

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2014

Reducción de la Frecuencia de OPERACIÓN CESÁREA

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-048-08



Índice

1. CLASIFICACIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA OPERACIÓN CESÁREA	3
3. HISTORIA NATURAL DEL DE LA OPERACIÓN CESÁREA.....	3
4. DIAGRAMAS DE FLUJO	8

1. Clasificación de la Operación Cesárea

CIE-9MC o 10: 082 Parto Único Por Cesárea.

GPC: Realización de Operación Cesárea

2. Definición y Contexto de la Operación Cesárea

Es un procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal

3. Historia Natural del de la Operación Cesárea

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA FRECUENCIA DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Ingresar a la paciente en fase activa del trabajo de parto a sala de labor y no realizar inducciones innecesarias.

Esperar un trabajo de parto espontáneo

Formar un comité de vigilancia de la operación cesárea, que analice las indicaciones de la cesárea y retroalimente a su personal

Crear la política sistemática y obligatoria de una segunda opinión antes de indicar una cesárea

Crear grupos de apoyo para educar a las pacientes, médicos y enfermeras en los beneficios del parto vaginal, manejo activo del trabajo de parto y monitorización electrónica

Involucrar a la paciente, sus familiares y al equipo de salud en los programas de educación continua.

Realizar talleres periódicos sobre vigilancia fetal electrónica y manejo activo del trabajo de parto

Utilizar la oxitocina, en forma cuidadosa y con monitorización electrónica en la fase activa del trabajo de parto, en pacientes con antecedente de cesárea

INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

No se recomienda el uso de prostaglandinas para la madurez cervical, en pacientes con cesárea previa. El misoprostol no se recomienda para la maduración cervical ya que se asocia a ruptura uterina en pacientes con cesárea previa

El trabajo de parto espontáneo se asocia más un parto vaginal exitoso, que cuando el trabajo de parto es inducido; Se sugiere esperar a que se desarrolle el trabajo de parto espontáneo, en pacientes con antecedentes de cesárea

Utilizar la oxitocina, en forma cuidadosa y con monitorización electrónica durante el parto en pacientes con antecedente de cesárea

PRUEBA DE PARTO VÍA VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESÁREA EN EMBARAZO PREVIO

Se recomienda intentar un parto vaginal después de una cesárea en aquellas pacientes que solamente tengan una incisión transversal y que sean atendidas en medio hospitalario. Se deberá solicitar consentimiento bajo información.

Todas las pacientes con cesárea previa en trabajo de parto, deberán contar con monitorización electrónica continua fetal

La sospecha de una ruptura uterina requiere de una atención urgente y laparotomía expedita para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal

Se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar una cesárea de urgencia

Las pacientes que son candidatas para parto después de cesárea no deberán tener antecedente de ruptura uterina ni otras cicatrices uterinas previas. Debe existir un equipo médico disponible durante el trabajo de parto activo, quien efectúe una cesárea de urgencia si es requerido

La analgesia peridural puede recomendarse en mujeres que van a intentar un parto después de una cesárea previa

Se debe contraindicar el parto después de la cesárea en los siguientes casos: 1) Cesárea previa clásica, en "T" o cirugía previa trans fúndica, 2) Ruptura uterina previa, 3) Complicación médica u obstétrica que contraindique un parto vaginal, 4) Incapacidad de efectuar una cesárea de emergencia, debido a falta de cirujano, anestesiólogo o quirófano. 5) antecedente de dos o más cesáreas previas

Los factores que se asocian a baja probabilidad de parto exitoso son: 1) Inducción del trabajo de parto; 2) Obesidad materna; 3) Edad materna mayor de 40 años; 4) Peso fetal mayor de 4000gr

Los beneficios de un parto vaginal después de cesárea son: 1) Menor estancia hospitalaria; 2) Menor sangrado; 3) Menor probabilidad de infección y 4) Menos eventos trombo-embólicos

La prueba de trabajo de parto fallida, se asocia a una mayor incidencia de ruptura uterina, histerectomía, trauma quirúrgico, transfusiones e infecciones

La realización de cesáreas múltiples se asocian a placenta previa y adherencia anormal de la placenta.

La incidencia de acretismo placentario se esta incrementando primariamente como consecuencia del mayor número de operación cesárea. Ocurre aproximadamente un caso por 533 embarazos

Es importante tomar en cuenta que un estudio Doppler anormal no necesariamente se asocia a acretismo placentario y por otra parte un estudio normal no siempre descarta esta patología, por lo que el médico independientemente del resultado de gabinete deberá informar a la paciente de la posibilidad de acretismo placentario durante la cirugía

No son candidatas a trabajo de parto aquellas pacientes con antecedente de miomectomía, la cual que fue indicada por miomas múltiples, voluminosos o que penetraban la cavidad uterina

La operación cesárea se recomienda cuando la miomectomía fue por miomas múltiples, que hayan sido voluminosos y especialmente si penetraban la cavidad uterina

TRATAMIENTO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

Los agentes analgésicos y anestésicos utilizados en el bloqueo regional puede influir sobre la frecuencia cardíaca fetal. Se recomienda que la frecuencia cardíaca fetal sea monitorizada antes y después de la aplicación de la analgesia.

El uso de narcóticos puede proporcionar disminución y alivio del dolor

La analgesia peridural esta indicada en la prueba de trabajo parto vaginal proporcionando un adecuado alivio del dolor

Se ha observado que la adición de un opiode al anestésico local durante la analgesia regional reduce la concentración del anestésico mejorando la calidad de la analgesia y reduciendo el bloqueo motor

La analgesia combinada epidural–espinal de anestésico local con opiode ofrece un inicio de instalación más rapido comparada con la técnica epidural de un anestésico local con opiodes

Es recomendable la técnica combinada epidural–espinal para proporcionar una analgesia efectiva y de rapida instalación durante el trabajo de parto

CUIDADOS ANESTÉSICOS PERIOPERATORIOS

El uso de antiácidos o antagonistas de los receptores H2, están indicados para prevenir el riesgo de aspiración pulmonar

El uso de metoclopramida en el periodo de periparto reduce la nausea y vómito

Se recomienda el uso de pre-carga con solución cristaloides y/o efedrina o fenilefrina intravenosa para prevenir la hipotension transoperatoria

La mesa de cirugía debe ser inclinada 15° lateralmente, lo que reduce la hipotensión materna por síndrome de compresión aorto-cava

En el caso de ser necesaria la anestesia general para cesárea de emergencia debe darse pre-oxigenación, presión cricoidea e inducción de secuencia rápida para reducir el riesgo de bronco-aspiración

Durante el postoperatorio inmediato se deben vigilar los signos vitales y el grado de dolor y sedación cada media hora durante dos horas, posteriormente cada hora hasta que la paciente este estable. Si no se encuentra estabilidad amerita una vigilancia más estrecha

En mujeres que han recibido opiodes vía eperidural, debe ser vigiladas rutinariamente cada hora (frecuencia respiratoria, grado de sedación y dolor) durante el tratamiento y por lo menos dos horas después de discontinuarlo

MANEJO DE LA PRESENTACIÓN DE PELVIS

No se recomienda la versión externa en la presentación pélvica en pacientes con cesárea previa

Se ha observado resultados perinatales pobres por trauma al nacimiento durante el parto, por lo que se ha incrementado la cesárea en productos en presentación pélvica

PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS DISTOCIAS

En la prevención y manejo de la fase latente de trabajo de parto prolongada se recomienda: 1) evitar el ingreso a area de labor hasta que se encuentre en fase activa; 2) Reposo, hidratación, y observación son preferidos sobre amniotomía y/o oxitocina. 3) Vigilancia regular y cuando sea necesario amniotomia, oxitocina y analgesia

ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO EN OPERACIÓN CESÁREA

Los antibióticos profilácticos en la operación cesárea disminuyen la morbilidad infecciosa tanto en pacientes de alto riesgo (en pacientes en trabajo de parto, ruptura de membranas) como en bajo riesgo. Existe una reducción del 60-70% de endometritis y 30-65% de la infección de herida quirúrgica en pacientes que se les administra antibióticos profilácticos tanto en pacientes con cesárea electiva y de urgencia.

La administración preoperatorio de antibióticos como la cefalosporina reduce el riesgo de endometritis posparto RR 0.47 IC_{95%}, 0.26-0.85 y de morbilidad infecciosa total RR 0.50 IC_{95%}, 0.33-0.78.

Se recomienda un antibiótico de espectro limitado como una cefalosporina de primera generación para la profilaxis en la operación cesárea

La evidencia reciente sugiere que la administración adicional de azitromicina a la cefalosporina reduce aun más la endometritis y la infección de la herida quirúrgica en pacientes con operación cesárea.

INDICACIONES ABSOLUTAS DE OPERACIÓN CESÁREA

- Cesárea iterativa
- Presentación pélvica
- Sufrimiento fetal
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Placenta previa
- Placenta de inserción baja
- Incisión uterina corporal previa
- Presentación de cara
- Prolapso del cordón umbilical
- Hidrocefalia
- Gemelos unidos
- Infecciones maternas de transmisión vertical (VIH)
- Embarazo pretérmino (< 1500 gramos de peso fetal)
- Condilomas vulvares grandes

CRITERIOS DE REFERENCIA

Las pacientes que tengan una o más cesáreas; o cicatrices en el cuerpo del útero, deberán ser enviadas a hospitales de segundo nivel de atención

las pacientes con placenta previa con cesárea previa o aquellas pacientes con una o más cesareas previas con sospecha de acreetismo placentario por ultrasonido bidimensional o Doppler color debarán ser enviados hospitales de tercer nivel de atención

ESCALAS

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente

Primera: Es la que se realiza por primera vez

Iterativa: Es la que se practica en una mujer con antecedentes de una o más cesáreas previas

B. Según indicaciones

Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica

Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto

C. Según técnica quirúrgica

Transperitoneal

Corporal o clásica

Segmento—Corporal (Tipo Beck)

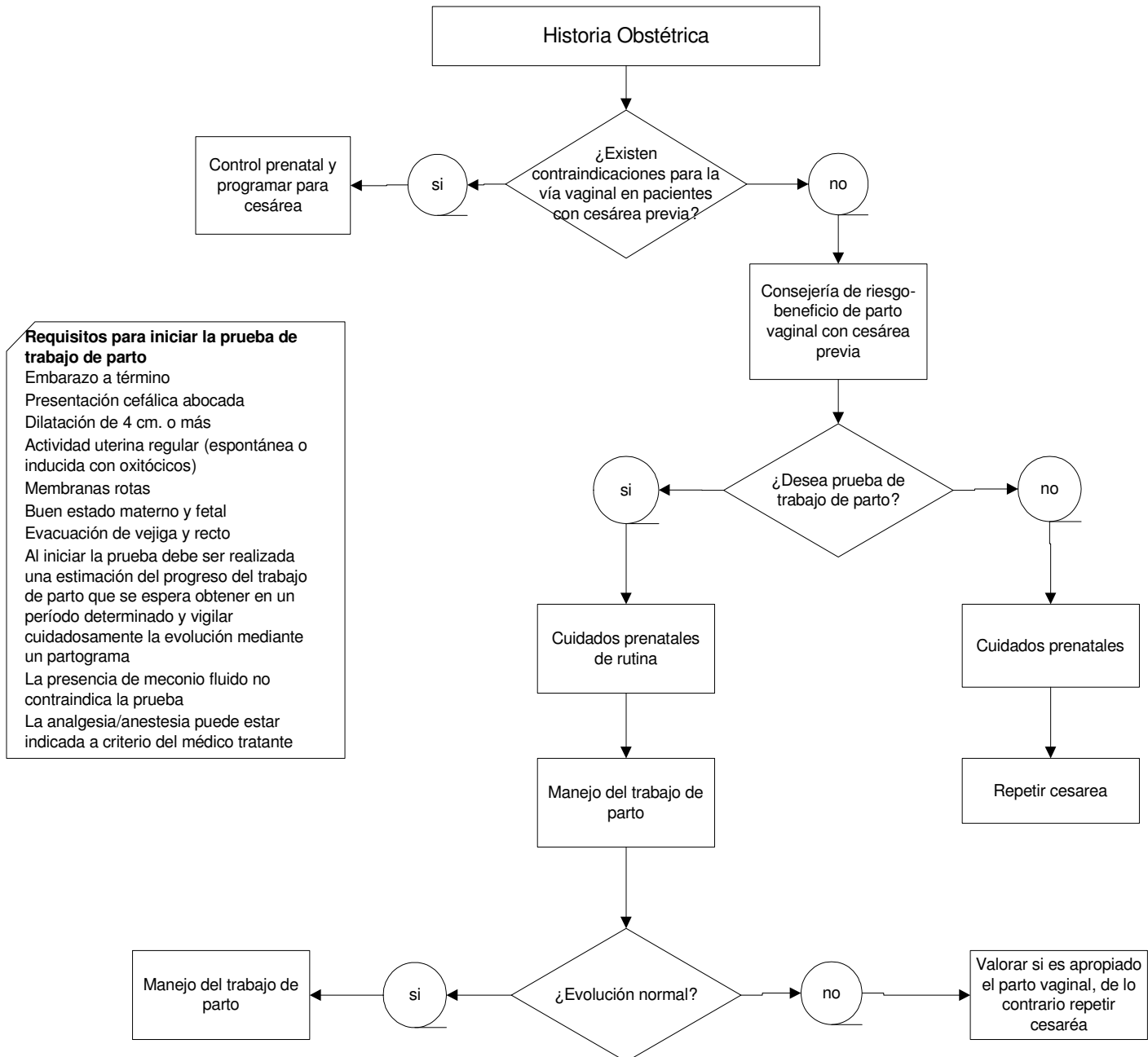
Segmento—Arciforme (Tipo Kerr)

Extraperitoneal

Lineamiento técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea 2007

4. Diagramas de Flujo

Parto Después de Cesárea.



Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
2014

ISBN: **978-607-7790-92-1**