



Mi Universidad

Mapa conceptual

NOMBRE DEL ALUMNO:Pablo jafet Davila covian

TEMA:Cesárea segura

PARCIAL: 2

MATERIA: ginecología y obstetricia

NOMBRE DEL PROFESOR:lic. Ervin silvestre castillo

LICENCIATURA:enfermería V

CUATRIMESTRE:5to cuatrimestre

Cesárea segura

Es una

Es una evidente señal que se ha incrementado el número de cesáreas en los últimos 20 años en todo el mundo y por otro lado han disminuido las atenciones de parto después de una cesárea

En estados Unidos de Norteamérica y China, este aumento ha motivado a generar acciones para tratar de disminuir su incidencia.

Se gestiona

Una de las gestiones es elaborar guías de práctica clínica para la unificación de criterios de manejo en trabajo de parto, monitorización del trabajo parto, en inducción del trabajo de parto y en el manejo de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa.

La

Organización mundial de la salud (oms)

publicó el año pasado un boletín referente al comportamiento de la cesárea en Latino América, llamando la atención que todos los países tienen una tasa mayor al 30 %, Ecuador y Paraguay rebasan el 40 %; México con 37.8 %.

Las

principales indicaciones que encontró la oms en los países de Latinoamérica son

antecedente de cesárea, presentación pélvica, embarazo gemelar y falta de progreso en el trabajo de parto entre las más frecuentes. En otra publicación la oms menciona que se realizan 850,000 cesáreas en Latinoamérica sin justificación.

Se relaciona con

México en los últimos 20 años se ha incrementado de 15.8 % para 1990 a 37.8 % en 2008 en los hospitales del sector salud, y en hasta 80 % en los hospitales privados.

Es el resultado de múltiples cambios en el campo de la práctica obstétrica, como son el uso cada vez más frecuente del ultrasonido, mediante el cual se establecen con mucha frecuencia los diagnósticos de circular de cordón, oligohidramnios o restricción en el crecimiento intrauterino.

Además de la deficiente interpretación de los trazos de la monitorización fetal antes y durante el trabajo de parto.

En ese mismo sentido, la aplicación de fórceps ha disminuido notablemente debido a la disminución de la enseñanza teórico-práctica para este procedimiento y, por otro lado al cuidado ante una probable demanda médico-legal por haberlo utilizado, aún en ausencia de complicaciones.

Otras causas

Son el ingreso de pacientes con embarazos de término sin trabajo de parto, deficiente vigilancia y valoración del trabajo de parto, mayor prevalencia de cesáreas iterativas y falta de supervisión en los hospitales escuela del sector salud para que los médicos residentes no realicen cesáreas injustificadas.

Se relaciona con

Los cambios socioculturales de la población como el incremento del nivel educativo de las mujeres que condiciona cierto empoderamiento para tomar la libre decisión de escoger la cesárea y evitar el parto que todavía se difunde como un proceso que genera dolor, que su progreso es lento y con riesgos para el recién nacido.

hoy en día existen más mujeres embarazadas con edad mayor a los 40 años que por tradición se ha sostenido en nuestra obstetricia como indicación absoluta de cesárea.

Finalmente es

Influido en las políticas de las compañías aseguradoras en la atención gineco-obstétrica, donde muchas de estas empresas sólo cubren los gastos de la operación cesárea y no del parto.

Riesgos

Toda operación cesárea puede originar diversas complicaciones maternas como son: tromboembolismo venoso, hemorragia, infección, complicaciones anestésicas, mayor probabilidad de histerectomía, lesiones a órganos vecinos y muerte.

Con la finalidad de

Que la publicación de este nuevo Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, se logre disminuir la incidencia de cesárea, además de implementar estrategias como: evitar la primer cesárea, educar a la mujer embarazada y familiares para que el inicio del trabajo de parto sea en forma espontánea, incrementar la vigilancia de la mujer en trabajo de parto, uso de antibióticos, entre otras.

Cesárea segura

Su definición

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.

Tipos de cesárea:

Según antecedentes obstétricos de la paciente

Primera: Es la que se realiza por primera vez.
Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
Repetida o previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

Grado de urgencia

Urgente: es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

Se definen por

Categoría 1: Placenta previa central total, parcial, marginal o inserción baja con hemorragia obstétrica, bradicardia fetal, desaceleraciones tardías, periodo expulsivo prolongado, placenta previa sangrante, desprendimiento prematuro placenta normoinsera moderada y severa, prolapso de cordón umbilical o de cualquier extremidad del feto, preeclampsia severa refractaria a compensación, eclampsia, síndrome de hellp ruptura uterina, peri- mortem por accidente vascular cerebral, infarto al miocardio o ya fallecidas dentro de los primeros cinco minutos.

Categoría 2: Taquicardia fetal persistente, compromiso de histerorrafia, iterativa en trabajo de parto, presentación pélvica en trabajo de parto con más cuatro cm, situación anómala con trabajo de parto, cirugías uterinas previas con trabajo de parto, parto pretérmino refractario a tratamiento de 27 a 34 semanas.

Categoría 3: Presentación pélvica con pródomos, prueba de trabajo de parto negativa, cesárea previa por desproporción cefalopélvica.

Categoría 4: Situación transversa con trabajo de parto, antecedentes de cirugía uterina, cardiopatía clases III y IV, compensada con trabajo de parto, con lesiones externas que generen distocia de partes blandas, infección por VIH, infección activa por herpes tipo 2, ruptura prematura de membranas con cérvix desfavorable, oligohidramnios, restricción en el crecimiento intrauterino.

Electiva: Es la que se realiza en ausencia de alguna indicación médica u obstétrica y a conveniencia de la paciente, el médico o ambos.

Sus tipos son:

Tipo de histerotomía

Corporal o clásica: La incisión se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones son: feto en situación transversa con dorso inferior, embarazo pretérmino, embarazo múltiple, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea post mórtem, cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía y cáncer cervicouterino invasor

Segmento corporal: la incisión 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 histerorrafias corporales previas.

Segmento o transversal (tipo Kerr): Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas la incisión transversal del segmento inferior tiene la ventaja de producir menos hemorragia, 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 pocas adherencias postoperatorias.

Transversa por avulsión (Misgav Ladach o Stark): Disminuye el tiempo de la intervención, la pérdida sanguínea durante la cirugía, la fiebre y el dolor postoperatorio y la duración promedio de la estancia intrahospitalaria.

Por medio de

Incisiones Abdominales (piel) transversales:

Pfannenstiel: Incisión transversa cutánea a un dedo del pubis, puede ser estrictamente horizontal o ligeramente curva, requiere disección cuidadosa y hemostasia adecuada de todos los planos, en especial del plano muscular.

Mouchel: Incisión transversa, difiere de la técnica de Pfannenstiel por el corte de los músculos rectos del abdomen.

Bastein: se realiza de manera excepcional, es una alternativa cuando se pretende efectuar una cesárea extraperitoneal, consiste en una incisión transversa en los planos parietales superficiales con desinserción de los músculos rectos del abdomen y la exposición obtenida es especialmente amplia.

Misgav-Ladach Stark: Clásicamente se realiza a tres cm por debajo de la línea que une ambas espinas ilíacas anterosuperiores o tres dedos por arriba del pubis, la extensión de la incisión será de aproximadamente 17 cm.

Indicaciones de la operación cesárea

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas maternas, fetales o mixtas.

Causas maternas:

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica): 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 obstruyen el conducto del parto Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, dos o más cesáreas previas, cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto, distocia de la contracción, hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera) Patología materna incluyendo: preeclampsia/eclampsia, diabetes mellitus, nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial.

Causas fetales: sufrimiento fetal, macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica, restricción en el crecimiento intrauterino, oligohidramnios severo, alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal, prolapso de cordón umbilical o alguna extremidad del feto, malformaciones fetales incompatibles con el parto (hidrocefalia y otras alteraciones del tubo neural, defectos de pared abdominal) embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal, cesárea post mórtem.

Causas mixtas: síndrome de desproporción cefalopélvica, preeclampsia severa eclampsia, embarazos múltiples, infección Intramniótica, isoimmunización materno-fetal, mujeres con infección por el VIH/SIDA NOM 010 - SSA2-2010.

Cesárea segura

Son

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, placenta previa acretismo placentario desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, 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.

Estudios clínicos han demostrado el beneficio de la cesárea electiva para reducir hasta en 50% los riesgos de transmisión madre-hijo de la infección por el vih en aquellas mujeres que no recibieron un tratamiento ARV adecuado, la cesárea deberá programarse entre las 38 a 39 semanas.

Utilidades de la prevención de la transmisión del VIH madre-hijo:

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, profilaxis al neonato posterior nacimiento, lactancia artificial para eliminación de la exposición posnatal.

Es utilizada en

Cesárea de primera vez:

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.

Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación.

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.

Los riesgos o posibles complicaciones como: infecciones urinarias, uterinas, pélvicas, abdominales, de la herida lesiones de órganos vecinos como la vejiga, intestino delgado o grueso, lesiones vasculares.

Requisitos para iniciar la prueba

Autorización por escrito de la madre, embarazo con feto único de 39 semanas de gestación, presentación cefálica 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, al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante una curva de trabajo de parto y graficándola en partograma, la presencia de tinte meconial en líquido amniótico es señal de alarma, debiendo revalorar el caso cuidadosamente aunque no contraindica la prueba, debe estar indicada la analgesia a criterio del médico tratante explicando sus bondades y beneficios, con autorización de la paciente.

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.

Tacto vaginal cada hora para precisar: dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y moldeo de la cabeza fetal.

La prueba se suspenderá en caso de existir falta de progresión del trabajo de parto, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

Es una

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.

De acuerdo a

Con estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

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, embarazo gemelar, sospecha de producto macrosómico, presentación pélvica u otras anomalías de presentación, embarazos con placenta previa.

Cesárea segura

Debe ser con

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

Se usa el

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 cardíaca fetal (FCF) preferentemente con cardiotocógrafo.

Analgesia a criterio del personal médico tratante y con autorización de la paciente.

El uso de oxitocina para la conducción, se decidirá únicamente en el segundo o tercer niveles de atención con la dilución correcta, a dosis respuesta y con vigilancia estrecha durante su aplicación.

Su segundo

Segundo periodo del parto (expulsivo):

Se recomienda la aplicación profiláctica de fórceps o extractor de vacío bajo, en caso de contar con personal entrenado,

Son periodos

Tercer periodo del parto (alumbramiento)

Vigilancia estrecha de la 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.

Son

Ruptura prematura de membranas:

Es 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.

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.

Cuales maniobras: 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.

Pueden presentarse resultados falsos positivos en presencia de sangre, contaminación con semen.

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 helecho) es positiva.

Esta prueba tiene una sensibilidad mayor del 90% en ausencia de sangre, semen o moco cervical.

Estudio de gabinete: El ultrasonido es útil pero no diagnóstico para ruptura prematura de membranas en la actualidad es recomendable para determinar el índice de líquido amniótico y valorar riesgo de compromiso fetal realizar perfil biofísico y estimar el peso fetal.