



Compendio de Técnica Quirúrgica Ginecoobstétrica

2013





Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Lic. Oscar Armando García Muñoz
Gerente

Dr. Byron Humberto Arana González
Subgerente de Prestaciones en Salud

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica
Basadas en Evidencia (GPC-BE)
**Compendio de Técnica Quirúrgica
Ginecoobstetrica**
Edición 2013; págs. 290
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Departamento de Organización y Métodos del IGSS
Oficio No. 58 del 20 de febrero de 2014

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión Central de Elaboración de
Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala 2013

Derechos reservados-IGSS-2013

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro, a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.

AGRADECIMIENTOS:

Grupos de desarrollo del Compendio de Técnicas Quirúrgicas Ginecoobstétrica Basadas en Evidencia:

Técnica de atención de Parto Vaginal

Dr. Mario David Cerón Donis

Ginecólogo y Obstetra

Director Médico Hospitalario

Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS

Dra. María Renate Hernández

Residente tercer año (2013)

Maestría de Ginecología y Obstetricia

Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS

Técnica de Episiotomía y Episiorrafía

Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Ginecólogo y Obstetra

Coordinador Guías de Práctica Clínica BE

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Edgar Campos

Cirujano

Guías de Práctica Clínica BE

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Técnica de atención de Parto por Cesárea

Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Ginecólogo y Obstetra

Coordinador Guías de Práctica Clínica BE

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Pedro Luis Hidalgo

Residente tercer año (2013)
Maestría de Ginecología y Obstetricia
Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS

**Procedimiento para otorgar Prueba de Parto
Vaginal después de Cesárea**

Dr. Mario David Cerón Donis

Ginecólogo y Obstetra
Director Médico Hospitalario
Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS

Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Ginecólogo y Obstetra
Coordinador Guías de Práctica Clínica BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Técnica de Legrado Uterino

Dra. Jennifer Cumez

Ginecóloga y Obstetra
Especialista “A”
Departamento de Ginecoobstetricia
Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo

Dr. Luis Hernández

Residente tercer año (2013)
Maestría de Ginecología y Obstetricia
Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS

Técnica de Cerclaje Cervical

Dr. Edgar Pérez Robles

Ginecólogo y Obstetra
Jefe de Servicio
Departamento de Ginecoobstetricia
Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo



Dr. Cecilia Xiomara Saucedo Barahona

Residente tercer año (2013)
Maestría de Ginecología y Obstetricia
Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS

Técnica de Laparotomía Exploradora

Dr. Eriks Reyes

Ginecólogo y Obstetra
Jefe de Departamento Clínico
Departamento de Ginecoobstetricia
Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo

Dra. Ingrid Paola Arreaga

Residente tercer año (2013)
Maestría de Ginecología y Obstetricia
Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS

Técnica de Histerectomía

Abordaje Abdominal

Dr. Edgar Fernando Barahona Lara

Ginecólogo y Obstetra
Subdirector Médico Hospitalario
Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS

Dr. Emmanuel Maldonado

Residente tercer año (2013)
Maestría de Ginecología y Obstetricia
Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS

Abordaje Vaginal

Dr. José Ángel López Salvador

Ginecólogo y Obstetra
Especialista "B"
Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS

Dr. José Roberto Tay
Residente tercer año (2013)
Maestría de Ginecología y Obstetricia
Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS



COMISIÓN ELABORADORA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA FUNDAMENTADAS EN MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:

Msc. Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales

Jefe de Departamento
Departamento de Medicina Preventiva

Msc. Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Coordinador
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Edgar Campos Reyes

Médico Supervisor
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud



DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta Guía, tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.



PRÓLOGO

La Medicina Basada en Evidencia consiste en la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de Evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

Tabla No. 1* Niveles de evidencia:

| Grado de Recomendación | Nivel de Evidencia | Fuente |
|------------------------|--------------------|---|
| A | 1a | Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios. |
| | 1b | Ensayo clínico aleatorio individual. |
| | 1c | Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**) |
| B | 2a | Revisión sistemática de estudios de cohortes. |
| | 2b | Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad. |
| | 2c | Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos. |
| | 3a | Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad. |
| | 3b | Estudios de caso control individuales. |
| C | 4 | Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad. |
| D | 5 | Opinión de expertos sin valoración crítica explícita. |

* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales.

Tabla No.2

Significado de los grados de recomendación

| Grado de Recomendación | Significado |
|-------------------------------|---|
| A | Extremadamente recomendable. |
| B | Recomendable favorable. |
| C | Recomendación favorable, pero no concluyente. |
| D | Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación. |
| √ | Indica un consejo de Buena Práctica clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda. |

1a

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.). En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **Nivel de Evidencia**^{1a} (en números y letras minúsculas, sobre la base de la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**^A, que se anota en el lado derecho del texto (siempre en letras mayúsculas sobre la base de la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

A

Las Guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne, en este caso en particular, con el desarrollo de las técnicas quirúrgicas tratadas en este material.

No se pretende con esta guía describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Por falta de información, no es sencillo hacer un análisis de costos.

El Compendio de Técnica Quirúrgicas Gineco-obstétricas Basadas en Evidencia, pretende ser una herramienta que guíe al clínico durante la realización de los procedimientos quirúrgicos de su especialidad, con la finalidad de estandarizar la realización de los mismos y fomentar la mejora de tomar decisiones clínicas, pero no limita el criterio y buen juicio médico.

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado y a los profesionales que trabajan por cuenta propia, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.

**Comisión Central para la Elaboración
de Guías de Práctica Clínica, IGSS
Guatemala, 2013**



ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|------------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2. OBJETIVOS | 2 |
| 3. METODOLOGÍA | 2 |
| 4. CONTENIDO | 5 |
| PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS | 7 |
| Técnica de atención de Parto Vaginal | 7 |
| Técnica de Episiotomía y Episiorrafía | 73 |
| Técnica de atención de Parto por Cesáreo | 89 |
| Estrategias de intervención para la disminución del índice de cesáreas | 119 |
| Técnica de Legrado Uterino | 131 |
| Instrumental | 135 |
| Aspiración | 147 |
| Atención PostAborto (APA) | 158 |
| Técnica de Cerclaje Cervical | 173 |
| PROCEDIMIENTOS GINECOLÓGICOS | 189 |
| Técnica de Laparotomía | |
| Exploradora | 189 |
| Vía abdominal | 189 |
| Vía laparoscópica | 189 |
| Técnica de Histerectomía | 215 |
| Abordaje Abdominal | 215 |
| Abordaje Vaginal | 233 |
| 5. ANEXOS | 253 |
| 6. ABREVIATURAS Y GLOSARIO | 269 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA | 277 |



1- INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la cirugía Ginecoobstetrica, es uno de los principales procedimientos quirúrgicos que se realizan en el mundo, en particular los relacionados a la atención del parto (partos y cesáreas).

Durante el desarrollo de las técnicas quirúrgicas, se han descrito infinidad de modalidades, que durante su observación, a través de los años han demostrado que tiene buenos márgenes de seguridad y que son efectivas para lograr los objetivos que se propone en la cirugía.

De tal manera, que desde la primera descripción de técnica quirúrgica, las técnicas han sido mejoradas, las modalidades adaptadas, los requisitos y procedimientos han sido mejorados, con la finalidad última de garantiza el poder realizar una intervención quirúrgica con el mínimo riesgo de Morbi-Mortalidad para el paciente.

2- OBJETIVOS

Estandarizar la técnica quirúrgica de los procedimientos Ginecoobstétricos que realizan los médicos residentes y especialistas en las diferentes unidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

3- METODOLOGÍA

La metodología utilizada para el desarrollo de este manual de técnicas fue la siguiente:

Se determinó cuáles son los procedimientos Ginecoobstétricos más realizados en las unidades del IGSS, para luego organizar los grupos de desarrollo de temas.

Cada grupo de desarrollo busco en la literatura científica y en base a la experiencia de los médicos especialistas ginecoobstetras del IGSS, desarrollo la descripción de la técnica quirúrgica de cada procedimiento incluido, adicionando además algunos aspectos basados en evidencia que sustentan el procedimiento quirúrgico.

Estrategia de Búsqueda:

Se procedió a localizar la información deseada mediante consultas electrónicas a las siguientes referencias:

www.pubmed.com,

www.bjm.com,

www.cochrane.org,

www.clinicalevidence.com

www.hinary.org

Otras fuentes bibliográficas: revistas internacionales, libros de texto.

Cada una de las evidencias encontradas fueron revisadas detalladamente y se les asignó un nivel de evidencia o grado de recomendación, resumiendo los puntos importantes, verificando la fuente y luego registrando los contenidos fundamentales en fichas para luego redactarlas en orden lógico y secuencial, para llenar el contenido de la guía de manejo del embarazo gemelar.

Población Diana:

Pacientes beneficiarios y derechohabientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), mujeres con y sin embarazo; que

asisten a control o atención en las diferentes unidades de atención médica del IGSS, que realiza procedimientos Ginecoobstétricos.

Usuarios:

Personal médico especializado y no especializado en Ginecoobstetricia, Médicos Residentes de la Maestría de Ginecoobstetricia y de otras Especialidades, Médicos de sala de partos y operaciones, personal paramédico y personal de salud que presta sus servicios en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social así como en otras instituciones que ofrecen atención médica.

Fechas de elaboración, revisión y año de publicación de esta guía:

Elaboración de Febrero a Septiembre 2013
Revisión durante el mes de Octubre 2013
Publicación año 2013



Técnica de atención al parto vaginal



4. CONTENIDO

PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS

TÉCNICA DE ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL

A. Definición:

El trabajo de parto corresponde al periodo desde el inicio de las contracciones uterinas regulares, por lo general dolorosas, hasta la expulsión del feto y la placenta.

Al inicio del trabajo de parto es muy importante identificar la posición del feto con respecto al conducto del nacimiento para la vía en que ocurrirá este. La situación, presentación, actitud y variedad de posición; es decir, la orientación fetal con respecto a la pelvis materna.

B. Terminología de importancia para poder considerar el parto vaginal:

Situación:

Es la relación del eje longitudinal del feto con el de la madre, sea longitudinal (99%) o transversa. En ocasiones, los ejes fetales y maternos se cruzan en un ángulo de 45° y originan una situación oblicua, que es inestable

y siempre se transforma en longitudinal o transversa durante el trabajo de parto.

Presentación:

La parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro el conducto del parto o en su máxima proximidad y que pueden desencadenar el trabajo de parto por sí mismas. En situaciones longitudinales puede ser la cabeza o la pelvis, que originan las presentaciones cefálica y pélvica, respectivamente.

Variación de posición fetal:

Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación con respecto al lado derecho o izquierdo del conducto del parto. Casi 66% de las presentaciones de vértice se encuentran en variedad occipital izquierda y 33% en la derecha.

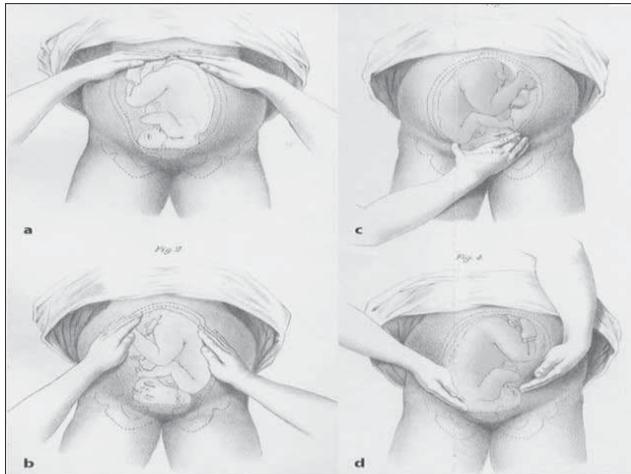
Diagnóstico de la presentación y variedad de posición fetales:

Se pueden usar varios métodos para el diagnóstico de la presentación y variedad de posición fetal, que incluyen palpación abdominal (Maniobras de Leopold), exploración vaginal, auscultación y, en ciertos casos de duda, estudios de imagen como las obtenidas por ultrasonografía (USG) o resonancia magnética nuclear (RMN).

Palpación abdominal:

Se puede hacer exploración abdominal sistemática mediante las cuatro maniobras descritas por Leopold y Spörlin en 1894. La madre debe estar en decúbito supino y cómodamente ubicado con el abdomen descubierto. Esas maniobras pueden ser difíciles, si no imposibles de realizar e interpretar, cuando la paciente presenta obesidad, cuando hay una cantidad excesiva de líquido amniótico o la placenta tiene implantación anterior.

Figura No. 1
Maniobras de Leopold



Fuente: Leopold und Spörlin (1894) Die Leitung der regelmäßigen Geburt nur durch äußere Untersuchung. Arch Gynäkol 45: 337–368 Reprinted in: Ludwig H. Christian Gerhard Leopold (1846–1911). Nicht nur der Lehrmeister der Geburtshilfe. Der Gynäkologe. 37. 10: 961-966 (2004). doi:10.1007/s00129-004-1576-x.

Tacto vaginal: En un intento por determinar la presentación y variedad de posición por tacto vaginal, es aconsejable seguir un sistema definido que incluye los siguientes movimientos:

- Se introducen dos dedos en la vagina y se dirigen en forma ascendente hasta la presentación; después se logra fácilmente la diferenciación de las presentaciones de vértice, cara y pélvica.
- Si la presentación es de vértice, los dedos se dirigen a la cara posterior de la vagina.
- Después se deslizan hacia adelante sobre la cabeza fetal, en dirección a la sínfisis del pubis de la madre. Durante ese movimiento, los dedos necesariamente se deslizan por la sutura sagital y permiten delinear su trayectoria.
- Se precisan después las posiciones de las dos fontanelas. Los dedos se deslizan hacia el extremo anterior de la sutura sagital y se encuentra e identifica la fontanela correspondiente; después, con un movimiento de deslizamiento se pasan los dedos a lo largo de la sutura hasta el otro extremo

de la cabeza, donde se localiza y diferencia la fontanela posterior.

- La altura de la presentación o el grado hasta el cual esta ha descendido en la pelvis puede también establecerse en ese momento. Mediante esas maniobras se localizan fácilmente las diversas suturas y fontanelas.

C. Evaluación fetal:

La frecuencia cardiaca fetal (FCF) puede encontrarse en un rango de 110 a 160 Lpm, cuando está por arriba de estas cifras se considera taquicardia y debajo de esta bradicardia. Para realizar el conteo de latidos cardiacos, puede realizarse de las siguientes maneras:

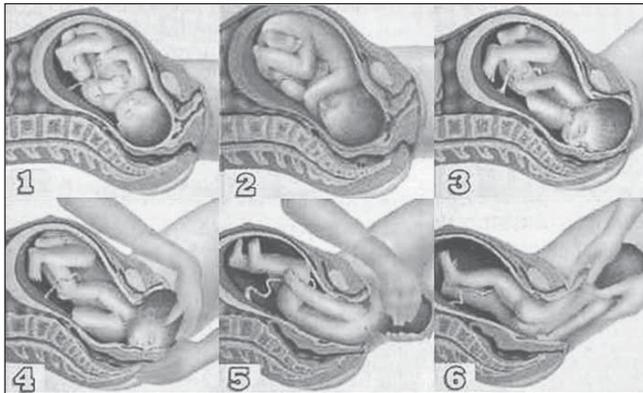
- Se escuchan los latidos durante 6 segundos y se multiplican por 10, ya que 6 segundos es la décima parte de un minuto, y así obtenemos la frecuencia fetal de un minuto.
- Se escuchan los latidos durante 15 segundos y se multiplican por 5.

Además debe tomarse en cuenta la percepción de movimientos fetales, así como la estimación de peso fetal por ultrasonido y el nivel de líquido amniótico. Es oportuno y si se cuenta con la tecnología necesaria verificar la presencia de

circular del cordón umbilical al cuello (sin que esto sea una razón para considera resolución vía cesárea).

D. Mecanismos del trabajo de parto:

Los cambios posicionales en la presentación del feto que se requieren para su traslado dentro del conducto pélvico constituyen los mecanismos del trabajo de parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.



1.encajamiento, 2. descenso, 3. flexión, 4. rotación interna, 5. extensión, 6. rotación externa y expulsión.

Fuente: clinicadelamujer.cl

Características del trabajo de parto normal:

El mayor impedimento para la comprensión del trabajo de parto normal es el conocer su inicio. La definición estricta del trabajo de parto, presencia de contracciones uterinas que producen borramiento y dilación demostrable del cuello uterino, no ayuda fácilmente al clínico a determinar cuando en realidad se ha iniciado el trabajo de parto, porque ese diagnóstico se confirma solo en retrospectiva. Se pueden utilizar varios métodos para definir su inicio. Se cuantifica el principio como la hora a la que se hacen regulares las contracciones dolorosas. Infortunadamente, la actividad uterina que causa molestias pero que no representa un trabajo de parto normal pudiese presentarse en cualquier momento del embarazo.

El falso trabajo de parto: suele detenerse de manera espontánea o pudiese avanzar rápido hasta la presencia de contracciones eficaces. Cuando una mujer acude con membranas intactas, se supone que la dilatación de 3 a 4 centímetros del cuello uterino o mayor constituye un umbral razonablemente confiable para el diagnóstico del trabajo de parto. En este caso, el principio del trabajo de parto corresponde al momento del ingreso hospitalario.

E. Periodos del trabajo de parto:

Primer periodo del trabajo de parto:

Friedman creó el concepto de tres divisiones funcionales del trabajo de parto para describir los objetivos fisiológicos de cada una. Aunque el cuello uterino se dilata poco durante la división preparatoria, sus componentes de tejido conectivo cambian mucho. El tipo de la dilatación del cuello uterino durante las divisiones preparatoria y de dilatación del trabajo de parto normal corresponde a una curva sigmoidea.

Se definen dos fases de la dilatación del cuello uterino:

- Fase latente: Corresponde a la división preparatoria.

- Fase activa: Corresponde a la dilatación esta se subdivide en:
 - Fase de aceleración
 - Fase de máxima pendiente
 - Fase de desaceleración

- Fase latente:

El inicio de la fase latente del trabajo de parto definido por Friedman (1972), corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. La fase latente de la

mayor parte de las mujeres termina entre los 3 y 5 centímetros de dilatación, un umbral que puede ser clínicamente útil porque define los límites de la dilatación, más allá de los cuales es de esperar un trabajo de parto activo.

La anomalía del trabajo de parto que puede ocurrir en esta fase es la FASE LATENTE PROLONGADA: definida como aquella mayor de 20 horas en la nulípara y de 14 horas en la múltipara de trabajo de parto en fase inicial. Los factores que alteran la duración de la fase latente incluyen sedación excesiva o analgésica epidural; un estado desfavorable del cuello uterino, sin borramiento o dilatación.

Fase activa:

El avance de trabajo de parto en nulípara tiene importancia particular porque las curvas descritas por Friedman, revelan la velocidad de la pendiente de la dilatación cervical entre los 3 y 5 cms. Así, se puede considerar de manera confiable que la dilatación del cuello uterino de 3 a 5 cms. o más, en presencia de contracciones uterinas y que esto es representativo del umbral de trabajo de parto activo

Fase activa del trabajo de parto en nulípara es promedio es de 4.9 horas (\pm 3.4 horas). Por lo tanto, la fase activa, tendría un máximo de 11.7 horas y las velocidades de dilatación del cuello

uterino variaron desde un mínimo de 1.2 hasta 6.8 centímetros por hora.

La anomalía del trabajo de parto que puede aparecer en esta fase es: **DETENCIÓN SECUNDARIA DE LA DILATACIÓN** la que se definió como un cese completo de la dilatación o el descenso. Se definió a la detención de la dilatación como el transcurrir de 2 horas sin haber cambios cervicales y a la detención del descenso el transcurrir de una hora sin observar descenso fetal.

Segundo periodo del trabajo de parto:

Se inicia cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto. La duración promedio es de casi 50 minutos para nulípara y 20 minutos para multíparas, pero puede ser muy variable, en una mujer de mayor paridad con dilatación previa de vagina y perineo pueden ser suficientes dos o tres esfuerzos expulsivos después de la dilatación completa del cuello uterino para concluir el nacimiento. Por el contrario, en una mujer con contracción pélvica o un feto grande, o con esfuerzos de expulsión alterados por analgesia regional o sedación previa, el segundo periodo puede ser normalmente prolongado.

Tercer periodo del trabajo de parto:

Se inicia desde el nacimiento del feto hasta el alumbramiento de la placenta.

F. Atención del trabajo de parto y partos normales:

En primer lugar, debe reconocerse al parto con un proceso fisiológico normal que casi todas las mujeres experimentan sin complicaciones. En segundo lugar, las complicaciones intraparto surgen a menudo de manera rápida e inesperada. Por tanto, los clínicos deben hacer de manera simultánea que toda mujer y quienes la apoyan se sientan cómodos y lograr la seguridad de madre y recién nacido.

Procedimientos de admisión a sala de labor y partos:

Para el ingreso a sala de labor y partos es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

- Identificación del trabajo de parto. Aunque el diagnóstico diferencial entre trabajo de parto falso y verdadero en ocasiones es difícil, puede basarse en las siguientes recomendaciones:

- Trabajo de partos verdadero:
 - Las contracciones se presentan a intervalos regulares.
 - Los intervalos se acortan de modo gradual.
 - La intensidad aumenta de manera gradual.
 - Hay molestias en el dorso y el abdomen.
 - El cuello uterino se dilata.
 - Las contracciones no se detienen por la sedación.

- Falso trabajo de parto:
 - Ocurren contracciones a intervalos irregulares.
 - Los intervalos siguen siendo prolongados.
 - La intensidad se mantiene sin cambios.
 - Las contracciones ocurren principalmente en la porción inferior del abdomen.

 - El cuello uterino no se dilata.
 - Las contracciones suelen aliviarse por sedación.

En aquellos casos donde no puede establecerse con certeza un diagnóstico de trabajo de parto suele ser prudente observar a la mujer durante un periodo más prolongado, por lo regular durante 2 horas consecutivas.

- Determinar con precisión el estado general de madre y feto mediante el interrogatorio y la exploración física, que incluyen toma de presión arterial, temperatura y pulso. Identificar situación, presentación, posición, frecuencia cardíaca fetal.

- Exploración vaginal verificando la dilatación mayor igual a 4 cm.

- Determinar la integridad de las membranas:
 - La ruptura de las membranas es significativa por 3 motivos. En primer lugar, si la presentación no está fija en la pelvis, aumenta mucho la posibilidad de prolapso y compresión del cordón umbilical.

En segundo lugar, es posible que el trabajo de parto inicie en el transcurso de las 24 a 48 horas siguientes a la ruptura de membranas independiente de la edad gestacional.

En tercer lugar, si se retrasa el parto durante 24 horas o más después de la ruptura de membranas hay mayor probabilidad de infección intrauterina.

Con el uso de un espejo vaginal estéril se hace el diagnóstico concluyente de la ruptura de membranas cuando se observa líquido amniótico que se acumula dentro del saco posterior o la salida de líquido claro a través del conducto cervical.

Solicitar pruebas de laboratorio.

➤ **Atención del primer periodo de trabajo de parto:**

Tan pronto como sea posible después del ingreso, se concluye el resto de la exploración física general, vigilancia del bienestar fetal durante el trabajo de parto.

Se recomienda que durante el primer periodo de trabajo del parto, se monitorice la frecuencia cardiaca fetal inmediatamente después de una contracción al menos cada 30 min. en embarazos de bajo riesgo y cada 15 min. en embarazos de alto riesgo. Si se cuenta con el recurso deberá realizarse la vigilancia electrónica continua de lo contrario utilizar el monitoreo intermitente.

- **Contracciones uterinas:**
Con la palma de la mano apoyada ligeramente sobre el útero, el explorador determinar el momento de inicio de la

contracción. Durante el tiempo de una contracción eficaz, no se puede hundir la pared del útero con el pulgar u otro dedo, se trata de una contracción “firme”.

- Signos vitales maternos:
Se valoran cada 4 hrs
- Exploraciones vaginales:
Cuando se rompen las membranas, ha de hacerse una exploración rápida si la cabeza fetal no estaba definitivamente encajada en la exploración previa. Se revisará de inmediato y durante la siguiente contracción uterina la frecuencia cardiaca fetal para ayudar a detectar una compresión oculta del cordón umbilical.
- Alimentos por vía oral:
Evitarse la ingestión de alimentos durante la fase activa del trabajo de parto.
- Soluciones intravenosas:
Administración de glucosa, sodio y agua, a una velocidad de 60 a 120ml por hora, para prevenir la deshidratación y acidosis.
- Posición materna durante el trabajo de parto:
En cama debe permitirse a la mujer en trabajo de parto adoptar la posición que encuentre más cómoda, que la mayor parte de los casos será de decúbito lateral. O bien si las condiciones de la paciente lo

permiten, se debe permitir la ambulaci3n durante el periodo dilatante.

- **Amniotomía:**
Es muy importante que la cabeza fetal est3 bien aplicada sobre el cuello y no se desaloje de la pelvis, durante el procedimiento para evitar el prolapso del cord3n umbilical.
- **Funci3n de la vejiga:**
La distensi3n vesical debe evitarse por que puede obstaculizar el descenso y llevar3 una hipotonía subsiguiente del 3rgano e infecci3n. Si la vejiga est3 distendida y la paciente no puede orinar, est3 indicado el sondeo.

➤ **Atenci3n del segundo periodo del trabajo de parto:**

Con la dilataci3n completa del cuello uterino, que indica en el inicio del segundo periodo del trabajo de parto, una mujer suele empezar a pujar y con el descenso de la presentaci3n manifiesta urgencia de defecar. Las contracciones uterinas y la fuerza de expulsión acompañante pueden durar 1.5 min. y ocurrir a intervalos no mayores de 1 min. El segundo periodo de trabajo de parto tiene una duraci3n aproximada de 50 min en nulípara y 20 min en multíparas.

❖ Preparación para el parto:

Colocar en posición a la paciente, la más ampliamente usada es la litotomía dorsal. Para una mejor exposición, se utiliza se utiliza estribos. Al colocar

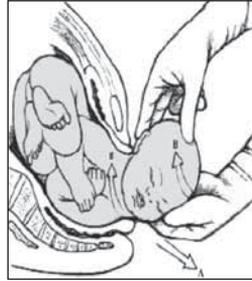


las piernas en el estribo, se debe tener cuidado de no separarlas mucho o colocar una más alta que la otra, ya que eso ejercerá fuerza de tracción sobre el perineo que fácilmente causan extensión o desgarros espontáneos de una episiotomía hasta convertirse en unaaceración grave. Las pacientes pueden presentar calambres en las piernas durante el segundo periodo de trabajo de parto, en parte por compresión de nervios en la pelvis por la cabeza fetal. La preparación para el parto debe incluir la limpieza vulvar y perineal. Luego pueden colocarse campos estériles. De manera que se cubra toda la región circundante inmediata a la vulva.

❖ Parto espontáneo:

❖ Nacimiento de la cabeza:

Con cada contracción el perineo hace protrusión cada vez más y la abertura vulvovaginal, se ve más dilatado por la cabeza fetal formando de manera gradual un ovoide y por último una abertura casi circular.



A menos que se haya hecho una episiotomía, como se describe más adelante, El perineo se adelgaza y especialmente en nulípara puede presentar laceración espontánea. El ano presenta cada vez más distensión y protuberancia y se puede observar con facilidad la pared anterior del recto a través de él.

❖ Maniobra de Ritgen:

Cuando la cabeza distiende la vulva y el perineo para abrir el introito vaginal hasta un



diámetro de 5 cms. o más se puede usar la mano con guante estéril y cubierta por alguna compresa para ejercer presión sobre el

mentón fetal a través del perineo apenas frente al cóccix. Concomitantemente, la otra

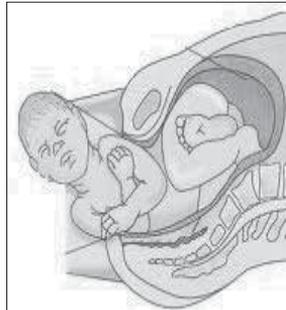
mano ejerce presión superior contrae el occipucio. Esto con la finalidad de proteger el periné.



En este momento se realiza la primer aspiración de secreciones de la boca y nariz del producto.

❖ Nacimiento de los hombros:

Después de su nacimiento la cabeza fetal cae hacia atrás y lleva la cara casi en contacto en el ano materno. El occipucio rápidamente se gira hacia los muslos maternos y la cabeza



adopta una posición transversal ese movimiento de restitución indica que el diámetro biacromial, ha rotado así el diámetro antero posterior de la pelvis. Más a menudo los hombros parecen en la vulva apenas después de la rotación externa y nace de manera espontánea. Si se retrasa, parece aconsejable su extracción inmediata. Se sujeta los lados de la cabeza con las dos manos y se aplica tracción descendente suave hasta que aparece el hombro anterior bajo el arco púbico. En este momento se administra una dosis de

uterotónicos para evitar la hemorragia postparto, como manejo activo del tercer periodo.

El resto del cuerpo casi siempre sigue a los hombros sin dificultad pero si hay un retraso prolongado puede acelerarse su nacimiento por tracción moderada sobre la cabeza o compresión moderada sobre el fondo uterino. Debe evitarse engancharse los dedos en las axilas porque ello puede lesionar los nervios de la extremidad torácica y producir una parálisis transitoria o talvez incluso la permanente. La tracción debe ejercerse solo en dirección del eje longitudinal del recién nacido, ya que cuando se aplica de manera oblicua produce flexión del cuello y distensión excesiva del plexo braquial.

❖ Circular de cordón:

Después del nacimiento del hombro anterior, debe deslizarse un dedo hacia el cuello fetal para saber si es rodeado por uno o más asas de cordón umbilical; debe deslizarse sobre la cabeza si es lo suficientemente laxa. Si está fuertemente adosada se puede cortar entre dos pinzas y hacer nacer inmediatamente al producto.

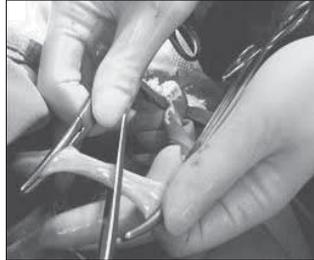
❖ Pinzamiento de cordón:

Se corta el cordón umbilical entre dos pinzas colocadas a 4 o 5 cms. de distancia del

abdomen fetal y después se aplica una pinza alejada de 2 a 3 cms. con respecto al abdomen fetal.

❖ El momento de pinzamiento del cordón:

Si después del nacimiento se coloca al recién nacido a nivel del introito vaginal o por debajo durante 3 minutos no se ocluye de inmediato



la circulación feto placentaria por pinzamiento de cordón, se puede derivar un promedio de 80 mililitros de sangre de la placenta al recién nacido, lo que provee casi el 50 % grs. de hierro y disminuye la anemia por deficiencia de hierro, en etapas posteriores de la lactancia. Se sugiere pinzar el cordón después de la limpieza exhaustiva de las vías respiratorias, lo que suele requerir casi 30 segundos el recién nacido no se eleva con respecto al introito en parto vaginal o mucho más con respeto al abdomen materno en la cesárea.

➤ Atención del tercer periodo del trabajo de parto:

Inmediatamente después del nacimiento del producto se revisa el tamaño de fondo uterino

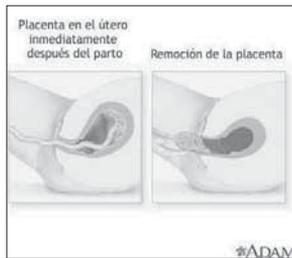
y su consistencia. Si el órgano se mantiene firme y no hay hemorragia poco común, la práctica usual es una vigilancia cuidadosa hasta que se desprende la placenta. No se utiliza masaje pero se palpa el fondo con frecuencia para asegurarse que el órgano no se torna atónico y lleno de sangre con el desprendimiento placentario.

Se debe estar alerta de los siguientes signos de desprendimiento placentario:

- 1.-El útero se hace globular y como regla más firme
- 2.-Suele haber un borbotón de sangre
- 3.-El útero asciende en el abdomen porque la placenta, una vez separadas desciende hacia el segmento uterino inferior y la vagina, donde su volumen pulsa al útero hacia arriba.
- 4.-El cordón umbilical sale un poco más de la vagina, lo que indica que la placenta ha descendido.

Si estos signos aparecen la placenta se ha desprendido, hay que verificar que el útero este firmemente contraído. Se puede pedir a la madre pujar y la presión intra abdominal puede ser adecuada para expulsar la placenta. Si esos esfuerzos fracasan o si no es posible la expulsión espontánea se hace presión con la mano sobre su fondo para expulsar la placenta desprendida en dirección a la vagina.

Expulsión de la placenta:



No debe forzarse la exclusión de la placenta por compresión antes de su separación, pues de otra manera el útero se puede invertir. No debe hacerse tracción sobre el cordón umbilical para extraer la placenta del útero. La inversión del útero es una de las graves complicaciones vinculadas con el nacimiento. Conforme se aplica presión descendente hacia la vagina sobre el cuerpo del útero, el cordón umbilical se mantiene ligeramente tenso. Después se eleva el útero en dirección cefálica con la mano abdominal. Esa maniobra se repite hasta que la placenta alcanza el introito.

Conforme la placenta atraviesa el introito, se retira la compresión uterina. Después se levanta ligeramente la placenta alejándola del introito. Se tiene cuidado de evitar que las membranas se desgarran y se queden en la cavidad uterina. Si las membranas empiezan a desgarrarse, se sujeta con una pinza y se extrae por tracción suave. Debe revisarse con cuidado la cara materna de la placenta para asegurar que no haya fragmentos residuales del útero. Extracción manual de la placenta en ocasiones, la placenta no se desprende de manera rápida, algo frecuente en especial en

casos de parto pretérmino. Si hay hemorragia activa y la placenta no puede extraerse por la técnica antes descrita, está indicado su retiro manual.

➤ Cuarto periodo del trabajo de parto.

Debe revisarse la placenta las membranas y el cordón umbilical en cuanto a su integridad y en busca de anomalías. En este periodo es más probable la hemorragia posparto por atonía uterina aunque se administren oxitócicos, debe valorarse de manera frecuente, el útero y el periné.

Oxitócicos: Después de que se ha vaciado el útero y nace la placenta, el principal mecanismo por el cual se logra la hemostasia, en el sitio placentario, es la vasoconstricción producida por un miometrio bien contraído. Se usa la Oxitocina (cod. 303), el Maleato de Metilergonovina (cod. 1000 o 1001), y los análogos de las Prostaglandinas (cod. 2019 Misoprostol, Carbetocina 2046), sobre todo para disminuir la pérdida sanguínea mediante el estímulo de las contracciones miométriales.

A



B



C



D



E



F



G



H



A. Episiotomía. B. Maniobra de Ritgen. C. Aspiración nasal. D. Tracción fetal. E. Extracción fetal. F. Pinzamiento del cordón umbilical. G. Alumbramiento placentario. H. Episiorrafia. (Fotos HGO-IGSS 2013)

Proceso básico de la atención de parto normal

Definiciones

1. Períodos del trabajo de parto

El trabajo de parto se divide en:

- Primer período o dilatante.
- Segundo período o expulsión del feto.
- Tercer período o Alumbramiento placentario.
- Cuarto período o puerperio inmediato.

2. Trabajo de parto inicial

Se considera trabajo de parto inicial cuando la actividad uterina ha provocado que el

cérvix llegue a una dilatación de por lo menos 3 centímetros, con un borramiento mayor a 30%.

3. Trabajo de parto activo

Es el proceso en el cual la actividad uterina es regular (entendiendo por esto tres o más contracciones en 10 minutos, con duración de por lo menos 30 segundos) con incremento de dicha actividad en intensidad y frecuencia, acompañado de cambios cervicales. Esta definición incluye además los casos en los que el cuello del cérvix se ha dilatado por arriba de los 4 cms.

4. Período de expulsión del feto

Se define cuando la dilatación del cuello del cérvix llega a 10 cms., con borramiento de 100% y el feto desciende por el canal de parto hasta la expulsión total.

5. Período de alumbramiento placentario

Se refiere al lapso de tiempo que transcurre entre la expulsión del bebé y la expulsión de la placenta.

Se recomienda realizar manejo activo del tercer periodo que implica: al expulsar el hombro anterior administrar uterotónicos a la madre (Oxitocina (cod. 303) 5 mg IV, Oxitocina 10 mg IM o Ergonovina (cod. 1000 o 1001) 2 mg intramuscular).

Valoración de los signos de desprendimiento placentario.

- a. Signo de Kustner (desplazar el útero hacia arriba, si el cordón asciende significa que no sea desprendido la placenta).
- b. Signo de Alfheld (al progresar el desprendimiento, la pinza desciende).
- c. Se puede realizar la maniobra de Wagner (rechazo de la sangre del cordón hacia la placenta), está contraindicada en las madres Rh negativas.
- d. Expulsión de la placenta realizando una tracción suave y masaje en el fondo uterino.
- e. Si la placenta no es expulsada en 20 minutos, considerar la extracción manual.
- f. Examen de la placenta: comprobar la integridad de la placenta, membranas, existencia de trayectos vasculares, realizar una descripción macroscópica.
- g. Revisión del canal mediante valvas, revisión del cérvix con pinzas, suturas de lesiones y Episiorrafía.

Atención del Parto

A continuación se hará referencia a las medidas que se deben tomar y a las órdenes de ingreso sugeridas.

1. Ingreso

1. Historia obstétrica, para tratar de clasificar el riesgo de la paciente que acude emergencia.
2. Interrogatorio para determinar hora de inicio de contracciones, rotura de membranas, etc.
3. Examen abdominal: determinar contracciones, situación fetal, altura uterina y latido cardíaco fetal.
4. Tacto vaginal: asepsia con torunda con Hibitane o Clorhexidina. Evaluar, tipo de presentación, grado de encajamiento, dilatación cervical, características de la pelvis, membranas íntegras.
5. Evaluar presión arterial, pulso temperatura, identificación de edemas, coloración de conjuntivas.

Si la paciente presenta de 1 a 3 cms. de dilatación, permanecerá en área de observación con evaluaciones cada 30 min. de la frecuencia cardíaca fetal y cada 2 horas de cambios cervicales.

Si la paciente presenta dilatación mayor o igual a 4 cms., se indicará ingreso a Labor y a Partos, considerando en órdenes de ingreso:

- a. Ingresa con enema evacuador, excepto que sea parto prematuro o que la expulsión sea eminente (este paso queda a criterio médico).
- b. Baño en ducha si la dilatación no es avanzada.
- c. NPO.
- d. Reposo en cama.
- e. Canalizar con solución Dextrosado al 5% a 100 cc/hora.
- f. Exploración abdominal.
- g. Tacto vaginal periódico y estéril cada 2 horas y dependiendo de la evolución.
- h. Llevar partograma y observar las líneas de alerta.
- i. Control fetal de preferencia con monitorización externa, si no se cuenta con ello, control de frecuencia cardiaca fetal cada 30 a 60 minutos en la fase latente y cada 15 a 30 min. en fase activa.

En caso se presente variación de frecuencia cardíaca fetal, efectuar amniotomía y evaluar características de líquido amniótico.

Evaluar analgesia de conducción si el caso lo amerita. En caso de que no se utilice analgesia de conducción administrar antiespasmódicos (cod.242) combinados con Meperidina (cod. 922) 1mg/Kg de peso que aproximadamente equivale a 75 a 100 mg. intramuscular en fase latente y en fase activa a 50 a 75 mg. lo que puede repetirse cada 4 horas. Evaluar dilatación cervical que no sobrepase 6 centímetros, para la administración de Meperidina.

Evaluar uso de Oxitocina en base a la dinámica uterina, su uso debe ser juicioso en pacientes multíparas, para ellas se deberá utilizar en bomba de infusión continua y controlar el patrón contráctil y la frecuencia cardíaca fetal cada 15 minutos.

Nota: paciente que reconsulte a la Emergencia en menos de 24 horas, deberá ser ingresada para evaluación y monitoreo intrahospitalaria.

Periodo Expulsivo:

Vestimenta para la atención del parto:

- Gorro
- Mascarilla
- Bata.

- Guantes estériles.
- Lentes de protección.

Nota: para atención del parto vaginal es importante que tanto la paciente como la persona que atiende el parto, esté libre de aretes, cadenas, pulseras, reloj, anillos, uñas sin esmalte y sin maquillaje facial.

En esta etapa se debe considerar lo siguiente:

- Paciente en posición de litotomía dorsal sobre la mesa de parto.
- Evaluar presencia globo vesical, de ser necesario vaciar contenido urinario.
- Limpieza y asepsia de genitales externos.
- Colocación de campos estériles.
- Contar con el siguiente equipo: gasas pequeñas y medianas, jeringa de 10cc y lidocaína sin Epinefrina, 2 pinzas de Kocher, tijera de Mayo recta y curva, porta agujas de 9 pulgadas, 2 pinzas de Foerster, pinza de disección de dientes y sin dientes de catgut crómico 2-0.
- Asistencia en el periodo expulsivo: tacto vaginal para confirmación de dilatación completa, 3 o 4to. plano de Hodge, dejar pujar a la paciente, realizar episiotomía restrictiva (medio lateral).

- Protección adecuada del periné con maniobra de Ritgen modificada.
- Evitar maniobra de Kristeller.
- Rotación externa de la cabeza.
- Aspiración de mucosidades fetales (buco-nasal).
- Liberar circulares al cuello.
- Tracción hacia abajo de cabeza fetal de desprender el hombro anterior (considerar inicio del manejo activo del tercer período) y posteriormente elevación de la cabeza para liberar el hombro posterior con protección del periné.
- Sujetar al neonato con la mano derecha hasta que salgan los pies, justo cuando salgan los pies sujetarlo con la mano izquierda con los dedos medio, índice y pulgar.
- Pinzar el cordón con 2 pinzas de Kocher cortarlo.
- Colocar el neonato encima del vientre materno.

Observación: El pediatra o neonatólogo debe estar presente cuando se considere la existencia de riesgo para el producto al momento de nacer, asistiéndolo inmediatamente.

Si la expulsión dura más de 30 minutos en múltiparas y 1 hora en nulíparas evaluar la extracción fetal instrumental.

Asignaciones de Enfermería

Asignaciones al Circular Partos

- Leer reportes de paciente turno anterior.
- Leer asignación de trabajo.
- Recibir pacientes asignadas.
- Recibir equipo y mobiliarios de las salas de parto.
- Equipar con ropa, equipo y material las salas de partos.
- Proporcionar cuidados higiénicos y de comodidad a pacientes asignados (baños, aseo perineal, limpieza oral y otros).
- Cambiar ropa a apacientes y cama.
- Cumplir indicaciones Médicas y de Enfermería.
- Administrar medicamentos a pacientes durante el trabajo de parto.
- Redactar notas de enfermería asegurándose en registrar los siguientes datos:
 - Nombre del Médico que atendió parto.
 - Hora del Nacimiento.
 - Sexo del recién nacido.
 - Tipo de alumbramiento.

- Condición del recién nacido y la madre.
 - Tipo de Episiotomía.
 - Identificación correspondiente (sexo, pulsera, papelería).
 - Nombre, Firma de la Enfermera que circuló el procedimiento.
 - Fecha y hora.
 - Fórceps, s/v paciente.
- Circular partos aplicando principios científicos realizando las anotaciones en el libro de parto dejando registro pertinente y oportuno en la nota de enfermería.
 - Recibir al recién nacido enseñándoselo a la madre, haciendo énfasis en el sexo y en el contacto madre-niño. Siempre y cuando sea un parto normal y sin ninguna complicación.
 - Identificar al binomio Madre, Niño a través de pulseras, consignando los siguientes datos:
 - Nombre completo de la Madre.
 - Número de Afiliación.
 - Sexo respectivo.
 - Fecha y hora de Nacimiento.

Nota: Los datos deben ser tomados del carné de la paciente y/o del expediente y se debe colocar al dorso de la pulsera el nombre de la persona quien la elaboró.

- Colocarle al recién nacido al pecho de la madre durante unos 3 a 5 minutos.
- Mostrarle el sexo del recién nacido a la madre.
- Trasladar al recién nacido a transición, asegurándose que lleve su pulsera de identificación (rosada/femenino, celeste/masculino), que se encuentre limpio y seco, y evaluar que esté colocado el clamps umbilical, esto se debe realizar en forma rápida para evitar enfriamiento del recién nacido.
- Entregar al recién nacido a la persona encargada del área de transición.
- Apoyará al personal médico para la realización de flexiones en los miembros inferiores de la paciente, para mejorar la circulación sanguínea.
- Movilizar a pacientes de la mesa de partos a la camilla o cama y observar hemorragia vaginal.
- Trasladar a la paciente al área de recuperación post-parto debidamente identificada.

NOTA: si es óbito fetal se le quita la pulsera a la madre.

- Se entrega paciente de post-parto inmediato a personal Auxiliar de Enfermería.
- Dar apoyo emocional a pacientes durante parto.
- Orientar a las pacientes de acuerdo a necesidades detectadas sobre el comportamiento que deben tener durante el parto y post-parto inmediato.
- Recolectar muestras de patología (placentas cuando el Médico lo indique debidamente identificadas).
- Dar cuidado posterior al equipo usado en el parto.
- Entregar pacientes y equipo del área asignada.
- Velar por que se realice la limpieza de Sala de partos después del parto y equiparla para siguiente procedimiento.
- Ingresa pacientes con dilatación completa de emergencia.
- Cumple órdenes Médicas de pacientes asignados.
- Deberá lavar y secar el equipo utilizado en cada turno y preparar instrumental utilizado para enviarlo a Central de Equipos, para el canje.
- Anotar en Libro a vapor equipo contaminado.
- Colocar equipo estéril en arsenal.
- Identifica y registra en el Libro muestra anatomopatológica y la entrega a

Ayudante de Enfermería para enviarla a Patología.

- Debe cumplir órdenes médicas verbales y STAT dejando registro en la nota de enfermería, nombre del médico que lo solicitó, el medicamento administrado y la hora en que lo administró.
- Otras que su jefe le asigne.

Asignaciones en Transición

- Leer reporte del turno anterior.
- Leer asignación de trabajo.
- Recibir y entregar equipo y ropa del Área de atención de recién nacido.
- Recibir y entregar recién nacidos revisar pulsera, confrontándola con hoja de parámetros.
- Ordenar y equipar el Área de Transición.
- Cumplir indicaciones Médicas.
- Recibe de sala de partos o sala de operaciones a recién nacido, verificando pulsera de identificación, sexo, fecha y hora.
- Proporcionar cuidados de Enfermería al recién nacido.
- Elaborar **nota de enfermería** del recién nacido, dejando registro de:
 - Tipo de resolución (parto vaginal o cesárea)

- Enfatizar en sexo del Recién nacido.
- Estado del recién nacido (tolera lactancia materna, meconio, orinó)
- Datos que refiera la paciente.
- Tratamiento Médico y de Enfermería.
- Nombre y firma de la Enfermera que realiza la nota.
- Controla y registra parámetros (talla, peso, temperatura, circunferencia, cefálica) nombre completo de la madre afiliación, y sexo del recién nacido, en hoja y libro respectivo.
- Vestir a recién nacido con: camisita, 3 pañales, 1 frazadita y 1 ponchito.
- Verificar en la hoja de CLAP, del expediente de la madre, la condición del recién nacido.
- Cada niño que es recibido en transición se anota en **libro de recién nacidos**; registrando los datos siguientes:
 - Nombre completo de la madre.
 - Numero de Afiliación.
 - Sexo, peso, talla.
 - Fecha y hora de nacimiento.
 - Edad gestacional.
 - Condición del recién nacido.
 - Tratamiento recibido.
 - Nombre de la Enfermera que lo atendió.

- Administra una gota de Sulfacetamida Oftálmica en cada ojo, y si es femenino una gota en la vulva del recién nacido.
- Administra 1 mgs. o sea 1 décima de vitamina K (cod. 422) intramuscular a todos los recién nacidos en el muslo.
- Registrar en hoja de control de medicamento el tratamiento administrado a cada recién nacido.
- Asiste a recién nacido y ayuda al Pediatra en la ejecución de procedimientos.
- Adjuntar en el expediente clínico de la madre hoja de parámetros, nota de enfermería y control de medicamentos del recién nacido.
- Traslada recién nacidos al servicio de post parto donde se encuentra la madre.
- Traslada recién nacidos al servicio de Cuidados Intensivos Neonatales, según orden médica.
- Administra fórmulas a recién nacidos.
- Otras que su jefe inmediato le asigne

Asignaciones en Módulo Post-Parto

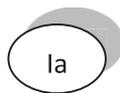
- Leer reporte de turno anterior.
- Leer asignación de trabajo.
- Recibe y ubica a pacientes del Área de Recuperación Post-Parto.
- Recibir equipo de Área asignada.

- Proporcionar cuidados higiénicos y de comodidad a pacientes asignadas (aseo peritoneal, limpieza oral y otros)
- Cambiar ropa a pacientes y cama.
- Cumplir indicaciones Médicas.
- Ayudar a las pacientes y asistir al Médico cuando realice procedimientos.
- Trasladar pacientes a otros Servicios.

- Administrar medicamentos a pacientes asignadas bajo la supervisión de la Enfermera.
- Entrega de recién nacido a la madre, verificando previamente, datos de ambas pulseras con el expediente médico y/o carné.
- Solicita a la madre que firme de conformidad en nota de enfermería, la recepción de recién nacido y hace énfasis que quedará bajo su responsabilidad.
- Redactar notas en Enfermería:
Incluyendo los siguientes datos:
 - Fecha y Hora.
 - Dieta.
 - Estado de la paciente (conciencia, hemorragia vaginal, signos vitales).
- Vestir camas de las pacientes.
- Tener en la unidad de la paciente el equipo mínimo (garrafas, vaso, bacín) limpio y ordenado.

- Equipar la unidad de acuerdo al estado de la paciente.
- Eliminar del ambiente olores desagradables.
- Movilizar a la paciente de la cama a la camilla y viceversa.
- Habilitar nota de Enfermería y hoja de control de medicamentos a cada recién nacido.
- Cambiar de ropa al recién nacido si es necesario con (camisita, 3 pañales, 1 frazadita y 1 ponchito).
- Reporta al pediatra cambios observados en los recién nacidos.
- Mantener equipado su Servicio con medicamentos y material necesario.
- Asegurarse que equipo de emergencia este completo.
- Brindar plan educacional a la madre, en relación a cuidados del recién nacido y lactancia materna.
- Otras que su jefe le asigne.

Recomendaciones basadas en evidencia



Enseñar a la embarazada a reconocer los signos de un verdadero trabajo de parto reduce el número de consultas a emergencia por falsos trabajos de parto.

III

Al ingreso la paciente deberá realizarse limpieza del área perineal adecuadamente (baño con agua caliente y jabón) y vestirse con ropa cómoda y limpia.

Ia

No se realizará rasurado perineal a las mujeres en trabajo de parto. La enfermera realizará un corte al ras del pelo pubiano con tijera limpia, no esterilizada. Hay insuficiente evidencia para recomendar rasurado perineal para mujeres admitidas en trabajo de parto.

Ia

Posición materna: Las mujeres deben ser animadas a adoptar la posición que encuentren más confortable durante el trabajo de parto y parto, preferentemente vertical (sentada o deambulando) o en decúbito lateral izquierdo.

Ia

Enema: No se realizará enema de rutina. No hay suficiente evidencia para evaluar el uso de enemas de rutina durante el primer estadio del trabajo de parto, en relación a la duración del mismo, morbilidad materna y neonatal.

Ila

La hidratación parenteral se reservará para aquellas pacientes deshidratadas, con vómitos, con conducción anestésica (para evitar la hipotensión) o con riesgo de hemorragia postparto que pueda requerir una vía para la administración de medicamentos (trabajo de parto prolongado, multiparidad o Sobredistensión uterina, etc.).

Ila

El partograma del trabajo de parto ofrece una base objetiva para el manejo del segundo estadio del trabajo de parto.

Ia

Amniotomía precoz: No se realizará Amniotomía precoz de rutina. La Amniotomía precoz se reservará para mujeres con un progreso anormal del trabajo de parto.

Ia

Masaje perineal: Se evitará realizar masaje perineal durante el trabajo de parto. No hay evidencia de que el masaje perineal durante el trabajo de parto prevenga lesiones perineales, disminuya el dolor, la disparúnia, o los problemas urinarios o fecales.

I Analgesia epidural: la analgesia epidural se realizará previa evaluación de cada paciente en particular, se recomienda en particular para la atención de parto en embarazadas adolescentes o bien en pacientes sometidos a oportunidad de parto vaginal con antecedente de cesárea previa.

la Pujo: Si el trabajo de parto se desenvuelve normalmente, no se hará pujar a paciente si no lo desea. En condiciones normales, se evitará el pujo involuntario durante el 2º estadio del trabajo de parto. Evitar el pujo involuntario es beneficioso y resulta en una reducción en los nacimientos difíciles en mujeres nulíparas, y en un incremento de nacimientos espontáneos.

I Ligadura del cordón umbilical: se realizará el clampeo y ligadura del cordón umbilical cuando el mismo deje de pulsar (a excepción de que el RN esté deprimido) tiempo durante el cual el RN estará al nivel de la placenta.

-  Episiotomía restrictiva: no se realizará episiotomía de rutina. Se realizará episiotomía previa evaluación de cada caso en particular.
-  Manejo del 3er estadio del trabajo de parto previa la expulsión placentaria se administran oxitócicos al momento de la expulsión del hombro posterior, así como masaje uterino y se realizará tracción controlada del cordón umbilical para favorecer la expulsión placentaria.
-  Reparación perineal: Ser realizará con sutura continua con material sintético absorbible.

TÉCNICA DE EPISIOTOMIA

Previo a realizar el procedimiento de Episiotomía, es vital que el cirujano conozca ampliamente la anatomía del piso pélvico femenino.

- **ANATOMÍA DEL PISO PÉLVICO.**

- a. **PERINEO.**

La región pudenda o Perineo, es la localizada entre el monte de Venus por arriba, los pliegues inguino-cruales a los lados y el borde inferior de los glúteos por abajo.

Externamente, vista la paciente en posición ginecológica, contiene a las siguientes estructuras: la Vulva, el periné, el ano y el surco intergluteo.

Hacia adentro, sus límites son: sínfisis del pubis, las ramas isquiopubianas, las tuberosidades isquiáticas, los ligamentos sacrociáticos mayores, el sacro y el coxis; el músculo elevador del ano sería su techo y la piel y los tegumentos, el suelo.

El área limitada por estas estructuras forma un rombo cuyos dos triángulos en su base estarían unidos por una línea imaginaria que uniendo las dos tuberosidades isquiáticas, la dividiría en un triángulo

anterior o urogenital y otro posterior o anococcígeo.

El suelo del perineo está compuesto por la piel y dos capas de fascia superficial: la primera que es el tejido celular graso, que se continua hacia arriba con la grasa superficial del abdomen, o fascia de Campbell, y, hacia abajo con la grasa de la fosa isquiorrectal; la segunda, es la capa membranosa de la fascia perineal superficial, o fascia de Colles, que recubre solo el triángulo anterior, se inserta lateralmente en la arcada púbica; por dentro a la base del diafragma urogenital confundándose con los haces musculares del transverso superficial, y anteriormente se continúa con la fascia abdominal superficial, o fascia de Scarpa.

El diafragma urogenital, es una barrera musculo membranosa, solo atravesada por la uretra y la vagina, que ocupa el triángulo anterior del perineo; los músculos y las estructuras vasculares y nerviosas están fijadas por una fascia superior e inferior que las recubren; las dos hojas de esta fascia se unen pasando por delante de la uretra y por detrás de la vagina, y desde aquí se proyecta internamente recubriendo la superficie externa de todas las vísceras pélvicas, recibiendo entonces el nombre de fascia endopélvica.

Los límites del triángulo posterior son: por delante, los músculos transversos superficiales del periné, a los lados, los ligamentos sacrociáticos y los bordes del músculo glúteo mayor, y por detrás por el cóccix. Contiene las siguientes estructuras: el conducto anal y sus esfínteres, el tendón anococcígeo y las fosas isquiorrectales.

b. MÚSCULOS DEL PERINEO:

Los músculos que conforman el perineo son: en el área anterior: isquiocavernoso, bulbocavernoso y transverso superficial del periné, que son pares, éstos a cada lado forman un triángulo cuya hipotensura es el isquiocavernoso, los otros dos se unen en el tendón central formando un ángulo recto; Los otros dos músculos que forman el perineo son: el transverso profundo del periné y el esfínter externo del ano. Todos estos músculos son comparables a sus homólogos en el hombre, pero más pequeños.



1. Bulbocavernoso: Se origina en el tendón central delante del esfínter externo del ano, a cada lado de la línea media y de allí se dirigen hacia delante y hacia arriba, describiendo una curva de concavidad interna, rodeando la vagina, por debajo de los labios mayores y cubriendo las glándulas de Bartholin, cada uno oponiendo sus fibras a la del otro. En el otro extremo, se unen al cuerpo cavernoso y ligamento suspensorio del clítoris. Si bien desde el punto anatómico se reconocen dos músculos, desde el punto de vista funcional se reconoce solo uno al que se le conoce como “constrictor de la vagina”, refiriéndose a su acción más importante cual es la de estrechar el introito vaginal que cuando es muy acentuada se denomina "vaginismo". Otras acciones son las de comprimir la glándula de Bartholin y exprimir su contenido al conducto excretor y de allí al introito, además, actúa sobre el clítoris comprimiendo la vena dorsal de este órgano favoreciendo su erección, al tiempo que lo tracciona hacia abajo aplicando el extremo libre de éste sobre el pene durante la relación sexual. Los vasos sanguíneos provienen de la pudenda interna por la perineal profunda, que continua anteriormente hasta terminar en la arteria dorsal del clítoris. El drenaje venoso sigue al plexo pudendo. La inervación proviene del nervio perineal

que penetra bien por su cara profunda bien por su cara superficial.

2. Isquiocavernoso: Se origina en la tuberosidad isquiática dirigiéndose hacia arriba insertándose en la cara anterior de la sínfisis púbica, en la base del clítoris y rodeando el cuerpo cavernoso del mismo; también, envía fibras decusantes a la región de la unión del tercio medio superior y medio de la uretra formando la mayor parte del esfínter externo de la misma. Así como en el hombre cumple una función de erección y eyaculación, en la mujer comprime el cuerpo cavernoso del clítoris contribuyendo a su erección al tiempo que durante el coito baja al clítoris aplicando su glande sobre el pene. Su vascularización es la misma que la del bulbocavernoso. La inervación proviene de la rama isquiocavernosa del nervio perineal.

3. Transverso perineal superficial: Se inicia en el borde inferior de la tuberosidad isquiática dirigiéndose horizontalmente “en busca de la otra”, insertándose en el tendón central. A diferencia de su función muy definida en el hombre, obrando en la micción y sobre todo en la eyaculación; en la mujer, está mucho menos desarrollado y al parecer solo actúa secundariamente en la defecación cuando al ser rechazado

hacia delante por un voluminoso bolo fecal, puede obrar sobre el recto para que recobre su lugar. Las arterias provienen de la perineal profunda y de la pudenda interna. Su nervio lo alcanza en su parte media y posterior, proveniente del ramo perineal del pudendo interno.

4. Esfínter externo del ano: Formado por diez a doce fascículos concéntricos que se disponen alrededor del segmento inferior del recto; en la mujer un poco más desarrollado que en el hombre, alcanza a medir entre 2 a 2.2 cm de altura y entre 1 a 1.5 de espesor. Cuando el ano se dilata, como por ejemplo al paso del feto, este se aplana lateralmente haciéndose más extenso en el sentido anteroposterior que en el transversal. Se origina principalmente a nivel del rafe anococcígeo dirigiéndose hacia arriba y adelante siguiendo un sentido circular y elíptico que terminan en el rafe medio. Los vasos provienen de la hemorroidal inferior, rama de la pudenda interna y de la hemorroidal media, rama de la hipogástrica. Su inervación está dada por el nervio anal, que proviene del tercer y cuarto par sacro, que llega al esfínter por la fosa isquiorrectal, inerva la parte anterior y posterior del esfínter; el nervio pudendo interno, o esfinteriano anterior, que inerva la parte anterior. Estos nervios inervan cada uno la mitad

correspondiente, pero sin embargo la sección unilateral no modifica la contractilidad normal de este músculo, lo cual pone de manifiesto claramente que ambas ramas cruzan al lado opuesto. Su función es la de constreñir el recto, pues al contraerse lleva la porción inferior del recto y al ano hacia atrás al tiempo que la contracción del elevador del ano lleva el recto y la vagina hacia el pubis. El resultado de estas dos acciones antagónicas es cerrar el recto.

5. Transverso profundo del perineo:

Como su nombre lo indica, es un músculo profundo, aplanado y transverso que se extiende de las ramas isquiopúbicas al rafe anovaginal. Actualmente se considera uno solo; antiguamente se le reconocía una porción vaginal, que originándose en las ramas isquiopúbicas se dirigía a la cara anterior de la vagina, y una porción uretral que del mismo origen llegaba a la porción anterior de la uretra (músculo de Guthrie y músculo de Wilson). Su irrigación e inervación depende de los mismos vasos y nervios que los del bulbocavernoso. Su función es servir de sostén principalmente a la uretra y a la vagina; colabora al elevador en el sostén del recto.

6. Periné: Estrictamente, se refiere a la zona comprendida entre la horquilla vulvar posterior y el ano.

7. Rafe medio. Tendón conjunto o central. Cuña Perineal: en este punto convergen y se entrelazan las fibras de los músculos transversos superficiales y el profundo, con fibras del bulbocavernoso, con las del esfínter externo y las del elevador del ano. Se extiende del ano a la vagina.

8. Cuerpo anococcígeo: zona fibromuscular que va del ano al cóccix, formado por fibras del esfínter externo y del elevador del ano. Sirve de soporte al conducto anal.

c. DIAFRAGMA PÉLVICO.

Es una división musculo tendinosa en forma de embudo entre la cavidad pélvica y el perineo que sirve de punto de fijación a las vísceras pélvicas. Está formado por los músculos elevadores del ano y el coccígeo cubiertos por su fascia superior e inferior. Pueden diferenciarse dos diafragmas pélvicos, uno superior, muscular y potente y otro inferior más débil que se desarrolla a partir de los esfínteres de la uretra y del ano y cierra los orificios del suelo pélvico.

Por el diafragma pélvico pasan la uretra, la vagina y el recto. Los haces musculares laterales se inclinan acercándose a la línea media sin lograrlo, entre ellos queda formado una canaladura en forma de V, conocida como la hendidura del elevador del ano.

Los músculos del diafragma pélvico se originan en las paredes pélvicas laterales y dirigiéndose hacia abajo convergen en la línea media uniéndose entre sí, insertándose en la porción final de la uretra, de la vagina y del ano. Por delante de la vagina, los bordes internos de uno y otro elevador, no convergen en la línea media y están separados entre unos 2 a 2,5 cm, exactamente por detrás del pubis, dejando un espacio libre en el piso pélvico, es el llamado "*hiato urogenital*", cerrado únicamente por el tabique vesicovaginal. Sus fascias inferiores sí se unen a la superior del diafragma urogenital, constituyendo una fascia única que envuelve y sostiene todas las estructuras pélvicas, *la fascia endopélvica*.

Además de los músculos del diafragma pélvico, existen dos músculos que cubren las paredes de la pelvis verdadera, que son: el piriforme y el obturador interno. El piriforme, de forma triangular se halla situado junto a la pared posterior de la

pelvis menor. Se origina en el sacro a nivel de los orificios I al IV abandonando la pelvis a través del agujero ciático mayor, por encima de la espina ciática, insertándose en el trocánter femoral. Los músculos obturadores internos tienen forma de abanico y recubren la pared lateral de la pelvis. La condensación de las fascias pélvicas parietales que recubren la cara interna de este músculo forma el arco tendinoso, estructura firme, que brinda sostén y apoyo importante al elevador del ano, que se extiende desde el borde inferior y posterior del pubis hasta la espina ciática.

1. Elevador del ano:

Músculo par, simétrico, que se extiende de la pared anterolateral de la pelvis menor hacia abajo describiendo un arco de concavidad anterior hacia la región del ano. Desde el punto de vista anatómico y funcional es el componente más importante del diafragma pélvico. Está constituido por dos porciones, una mediana y anterior, la de mayor tamaño, que es el pubococcígeo; y otra, más posterior y lateral, el iliococcígeo.

El pubococcígeo se origina en el borde superior de la cara posterior del pubis sin que participe la sínfisis; desde donde se dirigen hacia abajo y hacia atrás siguiendo

las paredes laterales de la vagina hasta insertarse en el coxis siguiendo el rafe ano coccígeo, no sin antes dar unas fibras que se fijan en el rafe central y con el esfínter externo y con las fibras musculares longitudinales del recto.

El iliococcígeo procede de las espinas ciáticas y del arco tendinoso de donde se dirige hacia abajo en dirección medial hasta llegar a insertarse en el cóccix en don se fija, no sin antes dar fibras que se entremezclan con el esfínter externo y el transverso profundo. Su función fundamentalmente es la de brindar sostén al recto, a la vagina y a la uretra, interviniendo importantemente en la defecación, en la micción y en la contracción vaginal; es definitivo en mantener la estática normal de las vísceras pélvicas. En la mujer, durante el trabajo de parto desempeña un papel importante cual es la de obligar al feto a que flexione y rote; recordemos que este músculo es potente y firme y se opone al descenso fetal el cual solo puede sortearlo al nivel de la hendidura anteroposterior del elevador, que tiene forma de V, cuyo eje mayor de sentido anteroposterior, obliga a la cabeza fetal a acomodar su diámetro anteroposterior más largo al de la hendidura pubococcígeo y el diámetro biparietal más corto en sentido transversal. Entre contracción y contracción la presentación distiende lenta y progresivamente al elevador hasta franquearlo, llegando al

triángulo posterior del perineo donde se enfrenta con el rafe anococcígeo inextensible y al cóccix, estructuras que ceden gracias al reblandecimiento que por las hormonas del embarazo sufren las articulaciones pelvianas haciendo que el cóccix se dirija hacia atrás enfrentando a la presentación con los músculos y fascias del periné más elásticas y flexibles, lo que se reconoce externamente por el abobamiento del mismo; igualmente la retropulsión del coxis tira como “un pedal” al esfínter externo del ano y a su vez al tendón conjunto permitiendo la apertura longitudinal del recto, con adelgazamiento y aumento de la longitud del periné.

En este punto el eje de descenso o umbilico-coccígeo forma con el eje de desprendimiento un ángulo de 110° , por lo cual se le conoce como *codo o rodilla del parto*, obligando que la presentación se dirija al triángulo anterior del perineo, hacia arriba y hacia delante distendiendo el introito vulvar que en este momento prácticamente “mira hacia arriba” y de esta forma es franqueado por el feto.

La irrigación del elevador está dada por la rama pudenda interna y la vesical inferior. La inervación por el nervio pudendo interno en su porción interna, y por ramas del III y IV ramas del sacro.

2. Coccígeos:

Músculo par, de forma triangular que constituye la porción posterior del diafragma pélvico. Se origina en la espina ciática, donde se inserta su vértice; de allí se dirige oblicuamente hacia atrás para insertarse su base en la cara inferior y posterior del sacro y del cóccix. Su acción es de sostén. Su contracción lleva hacia atrás y hacia abajo la punta del cóccix. Está inervado por el IV sacro, y recibe sus arterias de la sacra lateral, rama parietal de la división posterior de la hipogástrica.

d. Irrigación sanguínea del perineo:

En la mujer como en el hombre, la arteria del perineo es la pudenda interna, siendo de menor calibre en la primera que en el último. La pudenda interna es rama parietal de la rama anterior de la hipogástrica que abandonando la pelvis menor a nivel del orificio ciático mayor, llega al perineo lateralmente a la fosa isquiorrectal a través del orificio ciático menor. En este punto se ramifica, originando los siguientes vasos: *la hemorroidal inferior, la perineal y la arteria del clítoris.*

La *hemorroidal inferior* se dirige hacia abajo, a la región glútea a través del tejido adiposo isquiorrectal vascularizando al conducto anal, el ano y el área perianal. La *arteria perineal* atravesando la base del triángulo urogenital, irriga los músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso y transverso superficial. Existe

una rama que siguiendo el trayecto del transverso superficial irriga la zona central del periné. También origina las *labiales posteriores* que atravesando la fascia de Colles irrigan los labios.

La *arteria del clítoris* penetra al plano profundo del diafragma urogenital y siguiendo paralela a la rama ósea del pubis, se divide en los vasos que irrigan el tejido eréctil de los genitales externos. La *arteria del bulbo*, que irriga el bulbo vestibular y la glándula de Bartholin; La *arteria uretral* que se dirige medianamente hacia la uretra anastomosándose con ramas de la arteria del bulbo. La *arteria profunda del clítoris* y la *arteria dorsal del clítoris* que irrigan el cuerpo cavernoso y el glande del clítoris.

e. Inervación del perineo:

Los músculos y demás estructuras del perineo son inervados por el nervio *puendo interno*, el cual se origina de las ramas anteriores de los nervios sacros II, III y IV. Sigue el mismo trayecto que la arteria pudenda y a nivel de la tuberosidad isquiática origina tres ramas: *el hemorroidal inferior*, *el perineal* y *el nervio dorsal del clítoris*.

El *hemorroidal inferior* que inerva el esfínter externo del ano y la piel del perineo. El *perineal* que origina dos ramas, una superficial y otra profunda. La superficial que inerva los labios con sus tres ramas, el nervio labial posterior, el medio y el lateral. La rama profunda inerva el

músculo elevador del ano y contribuye también en la inervación del esfínter externo; y atravesando la base del diafragma urogenital inerva a los músculos transversos superficial y profundo, bulbocavernoso, isquiocavernoso y el esfínter externo de la uretra membranosa.

El *nervio dorsal del clítoris* inerva el glande del mismo.

La piel del perineo está inervada por los siguientes nervios: Las *ramas labiales anteriores del nervio ilioinguinal*, que se origina de las ramas del LI, e inervan el monte de Venus y la porción superior de los labios mayores.

La *rama espermática externa del genitofemoral*, que se origina de las raíces LI, LII que alcanza a los genitales por el ligamento redondo dando sus ramas a los labios. Las *ramas perineales del nervio femorocutáneo posterior*, de las raíces SI, II y III que dirigiéndose hacia delante por la línea media por delante de las tuberosidades alcanzando el borde lateral del perineo y los labios mayores.

Las *ramas cutáneas perforantes de los nervios sacros II y III* perforando el ligamento sacrociáticos mayor se dirige luego hacia atrás siguiendo el borde inferior del glúteo mayor para inervar las nalgas y el perineo contiguo.

Los *nervios anococcígeos*, que se originan de las raíces SIV, V y el nervio coccígeo que inervan la zona anococcígea.

NORMAS GENERALES DE PROTECCIÓN DEL PISO PÉLVICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO.

Las consideraciones siguientes tienen como finalidad impedir o disminuir la agresión que sufren las estructuras musculo aponeuróticas y fasciales durante el trabajo de parto y parto por el paso del feto a través del canal blando del conducto del parto; sin embargo, en algunas ocasiones esto no siempre es posible, como por ejemplo, al dar parto vaginal a un feto macrosómico; en el feto en presentación podálica. Igualmente debe tenerse en cuenta que hay pacientes que constitucionalmente presentan unos genitales poco elásticos, rígidos, lo que los hace extraordinariamente frágiles. A pesar de ello, una buena episiotomía correctamente seleccionada y oportunamente ejecutada logra muchas veces disminuir el grado del daño.

1. Durante el primer período: Debe reconocerse y tratar oportunamente las hiperdinamias, evitando el parto precipitado; y de la misma manera se manejarán las hipodinamias; al máximo se conservarán en lo posible, la integridad de las membranas. Se evitará que la paciente puje antes de completar

la dilatación completa (pujos prematuros), procurando siempre un progreso normal del descenso que permita a los músculos pélvicos una lenta distensión que gracias a su elasticidad se acomoda poco a poco al paso del ovoide fetal.

2. Durante el segundo periodo: Se evitaran las hipodinamias y el expulsivo prolongado. De requerirse solo se aceptan las aplicaciones bajas del fórceps. El nacimiento en ningún momento debe forzarse, excepto ante el riesgo de asfixia fetal.

De comprobarse un descenso muy rápido se invitará la paciente a no pujar durante las contracciones y siempre deberá procurarse el nacimiento de la cabeza fetal en flexión forzada, la deflexión ulterior se guiará para que se dé lentamente. Durante el momento mismo del desprendimiento de la cabeza fetal, la paciente debe evitar el pujo, mientras que el obstetra protegiendo el periné, conduce con suavidad la deflexión de la misma. El nacimiento de los hombros debe hacerse en el diámetro anteroposterior, y el periné, se protegerá al paso del hombro posterior, de la misma forma que se hizo para el polo cefálico. La ejecución de una adecuada y oportuna episiotomía (en los casos que este indica) es de capital importancia para lograr finalmente una protección del piso pélvico exitosa.





Técnica de Episitomía y Episorrafía



EPISIOTOMÍA Y EPISIORRAFIA

Episio. Sinónimo: Pudendo femenino. Viene de las raíces griegas Epision y Episeion que hacen referencia al pubis.¹ Sinónimos: Perineotomía. Pudendotomía.

DEFINICIÓN:

Es la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo período del parto. Su reparación se denomina EPISIORRAFIA.

OBJETIVO:

El propósito fundamental de la episiotomía es impedir los desgarros del piso pélvico y vulvo-vagino-perineales. Secundariamente, se consigue abreviar la duración del período expulsivo, y disminuir la compresión de la cabeza del feto pretérmino durante el expulsivo.

REQUISITOS:

Al igual que en todo procedimiento quirúrgico, deberán llenarse unos requisitos básicos:

- Cirujano entrenado.
- Asepsia y Antisepsia.
- Instrumental adecuado.
- Anestesia.
- Conocimiento de la técnica quirúrgica.
- Sutura adecuada.

- Hemostasia.
- Cierre por planos.

INDICACIONES:

Son muy precisas. Se clasifican en Maternas y Fetales:

- **MATERNAS:**

1. Inminencia de desgarro Vulvo-Vagino-Perineal.

2. Acortar el periodo expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo, (Maniobra de Valsalva forzada), importante en las siguientes patologías maternas:

- 2.1- Pre-Eclampsia-Eclampsia.

- 2.2- Hipertensión Arterial.

- 2.3- Hipertensión

- Intracraneana/alteraciones del S.N.C.

- 2.4- Hipertensión Ocular.

- 2.5- Cardiopatías.

- 2.6- Neumopatías.

3. Parto Vaginal Instrumentado. Utilización de fórceps.

- **FETALES:**

1. Macrosomía.

2. Prematurez.

3. Feto con Retardo del crecimiento intrauterino.

4. Sufrimiento fetal agudo, en el segundo período del parto.
5. Presentación Podálica.
6. Presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas.
7. Presentación cefálica-vértice en variedad posterior o desprendimiento en sacra.

CONTRAINDICACIONES:

- Relajación y flaccidez del piso pélvico.
- Piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento.
- Enfermedades granulomatosas activas.
- Condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal.
- Fístulas recto-perineales.
- Antecedentes de Perineoplastia.
- Cáncer Ano-rectal.

TIPOS DE EPISIOTOMÍAS:

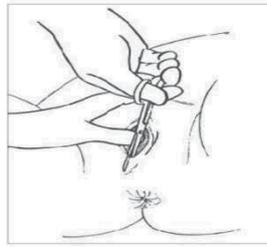
En la actualidad se suelen practicar la MEDIO-LATERAL (Derecha o Izquierda, de acuerdo a la destreza del cirujano) y la MEDIANA.

La incisión mediana se inicia en la horquilla vulvar posterior y en dirección medial corta el

rafé medio extendiéndose normalmente hasta las fibras más externas del esfínter del ano; pudiéndose prolongar, incidiendo las mismas en el caso que aún a pesar de la longitud del corte, se haga probable un desgarro del mismo.



Episiotomía media.
Con autorización (de Carrera JM, Salvat S.A., 1988) (27).



Episiotomía medio-lateral.
Con autorización (de Carrera JM, Salvat S.A., 1988) (27).

La medio-lateral, se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (a la derecha o a la izquierda, de acuerdo a la destreza del operador), en ángulo de 45° en relación con el rafé medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutáneo del ano. Para ambas, el vértice superior (vaginal) se extiende normalmente hasta más o menos 3 ó 4 cm por detrás del himen.

APLICACIÓN Y TÉCNICA:

El momento oportuno para realizar la incisión es muy importante, pues, si se realiza "tempranamente", la pérdida sanguínea puede ser importante, sobre todo en caso de la medio lateral, y por el contrario, si se realiza

"tardíamente", la distensión de los músculos perineales ha podido ser tal que no puede evitarse su desgarró, propósito capital de la técnica.

Este momento se reconoce objetivamente, observando que la presentación apoyada ya en el piso pélvico en estación de +2, al final o inicio de una contracción distiende y adelgaza la cuña perineal, entreabriendo el ano y la horquilla vulvar a través de la cual se visualiza un diámetro de 3 ó 4 cm de la presentación fetal. Es recomendable realizar el corte un poco antes de la contracción siguiente de manera que las manos estén libres para ejecutar las otras maniobras destinadas a proteger el periné y el desprendimiento de la presentación fetal; además si la incisión es realizada en el momento de la contracción, llegaría a ser prolongada por la presión de la presentación al distender el periné.

Para realizar el corte, se aconseja el uso de tijeras especialmente diseñadas, que se reconocen fácilmente, primero porque su hoja anterior o interna termina en un borde transversalmente romo, que al no ser punzante, evita penetrar y lesionar inadvertidamente la luz rectal; y segundo, por la angulación pronunciada que sus hojas tienen con relación al mango, permitiendo la realización del corte cómodo del cuerpo perineal abarcado entre ellas. Se recomienda

anestesia local infiltrativa, con lidocaína simple al 1%, un volumen casi nunca superior a los 10 cc, que se aplican breves segundos antes de la realización de la incisión, teniendo el cuidado de infiltrar todo el trayecto del futuro corte a ambos lados del mismo y en su porción vaginal.

El momento de realizar la Episiorrafía es posterior al alumbramiento; primero porque el obstetra se obliga a estar pendiente de la evolución de este período crítico del parto y retirar la placenta inmediatamente se realice el descenso de la misma evitando un sangrado retroplacentario excesivo; segundo no se obliga a interrumpir el procedimiento para retirar y revisar la placenta y sus anexos; y tercero, en el caso de tener que realizar extracción manual no existe riesgo de lesionar la sutura.

MEDIOLATERAL VERSUS MEDIANA:

La única y verdadera razón de no hacer una episiotomía mediana es el riesgo inminente de que llegue a prolongarse y lesionar el esfínter externo y el ano, y se le tema a esta complicación, o no sentirse bien adiestrado para corregirla.

En la Episiotomía mediana se produce un corte limpio y totalmente perpendicular a la cuña perineal con sangrado escaso, por ello su reparación es más fácil y más anatómica, se utiliza menor cantidad de sutura consiguiéndose mejores resultados estéticos-

funcionales y menor fibrosis con mucho menos dolor postquirúrgico y postcoital.

En la Episiotomía medio lateral, en cambio, hay mayor pérdida de sangre y el corte es oblicuo a las fibras musculares de la cuña perineal, es más difícil de reparar y amerita mayor cantidad de sutura; el dolor postoperatorio es más intenso y más frecuente; ocurre mayor fibrosis, los resultados anatómicos son desfavorables en más o menos un 10% de los casos (aún en "buenas manos"). A veces es seguida de disparéunia.

En nuestro caso, se recomienda la Episiotomía Medio-Lateral, siempre con una conducta restrictiva, solo en casos necesarios. Queda a criterio del médico especialista el realizar una Episiotomía Mediana en los casos que lo considere oportuno.

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE EPISIORRAFIA

Se debe tener mucho cuidado con la introducción de gases u otros materiales en vagina durante la realización de esta cirugía, la posibilidad de dejarlos "por olvido", causa serias molestias a la paciente y exponiéndolas a cuadros infecciosos.

Se prefieren las suturas reabsorbibles. Utilizamos el Catgut cromado 2/0 para los planos de mucosa, submucosa y muscular

intermedio. El cromado 0, para el esfínter y su fascia; y el cromado intestinal 3/0, para mucosa rectal. En la actualidad se han realizado estudios que proponen el uso de Vicryl, lo que queda a criterio del médico que realiza el procedimiento.

Previo a su inicio debe verificarse el bloqueo anestésico, infiltrándose lidocaína nuevamente de ser necesario, para evitar el molesto dolor. Se reconocen los planos incididos, descartando o verificando las prolongaciones y/o los desgarros, que de existir, se suturaran en orden inverso a su grado.

- **EPISIORRAFIA SIN PROLONGACIÓN:**

En el caso de la mediana, se reconocen los siguientes planos y vértices: A nivel del extremo vaginal la línea de corte se extiende hasta unos 2 ó 3 cm por detrás de las carúnculas himeneales y el extremo perineal no se compromete más allá de la fascia del esfínter externo. En el plano medio, hacia el extremo vaginal, se alcanzan a notar las fibras más externas del transverso profundo y en la región de la cuña perineal, el tendón conjunto se expone nítidamente.

Para el caso de la medio-lateral, los hallazgos a nivel del extremo vaginal son exactamente iguales que para la mediana; Hacia el extremo perineal en razón de la orientación del corte, no debe

observarse el esfínter, y los músculos de la cuña se exponen claramente, aunque no tanto como en la mediana.

En ambos casos, se insiste que la profundidad de los planos, no debe comprometer más allá del plano medio, si ello ocurre, debe considerarse que se trata de una prolongación y proceder a su cierre según se expondrá más adelante, de no hacerlo así, se caerá en el error de dejar "espacios muertos", cuya reparación es muy "dudosa".

Técnica: Se inicia un centímetro por detrás del vértice vaginal, continuándola con sutura continua y cruzada hasta inmediatamente por detrás de las carúnculas himeneales, teniendo en cuenta de incluir en las puntadas iniciales a la submucosa y la porción comprometida del transversal profundo.

Al llegar a las carúnculas, en sentido medial se pasa por debajo de ellas en sentido de atrás hacia adelante, fijándola con una puntada de mucosa a mucosa por delante de ellas; desde este punto hasta la horquilla vulvar posterior se lleva con sutura continua sin cruzar y se anuda.

Se repara entonces la cuña perineal, iniciándose a nivel del tendón conjunto en el punto de conjunción del bulbocavernoso del cual con sutura continua sin cruzar se baja hasta el vértice perineal inferior del cual sin interrumpir se pasa a piel y en forma ascendente se afronta piel y celular subcutáneo finalizando al nivel de la fosa navicular donde se anuda para finalizar. Se utiliza como única sutura, el Catgut crómico 2/0.

• **EPISIORRAFIA CON PROLONGACIONES A ESFINTER Y ANO:**

En estos casos los planos se reparan en orden inverso a su grado, como se mencionó anteriormente. Para el caso de desgarró grado IV, se aconseja que el cirujano se calce dos guantes en la mano cuyo dedo índice va a colocarse en la luz rectal, sirviendo de referencia para evitar que la puntada penetre al recto, al tiempo que mostrará a trasluz si queda un trayecto sin suturar o incorrectamente afrontado; una vez culminado este paso, se retira y desecha el guante contaminado sin incomodidades ni pérdida de tiempo para el obstetra.

La mucosa rectal se sutura en dos planos, el primero mucosa-mucosa, iniciándose al menos 0.5 cm por detrás del vértice y dejando reparado su extremo; Sin penetrar a la luz rectal, utilizando sutura continua sin cruzar (para evitar necrosis), según la técnica de sutura intestinal de Lembert, en la que cada puntada se hace en cada extremo mucoso para que al traccionarse la sutura, éstos se enfrenten en aposición de sus extremos evitándose los espacios "muertos" tras el cierre. Hay que tener especial cuidado que en este primer plano no quede incluida la fascia perirectal ni las fibras del esfínter externo al aproximarse al borde mucocutáneo del ano, el cual sí debe incluirse en este tiempo; desde este punto se devuelve para realizar el segundo plano, donde se aproxima medialmente sobre la sutura anterior la fascia perirectal, anudándose para concluir en el extremo reparado. Se comprueba que no hayan quedado "ventanas" pasando el dedo índice repetidamente por la luz rectal y observando el cierre a través de la sutura.

Seguidamente se aproximan los extremos del esfínter externo del ano utilizando pinzas de Allis que se introducen a través de las depresiones laterales que se observan en este plano de la cuña perineal y que característicamente

identifican la fascia de este músculo. Las pinzas introducidas se abren y atrapan las fibras musculares retraídas dentro de la fascia y se traen medialmente; así reparadas se sutura este músculo con dos o tres puntos individuales o con una sutura que iniciándose en el extremo superior izquierdo abarque el espesor de la fascia y el músculo en ese extremo, y se repara, se toma otra puntada parecida al extremo inferior derecho, de aquí se tira otra tercera puntada que tome el extremo inferior izquierdo y finalmente una última que tome el espesor de la masa muscular en el extremo superior derecho; se tracciona fuertemente y se anuda con el reparo inicial de la sutura; es la puntada en "ocho", haciendo referencia a la orientación general que se le da a esta sutura en forma de "reloj de arena". Siempre se debe revisar si existe prolongación en el extremo vaginal, que de existir compromete al elevador del ano; En estos casos recomendamos su cierre con puntadas individuales en número de dos o tres, reparando las masas musculares con pinzas de Allis, que en forma característica siempre terminan cruzadas al soltarlas. Solo de esta forma se asegura un cierre anatómico, sin temor a dejar espacios "muertos". El resto del cierre se realiza según la técnica anterior.

COMPLICACIONES:

Comprenden las de aparición: Inmediatas, Mediatas y Tardías.

- **INMEDIATAS:**

Desgarros y Prolongaciones, Sangrado, Hematomas y Dolor.

- **COMPLICACIONES MEDIATAS:**

Infección, Dehiscencia, Granulomas.

- **COMPLICACIONES TARDÍAS:**

Fibrosis, Fístulas.





Técnica de Parto por Cesárea



TÉCNICA QUIRÚRGICA DE CESÁREA

DEFINICIÓN:

Es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta a través de una incisión en el útero y pared abdominal, cuya terminación del embarazo sea después de las 28 semanas. (En embarazos de 22 a 28 semanas se denomina histerotomía).

Para la realización de una cesárea se requiere:

- Indicación para realizarla.
- Ambiente quirúrgico adecuado.
- Equipo e instrumental quirúrgico disponible.
- Personal entrenado y calificado para su realización.

INDICACIONES:

En términos generales se pueden deber a los siguientes aspectos:

1. Obstáculos en el canal del parto
 - a. Estrechez pélvica
 - b. Situaciones o presentaciones fetales anómalas.
 - c. Tumores pélvicos y/o vaginales.
 - d. Estenosis de cérvix.
 - e. Distocia de dilatación cervical.

2. Factores que hacen peligrosa la vía baja (parto vaginal)
 - a. Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
 - b. Canal vaginal contaminado
 - c. Fístulas entero o vesicovaginales
 - d. Cáncer invasivo de cuello uterino
 - e. Antecedentes de miomectomía, reparación quirúrgica de cistorectocele o vaginoplastias

3. Extracción fetal urgente
 - a. Sufrimiento fetal
 - b. Procidencia del cordón umbilical

4. Terminación rápida del parto por causa materna

- a. Eclampsia y complicaciones de la preeclampsia
- b. Muerte materna
- c. Cardiópata descompensada
- d. Inminencia de rotura uterina

5. Distocia de la contracción uterina y otras causas.

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, estadísticamente en orden de frecuencia, las principales indicaciones de Cesárea son:

- a) Cesárea Anterior
- b) Pérdida del bienestar fetal (sufrimiento fetal)
- c) Prematurez.
- d) Oligoamnios
- e) Inducción Fallida
- f) Desproporción Céfalo-Pélvica
- g) Fase Activa Prolongada
- h) Detención del Descenso.
- i) Embarazo Múltiple.

ELECCIÓN DE LA TÉCNICA SEGÚN LAS CONDICIONES E INDICACIONES

1. Cesárea electiva o programada

- a. Incisión preferentemente en cicatriz previa (casos de cesárea o cirugía pélvica previa)
- b. Si es primera cesárea considerar Incisión abdominal tipo Pfannenstiel,
- c. Incisión a nivel uterino segmentaria baja

2. Cesárea de urgencia

- a. Incisión mediana Infraumbilical

En las siguientes condiciones realizar incisión mediana Infraumbilical aunque no sea de urgencia:

- a. Feto inmaduro
- b. Madre en estado crítico o descompensado.
- c. Eclampsia
- d. Feto macrosómico

TIPOS DE INCISIONES

Incisiones en piel:

-Incisión de Pfannenstiel:

Incisión suprapúbica transversa de concavidad inferior, dos dedos por encima de la sínfisis púbica, y separación manual de los músculos rectos.

Es la incisión **de elección** por sus excelentes resultados estéticos, menor dolor postoperatorio y menor tasa de dehiscencias y hernias de pared. La apertura de los diferentes planos de la pared abdominal mediante disección roma se asocia a un menor tiempo operatorio y a una disminución de la morbilidad materna (menos fiebre puerperal). Tiene más riesgo de sangrado que la laparotomía media.

- Incisión media Infraumbilical:

Permite una apertura rápida, es poco sangrante y un excelente campo quirúrgico. Es de elección en los siguientes casos:

- Cesáreas urgentes con riesgo vital
- Hemorragia masiva
- En casos de necesidad de explorar el abdomen superior
- Gestantes con trastornos de coagulación con alto riesgo de sangrado
- Cesárea perimortem

- Gestante con laparotomía Infraumbilical previa

-Incisión de Maylard:

Consiste en una incisión transversa suprapúbica alta, a más o menos 5 cms. por encima del pubis, amplia, generalmente 18 a 19 cms., extendiéndose entre las espinas iliacas antero superiores, se realiza incisión cortante con tijeras de los planos, y se ligan los vasos epigástricos inferiores. Los músculos rectos abdominales son seccionados. Tiene aplicación sobre todo en la mujer de talla baja y obesa. Ofrece un mayor campo quirúrgico y es muy útil cuando existe cicatriz transversal previa. Tiene como desventajas, mayor dolor postquirúrgico, mayor tiempo operatorio y no es apropiada para cavidad abdominal superior.

- Incisión Cherney:

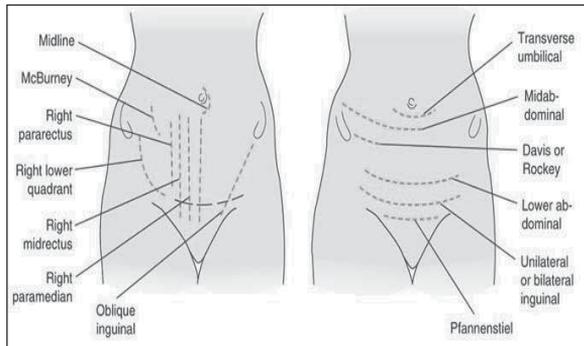
Consiste en una incisión transversa encima de la sínfisis púbica, en la cual además de ligar los vasos epigástricos inferiores, se realiza sección y ligadura de los músculos rectos abdominales.

- Incisión de Joel Cohen:

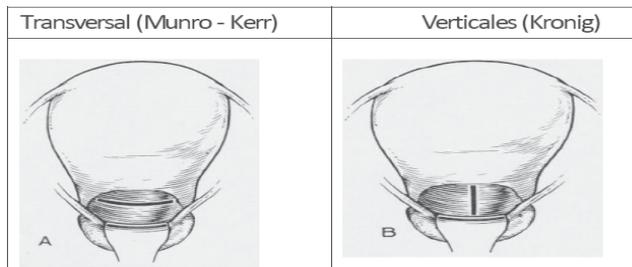
Es una incisión de alrededor de 10 cms., a 2 ó 3 cms. de la sínfisis púbica, en la cual los planos solo son incididos a nivel medial mediante una pequeña incisión de alrededor de 3 cms., la cual posteriormente es prolongada y ampliada mediante disección roma por divulsión digital.

Se le reconocen las siguientes Ventajas y Desventajas:

- Disección Roma.
- Menor lesión vascular.
- Menor sangrado operatorio.
- Menor incidencia de Hematomas.
- Indicada en mujeres delgadas.
- Campo Quirúrgico limitado.



3. Tipo de incisión a nivel uterino (Histerotomía):

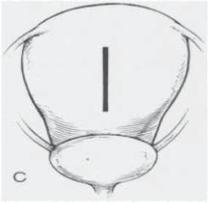


- **Incisión segmentaria transversal baja: de elección**. Asociada a menor hemorragia, mejor cicatrización, menor incidencia de infecciones y menor riesgo de ruptura uterina en gestaciones posteriores. En contra, mayor riesgo de lesionar los vasos uterinos en caso de prolongación de los ángulos de la incisión.

- **Incisión corporal vertical o clásica:** incremento del riesgo hemorrágico, infeccioso y de ruptura uterina en gestaciones posteriores. Puede ser útil en los siguientes casos:

- Parto pretérmino (<28 semanas) sin estar formado el segmento uterino inferior.
- Situación transversa con dorso fetal inferior sin segmento uterino inferior formado
- Miomas cervicales de gran volumen
- Adherencias importantes en el segmento uterino inferior
- Cesárea postmortem
- Placenta previa con grandes vasos dilatados en el segmento uterino inferior
- Cáncer invasivo de cerviz.
- Dificultades técnicas para abordaje de segmento en paciente con antecedente de cirugía a ese nivel (vejiga alta, varices, adherencias) y sobre todo si tiene autorización de oclusión tubárica bilateral.

En el caso de realizar una incisión clásica, debe ser referenciado claramente en la historia, en el informe de alta, e informar a la paciente de las implicaciones respecto a las gestaciones posteriores (cesárea electiva, incremento del riesgo de rotura, entre otros).

| | |
|---|--|
|  | <p style="text-align: center;">INDICACIONES.</p> <ul style="list-style-type: none"> Y Partos prematuros (24 a 28 semanas) Y Partos prematuros podálicos Y Feto en transverso dorso inferior. Y Placenta Previa Oclusiva Total. Y Mioma a nivel del segmento. Y Cesárea + Histerectomía Y Fetos en estación avanzada. <p style="text-align: center;">DESVENTAJAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> Y Mayor pérdida sanguínea. Y Mas difícil de reparar Y Mayor probabilidad de ruptura posterior. Y Mayor riesgo de adherencias. |
|---|--|

Tipo de anestesia:

Se pueden aplicar los siguientes tipos de anestesia, según sea la indicación y la urgencia de realizar el procedimiento:

- Epidural
- Raquídea
- General.

¿Quién realiza el procedimiento?

Pueden realizar el procedimiento los siguientes médicos:

- Residentes I (previa autorización por Jefe de servicio, jefe de grupo y/o

miembros de comité docente local), siempre bajo supervisión directa.

- Residentes de II y III año.
- Jefes de grupo y especialistas.

Pasos que se deben cumplir para la realización de la cesárea:

- Evaluación preoperatoria por obstetra y anesthesiólogo
- Presentación de caso a pediatra o neonatólogo
- Asepsia y antisepsia del campo operatorio
- Montaje de Sala de operaciones
- Incisión en pared abdominal
- Incisión en útero
- Extracción de producto y placenta
- Cierre uterino
- Cierre de pared abdominal
- Documentación en papelería del caso.
- Evaluación en el Postoperatorio inmediato

TÉCNICA DE CESÁREA:

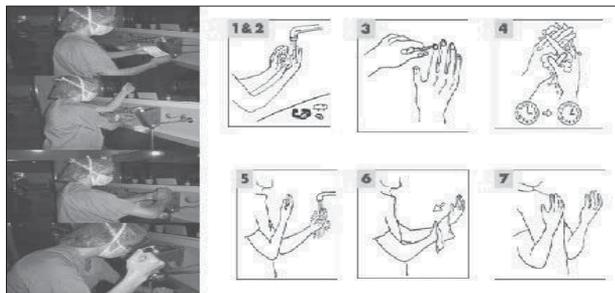
La técnica para realizar cesárea contempla los siguientes pasos:

- **Evaluación preoperatorio:** Toda paciente previo a ser llevada a sala de operaciones para cirugía, debe realizarse historia clínica completa, examen físico completo, evaluación

de los exámenes complementarios de hematología, tiempos de coagulación, recuento plaquetario, hemoglobina – hematocrito, glicemia, Creatinina, grupo sanguíneo y Rh, VDRL y HIV; así como dejar escrito de manera clara lo antes mencionado y la indicación precisa del procedimiento.

En el caso de las pacientes que tiene cesárea anterior o que por alguna patología en especial se les programa de manera electiva, estos datos deben ser registrados en la papeleta por el médico de mediano o alto riesgo obstétrico, pero siempre se deben corroborar los datos previo a la cirugía por el personal de Sala de operaciones.

• **Asepsia y antisepsia:** Al encontrarse la paciente ya en la camilla de la sala de operaciones y mientras el médico anesthesiólogo procede a colocar anestesia a la paciente, se procede al lavado de manos con técnica quirúrgica por parte del cirujano, ayudante, instrumentista y pediatra.



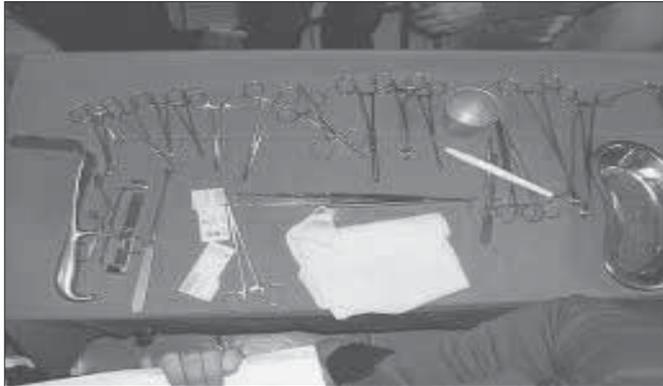
- El lavado de manos se debe realizar de la siguiente manera: primero tomar una compresa estéril y dejarla en un lugar seco para poder utilizarla para el secado de manos posteriormente, aplicar agua en ambos brazos hasta la altura del codo, procediendo a un lavado inicial con jabón yodado o jabón quirúrgico, para luego tomar el cepillo estéril colocando jabón quirúrgico en él y procediendo al lavado propio de las manos, se lava uno por uno los dedos de ambas manos con un movimiento firme y constante de adentro hacia fuera, seguido del lavado en la misma dirección de palma y dorso de la mano, para luego lavar muñecas, antebrazo y codos; el lavado de las uñas se realiza con el borde destinado para ello del cepillo. Luego para retirar el jabón de los brazos se procede a colocar el mismo bajo el chorro de agua con movimiento que van de la mano hacia el codo, con el cuidado de no bajar la mano para que el agua que sale no se regrese hacia la mano y contamine la zona. Procediendo después a secarse con la compresa estéril.
- Para el lavado de la pared abdominal de la paciente, se procede de la siguiente manera: El ayudante o cirujano, se calza guantes estériles y toma gasas estériles con la pinza de anillos y solución para

desinfección (yodo o Hibitane) se procede a pintar el abdomen de manera centrífuga iniciando de adentro hacia fuera, se debe hacer énfasis en la limpieza del área umbilical y del sitio de la incisión, como del área perineal. Luego se toma nueva solución de Hibitane y se procede a la limpieza de los muslos y del periné con movimientos que van de arriba hacia abajo y de adentro hacia fuera en la región de los muslos y con movimientos de arriba hacia abajo y de adentro hacia fuera en el área perineal.

- Como paso final de la preparación se prepara sonda Foley o Nelator y se separa con los dedos índice y medio de la mano izquierda los labios mayores para exponer el meato urinario de la paciente, con el cuidado de presentar el dorso de la mano hacia el abdomen de la paciente y no la palma para evitar contaminación. Con la mano derecha se introduce y se fija la sonda urinaria.

- **Montaje del campo quirúrgico:**

Seguidamente de realizar la limpieza y desinfección de la pared abdominal, se procede a colocarse las batas y guantes estériles para el cirujano y ayudante, y se colocan los campos estériles en el siguiente orden: lateral proximal, inferior, superior y lateral distal, fijándolos con pinzas de campo, para luego colocar la sábana hendida y la clínica. Se coloca dos compresas secas a los lados del sitio de la incisión con el cuidado de no manipular la piel.



Es este punto es importante considerar que debe prepararse el material de sutura a utilizar por el cirujano, la evidencia actual no es concluyente en cuanto a indicar un tipo de sutura en particular, por lo que queda a criterio del cirujano el uso de Catgut o Vicryl u otro material que considere adecuado, según su experiencia y comodidad al suturar. Lo importante es cumplir con el objetivo de hemostasia y cierre de los tejidos.

- **Incisión de la pared abdominal:**
 - **Incisión Mediana Infraumbilical:** Se procede a verificar la instalación de la anestesia con una pinza de Allis y se tracciona gentilmente la piel en la línea media, para luego con un bisturí No. 4 incidir piel realizando una incisión de por lo menos 10 centímetros, se incide tejido celular subcutáneo realizando hemostasia selectiva de los vasos sangrantes con la ayuda de pinza de Kelly y ligando/cauterizando con Catgut simple 2-0 o con el electrocauterio. Se expone en su totalidad la fascia y con el bisturí se realiza un ojal en la línea media de aproximadamente 1 centímetro en sentido longitudinal, luego con la ayuda de la pinza de disección con dientes y de la tijera de Mayo se disecciona el tejido adherido por debajo de la fascia en sentido caudal y cefálico, en este momento el ayudante con la utilización de los separadores de Farabeauf expone los ángulos de la fascia al cirujano el

cual procede de manera firme a cortar la misma, con esto se logra exponer los músculos rectos y la línea alba la cual se involuciona de manera digital para proceder a identificar el peritoneo parietal. En este momento se solicita la pinza de disección sin dientes y la tijera de Mayo por parte del cirujano y el ayudante solicita una pinza de Kelly y se toma la porción más cefálica del peritoneo, procediendo a palpar y luego a cortar con la tijera para así poder ingresar a la cavidad abdominal. Es importante que al momento de la disección en sentido caudal del peritoneo se identifique a trasluz la vejiga urinaria que podría encontrarse a ese nivel para evitar lesionarla.

- **Incisión Pfannenstiel:** Esta se realiza la incisión en piel en sentido transversal, seccionando con bisturí piel y tejido celular subcutáneo, teniendo el cuidado de identificar y ligar los vasos epigástricos superficiales que se ubican a los laterales del abdomen. Se expone la fascia se realiza un ojal en la misma, en sentido transverso, disecando de igual



manera que en la incisión Infraumbilical el tejido por debajo de la fascia y se procede a corta la misma. En este momento se colocan pinzas de Kocher rectas y se divulsi6n de manera digital el m6sculo adherido con cuidado de identificar y ligar o cauterizar los vasos perforantes que se encuentran a ese nivel. Este paso se realiza en ambos bordes de la fascia (cef6lico y caudal), seguidamente se involucionan por la l6nea media los m6sculos y se accesa al peritoneo de igual manera que en mediana Infraumbilical para as6 lograr ingresar a la cavidad abdominal.

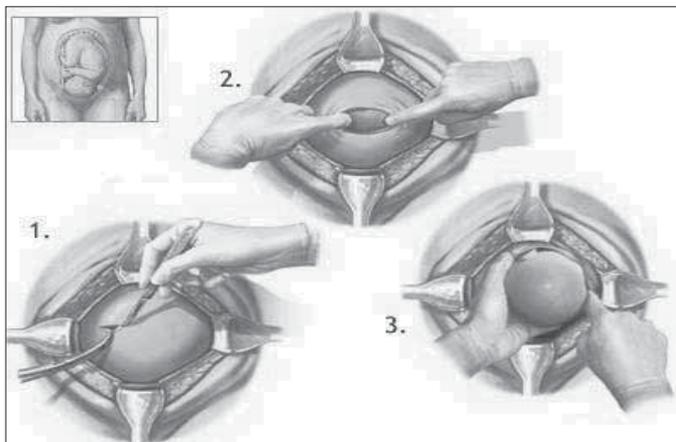


Figura 2. Extensi6n roma de incisi6n.

Incisi6n Uterina:

- **Incisi6n segmentaria Monroe Kerr:** Dentro de la cavidad abdominal se coloca la valva en el 6rea suprap6bica con sumo cuidado de no lesionar la vejiga, se identifica el peritoneo vesicouterino y con la ayuda de la pinza de disecci6n sin dientes y la tijera de Metzembbaum se disecca de manera arciforme el peritoneo y

desplazando el mismo en sentido caudal de manera digital, seguidamente se toma bisturí y se practica un ojal en el útero de aproximadamente 1 centímetro y con la ayuda de una pinza de Kelly se ingresa a la cavidad uterina procurando en la medida de lo posible no romper en este momento las membranas ovulares. Se solicita la tijera de Lister y se practica una incisión arciforme de concavidad inferior hacia los extremos; se inciden las membranas ovulares y se prepara el equipo para la atención del producto.



- **Incisión corpórea:** Está se práctica en el cuerpo uterino en sentido longitudinal procurando no tocar el segmento uterino.

Incisión Segmento corpórea: Cuando se presenta la necesidad de realizar este tipo de incisión, se trata de prolongar en la parte media de la incisión segmentaria una incisión hacia el cuerpo uterino formando una especie de T invertida.



Figura 3. Histerotomía de Kerr sin disección del repliegue vesicouterino.



Figura 4. Extensión roma de la histerotomía en sentido cefalo-caudal.



Extracción del producto y la placenta:

Luego de acceder a la cavidad uterina se introduce la mano izquierda (mano derecha en cirujanos zurdos) dentro de la cavidad y se identifica el polo fetal más cercano al sitio de la incisión y se orienta este de manera que con una presión suave y gentil se pueda orientar la expulsión del producto, al nacer, él neonato es entregado para ser atendido por el pediatra que se encuentra en la sala de operaciones. Se realiza el clampeo del cordón umbilical con pinzas de Kocher

tendiendo del cuidado de conservar suficiente cordón umbilical para la toma de gases si el caso lo ameritara. Se coloca una pinza de Allis en el borde cefálico de la incisión uterina y se procede a favorecer la expulsión de la placenta, para ello se realiza una suave y rítmica compresión del fondo uterina acompañado de una tracción gentil de la misma. Luego de obtener la placenta esta se revisa y se realiza el curaje uterino, para ello se solicita una compresa húmeda y con la mano izquierda se introduce en la cavidad uterina a manera de limpiar todas las paredes del útero.

- **Cierre del útero:** Se identifican los borde de la incisión en útero y se coloca pinzas de Allis en ambos extremos, para proceder a suturar con Vicryl (Poliglactina) 2-0 el primer plano con puntos hemostáticos pasados, al concluir el primer plano se verifica la hemostasia y se procede a colocar el segundo plano de puntos invaginantes con Vicryl (Poliglactina) 2-0; estos puntos pueden colocarse de dos manera, la primera tipo Cushing, que son perpendiculares a la incisión uterina, los segundos son de tipo Lambert, los cuales son Paralelos a la incisión en útero, la finalidad en cualquiera de los dos tipos es permitir la invaginación del tejido cicatrizal para disminuir el riesgo de adherencias. Como paso final se identifica el borde del peritoneo vesicouterino y se cierra con Vicryl (Poliglactina) 2-0 con puntos que invierten los bordes (afuera-adentro-afuera), teniendo sumo cuidado de no lesionar la vejiga

en ese paso. Si se trata de una incisión clásica el cierre se realiza por planos de la misma manera con la variante que el segundo plano en el cuerpo uterino son puntos en X para mejorar el cierre de la cavidad, colocando un tercer plano el cual incluye los puntos invaginantes.

- **Cierre de la pared Abdominal:** Luego del cierre uterino se verifica la hemostasia y se retiran los restos sanguíneos de los laterales de la cavidad abdominal, por lo que se coloca un separador de Deaver y se limpia la cavidad con compresas húmedas. Se identifica y se coloca pinzas de Kelly en los bordes del peritoneo parietal y se procede al cierre con Vicryl (Poliglactina) 2-0 con puntos que invierten los bordes (adentro-afuera-adentro). Se identifica los vértices de la fascia y se procede al cierre con Vicryl 1-0 con puntos continuos y pasados cada tres, con el cuidado de mantener la tensión firme mientras se colocan los puntos. Se afrontan los bordes del celular subcutáneo con puntos simples con Vicryl (Poliglactina) 2-0 y por último se procede al cierre de la piel con puntos de Mac Millán, puntos en U, o puntos subcuticulares en las incisiones transversas.
- En alguna circunstancia por el alto riesgo de contagio de infecciones (casos de pacientes HIV positivo) por accidentes quirúrgicos se deben utilizar suturas con punta atraumática y grapas para el cierre de la piel o en casos de

alto riesgo de infección de la piel como por ej. en pacientes con obesidad mórbida se utilizan puntos de contención.

- **Documentación del Caso en la papeleta:**
Después de realizar la cirugía el cirujano y ayudante deben completar la papelería siguiente: Nota operatoria, record operatorio, Llenar adecuadamente hoja de MEDIIGSS (sección de procedimientos), completar hoja del Clap, Informe de nacimiento, anotar caso en libro de cesáreas y en el libro de nacimientos, unidosis por antibióticos y / o analgésicos.
- **Evaluación en el postoperatorio inmediato:**
Previo al traslado de la paciente a la sala general de encamamiento debe ser evaluada por el médico residente, prestando atención a los signos vitales, signos de hemorragia, excreta urinaria, hemorragia vaginal, movilidad de miembros inferiores, etc.

Antibióticos profilácticos;

Deben utilizarse en base al criterio médico, si existe justificación de utilizarlos en la paciente y a la disponibilidad de antibióticos del hospital. En este hospital se debe utilizar siempre profilaxis antibiótica endovenosa, con dosis única luego de pinzamiento del cordón umbilical, con alguno de los siguientes medicamentos: Ampicilina 2 gramos (cod. 10509), Cefalosporinas de primera generación

1gramo, Ceftriaxona (cod. 111) 1gramo, en caso de alergia Clindamicina 600 mg (cod. 6).

III. RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA

- I

Revisiones del Cochrane concluyen que la lateralización a izquierda se asocia con: menor cantidad de APGAR bajos, mejor pH y saturación de oxígeno fetal, la saturación de oxígeno fetal, fue mejor en un estudio no randomizado, de mujeres que trabajan.
- I

Aseo de la piel: sólo 1 estudio randomizado, en 100 mujeres se usó aleatoriamente Chlorometaxilenol restregando o no por 5 minutos, después todas recibieron Povidona al 7,5%, luego solución de Povidona yodada 10%, no hubo diferencia significativa en: Endometritis (OR, 2.7; 95% CI, 0.8-8.9), e infección de herida operatoria. El estudio estuvo limitado por posible error tipo II, dado por el pequeño número de pacientes.
- B

Incisión de piel transversa v/s vertical. Se compararon dos estudios randomizados, la incisión transversa se asocia con: menor dolor posoperatorio y mejor efecto estético. Conclusión: en general, la incisión transversa está recomendada.

I Incisión de tejido celular subcutáneo (SQ) con bisturí v/s disección roma digital v/s Bovie (electrobisturí). No hay estudios por separado, la mayor parte de clínicos inciden sin rodeos del medio hacia lateral, evitan lesionar tejido y vasos de epigástrica inferior. Asociado con tiempos operatorios más cortos.

I Incisión de la fascia. No hay estudios por separado, la mayoría de los expertos recomiendan una incisión transversa con bisturí y extenderla lateralmente con tijera. Algunos clínicos apoyan la extensión digital, a través de una incisión medial transversa.

Músculos Rectos: Pfannenstiel v/s Maylard. Tres estudios: (n =313), aleatoriamente se usó la técnica Maylard (cortarlos) o Pfannenstiel (separarlos). No hubo diferencia: Morbilidad operatoria, Parto dificultoso, Complicaciones posoperatorias, Escala del dolor. Un estudio demostró que la fuerza de los músculos abdominales a los tres meses fue similar, Probablemente el corte de los músculos rectos no es necesario.

I Apertura del peritoneo. No ha sido estudiada por separado, usualmente se disecciona con tijera o de forma roma, seguido de una expansión digital. Se debe tener cuidado y hacerla por encima de la vejiga para evitar dañar el órgano por debajo.

Tipo de incisión uterina transversa baja v/s vertical baja v/s clásica. No ha sido estudiada por separado en trabajos aleatorios, la mayoría de los expertos y en estudios caso-control retrospectivo, está a favor de la incisión transversa baja. La incisión clásica o corporal o por lo menos la vertical baja se apoya si: el segmento inferior no está bien desarrollado (<28 sem), fibromas en el segmento inferior uterino. Está asociada a una mayor pérdida de sangre.

Expansión de incisión uterina roma (dedos) v/s lineal (tijera). Dos estudios randomizados. El primero incluyó 147 con tijera v/s 139 expansiones de incisiones uterinas roma con los dedos. No hubo diferencias en la incidencia de: Extensiones descontroladas o desgarros (14% v/s 12%) $P = 0,61$. Niveles de hemoglobina posparto 9,9 v/s 10,3 g/dL $P = 0,12$. El segundo estudio reciente más grande, comparó 470 expansiones con tijera v/s 475 expansiones con los dedos. La expansión con tijera se asoció a un aumento de: Mayor pérdida de sangre 886 v/s 843 ml $P = ,001$. Hemorragia posparto 13% v/s 9%; RR, 1,23; 95% CI, 1,03-1,46. Necesidad de transfusión 2% v/s 0.4%; RR, 1,65; 95% CI, 1,25-2,21. Número total de extensiones o desgarros RR, 1,66; 95% CI, 1,47-1,86. En resumen: Extensión con tijera aumenta significativamente la pérdida de sangre, la necesidad de transfusión y las extensiones o

desgarros. La extensión con dedos es más rápida, menor riesgo de lesionar y cortar inadvertidamente el cordón umbilical o al recién nacido. Conclusión: La extensión con dedos se prefirió a la extensión con tijera.

Antibióticos profilácticos. (Más de 81 pruebas aleatorias). La Revisión de Cochrane muestra la ventaja tanto en CSTP electiva como en la no electiva. Disminución de la endometritis más del 60% tanto en CSTP Electiva RR, 0,38 (95% IC, 0,22- 0,64), como en CSTP No electivas RR, 0,39 (95% IC, 0,34- 0,46). Disminución de la infección de herida operatoria Electiva 25% (RR, 0,73; 95% IC, 0,53-0,99) y No electiva 65% (RR, 0,36; 95% IC, 0,26-0,51)26. Conclusión: Los resultados justifican el uso de antibióticos profilácticos en las mujeres que son sometidas a CSTP (electiva o no electiva). Además 51 estudios han evaluado el antibiótico apropiado, la eficacia de la ampicilina es equivalente a la cefalosporina de 1ª generación (cefazolina) (OR 1,27, 95% CI: 0,84-1,93), la última generación de Cefalosporinas es más cara y no ha mejorado la eficacia. (OR 1,21, 95% CI 0,97-1,51).

I Profilaxis antibiótica al clampear cordón v/s preoperatorio. Tres estudios por separado no mostraron diferencias en cuanto a la tasa de infecciones.

Remoción de la placenta. Espontánea (con pequeña tracción de cordón) v/s remoción manual. Hay 6 estudios randomizados (n >1.700 mujeres) y 3 estudios (n =223) fueron resumidos en una revisión del Cochrane³¹. La remoción manual está asociada de forma importante y estadísticamente significativa a: Aumento en la pérdida de sangre, promedio 436,35 ml, (95% IC 347,82-524,90). Aumento endometritis posoperatoria OR 5,44, (95% CI 1,25-23,75). Aumento en hemorragia fetomaternal (tendencia) OR 2,19, (95% CI 0,69-6,93)³¹. La hipótesis es que la pérdida de sangre aumenta al retirar la placenta manualmente se debería a que los sinusoides dilatados de la pared uterina no están cerrados aún. La contaminación bacteriana del segmento inferior uterino y la incisión puede ser transferida al segmento superior al extraerla manualmente. Conclusión: La remoción placentaria espontánea se debiera preferir a la remoción manual.



Reaproximación de los rectos. No ha sido analizado en ningún estudio. Los músculos tienden a una correcta ubicación anatómica. Su sutura puede causar dolor innecesario cuando la mujer inicia la movilización después de la cirugía.

La mayoría de los expertos se inclina por un cierre suave con sutura reabsorbible.

Cierre v/s el no cierre con más de 2 cm. De profundidad del TCSC. Cinco estudios (n =887). El cierre se asocia con una disminución de: Disrupción de herida RR, 0,66, (95% CI, 0,48-0,91). Seromas: RR, 0,42, (95% CI, 0,24-0,75). Conclusión: la evidencia apoya el cierre del plano subcutáneo rutinariamente con un grosor o espesor mayor de 2 cm.



Prueba de Parto Vaginal después de Cesárea



ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE ÍNDICE DE CESÁREAS

En los últimos años, se ha incrementado el índice de Operaciones Cesáreas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, actualmente se tiene un índice institucional promedio de 46%, llegando hasta un 79% en servicios contratados por la institución; esto conlleva un aumento en los costos operativos de las unidades, además de incrementar la morbilidad en el binomio madre-feto y disminución del futuro obstétrico de la paciente. Sabemos que las causas de éste incremento son multifactoriales, pero sabemos también que debemos implementar estrategias con el fin de disminuir dicho índice de manera inmediata, teniendo como pilar fundamental el criterio Médico en las decisiones obstétricas.

OBJETIVO GENERAL:

1. Disminuir el índice de Operaciones Cesáreas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Las acciones específicas para lograr la reducción del índice de Cesárea son:

1. Promover la Prueba de Parto Vaginal en pacientes con Cesárea Anterior y que en el Embarazo actual no presenten el factor de riesgo que determinó la primera Cesárea, que dicha Operación haya sido realizada en la institución y que no haya tenido complicaciones transoperatorias o post operatorias, si la cesárea fue realizada en otro centro asistencial, deberá presentar el registro o récord operatorio del procedimiento para su análisis.
2. Implementar el uso de Analgesia de Parto, en pacientes adolescentes, primigestas o pacientes quejumbrosas y poco colaboradoras. La analgesia debe administrarse en trabajo de parto activo con

más de 4 cm. de dilatación. No deben transcurrir más de dos horas desde su administración hasta el parto; en caso contrario analizar el manejo adecuado a instaurar.

3. Utilizar prostaglandinas para inducir madurez cervical en caso lo requiera (no ruptura de membranas, relación feto-pélvica adecuada, presentación de vértice, no cicatriz uterina).
4. Inducción Fallida no es sinónimo de Operación Cesárea. Si los estudios de Bienestar Fetal están normales, puede suspenderse la inducción para dar a la paciente reposo terapéutico procurando que descanse de 12 a 24 horas, e intentar luego una nueva inducción.
5. Pacientes con Oligoamnios, deberá hacerse pruebas de Bienestar Fetal e iniciar con la inducción de madurez cervical. Luego si las pruebas de Bienestar Fetal son normales, intentar una inducción de trabajo de parto con Oxitocina. Si paciente tiene cesárea anterior u Oligoamnios severo (menor o igual a 2 cms), resolver vía alta.

6. Si el monitoreo fetal ante o intraparto presenta alguna anormalidad, deberá prevalecer el criterio Médico, analizando el patrón de la FCF para decidir conducta.
7. Toda paciente que será sometida a Operación Cesárea, deberá contar con el Visto Bueno del Especialista del servicio o Jefe de grupo.
8. Los Especialistas encargados de sala de operaciones, deben realizar informes mensuales sobre el número e indicaciones de las cesáreas realizadas, trasladando dicha información a la Dirección Médica del Hospital y de aquí brindar un informe consolidado de mes al Departamento de Servicios Médicos Centrales en los primeros 5 días hábiles del mes.

REQUERIMIENTOS PARA BRINDAR OPORTUNIDAD DE PARTO VAGINAL (O.P.V.)

DEFINICIÓN:

La oportunidad de parto vaginal se define como la atención y monitoreo del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio en una paciente con antecedente de cirugía uterina, siempre y cuando se llenen los criterios de selección de

pacientes, los cuales se describen a continuación:

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Para considerar brindar la oportunidad de parto vaginal a una paciente con antecedente de cesárea segmentaria transperitoneal previa se deben satisfacer todos los criterios de selección. El incumplimiento con cualquiera de los siguientes criterios obligará a programar electivamente a la paciente para una nueva operación cesárea.

- a. Deseo expreso y por escrito de la paciente de tener parto por vía vaginal. Deberá llenarse una hoja de consentimiento informado en la cual se le explique a la paciente los cuidados pre, durante y post parto que se le ofrecerán y las complicaciones que pueden suceder con esta decisión, además se debe indicar que puede retractarse de la misma en cualquier momento.
- b. Contar con un registro operatorio adecuado de la cesárea previa, ya sea en el expediente institucional o a través de certificación médica, si la primera cirugía no se realizó en el IGSS; esto con la finalidad de descartar la posibilidad de complicaciones transoperatorias que indiquen una nueva cesárea (rasgaduras del segmento, prolongación de la incisión

segmentaria y cualquier incisión uterina diferente de las realizadas con las técnicas de Monroe-Kerr ó Fuchs).

c. Antecedente de puerperio no complicado. Complicaciones del puerperio como infección o dehiscencia de herida operatoria, endometritis o hemorragia postparto indicarán programar cesárea electiva.

d. Intervalo entre el nacimiento por cesárea y la concepción del embarazo actual mayor de 2 años.

e. Peso fetal estimado, por ultrasonografía, menor a 3,400 gramos realizado 7 días antes como mínimo del inicio de trabajo de parto, y/o altura uterina menor de 32 centímetros, donde no se cuente con ultrasonido.

f. Presentación cefálica de vértice con variedad de posición anterior.

g. Ausencia de cualquier otra indicación de operación cesárea.

h. Inicio espontáneo de trabajo de parto, no inducido, antes de la semana 40 de gestación. Si se excede la fecha probable de parto, deberá programarse operación cesárea electiva.

MONITOREO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO:

Según la selección e individualización de cada paciente el monitoreo intraparto de la paciente con oportunidad de parto vaginal luego de operación cesárea debe incluir:

- Monitoreo continuo de la frecuencia cardiaca fetal. Cualquier patrón alarmante y/o ominoso de frecuencia cardiaca fetal obliga a la resolución inmediata vía alta.
- Salvo indicaciones particulares de la paciente, infusión de soluciones expansoras de volumen (Hartmann o salino) a 125 cc/hr, para mantener una vía endovenosa disponible, e hidratación de paciente.
- Analgesia de parto luego de 4 cm. de dilatación del cuello uterino.
- Amniorrexis entre 4 y 5 cm de dilatación y verificar las características del líquido amniótico.
- Monitoreo estricto de la fase activa del primer período y monitoreo estricto del segundo período a través del partograma del CLAP. Cualquier anomalía de fase activa o del segundo período indica resolver por CSTP.

- Considerar a criterio médico, aplicar bajo anestesia pudenda, previa realización de episiotomía medio-lateral derecha y con el apoyo de Ayudante, FORCEPS BAJO profiláctico tipo Tucker-McLane en cabezas sin moldeamiento o Simpson mediano en cabezas con Caput Succedaneum pequeño, llenando los requisitos internacionales para aplicación del mismo.
- **Nunca** realizar maniobra de Kristeller.

MANEJO DEL TERCER Y CUARTO PERIODOS DEL PARTO:

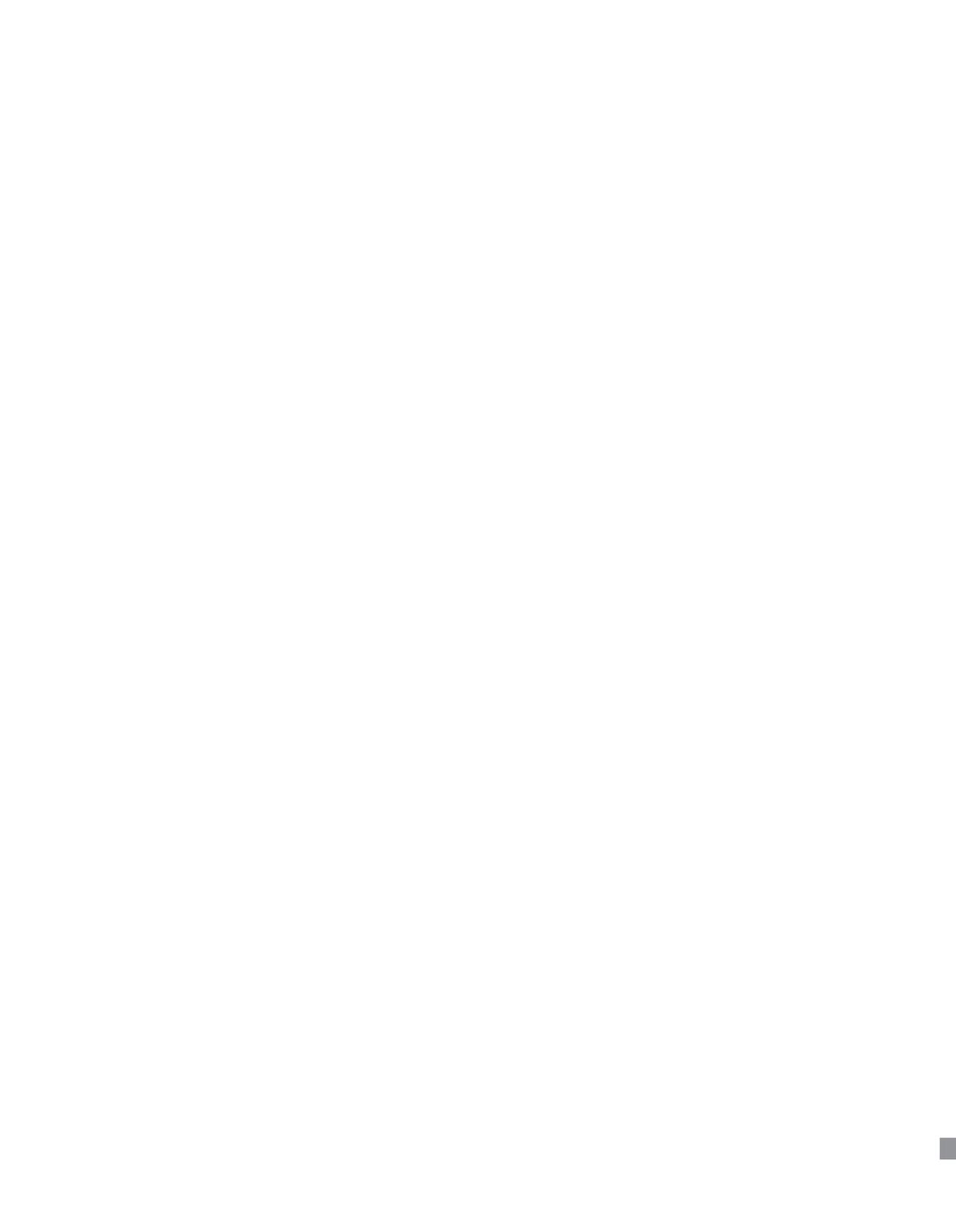
- Durante el primer minuto posterior al nacimiento del hombro anterior administrar 10 unidades de Oxitocina (cod. 303) por vía intramuscular dosis única. Si no se dispone de Oxitocina se puede utilizar como alternativas: Metilergonovina (cod. 1001) 0.2 mg vía intramuscular (siempre que no existan contraindicaciones médicas para su uso) o Carbetocina (cod.2046) 100 u vía IV en bolus o Misoprostol (cod. 2019) 50 µg vía sublingual o rectal.

- Revisión de cavidad para descartar rasgaduras o laceraciones.
- Tracción controlada del cordón, contracción uterina. realizando correctamente la maniobra de Credè.
- Posterior al alumbramiento masaje uterino y revisar la incisión segmentaria previa para descartar dehiscencias.
- Si todo evoluciona bien, dar dieta blanda y cuidados postparto de rutina.





Técnica de Legrado



TÉCNICA DE LEGRADO INSTRUMENTAL UTERINO

DEFINICIÓN

Es la evacuación y el raspado de la cavidad uterina mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, restos ovulares o placentarios, se realiza por medio de la dilatación y legrado instrumental uterino. Puede también lograrse dicho objetivo utilizando los dedos del operador (legrado digital). ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

Los instrumentos utilizados son las legras o curetas. El término cureta viene del francés *curer* que a su vez viene del latín *curare* y significa curar. ⁽²⁾

Dentro del campo de la ginecología, el legrado uterino tradicionalmente se ha utilizado para cumplir uno o más de estos tres objetivos: 1) terapéutico, 2) fuente de información del patrón hormonal y 3) para descartar patología primordialmente maligna de la cavidad uterina o del endometrio. ⁽⁴⁾

TIPOS DE LEGRADO UTERINO

Esta el Legrado Obstétrico, que es el que se realiza en una paciente gestante para suspender el embarazo temprano, para limpiar la cavidad después de un aborto incompleto o en los siguientes 42 días post-parto o post-cesárea, para limpiar la cavidad endometrial.⁽²⁾ Cuando se practica con un criterio restringido, su frecuencia no es mayor del 15% del total de abortos. Si se practica como un procedimiento de seguridad, la cifra se mueve entre el 80 y 100% de los abortos. ⁽¹⁾ El Legrado Ginecológico es el que se realiza a pacientes que no están embarazadas o no tienen patología relacionada directamente con la gestación.

Según su objetivo, el legrado puede ser: ⁽¹⁰⁾

- Terapéutico: Indicado para detener una hemorragia uterina, de origen obstétrica o ginecológica, para facilitar la curación y la cicatrización eliminando los tejidos afectados que causan la enfermedad, o bien que impidan o retarden la recuperación de la normalidad del órgano.
- Diagnóstico: Indicado para obtener una muestra que al estudio histopatológico permita confirmar o descartar un diagnóstico.

INDICACIONES PARA LEGRADO OBSTÉTRICO (2)

- Aborto incompleto
- Mola hidatiforme
- Otras formas de enfermedad trofoblástica
- Embarazo anembriónico
- Retención de restos placentarios
- Endometritis puerperal
- Aborto provocado
- Embarazo ectópico

INDICACIONES PARA LEGRADO GINECOLÓGICO (2)

- Hemorragia uterina anormal (HUA) o disfuncional (HUD)
- Diagnóstico del sangrado genital postmenopáusico
- Fechado endometrial (criterios de Noyes)
- Diagnóstico de patología endometrial: Hiperplasia, cáncer
- Extracción de DIU retenido
- Extracción de pólipos y otras masas endometriales
- Estudio del endometrio en postmenopáusicas con endometrio >4 mm
- Miomatosis Uterina (4)

CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR LEGRADO INSTRUMENTAL GINECOLÓGICO DIAGNÓSTICO ⁽¹⁰⁾

- Infección genital activa aguda, a cualquier nivel.
- Desconocimiento de la técnica operatoria.
- Falta de destreza para la realización del procedimiento.
- Infecciones pélvicas sin tratamiento antibiótico previo.

EVALUACIÓN PRE-OPERATORIA

Evaluación clínica

La evaluación prequirúrgica debe incluir el asesoramiento, consentimiento informado, una anamnesis breve y un examen físico. La anamnesis debe centrarse solo en los datos relevantes, como problemas ginecológicos o problemas médicos que puedan influir sobre la realización de la operación. ⁽³⁾

Condiciones que deben cumplirse para realizar un legrado ⁽¹⁾

- Cuello suficientemente dilatado o dilatado mediante los recursos habituales.
- Accesibilidad de toda la cavidad uterina y determinar el tamaño del útero, para decidir qué tipo de legrado se deba practicar.
- Evitarse cuando existen procesos sépticos genitales agudos. Es preferible tratar primero la infección y luego practicar el legrado. (En caso de aborto séptico realizar legrado luego de 6 horas de iniciado la antibioticoterapia)
- Preparación adecuada y técnica correcta.

Evaluación de laboratorio y gabinete

Es apropiado determinar el hematocrito y hemoglobina, así como factor Rh, asegurar soporte de hemoderivados con un banco de sangre ⁽³⁾, pruebas serológicas de VIH y VDRL. Pruebas de coagulación. Una ecografía es útil si el tamaño, la forma o la posición del útero no son evidentes. ⁽¹¹⁾

INSTRUMENTAL ⁽¹²⁾

4 Cucharillas de legrado: Simms, Evans, Bumm, Randall.

5 Dilatadores Hegar

2 Pinzas de Foerster

2 Valvas de Sims o 1 Especulo de Graves

- 1 Pinza de Garfios: Museux, Jacobs, Pozzi.
- 1 pinza de disección
- 1 Pinza de curación
- 1 Sonda Uretral
- 1 Histerómetro de Sims

TÉCNICA OPERATORIA

Aunque parece muy fácil de hacer y exento de peligros, el legrado debe hacerse en un recinto habilitado para tal fin y guardando estrictas medidas de asepsia y antisepsia. Debe recordarse que es una cirugía, con riesgos, entre los que se encuentran: espasmo laríngeo, sangrado, perforación. Estos riesgos se manejan mejor en un quirófano, con la ayuda de un anesthesiólogo, de una enfermera, y demás personal capacitado. ⁽²⁾

Una vez realizada una historia clínica completa y dejar clara la indicación del legrado, se lleva a la paciente a la sala quirúrgica donde se realizará el procedimiento bajo anestesia general ⁽²⁾ o regional (bloqueos paracervical o pudiendo), ⁽⁸⁾ con ayuno mínimo de 8 horas (de acuerdo a la urgencia se puede realizar con ayuno de 6 horas). ⁽²⁾

La preparación de la paciente incluye sondaje vesical y antisepsia de la región pélvica y vaginal. ⁽¹⁾

Para realizar el procedimiento se realizan los siguientes pasos:

1. Se hace un tacto bimanual para evaluar el tamaño uterino, su posición en la pelvis y las características del cuello del útero.
^{(1) (2)}

2. Se coloca el espéculo y se identifica el cuello uterino. Se limpia la vagina con antiséptico utilizando una pinza de Bozeman.

3. Exposición del cuello uterino. Prensión del labio anterior del cuello si el útero se encuentra en retroflexión, o prensión del labio posterior si el útero se encuentra en anteflexión. Este pinzamiento se puede realizar con pinzas de garfios (tipo Erinas, de Museux, de Jacobs) u ovals (tipo Foerster).

4. Se dilata el cuello uterino con dilatadores de Hegar (si aún el cuello está cerrado al momento del legrado). En todos los casos en los cuales sea posible, debe dilatarse el cuello con medios farmacológicos (Prostaglandinas cod.

1009) o Misoprostol (cod. 2019) pues la instrumentación produce riesgo de perforación uterina y de insuficiencia cervical para futuros embarazos. Cuando se trata de un embarazo mayor de 8 semanas, debe esperarse hasta que inicie la expulsión del producto para realizar el procedimiento.

5. Exploración mediante el Histerómetro (paso que debe realizarse con cautela, es necesario pero no indispensable hacerlo).

6. Se introduce la cureta (legra) de manera cuidadosa y se empieza el legrado, haciendo énfasis en las caras anterior y posterior de la cavidad endometrial. Se legra en sentido de las agujas del reloj, para asegurarse que no se dejan espacios sin legrar. Primero se utiliza una legra roma (de Simms) y luego se utiliza la legra cortante (de Evans). Se deben de realizar movimientos largos cuidando de no raspar muy profundamente el endometrio, para evitar secuelas posteriores, hasta percibir una sensación áspera (similar a la percibida cuando se limpian escamas de pescado) cuando la legra se desliza sobre la superficie del útero evacuado. Posteriormente legrar el fondo y los cuernos.

7. Comprobar el vaciamiento uterino. Se observa la salida de “sangre espumosa” roja o rosada. Se percibe una sensación áspera cuando la legra se desliza sobre la superficie del útero evacuado. Se escucha el “llanto uterino”.⁽¹⁰⁾ Sin embargo la seguridad de dejar limpia la cavidad del órgano no debe deducirse nunca del “llanto uterino”.⁽¹⁾ La pretensión de obtenerlo implica la penetración del instrumento más allá de la capa basal, provocando sub involución, amenorrea prolongada y generación de sinequias uterinas (síndrome de Asherman).⁽¹⁾

8. Retirar la legra suavemente. Verificar que no exista sangrado a través del cuello. Retirar la pinza de cuello uterino. Verificar que no exista sangrado en los puntos de agarre de la pinza. En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa, montada en una pinza de anillos hasta verificar la hemostasia.

9. Inspeccionar el tejido cerciorándose de haber extraído una muestra representativa, y formarse una impresión de sus características macroscópicas. Identificar el material que se enviará para estudio anatomopatológico.

10. En caso de gestante con Rh negativo proceder a su manejo preventivo, colocando inmunoglobulina.

Es preciso disponer de varias legras de distintos tamaños, incluidas algunas cortantes, por la razón de que la cuchara roma en ocasiones resbala sobre los restos placentarios. La más adecuada en los legrados post aborto es la de Evans, que es la más ancha y grande y proporciona una sensación táctil superior. A partir del tercer mes puede ser necesaria una legra grande de Bumm. ⁽¹⁾

Dilatación del cuello antes del legrado

Puede realizarse mediante maniobras bioquímicas o físicas. ⁽²⁾

- Prostaglandinas: Prostaglandina F2-alfa y Dinoproston (cod. 1009).
- Misoprostol (cod. 2019): es un antagonista H2 de histamina en la mucosa gástrica. Además es un análogo sintético de la prostaglandina E-1. Dilata el cuello y aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.

- Dilatadores de Hegar: Son elementos metálicos utilizados para forzar la apertura del canal cervical antes de introducir las legras.

Es importante que la dilatación se realice sin violencia, orientando la pequeña curvatura del eje según la posición del útero. Para evitar la perforación del istmo o del fondo uterino es preciso determinar con prudencia las distintas direcciones que puede seguir la punta del instrumento, hasta dar con la adecuada. ⁽¹³⁾

RECUPERACIÓN POSLEGRADO

- Vigilancia estrecha por el anesthesiólogo hasta la recuperación de la conciencia.
- Tomar los signos vitales mientras la usuaria aún está en la mesa quirúrgica.
- Pasarla a sala de recuperación.
- Permitirle que descansa cómodamente donde pueda vigilarse su recuperación.
- Vigilar sangrado genital.
- Dolor y/o distensión abdominopélvica.

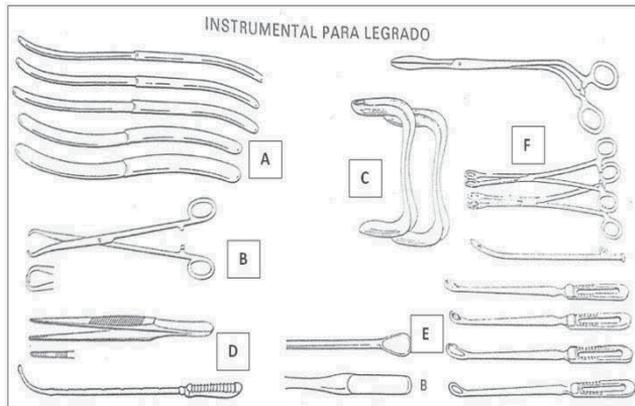
Ademas en este momento debe brindarse a la paciente la atención indicada en el programa de Atención PostAborto (APA), según la normativa, descrita más adelante.

CRITERIOS DE ALTA (10)

- Recuperación anestésica total.
- Estabilidad hemodinámica.
- Pueda caminar sin ayuda.
- Ausencia de sangrado genital.
- Recibió información sobre su seguimiento y recuperación (información general, signos de alarma, visita de control y referencia a otro servicio en caso necesario).

ILUSTRACIONES

Figura 1
Instrumental para Legrado



A: Dilatares de Hegar. B: Tenáculo Garfio de Pozzi o Museux. C: Valvas Vaginales.
D: Histerómetro de Sims. E: Curetas o legras. F: Pinza Foerster.

Figura 2
Pinza de Bozemann



Figura 3
Pinza Foerster

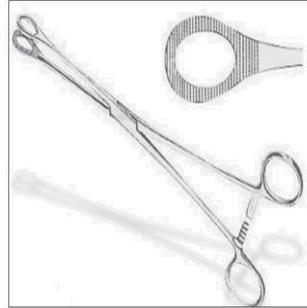


Figura 4
Especulo de Graves



Figura 5
Pinzamiento del labio anterior

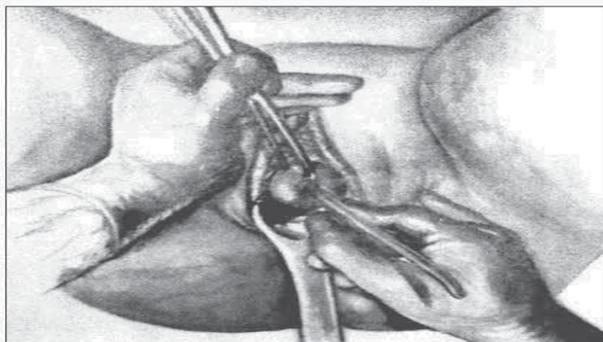


Figura 6
Introducción del Histerómetro

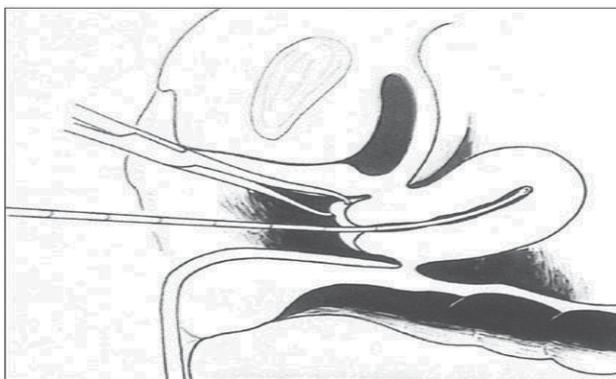


Figura 7
Introducción de la pinza Foerster

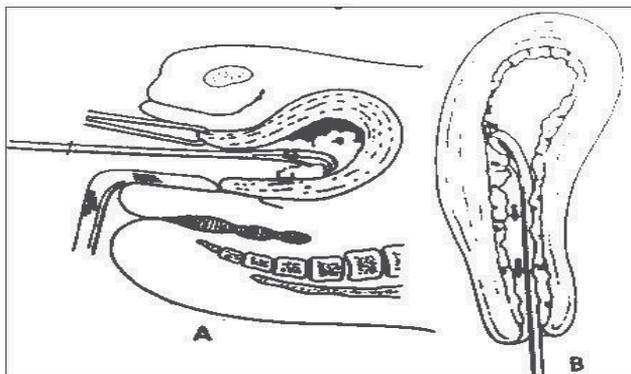


Figura 8
Extracción de restos placentarios

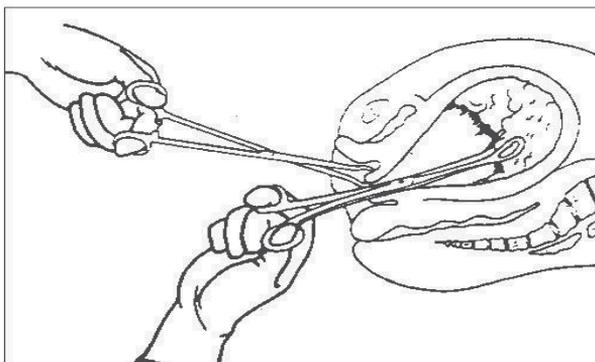


Figura 9
Legrado de cavidad uterina
con pinza Foerster

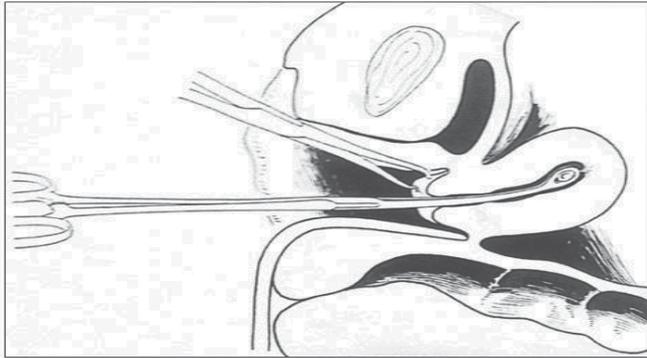


Figura 10.
Perforación Uterina debida a pinza Foerster

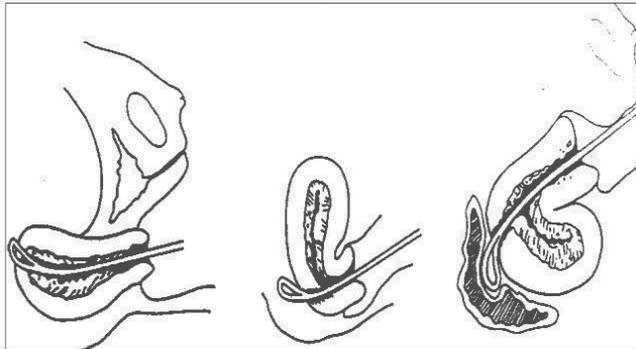
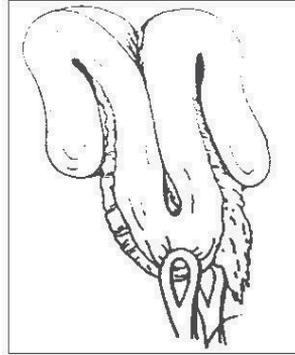


Figura 11.
Inversión uterina por tracción brutal del fondo uterino.



TÉCNICA DE ASPIRACIÓN MECÁNICA EVACUADORA UTERINA (AMEU)

DEFINICIÓN

Con el objeto de evitar el legrado instrumental uterino y facilitar la evacuación uterina, se ha popularizado en los últimos años la aspiración directa de la cavidad mediante un sistema de vacío, siendo este la Aspiración Mecánica Evacuadora Uterina (AMEU).⁽¹⁾

Este procedimiento, inicialmente empleado por Bykov en 1927, se empezó a utilizar en el Instituto Dexeus de Barcelona a partir de 1958, cuando Wy y Ts'ai describieron la aspiración con aparato eléctrico.⁽¹⁾

INDICACIONES PARA ASPIRACIÓN UTERINA EVACUADORA ⁽¹⁾

- Abortos incompletos del primer trimestre, de reciente interrupción.
- Abortos terapéuticos
- Embarazo molar
- Aborto séptico
- Endometrio engrosado

LIMITANTES PARA LA ASPIRACIÓN EVACUADORA

- La cánula se bloquea fácilmente cuando fragmentos aspirados tienen gran tamaño.
- Si los tejidos están muy adheridos al útero, es posible que queden retenidos fragmentos importantes.
- En los úteros grandes, existe el riesgo de que la evacuación sea demasiado incompleta.

CONDICIONES PARA LA ASPIRACIÓN UTERINA

- Limitar el uso del procedimiento a los primeros meses de gestación.
- Fomentar el uso cuando se trata de aborto diferido.

- Completar la evacuación con legra en caso se tenga clara sensación de que el vaciado no es completo.

PREPARACIÓN PREOPERATORIA

Algunos médicos solicitan que evite recibir alimentos por vía oral el día de la cirugía, mientras que otros le permiten recibir comidas livianas antes de la anestesia local. La paciente debe acudir acompañada para no volver sola a su casa y debe vaciar su vejiga antes de colocarse en posición ginecológica, el cateterismo es innecesario.

TÉCNICA OPERATORIA ⁽¹⁾

- Preparación de la paciente, esta es igual que para un legrado instrumental uterino. La anestesia puede ser general, regional o local. Realizar una exploración ginecológica bajo anestesia, es mandatorio antes de iniciar el procedimiento.
- El sitio para la inyección de la anestesia paracervical puede ser administrada en casi cualquier sitio cercano al cuello uterino. Los regímenes comunes incluyen la infiltración del cuello uterino en hora 12 (para la aplicación de

la pinza Erina) y luego, la inyección en cuatro sitios (en horas 3, 5, 7 y 9) o en dos sitios (en horas 3 y 9) en la unión entre el cuello uterino y la vagina. La inyección submucosa impide la inyección intravascular inadvertida. ⁽³⁾

- Comprobación del correcto funcionamiento del aparato de aspiración y del sistema de vacío.
- Exposición del cuello uterino con especulo y prensión del labio anterior mediante una pinza atraumática.
- Histerometría, para precisar el volumen y características internas del órgano.
- Dilatación cervical si es necesaria, ya que la cánula habitualmente usada tiene un diámetro de 7-8mm.
- Introducción de la punta de la cánula hasta el fondo uterino, e inicio de la aspiración, se efectúan movimientos de rotación sobre su eje y en sentido anteroposterior, sin realizar movimientos helicoidales o excesivamente lateralizados.

Tabla No. 1
Diferencia entre Legrado Instrumental y Aspiración Mecánica Evacuadora Uterina

| Aspecto | LIU | AMEU |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Tasa de complicación/riesgo | Alta | Baja |
| Costo | Alto | Bajo (25% del costo del LIU) |
| Instrumental | Cureta Metálica | Cánula de plástico semirrígida |
| Dilatación cervical | Mayor | Mínima |
| Tipo de sedación | Anestesia General | Bloqueo paracervical |
| Personal mínimo requerido | Equipo Médico + Anestesiólogo | Equipo Médico |
| Estancia hospitalaria | Más prolongada | Menos Prolongada |
| Ausencia del hogar | Probable | No |

Fuente: Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto. Ministerio de la Salud. Argentina.⁽¹⁵⁾

Figura 12.
Dispositivo para AMEU y sus cánulas.



Figura 13
Comprobación del funcionamiento
del dispositivo para AMEU

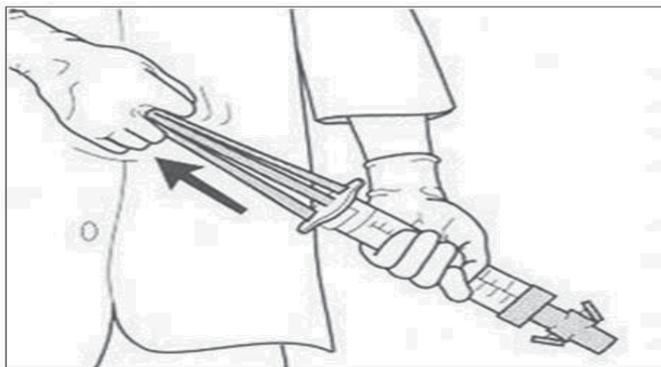
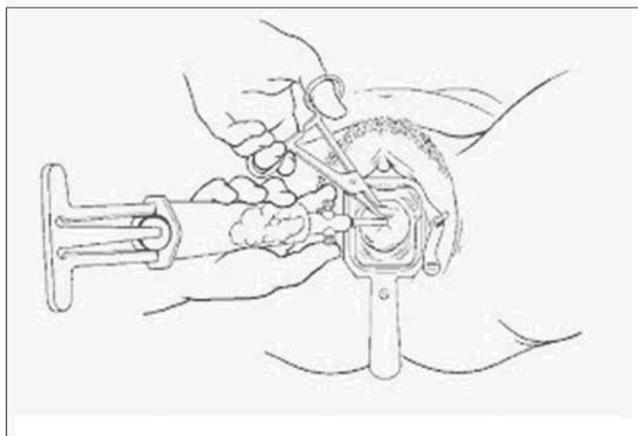


Figura 14
Técnica para la realización de AMEU



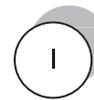
MANEJO DE COMPLICACIONES

| Perforación Uterina | |
|---|---|
| Signos y síntomas | Tratamiento |
| <ul style="list-style-type: none"> → Taquicardia e hipotensión. → Sangrado excesivo. → Antecedentes de manipulación previa. → La legra penetra más allá de lo esperado. → Sangrado excesivo durante el procedimiento. → Presencia de tejidos u órganos abdominales en los restos obtenidos. (grasa, epiplón, etc.). | <ul style="list-style-type: none"> → El tratamiento será conservador en la mayoría de los casos. → Se puede dar tratamiento conservador si existen las siguientes condiciones <ul style="list-style-type: none"> ○ Útero ya vació al momento de la lesión ○ Caso aséptico ○ Que el operador se haya dado cuenta inmediatamente del accidentes ○ No existen otras lesiones viscerales. → Control de SV cada 30 minutos. → Control y registro de diuresis horaria. → Asegúrese de que la vía respiratoria esté permeable. → Mantener vena canalizada con Angiocath No.16. → Líquidos IV a razón de 100 a 120 cc/hora. → Mantener oxitócicos → Colocar bolsa de hielo en abdomen → Dar seguimiento radiográfico abdominal. → Si es necesario, aplique vacuna antitetánica / toxoide tetánico si no hay esquema previo de vacunación completo documentado. → En caso de no conseguir la estabilización realizar laparotomía exploratoria. → Si se sospecha de una lesión amplia o lesiones viscerales de debe realizar laparotomía. |

| Lesión Intraabdominal | |
|--|--|
| Signos y síntomas | Tratamiento |
| <ul style="list-style-type: none"> → Dolor y distensión abdominal → Taquicardia e hipotensión → Náusea y vómitos → Íleo → Abdomen Agudo | <ul style="list-style-type: none"> → Asegurar que la vía respiratoria esté permeable. → Administrar oxígeno. → Sonda vesical para control de líquidos. → Administrar antibióticos según esquema. → Administrar soluciones intravenosas. → Realizar laparotomía con participación de cirugía general. → Refiera a Unidad de Cuidados Intensivos. |

RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA

- 
 - La duración del procedimiento y la duración hospitalaria, ambas son menores en el AMEU en comparación con el legrado instrumental. ⁽⁹⁾

- 
 - Las complicaciones más probables son la perforación y la infección post-legrado. La perforación uterina puede ocurrir durante las maniobras abortivas o durante la realización del legrado.

La lesión del útero puede estar acompañada de perforación del recto y por lo tanto de peritonitis. ⁽²⁾

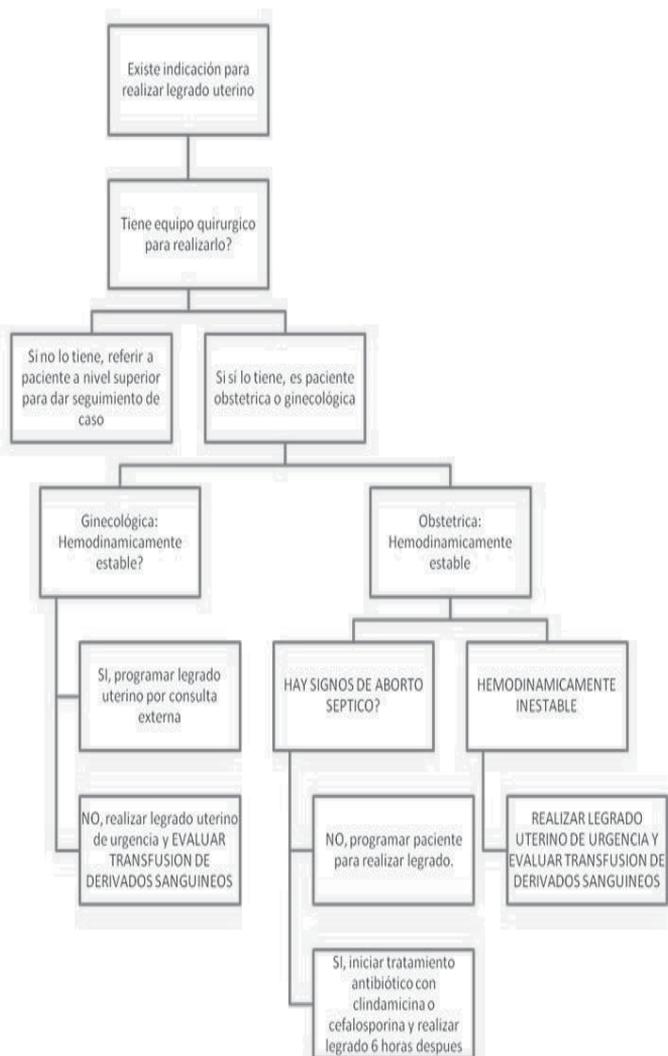
- I • La infección post-legrado o endometritis se asocia a la presencia de tejido placentario remanente o a la utilización de elementos no estériles durante el procedimiento. ⁽²⁾

- I • En el 99% de los casos de embarazos menor de 12 semanas de gestación es más adecuado realizar una aspiración mecánica evacuadora uterina (AMEU) ya que se asocia a menos complicaciones (0.6%) ⁽⁵⁾

- I • Existen recomendaciones de utilizar analgésicos vía oral o parenteral 30 a 60 minutos antes de iniciar el procedimiento quirúrgico de la dilatación y legrado uterino. ⁽⁷⁾

- I • Se sugiere infiltrar 0.5 a 1cc de lidocaína en el sitio del cérvix donde se sujeta la pinza de cuello, con la finalidad de disminuir el dolor en el postoperatorio. ⁽⁷⁾

- Es recomendable realizar la aspiración uterina bajo anestesia local o regional ya que se previene la necesidad del uso de anestesia general con todos sus riesgos asociados, así como, la paciente puede egresar más pronto del hospital. ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾
- La realización de legrados uterinos en pacientes con abortos incompletos, no infectados, menores de 12 semanas de gestación, efectuados con anestesia regional (bloqueos paracervical y pudendo) es un procedimiento sin morbilidad y con excelente tolerancia, independientemente de la edad y peso de las pacientes, de la edad gestacional, de los antecedentes obstétricos y del grado de dilatación del cuello uterino. ⁽⁸⁾



Fuente: modificado por grupo de desarrollo GPC-BE 2013

NORMATIVO DE ATENCIÓN POSABORTO -APA-

DETALLE DE PROCEDIMIENTOS

1. La secretaria de Admisión solicita a la paciente que presente del carnet de citas o tarjeta de afiliación y certificado de trabajo de su patrono, afiliado esposo o conviviente y en los casos en que la paciente por el estado de urgencia en que se presenta no fue posible documentarla, se les requerirá a sus familiares.
2. Al ingresar la paciente a la atención de emergencia con un cuadro clínico que se acompañe de inestabilidad emocional deberá ser atendida lo más pronto posible por un profesional en psicología o en cualquier momento en que se presente una crisis y darle el seguimiento respectivo hasta que egrese de las instalaciones hospitalarias.

3. La atención que se brinda a las pacientes en la atención postaborto se realiza de manera integral por un equipo multidisciplinario integrado por personal médico, enfermería, trabajo social, psicología, escuela de la salud y registros médicos.
4. El equipo multidisciplinario tratará prioritariamente y de manera coordinada los casos especiales, es decir, las pacientes que presenten alguna situación psicológica o social que pueda afectar su recuperación, la cual es monitoreada hasta lograr restablecer su equilibrio psicosocial.
5. La trabajadora social debe orientar, educar, informar y dar consejería en planificación familiar, salud sexual y reproductiva a la paciente, para que pueda elegir el método anticonceptivo más adecuado y su correcta aplicación.

Asimismo asesorará a los esposos o convivientes de las pacientes con atención post aborto, sobre la atención de seguimiento, el retorno a la fecundidad y la planificación familiar, así como el apoyo físico y emocional que debe brindar a su esposa o conviviente durante su recuperación.

6. La trabajadora social deberá atender los casos de las pacientes que abandonan su tratamiento, establecer su ausencia y dejar constancia en el expediente médico.
7. El médico Ginecoobstetra brindará a la paciente afiliada o beneficiaria con su consentimiento la protección anticonceptiva, después de la atención post aborto y continuar con el control en consulta externa.

8. La evaluación, control y seguimiento de los casos de atención postaborto, incluye el uso y efectos secundarios del método anticonceptivo seleccionado.
9. El método anticonceptivo que elige la paciente previo a su egreso hospitalario, puede ser cambiado por otro método en su cita postaborto en consulta externa.
10. El médico Ginecoobstetra programará citas de reconsulta, atendiendo los criterios siguientes:
 - 10.1 Las pacientes se citarán para entrega de los resultados de patología.
 - 10.2 Las pacientes con dos abortos, además de lo indicado en el numeral 10.1, se les citará para informar de los resultados de laboratorio (TORCHS, glicemia, pruebas tiroideas y anticuerpos Antifosfolípidos).

- 10.3 Las pacientes con aborto recurrente se les citará e informará además de lo indicado en los numerales 10.1 y 10.2, los resultados del cariotipo de pareja.
11. La paciente que no se documente al ingreso hospitalario, realizará dicha gestión dentro de las 48 horas siguientes ante Registros Médicos, para su verificación y así poder extenderse el Aviso de Suspensión de Trabajo forma. SPS-60; entrega exámenes especiales, laboratorio, carnet de citas, asignación de próxima cita e información de la entrega del informe de alta al patrono.
12. La Farmacia y Bodega de la dependencia médica debe velar por el aseguramiento de existencias de los distintos métodos de planificación que existen en el mercado.

13. Las autoridades de la dependencia médica programarán capacitación localmente del personal: médicos, enfermería, trabajadoras sociales, psicólogas, educadoras en salud y secretarias, entre otros, para fortalecer los conocimientos y habilidades que permitan obtener compromisos individuales para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de manera integral.

14. El equipo multidisciplinario de la atención post aborto monitoreará y evaluará la atención integral, trasladando los resultados a las autoridades de la dependencia médica para su conocimiento y seguimiento respectivo.

MODELO DE ATENCIÓN POSABORTO (APA):

| EMERGENCIA | | INICIO |
|-----------------------------|------|--|
| Secretaría de Admisión..... | 01 | Requiere datos de la paciente, registra, documenta caso y la refiere con la Auxiliar de Enfermería. |
| Auxiliar de Enfermería..... | 02 | Recibe paciente, la identifica y da orientación en general. |
| Médico Gineco Obstetra..... | 03 | Atiende a paciente, pronta, oportuna, con calidad y calidez, conoce y elabora historia clínica, realiza examen físico general y gineco obstétrico para detectar posibles complicaciones. |
| | 04 | Establece diagnóstico, determina plan terapéutico y explica a la paciente el procedimiento a realizarle. |
| | 05 | Anota en expediente médico: órdenes médicas, exámenes de laboratorio (se integrarán al expediente posteriormente) y otros. |
| Auxiliar de Enfermería..... | 06 | Atiende a la paciente, brindando cuidado directo (observa estado general) y controla signos vitales. |
| | 07 | Proporciona ropa del hospital a la paciente para su ingreso. |
| | 08 | Administra medicamentos y requiere extracción de muestras de laboratorio conforme orden médica. |
| | 09 | Elabora nota de enfermería y revisa. |
| | 10 | ¿Paciente pasa a sala de operaciones? |
| | 10.1 | Sí, Traslada paciente con expediente médico a sala de operaciones. |
| | 10.2 | No, pasa a servicio indicado. Sale del procedimiento. |
| SALA DE OPERACIONES | | |
| Auxiliar de Enfermería..... | 11 | Recibe e identifica a la paciente, revisa expediente médico, observa estado general y presenta al Médico Gineco Obstetra. |
| Médico Gineco Obstetra..... | 12 | Enterado del caso, evalúa y confirma diagnóstico de la paciente. |

| | | |
|---------------------------------------|----|---|
| Auxiliar de Enfermería..... | 13 | Recibe instrucción de ingresar a la paciente al quirófano y asiste técnicamente en todo momento. |
| Médico Especialista en Anestesia..... | 14 | Evalúa a paciente en área de preanestesia de sala de operaciones y revisa en el expediente médico resultados de exámenes y órdenes médicas escritas con anterioridad. |
| | 15 | Coloca monitores a paciente en quirófano y procede a aplicar la técnica anestésica y medicamentos e informa a Médico Gineco Obstetra. |
| Médico Gineco Obstetra..... | 16 | Efectúa procedimiento: Legrado uterino instrumental, Aspiración vacuom extractor o aspiración endouterina (AMEU). |
| | 17 | Anota en expediente médico: el procedimiento realizado, órdenes médicas, exámenes de laboratorio, envío de muestra de patología (se integrarán al expediente posteriormente) y orden de traslado al servicio de recuperación. |
| Auxiliar de Enfermería..... | 18 | Atiende a la paciente, brinda cuidado directo y controla signos vitales y de alarma. |
| | 19 | Identifica muestra de patología conforme orden médica y requiere envío a Servicio de Patología. |
| Médico Especialista en Anestesia..... | 20 | Evalúa estado de la paciente y reitera orden de traslado al servicio de recuperación. |
| Auxiliar de Enfermería..... | 21 | Elabora nota de enfermería y traslada paciente con expediente médico al servicio recuperación. |
| SERVICIO DE RECUPERACION | | |
| Auxiliar de Enfermería..... | 22 | Recibe paciente en tiempo cero del Test de Aldrette (Form. SPS-13) y transcribe puntuación con Médico Especialista en Anestesia. |
| | 23 | Identifica paciente con expediente médico, observa estado general y cumple órdenes médicas. |
| | 24 | Controla signos de alarma y monitorea signos vitales. |

| | | |
|---------------------------------------|----|---|
| Auxiliar de Enfermería..... | 25 | Administra medicamentos, oxigenoterapia y requiere extracción de muestras de laboratorio en caso de emergencia. |
| | 26 | Verifica cumplimiento del tiempo establecido en el test de Aldrette e informa al Médico Especialista en Anestesia. |
| Médico Especialista en Anestesia..... | 27 | Evalúa estado post anestesia de la paciente y modifica o adiciona medicamentos en el expediente médico, según criterio. |
| | 28 | Revisa, firma y sella el Test de Aldrette y autoriza en el expediente médico traslado de la paciente a encamamiento e informa al Médico Gineco Obstetra. |
| Médico Gineco Obstetra..... | 29 | Evalúa estado general de la paciente después de la intervención. |
| | 30 | Elabora nota de traslado y ordena a auxiliar de enfermería que la paciente pase al servicio de encamamiento. |
| Auxiliar de Enfermería..... | 31 | Elabora nota de enfermería y traslada paciente con expediente médico a servicio de encamamiento. |
| SERVICIO DE ENCAMAMIENTO | | |
| Auxiliar de Enfermería..... | 32 | Recibe paciente, observa estado general, asigna cama y revisa expediente médico. |
| | 33 | Observa signos vitales y de alarma, administra medicamentos |
| | 34 | Requiere extracción de muestras de laboratorio pasadas las 6 horas post legrado. |
| Trabajadora Social..... | 35 | Brinda plática informativa sobre el riesgo reproductivo de la paciente y la importancia de utilizar un método anticonceptivo. |
| | 36 | Da consejería sobre los métodos de planificación familiar y la importancia de su elección previo al salir del hospital, entrevista a la paciente para detectar sus necesidades de salud reproductiva. |

| | | |
|-----------------------------|----|--|
| Trabajadora Social..... | 37 | Llena ficha de Evolución Social, form DTS-25 y anota método elegido. |
| Médico Gineco Obstetra..... | 38 | Recibe información de enfermería del caso de la paciente y evalúa estado general. |
| | 39 | Ordena en expediente médico: exámenes de laboratorio y específicos, suspensión, egreso, recetas, método de planificación elegido, programa cita en consulta externa (10 días calendario) y refiere a clínica de psicología casos especiales. |
| | 40 | Aplica el método de planificación elegido, instruye su administración o extiende receta. |
| Educadora en Salud..... | 41 | Brinda orientación a las pacientes sobre los cuidados de la salud e higiene, signos y señales de peligro e importancia del cumplimiento en el uso de los medicamentos recetados por el médico tratante. |
| Psicóloga..... | 42 | Explica motivo de la visita, brinda apoyo emocional y orientación en grupo, si es necesario lo hace individualmente. |
| | 43 | Anota en el expediente el estado emocional de la paciente y de ser necesario ordena cita en consulta externa. |
| Auxiliar de Enfermería..... | 44 | Atiende órdenes médicas, verifica elección de método de planificación familiar y administra cuando proceda. |
| | 45 | Elabora nota de enfermería, realiza trámite de egreso de la paciente. |
| | 46 | Entrega a la paciente solicitud de exámenes especiales, de laboratorio, carnet de citas e informa de las fechas de reinicio de labores (si es afiliada) y próxima cita. |
| | 47 | Traslada expediente médico a registros médicos y admisión. |

| | |
|-------------------------------------|--|
| REGISTROS MÉDICOS Y ADMISIÓN | |
| Secretaría..... | 48 Recibe expediente médico, elabora Aviso de Suspensión de Trabajo form. SPS-60 y entrega a paciente previo a retirarse de las instalaciones del hospital. |
| PACIENTE..... | 49 Espera (cita a los 10 días calendario). |
| CONSULTA EXTERNA | |
| Secretaría de Clínica..... | 50 Recibe carnet de citas de la paciente, verifica expediente médico según nómina y entrega a Trabajadora Social. |
| Trabajadora Social..... | 51 Entrevista a la paciente, da seguimiento al caso conforme a la entrevista inicial, anota en Ficha de Evolución Social (form. DTS-25) y brinda consejería en casos de pacientes que ingresaron indocumentadas. |
| Secretaría de Clínica..... | 52 Recibe expediente y entrega a la Auxiliar de Enfermería, según clínica. |
| Auxiliar de Enfermería..... | 53 Verifica que se encuentren archivados los informes de exámenes de laboratorio en el expediente médico. |
| | 54 Llama a paciente, controla signos vitales, peso y talla; orienta para que informe de su estado físico al Médico Gineco Obstetra. |
| Médico Gineco Obstetra..... | 55 Atiende a paciente y revisa si constan en el expediente médico los resultados de informes de laboratorio. |
| | 56 Realiza examen general y ginecológico con asistencia de enfermería. |
| | 57 Da seguimiento al método de planificación elegido para confirmarlo o cambiarlo. |
| | 58 Anota órdenes médicas, exámenes según sea el caso y programa reconsulta en expediente médico; refiere a clínica de planificación familiar y si es necesario a la clínica de psicología. |

Secretaria de Clínica..... 59 Retira expediente de la clínica, asigna cita según orden médica e informa a paciente (si es afiliada) que debe presentarse a registros médicos para el informe de alta al patrono.

60 Traslada expediente a registros médicos y admisión.

REGISTROS MÉDICOS Y ADMISIÓN

Secretaria..... 61 Recibe expediente, elabora Informe de Alta al Patrono form. SPS-59 y requiere firmas respectivas.

62 Entrega Informe de Alta al Patrono form. SPS-59 y orienta a afiliada para pago de prestaciones en dinero.

63 Traslada expediente médico al Archivo y papelería a la Oficina Subsidiaria o Departamento de Prestaciones en Dinero para el pago de subsidios.

FIN





Técnica de Cerclaje Cervical



TÉCNICA DE CERCLAJE CERVICAL

ASPECTOS GENERALES

Se han descrito aproximadamente 35 procedimientos diferentes para el tratamiento de la incompetencia cervical, entre los que se incluyen la electrocauterización del orificio cervical interno, la escarificación cervical con benzoina y talco, el uso de pesarios y balones intravaginales y el uso de varias hormonas. Sin embargo, el método más aceptado y practicado para el tratamiento de esta patología es el cerclaje cervical, del cual se han descrito tres técnicas básicas: Shirodkar, con una tasa de éxito de 21% a 76%, McDonald, con una tasa de éxito de 23% a 74%, y el cerclaje abdominal cervico-ístmico, con una tasa de éxito de 24% a 86% (Shortle and Jewelewicz, 1989).^{(1) (2)}

Este procedimiento se practica generalmente después de la semana 14 de gestación, para evitar un procedimiento innecesario en las pacientes que pueden sufrir un aborto espontáneo antes del primer trimestre. Se debe realizar una evaluación ultrasonográfica previa con el fin de confirmar viabilidad fetal y descartar cualquier anomalía evidente, en

caso de que exista indicación de una evaluación cromosómica para el diagnóstico genético prenatal, se recomienda realizar los estudios pertinentes antes del procedimiento, y así evitar el cerclaje en pacientes a las que se les va a interrumpir el embarazo.^{(1) (2)}

DEFINICIÓN

Con el nombre de cerclaje cervical se describen varias técnicas que tienen como objetivo el estrechamiento del orificio cervical interno incompetente, mediante una material de ligadura.^{(5) (4) (6)}

TIPOS DE CERCLAJE

1. El cerclaje se considera profiláctico o electivo (primario) cuando se realiza de forma electiva por historia previa de incompetencia cervical, antes de evidenciar cambios en el cérvix uterino y generalmente suele realizarse entre las 13 y 16 semanas de gestación.
2. El cerclaje terapéutico secundario que se realiza tras la detección, en el seguimiento obstétrico, de

modificaciones en el cérvix antes de las 26 semanas de gestación.

3. Se realiza en pacientes con un riesgo potencial de parto pretérmino.

El cerclaje terapéutico terciario, en caliente, de rescate o “emergente”, que se realiza en pacientes que presentan la membrana amniótica visible a través del orificio cervical externo o en vagina.^{(7) (8)}

INDICACIÓN

La indicación fundamental es la insuficiencia cervical secundaria a procesos traumáticos, adquiridos, congénitos o disfuncionales.⁽⁵⁾

En base a los tipos de cerclaje citados en apartado anterior las indicaciones son:

1.- Cerclaje profiláctico o electivo (13-16 semanas)

- Pacientes con historia de tres o más pérdidas fetales en el segundo o inicios del tercer trimestre, en el contexto de cuadros clínicos compatibles con incompetencia cervical.

- Aunque no existe evidencia en este punto, indicaremos un cerclaje electivo también en aquellas pacientes que presenten dos pérdidas fetales en el segundo o inicios del tercer trimestre documentadas.
- Cabe considerarse en pacientes que presentan una pérdida fetal en el segundo o inicio del tercer trimestre después de una conización.

2.- Cerclaje terapéutico secundario (≤ 26 semanas).

El cerclaje (terapéutico) secundario está indicado en caso de pacientes con riesgo potencial de parto pretérmino: pacientes con historia de una o dos pérdidas fetales y aquellas con evidencia de otras causas de parto prematuro en las que se evidencia durante el seguimiento obstétrico un acortamiento progresivo de la longitud cervical < 25 mm, de manera persistente y antes de la semana 26.

3.- Cerclaje terapéutico terciario (≤ 26 semanas).

El cerclaje en caliente está indicado en pacientes con membranas visibles a través de orificio cervical externo o en vagina. (7) (9)

CONTRAINDICACIONES

Entre las contraindicaciones se encuentran las siguientes:

- Sangrado uterino.
- Ruptura prematura de membranas.
- Anomalías fetales conocidas.
- Corioamnioitis.
- Polihidramnios.
- Trabajo de parto pretérmino.

EVALUACIÓN PREOPERATORIA

Manejo Inicial

A.- Pacientes con Indicación de Cerclaje Electivo o Profiláctico

- Rutina con hemograma, pruebas de coagulación, Ultrasonido Obstétrico.
- Cultivos vaginales y endocervicales; tinción de Gram vaginal para el diagnóstico de vaginosis bacteriana (criterios de Nugent) y urocultivo entre 5-7 días antes del cerclaje.
- Ingreso para cerclaje entre las 13 y 16 semanas (con resultados de cultivos)

- Indometacina (cod. 941) 75 mg por vía rectal previamente al procedimiento. El tratamiento se prorrogará hasta 24 h posteriores al cerclaje (50 mg cada 6h por vía oral).
- Profilaxis antibiótica (cefalotina o análogo 2 g monodosis) previa al cerclaje. Si los cultivos son positivos, se administrará el antibiótico adecuado según antibiograma específico por vía oral o intravenosa.^{(1) (6)}

B.- Pacientes con Indicación Potencial de Cerclaje Terapéutico o Secundario

- Cultivos vaginales y endocervicales, tinción de Gram vaginal y urocultivo entre las 12 y 16 semanas de gestación. Se repiten a las 20 a 22 semanas. Si la tinción de Gram vaginal confirma el diagnóstico de vaginosis bacteriana por criterios de Nugent, se realiza tratamiento con Clindamicina (cod. 7) 300 mg cada 12 h por vía oral x 5 días. Realizar KOH y frote en fresco
- Indometacina (cod. 941) 75 mg vía rectal previamente al procedimiento. El tratamiento se prorrogará hasta 48 h posteriores al cerclaje (50 mg cada 6h por vía oral).

Profilaxis antibiótica (cefalotina cod. 4, 2 g monodosis) al ingreso. Si los cultivos son positivos, se administrará el antibiótico adecuado según antibiograma específico durante 5 días; la vía de administración será oral o intravenosa.^{(1) (6)}

C.- Pacientes con Indicación Potencial de Cerclaje Terciario o Emergente

Según datos estadísticos, la supervivencia neonatal tras un cerclaje en caliente es del 80% con un porcentaje de prematuridad no despreciable:

- Parto antes de las 28 semanas: 52.2%;
- Parto entre la 28 y las 32 semanas: 13.0%;
- Parto entre 32 y 37 semanas: 13.0%;
- Parto después de las 37 semanas: 21.8%.⁽¹⁾

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Según la condición de la paciente se debe realizar cerclaje cervical con abordaje vaginal por tener un menor tiempo hospitalario, menor tiempo quirúrgico y menor mortalidad materna. Excepto en la que las condiciones del cérvix no

favorezcan dicha técnica. Dentro de las técnicas más utilizadas con menos complicaciones durante el procedimiento están la técnica de Mac Donald y la de Shirodkar, las cuales son con mucho las más utilizadas. ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾
⁽¹⁰⁾ ⁽¹³⁾

Técnica por vía vaginal:

1. Anestesia general o regional.
2. Posición de Trendelenburg.
3. Asepsia y antisepsia
4. Colocación de valvas anterior y posterior.
5. Pinzamiento de labio cervical anterior y posterior.
6. Introducción de las membranas fetales en la cavidad uterina.

Manipulación mínima de las membranas prolapsadas. ⁽¹⁾

Entre los métodos usados para devolver las membranas protruidas a su sitio se encuentran los siguientes:

- Introducción de un catéter de Foley largo que ocluya el orificio cervical interno.
- Amniocentesis para reducir la tensión.
- Suturar el cuello uterino con el fin de hacerlo más estrecho, cuidando no romper la membranas ovulares.

- Posición de Trendelenburg.
- Distensión de la vejiga con 1 a 1,5 lts. de solución salina, para desplazar el segmento uterino y evitar que las membranas salgan por el orificio cervical interno.

Ninguna de estas técnicas es beneficiosa para todos los pacientes, por lo que se debe individualizar cada caso, con el fin de realizar la técnica adecuada a cada paciente. En estos casos se recomienda el uso de antibioticoterapia y agentes tocolíticos porque la posibilidad de infección amniótica es mayor.⁽²⁾

El sitio ideal para el cerclaje es en la unión del epitelio cervical de la mucosa externo con el plegamiento de la mucosa vaginal, o sea a unos 2,5 cm del orificio cervical externo, lo cual corresponde anatómicamente al orificio cervical interno. Para visualizar adecuadamente este punto, se debe desplazar la vejiga hacia arriba con la valva colocada en la pared anterior de la vagina.⁽²⁾

TIPOS DE CERCLAJE

Cerclaje de McDonald (McDonald-Palmer)

- Exposición cervical y tracción del cérvix mediante 2 pinzas de Foerster.

- Con aguja curva roma de diámetro mediano (cinta de fibra de poliéster Mersilene®) parte de la sutura queda por fuera de la mucosa, se pasan 4 puntos en horario de reloj una a las 12, las 3, las 6 y las 9, anudando después la sutura. No se requiere disecar la mucosa vaginal.

Es el más utilizado. De elección en el cerclaje en caliente. Si no se dispone de cinta de Mersilene®, se puede usar Prolene®, Vicryl®, Nylon o Seda.

Se utiliza cabo grueso para evitar sección iatrogénica del cérvix por un cabo demasiado delgado.

Cerclaje de Shirodkar

- Exposición cervical y tracción del cérvix mediante 2 pinzas de Foerster.
- Se tracciona el cérvix y se hace una incisión en la mucosa vaginal tanto en el repliegue vesicovaginal como en el recto-vaginal.
- Por ellos se introduce la cinta de Mersilene® y se pasa por debajo de la mucosa vaginal en ambas caras laterales del cuello. Se anuda por la cara anterior o posterior.
- Tanto la colostomía anterior y posterior se cierran con catgut 00 con aguja atraumática

Suele reservarse para los casos de cerclaje profiláctico.

Al finalizar el procedimiento se especificará la localización (cara anterior o posterior) del nudo a fin de facilitar su extracción.⁽¹⁾⁽⁵⁾

Una vez terminado de pasar la sutura, se procede a efectuar el estrechamiento del canal mediante presión digital. Para evitar la isquemia, se constata que el orificio queda sólo parcialmente permeable al paso de un dilatador de Hegar No. 3 o al pulpejo del dedo índice. Se cortan los cabos a una distancia de 2 a 3 cm del nudo, lo suficientemente largos para poder retirar la sutura con facilidad al término de la gestación.^{(1) (2)}

COMPLICACIONES

Entre las complicaciones que se han señalado con el cerclaje se encuentran las siguientes.

- Ruptura prematura de membranas.
- Corioamnioitis.
- Desplazamiento de la sutura.
- Trabajo de parto pretérmino.
- Laceraciones cervicales.
- Aumento de la tasa de cesáreas.
- Lesiones de vejiga y uretra.

La tasa de muerte fetal en pacientes a las que se les practica cerclaje es de 2% - 4% y las causas más frecuentes son la corioamnioitis y al parto pretérmino (Treadwell et al, 1991).^{(2) (4)}

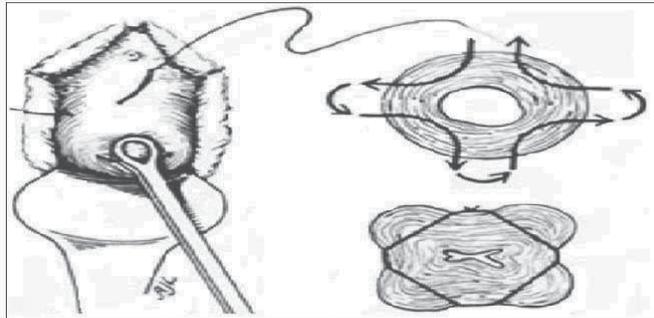


Figura No. 1 Cerclaje tipo McDonald

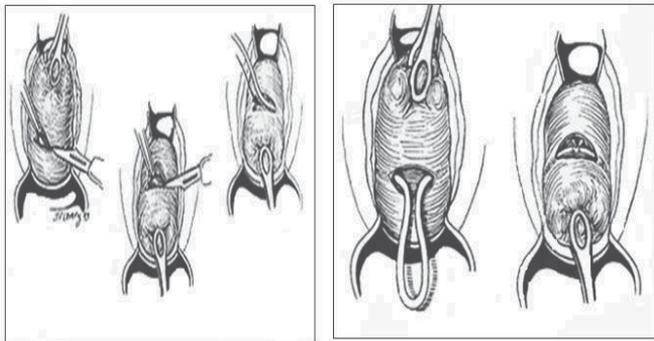
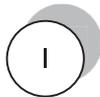


Figura No. 2 Cerclaje tipo Shirodkar

RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA

- No se encontró utilidad de colocar cerclaje cervical en embarazadas en las que se encontró una longitud cervical menor de 25mm de forma incidental sin antecedente de pérdidas gestacionales o parto pretérmino.



- Cerclaje de emergencia en embarazadas con riesgo de parto pretérmino asintomáticas que protruyen las membranas más allá del orificio cervical externo.
- No se colocar cerclaje en embarazadas con hemorragia vaginal activa, corioamnioitis, malformaciones fetales, óbito, ruptura de membranas ovulares, dilatación avanzada.
- Se recomienda colocar cerclaje cervical en embarazadas con antecedentes de parto pretérmino y longitud cervical menor de 25mm antes de las 24 semanas.
- La abstinencia sexual luego de cerclaje se debe evaluar de forma individualizada según condiciones clínicas.





Técnica por Laparotomía Exploradora



PROCEDIMIENTOS GINECOLÓGICOS

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LAPARATOMIA EXPLORADORA (ABDOMINAL Y VIDEOLAPAROSCOPIA)

1. CONCEPTUALIZACIÓN:

a. Laparotomía:

Laparotomía es una palabra origen griego que indica sección o incisión del flanco vacío (*Littré*) o de las partes blandas colocadas por debajo de las costillas (*Ashurts*). Laparotomía exploradora es pues la incisión pura y simple de las paredes del abdomen con el objeto de llegar a establecer el diagnóstico de patología abdominal¹.

b. Videolaparoscopia:

La Videolaparoscopia es según, la Real Academia Española, una técnica de exploración visual que permite observar la cavidad pélvica-abdominal con un laparoscopio que emite una luz permitiendo iluminar la cavidad visualizando así, las estructuras con una cámara². Es una técnica mínimamente invasiva que se realiza a través de pequeñas incisiones creando un neumoperitoneo con CO₂ para que tanto los órganos como el tejido sean separados y de fácil acceso^{2,3}.

2. ANATOMÍA DE PARED ABDOMINAL:

a. Pared del Abdomen⁶:

Las diferentes capas de la pared antero-lateral del abdomen está compuesta por:

- Piel.
- Tejido Celular Subcutáneo
- Fascia de Camper
- Fascia de Scarpa/Colles
- Capa de Músculo Aponeurótico
- Músculo Oblicuo Mayor
- Músculo Oblicuo Menor
- Músculo Transverso
- Fascia Transversalis
- Peritoneo

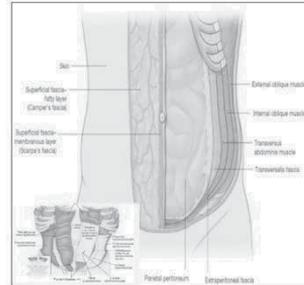


Figura No. 1
Planos de la pared abdominal.
Hospital Universitario de Badajoz. Salas, J. Patología
Clínica y Quirúrgica 2009

La pared postero-lateral se conforma por:

- Plano del Oblicuo Mayor.
- Plano del Oblicuo Menor.
- Plano del Músculo Transverso.
- Plano de los Rectos.

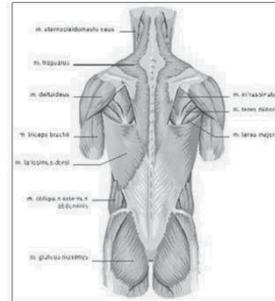


Figura No. 2
Planos de la pared abdominal.
Hospital Universitario de Badajoz. Salas, J. Patología
Clínica y Quirúrgica 2009

En 1861, Langer, trabajando con cadáveres, describió las líneas de división de la piel que separan bordes cutáneos cuando se seccionaban. Éstas se conocen como líneas de

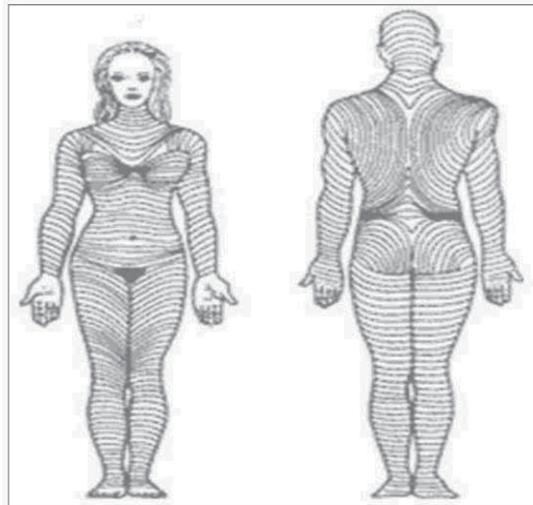


Figura No. 3
Esquema de las líneas de Langer en piel. Torres, M. y Borda R: Incisiones Pared Abdominal, on line:
<http://fusmobgin.wikispaces.com/+Incisiones+Abdominales+en+Ginecolog%C3%ADa>

Langer y suelen transcurrir en sentido horizontal a través del abdomen. Una incisión vertical a través del abdomen corta las líneas de Langer en forma perpendicular, en consecuencia las incisiones transversales producen cicatrices relativamente más delgadas y las verticales pueden producir cicatrices anchas, en particular en la parte inferior del abdomen⁴.

Músculos y Aponeurosis:

Hay dos grupos de músculos que forman la musculatura de la pared abdominal anterior. Los músculos planos, incluyen el oblicuo externo, el oblicuo interno, y el transverso, básicamente, sus fibras transcurren en sentido diagonal o transversal.

El segundo grupo compuesto por los músculos rectos y los dos músculos piramidales simétricos tienen fibras que transcurren en sentido vertical. Los rectos junto con la delgada aponeurosis que los cubre, son músculos que actúan en la locomoción y la postura. Los dos músculos piramidales se insertan en la cresta de la sínfisis pubiana y en la parte inferior de la línea alba. La preservación de los músculos piramidales no es esencial cuando se efectúan incisiones. En realidad la integridad de la pared abdominal anterior no se asocia con este grupo de músculos.

Un corte transversal de la pared abdominal inferior demuestra que la aponeurosis de los músculos abdominales envuelve las superficies anterior y posterior de los músculos rectos y ancla los músculos oblicuo externo, oblicuo interno y transversos a los rectos abdominales.

Existe un excelente soporte aponeurótico por delante y por detrás de los músculos rectos por encima de la línea arqueada. En este sitio, la aponeurosis del oblicuo externo se fusiona con la aponeurosis dividida del oblicuo interno por delante del músculo recto y se inserta en la línea media (línea alba). Por encima de la línea arqueada la lámina posterior de la aponeurosis del oblicuo interno se fusiona con la aponeurosis del músculo transversos, pasa por detrás del músculo recto y se inserta en la línea media. La mitad inferior de la pared abdominal es más débil debajo de la línea arqueada, ubicada por una línea horizontal que pasa por las espinas ilíacas anterosuperiores, donde desaparece la hoja posterior de la vaina de los rectos. En esta sección más débil de la parte inferior del abdomen se produce la mayoría de las eventraciones posoperatorias de cirugías pélvicas efectuadas a través de incisiones medianas infraumbilicales.

En la parte inferior del abdomen, la fuerza necesaria para aproximar los bordes de una

incisión vertical es 30 veces mayor que la necesaria para aproximar los bordes de una incisión transversal. El músculo oblicuo interno y su aponeurosis forman el plano más anterior de los músculos planos. El músculo oblicuo externo se inserta en las 8 costillas inferiores. En la parte inferior las fibras de este músculo transcurren en sentido transversal; en la parte inferior éste adquiere una trayectoria oblicua hacia abajo. Parte del músculo origina una aponeurosis fibrosa ancha que transcurre hacia el sector interno. El siguiente músculo en profundidad se abre en forma de abanico y es el oblicuo interno, que nace principalmente de la cresta iliaca, la fascia toracolumbar y el ligamento inguinal.

Irrigación Vascolar:

La abundante irrigación sanguínea de la pared abdominal anterior proviene de distintas fuentes. La irrigación arterial principal proviene de las arterias epigástricas superior, musculofrénica, circunfleja iliaca profunda y epigástrica inferior. La parte interna de la pared abdominal recibe sangre de las arterias epigástricas, mientras que su parte externa es irrigada por las arterias músculo frénica y circunfleja iliaca profunda. La pared lateral es irrigada por las arterias intercostales inferiores y lumbares. Este sistema vascular que se anastomosa en forma libre ofrece un canal

arterial y venoso continuo a ambos lados de la pared abdominal anterior.

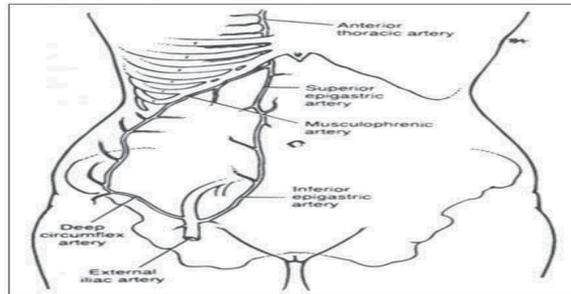


Figura No. 4 Irrigación pared abdominal
Fuente: Káiser, et al

INDICACIONES:

b. Incisiones Transversas:

- Incisión de Maylard:

Recomendada en pacientes obesas, pacientes con diagnóstico de masas anexiales, miomatosis uterina de grandes o gigantes elementos y lesiones neoplásicas pélvicas de bajo grado tumoral o estadios precoces.

Especial atención en aquellas pacientes con compromiso vascular de los miembros inferiores por lesión u obstrucción de las arterias ilíacas comunes o de la aorta terminal. No es recomendable para paciente con neoplasia ovárica en donde se sospeche compromiso hepático⁷.

- **Incisión de Cherney:**
Excelente abordaje al espacio de Retzius para la realización de cirugía de corrección de vías urinarias y exposición de la pared pelviana lateral cuando es necesaria, es decir, en las pacientes que requieren una ligadura de la arteria hipogástrica¹¹. Riesgo de osteomielitis si se suturan los músculos rectos al periostio de la sínfisis pubiana⁸.
- **Incisión de Pfannenstiel:**
Ofrece grandes vistas de la pelvis central, pero limita la exposición a la pelvis lateral y la parte superior del abdomen; factores que limitan la utilidad de esta incisión para la cirugía del cáncer ginecológico⁷. Ideal para la realización de cesáreas que no son consideradas urgencia.
- **Incisión de Kustner:**
Mismas indicaciones que la Pfannenstiel sin embargo ofrece menos ventajas al no poder ofrecer opción de ampliar la cirugía.
- **Modificación de Joel-Cohen:**
Mismas indicaciones que la incisión de Pfannenstiel, sin embargo se ha asociado con menos lesiones vasculares y hemorragia. No es adecuado en pacientes obesas.

c. Incisiones Verticales:

- **Incisión Mediana Infraumbilical:**

Ideal en pacientes oncológicas en estadios avanzados, cirugía obstétrica de emergencia, cirugías en dónde se necesite suficiente espacio para la manipulación Intraabdominal.

d. Videolaparoscopia:

Únicamente contraindicada en pacientes con problemas pulmonares obstructivos, cardiopatía cianógena y hernias diafragmáticas.

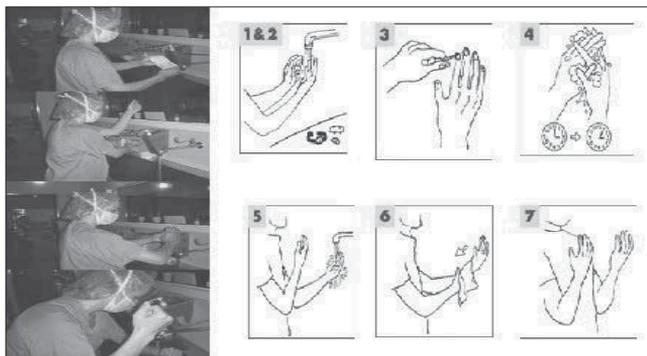
3. PREPARACIÓN DE LA PACIENTE:

- **Evaluación preoperatorio:** Toda paciente previo a ser llevada a sala de operaciones para cirugía, debe realizarse historia clínica completa, examen físico completo, evaluación de los exámenes complementarios de hematología, tiempos de coagulación, recuento plaquetario, hemoglobina – hematocrito, glicemia, Creatinina, grupo sanguíneo y Rh, VDRL y HIV; así como dejar escrito de manera clara lo antes mencionado y la indicación precisa del procedimiento. En el caso de las pacientes que tienen cirugía anterior o que por alguna patología en especial se les programa de manera electiva, estos datos deben ser registrados en la papeleta por el médico de consulta externa, pero siempre se deben

corroborar los datos previo a la cirugía por el personal de Sala de operaciones.

- **Asepsia y antisepsia:** Al encontrarse la paciente ya en la camilla de la sala de operaciones y mientras el médico anesthesiólogo procede a colocar anestesia a la paciente, se procede al lavado de manos con técnica quirúrgica por parte del cirujano, ayudante, instrumentista y pediatra.

- El lavado de manos se debe realizar de la siguiente manera: primero tomar una compresa estéril y dejarla en un lugar seco para poder utilizarla para el secado de manos posteriormente, aplicar agua en ambos brazos hasta la altura del codo, procediendo a un lavado inicial con jabón con yodado o jabón quirúrgico, para luego tomar el cepillo estéril colocando jabón quirúrgico en él y procediendo al lavado propio de las manos, se lava uno por uno los dedos de ambas manos con un



movimiento firme y constante de adentro hacia fuera, seguido del lavado en la misma dirección de palma y dorso de la mano, para luego lavar muñecas, antebrazo y codos; el lavado de las uñas se realiza con el borde destinado para ello del cepillo. Luego para retirar el jabón de los brazos se procede a colocar el mismo bajo el chorro de agua con movimiento que van de la mano hacia el codo, con el cuidado de no bajar la mano para que el agua que sale no se regrese hacia la mano y contamine la zona. Procediendo después a secarse con la compresa estéril.

- Para el lavado de la pared abdominal de la paciente, se procede de la siguiente manera:

El ayudante o cirujano, se calza guantes estériles y toma gasas estériles con la pinza de anillos y solución para desinfección (yodo o Hibitane) se procede a pintar el abdomen de manera centrifuga iniciando de adentro hacia fuera, se debe hacer énfasis en la limpieza del área umbilical y del sitio de la incisión, como del área perineal. Luego se toma nueva solución de Hibitane y se procede a la limpieza de los muslos y del periné con movimientos que van de arriba hacia abajo y de adentro hacia fuera en la región de los muslos y con movimientos de arriba hacia abajo y de adentro hacia fuera en el área perineal.

○ Como paso final de la preparación se prepara sonda Foley o Nelator y se separa con los dedos índice y medio de la mano izquierda los labios mayores para exponer el meato urinario de la paciente, con el cuidado de presentar el dorso de la mano hacia el abdomen de la paciente y no la palma para evitar contaminación. Con la mano derecha se introduce y se fija la sonda urinaria.

• **Montaje del campo quirúrgico:** Seguidamente de realizar la limpieza y desinfección de la pared abdominal, se procede a colocarse las batas y guantes estériles para el cirujano y ayudante, y se colocan los campos estériles en el siguiente orden: lateral proximal, inferior, superior y lateral distal, fijándolos con pinzas de campo, para luego colocar la sabana hendida y la clínica. Se coloca dos compresas secas a los lados del sitio de la incisión con el cuidado de no manipular la piel.



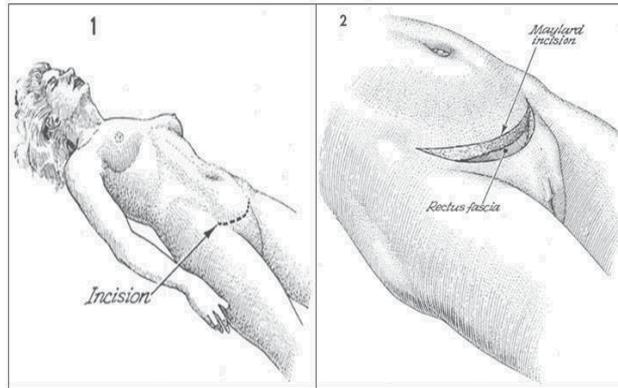


Es este punto es importante considerar que debe prepararse el material de sutura a utilizar por el cirujano, la evidencia actual no es concluyente en cuanto a indicar un tipo de sutura en particular, por lo que queda a criterio del cirujano el uso de Catgut o Vicryl u otro material que considere adecuado, según su experiencia y comodidad al suturar. Lo importante es cumplir con el objetivo de hemostasia y cierre de los tejidos.

4. TÉCNICA QUIRÚRGICA:

a. Incisión Maylard:

Con el paciente en decúbito supino dorsal, la incisión se realiza en la línea imaginaria por arriba de la sínfisis del pubis, la incisión inicial debe abarcar piel, tejido celular subcutáneo y llegar a visualizar la fascia del músculo recto.

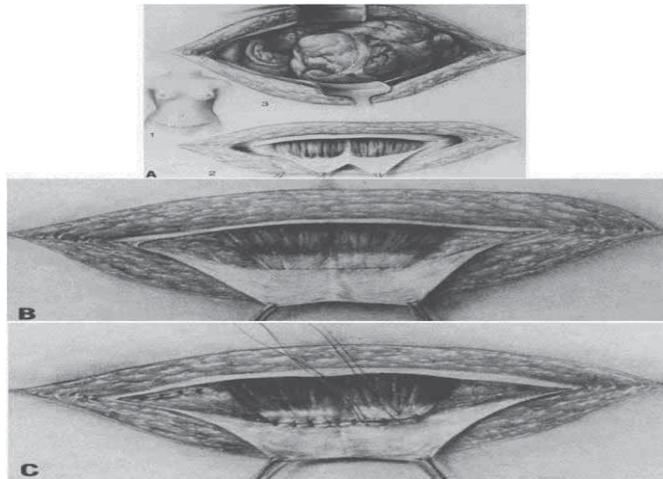


Se debe tener cuidado cuando se efectúa una incisión de Maylard en pacientes con alteraciones de la circulación en la pierna debido a la obstrucción de las arterias iliacas comunes o de la aorta terminal. En esta situación el flujo sanguíneo proveniente de la arteria epigástrica inferior puede aportar la circulación colateral para la extremidad inferior. La ligadura de esta arteria podría desencadenar una isquemia de la extremidad inferior y una verdadera emergencia quirúrgica vascular^{3,4,5}.

b. Incisión de Cherney:

Se identifican los vasos epigástricos inferiores, que transcurren por un sector más externo en la porción caudal de la pared abdominal. Se disecan los músculos piramidales con tijera o

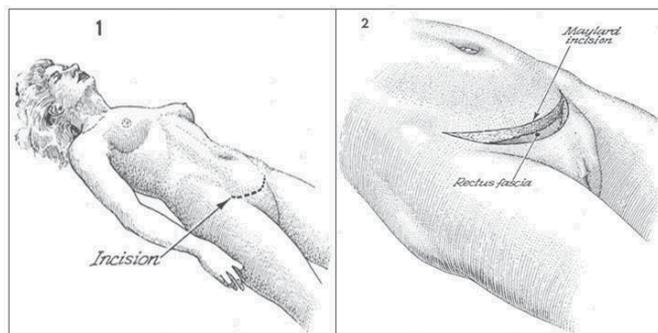
bisturí. Luego se disecan las secciones fibrosas o tendinosas de los músculos rectos con tijeras para separarlas de su inserción en la sínfisis púbica. En esta área, el sangrado es ínfimo y los vasos epigástricos inferiores no necesitan ligarse.



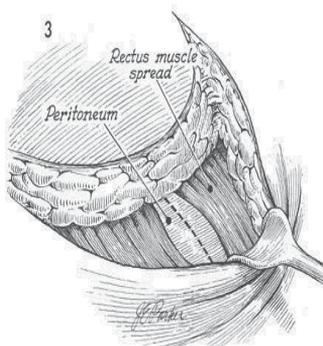
Cuando se cierra una incisión de Cherney, es preferible cerrar el peritoneo por separado con una sutura continua de ácido poliglicólico. Se unen los extremos de los tendones del recto con la porción inferior del colgajo inferior de la vaina del recto por medio de cinco o seis puntos totales horizontales de material de sutura de reabsorción tardía o permanente^{5,8,11}.

c. Incisión Pfannenstiel:

La posición del paciente para esta operación puede ser de litotomía, en posición supina, o modificada de litotomía dorsal en posición supina. La incisión de Pfannenstiel es semicircular y se hace ligeramente por encima del monte de Venus de una longitud de unos 12 cm. Se debe tener cuidado para asegurar que la hemostasia es completa antes de entrar en la cavidad peritoneal. La fascia del recto se abre transversalmente.

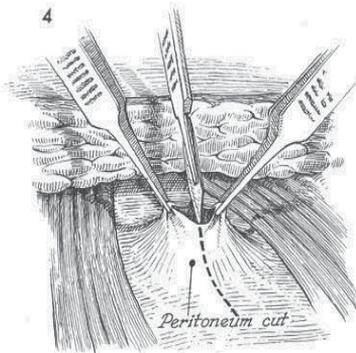


Después se abre la fascia del recto, los músculos rectos se separan y se diseccionaron fuera del peritoneo. Si los músculos del recto no se pueden separar de manera suficiente por retracción lateral, deben ser seccionados.



En general, los músculos son más fáciles de separar en pacientes que han tenido un embarazo anterior plazo.

En algunos pacientes con músculos rectos fuertes, apretados, la exposición adecuada no puede lograrse sin la aproximación del músculo.



Si el músculo es seccionado, la arteria epigástrica inferior y la vena en el borde lateral del músculo deben ser sujetados, una incisión, y se ligan antes de cortar el músculo debe ser realizada ^{5,9,11}.

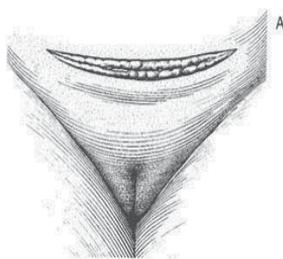
El peritoneo es recogido entre pinzas de tejido y se abrió con ya sea un longitudinal o de una incisión transversal.

d. Incisión de Kustner:

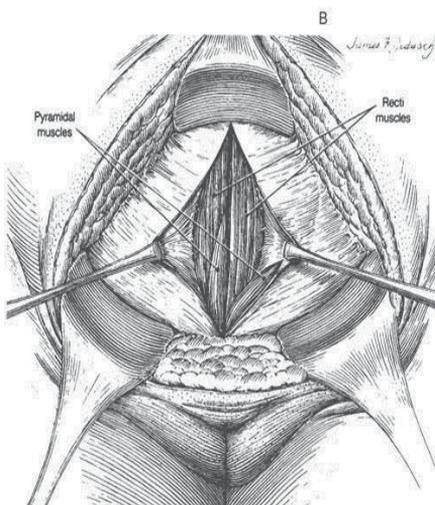
Consiste en una incisión cutánea transversal ligeramente curvada comienza debajo del nivel de la espina iliaca anterosuperior y se extiende justo debajo de la línea del vello pubiano, atravesando la grasa subcutánea, hasta la aponeurosis del músculo oblicuo externo y la hoja anterior de la vaina del recto, de la misma manera que en todas las demás incisiones transversales. Las ramas superficiales de la

arteria y la vena epigástricas inferiores pueden aparecer en la grasa subcutánea en el borde externo de la incisión. Cuando aparecen, pueden ligarse o coagularse con electrobisturí. Se disecciona la aponeurosis hacia arriba y hacia abajo hasta exponer un área suficiente de la región umbilical hasta la sínfisis que permita efectuar una incisión vertical adecuada en la línea alba.

No es necesaria una separación excesiva entre



la grasa y la aponeurosis en los bordes laterales de la incisión y esto puede crear sitios que alberguen hematomas pequeños. La separación de los músculos rectos y el abordaje del peritoneo se lleva a cabo de la misma manera que en la incisión mediana común.



Debido a la importancia de llevar a cabo una hemostasia adecuada en la grasa subcutánea de los colgajos cutáneos, ésta incisión tarda más tiempo que la incisión mediana Infraumbilical o que Pfannenstiel, ofrece escasa o nula ventaja y su capacidad de ampliación es muy limitada⁵.

e. Modificación de Joel-Cohen:

Llamada erróneamente como la Pfannenstiel falsa, es una incisión de alrededor de 10 cms., a 2 ó 3 cms. de la sínfisis púbica, en la cual los planos solo son incididos a nivel medial mediante una pequeña incisión de alrededor de 3 cms., la cual posteriormente es prolongada y ampliada mediante disección roma por divulsión digital⁵.

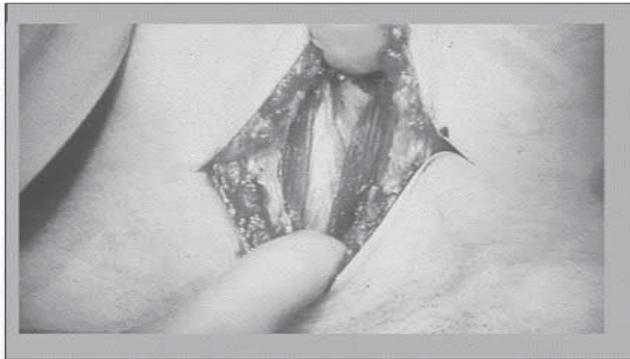


Figura 11: Modificación de Joel-Cohen
Fuente: Káiser

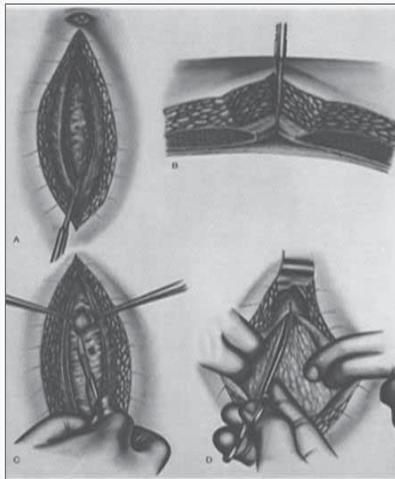
f. Incisión Mediana Infraumbilical:

Se procede a verificar la instalación de la anestesia con una pinza de Allis y se tracciona gentilmente la piel en la línea media, para luego con un bisturí No. 4 incidir piel realizando una incisión de por lo menos 10 centímetros, se incide tejido celular subcutáneo realizando hemostasia selectiva de los vasos sangrantes con la ayuda de pinza de Kelly y ligando/cauterizando con Catgut simple 2-0 o con el electrocauterio. Se expone en su totalidad la fascia y con el bisturí se realiza un ojal en la línea media de aproximadamente 1 centímetro en sentido longitudinal, luego con la ayuda de la pinza de disección con dientes y de la tijera de Mayo se disecciona el tejido adherido por debajo de la fascia en sentido caudal y cefálico, en este momento el ayudante con la utilización de los separadores de Farabeauf expone los ángulos de la fascia al cirujano el cual procede de manera firme a cortar la misma, con esto se logra exponer los músculos rectos y la línea alba la cual se involuciona de manera digital para proceder a identificar el peritoneo parietal.

En este momento se solicita la pinza de disección sin dientes y la tijera de Mayo por parte del cirujano y el ayudante solicita una pinza de Kelly y se toma la porción más cefálica del peritoneo, procediendo a palpar y luego a

cortar con la tijera para así poder ingresar a la cavidad abdominal.

Es importante que al momento de la disección en sentido caudal del peritoneo se identifique a trasluz la vejiga urinaria que podría encontrarse a ese nivel para evitar lesionarla.



- A. Corte de la línea alba en la línea media infraumbilical con bisturí.
- B. Corte transversal de la pared abdominal que muestra piel, tejido celular subcutáneo, hoja anterior y posterior del recto y peritoneo subyacente.
- C. Apertura del peritoneo con bisturí.
- D. agrandamiento de la abertura peritoneal hasta la región del ombligo con tijera Mayo.

Figura 12
Técnica Quirúrgica Incisión Mediana
Infraumbilical
Fuente: Káiser.

g. Videolaparoscopia:

Se inicia con una incisión intra o Infraumbilical. La elección del laparoscopio (10mm, 5mm o 2mm) depende de las preferencias del cirujano y de los requisitos de la cirugía. El acceso peritoneal se puede lograr con trócares de acceso óptico, estableciendo, o no, un neumoperitoneo con una aguja de Veress antes de introducir el trócar. Por muchos años se utilizó la técnica Cerrada con uso de la aguja

de Veress para la insuflación, seguida de un trócar de acceso óptico para pacientes sin cirugía abdominal previa. En la actualidad, la laparoscopia abierta con un trócar de Hasson se aconseja para todas las pacientes, en particular aquellas que han sido sometidas a cirugía previa del abdomen y proporciona un acceso seguro y fácil a la cavidad peritoneal, con complicaciones mínimas (0,5%).

Después de obtener el acceso, se introduce de inmediato el laparoscopio y se procede a una inspección visual del sitio de la inserción. Para evitar que la cámara se empañe se calienta la cámara antes de su inserción.

Una vez inserta en el trócar umbilical y confirmada visualmente su posición con el laparoscopio, se insufla gas CO₂ en el peritoneo.

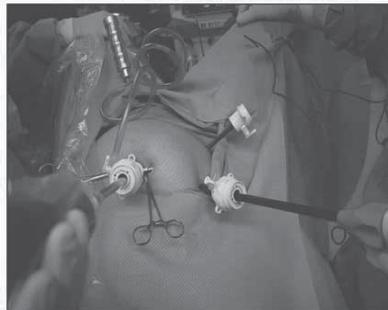


Figura 13
Colocación de Puertos para Cirugía Laparoscópica.
Fuente: Cirugía Laparoscópica en Ginecología.

Se colocan tres puertos accesorios para casi todas las cirugías laparoscópicas: dos puertos laterales de 5mm o 10/12mm y uno suprapúbico de 5mm.

El puerto suprapúbico debe situarse de 3cm a 4cm por encima de la sínfisis del pubis para evitar el daño de la vejiga. Los puertos del cuadrante inferior se colocan a la altura de la cresta ilíaca, laterales al músculo recto y a los vasos epigástricos inferiores, que se ven con el laparoscopia a través del peritoneo.

Esta configuración romboidal permite al ayudante retraer el campo quirúrgico con un puerto lateral o suprapúbico mientras se expone el campo con la cámara (puerto umbilical). La laparoscopia no termina hasta que se cierran todas las incisiones de los puertos mayores de 5mm^{10, 12}.





Técnica de Histerectomía



TÉCNICA QUIRÚRGICA DE HISTERECTOMIA ABDOMINA (HAT)

DEFINICIÓN

Es la extirpación quirúrgica del útero que ocasiona la incapacidad para quedar en embarazo (esterilidad) y es un procedimiento que se puede realizar a través del abdomen. En la práctica moderna de la ginecología el uso apropiado de estos conocimientos y de las tecnologías diagnósticas modernas y avanzadas permiten seleccionar opciones terapéuticas más correctas para enfermedades médicas más complejas.

INDICACIONES

1. ANATÓMICAS.

- 1.1. Anomalías del desarrollo.
- 1.2. Prolapsos genitales incompletos (que no puedan resolverse por histerectomía vaginal)
- 1.3. Fístula útero intestinal.
- 1.4. Fístula arteriovenosa.

2. FUNCIONALES.

- 2.1. Hemorragia uterina disfuncional que no cede a manejo médico.
- 2.2. Disparéunia a pesar del manejo médico.

2.3. Dismenorrea secundaria, que no cede a manejo médico.

2.4. Dolor pélvico crónico, que no cede a manejo médico.

3. INFECCIOSAS.

3.1. Enfermedad inflamatoria pélvica crónica.

3.2. Piómetra.

3.3. Tuberculosis genital.

4. NEOPLASIAS BENIGNAS.

4.1. Miomas uterinos.

4.2. Endometriosis.

4.3. Adenomiosis.

4.4. Tumores anexiales benignos en la posmenopausia.

5. NEOPLASIAS MALIGNAS.

5.1. Cáncer de cérvix.

5.2. Cáncer de endometrio.

5.3. Cáncer de ovario.

5.4. Sarcoma uterino.

5.5. Cáncer de trompas.

5.6. Enfermedad trofoblástica gestacional.

5.7. Cánceres metastásicos.

6. DE URGENCIAS.

6.1. Obstétricas.

[REDACTED]
[REDACTED] ectópico abdominal.

- Embarazo ectópico cornual.
- Extensión de la incisión uterina.
- Acretismo placentario.
- Corioamnioitis.
- Aborto séptico.

6.2. Traumáticas.

- Lesiones penetrantes de abdomen inferior.
- Accidentes automovilísticos.
- Perforación uterina de causas varias
 - Inversión uterina.
 - Placenta previa.
 - Útero de Couvelaire

PREPARACIÓN DE LA PACIENTE:

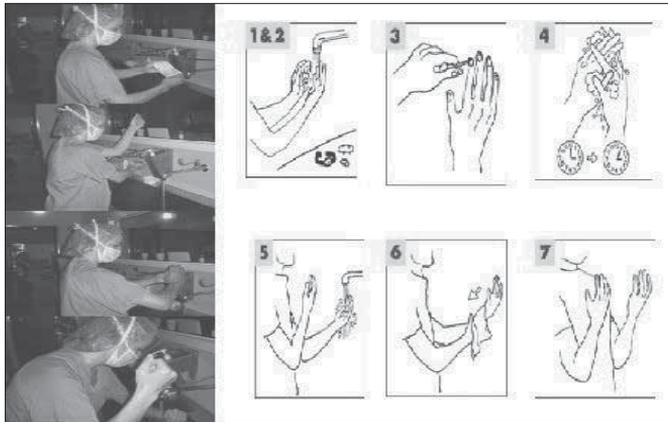
- **Evaluación preoperatorio:** Toda paciente previo a ser llevada a sala de operaciones para cirugía, debe realizarse historia clínica completa, examen físico completo, evaluación de los exámenes complementarios de hematología, tiempos de coagulación, recuento plaquetario, hemoglobina – hematocrito, glicemia, Creatinina, grupo sanguíneo y Rh, VDRL y HIV; así como dejar escrito de manera clara lo antes mencionado y la indicación precisa del procedimiento. En el caso de las pacientes que tienen cirugía anterior o que por alguna patología en especial se les programa de manera electiva, estos datos deben ser registrados en la papeleta por el médico de

consulta externa, pero siempre se deben corroborar los datos previo a la cirugía por el personal de Sala de operaciones.

- **Asepsia y antisepsia:** Al encontrarse la paciente ya en la camilla de la sala de operaciones y mientras el médico anestesiólogo procede a colocar anestesia a

la paciente, se procede al lavado de manos con técnica quirúrgica por parte del cirujano, ayudante, instrumentista y pediatra.

- El lavado de manos se debe realizar de la siguiente manera: primero tomar una compresa estéril y dejarla en un lugar seco



para poder utilizarla para el secado de manos posteriormente, aplicar agua en ambos brazos hasta la altura del codo, procediendo a un lavado inicial con jabón yodado o jabón quirúrgico, para luego tomar el cepillo estéril

colocando jabón quirúrgico en él y procediendo al lavado propio de las manos, se lava uno por uno los dedos de ambas manos con un movimiento firme y constante de adentro hacia fuera, seguido del lavado en la misma dirección de palma y dorso de la mano, para luego lavar muñecas, antebrazo y codos; el lavado de las uñas se realiza con el borde destinado para ello del cepillo. Luego para retirar el jabón de los brazos se procede a colocar el mismo bajo el chorro de agua con movimiento que van de la mano hacia el codo, con el cuidado de no bajar la mano para que el agua que sale no se regrese hacia la mano y contamine la zona. Procediendo después a secarse con la compresa estéril.

- Para el lavado de la pared abdominal de la paciente, se procede de la siguiente manera: El ayudante o cirujano, se calza guantes estériles y toma gasas estériles con la pinza de anillos y solución para desinfección (yodo o Hibitane) se procede a pintar el abdomen de manera centrifuga iniciando de adentro hacia fuera, se debe hacer énfasis en la limpieza del área umbilical y del sitio de la incisión, como del área perineal. Luego se toma nueva solución de Hibitane y se procede a la limpieza de los muslos y del periné con movimientos que van de arriba hacia abajo y de adentro hacia fuera en la región de los muslos y con movimientos de arriba hacia abajo y de adentro hacia fuera en el área perineal.

- Como paso final de la preparación se prepara sonda Foley o Nelator y se separa con los dedos índice y medio de la mano izquierda los labios mayores para exponer el meato urinario de la paciente, con el cuidado de presentar el dorso de la mano hacia el abdomen de la paciente y no la palma para evitar contaminación. Con la mano derecha se introduce y se fija la sonda urinaria.

Montaje del campo quirúrgico:

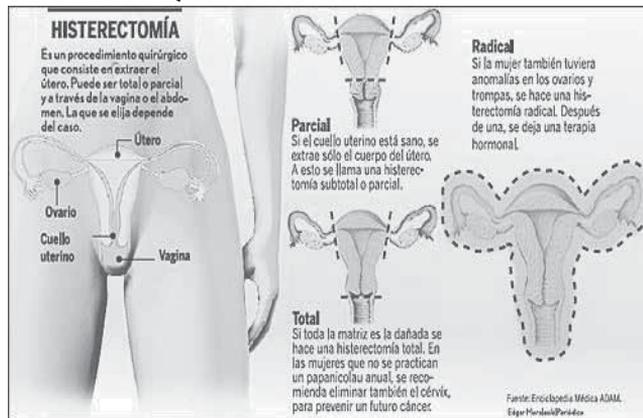
Seguidamente de realizar la limpieza y desinfección de la pared abdominal, se procede a colocarse las batas y guantes estériles para el cirujano y ayudante, y se colocan los campos estériles en el siguiente orden: lateral proximal, inferior, superior y lateral distal, fijándolos con pinzas de campo, para luego colocar la sabana hendida y la clínica. Se coloca dos compresas secas a los lados del sitio de la incisión con el cuidado de no manipular la piel.



Es este punto es importante considerar que debe prepararse el material de sutura a utilizar por el cirujano, la evidencia actual no es concluyente en cuanto a indicar un tipo de sutura en particular, por lo que queda a criterio del cirujano el uso de Catgut o Vicryl u otro material que considere adecuado, según su experiencia y comodidad al suturar.

Lo importante es cumplir con el objetivo de hemostasia y cierre de los tejidos.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

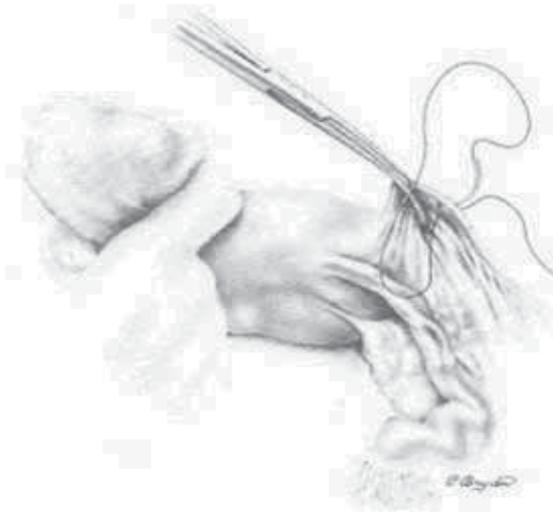


1. En posición de litotomía dorsal, realiza examen bajo anestesia y se verifican hallazgos para reconfirmar diagnóstico y proyección operatoria. Se decide tipo de incisión abdominal para el abordaje.

2. Se realiza asepsia y antisepsia del campo operatorio y de genitales externos y vagina.

3. Se coloca y fija sonda vesical.

4. Se incide piel, tejido celular subcutáneo, fascia y verifica hemostasia en cada plano. Seguidamente se pinza con pinzas de Kelly peritoneo – lo más alto posible para evitar vejiga – se corta y abre verificando que no hayan asas intestinales en el corte inicial, que luego se amplía bajo visión directa exponiendo la cavidad abdominal.



5. En este momento se explora útero y anexos, al igual que se impone una revisión detallada de apéndice vermicular, hígado, vesícula biliar, estómago, riñones y ganglios paraórticos; los resultados de esta exploración deben ser consignados en las notas realizadas en la descripción operatoria.

6. Se colocan separadores abdominales autoretenibles en la incisión y se rechazan asas intestinales con compresas húmedas y tibias de gasa. Se pinza y tracciona el fondo uterino con pinza de cuatro garfios dirigiendo el útero hacia el lado del cirujano para exponer y tensionar el ligamento redondo contralateral, el cual se pinza, corta y liga en su extremo distal con Cromado 00.

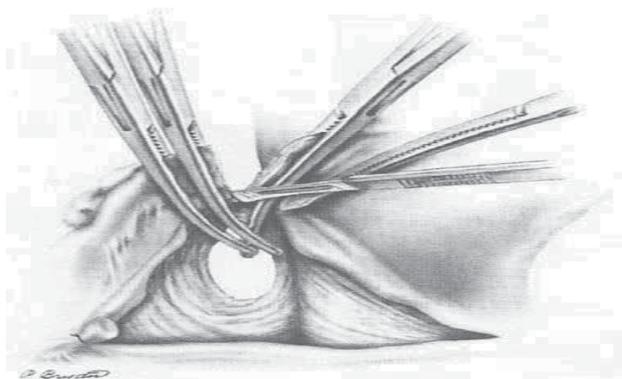
7. En este momento se disecan la hoja anterior y posterior del ligamento ancho, abriendo la hoja anterior del mismo con tijeras en sentido al pliegue vesico-uterino. Se realiza igual procedimiento del lado opuesto.

8. Se rechaza la vejiga y la aponeurosis pubovesicocervical en sentido caudal hasta medio centímetro después del hocico de Tenka con torunda montada y siempre en sentido medial y nunca lateral.

9. En este momento se debe tomar en consideración si se va o no a retirar los ovarios, para lo cual se debe proceder según el caso de la manera siguiente:

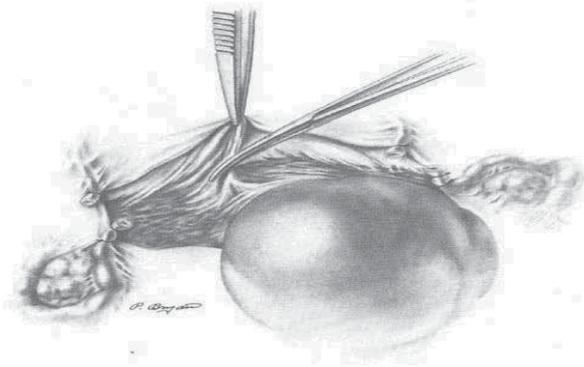
a. **PRESERVANDO LOS OVARIOS:**

Se desplaza el útero hacia la sínfisis y se desvía hacia un lado para exponer y tensionar el ligamento infundibulopelvico, la trompa y el ovario. Se pasa un dedo a través del peritoneo de la hoja posterior del ligamento ancho en una zona vascular haciendo un ojal, ubicado debajo de la trompa y del ligamento suspensorio del ovario; Se amplía el ojal y se hace doble pinzamiento de la trompa y del ligamento uteroovárico, el cual se corta y se liga su extremo distal con cromado 1. El mismo procedimiento se realiza del lado contralateral.



CON EXTIRPACIÓN DE OVARIOS:

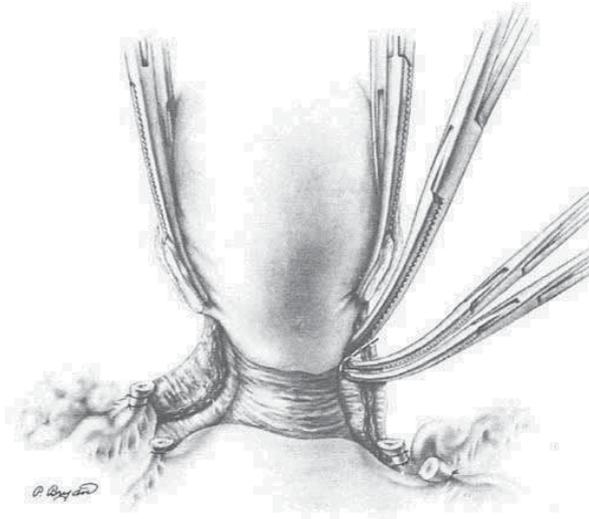
Se realiza el mismo procedimiento anterior excepto que el pinzamiento no se realiza a nivel del ligamento uteroovárico sino a nivel del ligamento infundibulopelvico, tomando la precaución de que en el pinzamiento y la ligadura de este pedículo no quede incluido el uréter.



10. Luego del paso de disección o no del tejido ovárico, se continua con la remoción del útero, de la siguiente manera: Se tracciona el útero en dirección cefálica y se desvía hacia un lado para colocar en tensión la porción inferior del ligamento ancho y los ligamentos cardinales. Se identifica el istmo uterino y a este nivel se pinzan y ligan las arterias uterinas de cada lado, las cuales deben incluir un poquito de estroma cervical.

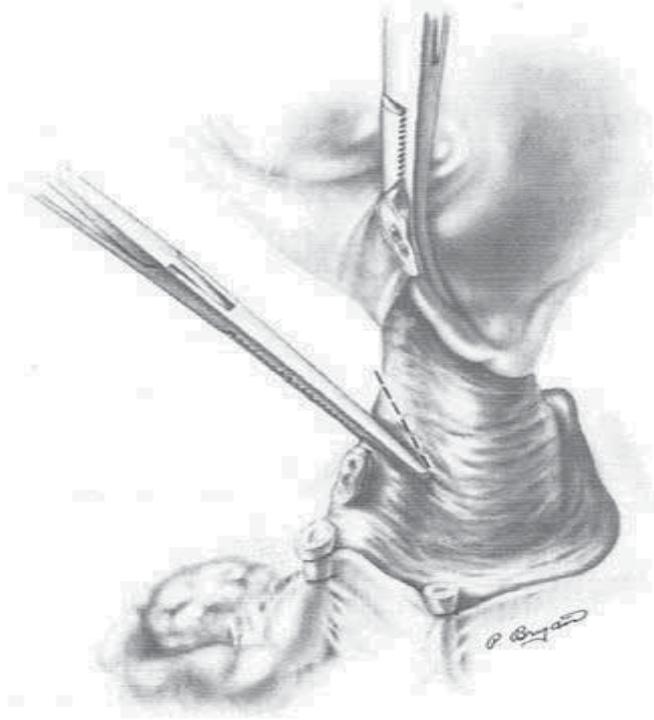
Se corta el pedículo separándolo totalmente del útero y se sutura con cromado 1.

11. Se tracciona firmemente en sentido cefálico el cuerpo uterino exponiendo más aun la fascia pubovesicocervical, la cual en este paso se debe rechazar totalmente, y para esto se aplican los dedos sobre el cuello en sentido caudal, hasta comprobar la separación neta de la vejiga sobre el cuello.



12. Ligadura de ligamentos:

a. Pinzamiento Único de Ligamentos Inferiores: En esta variante, utilizando una sola pinza recta de Heaney, se realiza la aplicatura única tanto del ligamento cardinal como del

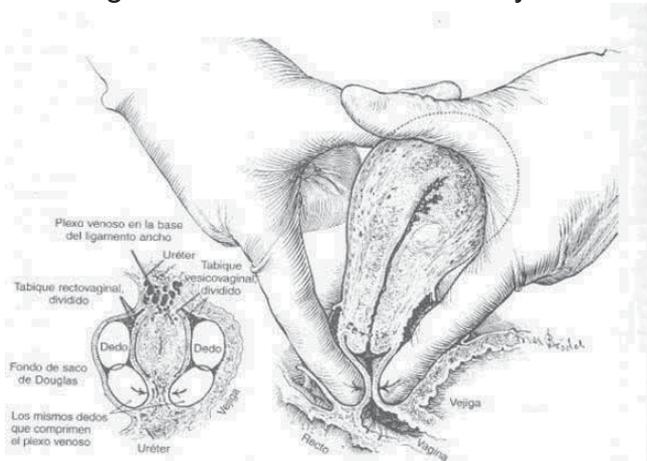


uterosacro ipsilateral, en un solo tiempo. Y con tijeras son incididos y separados del cérvix abriendo primero la hoja anterior del ligamento cardinal y bajo visión directa también en sentido caudal y luego, la hoja posterior bajo visión directa en sentido caudal.

En esta variante, no se suturan los ligamentos en este tiempo sino que los ligamentos quedan pinzados, fijándose por sutura helicoidal a la cúpula, una vez retirado el útero en tiempo quirúrgico posterior.

b. Pinzamiento Individual de Ligamentos Inferiores: Se pinza, corta, liga y repara con cromado 1 cada uno de los ligamentos cardinales y seguidamente, se pinza, corta, liga y repara cada uno de los uterosacros.

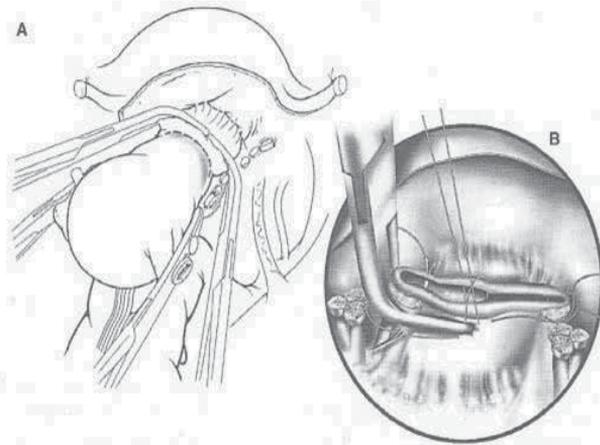
13. Se tracciona el útero en sentido cefálico y nuevamente se verifican con el pulgar y el índice el segmento inferior del útero y la vagina superior que estén libres de fascia pubovesicocervical y que tanto la vejiga como los ligamentos inferiores hayan sido



completamente disecados e incididos. Comprobado lo anterior con pinzas de Allis ubicadas en la cara anterior de vagina a nivel

de la reflexión de fondo de saco anterior se abre vagina, ampliando y totalizando en sentido circular esta incisión teniendo la precaución de reparar con pinzas de Allis, las comisuras laterales y bordes anteroposteriores de la vagina. Se retira el útero confirmando por visualización directa que se haya extirpado totalmente el cérvix.

14. Se procede al cierre de los bordes vaginales para formar la cúpula vaginal de la siguiente manera:



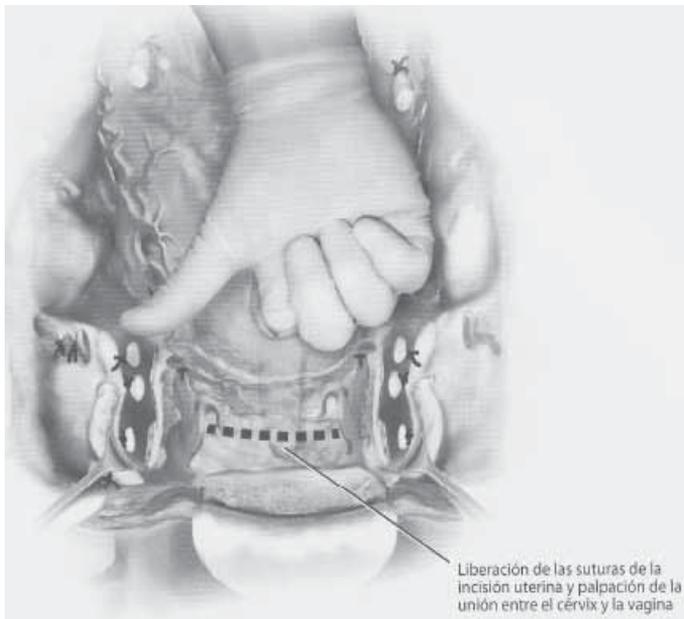
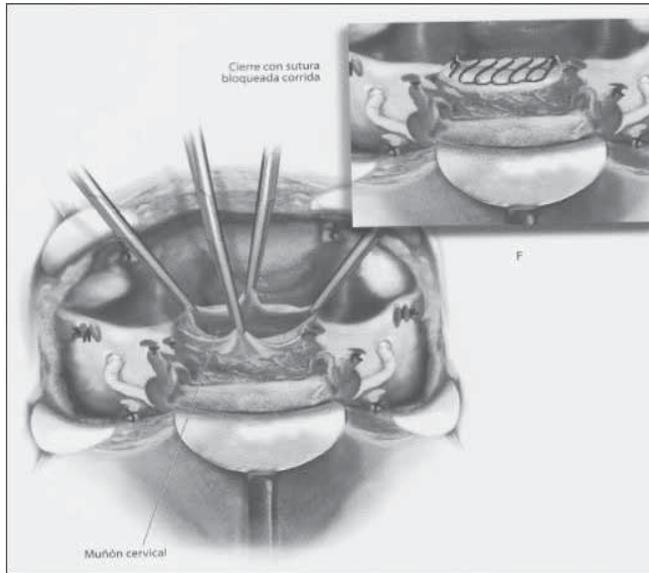
Con cromado 1 se realiza la primera puntada detrás del Allis que repara el ángulo de la comisura del lado contrario al cirujano, se anuda y repara. Se continúa mediante sutura continua cruzada cerrando los bordes vaginales hasta el ángulo opuesto para

seguidamente con esta misma sutura, realiza un segundo plano que invagine la facia sobre la cúpula vaginal recién formada, anudando finalmente con el extremo reparado de la sutura.

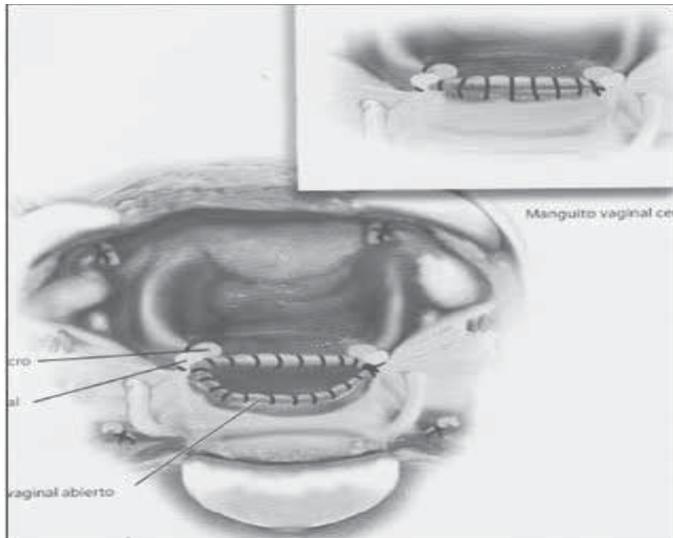
15. Fijación de los ligamentos inferiores a cúpula:

- a. Variante con Pinzamiento Único: Recordemos que en esta variante las pinzas continúan reparando los ligamentos inferiores. Con la sutura que recién ha cerrado y formado la cúpula se realiza una sutura tipo helicoidal que abarque la totalidad del pedículo inferior. Con movimiento rápido, se retira la pinza al tiempo que se tracciona la sutura sobre el pedículo para anudarla luego con el extremo de la ligadura reparado. Se repite igual procedimiento del lado opuesto.

- b. Variante con Pinzamiento Individual: Al finalizar el cierre de la cúpula se cortan ambos extremos de esta sutura sin reparar ninguno. Se toman uno a uno de los extremos reparados de cada ligamento y se fijan por puntadas individuales a la cúpula en sentido mediolateral.



16. En este tiempo se verifica la hemostasia de toda el área disecada y se peritoniza con cromado 00 afrontando las hojas anterior y posterior del ligamento ancho.
17. Se retiran las compresas y el separador abdominal y se cierra peritoneo visceral.
18. Se cierra peritoneo con cromado 00.
19. Se cierra fascia con Vicryl 1.
20. Se afronta tejido celular subcutáneo si el panículo adiposo es mayor de 2 cm con puntadas individuales con cromado 00 simple.
21. Se afronta piel con nylon 3-0



TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA VAGINAL (HV)

I. Definición:

La histerectomía Vaginal consiste en la remoción quirúrgica del útero mediante vía vaginal.

II. Indicaciones y Contraindicaciones:

Al elegir una Histerectomía con abordaje vaginal, el tiempo de intervención, estancia hospitalaria y convalecencia postoperatoria es más corto, además la tasa de complicaciones es baja con un resultado estético superior.

La más frecuente indicación de Histerectomía vaginal es el prolapso uterino con cistocele y rectocele. La histerectomía vaginal puede ser apropiada para casos de cáncer de endometrio en estadios tempranos de la enfermedad si la paciente tiene un riesgo quirúrgico alto o es muy obesa. Lo mismo ocurre en el cáncer de cérvix incipiente, donde el abordaje vaginal incluye la resección del parametrio.

III. Preparación local para la cirugía

Debe tomarse en cuenta todas las recomendaciones previas descritas en el apartado de cirugía con abordaje vaginal.

Es importante tomar en cuenta que en estos casos el vaciamiento del intestino es vital para disminuir la morbilidad operatoria, para esto se solicita a la paciente que un día previo consume dieta blanda con abundantes líquidos.

Otra de las actividades preoperatoria es la utilización de Metronidazol (cod. 148) 2 gramos vía oral, dosis única, el día previo al procedimiento, con la finalidad de disminuir la contaminación del área vaginal.

IV. Generalidades del procedimiento

Posición de la paciente

Se realizar en posición de litotomía dorsal. Las nalgas deben elevarse levemente sobre el borde de la mesa de operaciones de esta manera la colocación de una valva no se entorpece. La flexión y abducción debe permitirnos el mejor acceso posible al campo quirúrgico. Una excesiva flexión o abducción



pueden causar lesiones de la columna vertebral, articulaciones de la cadera y parestias de los nervios femoral e isquiático. Los estribos evitan compresiones en puntos de los muslos y pantorrillas que predisponen a trombosis y lesiones nerviosas. La vejiga se vacía con sonda. La piel se desinfecta con una solución hidrosoluble como Hibitane. La exploración bajo anestesia se realiza antes o después de la colocación de paños estériles. Si el labio menor es grande se debe suturar a la piel lateralmente, con un punto simple de Seda 1-0. El cérvix se tracciona con una pinza y se evalúa la movilidad uterina. (fig 13.7- 13.8)

Elección de la vía de abordaje quirúrgico

I La elección de la vía de abordaje depende de factores tanto objetivos como subjetivos. Esto incluye destreza, entusiasmo y experiencia quirúrgica, disponibilidad y calificación de los ayudantes, tamaño y movilidad del útero, presencia o no de relajación pélvica y de la benignidad o malignidad del proceso. La histerectomía vaginal no requiere laparotomía y permite fácilmente realizar una Colporrafía anterior y/o posterior. Se daña menos el peritoneo, las adherencias son escasas y la peritonitis e íleo son menos frecuentes. También es menor el dolor postoperatorio, la

convalecencia y permanencia hospitalaria son más cortas. Sin embargo, la celulitis en la incisión vaginal y fiebre son más comunes en una histerectomía vaginal.

La vía vaginal limita la inspección y acceso de la cavidad abdominal. Procesos inflamatorios, endometriósicos o malignos de los anexos no pueden ser abordados por esta vía.

En contraposición a la intervención abdominal, la indicación para realizar una histerectomía está limitada en función del tamaño y particularmente, de la movilidad del útero y por la capacidad y elasticidad de la vagina. La inmovilidad del útero, especialmente, tras la exploración bajo anestesia o después de la tracción del cérvix, o el útero grande que corresponda a un tamaño de 10-12 semanas de gestación son indicaciones de abordaje abdominal. La histerectomía vaginal es más fácil en pacientes con útero pequeño y prolapsado con vagina amplia en multípara, pudiendo ser dificultosa en pacientes muy obesas.

1

Evaluación de Laboratorio

Los estudios de laboratorio tienen el objetivo de conocer el estado sistémico de una paciente y de esta forma servir de apoyo en la valoración preoperatoria de la misma, y a través de ello poder conocer si existen situaciones adicionales que se deban compensar antes de que la paciente sea llevada a sala de operaciones.

De acuerdo a la edad de la paciente se pueden solicitar diversos estudios para poner en evidencia el funcionamiento de algunos sistemas, por lo que en base a la edad debe solicitarse lo siguiente:

13 a 30 años:

Hematología, Tiempo de Protrombina y Tiempo Parcial de Tromboplastina.

30 a 40 años:

Hematología, Tiempo de Protrombina y Tiempo Parcial de Tromboplastina, Creatinina, Nitrógeno de urea, Glucemia.

> de 40 años:

Hematología, Tiempo de Protrombina y Tiempo Parcial de Tromboplastina, Creatinina, Nitrógeno de urea, Glucemia, Electrocardiograma, Radiografía de Tórax, Evaluación por Medicina Interna.

I

Evaluación Anestésica

Todas las pacientes deben ser valoradas inicialmente por anestesia para determinar si la paciente puede tener algún grado de complicación en la inducción anestésica, durante el procedimiento, o en el post operatorio inmediato y en esta última puede incluirse el manejo de dolor postoperatorio.

I

Complicaciones

La frecuencia de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias depende en gran medida de los riesgos de la paciente, como pueden ser la edad avanzada, pobre condición médica, enfermedades inmunodepresoras y presencia de enfermedades coadyuvantes.

Las tasas de complicaciones también dependen de la experiencia y cuidado en la cirugía, de la calidad de la anestesia y cuidados postoperatorios. La vía vaginal se asoció a tasas más bajas de mortalidad que la abdominal. Las complicaciones más frecuentes, tanto trans y postoperatoriamente son: la hemorragia, la infección y las lesiones a órganos vecinos.

Las pacientes más jóvenes tienden a sangrar más que las menopáusicas. Mediante la infiltración del tejido con una dilución de un agente vasoconstrictor puede reducirse el sangrado, las hemorragias intraoperatorias puede controlarse si el vaso sangrante está expuesto con separadores y hay buena luz en el campo pinzado y ligado. La ligadura a ciegas puede lesionar el uréter, por lo que se debe evitar. El sangrado de los vasos ováricos tras un desgarró o por deslizamiento de la ligadura o grapa puede ser más difícil de

controlar y necesitar una laparotomía. El taponamiento vaginal solo enmascara los síntomas y retrasa el tratamiento. El sangrado intra o extraperitoneal ha de ser en lo primero que el cirujano debe pensar. Infección: es la complicación más frecuente tras una histerectomía vaginal, la profilaxis antibiótica en pacientes sometidas a histerectomía vaginal reduce los casos de fiebre e infecciones pélvicas sobre todo en mujeres premenopausicas.

1 Lesiones a órganos vecinos se deben generalmente a errores en la técnica, lesiones en vejiga (0.3–1%), uréteres (0.1–0.5%), intestino (0.03-0.5%), fístulas vesicovaginales (0–0.2%), las fístulas uterovaginales (0-0.1%) y las rectovaginales (0–0.06%). Comprimir y seccionar el uréter es relativamente frecuente

durante la realización de una anexectomía. Esta lesión cura si se localiza y repara inmediatamente con la reimplantación del uréter dañado en la vejiga. El daño en un nervio particularmente el femoral o perineal es raro. Las lesiones se deben al posicionamiento de la paciente en flexión forzada sobre la cadera o a la presión sobre la superficie externa de las pantorrillas por los soportes de la mesa de operaciones. La mayor parte de las lesiones nerviosas se resuelven espontáneamente.

- I Complicaciones tardías: La disparéunia debida a una vagina demasiado estrecha es una complicación específica después de una histerectomía vaginal con Colporrafia pero se puede evitar con una técnica adecuada.

Cuidados Postoperatorios

- I Luego de la Histerectomía vaginal y sobre todo en casos que esta sea acompañada de Colporrafia, la vagina se puede taponar con una tira de gasa durante 24 horas. Si el taponamiento está muy ajustado se pueden enmascarar, más que prevenir, hemorragias postoperatorias, por lo que su empleo rutinario no es aconsejable.

V. Técnica Quirúrgica

Incisión de la pared vaginal anterior

Se identifica el llamado pliegue vesical.

En este pliegue la pared vaginal (mucosa y fascia) es incidida con bisturí en dos o tres centímetros. Mediante la tracción de la pared vaginal



anterior del Septum Supravaginal se secciona con bisturí o tijera de disección. El espacio abierto entre la vejiga y la pared anterior del cérvix está limitada por los ligamentos vesicouterino (pilares de la vejiga) no se deben seccionar ya que contienen una pequeña arteria. Los ligamentos y con ellos los uréteres, se desplazan lateralmente con el dedo. Se propone la apertura del fondo de saco anterior hasta después de seccionar el parametrio, porque el útero y el peritoneo pueden traccionarse más fácilmente.

Identificación del uréter

El cirujano no ve el uréter durante la histerectomía vaginal. Este describe una curvatura hacia abajo en el parametrio y el ligamento vesicouterino y no es afectado durante la intervención. Por



ello se añade seguridad a la intervención mediante la palpación del trayecto del uréter. Hay dos formas de hacerlo.

La primera es palpando el uréter entre los dedos índice y pulgar. La segunda posibilidad es usar un separador romo, palpando el interior del parametrio.

De esta manera el uréter se palpa como un cordón cartilaginoso a una distancia variable del útero.

Incisión de la pared vaginal posterior y apertura del fondo de saco posterior

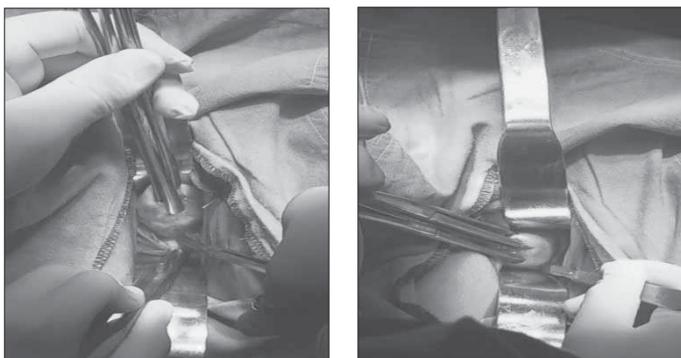
El separador anterior se retira y el útero se tracciona hacia arriba y afuera. Se despega la mucosa vaginal y aparece por detrás el pliegue posterior del peritoneo.



El tejido conectivo laxo subyacente es disecado de la misma manera hasta penetrar en la cavidad peritoneal.

La incisión posterior debe realizarse por arriba del pliegue. No hay prácticamente peligro de dañar el recto.

Una hemorragia persistente puede ser controlada con cauterización, ligaduras o sutura continua que incluya el borde del peritoneo.



Sección del parametrio (ligamentos uterosacros y cardinales)

El proceso comienza en los ligamentos uterosacros. El útero es traccionado hacia fuera y un poco hacia el lado contrario. Con la ayuda del dedo índice de la mano opuesta, una pinza de Heaney o similar se introduce en el interior del fondo de saco posterior y se pinzan los ligamentos uterosacros en la reflexión del peritoneo. El tejido pinzado se corta con tijeras o con bisturí. El pedículo grueso es ligado con sutura reabsorbibles sintética (Dexón y Vicryl del número 0). Los pedículos se ligan con doble nudo, los cabos de las suturas serán largos y

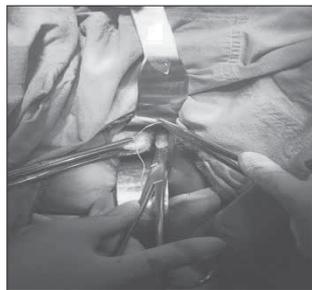
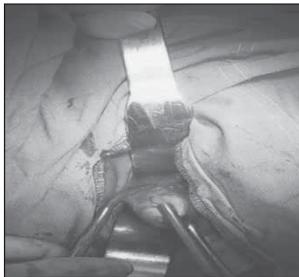
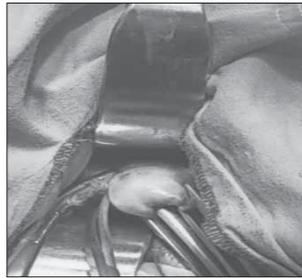
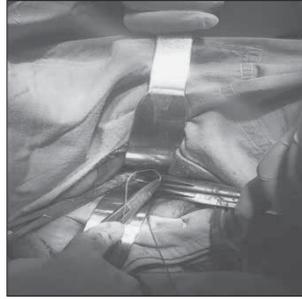
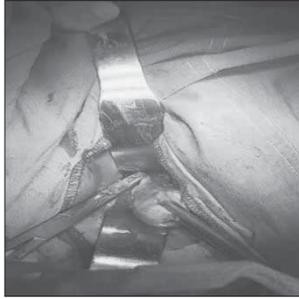
deben fiarse. Después de que los ligamentos uterosacros han sido cortados, la parte central del parametrio es pinzada, seccionada y ligada.

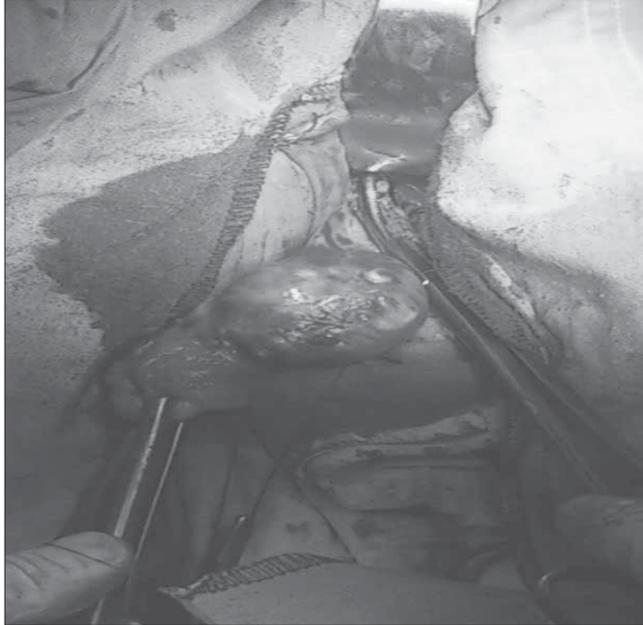
La rama interna de la pinza pasa a través del tejido, preferiblemente entre el parametrio y los vasos uterinos.

Finalmente los ligamentos vesicouterinos se seccionan y desde el final libre de la pinza se ligan. Si el parametrio se cortó, lo bastante cercano al cérvix, los vasos uterinos son claramente visibles, se procede a pinzar, cortar y ligar los vasos.

Extirpación del cuerpo uterino.

Para pinzar y seccionar los ligamentos uteroovaricos y redondos, el útero se desplaza hacia la vagina anterior o posteriormente, como más fácil resulte. El fondo se toma por delante o por detrás mediante pinzas y es traccionado hacia la vagina. Los pedículos anexiales deben exponerse bien. Si los pedículos anexiales son anchos o no son fácilmente accesibles, es mejor colocar dos pinzas una por delante y otra por detrás. Así mismo si el útero es grande, el cuello se puede amputar. Después de extirpar el útero, las pinzas se substituyen por suturas (Número 0 de Dexón o Vicryl).





Cierre del Peritoneo

Los objetivos de este paso son:

- Prevención del Enterocelce con la sutura alta del peritoneo y aproximación de los ligamentos uterosacos (cierre del llamado espacio posterior)

- Prevención del prolapso vaginal mediante la sujeción de la vagina a los ligamentos uterosacros (Culdoplastia de McCall)

Si la plastia vaginal está recomendada, se recomienda la colocación de suturas entre los ligamentos uterosacros y la pared posterior de la vagina antes de cerrar el peritoneo, para ser anudado al final de la intervención o durante la Colporrafia posterior. De otra forma el desplazamiento posterior de los bordes de la vagina impide acceder al tercio posterior de está. Generalmente, se cierra el peritoneo mediante una sutura en bolsa de tabaco en las esquinas y sutura continua en el centro. Utilizando material reabsorbibles y atraumático. El borde del peritoneo es traccionado hacia abajo lo más posible con la ayuda de una pinza. La pared lateral del peritoneo vesical se expone con un separador de Breisky y se toma un punto lo más alto posible. La distancia del borde de la vagina debe exceder 10 centímetros. En este momento el peritoneo se empuja hacia delante con el separador y el pedículo anexial es traccionado hacia abajo y atrás; de esta manera la sutura puede pasar a través del ligamento redondo.

El pedículo anexial es de nuevo situado bajo el separador y desplazado ventral y lateralmente.

El ligamento uterosacro y el peritoneo del fondo de saco posterior se suturan lo más alto posible.

Los ángulos son anudados después de haber sido tomados en ambos lados. El ojo peritoneal que queda entre el ángulo suturado, se cierra con tres o cuatro suturas continuas o discontinuas. Para la sutura continua usamos los cabos de las suturas de los ángulos, los cuales deben quedar largos.

Manejo del manguito vaginal

Los pedículos y los bordes vaginales se revisan cuidadosamente para detectar vasos sangrantes, que deben ser cauterizados o suturados. Para evitar prolapsos pélvicos y enterocéles en un futuro, se recomienda aproximar los ligamentos uterosacros con un punto sintético reabsorbibles del número 0. la sutura se coloca 1.5-2 cm por encima del pedículo. El borde posterior del peritoneo y la vagina se engloban en la sutura para hacer una correcta hemostasia.





Anexos



5. ANEXOS

I- NOTAS DE PROCEDIMIENTOS

a. NOTA DE PARTO

En sala de parto, paciente en posición de litotomía, previa asepsia y antisepsia y colocación de campo estéril, **se administra anestésico local (solo si se realiza)**, se procede a atender **Parto Eutósico Simple (o gemelar, parto distócico)** colocar si se realiza **Episiotomía (indicar si es mediana o mediolateral)**, obteniendo recién nacido de sexo **(masculino/femenino)**, a las **(colocar hora de nacimiento en formato de 24 horas)**, APGAR de **(Colocar puntuación al minuto y a los cinco minutos)**, con peso de **XXX** libras con **XXX** onzas; encontrando además **(colocar hallazgos importantes como: circular al cuello, tinte meconial en el líquido amniótico, entre otros)**. Recién nacido es entregado a pediatra para su atención, se procede a realizar Episiorrafía con **(Colocar el tipo y grosor de la sutura utilizada)**, paciente sale bien de sala de parto.

Firma y sello del médico que atendió el parto

b. NOTA DE CESAREA

En sala de operaciones, paciente en posición decúbito súpino, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, bajo efecto de anestesia (**epidural, raquídeo, general**), se procede a realizar Cesárea Segmentaria Transperitoneal (CSTP), indicada por: **Colocar los diagnósticos, en el siguiente orden:**

- 1) **Embarazo de XX semanas**
- 2) **Colocar el diagnostico por el cual se indica la cesárea**
- 3) **Otros diagnósticos**

Obteniendo recién nacido de sexo (**masculino/femenino**), a las (**colocar hora de nacimiento en formato de 24 horas**), APGAR de (**Colocar puntuación al minuto y a los cinco minutos**), con peso de **XXX** libras con **XXX** onzas; encontrando además (**colocar hallazgos importantes como: circular al cuello, tinte meconial en el líquido amniótico, entre otros**). Recién nacido es entregado a pediatra para su atención, se procede a realizar cierre de útero con (**colocar el tipo y no. de sutura**), Peritoneo parietal (**colocar el tipo y no. de sutura**), fascia (**colocar el tipo y no. de sutura**), TCSC (**colocar el tipo y no. de sutura**), piel (**colocar el tipo y no. de sutura**), recuento intermedio y final completo, orina clara **XXX** cc. La paciente sale bien de sala de operaciones.

Cirujano: (**nombre y cargo del cirujano**)

Ayudante: (**nombre y cargo del ayudante**)

Pediatra: (**Nombre y cargo del pediatra**)

Anestesiólogo: (**nombre y cargo del anestesiólogo**)

Enfermera Instrumentista: (**nombre de la enfermera instrumentista**)

Enfermera Circulante: (**nombre de la enfermera circulante**)

Firma y sello del médico que realizó la cesárea

c. NOTA DE LEGRADO

En sala de operaciones, paciente en posición de litotomía, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, bajo efecto de anestesia (**epidural, raquídeo, general**), se procede a realizar Legrado (**Instrumental, Aspiración, AMEU**), indicada por:

Colocar los diagnósticos:

- 1) **Colocar el diagnostico por el cual se indica el legrado**
- 2) **Otros diagnósticos**

Obteniendo (**Escasa, moderada o abundante**) cantidad de restos placentarios, (**fétido o no fétidos**), no complicaciones intraoperatorias, orina clara **XXX** cc. La paciente sale bien de sala de operaciones.

Cirujano: (**nombre y cargo del cirujano**)

Anestesiólogo: (**nombre y cargo del anestesiólogo**)

Enfermera Circulante: (**Nombre y cargo del circulante**)

Firma y sello del médico que realizó el legrado

d. NOTA DE CERCLAJE CERVICAL

En sala de operaciones, paciente en posición de litotomía, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, bajo efecto de anestesia (epidural, raquídeo, general), se procede a realizar Cerclaje Cervical tipo (colocar el tipo de cerclaje colocado), indicada por:

Colocar los diagnósticos:

- 1) Embarazo de XX semanas
- 2) Colocar el diagnostico por el cual se indica el cerclaje cervical
- 3) Otros diagnósticos

Procedimiento sin complicaciones intraoperatorias, frecuencia cardiaca al terminar el procedimiento en XXX latidos por minuto. Paciente sale bien de sala de operaciones.

Cirujano: (nombre y cargo del cirujano)

Ayudante: (nombre y cargo del ayudante)

Anestesiólogo: (nombre y cargo del anestesiólogo)

Enfermera Circulante: (Nombre y cargo del circulante)

Firma y sello del médico que realizó el cerclaje cervical

e. NOTA DE LAPARATOMIA, HISTERECTOMIA

En sala de operaciones, paciente en posición decúbito súpino, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, bajo efecto de anestesia (epidural, raquídeo, general), se procede a realizar (Laparotomía, Histerectomía), indicada por:

Colocar los diagnósticos, en el siguiente orden:

- 1) **Colocar el diagnostico por el cual se indica la cirugía**
- 2) **Otros diagnósticos**

Se encuentra (colocar los hallazgos pélvicos encontrados, describir tamaño, posición del útero, anexos y ovarios; así como otros hallazgos importantes), se procede a cierre de pared abdominal de la siguiente manera: Peritoneo parietal (colocar el tipo y no. de sutura), fascia (colocar el tipo y no. de sutura), TCSC (colocar el tipo y no. de sutura), piel (colocar el tipo y no. de sutura), recuento intermedio y final completo, orina clara XXX cc. La paciente sale bien de sala de operaciones.

Cirujano: (nombre y cargo del cirujano)

Ayudante: (nombre y cargo del ayudante)

Anestesiólogo: (nombre y cargo del anestesiólogo)

Enfermera Instrumentista: (nombre de la enfermera instrumentista)

Enfermera Circulante: (nombre de la enfermera circulante)

Firma y sello del médico que realizó la cirugía

II- MODELOS DE RECORD OPERATORIO

a. DE CESÁREA

En sala de operaciones, paciente en decúbito dorsal, bajo efecto de anestesia **(peridural, raquídea, general)**, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, se realiza incisión tipo **(Pfannenstiel, Cherney, Maylard, infraumbilical medial)** de aproximadamente **XX** cms., que compromete piel, tejido celular subcutáneo, se incide fascia en sentido **(longitudinal, transverso)** con **(tijera, bisturí, digital)** se divulsionan músculos rectos abdominales longitudinalmente a nivel de línea media, se pinza corta y abre peritoneo y se abre longitudinalmente llegando a cavidad abdominal, visualizándose: cara anterior de útero grávido, con segmento **(formado, no formado) (describir hallazgos ; infiltraciones, tumores, miomas, ventanas, rupturas, ascitis, hemoperitoneo, etc.)** Se coloca valva inferior, se realiza histerotomía **(segmentaria, corporal, segmento-corporal)** de **(Kerr, Kroning)** más divulsión digital, se hace amniotomía obteniendo líquido amniótico **(describir características físicas y volumen aproximado)** Se flexiona y orienta presentación, se retira valva y se extrae recién nacido en **(describir en orden posición, vitalidad vivo - muerto, sexo, con o sin malformaciones gruesas, APGAR al minuto)** se pinza y corta cordón, se toman muestras para tamizaje neonatal. Se extrae placenta ubicada en **(describir sitio de implantación)** completa y normal. Se practica curaje uterino. Se procede a realizar histerorrafia de la siguiente manera: primer plano sutura continua

cruzada (**colocar el tipo y no. de sutura**), segundo plano invaginante, con sutura (**colocar el tipo y no. de sutura**), sutura continúa cruzada y se anuda. Se sutura peritoneo vesicouterino sutura continua no cruzada (**colocar el tipo y no. de sutura**),. Se revisa nuevamente anexos, ligamentos anchos y cara posterior de útero, los cuales son normales. Se comprueba el tono uterino. Con compresa se retiran coágulos libres y se revisa comprobando hemostasia. Se cierra peritoneo, sutura continua no cruzada (**colocar el tipo y no. de sutura**), fascia, sutura continua sin cruzar (**colocar el tipo y no. de sutura**), tejido celular subcutáneo, (**colocar el tipo y no. de sutura**), puntos simples, y piel nylon 02-0, (**sutura continua intradérmica, subcuticulares, simples, colchonero, etc.**). Se retiran coágulos vaginales. La paciente toleró bien el acto operatorio, en el cual no hubo complicaciones intraoperatorias. Se verificó por conteo intermedio y final de las compresas y material quirúrgico están completos al finalizar la cirugía. Pérdida sanguínea estimada: **XXXXX**. Orina clara aproximadamente **XXX** cc. La paciente sale bien de sala de operaciones.

Cirujano:

Ayudante:

Pediatra:

Anestesiólogo:

Enfermera Instrumentista:

Enfermera Circulante:

Firma y sello del médico que realizó la cirugía

b. DE LEGRADO

En sala de operaciones, paciente en litotomía, bajo efecto de anestesia (**peridural, raquídea, general**), previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, se realiza legrado (**tipo de legrado instrumental, aspiración o AMEU**).

Se procede a realizar tacto bimanual, encontrando útero en (**posición del útero**), de aproximadamente **XXX(colocar largo, ancho y espesor)** cms., se procede a colocar especulo de Graves y se visualiza cuello uterino, el cual se encuentra (**colocar las características**), se coloca tenáculo (**colocar el tipo de tenáculo colocado**), realizar Histerometría y se encuentra útero de **XXX** cms. Se procede a realizar (**dilatación cervical, si se realiza, colocar con dilatadores de Hegar No.xxx**), se procede a realizar legrado de cavidad uterina con legra roma y cortante en sentido de las agujas del reloj, obteniendo (**escasa, moderada o abundante**) cantidad de restos placentarios, (**colocar las características, por ej. fétidos, color, consistencia**).

Se verificó por conteo intermedio y final de las compresas y material quirúrgico el cual está completo al finalizar el procedimiento. Se verifica la hemostasia. Pérdida sanguínea estimada: **XXXXX**. Orina clara aproximadamente **XXX** cc. La paciente sale bien de sala de operaciones.

Cirujano:

Anestesiólogo:

Enfermera Circulante:

Firma y sello del médico que realizó el legrado

c. DE CERCLAJE CERVICAL

En sala de operaciones, paciente en litotomía, bajo efecto de anestesia (**peridural, raquídea, general**), previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, se realiza cerclaje cervical (**tipo de cerclaje cervical**).

Se procede a realizar tacto bimanual, encontrando útero en (**posición del útero**), de aproximadamente **XXX(colocar largo, ancho y espesor)** cms., se procede a colocar espejuelo de Graves y se visualiza cuello uterino, el cual se encuentra (**colocar las características**), se coloca tenáculo (**colocar el tipo de tenáculo colocado**), se procede a realizar cerclaje tipo (**colocar el tipo**), con sutura (**colocar el tipo y no. de sutura**).

Se verificó por conteo intermedio y final de las compresas y material quirúrgico el cual está completo al finalizar el procedimiento. Se verifica la hemostasia. Pérdida sanguínea estimada: **XXXXX**. Orina clara aproximadamente **XXX** cc. La paciente sale bien de sala de operaciones.

Cirujano:

Ayudante:

Anestesiólogo:

Enfermera Circulante:

Firma y sello del médico que realizó el legrado

d. DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL

En sala de operaciones, paciente en decúbito dorsal, bajo efecto de anestesia **(peridural, raquídea, general)**, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, se realiza incisión tipo **(Pfannenstiel, Cherney, Maylard, infraumbilical medial)** de aproximadamente **XX** cms., que compromete piel, tejido celular subcutáneo, se incide fascia en sentido **(longitudinal, transverso)** con **(tijera, bisturí, digital)** se divulsionan músculos rectos abdominales longitudinalmente a nivel de línea media, se pinza corta y abre peritoneo y se abre longitudinalmente llegando a cavidad abdominal, visualizándose: cara anterior de útero **(describir los hallazgos encontrados al ingreso a la cavidad abdominal, tamaño de útero y ovarios, si se encuentran libres o adheridos, entre otros.)** Se coloca valva inferior, se procede a colocar empaque peritoneal (rodillo) para separar las vísceras del campo operatorio, se coloca Deaver y se procede a tomar útero por los bordes laterales con pinzas de Koger rectas. Con el útero traccionado se procede a pinzar, cortar y ligar con **(colocar el tipo y no. de sutura)** ligamento ancho. Se disecan las dos hojas del ligamento ancho y se procede a realizar una ventana en la hoja posterior y se procede a colocar pinza de Koger curva tomando ligamento ancho **(o ligamento infundibulopelvico si se retiraran los ovarios)**, se procede a pinzar, cortar y ligar con **(colocar el tipo y no. de sutura)**. Se procede a separar vejiga urinaria del útero, con disección roma, y se identifican vasos uterinos, para luego pinzar con

pinza de Heaney, cortar y ligar con **(colocar el tipo y no. de sutura)**, se identifica cérvix uterino y se procede a cortar con tijera de Mayo, obteniendo útero de **(colocar medidas de ancho, largo y espesor de útero)**. Se identifica borde vaginal y se procede a realizar cierre con **(colocar el tipo y no. de sutura)**, luego se revisa hemostasia y se peritoniza con **(colocar el tipo y no. de sutura)**. Se revisa nuevamente anexos, ligamentos anchos, los cuales son anclados a cúpula vaginal. Con compresa se retiran coágulos libres y se revisa comprobando hemostasia. Se cierra peritoneo, sutura continua no cruzada **(colocar el tipo y no. de sutura)**, fascia, sutura continua sin cruzar **(colocar el tipo y no. de sutura)**, tejido celular subcutáneo, **(colocar el tipo y no. de sutura)**, puntos simples, y piel nylon 02-0, **(sutura continua intradérmica, subcuticulares, simples, colchonero, etc.)**. Se retiran coágulos vaginales. La paciente toleró bien el acto operatorio, en el cual no hubo complicaciones intraoperatorias. Se verificó por conteo intermedio y final de las compresas y material quirúrgico están completos al finalizar la cirugía. Pérdida sanguínea estimada: **XXXXX**. Orina clara aproximadamente **XXX** cc. La paciente sale bien de sala de operaciones.

Cirujano:

Ayudante:

Anestesiólogo:

Enfermera Instrumentista:

Enfermera Circulante:

Firma y sello del médico que realizó la cirugía

a. DE HISTERECTOMIA VAGINAL

En sala de operaciones, paciente en litotomía, bajo efecto de anestesia (**peridural, raquídea, general**), previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, se realiza asepsia de conducto vaginal y se coloca espejulo de Graves, para identificar cérvix uterino, el cual se pinza con tenáculo. Se procede a realizar incisión en cuello y se procede a disecar el peritoneo vesicouterino y a pinzar con pinza Heaney, cortar y ligar vasos cervicovaginales con (**colocar el tipo y no. de sutura**), luego se disecciona el peritoneo posterior y se coloca valva anterior y posterior, para procederá a pinzar, cortar y ligar vasos uterinos con (**colocar el tipo y no. de sutura**). Se toma ligamento ancho (**o ligamento infundibulopelvico si se retiraran los ovarios**), se procede a pinzar, cortar y ligar con (**colocar el tipo y no. de sutura**). Se obteniendo útero de (**colocar medidas de ancho, largo y espesor de útero**). Se identifica borde vaginal y se procede a realizar cierre con (**colocar el tipo y no. de sutura**), luego se revisa hemostasia y se peritoniza con (**colocar el tipo y no. de sutura**). Se revisa nuevamente anexos, ligamentos anchos, los cuales son anclados a cúpula vaginal. Con compresa se retiran coágulos libres y se revisa comprobando hemostasia. Se retiran coágulos vaginales. La paciente toleró bien el acto operatorio, en el cual no hubo complicaciones intraoperatorias. Se verificó por conteo intermedio y final de las compresas y material quirúrgico están completos al finalizar la cirugía. Pérdida sanguínea estimada: **XXXXX**. Orina clara aproximadamente **XXX** cc. La paciente sale bien de sala de operaciones.

Cirujano: Ayudante:
Anestesiólogo: Enfermera Instrumentista:
Enfermera Circulante:

Firma y sello del médico que realizó la cirugía

**Consentimiento Informado para ofrecer
oportunidad de parto vaginal después de una
cesárea previa**

Yo: _____
_____, de ___ años, que me identifico con DPI
No. _____, extendida en
_____; inscrita en el Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social con No. de Afiliación
_____, en pleno uso de mis
capacidades físicas y mentales, hago constar que, he
sido informada de la posibilidad de poder optar a la
Oportunidad de Parto Vaginal para la resolución del
embarazo actual, a pesar de tener una cesárea previa,
se me ha explicado los requisitos que debo cumplir en su
totalidad para poder optar a este tipo de parto, los cuales
estoy bien clara que se deben cumplir en su totalidad.
Además hago constar que estoy plenamente consciente
de la manera en la cual debe iniciarse el trabajo de parto,
que debe ser de forma espontánea y antes de cumplir o
sobrepasar las 40 semanas de edad gestacional. Estoy
consciente de los riesgos que se corre con la
oportunidad de parto vaginal y entiendo claramente que
ante cualquier anomalía durante el trabajo de parto se
procederá a realizar una cesárea, en bien de mi persona
y de mi bebé. Se y entiendo que en cualquier momento
por propia voluntad puedo solicitar la anulación de la
oportunidad de parto vaginal y solicitar la realización de
cesárea, sin ser coaccionada de ninguna manera. De
esta manera hago constar que la información que he
brindado, con respecto a mi historial obstétrico es
verídica y que se ha podido revisar en mi presencia el
expediente clínico previo o las constancias de la atención
del parto anterior. Por lo tanto, manifiesto que estoy clara
en los requisitos que se deben cumplir para ser
candidata a una oportunidad de parto vaginal, se y
entiendo los beneficios y los riesgos que conlleva este
proceso. Se me informa que puedo acudir con el médico
de la clínica a la cual estoy asignada o bien al jefe de la
consulta externa en cualquier momento para ampliar y

aclarar cualquier información que considere necesaria;
de esta manera

AUTORIZO, con total satisfacción, para que los médicos involucrados, puedan brindarme la oportunidad de parto vaginal, en base a los procedimientos y requisitos ya establecidos en la institución.

Dado en la Ciudad de Guatemala, a los ____ días del mes de ____ del año dos mil _____.

Nombre y apellidos completos de la paciente

Firma o huella digital

Cedula o DPI No. _____

No. de Afiliación _____

Firma y sello del médico que evalúa

Sello de la clínica

Nombre y firma de testigo:

Lista de cotejo para ofrecer Oportunidad de parto vaginal después de una cesárea previa

Fecha: ____ / ____ / ____

| Requisito solicitado | | Si lo Cumple | No lo Cumple |
|---|---|--------------|--------------|
| 1 | Desea la paciente parto vaginal | | |
| 2 | Existe documentación adecuada de la cesárea previa (indicación, incisión segmentaria, etc.) | | |
| 3 | Puerperio no complicado (ausencia de infección o dehiscencia de herida operatoria, endometritis o hemorragia postparto) | | |
| 4 | Periodo intergenesico mayor a 2 años | | |
| 5 | Peso fetal menor a 3,400 grs. y/o altura uterina menor de 32 cm. | | |
| 6 | Presentación fetal cefálica | | |
| 7 | Ausencia de cualquier indicación de cesárea (previa o actual) | | |
| 8 | Buena relación feto-pélvica | | |
| Verificar al ingreso a la labor y partos | | | |
| 9 | Inicio espontáneo del trabajo de parto | | |
| 10 | Firmó consentimiento informado | | |

Se ha procedido a evaluar el anterior listado de requisitos y se concluye que la paciente es:

- Candidata para parto vaginal (cumple todos los requisitos)
 No es candidata para parto vaginal (no cumple uno o más de los requisitos)

Nombre y apellidos completos de la paciente

Firma o huella digital _____ Cedula o DPI _____
 No. de Afiliación _____ Firma y sello del médico que evalúa
 Sello de la clínica

Lista de cotejo debe ser llenada en consulta externa, si paciente es candidata a parto vaginal, LLENAR consentimiento informado. Al ingresar la paciente a labor y parto, se debe reevaluar y completar los numerales 6 al 10 para proseguir con la oportunidad de parto vaginal.



6. ABREVIATURAS Y GLOSARIO

FCF Frecuencia Cardiaca Fetal

RMN Resonancia Magnética Nuclear

USG Ultrasonido

Analgesia epidural Tipo de analgesia neuroaxial en la que se introduce el anestésico en las proximidades de la médula (espacio epidural), sin perforar la duramadre.

Episiotomía Realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal para abreviar el parto y ayudar a la salida del feto.

Masaje perineal Movimiento de vaivén acompañado de presión sobre la horquilla vulvar.

Monitorización Electrónica fetal Intermitente Registro cardiotocográfico de la frecuencia cardiaca fetal por un periodo de 15-30 minutos cada 2 horas con auscultación intermitente cada 15-30 minutos entre los periodos de monitorización electrónica.

Nulípara Mujer que no ha dado a luz a un lactante viable con anterioridad.

| | |
|------------------------------|---|
| Oxitocina terapéutica | Empleada como tratamiento de una posible hemorragia debido a un problema del alumbramiento (no como producto dirigido a facilitar el alumbramiento dirigido). |
| Pujo | Fuerza que se suma a la que realiza el musculo uterino al contraerse para que esta sea más efectiva. |
| Pujos dirigidos | Dirigiendo la forma y el momento de pujar durante el parto. |
| Pujos Espontáneos | Instintivos, sin decir cómo y cuándo realizarlos. |
| Pujos inmediatos | Inmediatamente después de alcanzar la dilatación completa. |
| Pujos retrasados | Ocurren hasta que la mujer sienta ganas de pujar o la cabeza del feto llegue al suelo pélvico. |
| Rasurado perineal | Práctica de eliminar el vello del periné usando una rasuradora. |
| Material de Sutura | Material que se utiliza para afrontar tejido que fue rasgado o cortado. |

| | |
|-------------------------------|--|
| Materiales absorbibles | Materiales que pueden ser degradados por el tejido en el sitio donde se coloca. La absorción depende del tejido, del tipo de sutura, de la edad y del estado general del paciente. |
| HUA | Hemorragia Uterina Anormal. |
| HUD | Hemorragia Uterina Disfuncional. |
| DIU | Dispositivo Intrauterino, "T" de cobre. |
| AMEU | Aspiración Mecánica Evacuadora Uterina. |
| LIU | Legrado Instrumental Uterino. |
| Criterios de Noyes | Se utilizan para el dataje endometrial. Consideran ocho características histológicas básicas del endometrio: grado de mitosis glandular, pseudoestratificación de los núcleos, vacuolas basales, secreción, edema del estroma, reacción pseudodecidual, mitosis del estroma e infiltración leucocitaria. |
| Especulo de Graves | Espéculo vaginal bivalvo en forma de pico de ánade, que permite una gran separación de las paredes vaginales, tiene una valva fija mientras la otra se puede ajustar. |

**Mola
Hidatiforme
o embarazo
molar**

Es un término que se utiliza para referirse concretamente a un trastorno del embarazo caracterizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado y proliferante en el útero.

**Pinza
Bozemann**

Pinza curva en forma de "S", con estrías transversales, longitud de 240 a 260mm. Para realizar curación y/o limpieza uterina.

**Pinza
Foerster**

Pinza curva de 24cm con boca estriada.

**Reacción de
Arias – Stella**

Epitelio endometrial glandular muy excretor debido a un aumento de la estimulación gonadotropínica. Una anomalía de las células glandulares endométrica con núcleos hipercromáticos que puede presentarse en un embarazo normal o ectópico.

Trofoblasto

Es un grupo de células que forman la capa externa del blastocito, que provee nutrientes al embrión y se desarrolla como parte importante de la placenta. Se forma durante la primera etapa del embarazo y son las primeras células que se diferencian del huevo fertilizado.

| | |
|------------------------------------|--|
| OCI | Orificio cervical interno. |
| OCE | Orificio cervical externo. |
| RN | Recién Nacido. |
| TPP | Trabajo de parto pretérmino. |
| PP | Parto pretérmino. |
| Cerclaje | Procedimiento quirúrgico con el objeto de cerrar el OCI. |
| Cerclaje de emergencia | Es el cual se realiza cuando hay exposición de membranas ovulares en vagina identificado por clínica o ultrasonido. |
| Insuficiencia cervical | Incapacidad del cérvix de mantenerse cerrado para mantener un embarazo hasta su término. |
| Longitud cervical | Distancia que existe entre el OCI y el OCE en mm el cual es medible con ultrasonido. |
| Trabajo de parto Pretérmino | Parto que inicia antes de las 37 semanas de gestación. |
| Incisión | Hendidura que se realiza en el cuerpo con un instrumento cortante. |
| Laparotomía Exploradora | Es la incisión pura y simple de las paredes del abdomen con el objeto de llegar a formular un diagnóstico. |
| Video-Laparoscopia | Es una técnica de exploración visual que permite observar la cavidad pélvica abdominal con un laparoscopio que emite una luz permitiendo iluminar la cavidad visualizando así, las estructuras con una cámara. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Trócar | Instrumento quirúrgico que consiste en un punzón con punta de tres aristas cortantes, revestido de una cánula. |
| Sistema Óptico | Conjunto de lentes que tiene como objeto que la luz producida por una determinada fuente se amplifique para que sea visible desde largas distancias. |
| Histerectomía | Extracción del útero ya sea por causas naturales o por causa de una intervención quirúrgica. |
| Histerectomía Abdominal | Es la extracción del útero a través de una incisión abdominal, vertical o transversa de tipo laparotomía exploradora |
| Fistula | Es una conexión o canal anormal entre órganos, vasos o tubos. Puede ser el resultado de estrés, heridas, cirugía, infecciones, inflamaciones, o ser de origen congénito. |
| Neoplasia | Es el término que se utiliza en medicina para designar una masa anormal de tejido provocada porque las células que lo constituyen se multiplican a un ritmo superior al normal. Las neoplasias pueden ser benignas cuando se extienden solo localmente y malignas cuando se comportan de forma agresiva, comprimen los tejidos próximos y se diseminan a distancia. |

G. Códigos de clasificación de procedimientos CIE-09

| Código | Descripción | Sinónimo |
|--------|---|---|
| 67.51 | Cerclaje cérvix transabdominal | Cerclaje cervical transabdominal |
| 67.61 | Sutura cérvix | Cerclaje cervical transvaginal |
| 68.30 | Histerectomía Supracervical laparoscópica | Histerectomía Supracervical laparoscópica |
| 68.40 | Histerectomía abdominal total | Histerectomía abdominal Total |
| 68.5 | Histerectomía vaginal | Histerectomía vaginal |
| 69.0 | Legrado y dilatación de útero | Legrado uterino Instrumental |
| 69.5 | Legrado y aspiración uterina | AMEU |
| 73.5 | Parto asistido manualmente | Parto eutócico |
| 74 | Cesárea y extracción feto | CSTP |
| 75.1 | Amniocentesis diagnostica | Amniocentesis |
| 72.1 | Aplicación de fórceps bajo con episiotomía | Fórceps bajo |
| 73.6 | Episiotomía | EMLD |
| 75.70 | Exploración manual de la cavidad uterina, después del parto | Revisión de cavidad uterina |
| 75.4 | Extracción manual de placenta retenida | Extracción manual de placenta |



7. BIBLIOGRAFÍA

PARTO NORMAL

- Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. Obstetricia. 4ta edición. Madrid España: EditorialelsevierScience ; 2000. P.353-390.
- Decherney A, Nathan L, Goodwin M, Laufer N. Current Diagnosis and treatment. 10th edition. United states of America: editorial McGraw-Hill; 2003. P.203-211
- Arenas B, Melchor M, Merce LT. Fundamentos de obstetricia SEGO. 1 edición. Madrid: Editorial Meda; 2007. 347-375.
- William F, BrienO, Cefalo C. Obstetricia. 3era edición. Madrid: Marban;2000. 131-149
- Gunningham F, Leveno K, Bloom S, HauthJ, Gilstrap L, Wenstrom K. Obstetricia de Williams. 20ma edición. Mexico: McGraw-Hill interamericana; 2006.409-439.
- Lombardia J, Fernandez M. Ginecología y obstetricia. 2ª edición. Madrid: Editorial Medica panamericana; 2008. 533-555.
- Pages G, Aller J. Obstetricia Moderna. 3era edición. España: Editorial Marban; 2009. 146-153.
- Rigol O. Ginecologia y obstetricia. 1ra edición. La Habana Cuba: Editorial ciencias médicas; 2004. 85-106.
- Schwartz R., Duvergues C, Fescina R. Obstetricia, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 2001, 5ta edición:p. 368-459.
- Pernoll M, Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétricos. Editorial El Manual Moderno, México, 1993 Sexta edición. Capítulo 9: Curso y atención del trabajo de parto y parto normal. P. 227-251.

- Grupo de trabajo técnico, Organización mundial de la salud OMS. Revista Hospital de maternidad Ramon Sarda, 1999: 18; 78-80.
- Sastre A, Cornelio E, Madrigal I, Ramírez L, Ríos R, Rodríguez J. Guía de la práctica de atención del trabajo de parto. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco 2010.
- Calvo R. Protocolo de atención del parto. ESE clínica de maternidad. 2009.
- Ministerio de salud. Norma técnica para la atención del trabajo del parto. República de Colombia. 2008.
- Andina E. Trabajo de parto y parto normal guías prácticas y procedimientos. Revista hospital materno Ramón Sarda. 2002: 21; 63-74.
- Consejo de salubridad general. Guía de práctica clínica vigilancia y manejo del parto evidencias y recomendaciones. México: Editorial Cenetec;2009.
- Consejo de salubridad general. Guía de referencia rápida vigilancia y manejo del parto. México: Editorial Cenetec;2009.
- Ministerio de salud Peru. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Peru. Editorial EBRA: 2005.
- Asociacionde Bogota de Obstetricia y ginecología (ASBOG). Guía de manejo de trabajo de parto, parto y sus complicaciones.Bogota. 2010.
- Uranga A,Urman J, Lomuto C, Martinez I, Weisburd M, Garcia O, Galimberti D, Queiruga M. Guia para la atención del trabajo del parto normal.Argentina: editorial coordinación medica;2004.

EPISIOTOMIA

- Reme JM; Monrozies X; Perinea U.M.: Episiotomie Encycl Med Chir (Elsevier,París).Techniques chirurgicales urologie-gynecologie, 1991: 1-7.
- Jañez Furio.M.: Episiotomías. Serie monográfica Avances en Obstetricia y Ginecología. Lederle. 1995; 2:1-26.

- Usandizaga JA.: El parto normal. In Usandizaga J A y de la Fuente P. Tratado de obstetriciay Ginecologia. Vol I, Madrid. MaGraw-H6. Interamericana, 1997, 181-223.
- De la Fuente P: Asistencia al periodo expulsivo del parto. Eu: Fabre Gonzalez. E.:Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza. Ino Reproducciones, 1995,165-176.
- Cunningham F G; MacDonald. P; Gant. N; Leveno K; Gilstra P L; Hankins G; Clark S.:Trabajo de parto y parto normales. Williams Obstetricia. 20 Ed. Madrid. Ed.Panamericana, 1998, 301-319.
- Thorp J: Bowes M.: Episiotomy: can its routine use be defended?. Am J Obstet Gynecol1989;160:1027-1030.
- WilcoxI; Strobino D Baruffi G; Dellinger W.: Episiotomy and its role in the incidence ofperineal lacerations in a maternity center and a tertiary hospital obstetric service. Am JObstet Gynecol 1989; 160:1047-1052.
- Walker W; Farine D; Rolbin H; Ritchie J.: Epidural anesthesia and obstetric laceration.Obstet Gynecol 1991; 77:668-671.
- Klein M; Gauthier R; Robbins J; Kaczorowski J; Jorgensen S; Franco E et al.:
- Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity,sexual disfunction, and pelvicfloor relaxation. Am J Obstet Gynecol 1994; 171:591-598.
- Lede R; Belizan J; Carroli G.: Is routine use of episiotomy justified?. Am J ObstetGynecol, 1996, 174, 1399-1402.
- OMS.: Tecnología apropiada para el parto. The Lancet 1985; 436-437.
- Golan A; David M.: Reparaciones de las lesiones del parto. In Iffy-Charles: Perinatologiaoperatoria. Ed Med. Panamericana. Buenos Aires, 1986; 53:757-777.
- Miranda JA.: Episiotomía. Eu: Fabre González E. Manual de asistencia al parto y puerperionormal. Zaragoza. Ino Reproducciones, 639-646, 1995
- OCU.: Compra maestra. Embarazo y parto en España.1997, 200, 4-11.

- Rouvillois J L; Levardon M.: Dechirures obstetricales récents du perinée. Episiotomies. Encycl Med Chir (Paris), 5078, 1974, 39-50.104.
- Mellier G; Galaud J; Mathevet P; Dargent D.: Incontinence urinaire d'effort. Editions Techniques. Encycl Med Chir (Paris). Gynecologie 1994; 1-18.
- Carrera JM: Operaciones amplificadoras del canal del parto. En Carrera JM. Tratado de Obstetricia Dexeus (III). Tratado y Atlas de Operatoria Obstétrica. Barcelona. Salvat Ed. 1988, 98-108.

CESAREA

- Tratado de Obstetricia Dexeus. Edit. Salvat.
- Perinatología, Lluís Cabero i Roura. Edit. Salvat.
- Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd.)
- Obstetricia y Ginecología. Botero, Jubiz, Henao. 5ª edic. Edit. Botero, Jubiz, Henao.
- Williams Obstetricia. Pritchard, McDonald, Gant. 3ª edic. Edit. Salvat. C. Protocolos de Medicina Materno-fetal (Perinatología). Lluís Cabero Roura, Mª J. Cerqueira. 2ª edición. Edit. Ergon.
- Obstetricia. Gabbe, Niebyl & Simpson. 3ª edic. Edit. Marban.
- Manual de Maniobras y procedimientos en Obstetricia. Moreno Álvarez, O & Báez, C.
- Cesárea, 27:365-390. 2006. McGraw-Hill Interamericana.
- Nonclosure of Peritoneum: A reappraisal. Tulandi T, Al-Jaroudi
- American Academy of Family Physicians/American College of Obstetricians and Gynecologists. Maternity and Gynecologic Care. AAFP Reprint No. 261. Kansas City, Missouri. March 1998. Updated February 2008.
- Sewell JE: Cesarean Section-A brief history. Washington, D.C., American College of Obstetricians and Gynecologists, 1993.
- www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_01.pdf

- Menacker F, Hamilton BE. Recent trends in cesarean delivery in the United States. NCHS data brief, no 35. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2010.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Cesarean Delivery Rates. Evaluation of Cesarean Delivery. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, D.C. 2000.
- NIH Consensus Development Conference on Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Final Panel Statement, March 8-10, 2010 <http://consensus.nih.gov/2010/vbacstatement.htm> (Accessed October 11, 2010)
- Penn Z; Ghaem-Maghami S Indications for caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001 Feb;15(1):1-15.
- Smaill FM, Gyte GML. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD007482. DOI: 10.1002/14651858.CD007482.pub2.
- Hopkins L, Smaill FM. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD001136. DOI: 10.1002/14651858.CD001136.
- Sullivan SA, Smith T, Chang E, Hulseley T, Vandorsten JP, Soper D. Administration of cefazolin prior to skin incision is superior to cefazolin at cord clamping in preventing postcesarean infectious morbidity: a randomized, controlled trial [published erratum appears in *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:333]. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:455.e1–455.e5.
- Antimicrobial prophylaxis for cesarean delivery: timing of administration. Committee Opinion No. 465. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2010;116:791-2.

- Antibiotic Prophylaxis for Infective Endocarditis. ACOG Committee Opinion No.421. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2008;112:1193–4.
- Guidelines for Perinatal Care, Sixth Edition. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. October 2007.
- Hofmeyr JG, Novikova N, Mathai M, Shah A. Techniques for cesarean section *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Nov;201(5):431-44.
- Mathai M, Hofmeyr G.J. Abdominal surgical incisions for cesarean section, *Cochrane Database Syst Rev* 1 (2007) CD004453.
- Federici D, Lacelli B, Muggiasca A, et al: Cesarean section using the Misgav Ladach method. *International J of Gynecol and Obstet*. 1997;57:273.
- Hohlagschwandtner M, Ruecklinger E, Husslein P, Joura EA. Is the formation of a bladder flap at cesarean necessary? A randomized trial. *Obstet Gynecol* 98 (2001), pp. 1089–1092

LEGRADO

- Instituto Dexeus. *Tratado y atlas de operatoria obstetrica*. 2nd ed. Barcelona: Salvat.
- Alarcón N MA. El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander*. 2007; 20: p. 151-56.
- Rock JA. *Te Linde ginecología quirúrgica*. 9th ed. Buenos Aires: Panamericana; 2006.
- Vargas Campos AyPC. *Revista Médica De Costa Rica* LIV. [Online].; 1987 [cited 2013 Febrero]. Available from: HYPERLINK "C:\\Users\\Luis Alfonso\\Documents\\Universidad\\IGSS\\R3\\investigacion\\anual\\www.binasss.sa.cr\\revistas\\rmcc\\medica\\499\\art4.pdf"www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/medica/499/art4.pdf .

- Westfall JSABH. Manual vacuum aspiration for first – trimester abortion. Arch Fam Med. 1998 Nov-Dec; 7: p. 559 – 562.
- DS Milingos MMNSPA. Manual vacuum aspiration: a safe alternative for the surgical management of early pregnancy loss. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2009; 116: p. 1268–1271.
- Pinzón C. Comparacion entre la aspiracion manual endouterina y el legrado uterino con cureta en el manejo del aborto. 2007. Tesis de Post Grado. Universidad Industrial de Santander.
- Kiriakidis MKLyJLd. Legrado uterino con anestesia regional. UCLA Decanato de Medicina.. 1995 Octubre - ofembre; XI(4).
- Fariha F LJAMNN. Comparison of manual vacuum aspiration, and dilatation and curettage in the treatment of early pregnancy failure. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2011; 23(3).
- E.S.E. Clínica de Maternidad. Rafael Calvo. Evacuación endouterina. [Online].; 2009 [cited 2013 Febrero. Available from: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/evacuacion_endouterinAS.pdf
- Berek JS, Hillard PA, Adushi EY. Ginecología de Novak. 13th ed. Mexico: Interamericana; 2003.
- MEDIC CIVIC, C.A. instrumental quirurgico de ginecología. [Online]. [cited Febrero 2013. Available from: HYPERLINK "<http://www.mediccivic.com.ve/catalogos/Ginecologia%20%20Mec c%20Civic.pdf>"<http://www.mediccivic.com.ve/catalogos/Ginecologia%20-%20Medic%20Civic.pdf>
- Käser O, Hirsch HA, Ikle FA. Atlas de Cirugía Ginecológica. 5th ed. Madrid: Marban; 1997.

- Cabero Roura L. Operatoria obstetrica México: Panamericana; 2009.
- Ministerio de la Salud Argentina. Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto. Resolución 989/2005. Ministerio de la Salud Argentina; 2005.

CERCLAJE CERVICAL

- M López-Criado. Insuficiencia cervical y cerclaje: revisión de casos en 10 años. In congreso nacional s.e.g.o; 2011; ESPAÑOLA. p. 1-3.
- SALUD SDMD. Guía Clínica prevención parto prematuro. Guia manejo clinico. Chile: ministerio de salud; 2010.
- John Owen M, Gary Hankins M, Jay D. Iams M, Vincenzo Berghella M, Jeanne S. Sheffield M. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened. *Obstet Gynecol AJOG*. 2009 Enero; 1(201:375.e1-8.).
- José Lattus O RAVCBHMLCO. Cerclaje cervical electivo o sutura cervical de mcdonald. Experiencia prospectiva del servicio con esta técnica en incompetencia cervical. *REV. OBSTET. GINECOL. - hosp. Santiago oriente dr. Luis tisé brousse*. 2006 Febrero; 1((2)): p. 89-94.
- Barri p, Dexeus J, Dexeus S. Tratado y atlas de operatoria obstétrica. Segunda ed. Barcelona: SALVAT.
- Consejo de salubridad nacional. CENETEC Mexico. [Online].; 2011 [cited 2013. Available from: [HYPERLINK "http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc"](http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc)
- T.Cobo MLMP. Guia de indicaciones de cerclaje. *Protocolos medicina maternofetal*. Barcelona: hospital clinic barcelona, Septiembre; 2007.

- Huma Naz ASZB. Beneficial Effect of Cervical Cerclage in Preventing Pregnancy Loss. Journal of Surgery Pakistan (International). 2012 July - September; III(17).
- Antonio Millet Serrano a *JSPEGVby. Cerclage in the treatment of cervical insufficiency. Prog Obstet Ginecol. 2010 Febrero; IV(53): p. 127—132.
- C. Olmos MGDEPdIF. Insuficiencia istmicocervical y Cerclaje. Ginecología y Obstetricia Clínica. 2002; 3(3).
- Dr. Livingston A. guia practica clinica "indicaciones de cerclaje". actualizacion de guia. mexico: OSESAC; 2012.
- Pagés G, Martel A. Intervenciones menores. In obstetricia moderna. p. CAP 41, 526-530.
- Olalla Ouvin~a Milla'n * APMR. Cerclaje cervica Ide emergencia: nuestra experiencia. ProgObstetGinecol. 2011 DICIEMBRE; XII(5).

LAPARATOMIA EXPLORADORA

- Sierra, L: Contribución al estudio de la cirugía abdominal. Laparotomía Exploradora. Rev: Chilena de Cirugía. Vol 56 – No. 5, Octubre 2004; págs. 504-507
- Real Academia Española: laparoscopia (on line) 22 edición. Disponible en: URL: <http://www.rae.es/rae.html>.
- Keckstein, J., Jürgen H. Cirugía Laparoscópico en Ginecología, Editorial Médica Panamericana 2003 May; 480
- Torres, M., Ricardo, B. Incisiones de la Pared Abdominal en Cirugía Ginecológica (on line). Disponible en: URL:<http://fusmobgin.wikispaces.com/-Incisiones+Abdominales+en+Ginecolog%C3%ADa>
- Berek, J. Ginecología de NOVAK: Endoscopia ginecológica. Editorial McGraw-Hill Interamericana 2003 Jul; 1(13): 577-617.

- Copeland, L: Ginecología: Anatomía clínica de la pelvis: Editorial Médica Panamericana. 2da Edición: 1(2) 2002; 17-57
- Rock, J., Howard, J. Ginecología Quirúrgica TE LINDE: Editorial:Panamericana 9ª. Edición: 1(1); 2006: 997.
- Kaser, Atlas de Cirugía Ginecológica: Editorial: Marban. 5ta Edición: 1(1) 2003; 703.
- Hasson HM, Rotman C, Rana N, et al. Open laparoscopy: 29-year experience. *Obstet Gynecol* 2000;96:763–6.
- DeSimone, C., Fredrick Ueland. Laparoscopia ginecológica. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Surg Clin N Am* 88 (2008) 319–341.
- Selman, A. et al. Incisiones Transversas en Oncología Ginecológica. *REV CHRIELV O CBHSITL OTB GSITNEETC OGLIN 2E0C007;L 7220(10)7;; 5702-(516).*
- Medeiros Lídia RF, Rosa Daniela D, Bozzetti Mary C, Rosa Maria INES, Edelweiss Maria I, Stein Airton T, Zelmanowicz Alice, Ethur Anaelena B, Zanini Roselaine R. Laparoscopia versus laparotomía para el cáncer de ovario estadio I FIGO (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Calvo, R. Cesárea: Clínica de Maternidad, Noviembre 2009.
- Metanálisis. Incisiones Quirúrgicas Abdominales para la Cesárea: De *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008*. Oxford, Update Software Ltd.)
- Riesle, H. Laparotomía de Giordano-Cherney en la operación cesárea, una alternativa en las malformaciones del Sistema Nervioso Central Fetal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71 (4); 259-262.

- Jimenez, E. Incisión en "T Invertida sobre la Aponeurosis" en la técnica de Pfannenstiel para la operación cesárea. Rev Obstet Ginecol Venez v.65 n.2 Caracas jun. 2005.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL

- Histerectomía abdominal Rocío Margot Jhonathan S, Berek, MD, MSS. Ginecología de Novak. 14ª edición Barcelona (España). Lippincott Williams & Wilkins.
- The Cochrane Collaboration; Total Vrs. Subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions.
- Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson, Luis Caripio /marco Antonio Garnique. Rev Per Ginecol obstet 2009;55:266-272
- Histerectomía Abdominal; Rafael Calvo C E.S.E. Clínica de maternidad.
- Uso profiláctico de antibióticos en la histerectomía abdominal, Rev. Cubana obstet Ginecolo 2001; 27 (1) : 28-33
- Variaciones de la técnica convencional de histerectomía total abdominal, Bárbaro Agustín Armas Pérez, I Osvaldo Posada Beceiro, II Evelio Salvador, Reyes Balseiro, III Oscar Duménigo Arias, IV Daniel Díaz Poll, V Joaquín, Márquez Hernández, Facultad de ciencias médicas; provincia de Guatanamo.
- Técnica de Nicot para la histerectomía total abdominal para enfermedades benignas del útero, *Dr. Luis Felipe Nicot Vida*
- Histerectomía subtotal laparoscópica , Angel M. Martínez; Servicio de Ginecología y Obstetricia, H.U. Río Ortega Valladolid
- ACOG practice Bolletin. hysterectomy for benign gynaecological conditions . October 2006. 76:953-959.
- Laparoscopic hysterectomy 'offers better quality of life than abdominal procedure' FIGO, An audit of indications and complications associated with elective hysterectomy at a public service hospital in South Africa, Sunday, 4th December 2011 Publication year:

2011, Source: International Journal of Gynecology & Obstetrics, Available online 3 December 2011.

- Jennifer L. Butt, Stephen T. Jeffery, Zephne M. Van der Spuy, More hysterectomy patients 'keeping cervix' FIGO, Thursday, 26th February 2009
- Effect of prior hysterectomy on the anterior and posterior vaginal compartments of women presenting with pelvic organ prolapsed Received 4 March 2012; received in revised form 26 June 2012; accepted 2 August 2012. published online 27 August 2012.
- Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Joaquín Albarrán" PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL Dr. Joaquín Hernández Torres, 1 Dr. Gilberto Pardo Gómez 2 Rev Cubana Cir 1998;37(3):177-81.
- GINECOLOGÍA Y SALUD REPRODUCTIVA, Histerectomía. Evaluación de dos técnicas quirúrgicas, *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 35(2).
- Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. Emotional factors of hysterectomy patients. *Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C. Centro Regional de Investigación en Psicología/ Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Número 1, Oaxaca. México*
- Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis, *Revista Cubana de Cirugía* 2011;50(1):82-95
- Histerectomía Abdominal Capitulo 8, Técnica de histerectomía Intrafascial y Extrafascial, Páginas 123-150, Bachmann GA hysterectomy, reprod. med 1990; 35: 839.

HISTERECTOMIA VAGINAL

- Te linde; John Rock, Howard Jones; Histerectomía Vaginal, *Ginecología Quirúrgica* 9na edición, Editorial médica Panamericana. 2009, Pag 885 – 892.

- Kaser, Hirsch, Ikle; Histerectomía Vaginal, Atlas de cirugía ginecológica, 5ta Edición, Editorial Marban, Madrid España 2003, capítulo 13 pag. 221-238.
- Shorge Shaffer, Histerectomía Vaginal, Williams Ginecología; Mc Graw Hill México 2009, pag 911-914.
- Larry j Copeland; Histerectomía; Ginecología, Editorial médica panamericana 2da edición.
- Nutan Jain; Histerectomía; Atlas de cirugía endoscópica en infertilidad y ginecología, Amolea; sección 5, 2007, pag 257 - 269
- Metgessa J., Histerectomía, SCIAS Hospital de Barcelona, 2006, Barcelona.
- Angel Luis Millan Rojas¹, Ana Teresa Serrao, Histerectomía Vaginal en ausencia de Histeroceles, Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas, Revista de la Facultad de Medicina, Volumen 30 - Número 1, 2007(18-23).
- Rodríguez Morales et al, Histerectomía Vaginal por termofusión con electrocirugía bipolar utilizando la pinza biclamp, en pacientes sin alteraciones de la estática pélvica, Hospital General "General José María Morelos y Pavón", ISSSTE, Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, Vol. 12, Núm. 2, mayo-agosto, 2007, pp. 41-44, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado México.
- Redalyc Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
- Rodríguez Morales Olegario et al, Histerectomía vaginal con electrocirugía bipolar en útero sin prolapso Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 13, núm. 1, enero-marzo, 2008, pp. 8-11, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
- Gonzalo Sotero, Rafael Yovarone, La Histerectomía vaginal en útero no prolapsado: Una vieja "nueva" opción, Centro Hospitalario Pereira Rossell, facultad de Medicina Montevideo Uruguay, Ginecol Obstet (Perú) 2002; 48: 85 -92.

- Alfredo Alaniz Sanchez, Morbilidad y Mortalidad en Histerectomía Vaginal por electrocirugía bipolar con Biclamp; Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (2): 185-188
- Rodrigo Parada, Erasmo Bravo, Chistian Franck, Histerectomía Vaginal y Corrección de Incontinencia Urinaria con TVT ; Servicio de Ginecología y Obstetricia. 2Servicio de Urología, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso REV CHIL OBSTET GINECOL 2002; 67 (2)
- Emilia Pérez Gómez, Diaz Lopez, Carmona Salgado; HISTERECTOMÍA VAGINAL. Clases Residentes Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada 2012.
- E.S.E. Clínica de Maternidad, Rafael Calvo, Histerectomía Vaginal.
- Miguel E. García, Ramón Romero, Histerectomía Vaginal en úteros no prolapsados: "Mito o realidad" Hospital General Universitario "Martín Chang Puga". Nuevitás. Camagüey. Cuba
- Felipe Jiménez, O.; Martínez Morón, V.; Martín Ríos, MD; Herrera de la Muela, M.; López Salvá, A. Histerectomía Abdominal vrs Vaginal en el tratamiento quirúrgico del útero miomatoso; Servicio de Ginecología y Obstetricia Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.
- Rivero, Mabel I. - Villalba, María T. - Vidal, Daniel A. Berrone, José L. - Hrycuk, Griselda M. - Torres Jurado, Pablo, Histerectomía por vía abdominal y vaginal, *Servicio de Tocoginecología - Hospital "Angela I. de Llano". Ayacucho 3288 - (3400) Corrientes - Argentina.*
- Luis Alberto Flores et al. Histerectomía Vaginal con termofusión, técnica innovadora: experiencia 1000 casos, Revista de la Facultad de medicina UNAM Vol. 53, N.o 5. Septiembre-Octubre 2010.

- José Luis Correa-Ochoa, Jorge Alberto Tirado-Mejía, Juan Fernando Mejía-Zúñiga, Marcela Tirado-Hernández, Edwin Alcides Gómez-Ibarra, Adriana Arango-Martínez, Histerectomía Vaginal sin prolapso: Estudio de Cohorte Medellín Colombia 2008- 2010; *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 62 No. 1 • Enero-Marzo 2011 • (45-50)
- Hugo Salinas et al. Análisis clínico y económico de la Histerectomía Abdominal vrs. Vaginal en el hospital clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico San Borja Arriarán. *REVISTA CHIL OBSTET GINECOL* 2006, 71 (4): 227 – 233.



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssqt.org



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Diagramación e Impresión
Serviprensa, S.A.
500 ejemplares
Guatemala, 2013

