

CESAREA

DEFINICIÓN

Es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.



TIPOS DE CESAREA

A. SEGÚN ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA PACIENTE.

- **Primera:** Es la que se realiza por primera vez.
- **Interativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- **Previa o cesáreas anteriores:** Es cuando existe el antecedente de una cesárea

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 ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

TIPOS DE CESAREA

C. SEGÚN LA VÍA DE ABORDAJE AL ÚTERO

- Transperitoneal
- Extraperitoneal
- Cesárea vaginal

D. SEGÚN LA DIRECCIÓN DE LA HISTEROTOMÍA:

- Longitudinal
- Corporal o clásica
- Segmentaria (Beck-Kronig)
- Segmento Corporal
- Transversal
- Segmentaria arciforme

INDICACIONES PARA LA CESAREA

- Cuando el parto vaginal implica riesgos para la madre o el feto.
- Cesárea previa
- Placenta de implantación baja
- Leiomiomas uterinos/ tumores ováricos, neoplasias.
- Distocia
- Desproporción feto pélvica
- Pelvis
- Desproporción cefalopélvica
- Sufrimiento fetal
- Ruptura prematura de membranas
- Presentación pélvica

COMPLICACIONES PARA LA CESAREA

- Macrosomía
- Presentación y posición anómalas
- Presentación de nalgas desfavorable para parto vaginal
- Cabeza en deflexión
- Posición oblicua o transversa
- Posición mental posterior
- Presentaciones de hombro
- Prolapso de cordón

EN FETOS ANORMALES:

- Mielo meningocele
- Hidrocefalia
- Teratoma sacro coccígeo
- Anomalías fetales diversas.

Posición transversa



Desprendimiento de placenta



Presentación de nalgas



Placenta previa



ANORMALIDADES

- Inercia uterina primaria
- Fase latente prolongada
- Trastornos por prolongación
- Descenso prolongado
- Trastornos por detención
- Inercia uterina por DCP
- Inducción fallida

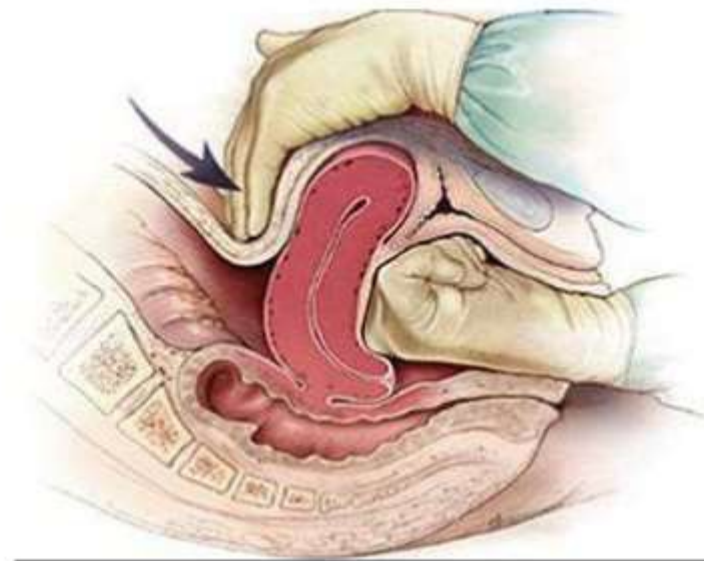
Compromiso fetal

- Insuficiencia útero placentaria
- Accidentes de cordón
- Acidosis metabólica

ATONÍA UTERINA

Es la causa más frecuente de hemorragia posparto inmediata.

El útero, luego de haber expulsado la placenta, no se retrae ni se contrae alterándose así la hemostasia.



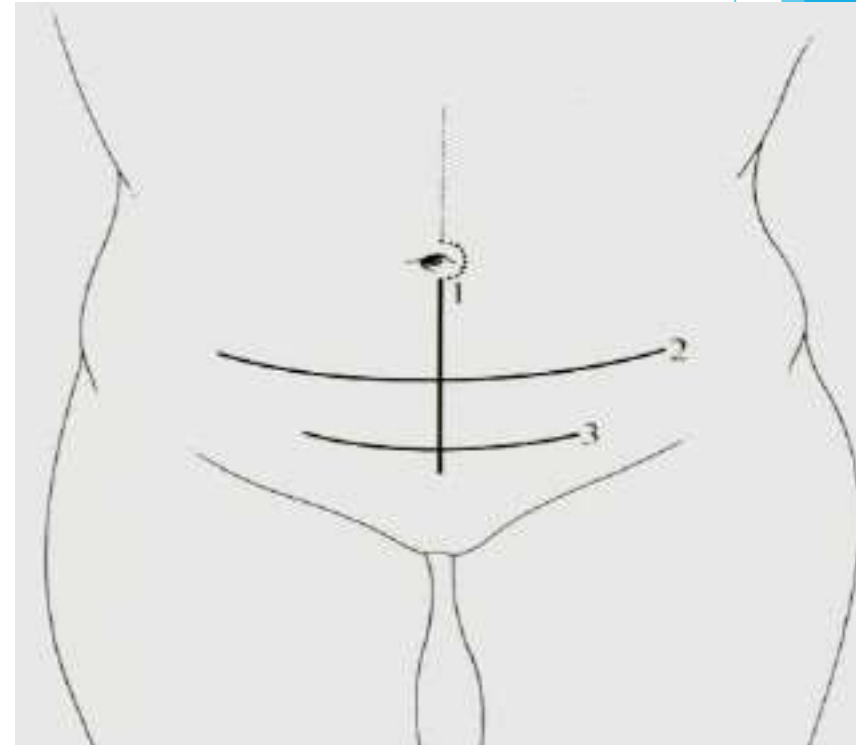
- Hemorragia obstétrica
- Embarazo múltiple
- Infecciones
- Pre eclampsia - eclampsia
- Cardiopatía materna
- Incisión uterina previa
- Isoinmunización materno fetal

TIPOS DE CESAREA

INCISIONES ABDOMINALES

Vertical o transversal

- Incisiones mas comunes:
- Laparotomía Mediana Infra umbilical
- Incisiones transversas supra púbicas
- A-Maynard
- B -Pfannenstiel
- C -Incisión de Cherney
- D -Joel Cohen



SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Corporal o clásica.
- Segmento corporal (Tipo Beck).
- Segmento asciforme (Tipo Kerr)

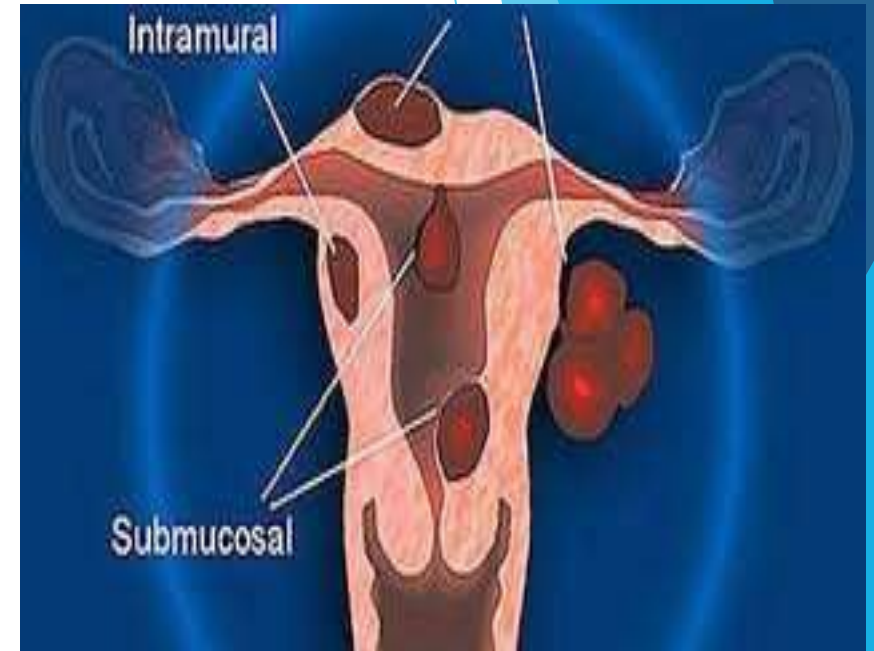


CORPORAL O CLASICO

La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, mixomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía.



Figura 2. Aspecto uterino tras la sutura parcial de la histerotomía y del lecho tumoral.



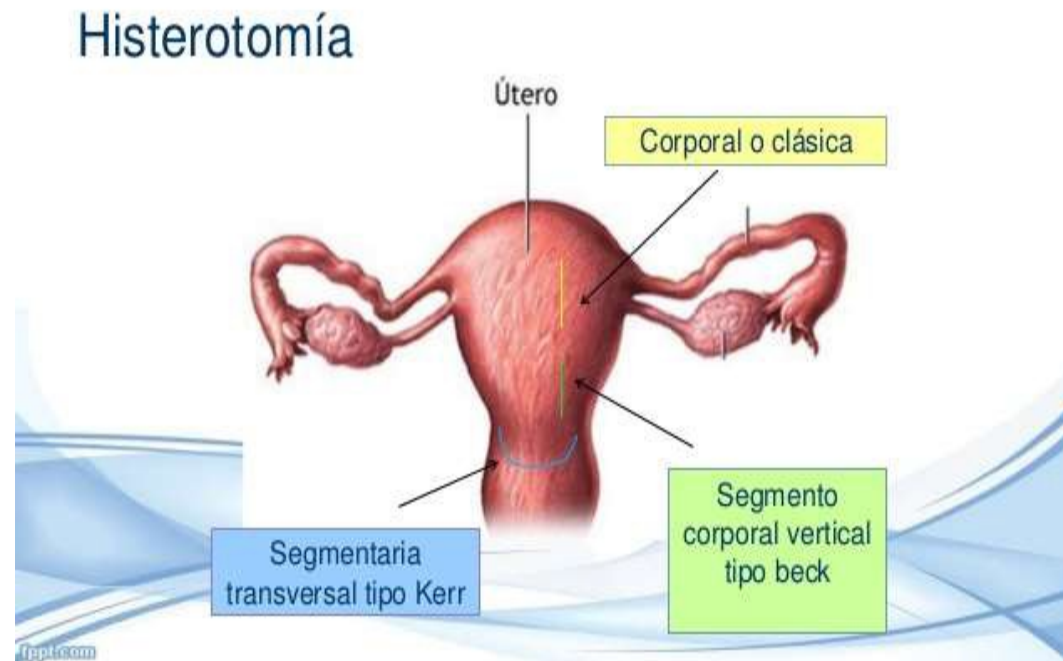
SEGMENTO CORPORAL (BERK)

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafia corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.



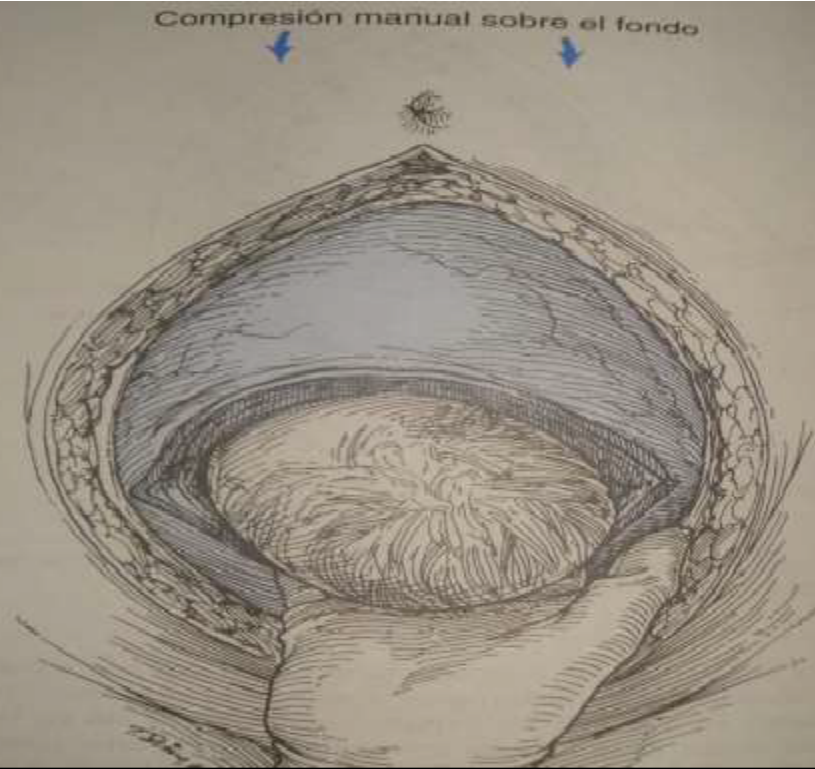
SEGMENTO ARCIFORME O TRANSVERSAL: (KERR)

Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.



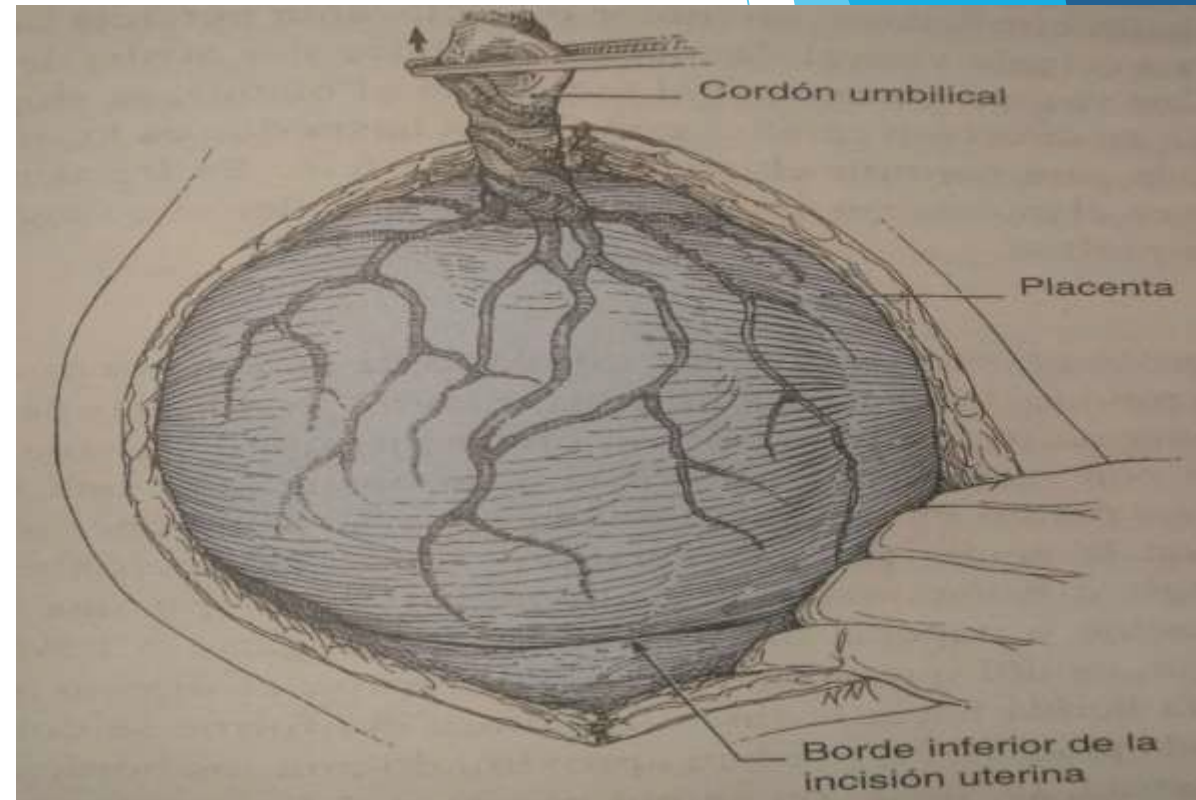
NACIMIENTO FETAL

1. Introducir la mano a la cavidad uterina entre la sínfisis y la cabeza fetal eleva suavemente con la cara palmar hacia la incisión
2. Conforme se eleva la cabeza a través de la incisión, se aplica compresión gradual al fondo uterino desde la pared abdominal para ayudar a expulsar el feto
3. Presión ascendente ejercida por la mano de un ayudante introducida en la vagina ayudara desalojar la cabeza y permitirá su nacimiento por arriba de la sínfisis del pubis



4. Aspiración líquido amniótico antes del nacimiento del tórax (Administra solución cristaloide IV con dos ampolletas de oxitócica o 20 U (10ml/min))

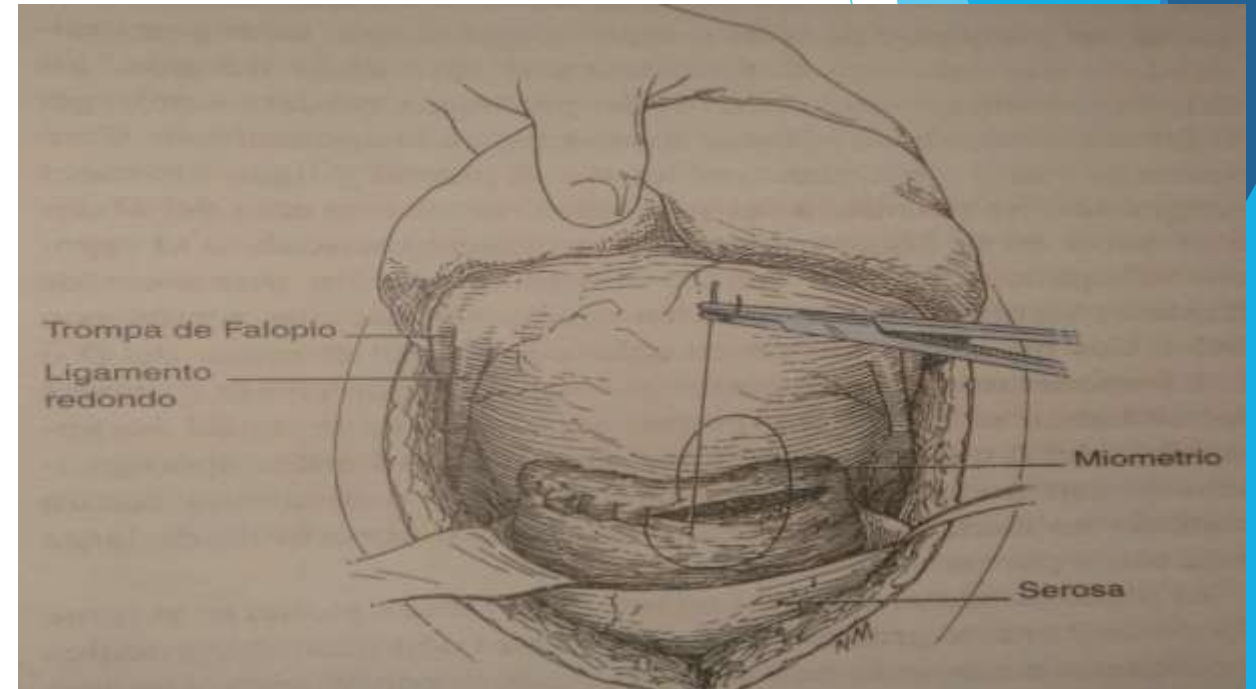
5. Pinza cordón. Observa la incisión uterina en busca de sitios hemorrágicos mediante pinzas de anillos y se extrae la placenta



REPARACIÓN UTERINA

Elevar el útero a través de la incisión hacia la pared abdominal cubierta por campos estériles y cubrir el fondo con una compresa húmeda. Reconocer un útero atónico relajado. Visualiza la incisión puntos sangrantes. Desventaja molestias y vómitos analgesia. Revisa cavidad uterina se aspira o limpia con una gasa para retirar restos de membranas, vermis caseosa coágulos.

Cierra la incisión uterina mediante uno o dos planos con material absorbible de calibre 0 o 1 (catgut cromado). Sutura inicial se coloca apenas arriba de un ángulo de la incisión uterina. Sutura continua anclada. Suturas en ocho o de colchonero



CIERRE ABDOMINAL

Retiran todas las compresas y se limpia las correderas parietocolicas y el fondo del saco posterior.

Irrigan las correderas sobre todo presencia infección o meconio. Piel, tejido celular subcutáneo, capa osteomuscular (rectos anteriores piramidales), fascia trasversali, capa extra peritoneal, peritoneo.

Conforme se cierra cada plano se localizan vasos sangrantes, unen los músculos rectos con uno o dos puntos en ocho con catgut 0 a 1. Aponeurosis supra yacente a los rectos anteriores cierra puntos separados material no absorbible 0 fuera de los bordes aponeuróticos intervalo 1 cm

Plano subcutáneo no es necesario cerrar si tiene menos de 2 cm de grosor. Piel se cierra con puntos verticales de colchonero con seda de 3-0 o 4-0 o grapas continuas.

