



**Mi Universidad**

**MAPA CONCEPTUAL**

**NOMBRE DEL ALUMNO: Handy Rodríguez Moreno.**

**TEMA: Cesaría.**

**PARCIAL: I**

**MATERIA: Ginecología y obstetricia.**

**NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin Silvestre Castillo.**

**LICENCIATURA: Enfermería.**

**CUATRIMESTRE: 5to.**

*Frontera Comalapa Chiapas a 14 de Marzo del 2023.*

# CESARIA

## 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

### Según antecedentes obstétricos de la paciente.

Se divide en

**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.

### Según grado de urgencia

Se divide en

#### Urgente

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

#### Electiva

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

#### Por petición

Es la solicitada por la madre en ausencia de alguna indicación, la cual no podrá ser realizada antes de las 39 semanas de gestación.

### Por categoría

#### CATEGORIA 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 normoinserta moderada y severa, prolapso de cordón umbilical o de cualquier extremidad del feto, preeclampsia severa refractaria a compensación, eclampsia, síndrome de HELLP, ruptura uterina, perimortem por accidente vascular cerebral, infarto al miocardio o ya fallecidas dentro de los primeros cinco minutos.

#### CATEGORIA 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

#### CATEGORIA 3

Presentación pélvica con pródromos, prueba de trabajo de parto negativa, cesárea previa por desproporción cefalopélvica.

#### CATEGORIA 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.

### Según tipo de histerotomía

Clasificación de los grados de urgencia para realizar la operación cesárea

#### Urgencia

Se divide

**Compromiso Materno o Fetal**

**No compromiso Materno o fetal**

Categoría

Categoría

**1** Interrupción inmediata para la vida materna o fetal. Tiempo en minutos <15

**4** Interrupción a la brevedad. Tiempo en minutos 1 hora.

**2** Interrupción mediata para la vida materna o fetal. Tiempo en minutos < 30 min

**3** Requiere nacimiento temprano. Tiempo en minutos < 75 min

## Según tipo de histerotomía

Se divide

### Corporal o clásica

Se realiza

La incisión se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes 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 (Tipo Beck)

Se realiza

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. Las desventajas de esta técnica son similares a las observadas con la técnica corporal.

### Segmento arciforme (Tipo Kerr).

Es

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. Su principal desventaja es el riesgo de lesión a vasos uterinos.

### Transversa por avulsión (Misgav-Ladach)

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.

### Desventaja

Son

Apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

## Incisiones Abdominales (piel)

Tipos

### Transversas

### Verticales

Tipos

#### 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 o Stark

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

Tipo

#### Medial infra umbilical

Es rápida, es la ideal en casos de extrema urgencia, es sencilla y generalmente ocasiona escaso sangrado.

## Indicaciones de la Operación Cesárea

### 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 normoinserta)
- Patología materna incluyendo: preeclampsia/eclampsia, diabetes mellitus, nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial, etcétera

#### Fetales

### Son

- 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

#### Mixtas

- Síndrome de desproporción cefalopélvica
- Preeclampsia severa/eclampsia
- Embarazos múltiples P Infección Intramniótica
- Isoinmunización materno-fetal
- Mujeres con infección por el VIH/SIDA (NOM 010 - SSA2-2010)

## Indicaciones de la Operación Cesárea

### Beneficio de la cesárea electiva en pacientes con vih

### Contraindicaciones absolutas para permitir el parto vaginal

#### Transmisión

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.

#### Prevención

La prevención fundamental de la transmisión madre-hijo del VIH debe ser desde la valoración pre gestacional. En la etapa gestacional, la aplicación de las pruebas diagnósticas desde el primer trimestre de la gestación, permitirán detectar oportunamente las mujeres portadoras del VIH e implementar los algoritmos de prevención de la transmisión, entre ellos el ofrecer tratamiento con antirretrovirales desde esta etapa del embarazo.

- 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) P Mujeres portadoras de vih

# Cesárea de primera vez

Se aplica

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.

## Requisitos para iniciar la prueba

Autorización por escrito de la madre.

Embarazo con feto único de 39 semanas de gestación.

Presentación céfalica 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 P 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.

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.

## 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" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

### 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 P Sospecha de producto macrosómico.

Presentación pélvica u otras anomalías de presentación. P Embarazos con placenta previa.

### Precauciones durante el trabajo de parto en pacientes con cesárea

#### 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



**PERIODOS DEL PARTO**

Comprende

**PRIMER PERIODO DEL PARTO DILATACION**

Recomendaciones

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.

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.

**SEGUNDO PERIODO DEL PARTO EXPULSIVO**

Recomendación

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

Los cuales son

Sospecha de dehiscencia de histerorrafia.

Sufrimiento fetal

Trabajo de parto estacionado (Falta de progreso)

# 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. No obstante de los estudios de investigación exhaustivos en esta complicación obstétrica, continúa siendo un factor importante de morbilidad y mortalidad materna y fetal.

## Diagnostico

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

Estudio de gabinete

## BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica: Vigilancia del trabajo de parto. Evidencias y recomendaciones. 2008.
2. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica: Realización de la operación cesárea. Evidencias y recomendaciones. 2008.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. División de Excelencia Médica. Guía de Práctica Clínica. Realización de la operación cesárea. Evidencias y recomendaciones. 2009.