

# HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ 2005

## DIVISIÓN URGENCIAS

### GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

### CESÁREA

---

## 1. Aspectos generales

### 1a. Provisión de información

Se le debe ofrecer a la mujer embarazada información basada en evidencia científica y apoyo para que ésta pueda tomar decisiones sobre el parto. Se deben reconocer los puntos de vista y las dudas de las mujeres como parte integral del proceso de la toma de decisiones.

Durante el período prenatal, se debe brindar a la mujer embarazada información basada en evidencia sobre la cesárea, ya que 1 de 5 mujeres recibirá una cesárea. Esta información debe incluir:

- Indicaciones de cesárea (como presumible compromiso fetal, falta de progreso durante el trabajo de parto, presentación podálica).
- Qué cosas envuelve este proceso.
- Riesgos y beneficios asociados.
- Implicancias para futuros embarazos y parto luego de una cesárea. **BP**

---

#### Colaboraron en la redacción de la presente guía:

- Dr. Eduardo A. Valenti. Jefe de División Urgencias.
- Dra. Elsa Andina. Jefe de División Obstetricia.
- Dr. Alberto Rey. Jefe de Guardia del día lunes.
- Dr. Guillermo Oría. Jefe de Guardia del día martes.
- Dra. Cecilia Estiú. Jefe de Guardia del día miércoles.
- Dr. Evaristo Cruz Molina. Jefe de Guardia del día jueves.
- Dr. Jorge Beatti. Jefe de Guardia del día viernes.
- Dr. Rubén Almada. Jefe de Guardia del día sábado.
- Dra. Mónica Ingilde. Jefe de Guardia del día domingo.
- Residentes de Tocoginecología.

---

Las letras en mayúscula negrita son los niveles de evidencia. **BP**: buena práctica.

Los profesionales que quieran tener una copia de la presente publicación deberán solicitarla en la Asociación de Profesionales (3<sup>er</sup> piso) o en forma gratuita por correo electrónico a [evalenti5@yahoo.com.ar](mailto:evalenti5@yahoo.com.ar)

La comunicación y la información deben ser provistas a la mujer de una forma accesible, teniendo en cuenta las necesidades culturales y de información de las comunidades minoritarias y de aquellas mujeres que no pueden leer y también considerando las necesidades de las mujeres con discapacidades o dificultades del aprendizaje. **BP**

### 1b. Consentimiento de la cesárea

Luego de brindar la información, se le debe solicitar a la mujer el consentimiento para que se realice una cesárea, de una manera que se respete la dignidad, la privacidad, los puntos de vista y la cultura. **C**

Una mujer embarazada competente puede negarse al ofrecimiento de un tratamiento como la cesárea, aún cuando el tratamiento la beneficiaría claramente, a ella o a su bebé. La no aceptación del tratamiento debe ser considerado como una de las opciones del paciente. **D**

Si la paciente no acepta la operación cesárea, el jefe de guardia deberá comunicarse con la comisaría correspondiente para ubicar al juez de turno quien indicará la conducta a tomar para evitar el riesgo fetal.

Cuando se considera una cesárea, deben discutirse los beneficios y riesgos de la cesárea comparado con parto vaginal, en la situación específica de la mujer y su embarazo. **BP**

Cuando la decisión es hacer una cesárea, se debe hacer una enumeración de todos los factores que influyen en la decisión, y cuál de ellos ha influido más. **BP**

### 1c. Clasificación de la urgencia

La cesárea de urgencia debe ser documentada usando el siguiente escenario estandarizado para permitir una comunicación clara entre los profesionales de la salud sobre la emergencia:

- Riesgo inminente de la vida de la mujer o el feto (ejemplo: DPNI),
- compromiso materno o fetal sin riesgo de vida inminente (ejemplo: RCIU),
- sin compromiso materno o fetal, pero necesidad de parto más temprano (ejemplo: madre HIV positiva),
- conveniencia del momento del parto a la mujer o al equipo médico (ejemplo: Rh negativa sensibilizada). **C**

## 2. Cesárea electiva

### 2a. Presentación podálica

Se les puede ofrecer versión cefálica externa a toda mujer con un embarazo no complicado, feto único, de 36 semanas de gestación. Las excepciones son mujeres en trabajo de parto y mujeres con alguna anomalía o cicatriz uterina, compromiso fetal, ruptura de membrana, sangrado vaginal o cualquier otra condición médica que la contraindique. **A**

Se les debe ofrecer una cesárea a las mujeres embarazadas con presentación podálica de término y con feto único, que tienen contraindicación de versión cefálica, o ésta no fue exitosa; la cesárea reduce la mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal. **A**

### 2b. Embarazo múltiple

En embarazos gemelares no complicados de término, donde la presentación del primer gemelar es cefálica, la morbilidad perinatal para el segundo gemelar aumenta. Sin embargo, el efecto de la cesárea para mejorar el resultado para el segundo gemelar no está claro y por lo tanto la cesárea no debe ser ofrecida en forma rutinaria. **C**

En embarazos gemelares donde el primer gemelar no está en posición cefálica el efecto de la cesárea para mejorar el resultado está poco claro, sin embargo la práctica habitual es ofrecer una cesárea electiva. **BP**

La cesárea electiva para embarazo gemelar no complicado no debe ser llevada a cabo antes de las 38 semanas porque aumenta el riesgo de problemas respiratorios en estos niños. **B**

### 2c. Parto pretérmino

El parto pretérmino se asocia con un aumento de la morbilidad neonatal. Sin embargo, no está claro que la cesárea electiva mejore estos resultados, por lo tanto no debe ofrecerse una cesárea de rutina. **C**

### 2d. Pequeño para la edad gestacional

El riesgo de morbilidad neonatal está aumentado en los niños “pequeños para la edad gestacional”. Sin embargo no está claro de que la cesárea mejore estos resultados, por lo tanto no debe ofrecerse de rutina. **C**

### 2e. Placenta previa

Se debe ofrecer una cesárea a aquellas mujeres con una placenta que cubre parcial o completamente el cuello interno (grado 3 o 4). **D**

### 2f. Predicción de cesárea intraparto por desproporción cefalopélvica

La pelvimetría no es útil para predecir una “falta de progreso” del trabajo de parto y no debe ser usada para tomar decisiones sobre el tipo de parto. **A**

El tamaño del feto, la altura materna y las estimaciones de tamaño fetal (por ecografía o examen clínico), no son predictores válidos de desproporción cefalo pélvica y no deben ser usados para predecir “falta en el progreso” del trabajo de parto. **B**

### 2g. Transmisión vertical de infecciones maternas

Se debe ofrecer una cesárea a toda mujer embarazada VIH+ porque reduce el riesgo de transmisión vertical por el virus VIH. **A**

Hay situaciones especiales en las que la cesárea no reduce el riesgo de transmisión vertical y deben ser contempladas (ejemplo: RPM prolongada).

La transmisión vertical de hepatitis B puede reducirse si el niño recibe inmunoglobulina y vacunación. En estas situaciones, no se les debe ofrecer una cesárea a las mujeres embarazadas con hepatitis B porque no está claro que la cesárea reduzca la transmisión vertical del virus. **B**

No se debe ofrecer una cesárea electiva a las mujeres infectadas con hepatitis C porque ésta no reduce la transmisión vertical del virus. **C**

Se debe ofrecer una cesárea a las mujeres embarazadas con hepatitis C y VIH ya que reduce la transmisión vertical de ambos virus. **C**

Se debe ofrecer una cesárea a toda mujer con infección primaria con el virus del herpes simple (VHS) durante el tercer trimestre del embarazo porque disminuye el riesgo de infección neonatal a VHS. **C**

A toda mujer embarazada con recurrencia de VHS en el momento del parto se le debe informar que existe incertidumbre acerca de cuál es el efecto de la cesárea electiva para reducir el riesgo de infección neonatal por VHS. Por lo tanto, no se debe ofrecer una cesárea en forma rutinaria. **C**

## 2h. Solicitud materna

El pedido materno no es por sí mismo una indicación de cesárea y deben explorarse las razones específicas para este pedido, y éstas deben ser discutidas y registradas. **BP**

Cuando una mujer pide una cesárea en ausencia de una razón justificable, deben discutirse y registrarse los riesgos y los beneficios globales de la cesárea comparados con el parto vaginal. **BP**

Cuando una mujer pide una cesárea porque tiene miedo del parto, se debe ofrecer consejo (puede ser una terapia de ayuda) para ayudarla a manejar sus miedos de una manera más adecuada, ya que de esta manera se reduce el miedo al dolor y se logra acortar el tiempo del trabajo de parto. **A**

El médico tiene el derecho de no aceptar el pedido materno de cesárea no justificada.

Sin embargo, la decisión de la mujer debe ser respetada y debe ser derivada para una segunda opinión. **BP**

## 3. Factores que afectan la probabilidad de una cesárea durante el control intraparto

### 3a. Factores que reducen la probabilidad de una cesárea

Se debe informar a las mujeres que el estar acompañadas en forma continua durante el trabajo de parto reduce la incidencia de cesárea. **A**

Se debe ofrecer inducción del parto a la mujer con un embarazo no complicado a las 41 semanas porque reduce el riesgo de mortalidad perinatal y probabilidad de cesárea. **A**

Debe ser usado el partograma con una línea de acción de 4 horas (curva de alerta) para monitorizar el progreso del trabajo de parto en mujeres con trabajo de parto espontáneo y un embarazo de término, feto unido y no complicado, porque reduce la probabilidad de cesárea. **A**

Los consultores obstetras deben involucrarse en la toma de decisiones acerca de una cesárea, porque reduce la probabilidad de una cesárea. **C**

### 3b. Factores que no influyen en la probabilidad de una cesárea

Se debe informar a la mujer que no está claro que las siguientes intervenciones durante el control intraparto influyan en la probabilidad de una cesárea, aunque pueden afectar otros resultados que escapan al fin de esta guía:

- Caminar durante el trabajo de parto.

- Posición no-supina durante el período expulsivo.
- Inmersión en agua durante el trabajo de parto.
- Analgésia epidural durante el trabajo de parto. **A**

### 3c. “Falta de progreso” (FDP) durante el trabajo de parto y cesárea

No está claro si los aspectos siguientes del control intraparto influyen en la probabilidad de una cesárea por falta de progreso y no deben ser ofrecidas por esta razón, aunque pueden beneficiar otros resultados que escapan a la finalidad de la guía:

- Manejo activo del trabajo de parto.
- Amniotomía temprana. **A**

### 3d. Comer durante el trabajo de parto

Se debe informar a la mujer que comer una dieta baja en residuos durante el trabajo de parto (tostadas, galletitas, queso bajas calorías) produce grandes volúmenes gástricos, pero no está claro que aumente el riesgo de aspiración si se requiriera anestesia. **A**

Se debe informar a las mujeres que tomar bebidas isotónicas durante el trabajo de parto previene la cetosis sin un aumento concomitante del volumen gástrico. **A**

## 4. Aspectos de procedimientos de la cesárea

### 4.a Momento de una cesárea electiva

El riesgo de morbilidad respiratoria está aumentado en los niños nacidos por cesárea antes del trabajo de parto, pero este riesgo disminuye significativamente luego de las 39 semanas. Por lo tanto una cesárea electiva no debería ser realizada antes de las 39 semanas. **B**

### 4b. Intervalo decisión-realización para cesárea de emergencia

Debe realizarse lo más rápido posible una cesárea de urgencia en casos de compromiso materno o fetal. Se considera adecuado un intervalo de 30 minutos entre la decisión y el nacimiento. **C**

### 4c. Pruebas preoperatorias y preparación para una cesárea

Se debe ofrecer a toda mujer embarazada una evaluación de hemoglobina antes de una cesárea para identificar anemia. Aunque la pérdida de sangre de más de 1.000 ml es infrecuente luego de una cesárea (ocurre en 4%-8% de los casos), si se presenta, suele ser una complicación seria. **C**

Si la mujer es sana, con embarazo no complicado, no se le debe realizar de rutina las siguientes pruebas antes de una cesárea porque no mejoran la morbilidad asociada a la misma. **C**

- Agrupar y guardar suero.
- Pruebas de compatibilidad sanguínea.
- Pruebas de coagulación.
- Ecografía para localizar la placenta.

Las mujeres que tienen una cesárea con anestesia regional requieren una sonda vesical para prevenir el globo vesical, ya que el bloqueo anestésico interfiere con una función vesical normal. **BP**

#### **4d. Técnicas quirúrgicas para la cesárea**

Los profesionales deben usar doble guante cuando realizan una cesárea en mujeres VIH+, para reducir el riesgo de infección VIH. **A**

Deben seguirse las recomendaciones generales para una práctica quirúrgica segura para reducir la infección VIH del equipo médico. **C**

Se puede usar una incisión abdominal transversa porque está asociada con menor dolor postoperatorio y mejor efecto cosmético comparado con una incisión mediana. **B**

La incisión transversa de elección puede ser la incisión de Joel Cohen (incisión recta, 3 cm arriba de la sínfisis púbica; los tejidos subsecuentes se abren en forma roma y si es necesaria se extiende la incisión con tijeras y no con el bisturí), porque esta incisión se asocia con menor tiempo operatorio y reduce la fiebre en el postoperatorio. **A**

No se recomienda el uso de bisturíes diferentes para incidir la piel y los tejidos más profundos ya que no disminuye la infección de la herida. **B**

Cuando el segmento uterino inferior está bien formado, debe usarse una división roma más que instrumental de la incisión uterina porque reduce el sangrado, la incidencia de hemorragia postparto y la necesidad de transfusión. **A**

Las mujeres que reciben una cesárea deben estar informadas acerca del riesgo de lastimaduras fetales, que es de 2%. **C**

El fórceps debe ser usado en la cesárea si existe dificultad en sacar la cabeza fetal. No se conoce el efecto en la morbilidad neonatal del uso rutinario del fórceps durante la cesárea. **C**

Se debe usar ocitocina endovenosa (5 u) lenta en la cesárea para estimular la contracción del útero y disminuir la pérdida de sangre. **C**

Debe sacarse la placenta usando tracción controlada del cordón y no remoción manual ya que reduce el riesgo de endometritis. **A**

Debe realizarse la reparación intraperitoneal del útero. No se recomienda la exteriorización del útero porque esta práctica se asocia con mayor dolor y no mejora los resultados como la hemorragia y la infección. **A**

La incisión uterina puede ser suturada en un plano. **BP**

Puede no suturarse el peritoneo visceral ni el parietal porque de esta manera se reduce el tiempo operatorio, la necesidad de analgesia postoperatoria y mejora la satisfacción materna. **A**

En las raras circunstancias en que se use una incisión abdominal mediana, se debe cerrar la pared con suturas continuas lentamente absorbibles porque esto provoca menos hernias y menor dehiscencia. **B**

No debe realizarse el cierre de rutina del tejido subcutáneo, a no ser que la mujer tenga grasa subcutánea mayor de 2 cm, porque no reduce la incidencia de infección de la herida. **A**

El drenaje superficial de la herida no debe usarse, porque no reduce la incidencia de infección ni de hematoma. **A**

Los obstetras deben saber que no se conocen los efectos de los diferentes materiales de sutura ni de los métodos de cierre de la piel. **C**

Debe realizarse pH de la arteria umbilical luego de toda cesárea por sospecha de compromiso fetal, para permitir evaluar el bienestar fetal y dirigir el cuidado del niño. **B**

Se debe ofrecer a las mujeres con cesárea antibióticos profilácticos, por ejemplo una dosis única de cefalosporinas de primera generación o ampicilina, para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias (como endometritis, infección del tracto urinario y de la herida) que se produce en 8% de las mujeres con cesárea. **A**

Debe ofrecerse a toda mujer con cesárea trombo profilaxis, porque tienen riesgo aumentado de tromboembolismo pulmonar. La elección del método de profilaxis (por ejemplo, medias elásticas compresivas, hidratación, movilización temprana, heparina de bajo peso molecular) debe tener en cuenta el riesgo de enfermedad tromboembólica y debe seguir las normas existentes. **D**

Se debe permitir ver al bebé nacer y hacer silencio para que lo primero que el niño escuche sea la voz materna. **BP**

El clampeo y ligadura del cordón umbilical debe realizarse de inmediato pudiendo esperar hasta 30 segundos en casos de cesáreas electivas cuando no exista patología materna ni fetal (ejemplo: pelvianas, cesáreas iterativas, estrechez pelviana, etc.). **BP**

## **5. Cuidado del niño nacido por cesárea**

### **5a. Presencia de un pediatra en la cesárea**

Un profesional entrenado en resucitación de recién nacido debe estar presente en toda cesárea realizada bajo anestesia general. **C**

### **5b. Control de la temperatura**

Los niños nacidos por cesárea tienen mayor probabilidad de tener baja temperatura, por lo tanto, el control térmico debe estar dentro de los cuidados habituales del recién nacido. **BP**

### **5c. Contacto piel a piel con la madre**

Debe estimularse el contacto temprano piel a piel con la madre porque mejora la percepción de la madre hacia su hijo, la conducta materna, sus habilidades, la lactancia y reduce el llanto del niño. **A**

### **5d. Lactancia**

Se debe ofrecer apoyo a toda mujer con una cesárea para ayudarla a comenzar con la lactancia lo más pronto posible luego del parto. Esto es debido a que las mujeres con cesárea tienen menos probabilidad de alimentar a su niño en las primeras horas; sin embargo, una vez que la lactancia se establece, tienen la misma probabilidad de continuarla que si hubieran tenido un parto vaginal. **A**

## **6. Cuidado de la mujer luego de una cesárea**

Los profesionales que cuidan a la mujer luego de una cesárea deben saber que, aunque es raro que las mujeres necesiten cuidados intensivos, esto ocurre más frecuentemente luego de una cesárea (alrededor de 9 cada 1.000) comparado con el parto vaginal. **B**

Luego de una cesárea la mujer debe ser observada por personal entrenado hasta que tenga control de la vía aérea, estabilidad cardiorrespiratoria y pueda comunicarse. **D**

Luego de recuperarse de la anestesia, la mujer debe controlarse (frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial, dolor y sedación) cada media hora durante dos horas, y cada hora hasta que esté estable y bien. Si estos controles no están estables, se deben hacer más controles. **BP**

### **6a. Comer y beber en forma temprana luego de una cesárea**

La mujer que tiene una buena recuperación

luego de una cesárea y que no presenta complicaciones puede beber cuando lo desee. **A**

### **6b. Remoción del catéter urinario**

La remoción de la sonda vesical luego de una anestesia regional debe ser realizada una vez que la mujer se movilice y no antes de las 12 horas luego de la última dosis de anestesia epidural. **D**

### **6c. Fisioterapia respiratoria**

No es necesario indicar a la mujer fisioterapia respiratoria de rutina luego de una cesárea bajo anestesia general, porque no mejora los resultados respiratorios como la tos, flema, fiebre y cambios en la palpación y auscultación torácicas. **A**

### **6d. Información luego de la cesárea**

Se le debe ofrecer a la mujer la oportunidad de discutir con las personas que la atendieron las causas de la cesárea y sus implicancias para el niño y futuros embarazos. **BP**

### **6e. Duración de la estadía en el hospital y re internación**

Es probable que la estadía en el hospital se prolongue luego de una cesárea (promedio 3-4 días) comparado con el parto vaginal (1-2 días). Sin embargo a las mujeres que tienen una buena recuperación, no tienen fiebre ni complicaciones se les puede ofrecer el alta temprana (60 horas) del hospital y el seguimiento en su casa, ya que esta práctica no está asociada con mayores reinternaciones del niño ni de la madre. **A**

## **7. Recuperación luego de una cesárea**

Los cuidados de la herida incluyen:

- Cambiar las gasas 24 horas luego de la cirugía.
- Control de la temperatura.
- Evaluar signos de infección de la herida (aumento del dolor, rubor, secreción), apertura o dehiscencia.
- Estimular a la mujer para que use ropa confortable, suelta y de algodón.
- Limpiar y secar la herida diariamente.
- Si fuera necesario, planear la extracción de suturas o clips. **D**

Las personas encargadas del cuidado de mujeres con cesárea que tienen síntomas urinarios deben considerar los siguientes diagnósticos posibles:

- Infección de la vía urinaria.
- Incontinencia por stress (ocurre en alrededor

de 4% de las mujeres con cesárea).

- Injuria de la vía urinaria (ocurre en alrededor de 1 por 1.000 mujeres con cesárea). **D**

Los profesionales que están a cargo de una mujer que recibió una cesárea y que presenta sangrado vaginal irregular deben considerar que probablemente éste sea debido a endometritis más que a retención de los productos de la concepción. **D**

Las mujeres con cesárea tienen un riesgo aumentado de enfermedad trombo embólica (tanto trombosis de la vena profunda como embolismo pulmonar), por lo tanto los profesionales deben prestar particular atención a aquellas mujeres con síntomas torácicos (como tos o acortamiento de la respiración) o síntomas en las piernas (edema doloroso de la pantorrilla). **D**

Las mujeres con cesárea deben reanudar sus actividades como manejar, llevar peso, realizar ejercicio y tener relaciones sexuales una vez que se hayan recuperado de la cesárea (incluyendo cualquier restricción física debido al dolor). **BP**

Los profesionales encargados del cuidado de las mujeres que recibieron una cesárea deben informarles que no tienen un riesgo aumentado de dificultades para la lactancia, de depresión, de síntomas de estrés post traumático, dispareunia e incontinencia fecal. **D**

## 8. Embarazo y parto luego de una cesárea

Los riesgos y beneficios de un parto vaginal luego de una cesárea comparado con repetir la cesárea son inciertos.

Por lo tanto, la decisión sobre el tipo de parto luego de una cesárea debe tener en cuenta:

- Preferencias y prioridades maternas.
- Una explicación sobre los riesgos y beneficios de una cesárea.

- Riesgo de rotura uterina.

- Riesgo de morbimortalidad perinatal. **BP**

La mujer que tuvo una cesárea previa y que quiere tener un parto vaginal debe ser apoyada en su decisión.

Debe ser informada que:

- La rotura uterina es una complicación rara, pero que aumenta en mujeres con parto vaginal (35 por 10.000 mujeres comparado con 12 por 10.000 mujeres que repiten la cesárea).
- El riesgo de muerte fetal intraparto es bajo para mujeres con parto vaginal (alrededor de 10 por 10.000; sin embargo, es más alto que con cesárea electiva repetida (alrededor de 1 por 10.000).
- El efecto de un parto vaginal o de una cesárea electiva repetida en la parálisis cerebral es incierto. **B**

Se debe ofrecer a la mujer que tuvo una cesárea monitoreo electrónico fetal durante el trabajo de parto. **BP**

Se puede ofrecer a la mujer con cesárea anterior la inducción del trabajo de parto, pero tanto la mujer como el profesional a cargo debe conocer que la probabilidad de rotura uterina en estas circunstancias aumenta:

- 80 por 10.000 cuando el trabajo de parto no es inducido con prostaglandinas.
- 240 por 10.000 cuando el trabajo de parto es inducido con prostaglandinas. **B**

La mujer que tiene una cesárea anterior debe ser controlada de cerca durante el trabajo de parto, debe tener acceso a monitoreo fetal y debe tener la posibilidad inmediata de recibir una cesárea, porque ella tiene un riesgo aumentado de rotura uterina. **BP**

La mujer embarazada con cesárea anterior y parto vaginal anterior debe ser informada que tiene una probabilidad mas alta de parto vaginal que aquélla que tuvo una cesárea anterior pero no parto vaginal previo. **B**

*“Saber es prever, prever es dominar”*

MÁXIMA POSITIVISTA