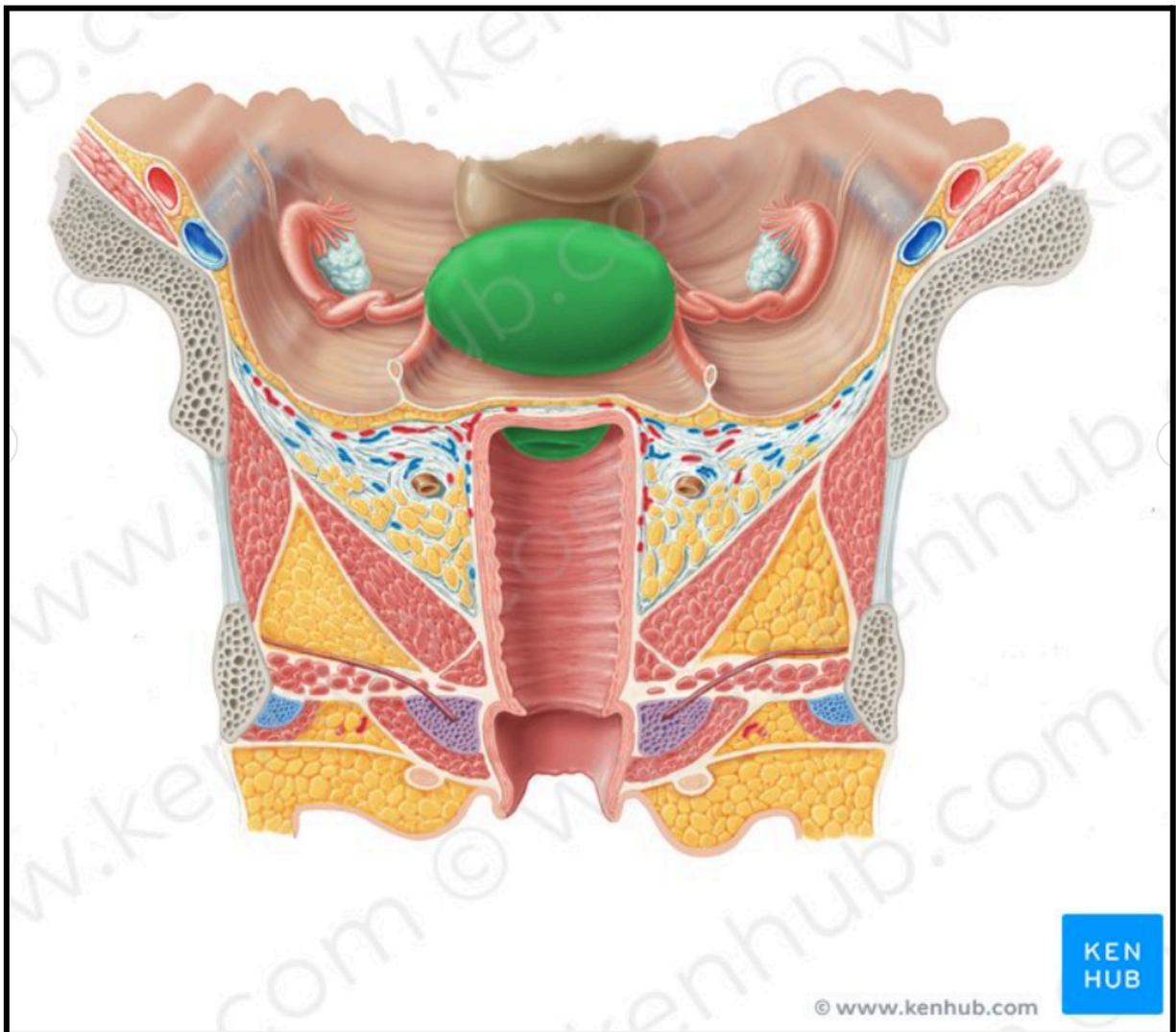


CESÁREA

TÉCNICA QUIRÚRGICA

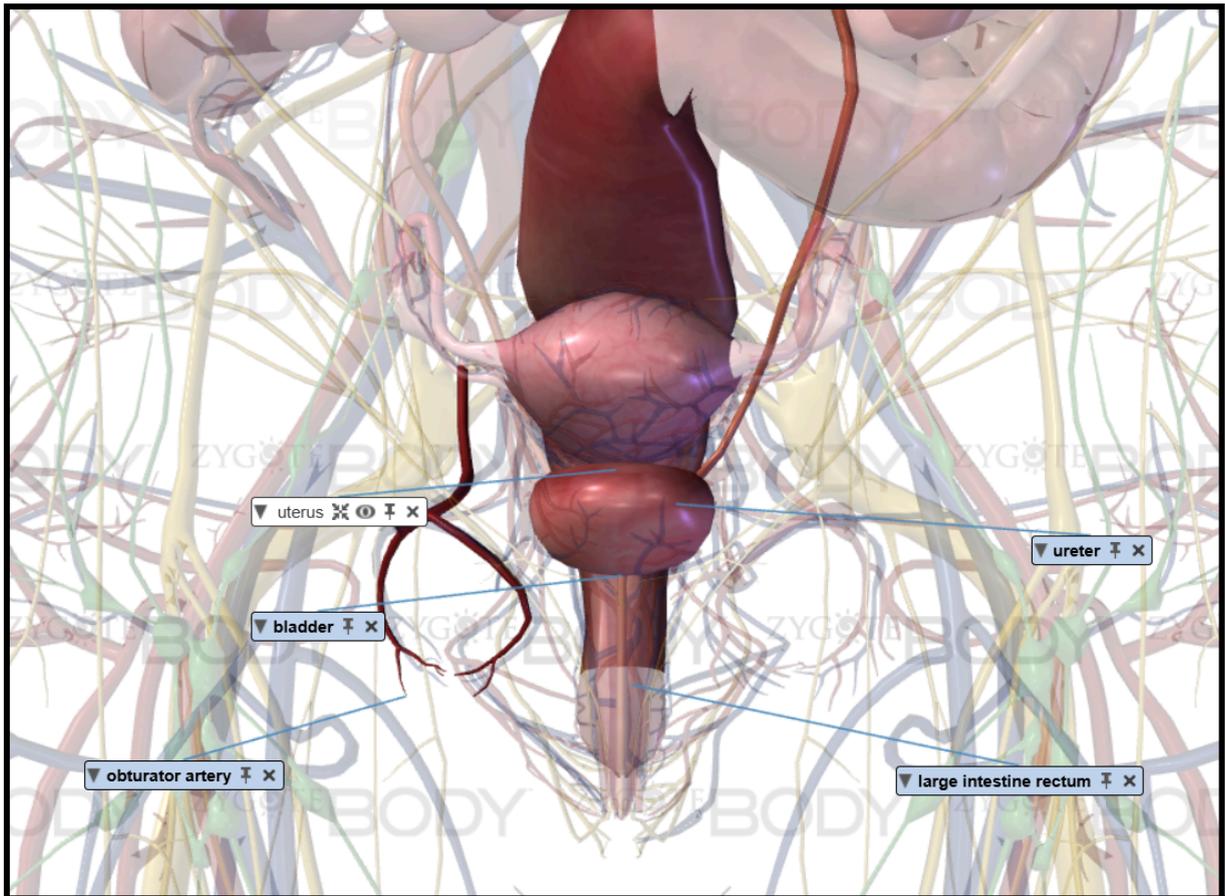
Descripción

La cesárea es el procedimiento quirúrgico que consiste en extraer a un recién nacido directamente del útero practicándole una incisión suprapúbica cuando el parto vaginal no progresa adecuadamente. Este procedimiento puede ser de urgencia o bien electivo (programado), siempre y cuando se hayan alcanzado las 37 semanas de gestación. A partir de las 24 semanas, se considera la viabilidad del feto siendo éste considerado un gran prematuro y precisando de monitorización y cuidados intensivos durante las próximas semanas hasta lograr la maduración necesaria extracorpórea. En el abordaje preferente en una cesárea se realiza una incisión llamada Pfannenstiel (transversa suprapúbica baja), realizando diéresis de los tejidos hasta llegar al feto, el cual se extraerá mediante maniobra de rotación para liberar los hombros y extraerlo en la menor brevedad posible.



Repaso anatómico - útero en color verde

CESÁREA



Principales estructuras adyacentes



Causas

La intervención se realiza cuando el parto vaginal no progresa adecuadamente y puede deberse a cualquiera de las siguientes situaciones:

CESÁREA

Por indicaciones maternas:

- Desproporción cefalopélvica
- Placenta previa (obstrucción parcial o completa del canal del parto).
- Desprendimiento de placenta (parcial o total de la pared uterina).
- Rotura uterina.
- Infección activa.
- Hipertensión arterial severa (preeclampsia o eclampsia).

Por indicación fetal:

- Sufrimiento fetal agudo (descenso de la FC fetal <60lpm).
- Restricción del crecimiento intrauterino severo (reducción del aporte de oxígeno mediante el cordón).
- Malformación fetal (hidrocefalia severa que complique el paso por el canal de parto).
- Presentación anómala (podálica o transversa).

Por indicación relacionada con el canal de parto:

- Fracaso en la inducción (no se logran contracciones efectivas).
- Dilatación detenida.
- Prolapso del cordón umbilical antes que el feto, comprometiendo su nutrición.

Ante cualquiera de estas situaciones, se procede a indicar una cesárea. A la paciente se le aplicará una anestesia locorreional de miembros inferiores (epidural si lleva un tiempo hospitalizada y en progresión de parto o raquídea si es urgente y proviene de su domicilio). En los casos en que la técnica anestésica no ofrezca los resultados esperados, se procederá a una anestesia general con intubación orotraqueal.

Diagnóstico

En la situación en que una partera ya se encuentra en trabajo de parto y no progresa adecuadamente, en su historia clínica se puede objetivar antecedentes de cesárea previa, anomalía pelviana, algún tipo de malformación uterina (todo ello descrito en su libro maternal); otras indicaciones serían macrosomía fetal, monitor fetal anómalo (bradicardia <100ppm ó taquicardia >160ppm, patrón sinusoidal), trabajo de parto detenido, malposición y/o sufrimiento fetal, prolapso de cordón umbilical...

Si el origen de la partera es el domicilio, se necesita una ecografía de control, una exploración vaginal y registro del monitor fetal para determinar la cesárea.

De confirmarse, se instaura antibioticoterapia: Cefazolina 2g (cefalosporina de acción antibacteriana).

Procedimiento

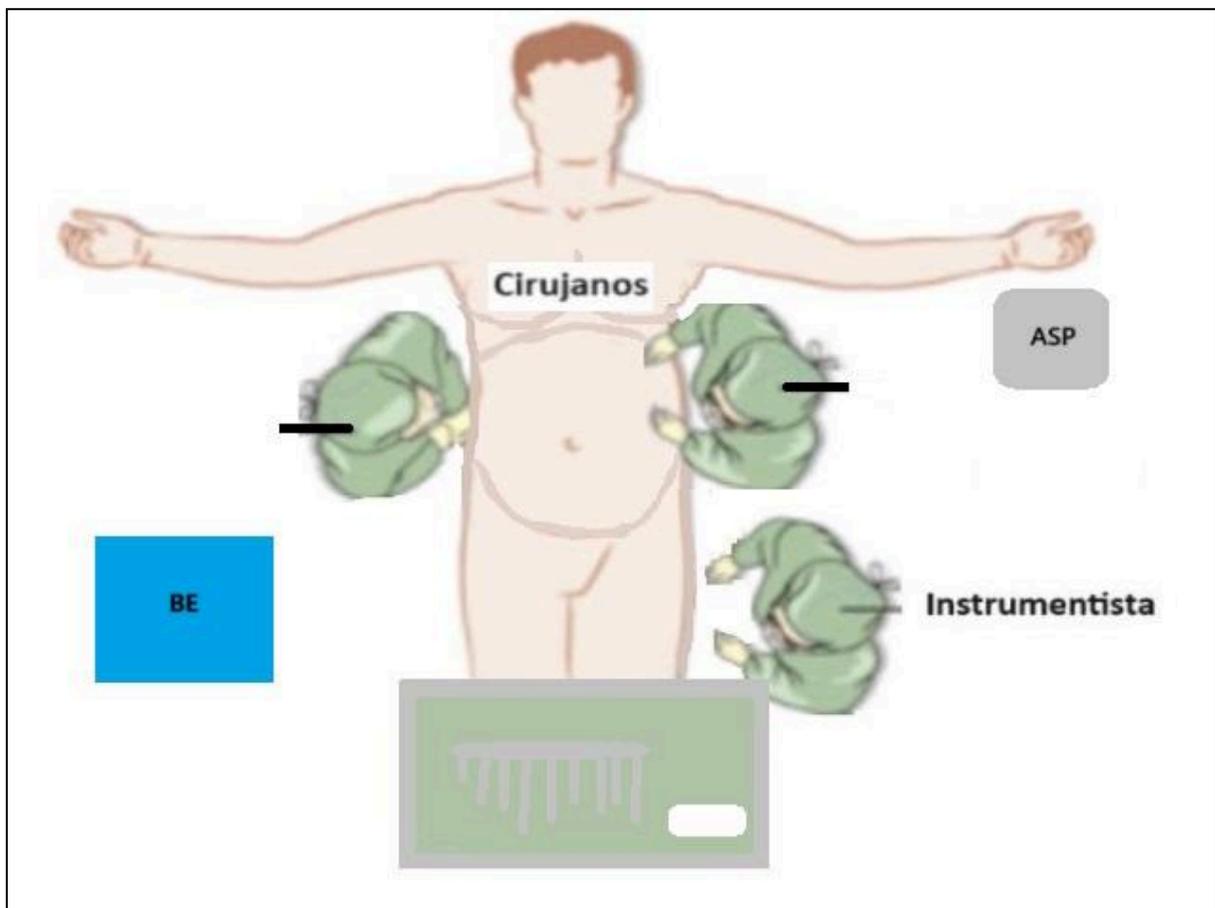
La cirugía de cesárea se realiza comunmente bajo anestesia locorreional peridural

CESÁREA

cuando la partera ya ha iniciado el trabajo de parto en una unidad de Toco - Ginecología. Si el origen de la paciente fuese el domicilio, se procede a una anestesia raquídea o general con intubación orotraqueal de secuencia rápida al considerar el estómago lleno. La posición quirúrgica del paciente es en decúbito supino con los brazos abiertos y con un ligero TILT de 10° a la izquierda para descomprimir la vena porta por acción del volumen y peso, así favorecer el retorno venoso. El procedimiento se realiza mediante cirugía abierta, laparotomía transversa baja, con una incisión llamada *Pfannenstiel*.

Como material fungible de rescate para usar en la cirugía se necesita:

- Sistema de succión para facilitar el alumbramiento fetal (tipo Kiwi®)
- Sistema de taponamiento uterino en situación de sangrado (tipo Bakri®)
- Palas forceps para asistir la extracción del feto.



Posicionamiento del paciente y situación en quirófano

El instrumental quirúrgico necesario es:

- 2 x Bisturís nº 23
- 2 x Tijeras Mayo
- Tijera Metzenbaum
- 2 x pinzas de disección c/ dientes

Este recurso ha sido editado por QuiroSite - Formación Quirúrgica Especializada.
Todos los derechos reservados

CESÁREA

- 2 x pinzas de disección s/dientes
- 4 x pinzas Bengolea
- 6 x pinzas Kocher
- 6 x pinzas Rochester
- 4 x pinzas Collin
- 2 x pinzas Babcock
- 2 x separadores Roux
- Separador suprapúbico
- 3 x Portaagujas

Los pasos quirúrgicos de la técnica son:

Se realiza incisión *Pfannenstiel*, laparotomía transversa baja (2-3cm sobre el borde de la sínfisis púbica) con una ligera curvatura, disección por planos (separadores Roux, 2 x pinzas con dientes y bisturí eléctrico para diéresis de tejidos). Diéresis longitudinal de la fascia de los m. rectos abdominales con tijera Mayo hasta alcanzar el peritoneo visceral. Identificar la vejiga y protegerla con la valva suprapúbica traccionando hacia caudal (compite en un mismo espacio con el útero y la bolsa amniótica). Incisión transversal del útero con bisturí nº 23 y pinzas sin dientes, ampliación de incisión con tijera de Metzembaun y diéresis digital.

Rotura de la bolsa amniótica con tijera de Mayo y aspiración continua del líquido hasta identificar la cabeza del feto y sus hombros para proceder a la maniobra de extracción, primero se tracciona de la cabeza del feto desde la base craneal y después se extraen cada hombro hasta su alumbramiento completo.

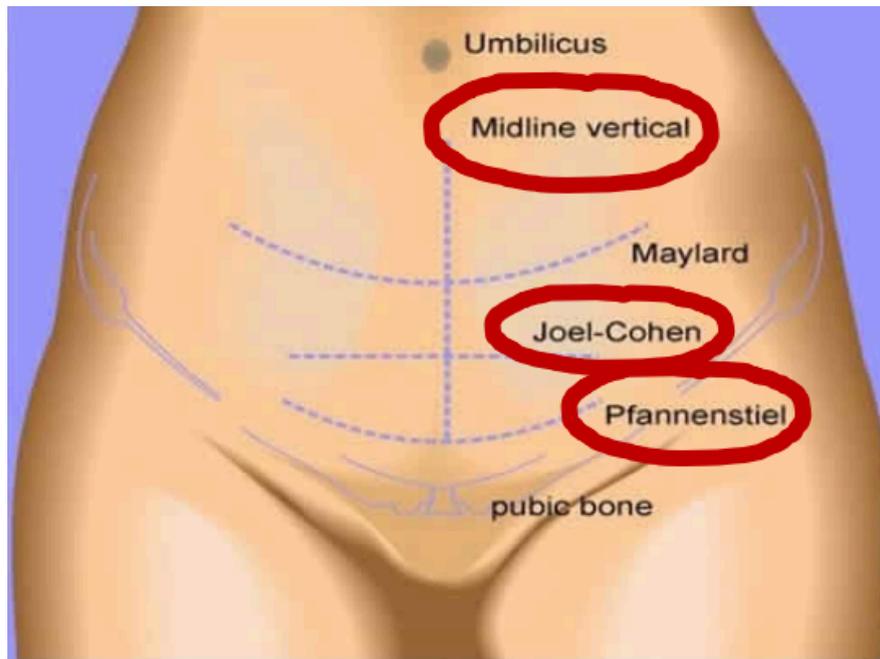
El procedimiento de clampaje del cordón umbilical será mediante 2 pinzas Kocher sin dientes y corte con tijera de Mayo para retirar el feto del campo quirúrgico y proceder evaluación mediante test de Apgar. Se despega y retira la placenta del útero con la ayuda de las pinzas atraumáticas Collin. Con 2 pinzas Kocher se clampa el cordón umbilical y se corta con tijera de Mayo para comprobación analítica y sanguínea.

El control del sangrado profuso que provoca la incisión en el útero se controla con 4 pinzas Collin dispuestas dos en el borde superior y otras dos en el borde inferior. Aspiración continua del sangrado intrauterino provocado por el posible desgarró en la extracción de la placenta y sutura continua de la incisión con material absorbible trenzado 1 USP. Al tacto del tono uterino se procede a administrar fármacos ocltóclcos EV (oxitocina, carbetocina...) para favorecer el control de sangrado y reducir la hemorragia realizando una acción de contracción uterina.

Se procede a la sutura del útero con sutura trenzada absorbible continua y revisión de los anejos (trompas de Falopio y ovarios). En este momento, el personal de enfermería circulante realizará el contaje de compresas utilizadas, al ser la primera cavidad que se cierra. Si el contaje es correcto, se procede al cierre del plano aponeurótico con sutura trenzada absorbible continua 1 USP (de lado a lado o bien en dos mitades). El último cierre por planos corresponde al tejido subcutáneo que se

CESÁREA

realiza con sutura trenzada absorbible 2/0 USP y grapas para la piel. Se puede colocar drenaje subcutáneo si hay sospecha de hematomas y seromas.



Incisiones tradicionales para una cesárea.

Aspectos a tener en cuenta:

- En la maniobra de extracción del feto se utilizan maniobras manuales para rotar al feto y extraerlo. En el caso que no sea posible, se utilizarán instrumentos externos como palas de forceps o un sistema de succión colocado en la cabeza del feto para facilitar la maniobra.
- Si antes de iniciar el procedimiento de cesárea, la paciente da el consentimiento expreso de ligadura de trompas, se procederá al mismo inmediatamente después de suturar el útero. El procedimiento consiste en traccionar con una pinza Babcock de la trompa de Falopio en su porción proximal (cerca del ovario) y se realizan cortes transversales con bisturí eléctrico a ambos lados de la pinza Babcock y se coagula la mucosa del tubo ovárico, produciendo una discontinuidad física en el proceso de ovulación que va desde el ovario hasta cavidad uterina. Se puede reforzar la exéresis con una sutura trenzada absorbible 2/0 USP en ambos tubos.
- En el caso de alumbramiento múltiple, conviene tener en cuenta las limitaciones de instrumental, por tanto, para identificar correctamente el orden de extracción de cada feto, debemos acordar qué tipo de pinza hemos facilitado para el clampaje del cordón en cada feto (Kocher recto, Kocher curvo, pinza fungible de cordón...) realizando el proceso de doble clampaje y corte con tijera de Mayo a cada feto.

CESÁREA



Pasos quirúrgicos histerotomía (cesárea) mediante abordaje Pfannenstiel

Complicaciones

Las más recurrentes aunque poco frecuentes son hemorragia postparto, hematomas, infección de la herida o del útero (endometritis), adherencias y atonía uterina (derivando en intervención emergente para histerectomía).