



Cesariana

- 1 Introdução
- 2 Anestesia para cesariana
- 3 Técnica cirúrgica
- 4 Conclusões

1 Introdução

O termo “cesariana” refere-se à operação de retirada do feto através de incisões na parede abdominal e no útero. Possui um enorme potencial de preservação da vida e da saúde, provavelmente maior que o de qualquer outra cirurgia de grande porte.

A taxa de cesariana varia muito entre os países, de cerca de 5% a mais de 25% de todos os partos. Não se sabe qual a taxa ideal, mas parece haver pequena melhora do resultado quando as taxas ultrapassam um nível mínimo. Apesar disso, em muitas partes do mundo ainda há altas taxas de cesariana.

Muitas cesarianas são realizadas por indicações inquestionáveis, como placenta prévia ou situação transversa. Entretanto, a maioria das cirurgias é realizada por indicações bastante ambíguas. Os critérios para diagnóstico de distocia (trabalho de parto prolongado) e sofrimento fetal, duas das razões mais comuns para a realização de cesariana, não são claros. Ainda não há dados disponíveis para indicar que percentagem dos fetos em apresentação pélvica seria beneficiada pela cesariana. Uma cesariana prévia com incisão do segmento inferior raramente é, por si só, indicação adequada para outra cesariana.

A diferença no uso dessa cirurgia de grande porte pelos obstetras sugere que os diferentes obstetras e as sociedades nas quais atuam têm diferentes diretrizes práticas e expectativas em relação à indicação de cesariana. Também sugere que outros fatores, como a condição socioeconômica da mulher, a influência de ações por erro médico, as expectativas femininas, aspectos financeiros e a conveniência para o obstetra e para a mulher, eventualmente podem ser mais importantes que fatores obstétricos na decisão de operar.

2 Anestesia para cesariana

Quando é necessário realizar cesariana, sua segurança depende do cuidado na administração de anestésico e da operação realizada.

A cesariana pode ser realizada sob anestesia regional (bloqueio peridural ou subaracnóideo) ou anestesia geral. A anestesia regional tem muitas vantagens. Geralmente evita o risco de regurgitação e aspiração do conteúdo gástrico associado à anestesia geral, permite que a mãe permaneça acordada e permite contato precoce entre a mãe e o bebê no momento do nascimento. As principais desvantagens da anestesia regional para cesariana estão relacionadas ao extenso bloqueio necessário para a cirurgia. Isso pode resultar em queda da pressão arterial, o que pode exigir tratamento com líquidos intravenosos e vasopressores. Os dados limitados de estudos controlados mostram apenas pequenas diferenças nos efeitos da anestesia peridural ou subaracnóidea para cesariana; a raqui-anestesia resulta em início mais rápido da anestesia, menos calafrios no início do bloqueio e episódios mais frequentes de hipotensão, não havendo diferenças em outros resultados importantes.

Apesar da crescente popularidade da anestesia regional, algumas vezes é necessário usar anestesia geral. A anestesia regional é contra-indicada se a mãe tiver um distúrbio da coagulação. Se o motivo da cesariana estiver relacionado a uma complicação hemorrágica materna, a queda da pressão arterial com a anestesia regional pode ser particularmente perigosa. Habitualmente, a anestesia geral pode ser administrada mais rapidamente, e isso é útil quando a velocidade é importante, como na situação em que o feto corre risco sério. Algumas mulheres preferem dormir durante a cirurgia.

As desvantagens da anestesia geral estão relacionadas aos problemas graves que algumas vezes estão associados a ela, como aspiração pulmonar, controle inadequado das vias aéreas e depressão neonatal. Se não forem controlados apropriadamente, podem causar morbidade materna e fetal significativa, e algumas vezes morte. A aspiração do conteúdo gástrico ácido pode causar pneumonite ácida (síndrome de Mendelson), cuja gravidade depende da acidez do aspirado (ver Cap. 29).

A medida mais importante na prevenção da aspiração pulmonar é a oclusão do esôfago por pressão cricóide. A manobra requer um assistente familiarizado e capaz. Ela perde sua eficácia se não houver ajuda eficiente. As mortes por síndrome de Mendelson geralmente resultam da não-aplicação de pressão cricóide, relaxamento da pressão antes da intubação ou

aplicação ineficiente de pressão. Um problema igualmente importante com a anestesia geral ocorre quando o anestesista é incapaz de intubar a traquéia. As mortes por aspiração ou falha da intubação são evitáveis, e podem ser quase erradicadas por aperfeiçoamentos da assistência clínica.

Qualquer que seja a forma de anestesia escolhida, a mulher deve estar em posição lateral inclinada em 15°-20°, e não em decúbito dorsal. Isso resulta em aumento dos índices de Apgar neonatais, provavelmente em virtude do alívio da pressão do útero grávido sobre a veia cava e a aorta.

3 Técnica cirúrgica

Os detalhes da técnica cirúrgica variam de um cirurgião para outro, e poucas dessas técnicas foram avaliadas em estudos controlados.

A embolia pulmonar é uma causa importante de morbidade e mortalidade maternas com a cesariana. Evidências de outras áreas cirúrgicas mostram que esse risco pode ser reduzido pelo uso pré-operatório de heparina em baixa dosagem, e os dados disponíveis não mostram evidências de que o uso de heparina aumente o risco de hemorragia com cesariana.

Um pequeno estudo comparou o uso de uma película impregnada de anti-séptico com a técnica habitual de escovação com anti-séptico para preparo da pele antes de cesariana. Não foram demonstradas diferenças nas taxas de infecção.

Quando se usa uma incisão cutânea transversal, e não vertical, o tempo médio de cirurgia é maior, e um número maior de mulheres requer transfusões sanguíneas. Por outro lado, a morbidade febril é um pouco menos freqüente com a incisão cutânea transversal, e a maioria das mulheres considera a cicatriz transversal mais aceitável cosmeticamente.

Uma modificação da técnica de Joel Cohen foi comparada à técnica de Pfannenstiel em um estudo randomizado. A técnica envolve uma incisão transversal da pele e uma pequena incisão transversal do tecido subcutâneo e da fáscia, que é ampliada lateralmente por dissecação roma para minimizar o sangramento. As camadas peritoneal e subcutânea não são suturadas. A perda de sangue e o tempo de cirurgia foram bastante reduzidos no grupo de estudo, embora os níveis de hemoglobina pós-operatórios fossem semelhantes.

A incisão uterina deve ser feita transversalmente no segmento inferior do útero, exceto em circunstâncias extremamente raras. A incisão inicial é feita com bisturi. Não foi adequadamente avaliado se deve ser usada tesoura ou o dedo para ampliar a incisão e se o material ou técnica de sutura usado para fechamento influencia o resultado pós-operatório. Não

foram demonstrados benefícios com o uso de um grampeador hemostático para incisão do útero, embora o número de mulheres envolvidas nos estudos não tenha sido suficientemente grande para excluir benefícios significativos ou efeitos adversos da técnica.

Deve ser evitada a remoção manual eletiva da placenta no momento da cesariana, particularmente em mulheres Rh-negativas ou em outras nas quais a hemorragia transplacentária pode aumentar o risco de isoimunização. As informações disponíveis de estudos controlados sugerem que a remoção manual aumenta a perda de sangue materna.

Os resultados do fechamento da incisão uterina em uma ou duas camadas são semelhantes, e o tempo poupado pelo uso de um fechamento em camada única pode ser vantajoso. Uma política de reparo da incisão uterina após exteriorizar o útero pela incisão abdominal parece ter pequeno impacto sobre a perda de sangue em comparação com a política de reparo do útero no abdome, embora possa reduzir o risco de morbidade infecciosa. Parece prudente exteriorizar o útero para reparo se houver dificuldade com a exposição intra-abdominal. O não-fechamento do peritônio visceral e/ou parietal reduz o tempo de cirurgia, mas os dados disponíveis não indicam qualquer outra vantagem ou desvantagem clínica evidente. Não há dados sobre o impacto do não-fechamento peritoneal sobre resultados a longo prazo, como dificuldades técnicas na realização de futuras cesarianas.

Os poucos e pequenos estudos realizados sobre outros detalhes da técnica cirúrgica não fornecem dados suficientes para orientar a política clínica.

4 Conclusões

A cesariana é uma cirurgia de grande porte, com grande possibilidade de trazer benefícios, mas também com riscos significativos tanto para a mãe quanto para o feto. Os riscos podem ser mantidos em nível mínimo, primeiro, evitando cirurgias desnecessárias, e, segundo, por atenção rigorosa a técnicas anestésicas e cirúrgicas apropriadas. O consenso de clínicos e consumidores por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências e educação da população pode resultar no uso mais uniforme e apropriado dessa importante intervenção.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Lomas, J. and Enkin, M.W., Variations in operative delivery rates.

Pearson, J. and Rees, G., Technique of caesarean section.



Biblioteca Cochrane

Enkin, M.W. and Wilkinson, C., Lateral tilt for caesarean section.

Absorbable staples for uterine incision at caesarean section.

Manual removal of placenta at caesarean section.

Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at caesarean section.

Uterine exteriorization versus intraperitoneal repair at caesarean

section.

Wilkinson, C. and Enkin, M.W., Peritoneal non-closure at caesarean section.

Outras fontes

Wallin, G. and Fall, O. (1999). Modified Joel-Cohen technique for caesarean delivery. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 106, 221–6.