CESAREA (PARTO POR VIA ABDOMINAL)

Revisión de tema en Ginecología y Obstetricia
Equipo de Trabajo Nasajpg of medicine

DEFINICION

Nacimiento de un feto mayor de 22 semanas mediante incisión en la pared abdominal y la pared uterina

INDICACIONES

Las indicaciones de la cesárea pueden agruparse de diferentes maneras, según a quién beneficia su práctica (maternal, fetal, mixta), según el momento de la indicación (electiva o intraparto), etc. Con finalidad puramente didáctica podemos también considerar las indicaciones de las cesáreas como:

Indicaciones absolutas:

Cuando la práctica de esta intervención está plenamente justificada por la evidencia científica:

- **Maternas**

• La desproporción pelvi fetal evidente y constatable, incluso antes del trabajo de parto.
• Los tumores previos que dificulten la progresión de la presentación (miomas cervicales, Cáncer de cérvix).
• Una enfermedad materna que contraindique el parto vaginal. (ej.: infección HIV, Herpes genital activo, malformaciones arterio-venosas cerebrales, desprendimientos de retina, Síndrome de Marfan, etc).
• Inducción fallida.
• Cesárea anterior clásica o cesárea previa complicada por infección o dehiscencia.

- **Fetales**

• Algunas enfermedades fetales (meningocele, onfalocele o gastrosquisis).
• Las situaciones transversas y oblicuas, y las presentaciones anómalas (presentación de frente o de cara mento posterior o podálica).
• La pérdida del bienestar fetal.
• DCP por macrosomía fetal.
• Peso fetal menor de 1000 gramos.

- **Ovulares**

• La placenta previa.
• Prolapso del cordón.
• Abruptio Placentae

Indicaciones relativas:

Cuando no son por sí mismas indicaciones automáticas de cesárea, si no que su práctica depende de la conjunción de diversos factores.

- **Maternas**

• Distocia dinámica.
• Cesárea anterior segmentaría no complicada.
• Preeclampsia con cuello desfavorable para inducción.
• Edad materna extrema.
• Embarazo prolongado con cuello desfavorable para inducción.

- **Fetales**

• Presentación de cara.
• Variedades posteriores persistentes.
• Riesgo fetal aumentado (crecimiento intrauterino restringido, pérdida de bienestar fetal basado sólo en la monitorización electrónica que puede dar muchos falsos positivos).
• Restricción del crecimiento intrauterino.

- **Ovulares**

• Patología funicular.
• Ruptura prematura de membranas con cuello desfavorable para inducción.
• Placenta previa no oclusiva sangrante.

CONTRAINDICACIONES:

La única contraindicación es que la paciente no acepte el procedimiento y es relativa y se debe consignar en la historia clínica.

COMPLICACIONES:

La mortalidad es del 5.8 x 100.000 nacimientos. Riesgo relativo para mortalidad es de 5 más frecuente comparado con parto vaginal.

Complicaciones intraoperatorias: Lesión de vejiga, intestino, colón y otros órganos vecinos, hemorragia incontrolable por atonía uterina o desgarros del segmento que comprometa vasos uterinos, histerectomía obstétrica
Embolia líquido amniótico que puede llevar a paro cardiorrespiratorio y muerte materna.
Lesión fetal, traumatismo fetal y muerte fetal.

Complicaciones postoperatorias inmediatas: Atelectasias, neumonía, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, tromboflebitis, infección urinaria, endometritis, miometritis, peritonitis, dehiscencia de histerorrafia, evisceración, hematomas, absceso de herida quirúrgica, anemia, meningitis, cefalea pos punción y otras menos frecuentes.

Complicaciones postoperatorias tardías: Dolor pélvico, adherencias, acretismo, placenta previa, ruptura uterina, endometriosis de la herida quirúrgica, fístulas vesicovaginales, vesicouterinas y otras. Hernia incisional, queloides.

TECNICA:

MEDIDAS PREOPERATORIAS

-Informar a la paciente del procedimiento y diligenciar el consentimiento informado.
-Hidratación con por lo menos 1000 CC de cristaloides.
-Venopuncion en antebrazo jelco # 16 o 18 y equipo de macrogoteo.
-Vestir a la paciente con camisón estéril administrado por enfermería, gorro y polainas.
-Preparación de la piel
Recorte del vello púbico (tercio superior) - Aseo de la piel con povidona jabonosa o clorhexidina
-Sonda vesical a cistoflo. Calibre 12 o 14 Fr.
-Aplicación previa a la incisión de Cefalosporina de primera generación (Cefalotina o Cefazolina) IV dosis única como antibiótico profiláctico. De no ser posible se aplicara Ampicilina 2 gramos IV o Ampicilina Sulbactam 750 gr. dosis única. En caso de alergia a los beta lactamicos puede utilizarse Clindamicina 600 MG IV. Colocación de campos operatorios.

MEDIDAS INTRAOPERATORIAS

- **Incisión:**

• Laparotomía de Pfannenstiel de elección.
• Laparotomía media infraumbilical en caso de cicatriz previa o urgencia extrema o sospecha de dificultad técnica con la realización de la incisión de Pfannenstiel.

- **Histerotomía:**

• **Segmentaría: (o de Kerr):** Incisión en el segmento arciforme en sentido transversal. Es la incisión de elección por presentar menor sangrado, es más sencilla de reparar, y se asocia con menor dehiscencia y menor incidencia de complicaciones en gestaciones futuras.

• **Clásica: (o corporal):** Incisión en sentido longitudinal en el cuerpo uterino. Está indicada en:

- ✓ Segmento con mioma o tumor
- ✓ Vejiga firmemente adherida al segmento uterino.
- ✓ Carcinoma invasivo del cérvix.
- ✓ Placenta previa anterior
- ✓ Situación transversa fetal con dorso inferior.(Relativo)

- **Extracción fetal de acuerdo a técnica clásica:**

Puede utilizarse espátulas de Velasco en reemplazo de la maniobra de apalancamiento con la mano para la extracción de la cabeza fetal lo que se ha descrito puede disminuir la presentación de desgarros a nivel del segmento y consecuentemente el sangrado secundario a dichos desgarros. Luego de la salida de los hombros iniciar la infusión de oxitócica para disminuir el sangrado y mejorar el tono uterino.

- **Alumbramiento por extracción manual y dirigida.**

Revisión de cavidad uterina manual y con compresa.

- **Histerorrafia**

En dos planos con catgut crómico 1 o 0 (también puede utilizarse poliglactina o ácido poliglicolico 1 o 0), Primer plano puntos cruzados continuos perforantes deciduo musculares. Segundo plano puntos continuos simples músculos musculares. Si el segmento es delgado y la vejiga se encuentra muy cerca al sitio de la rafia se puede suturar en un plano con el mismo material. Peritonización visceral con punto corrido usando catgut cromado 2-0.

- **Revisión de anexos.** Aseo cavidad peritoneal.

- **Cierre de aponeurosis**

Se realiza con poliglicolico, revisión de hemostasia de TCSC y rafia de piel, intradérmica con prolene o nylon 2-0 o 3-0.

MEDIDAS POSTOPERATORIAS:

- Monitorización continúa de signos vitales en sala de recuperación durante un tiempo mínimo de 2 horas, momento en el que existe más riesgo de hemorragia posparto.

- Goteo de oxitócica a 10 unidades en 500 CC a 100 CC /hora mínimo por las siguientes 6 horas. Si existiera una condición que aumente el riesgo de hipotonía uterina esta infusión puede mantenerse por mayor tiempo, además de agregarse otros uterotonicos tales como metilergonovina, misoprostol.

- Retiro de sonda vesical lo más temprano posible (aprox. 6 horas), siempre y cuando se verifique que la paciente tiene una diuresis adecuada y las características de la orina son normales y no existió trauma vesical.

Cuidados de la herida por el personal de enfermería

Profilaxis postquirúrgica de acuerdo a las condiciones de riesgo de infección que presente la paciente. Se realizara con Cefalosporina de primera generación (Cefalotina o Cefazolina) 1gr IV cada 6 horas por tres dosis mínimo. De no ser posible se aplicara Ampicilina 2 gramos IV o Ampicilina Sulbactam 750 gr. Tres dosis dividida cada 6 horas. En caso de alergia a los beta lactamicos puede utilizarse Clindamicina 600 MG IV.

Alta médica, de acuerdo a las condiciones clínicas en 24 horas postquirúrgica, como mínimo. En aquellas pacientes que requirieron transfusión o fueron sometidas a procedimientos mayores tales con histerectomía obstétrica requieren mínimo seguimiento por 72 horas tiempo en el cual se dará profilaxis con

antibioticoterapia por mínimo 72 horas con cefalotina o biconjugada dependiendo del caso.

USO DE ANTIBIOTICOS: Están indicados cuando a criterio medico se considera alto riesgo para presentar infección como lo son: Manipulación excesiva por hemorragia postparto, pacientes sometidas a Histerectomia Obstétrica RPM, corioamnionitis, parto instrumentado, entre otros. En cuyo caso se utilizaran los esquemas de Ampicilina o Cefalotina 1gr iv cada 6 horas minimo por 24 horas y posteriormente continuara manejo ambulatorio con ampicilina, cefalexina 500mg vo cada 6 horas por minimo 7 días. En su defecto cuando el riesgo es muy alto se utilizara terapia combinada con gentamicina +clindamicina. A las dosis estándar.

Retiro de puntos de piel en un intervalo no menor de una semana, momento en que se debe evaluar la paciente para determinar su evolución y detectar complicaciones relacionadas con la herida o infecciosas. En caso que se haya formado seroma o hematoma que haya impedido la adecuada cicatrización de la herida, la sutura debe dejarse por más tiempo, lo suficiente para lograr una adecuada cicatrización.

REQUISITOS PARA CESAREA PROGRAMADA

La cesárea deberá ser programada en el servicio de cirugías programada y toda paciente debe llevar autorización y motivación del especialista tratante. Además debe cumplir con requisitos mínimos tales como :

- Edad gestacional de 39 semanas o mayor en embarazo con feto único y en embarazo Gemelar a las 37 semanas.
- Ecografías previas (preferiblemente del primer trimestre)
- Estudios prequirurgicos (Todos los del CPN, y exámenes recientes de VDRL, CH, PARCIAL DE ORINA, TP, TPT, VIH. Electrocardiograma si es mayor de 40 a.
- Evaluación preanestesica
- Consentimiento informado

BIBLIOGRAFIA

- Parto por cesárea e histerectomía post parto. Williams Obstetrics. 21th edition.
- 2001. McGraw-Hill. pp. 463-486.
- Operación cesárea. Texto de obstetricia y perinatologia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de medicina. Departamento de ginecología y obstetricia. 1999. pp 139-146.