

Registro Oficial No. 575 , 28 de Agosto 2015

Normativa: Vigente

Última Reforma: Acuerdo No. 00005283 (Registro Oficial 575, 28-VIII-2015)

ACUERDO No. 00005283
(EXPÍDENSE LOS LINEAMIENTOS PARA LA RACIONALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE CESÁREAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD)

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador manda: "*Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.*

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. "

Que, la citada Constitución, en el artículo 35, ordena que las personas adultas mayor, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbito público y privado;

Que, la Constitución de la República dispone: "*Art. 43.-El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: (...) 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto; (...). "*

Que, la Norma Suprema, en el artículo 361, prescribe que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, quien será responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, el artículo 363 de la Carta Fundamental establece entre las responsabilidades del Estado: "*(...) Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. (...). "*

Que, la Ley Orgánica de Salud dispone: "*Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias. "*

Que, la Ley Ibídem en el artículo 6 establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: "*(...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares; (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud";*

Que, mediante memorando No. MSP-SNGSP-2015-0998 de 10 de julio de 2015, la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud remitió un informe técnico con el que se justifica la necesidad de la elaboración del presente Acuerdo Ministerial; y,

Que, el referido Informe Técnico elaborado por la Dirección Nacional de Normatización sobre "Uso indebido de las cesáreas sin justificación médica en los establecimientos de salud del SNS", señala que "(...) la cesárea; la cual ha pasado de ser una cirugía excepcional solo realizada en casos muy específicos en los que la vida del binomio madre-hijo están en riesgo, a ser una de las opciones de parto más generalizadas, al punto de que la primera opción para el parto es quirúrgica. (...) El incremento de cesáreas se relaciona con una mayor morbilidad y mortalidad materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna, además de los riesgos quirúrgicos y anestésicos.

Según reportes estadísticos, en el Ecuador el porcentaje de cesáreas está sobre el porcentaje requerido; es así que la Organización Mundial de la Salud, menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%; (...) La alta frecuencia de cesáreas, ya se considera un problema de salud pública (...) y parece estar relacionada con: la seguridad que ofrece la operación cesárea que ocasiona, falta de experiencia en los obstetras jóvenes, temor a problemas médico legales y presión de la paciente al médico, valoración inadecuada del riesgo obstétrico, bajo índice de control prenatal, preferencias del médico/a y la mujer embarazada, mala valoración del riesgo materno - fetal, etc. (...)

En el Ecuador, según la encuesta ENDEMAIN del 2004, la tasa general de cesáreas informada es de 25.8%, tasa que se considera relativamente alta

y que comprende un incremento de 9 puntos porcentuales desde el 17% en el período 1989 -1994. (...)

Los partos por cesárea realizados cuando siguen una indicación médica apropiada son procedimientos que pueden salvar vidas. (...)

La cesárea debe ser realizada exclusivamente cuando hay indicación médica por cuanto hay estudios científicos que lo demuestran es así que en la Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre tasas de cesáreas, emitida en este año 2015 (...) La OMS concluye la declaración con las siguientes puntualizaciones: 1. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por riesgos materno - neonatales. 2. A nivel de población, las tasas de cesáreas superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal. 3. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes e incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por riesgos materno neonatales. 4. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada. (...)

Recomendaciones 1.- El parto vaginal representa menos riesgo de morbi-mortalidad materna - neonatal comparado con la cesárea electiva. (...)

Conclusión (...) Las cesáreas exclusivamente deben realizarse bajo estricta necesidad y justificación médica, con el fin de resguardar la seguridad de la madre y el hijo.". (Énfasis añadido).

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DE RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

Acuerda:

Expedir los lineamientos para la racionalización de la práctica de cesáreas en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud

Art. 1.- Los lineamientos que a través del presente Acuerdo Ministerial se expiden, tienen por objeto racionalizar la práctica de las cesáreas en el Ecuador bajo estricta necesidad y justificación médica, con el fin de resguardar la seguridad de la madre y del hijo.

Art. 2.- Las disposiciones de este Acuerdo son de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, especialmente por parte de los profesionales de salud que atiendan partos.

Art. 3.- Para efectos del presente Acuerdo, se considerarán las siguientes definiciones:

a) Cesárea: La operación cesárea es la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica.

b) Cesárea programada: Es una intervención programa que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.

c) Cesárea de urgencia: Es la intervención cuya indicación surge como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.

Art. 4.- Los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud que atienden a mujeres embarazadas, partos y cesáreas, deberán evaluar de manera correcta y exhaustiva a la embarazada para decidir la vía de parto más conveniente para el binomio madre/hijo, cumpliendo con lo establecido en las normas expedidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 5.- En caso de que el médico, luego de evaluar a la gestante, decida que la terminación del embarazo debe realizarse por cesárea, justificará detalladamente la razón de esta decisión, la cual deberá constar plenamente descrita en la historia clínica de la paciente.

Art. 6.- En cada oportunidad en que se tome la decisión de realizar una operación cesárea, el médico tratante deberá:

- Registrar en la historia clínica de la paciente los factores o diagnósticos determinantes para la toma de tal decisión, y cuál de ellos es el más importante.
- Consignar si se trató de un procedimiento de urgencia o programado.
- Informar oportunamente al anestesiólogo y al neonatólogo/pediatra los diagnósticos que motivan la operación cesárea.
- Informar oportunamente a la paciente la decisión de realizar la operación cesárea y sus fundamentos, explicando los riesgos y beneficios asociados al procedimiento, así como sus implicaciones para futuros embarazos y partos.
- Solicitar a la paciente la firma del documento de consentimiento informado.

Todo lo anterior deberá quedar registrado en la historia clínica de la paciente; salvo en el caso de emergencia obstétrica o neonatal.

Art. 7.- Tomando en cuenta que la cesárea justificada puede ser una herramienta obstétrica necesaria para reducir daños a la salud del recién nacido y de la madre, se consideran a las siguientes como indicaciones absolutas para este procedimiento:

1. Situación transversa del feto;

2. Distocia de la presentación pélvica;
3. Antecedente de cirugía uterina;
4. Cardiopatía clase III y IV;
5. Estado fetal inestable;
6. Hidrocefalia fetal;
7. Malformaciones fetales que no permiten parto vaginal;
8. Primer gemelo pélvico;
9. Tumor que obstruya el canal de parto;
10. Cerclaje vía abdominal;
11. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta;
12. Implicaciones para futuros embarazos y natalidad, después de una o más cesáreas;
13. Prueba de trabajo de parto fracasada;
14. Inducción fracasada;
15. Prolapso de cordón umbilical;
16. Sufrimiento fetal agudo con condiciones obstétricas desfavorables para parto vaginal;
17. Infección ovular con malas condiciones obstétricas para parto oportuno (antes de 6 horas);
18. Condilomatosis profusa, (Hepatitis C);
19. Enfermedad o condición materna que desaconseje el trabajo de parto, tal como desprendimiento de retina, entre otras;
20. Antecedente de plastía vaginal;
21. Tumor del canal del parto de tamaño significativo;
22. Embarazo múltiple en los cuales el primer feto no está en presentación cefálica;
23. Embarazo gemelar monoamniótico;
24. Doble cesárea anterior o cicatriz uterina por otra cirugía;
25. Una cesárea anterior más distocia asociada que desaconseje la prueba de trabajo de parto;
26. Placenta previa oclusiva;
27. Placenta Creta;
28. Rotura uterina previa;
29. Riesgo de transmisión vertical (Madres portadoras de VIH, Herpes Genital activo, Condilomatosis profusa, Hepatitis C).

Art. 8.- Existen otras indicaciones de operación cesárea que no son absolutas y deben analizarse de acuerdo al contexto obstétrico-perinatal de cada caso:

1. Pre - eclampsia.
2. Eclampsia.
3. Diabetes gestacional descompensada.
4. Diabetes pre-gestacional descompensada.

5. Corioamnionitis.
6. Malformación fetal.
7. Falta de progreso en el trabajo de parto durante su fase activa (dilatación estacionaria).
8. Oligohidroamnios marcado.
9. Meconio espeso anteparto.
10. Macrosomía fetal.

Art. 9.- No se consideran indicaciones médicas para la cesárea, las siguientes:

1. Cesáreas que se realicen cuando no hay una razón clínica evidente que las justifique.
2. Indicación médica imprecisa, es decir, toda aquella que no está respaldada por un análisis clínico, de laboratorio o imagenología.
3. Indicación médica sin base científica.

Art. 10.- Toda cesárea realizada en los establecimientos de salud públicos y privados será sometida a procesos de auditoria de la calidad por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 11.- En todos los casos, la paciente deberá ser debidamente informada, de manera clara por el profesional de la salud a cargo de la cesárea, previo a la firma del consentimiento informado, el cual se adjuntará a la historia clínica. En caso de que la paciente no esté en condiciones de dar su consentimiento, éste deberá ser otorgado por un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o representante legal, según corresponda, salvo en los casos de emergencia obstétrica o neonatal.

Art. 12.- Se utilizarán los siguientes indicadores para el monitoreo y seguimiento de las cesáreas realizadas:

- 1) Nombre del indicador: porcentaje de pacientes operadas por cesárea que cumplen con los criterios definidos en este documento.

Fundamento: verificación de que las indicaciones de cesárea correspondan a aquellas señaladas en este Acuerdo.

Fuente y método de recolección: revisión de historias clínicas de pacientes operadas por cesárea.

Fórmula: número de pacientes operadas por cesárea que cumplen con los criterios definidos en este documento, en período total de pacientes operadas por cesárea en el período, multiplicado por 100.

Número de cesáreas ajustadas a indicaciones realizadas en el período, sobre el número total de cesáreas realizadas en el período multiplicado por 100.

Porcentaje de cumplimiento de este indicador: debe ser igual o superior al 95%.

- 2) Nombre del indicador: porcentaje de cesáreas realizadas en el establecimiento.

Fundamento: verificación de que el porcentaje de cesáreas realizadas en el establecimiento se mantenga dentro del porcentaje recomendado a nivel mundial para este procedimiento

Fuente y método de recolección: revisión de historias clínicas de pacientes operadas de cesárea.

Fórmula: nacimientos por cesárea como porcentaje del total de nacimientos, amplificado por 100.

Número de nacimientos por cesárea en el periodo sobre el número total de nacimientos en el periodo, multiplicado por 100.

El porcentaje de cumplimiento de este indicador debe estar entre 5% y 15%._

Art. 13.- El director médico o el responsable técnico de todo establecimiento de salud, aplicará una pauta de evaluación mensual a las cesáreas realizadas, utilizando para ello los indicadores señalados previamente y aquellos que sean proporcionados por la Dirección Nacional de Gestión de la Calidad de la Atención.

En el caso de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, el responsable de esta actividad será el Líder de Calidad. Los establecimientos de salud que no pertenezcan al Ministerio de Salud Pública deberán designar un responsable de calidad, quien enviará trimestralmente al Gerente/Director del establecimiento y al Director Nacional de Gestión de Calidad del Ministerio de Salud Pública un informe con el análisis de las cesáreas realizadas, respecto del cumplimiento de los parámetros previstos en los artículos 7 y 8 de este Acuerdo.

Art. 14.- Aquellos establecimientos que hayan realizado cesáreas sin satisfacer los lineamientos establecidos en este Acuerdo, estarán sujetos a un proceso de acompañamiento por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional durante los seis meses siguientes, a fin de garantizar el cumplimiento del presente instrumento.

DISPOSICIONES GENERALES

Primera.- La indicación para la práctica de la operación cesárea deberá ser firmada por un médico especialista en obstetricia y ginecología, y será realizada respetando los criterios establecidos en este Acuerdo.

Segunda.- Ante la posibilidad de la indicación para la práctica de la operación cesárea que no esté contemplada en este Acuerdo y teniendo en consideración la eventualidad de que se presentaren otras situaciones en las cuales pudiera ser necesario practicar este procedimiento, el médico tratante deberá argumentar explícitamente en la historia clínica de la paciente las razones por las cuales realizó la intervención, indicando claramente:

- a. Los motivos de su decisión.
- b. La base científica de la misma.
- c. Los riesgos para la salud de la madre y/o del hijo que implicaba el no realizar la intervención.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de las Direcciones Nacionales de Hospitales y Centros Especializados, a la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud; y, a la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACCESS, tan pronto entre en funcionamiento.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a, 14 días de agosto de 2015

FUENTES DE LA PRESENTE EDICIÓN DEL ACUERDO QUE EXPIDE LOS LINEAMIENTOS PARA LA RACIONALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE CESÁREAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- 1.- Acuerdo No. 00005283 (Registro Oficial 575, 28-VIII-2015).