



PROTOCOLO MÉDICO

Protocolo Clínico - Quirúrgico de Cesárea en la Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico.

Clinical-Surgical Protocol for Cesarean Section in the Obstetric High Risk Technical Unit.

Edison Santiago Huilca Álvarez¹, Karla Geovanna Flores Simbaña².

Recibido: 2023/09/11 Aprobado: 2023/09/29 Publicado: 2023/10/12

FICHA CATALOGRÁFICA

Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Protocolo Clínico - Quirúrgico de Cesárea en la Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico. Protocolo Médico. Código SGC-0F-FL-DDR-001. Versión 1. Quito. Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico HECAM.

CAMBios. 2023, v.22 (2): e928

¹Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico. Quito-Ecuador.)

edison.huilca@iess.gob.ec;

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2777-4263>

²Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico. Quito-Ecuador.)

karla.flores@iess.gob.ec;

ORCID <https://orcid.org/0009-0007-0087-8779>

Cómo citar este documento:

Huilca ES, Flores KG. Protocolo Clínico - Quirúrgico de Cesárea en la Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico. Quito. Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Código: SGC-OB-PR-001. Versión 2. Quito. Cambios. rev. méd.. 2023; 22(2): e928.

Correspondencia HECAM:

Avenida 18 de septiembre N19-63 entre Ayacucho y Avenida Universitaria.

Quito -Ecuador.

Código postal: 170402

Teléfono: (593) 2944200

Correspondencia autor:

Karla Geovanna Flores Simbaña

Bernardo de Legarda N61-81. Quito-Ecuador.

Código postal: 170301

Teléfono: (593) 984498513

Copyright: ©HECAM

CAMBios

<https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/issue/archive>

e-ISSN: 2661-6947

Periodicidad semestral: flujo continuo

Vol. 22 (2) Jul-Dic 2023

revista.hcam@iess.gob.ec

DOI: <https://doi.org/10.36015/cambios.v22.n2.2023.928>



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial

AUTORIDADES

Dr. Jorge Luis Peñaherrera Yáñez, Gerente General HECAM

Dr. Mauricio Rodrigo Gaibor Vásquez, Director Técnico (E) HECAM.

EQUIPO DE REDACCIÓN Y AUTORES

Dr. Edison Santiago Huilca Álvarez, Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico, HECAM.

Md. Karla Geovanna Flores Simbaña, Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico, HECAM.

EQUIPO DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN

Dra. Natalia Milliet Lozano Galarza, Coordinadora General de Control de Calidad, HECAM.

Dr. Santiago Gonzalo Cárdenas Zurita, Coordinador General de Investigación, HECAM.

Dra. Rocío Del Carmen Quisiguiña Aldaz, Coordinadora General de Docencia, HECAM.

Dr. Hugo Enrique Miranda Maldonado, Coordinador General de Hospitalización y Ambulatorio, HECAM.

Dr. Washington German Soria Cruz, Jefe de Área de Materno Infantil, HECAM.

Dr. Chávez Iza Lautaro Santiago, Jefe de la Unidad de Obstetricia, HECAM.

Dr. Diego Mauricio Navarrete Andrade, Jefe de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, HECAM.

Dra. Daniela Raquel Benalcázar Vivanco, Médica de la Coordinación de Control de Calidad, HECAM.

EDICIÓN GENERAL

Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico.

La realización del presente protocolo clínico - quirúrgico tiene la finalidad de normatizar los criterios y manejo terapéutico de las pacientes que requieran la interrupción del embarazo mediante cesárea.

GENERAL EDITION

High Obstetric Risk Technical Unit.

The purpose of carrying out this clinical-surgical protocol is to standardize the criteria and therapeutic management of patients who require termination of pregnancy by cesarean section.

CONTENIDO

1. Introducción
2. Objetivos
3. Alcance
4. Marco Teórico
5. Involucrados
6. Actividades
7. Complicaciones y/o Desviaciones del protocolo
8. Anexos

1. INTRODUCCIÓN

El procedimiento quirúrgico cesárea con miras a la historia es considerada como un avance de suma importancia en la disminución del riesgo de mortalidad materna y perinatal¹.

Es la intervención más realizada a nivel de especialidad lo que conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos^{2,3}.

En el año 2015 la incidencia en el Ecuador de terminación del embarazo por cesárea es del 29,3% en el sector público, 49,9% en Seguridad Social y 69,9% en clínicas privadas⁴. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mismo año refiere que “En ninguna región del mundo se justifica la incidencia de cesárea superior al 10- 15%”⁵.

La variabilidad de indicación de cesárea, hace que sea necesaria la creación de guías y protocolos, para de esta manera unificar los criterios médicos, de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible.

Palabras clave: Embarazo; Complicaciones del Embarazo; Parto; Cesárea; Procedimientos Quirúrgicos Obstétricos; Urgencias Médicas.

ABSTRACT

The cesarean section surgical procedure is historically considered a very important advance in reducing the risk of maternal and perinatal mortality¹.

It is the most frequently performed intervention at the specialty level, which entails inherent surgical and anesthetic risks^{2,3}.

In 2015, the incidence in Ecuador of termination of pregnancy by cesarean section is 29,3% in the public sector, 49,9% in Social Security and 69,9% in private clinics⁴. For the World Health Organization (WHO) in the same year, it states that “In no region of the world is the incidence of cesarean section higher than 10-15% justified”⁵.

The variability of the indication for cesarean section makes it necessary to create guidelines and protocols, in order to unify medical criteria, according to the best scientific evidence available.

Keywords: Pregnancy; Pregnancy Complications; Birth; Caesarean section; Obstetric Surgical Procedures; Medical emergency.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Identificar a las pacientes en estado de gestación, con el fin de realizar una evaluación metódica, basada en la mejor evidencia científica, que permitan la correcta indicación de cesárea para de esta manera conseguir una intervención obstétrica eficaz, mejorando la atención materno - neonatal en la Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar de manera individualizada y previo consentimiento informado los riesgos y beneficios del procedimiento quirúrgico cesárea.

- Identificar las situaciones de riesgo materno fetal que, mediante el procedimiento quirúrgico cesárea, prevea mejor resultado materno y perinatal.
- Establecer indicaciones de cesárea electiva, en curso de parto o de recurso, urgente o emergente.
- Mejorar la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.

3. ALCANCE

La realización del presente protocolo clínico - quirúrgico tiene la finalidad de ser aplicado a todas las embarazadas atendidas en la Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico del HECAM, que requieran la interrupción del embarazo mediante cesárea, previo análisis y justificación del procedimiento de manera individualizada, disminuyendo la variabilidad innecesaria o no justificada.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Cesárea

Proveniente etimológicamente del latín *secare*².

La cesárea es un procedimiento quirúrgico en donde se interrumpe el embarazo a través de una laparotomía e incisión del útero, extrayendo el producto de la concepción, cuando se dificulta el nacimiento por vía vaginal⁶.

4.2. Tipos de Cesárea

Cesárea electiva. - Por lo general es programada, se realiza cuando preexiste una patología materna o fetal que contraindique el parto céfalo vaginal⁷⁻⁹.

Se debe trabajar conjuntamente con la madre en un plan de parto seguro y apropiado, y apoyo emocional, discutir los riesgos y beneficios, informar los riesgos de placenta previa, acretismo e hysterectomía, si no existe indicación de parto por cesárea, no debe realizarse antes de las 39 semanas de edad gestacional¹⁰.

Indicaciones:

Macrosomía fetal: El diagnóstico de macrosomía fetal es impreciso, históricamente se considera de 4000 a 4500 g, el parto por cesárea planificado para la sospecha de macrosomía fetal es controvertido.

El parto por cesárea reduce, pero no elimina el riesgo de traumatismo al nacer y lesión del plexo braquial¹¹.

Se debe considerar los pesos anteriores de nacimiento al tomar decisiones en relación con el parto después de una cesárea. Sin embargo, no es una contraindicación para parto después de cesárea¹¹.

Se puede ofrecer la versión céfalica externa entre las semanas 35 a 37 realizada por un médico con experiencia, asegurándose que se cuente con quirófano disponible en caso de requerir cesárea de emergencia y que no esté contraindicada: trabajo de parto, cicatriz uterina previa, compromiso de bienestar fetal, ruptura de membranas, sangrado vaginal, comorbilidades maternas. La tasa de éxito es de 50 a 65%¹².

Placenta previa: Se debe terminar el embarazo por procedimiento quirúrgico cesárea, previo diagnóstico o descarte de acretismo placentario, con el apoyo de estudio de resonancia magnética en caso de requerir, previo consentimiento informado, la cesárea debe ser realizada por médicos de experiencia y determinar que otros médicos especialistas serán interconsultados o deberán estar presentes, individualizar cada caso, firmar consentimiento informado explicando, la necesidad de transfusión sanguínea, la posibilidad de lesión de otros órganos, histerectomía y la necesidad de posterior apoyo en unidad de cuidados intensivos^{13,14}.

Embarazados VIH +: Se recomienda ofrecer procedimiento quirúrgico cesárea a toda mujer portadora de VIH, con diagnóstico confirmado, la misma que se debe realizar entre la semana 37 y 38 de gestación^{10,15}.

Lesiones o tumores vaginales que obstruyan el canal de parto⁷.

Cesárea anterior: Se ofrecerá una prueba de trabajo de parto a las pacientes aptas tomando en cuenta las siguientes contraindicaciones:

- Antecedentes de 2 o más cesáreas previas segmentarias arciformes
- Antecedente de cesárea previa corpórea o segmento corpórea
- Antecedentes de cesárea previa reciente menos de 6 meses
- Antecedente de rotura uterina o dehiscencia de histerorrafia.
- Intergenésico desde una cesárea menor a 18 meses, antecedente de distocia de hombros (contraindicación relativa).
- Pelvis no útil clínicamente evaluar la presencia de macrosomía fetal o desproporción cefalopélvica, o ambas¹⁶.
- Incisión uterina vertical, histerotomía transversa ampliada en "T" y cirugías uterinas previas, miomectomías, o cualquier patología materna en la que otra especialidad desaconseje el parto por vía vaginal⁷.

Cesárea en curso de parto o de recurso: Se realiza un procedimiento quirúrgico cesárea cuando existe una alteración en el progreso del trabajo de parto, por lo general no existe riesgo materno o fetal, se consideran en este grupo: distocia, desproporción céfalo pélvica, fallo de la inducción del parto, parto estacionado^{4,7,17}.

Se podría requerir la terminación del embarazo por procedimiento quirúrgico cesárea cuando haya las presentaciones fetales anómalas como la de cara y frente que tienen una incidencia de 0,1 a 0,2 %, y/o estén asociadas a factores como desproporción céfalo pélvica, etnia negra, prematuridad, trastornos del crecimiento fetal^{12,18}.

Cesárea urgente: Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar materno o fetal, se debe terminar de forma rápida, el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe ser mayor a 30 minutos^{7,10,17,19}.

Cesárea de emergencia: Surge a partir de una condición patológica materna o fetal de aparición súbita que compromete la morbilidad materna y el pronóstico neurológico fetal, des-

prendimiento prematuro de placenta normo inserta, prolapso de cordón, sospecha de rotura uterina, que requiere un procedimiento quirúrgico inmediato, el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe ser mayor a 15 minutos^{17,19}.

5. INVOLUCRADOS

Tabla 1. Personal de Salud que participa en el protocolo

Cargo	Responsabilidad / Autoridad
Jefe de la Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico y Obstetricia	Vigilar el cumplimiento de protocolos establecidos y coordinar interconsultas con los diferentes servicios.
Médicos especialistas de la Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico y Obstetricia	Garantizar el correcto manejo y tratamiento oportuno de la paciente que ingresa a Centro Obstétrico
Médicos residentes de la Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico	Recolectar, optimizar y almacenar la información obtenida de la paciente que ingresa a Centro Obstétrico.
Personal de Enfermería de la Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico	Garantizar la aplicación y cumplir lo establecido en el protocolo

Fuente. Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico del HECAM.

6. ACTIVIDADES

- a. Paciente es valorada en urgencias ginecobstetricias por médico tratante quien evalúa la condición de la paciente y decide ingreso a sala de partos.
- b. Personal auxiliar de enfermería prepara a paciente con bata y botas quirúrgicas, adecuada para la zona blanca de centro obstétrico. recorte del vello púbico en caso de ser necesario sin lesionar la piel.
- c. Personal de enfermería de sala de partos recibe a la paciente, identifica, evalúa riesgos de caída, realiza venopunción, toma muestras sanguíneas para analítica de laboratorio, colocar venoclisis con Lactato Ringer a 125cc/h.
- d. Médico residente posgradista o general en funciones hospitalarias bajo supervisión de medico supervisor de sala de partos realiza la historia clínica, examen físico y valora si la cesárea es electiva, en curso de parto o de recurso urgente o emergente.
- e. Colocar monitorización cardiotocográfica.
- f. Generar orden y rotular exámenes de laboratorio básico de cirugía, serología y tipificación y adicionar si requiere algún otro examen referente a otra patología añadida.
- g. Presentar caso con detalle a médico tratante si es necesario.
- h. Comunicar a personal de anestesiología para valoración y preparación de la paciente.
- i. Comunicar a enfermería para preparar quirófano y material necesario y extra en caso de necesitar para el procedimiento quirúrgico.
- j. Comunicar a neonatología.
- k. Verificar en caso necesario la reserva de hemoderivados.
- l. Administrar profilaxis antibiótica con cefazolina 2 gr IV y 3gr IV en obesidad, de 30 a 60 minutos antes del procedimiento quirúrgico^{20,21,22}.

- m. En caso de alergia a la penicilina se administrará Clindamicina 900 mg IV + Gentamicina 240 mg IV^{7,22}.
- n. Médico supervisor establece, riesgo de complicaciones y asigna personal de ayudantía para el procedimiento quirúrgico.
- o. Realizar listado de verificación quirúrgica. Excepto en cesáreas emergentes.
- p. Técnica quirúrgica

La incisión se realizará como elección la Laparotomía de Pfannenstiel:

- Se realiza incisión transversa de 10–12cm de longitud por sobre el pubis²³⁻²⁵.
- Sección del celular subcutáneo se incide de forma ligeramente oblicua hacia arriba para acceder perpendicularmente a la aponeurosis y aponeurosis en forma transversa, se realiza un ojal central con el bisturí frío o eléctrico y se amplía lateralmente a ambos lados de la línea media a lo largo de 3-4 cm. Con los separadores de Farabeuf, se ejerce una tracción ligera hacia arriba para exponer la aponeurosis, cuya sección se continúa lateralmente con tijeras de mayo o con bisturí eléctrico según un trayecto oblicuo de arriba hacia afuera. La incisión realizada es más arciforme que la de la piel y tiene una longitud total de alrededor de 16 cm. A continuación, la aponeurosis se despega hacia arriba. Dos pinzas (Kocher o JL Fauré) se colocan a ambos lados de la línea media. La vaina aponeurótica no está adherida a los músculos rectos, por lo que se separan con facilidad con el dedo a ambos lados de la línea media a lo largo de 5- 6 cm. La unión medial en la línea alba entre la aponeurosis y el músculo se secciona a continuación progresivamente hacia arriba con el bisturí eléctrico o con las tijeras de mayo²³⁻²⁵.
- Disección del plano muscular sub-aponeurótico partiendo por la línea media, teniendo especial cuidado con la hemostasia de vasos perforantes. Se separan en sentido vertical los rectos abdominales hasta identificar el peritoneo parietal, la apertura del peritoneo se realiza digitalmente de forma preferente para minimizar el riesgo de lesión. Si existen o se sospechan adherencias entre la pared abdominal anterior y el útero es preferible realizar una apertura digital del peritoneo lo más cerca posible del abdomen superior, se coloca el protractor o las valvas, identificar la zona del segmento uterino, se abre transversalmente el peritoneo visceral, generalmente haciendo una pequeña incisión con tijera y amplías hacia los lados y posteriormente se consigue descenso de la vejiga con una montada. Se modificará la posición de la valva suprapúbica de manera que proteja la vejiga antes de la entrada en el útero para evitar una posible lesión durante la extracción fetal^{17,23,24,26}.

Histerotomía tipo Kerr:

- Incisión segmentaria transversal baja (de elección), con bisturí frío, a lo largo del segmento uterino, en la zona medial, y posteriormente se ampliará lateralmente de manera digital, con orientación transversa y arciforme²³⁻²⁵.

- En pacientes con antecedente de cesárea anterior o cirugías abdominales previas con presencia de adherencias en la zona del segmento uterino, se realizará la incisión en la parte superior del segmento para evitar lesionar la vejiga²³⁻²⁵.

- La incisión corporal vertical o clásica se reservará para los siguientes casos: parto pretérmino menor a 26 semanas sin estar formado el segmento uterino inferior, situación transversa con dorso fetal inferior sin segmento uterino inferior formado, miomas cervicales de gran volumen, adherencias importantes en el segmento uterino inferior. cesárea perimortem, placenta previa con grandes vasos dilatados en el segmento uterino inferior^{7, 23-25}.

- Laparotomía media infra umbilical: Esta técnica se prefiere cuando está planificada una potencial ampliación de la laparotomía hacia la porción superior del abdomen, cuando existe una cicatriz previa o en situaciones de urgencia²⁴; hemorragia intraabdominal masiva, necesidad de explorar el abdomen superior, útero poli miomatoso, trastornos de coagulación con alto riesgo de sangrado, alto riesgo de histerectomía postparto^{7,24}.

Extracción fetal:

- En presentación cefálica la mano derecha del cirujano, si está a la derecha de la parturienta, o la mano izquierda en caso contrario, rodea el polo cefálico por abajo, a la vez que lo levanta hacia delante y formando a continuación un auténtico plano inclinado por el que se desliza el feto propulsado por el pujo fúndico transparietal ejercido generalmente por el ayudante²⁴.

Presentación fetal podálica:

- Desimpactación de las nalgas en caso de presentación baja. Tracción inguinal hasta expulsivo de la presentación. Liberación de asa de cordón umbilical antes de proceder a siguientes maniobras. Maniobra de Rojas: rotación de cuerpo fetal 180° hacia un lado y luego hacia el otro para conseguir el desprendimiento de ambos hombros. - Tracción fetal mantenida desde la cintura pélvica del feto formando un ángulo inferior a 90° respecto al tronco materno hasta expulsivo de cabeza fetal. En caso de no producirse ésta, se procederá a la realización de la Maniobra de Mauriceau, que consiste en cabalgar la región ventral feto sobre el brazo derecho del cirujano principal a la vez que se introduce el dedo medio en la boca del feto mientras se coloca la mano derecha en sus hombros. Posteriormente, se procederá a la tracción fetal también con el feto formando un ángulo inferior a 90° respecto al tronco materno hasta expulsivo de cabeza fetal²³⁻²⁵.

- Placenta anterior baja/previa: se realizará la evaluación de la localización de la placenta y estática fetal previo al procedimiento quirúrgico mediante ecografía. En los casos en que sea evitable se procederá a incisiones segmentarias a nivel corporal. La histerotomía transplacentaria se asocia a un mayor sangrado intraoperatorio²³⁻²⁵.

- El Alumbramiento será dirigido mediante la administración de oxitocina (en bolo diluido y administrado lentamente, de 5-

10 UI de oxitocina endovenosa), y la tracción mantenida suave del cordón y presión o masaje en el fondo uterino²³⁻²⁵.

- La histerorrafia se realiza en monocapa no transfixiante con sutura reabsorbible circular sintética multifilamentosa trenzada del nº 1. La sutura se inicia colocando un punto suelto en cada ángulo lateral de la incisión y posteriormente se realiza una sutura continua de manera preferente. Otras opciones serían una única sutura continua o dos hemicontinuas. El cierre en una única capa se asocia a menor tiempo operatorio y no existen estudios concluyentes respecto a mayor riesgo de rotura uterina en siguientes gestaciones con relación a la sutura en dos capas²³⁻²⁵.

- En caso de una incisión corporal, se realizará el cierre de las 2 o 3 capas dependiendo del grosor miometrial, debido al riesgo incrementado de rotura uterina²³⁻²⁵.

- Una vez realizada la histerorrafia se debe realizar una revisión cuidadosa de la hemostasia.

- Realizar el recuento de material blanco por parte de enfermería²³⁻²⁵.

- El cierre del peritoneo no se recomienda suturar el peritoneo visceral ni parietal. De esta manera se reduce el tiempo operatorio, la morbilidad materna y disminuye la necesidad de analgesia postoperatoria²³⁻²⁵.

- No se recomienda la reaproximación quirúrgica de los músculos rectos ya que aumenta el dolor postoperatorio²³⁻²⁵.

- El cierre de la fascia se realizará con sutura continua reabsorbible triangular sintética multifilamentosa trenzada del N°1, con una separación entre puntos de 1cm y abordando 0,5 cm de tejido de cada lado. No se recomienda cruzar los puntos en la sutura continua de la fascia ya que aumenta la isquemia del tejido sin proporcionar beneficios a corto o largo plazo²³⁻²⁵.

- En el caso de las laparotomías medias, la fascia se debe cerrar con sutura continua de hilo reabsorbible tipo PDS® (poliester - dioxanona del N°1)²³⁻²⁵.

- La aproximación del tejido subcutáneo en pacientes con más de 2cm de tejido subcutáneo se aconseja sutura del subcutáneo con sutura de absorción rápida 2/0 con el objetivo de evitar la formación de seromas o hematomas en dicha capa y también sobre todo en aquellos casos donde se realice una sutura intradérmica con el fin de reducir la tensión que soporta la sutura²³⁻²⁵.

- Se valorará la colocación de drenajes en las siguientes situaciones: subaponeurótico en caso de cesárea iterativa si existe lesión muscular, síndrome de HELLP si se realiza una incisión tipo Pfannenstiel, supraponeurótico en pacientes obesas (IMC pregestacional >30). A criterio médico si alto riesgo de sangrado²³⁻²⁵.

- El cierre de la piel con sutura intradérmica (de preferencia con sutura reabsorbible) presenta menor riesgo de dehiscencia

de la herida quirúrgica respecto al cierre con grapas, por lo que será la técnica de elección. En caso de riesgo de hematoma, seroma e infección de la herida quirúrgica (ej. síndrome de HELLP, diabetes mellitus, obesidad) se recomienda el uso de grapas²³⁻²⁵.

- Se realizará un apósito no compresivo que se mantendrá durante 24 horas²³⁻²⁵.

- Valorar la necesidad de apoyo e ingreso a UCI, caso contrario enviar a paciente a la recuperación general.

- Valorar la implementación de normativas sanitarias de atención integral de calidad y calidez a la madre y al recién nacido, en cada caso en particular con miras a obtener certificaciones institucionales.

7. COMPLICACIONES Y/O DESVIACIONES DEL PROTOCOLO

Las complicaciones y desviaciones en la aplicación de este protocolo serán analizadas por el concejo de médicos implicados y las jefaturas del servicio, y la autoridad competente, estableciendo planes de mejora y acción, de acuerdo a cada caso en particular.

8. ANEXOS

Anexo 1. SGC-OB-FL-004 Ingreso de pacientes Cesárea por CE V1.0

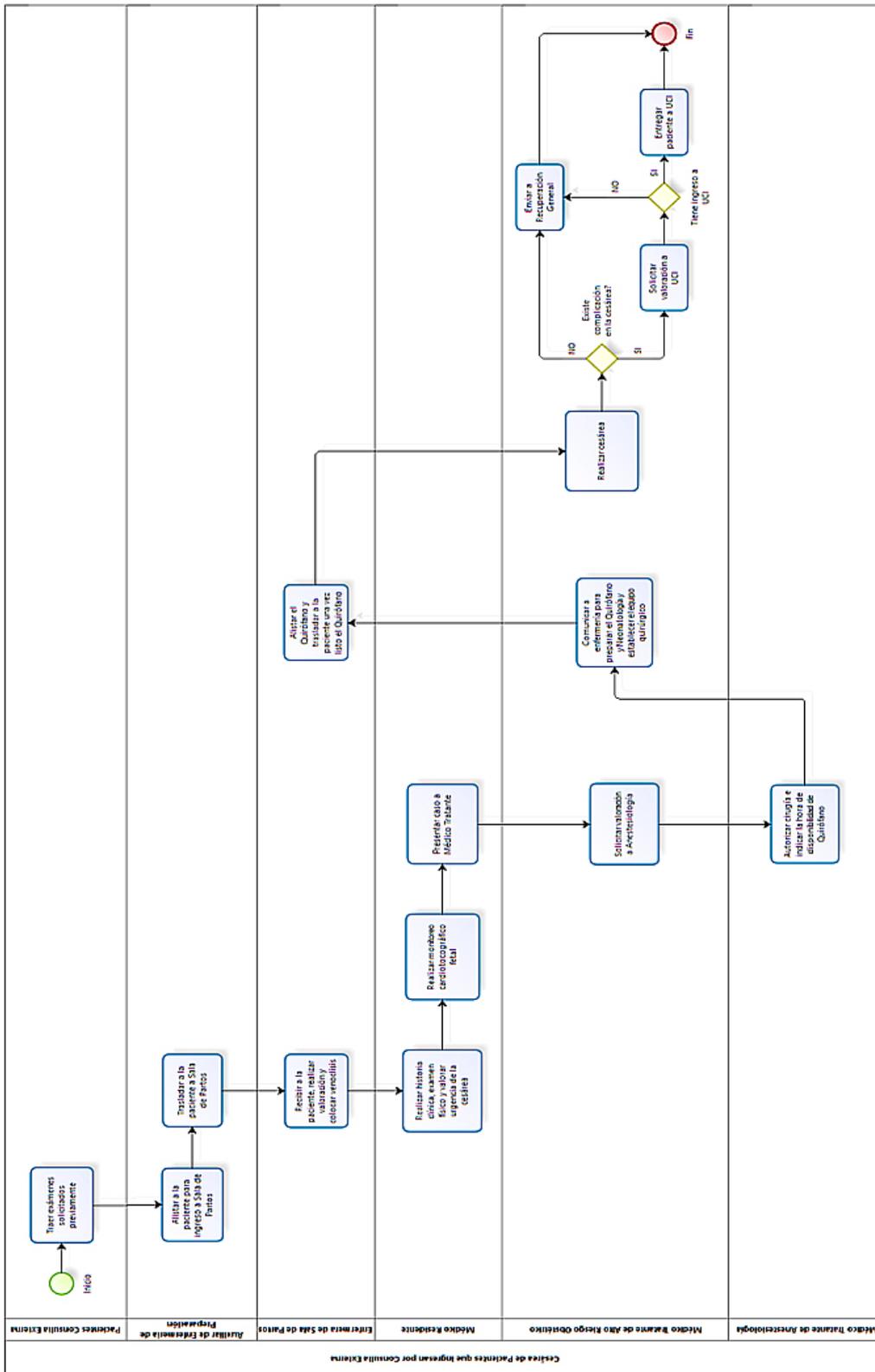


Gráfico 1. SGC-OB-FL-004 Ingreso de pacientes Cesárea por CE V1.0. Elaborado por Autores.

ABREVIATURAS

HECAM: Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín; OMS: Organización Mundial de la Salud; VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana; HPV: Virus del Papiloma Humano; IV: intravenoso; UI: Unidades Internacionales; HELLP: Hemolisis Elevated Liver Enzimes.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

EH,KF: Concepción y diseño del trabajo, recolección de información, redacción del manuscrito, aprobación de su versión final. KF: Redacción del manuscrito. KF: Recolección de información, formato de imágenes, traducción del documento.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Se utilizaron recursos bibliográficos de uso libre y limitado. La información recolectada está disponible bajo requisición al autor principal.

APROBACIÓN DE GERENCIA GENERAL Y DIRECCIÓN TÉCNICA

El protocolo médico fue aprobado por pares y por las máximas autoridades.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICACIÓN

La publicación fue aprobada por el Comité de Política Editorial de la Revista Médico Científica CAMBIOS del HECAM en Acta 004 de fecha 29 de agosto de 2023.

FINANCIAMIENTO

Se trabajó con recursos propios de los autores.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores reportaron no tener ningún conflicto de interés, personal, financiero, intelectual, económico y de interés corporativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea 2015. [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 14 mar 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- Arencibia JR. Operación Cesárea: Recuento Histórico. Rev. salud pública [Internet]. 2002 May [cited 2020 Mar 11]; 4(2): 170-185. ISSN electrónico 2539-3596. ISSN impreso 0124-0064. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000200006&lng=en
- Salinas H, Naranjo B, Pastén J, Retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Revista HCUCh. 2007; 18:168-78. ISSN: 0443-5117. Disponible en: https://redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/estado_cesarea_en_chile.pdf
- Ros, C; Bellart, J; Hernández, S. Protocolo Cesárea. Hospital Clinic Barcelona. Fetal Medicine Barcelona. Protocolos/Obstetricia. [Internet]. 23 de julio de 2019 [citado 22 de marzo de 2020];702:103-14. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.html>
- Álvarez-Zapata EA, González-Hernández LM, Jiménez-Arango NB, Zuleta-Tobón JJ. Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesárea en mujeres con embarazo simple a término. Estudio descriptivo. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. [Internet]. 14 de marzo del 2020 [citado 19 de abril de 2020]. ISSN: 2463-0225/0034-7434. DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.3275>. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3275>
- Ping Guan, Fei Tang, Guoqiang Sun, Wei Ren. Prediction of emergency cesarean section by measurable maternal and fetal characteristics. J Investig Med. 2020 Mar; 68(3): 799–806. Published online 2020 Jan 24. PMID: 31980540. PMCID: PMC7057850. ISSN: 1081-5589 / 1708-826. DOI: 10.1136/jim-2019-001175. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31980540/>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean Delivery on Maternal Request. ACOG Committee Opinion No 761: Cesarean Delivery on Maternal Request. Vol. 133 (1): e73-e77. 2019. PMID: 30575678. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30575678/>
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. ACOG Committee Opinion No. 764: Medically indicated Late-Preterm and Early Term Deliveries. Obstet Gynecol. 2019; 133(2):e151-e155. ISSN:0029-7844 /1873-233X. PMID: 33481524. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003083. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2019/02000/ACOG_Committee_Opinion_No__764__Medically.42.aspx
- Entringer AP, Gomes MASM, da Costa ACC, Pinto M. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil [Budgetary impact of spontaneous vaginal delivery and elective cesarean section without clinical indication in Brazil Impacto presupuestario del parto vaginal espontáneo y de la cesárea electiva sin indicación clínica en Brasil]. Rev Panam Salud Pública. 2018 Sep 7;42:e116. Portuguese. PMID: 31093144; PMCID: PMC6386090. ISSN: 1020-4989/1680-5348. DOI: 10.26633/RPSP.2018.116. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49456?show=full>
- Camara R, Burla M, Ferrari J, Lima L, Amim JJ, Braga A et al. Cesarean section by maternal request. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet]. 2016 Aug [cited 2020 Mar 23]; 43 4: 301-310. ISSN:0100-6991 /1809-4546. PMID: 27679953. DOI: 10.1590/0100-69912016004002. Available from: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>. <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/44yLTZ766jrmDJLCD3XxqrM/?lang=en>
- Ministerio de Salud Pública. MSP. Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica. Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016. ISBN: 978-9942-22-052-3. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-DEL-PARTO-POR-CE-SAREA.pdf>
- Macrosomía: ACOG Practice Bulletin, Number 216. Obstet Gynecol. 2020 Jan; 135(1):e18-e35. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003606. PMID: 31856124. ISSN:0029-7844 /1873-233XDOI: 10.1097/AOG.0000000000003606. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31856124/>
- Mylonas I, Friese K. The indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int. 2015;112(29-30):489-95. PMID: 26249251. PMCID: PMC4555060. ISSN:1866-0452 /1866-0452. doi: 10.3238/arztebl.2015.0489. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4555060/>

14. Pilliod R, Caughey A. Fetal Malpresentation and Malposition: Diagnosis and Management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017 Dec; 44(4):631-643. ISSN: 0889-8545/1558-0474 (Electronic). DOI: 10.1016/j.ogc.2017.08.003. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29078945/>
15. Martínez Salazar GJ, Grimaldo Valenzuela PM, Vázquez Peña GG, Reyes Segovia C, Torres Luna G, Escudero Lourdes GV. Caesarean section: History, epidemiology, and ethics to diminish its incidence. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 53 (5): 608-15. PMID: 26383811. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26383811/>
16. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, Dorman S, Jurkovic D, Kayem G, Kingdom J, Silver R, Sentilhes L; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2018. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a. Jan 2019. *BJOG.* 126 (1): e1-e48. PMID: 30260097. DOI:10.1111/1471-0528.15306. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30260097/>
17. Matsubara S, Takahashi H. Placenta Previa Accreta and Previous Cesarean Section: Some Clarifications. *Chin Med J.* Jan 2018;131 (12):1504-5. DOI: 10.4103/0366-6999.233961 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29893372/>
18. Kennedy CE, Yeh PT, Pandey S, Betran AP, Narasimhan M. Elective cesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits. *AIDS.* 2017 Jul 17; 31 (11): 1579-1591. DOI: 10.1097/QAD.0000000000001535. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28481770/>
19. Nápoles Méndez D, Piloto Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *MEDISAN.* 2012 Oct [citado 2020 Mar 22]; 16 10: 1579-1595. ISSN 1029-3019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000013&lng=es.
20. Hussain Z, Curtain C, Mirkazemi C, Gadd K, Peterson GM, Zaidi STR. Prophylactic Cefazolin Dosing and Surgical Site Infections: ¿Does the Dose Matter in Obese Patients? *Obes Surg.* 2019 Jan;29(1):159-165. DOI: 10.1007/s11695-018-3497-0. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30267229/>
21. Pop-Vicas A, Johnson S, Safdar N. Cefazolin as surgical antimicrobial prophylaxis in hysterectomy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2019 feb; 40(2):142-149. DOI: 10.1017/ice.2018.286. Epub 2018 Dec 5. PMID: 30516122. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30516122/>
22. Reiff ES, Habib AS, Carvalho B, Raghunathan K. Antibiotic Prophylaxis for Cesarean Delivery: A Survey of Anesthesiologists. *Anesthesiol Res Pract.* 2020 Dec 16; 2020:3741608. DOI: 10.1155/2020/3741608. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7787788/>
23. Rubio Romero JA, Müller EA. Operación Cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes: Obstetricia y Ginecología.* 2014; Vol. 25 (6): 987-992. Capítulo 16. DOI: 10.1016/S0716-8640(14) 70648-0. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-operacion-cesarea-S0716864014706480>
24. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Barbara L, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Cesárea e histerectomía obstétrica. Capítulo 30. En: *Williams Obstetricia.* 4ta edición español, Editorial Masson SA, (2018), 579–600. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=3103>
25. Schnapp SC, Sepúlveda E, Robert JA. Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes,* 25(6), 987–992. DOI:10.1016/S0716-8640(14)70648-0. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-operacion-cesarea-S0716864014706480#bib0080>
26. G. Kayem, C. Raiffort. Técnicas quirúrgicas de la cesárea, *EM Consulte - Ginecología-Obstetricia,* 2019 Ene: 55(1): 1-12. DOI: 10.1016/S1283-081X(19)41702-5, Disponible en: <https://www.em-consulte.com/es/article/1272041/tecnicas-quirurgicas-de-la-cesarea>