidad de lograr un parto vaginal que las mujeres que tuvieron una cesárea previa, pero sin parto vaginal previo.

6. CONCLUSIONES

- Las cesáreas tienen una alta indicación, y el objetivo del presente reporte de evidencia es realizar recomendaciones para la pertinencia de indicación y seguridad de la cesárea, basada en evidencia.
- La guía Cesárea de la NICE 2011-2017, contiene las recomendaciones de mayor calidad de evidencia, muchas de las cuáles se pueden implementar en el ámbito de EsSalud.
- Se recomienda difundir las recomendaciones descritas para informar a los profesionales de la salud sobre la indicación pertinente y manejo seguro de las gestantes.

Referencias

1. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2010
2. Quispe AM, Santivanez-Pimentel A, Leyton-Valencia I, Pomasunco D. [Caesarean section among seven public hospitals at Lima: trend analysis during 2001-2008 period]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010;27(1):45-50.
3. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
4. Vogel JP, Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health*. 2015;3(5):e260-70.
5. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12:57.
6. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gulmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2016;123(5):745-53.
7. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025.
8. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*. 2010;8:71.
9. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83.
10. OMS, HRP. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud; 2015. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/.
11. National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean section. London, United Kingdom 2011. Available from: <http://www.nice.org.uk/cg132>.
12. Belzarena S. Ephedrine and etilefrine as vasopressor to correct maternal arterial hypotension during elective cesarean section under spinal anesthesia. Comparative study. *Rev Bras Anesthesiol*. 2006;56(3):223-9.
13. Bolaños-Arboleda D, Fonseca-Ruiz J, Socha-García N, García-Peñuelad E, Monsalve-Mejía G. Etilefrine vs. phenylephrine for hypotension during spinal anesthesia for cesarean section: multicenter, randomized, double blind controlled clinical trial. *Rev Colomb Anesthesiol* 2016;44(2):89-96.
14. Rasanen J, Alahuhta S, Kangas-Saarela T, Jouppila R, Jouppila P. The effects of ephedrine and etilefrine on uterine and fetal blood flow and on fetal myocardial function during spinal anaesthesia for caesarean section. *Int J Obstet Anesth*. 1991;1(1):3-8.
15. Mathai M, Ambersheth S, George A. Comparison of two transverse abdominal incisions for cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;78(1):47-9.

16. Franchi M, Ghezzi F, Balestreri D, Beretta P, Maymon E, Miglierina M, et al. A randomized clinical trial of two surgical techniques for cesarean section. *Am J Perinatol.* 1998;15(10):589-94.
17. Abuelghar WM, El-Bishry G, Emam LH. Cesarean deliveries by Pfannenstiel versus Joel-Cohen incision: A randomised controlled trial. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2013;14(4):194-200.
18. Saha SP, Bhattarcharjee N, Das Mahanta S, Naskar A, Bhattacharyya SK. A randomized comparative study on modified Joel-Cohen incision versus Pfannenstiel incision for cesarean section. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2013;14(1):28-34.
19. Mathai M, Hofmeyr GJ, Mathai NE. Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(5):CD004453.
20. Waterfall H, Grivell RM, Dodd JM. Techniques for assisting difficult delivery at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(1):CD004944.
21. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gulmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;1:CD008020.
22. Davis KM, Esposito MA, Meyer BA. Oral analgesia compared with intravenous patient-controlled analgesia for pain after cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(4):967-71.
23. Nauta M, Landsmeer ML, Koren G. Codeine-acetaminophen versus nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of post-abdominal surgery pain: a systematic review of randomized trials. *Am J Surg.* 2009;198(2):256-61.
24. Benyamin R, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, et al. Opioid complications and side effects. *Pain Physician.* 2008;11(2 Suppl):S105-20.
25. Lam J, Kelly L, Cizkowski C, Landsmeer ML, Nauta M, Carleton BC, et al. Central nervous system depression of neonates breastfed by mothers receiving oxycodone for postpartum analgesia. *J Pediatr.* 2012;160(1):33-7 e2.
26. Valentine AR, Carvalho B, Lazo TA, Riley ET. Scheduled acetaminophen with as-needed opioids compared to as-needed acetaminophen plus opioids for post-cesarean pain management. *Int J Obstet Anesth.* 2015;24(3):210-6.
27. Sutton CD, Carvalho B. Optimal Pain Management After Cesarean Delivery. *Anesthesiol Clin.* 2017;35(1):107-24.
28. Madadi P, Moretti M, Djokanovic N, Bozzo P, Nulman I, Ito S, et al. Guidelines for maternal codeine use during breastfeeding. *Can Fam Physician.* 2009;55(11):1077-8.
29. Sammour RN, Ohel G, Cohen M, Gonen R. Oral naproxen versus oral tramadol for analgesia after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(2):144-7.
30. Bloor M, Paech MJ, Kaye R. Tramadol in pregnancy and lactation. *Int J Obstet Anesth.* 2012;21(2):163-7.