

NOMBRE DEL ALUMNO: Yarenis Marilin Rodriguez Diaz

TEMA: Cesaría

PARCIAL: 3

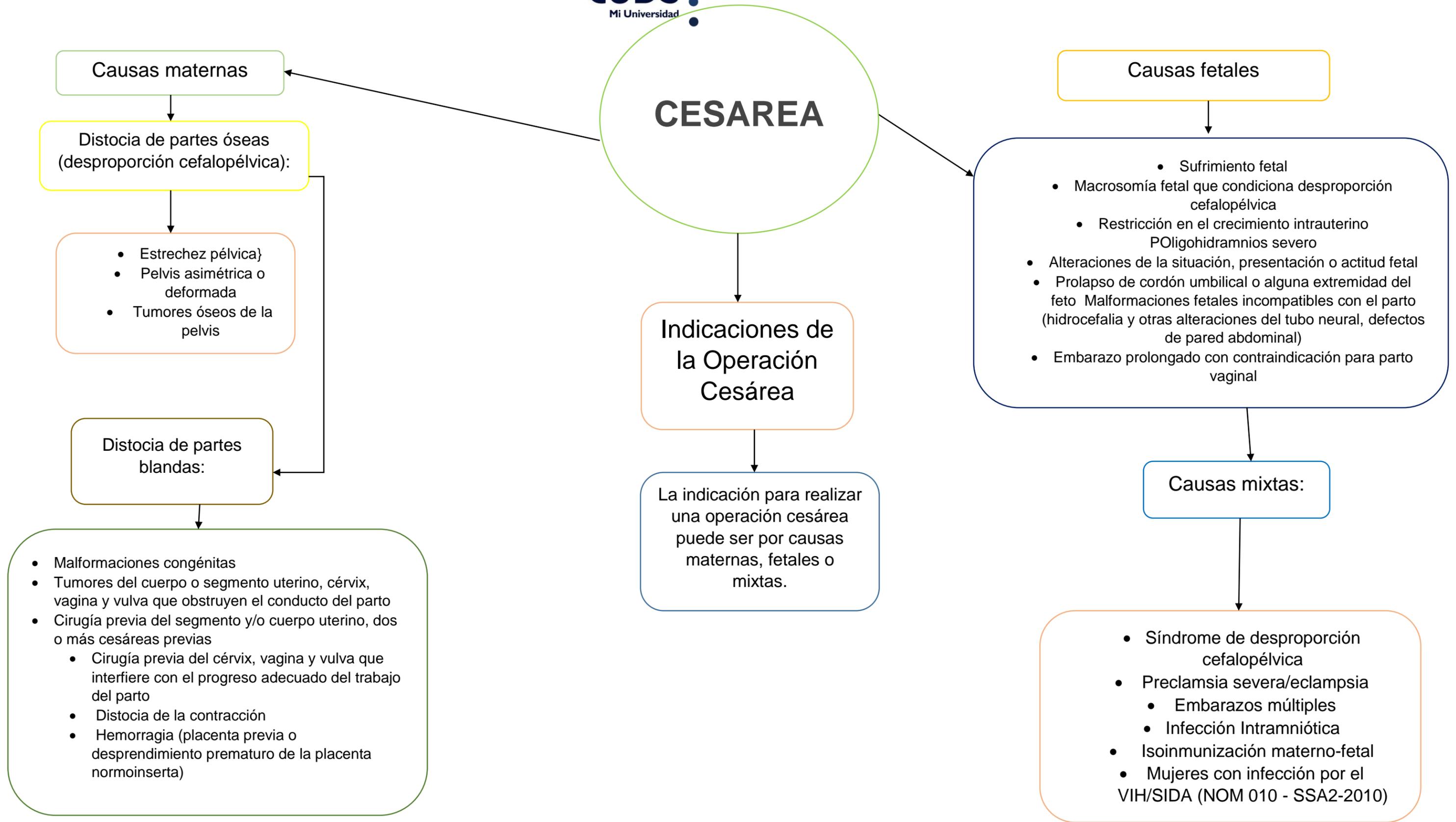
MATERIA: Ginecología y obstetricia

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. Ervin Silvestre Castillo

LICENCIATURA: LIC. Enfermería

CUATRIMESTRE: 5

Frontera Comalapa, Chiapas a 27 de febrero del 2022.



Contraindicaciones absolutas para permitir el parto vaginal

- Desproporción céfalo pélvica confirmada
 - Bradicardia fetal
 - Parto pélvico
 - Embarazos gemelares
- Cesárea previa corporal, segmento corporal o cirugías uterinas previas}
- Situación fetal anómala (transversa, S. oblicua)
- Prolapso de cordón o de alguna extremidad del feto.
- Malformaciones fetales (hidrocefalia, otras)
 - Mujeres portadoras de VIH

Beneficio de la cesárea electiva en pacientes con VIH

La transmisión madre-hijo es responsable de más del 90% de las infecciones por VIH en el recién nacido, en promedio el virus se detecta hasta después de las dos primeras semanas de vida y casi en todos los casos un mes después del nacimiento. La prevención fundamental de la transmisión madre-hijo del VIH debe ser desde la valoración pre gestacional

Sin embargo, en las mujeres que reciben tratamiento antirretroviral triple (TARAA), se han encontrado niveles de carga viral (CV) transmisiones menores de 1.2 % cuando la es indetectable o

- Utilidades de la prevención de la transmisión del VIH madre-hijo: e Administración de antirretrovirales a la madre desde la detección para la reducción de la carga vírica materna, plasmática y genital. Cesárea programada para reducir la exposición al virus durante el trabajo de parto.

Cesárea de primera vez

En todas las pacientes embarazadas, que no tengan ninguna contraindicación materna o fetal, se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto, con la finalidad de evitar realizar una cesárea

Prueba de trabajo de parto

Es el procedimiento obstétrico a que se somete una paciente en trabajo de parto con relación céfalo-pélvica normal, límite y mediante su vigilancia y conducción, sin riesgo materno, tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables. Las embarazadas candidatas a prueba de trabajo de parto con o sin cesárea anterior, deben tener carta de consentimiento bajo información y firmada por la paciente, el personal médico tratante y dos personas como testigos.

Lesiones de órganos vecinos como la vejiga, intestino delgado o grueso, lesiones vasculares. Así como: hipotonía o atonía uterina, y hemorragias con la posible necesidad de transfusión sanguínea intra o postoperatoria, seromas, hematomas.

Requisitos para iniciar la prueba

- Autorización por escrito de la madre
- Embarazo con feto único de 39 semanas de gestación
- Presentación céflica abocada
- Dilatación de cuatro cm o más y borramiento del 60-70 % o más
 - Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos)
 - Membranas rotas
 - Buen estado materno y fetal
 - Evacuación de vejiga y recto

Cuidados durante la prueba de trabajo de parto.

Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3 – 5 contracciones en 10 minutos) según la etapa del trabajo de parto, se emplearán oxitócicos si es necesario. Auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción. Monitorización electrónica siempre que sea posible. Empleo de un apósito vulvar para vigilar cambios en las características del líquido amniótico.

Cesárea previa

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea; siempre cesárea"

Se decidirá permitir un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención, con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

Contraindicaciones para permitir el parto vaginal en mujeres con cesárea previa

- Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento arciforme
- Antecedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas
- Antecedente de cesárea previa reciente (menor a 12 meses)
- Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- Pelvis no útil clínicamente P Embarazo gemelar
- Sospecha de producto macrosómico

Precauciones durante el trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior

Requisitos:

- Bienestar materno y fetal (PSS reactiva, ILA > 5)
- Madurez pulmonar
- Condiciones cervicales favorables (Bishop > 6)
- Disponibilidad de vigilancia médica y técnica durante todo el evento

Primer periodo del parto (dilatación):

- Estar debidamente preparados para realizar una cesárea de urgencia en un lapso de tiempo menor a 30 minutos.
- Vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) preferentemente con cardiotocógrafo.
- Analgesia a criterio del personal médico tratante y con autorización de la paciente.

Ruptura prematura de membranas

la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores a 20 semanas y/o por lo menos dos horas antes del inicio del trabajo de parto. Ocurre en 5 a 15 % de todos los embarazos y se presenta en el 10 % de embarazos mayores a 37 semanas y en menos del 5 % antes del término. No obstante de los estudios de investigación exhaustivos en esta complicación obstétrica, continúa siendo un factor importante de morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Segundo periodo del parto (expulsivo):

Se recomienda la aplicación profiláctica de fórceps o extractor de vacío bajo, en caso de contar con personal entrenado, a fin de abreviar el periodo expulsivo y evitar complicaciones maternas, aunque no se considere un requisito indispensable para permitir un parto por vía vaginal.

Tercer periodo del parto (alumbramiento):

Vigilancia estrecha del alumbramiento. Revisión sistemática y cuidadosa de la cavidad uterina incluyendo la histerorrafia previa bajo procedimiento anestésico.

Suspensión del trabajo de parto.

- La prueba de trabajo de parto deberá suspenderse bajo las siguientes circunstancias:
- Sospecha de dehiscencia de histerorrafia.
- Sufrimiento fetal Trabajo de parto estacionado (Falta de progreso)

Diagnóstico

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras que con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tarnier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de Valsalva); en algunas ocasiones puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

Exámenes de laboratorio y de gabinete

Prueba de pH o de nitrazina: Consiste en determinar el pH de las paredes vaginales o de la secreción del fondo de saco vaginal posterior. El pH normal de la vagina es 4.5-6.0 y del líquido amniótico de 7.1-7.3. Cristalografía: Consiste en toma de muestra con hisopo del fondo de saco posterior de vagina, se extiende en laminilla de cristal, se deja secar y después de 10 minutos se visualiza mediante microscopio con aumento 10X, la presencia de imagen en arborización (en hehecho) es positiva.

Manejo inicial de la ruptura prematura de membranas

Evaluar la edad gestacional.
Cálculo del peso fetal, índice de líquido amniótico y presentación mediante ultrasonido.
Determinar el riesgo de infección, madurez pulmonar y bienestar fetal.

Criterios para manejo conservador

Después de la semana 34 se valorarán las condiciones obstétricas y se resolverá el embarazo por la vía más favorable. En la actualidad se recomienda la administración de antibiótico profiláctico para prolongar el periodo de latencia entre la ruptura de membranas y el nacimiento, y prevenir infección materno fetal. En embarazos mayores a 37 semanas se valorará la inducción de madurez cervical con prostaglandinas durante 12 horas, con conducción subsecuente del trabajo de parto con oxitocina

Inductores de maduración cervical

En los últimos años se han utilizado prostaglandinas para favorecer la dilatación y borramiento del cérvix, y mediante esta acción favorecer el nacimiento por la vía vaginal, para así disminuir el número de cesáreas. Las principales contraindicaciones para el uso de prostaglandinas son:

Cesárea previa y cirugía uterina previa
Placenta previa

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta P
UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Prolapso de cordón

Dinoprostona gel de 0.5 mg.

Es una prostaglandina E2, que en la actualidad recomienda la medicina basada en la evidencia, principalmente al mejor control del fármaco y con una dosis mínima. Para administrar apropiadamente el producto, la paciente debe estar en posición dorsal con el cérvix visualizado mediante un espejo vaginal. Utilizando técnica estéril, se introduce el gel por medio de la cánula, proporcionada, dentro del canal cervical, justo por debajo del orificio interno

Misoprostol

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1, en México sólo existe la presentación en tabletas de 200 mcg y actualmente la dosis recomendada es de 25, 50 mcg, por vía vaginal, puede administrarse cada 3, 4 o 6 horas, y puede continuarse con oxitocina una vez transcurridas cuatro horas de la última dosis. Se observa que el misoprostol es más eficaz y más rápido sin que haya un aumento de efectos secundarios.

Presentación pélvica

La presentación pélvica ocurre en el 3 - 4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo).