

Protocolo de indicación de operación cesárea del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología

Cor. M.C. María Guadalupe **Ortega-Medrano,***

Cor. M.C. Azucena del Carmen **Hernández-Martínez,**** Gral. Brig. M.C. Clementina **Espínola-Zetina**

Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. Ciudad de México

Objetivo

Contribuir a la calidad de la atención y seguridad del paciente, mediante la correcta indicación de operación cesárea, estableciendo sus indicaciones y disminuyendo su práctica injustificada, mejorando el pronóstico materno y neonatal finalizando con los menores riesgos para la madre y su recién nacido.

Alcance

Este procedimiento se aplica a todas las pacientes embarazadas, que sean atendidas en el Hospital Militar de Especialidades de La Mujer y Neonatología (HMEM y N), a quienes se les va a terminar el embarazo mediante operación cesárea.

Responsabilidades

- **Director del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología:** Aprueba el procedimiento para su inmediata aplicación.
- **Subdirector del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología:** Revisa el procedimiento previo a su inmediata aplicación en este Hospital.
- **Comité de Calidad:** Revisa el documento, su clasificación y distribución en este Hospital.
- **Jefe de Departamento:** Elabora el documento y supervisa que se cumpla con el procedimiento por parte del personal médico de este Hospital.
- **Personal Médico y Enfermería:** Conocen el procedimiento para su correcta aplicación.

Definiciones

- **Cesárea:** Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer al feto o a los fetos, vivos o muertos, a través de laparotomía e incisión en la pared del útero. NO SE CONSIDERA CESÁREA LA EXTRACCIÓN DE EMBARAZO ABDOMINAL.
- **Presentación podálica:** Presentación longitudinal en la que el feto ofrece al estrecho superior de la pelvis materna, su polo podálico. Es considerada una presentación distócica por el riesgo perinatal que conlleva.
- **Presentación transversa:** Aquella en que el feto se dispone en situación transversa respecto al eje longitudinal del útero y presenta al estrecho superior de la pelvis materna uno de sus hombros.
- **Placenta previa:** Inserción parcial o total de la placenta en el segmento inferior del útero, antecediendo a la presentación fetal y cubriendo parcial o totalmente el orificio cervical interno.
- **Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera:** Separación parcial o completa de la placenta de su sitio normal de implantación, después de la 20 semana de gestación y antes de la expulsión completa del feto.
- **Procidencia de cordón:** Situación obstétrica en que el cordón umbilical desciende por delante de la cabeza fetal a la pelvis y puede ser comprimido por la presentación contra el canal del parto, causando hipoxia fetal.
- **Detención en la dilatación:** Ausencia de dilatación cervical después de 4 horas con contracciones uterinas adecuadas después de alcanzar 5-6 centímetros de dilatación, siempre y cuando el registro cardiotocográfico esté dentro de límites normales.

* Jefa del Departamento de Tococirugía del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. ** Subdirectora del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. *** Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología.

Correspondencia:

Dra. María Guadalupe Ortega-Medrano

Av. Industria Militar esquina con calle Juan Cabral S/N Lomas de Sotelo, México, D.F.

Recibido: Octubre 10, 2013.

Aceptado: Octubre 15, 2013.

- **Detención en el descenso:** Se diagnostica después de una hora, cuando no hay descenso de la parte presentada, a pesar de buenos esfuerzos de pujo materno.

Tipos de cesárea:

Según antecedentes obstétricos:

- **Primera.** La que se realiza por primera vez.
- **De repetición.** La que se practica en una mujer con una o más cesáreas anteriores.

Según indicaciones:

- **Emergencia.** La que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- **Peligrosa.** La que se efectúa cuando existe compromiso materno o fetal, pero que no constituye una amenaza inminente para la vida.
- **No Peligrosa.** La que se efectúa cuando existe necesidad de parto temprano, pero no hay un compromiso materno o fetal.
- **Electiva.** La que se programa para ser realizada en una fecha determinada, por alguna indicación médica ó a petición materna y que se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto. Individualizando cada caso y en todos se deberá discutir con el Jefe del Departamento de Obstetricia (o quien lo sustituya), asentando el plan de manejo y en donde se deberá asentar la segunda firma de autorización de la cirugía.

Según técnica quirúrgica:

Transperitoneal:

- **Corporal o clásica.** Incisión que se realiza en el cuerpo uterino.
- **Segmento corporal (tipo Beck).** Incisión que toma parte del segmento corporal.
- **Segmento arciforme (tipo Kerr).** Incisión transversal en el segmento uterino. (tipo Kroning) incisión vertical del segmento uterino.

Extraperitoneal:

Actualmente poco empleada. Existen variantes, con riesgo de lesión vesical traumática:

- Prevesicale,
- Supravesicale y
- Parasupravesicale.

Indicaciones

Pueden estar dadas por causas maternas, fetales o mixtas.

Causas maternas:

- Distocia de partes óseas:
 - Estrechez pélvica
 - Pelvis asimétrica o deformada.
 - Tumores óseos de la pelvis.
- Distocia de partes blandas:
 - Malformaciones congénitas
 - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyan el canal del parto.
 - Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
 - Cirugía previa del cérvix (Cerclaje abdominal), vagina (plastía vaginal) y vulva que interfieran con el proceso adecuado del trabajo de parto. O que el parto vaginal pueda dañar tejidos previamente reparados quirúrgicamente.

Otras enfermedades maternas (Cardiopatías III y IV, antecedente de desprendimiento de retina, etc).

Fetales:

- Sospecha de producto macrosómico (mayor de 4,500 g).
- Prolapso o procidencia de cordón umbilical.
- Estado fetal no tranquilizador.
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
- Gestación múltiple.
- RCIU (Categorías IV o V).
- Distocia de presentación:
 - Presentación pélvica.
 - Presentación transversa.
 - Presentación de cara.
 - Occipito posterior persistente que no se pueda resolver con otras maniobras

Misceláneas: Placenta previa:

- Distocia de contracción:
 - Detención en la dilatación.
 - Detención en el descenso.
 - DPPNI (abruptio) de placenta.
 - Infecciones verticales: Herpes genital activo y VIH.
 - Cáncer cérvico uterino.
 - Intento fallido de aplicación de fórceps o vacum.
 - Cesárea a petición (Previa presentación en comité de bioética).
 - Otras indicaciones que se encuentren incluidas en los protocolos correspondientes y obedecen a complicaciones medicas u obstétricas del embarazo.

Nota: La prematuridad por sí misma no es indicación de cesárea cuando el producto se encuentra en presentación cefálica.

Descripción

Generalidades

La cesárea es una técnica quirúrgica que ha ayudado a disminuir la morbilidad fetal y materna, pero cuando se cae en el abuso, produce aumento en lo que tratamos de evitar.

Antes de realizar una cesárea, el médico residente deberá solicitar la autorización del médico especialista de Ginecología y Obstetricia.

Cuando el cirujano sea un médico especialista deberá de llevar la segunda firma por el Jefe del Departamento de Obstetricia (o quien lo sustituya). Estas dos firmas deben de estar asentadas en la nota preoperatoria. Sólo se exceptúa de esta modalidad los casos de extrema urgencia que requiera ser resueltos inmediatamente. Recordando que el médico tratante es aquel que realiza el procedimiento y es responsable de los daños que el procedimiento pueda ocasionar.

Asimismo, deberá existir apego al protocolo de antibiótico profilaxis establecido en el HMEMyN.

Técnica

- Realizar la tricotomía antes de iniciar el procedimiento.
- El abordaje en la pared abdominal puede ser por línea media o por vía transversa.
- La vía media puede ser infraumbilical, peri e incluso supraumbilical en casos especiales. Generalmente el abordaje es separando los músculos rectos abdominales, pero en raras ocasiones puede usarse abordaje paramedial.
- En caso de que la cesárea sea clasificada como urgente. El abordaje en la pared abdominal será por línea media y anestesia general.
- El abordaje transversal puede ser con varias técnicas, las más conocidas son la Pfannenstiel modificada, Arévalo-Gardoqui, Cherney y Monk.
- La apertura del útero puede ser con la incisión corporal clásica, la segmentaria tipo Kerr, la segmentaria tipo Kroning o la tipo Joel Cohen.
- Existen dos maneras de abrir el útero: cortante y por avulsión digital, existen evidencias discordantes acerca de cuál es superior. La apertura digital presenta menor sangrado y no produce riesgo de lesión fetal. En cualquiera de las dos maneras de abrir es conveniente, si es posible, no romper las membranas uterinas, hasta el momento del nacimiento.
- Luego del nacimiento la placenta debe ser extraída. La manera recomendada es la tracción controlada del cordón umbilical y la expresión uterina partiendo del fondo. No es recomendable la extracción manual rutinaria, ya que aumenta el riesgo de infección.

- La sutura uterina puede darse en uno o dos planos, la segunda sutura se recomienda con dos objetivos, uno comprobado es la disminución del riesgo de ruptura uterina en el siguiente embarazo. Y otro riesgo teórico que es la disminución del riesgo de endometriosis. La sutura única se recomienda en la técnica de Misgav-Ladach y cuando se hace salpingoclasia, esto disminuye el tiempo quirúrgico y las tasas de infección.

Cierre de la pared abdominal:

- Existen diversas maneras de cerrar, actualmente no se recomienda el cierre peritoneal, tanto visceral como parietal, ya que el no cerrar, disminuye el dolor postoperatorio, disminuye el tiempo quirúrgico y las tasas de infección.
- El riesgo de adherencias se considera que es el mismo sin cierre que con cierre peritoneal.
- El cierre de aponeurosis recomendado en mujeres sin riesgo de presión intraabdominal aumentada o con estados que favorezcan evisceración o herniación, es el cierre con surgete continuo (no anclado) con material monofilamento inabsorbible. En las pacientes con riesgo elevado de evisceración, eventración o herniación deberá cerrarse la aponeurosis con técnicas de puntos totales idealmente puntos de Smead-Jones con material inabsorbible.
- Deben afrontarse las fascias con la finalidad de disminuir el riesgo de seromas, sobre todo en mujeres con tejido celular subcutáneo con grosor de 2 a 2.5 cm o mayor.
- El cierre de piel puede ser desde el descrito en el Misgav-Ladach (surgete continuo sin anclar) o puntos separados o subcuticular, de acuerdo con el riesgo de infección que la paciente presente.
- No se recomienda dejar drenajes.

Diagnóstico

- Historia clínica completa.
- Exploración abdominal: maniobras de Leopold, medición de la distancia pubis-fondo, latido cardíaco fetal y actividad uterina.
- Exploración vaginal: descartar lesiones, infecciones y malformaciones, confirmar presentación, integridad de las membranas amnióticas, salida de líquido amniótico, valorar dilatación, borramiento, posición y firmeza del cérvix, así como determinar la estación.

Metas del tratamiento

- Proporcionar atención pronta y oportuna.
- Detectar las complicaciones que se presenten y corregirlas, controlarlas o disminuirlas.
- Finalmente entregar una madre y un hijo sanos, y en los casos en que esto no sea posible, esto no será condicionado por atención deficiente atribuible al personal de salud.

Plan de manejo

Su ingreso a quirófano puede ser por:

- a) Consulta Externa.
- b) Urgencias.
- c) Salas de obstetricia.

Las pacientes que ingresan para cesárea electiva podrán encamarse el día previo o en la mañana del día de la cirugía, siempre con el tiempo oportuno para poder llevar a cabo los lineamientos reglamentarios del HMEMyN.

Estas pacientes tendrán que ser hospitalizadas en la sala de Alojamiento Conjunto si no presentan trabajo de parto. Si presentan trabajo de parto se encamaron en la Sala de Cuartos Combinados.

No aplicar enema evacuante en ninguno de los casos. Limitar exploraciones vaginales al máximo.

Deberá verificarse que cuenta con estudios preoperatorios o en su caso tomar los estudios en la cateterización venosa.

Se realizará la vigilancia de signos vitales de la paciente y la frecuencia cardíaca fetal el número de veces que el médico tratante o responsable lo indique.

Para su ingreso a quirófano deberán ser recibidas en el Servicio de Terapia y Recuperación, no en el Servicio de Cuartos Combinados.

Pacientes que ingresan por el Servicio de Urgencias o Consulta Externa en trabajo de parto

A las pacientes que ingresen por el Servicio de Urgencias se les tomarán los estudios correspondientes y se prepararán para cirugía, si el llamado a quirófano es pronto, serán conducidas al Servicio de Terapia y Recuperación, si el llamado a quirófano es tardío deberán conducirse al Servicio de Cuartos Combinados.

Las pacientes que ingresen por Consulta Externa serán encamadas en la Sala de Alojamiento conjunto o Embarazo

Complicado de acuerdo a si existe o no alguna complicación y ahí se prepararán y se enviarán al Servicio de Cuartos Combinados.

Sólo en los casos en que las pacientes presenten trabajo de parto activo serán enviadas directamente al Servicio de Cuartos Combinados.

Al término del procedimiento quirúrgico la paciente pasará en todos los casos a recuperación por el tiempo que el Servicio de Anestesiología considere adecuado, siendo los médicos anestesiólogos los responsables de la vigilancia postanestésica y alta, con apego a la Norma Oficial Mexicana 006-SSA3-2011 de Anestesia.

Lo anterior no exime al médico ginecólogo del cuidado obstétrico correspondiente.

Referencias

1. Lineamiento técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea, Boletín técnico, editado por S.S.A., dentro del programa nacional de salud 1995-2000.
2. Cunningham GF, Gant FN, Leveno JK. Williams Obstetrics 21st. Ed. McGraw-Hill; 2001.
3. Dunn LJ. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En: Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth 6a. Ed. Editorial Interamericana; 1990, p. 673-84.
4. Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. NOM-007-SSA 2-1993. Diario Oficial de la Federación. Enero de 1995.
5. Caesarean section. Clinical Guide line. Published by the Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Abril 2004.
6. Guía de Práctica Clínica sobre la atención del Parto Normal. Guías de Prácticas Clínica en el SNS (Ministerio de Sanidad y Política Social. España: 2006.
7. M.Y.K. Wee H Bromn, F. Reynolds.
8. The National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidelines for caesarean sections: Implications for the anesthetist.
9. International Journal of Obstetric Anesthesia 2005; 147-58: 14.
10. Operación Cesárea. Protocolo de Indicación. Servicio Obstetricia y Ginecología. Hospital Santiago Oriente. Dr. Luis Tisné Brousse año 2009.
11. Guía práctica clínica. Realización de operación cesárea. IMSS 048-08.
12. Umma M. Reddy, MD, MPH; Jun Zhang Phd, MS; Liping Sun, MD. Neonatal mortality by attempted route of delivery in early preterm birth. AJOC, August 2012 Vol 207, Numberz 117-119.





SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
HOSPITAL MILITAR DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER Y NEONATOLOGÍA
Av. Industria Militar S/N. Esquina Gral. Juan Cabral Col. Lomas de Sotelo
Del. Miguel Hidalgo, México, D.F. C.P. 11200
Lic. Sanitaria 06 AM09011 057

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(CESÁREA)**

México, D.F., a ____ de ____ de 20 __. ____: ____ hrs.

**C. DIRECTOR DEL H.M.E.M. Y N.
P r e s e n t e**

La suscrita _____ de _____ años de edad, Matrícula _____, he sido informada que mi diagnóstico es _____, por lo que por este medio y sin presión alguna acepto ser sometida al procedimiento quirúrgico llamado CESÁREA, el cual será realizado por el Dr. _____, en el establecimiento a su cargo.

HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADA de que el procedimiento tiene por OBJETO el nacimiento del feto por vía abdominal, en virtud de que el parto por vía vaginal no es posible debido al riesgo de complicaciones incrementado para la madre y/o el recién nacido.

En igual sentido he sido informada de los RIESGOS que entraña el procedimiento, siendo éstos: infección, reacción alérgica a medicamentos y/o anestésicos, cicatriz mal constituida, pérdida sanguínea, pérdida de la función de alguna extremidad u órgano, posibilidad de una histerectomía (extracción de útero, trompas de Falopio y ovario); daño a intestinos, vejiga o al recién nacido; embolización (coágulos de sangre u otro material que viajan a otras partes del cuerpo); esterilidad, hernia en la cicatriz quirúrgica, ruptura o falta de contracción del útero, lo cual pudiera requerir de una histerectomía (extracción del útero, trompas de Falopio y ovarios); daño al recién nacido, pérdida sanguínea que pudiera requerir una transfusión con el riesgo de SIDA, hepatitis y otras enfermedades infecciosas y posible necesidad de otras cirugías adicionales.

En igual forma se me explicó que existen otras ALTERNATIVAS como son: _____, sin embargo, se ha considerado que el procedimiento que autorizo resulta ser más conveniente.

Asimismo, estoy enterada de que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna, puedo revocar por escrito el seguir recibiendo la atención y/o aplicación médica en cuestión.

Estoy completa y ampliamente informada, y ENTIENDO los términos en que se me ha dado la información, habiendo preguntado la totalidad de las dudas que al respecto me han surgido, además de haberseme aclarado los términos técnicos que no conocía.

En igual forma AUTORIZO que ante cualquier complicación o efecto adverso durante o después del procedimiento, se me practiquen las técnicas y procedimientos necesarios para la protección de mi vida y mi salud.

INFORMACIÓN PERSONALIZADA (Con base en edad, peso y antecedentes.)

RIESGOS: _____

BENEFICIOS: _____

ALTERNATIVAS: _____

A t e n t a m e n t e

PACIENTE

MÉDICO QUE PROPORCIONA
INFORMACIÓN

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO

TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

Registro de Cambios

Se consigna revisión, fecha, cambio realizado, motivo del cambio y la autorización correspondiente.