



HOSPITAL SANTA ROSA

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

MEDICOS QUIRÚRGICOS

2008

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.....	03
- GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL.....	04
- GUÍA CLÍNICA DE EPISIOTOMIA Y EPISIORRAFIA.....	20
- GUÍA CLÍNICA DE CESAREA.....	23
- GUIA CLÍNICA DE HISTEREPTOMIA ABDOMINAL.....	32
- GUIA CLÍNICA DE LEGRADO UTERINO.....	37

INTRODUCCIÓN

El Hospital Santa Rosa en el marco de los Lineamientos de Políticas Sectoriales y en cumplimiento de su función de prevención, rehabilitación y recuperación de la salud de los usuarios, facilita los instrumentos Técnicos Normativos de cumplimiento en la institución.

Por ello ha considerado necesario la elaboración de las Guías de Práctica Clínica, las cuales constituyen una herramienta eficaz para estandarizar los actos y los procedimientos médicos quirúrgicos facilitando la toma de decisiones y la elección de una intervención basada en la mejor evidencia científica existente.

La utilidad que merezca las presentes Guías de Práctica Clínica, están dirigidas a todos aquellos profesionales que laboran en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa Rosa; siendo reevaluadas y renovadas cada dos años, de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología, así como las necesidades y realidad de la institución.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

I. NOMBRE Y CODIGO

ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

080

II. DEFINICIÓN

II.1 El Parto se define como la expulsión del producto de la concepción, después de la semana 22 de gestación. El trabajo de parto normal es en el que los tres factores del trabajo de parto (dinámica uterina, pelvis y feto) interactúan y determinan la expulsión del producto de la concepción y sus anexos sin ninguna complicación manifestada por el borramiento y dilatación del cuello uterino.

II.2 OBJETIVOS

- Atender el trabajo de parto eutócico con calidad u calidez para prevenirla morbilidad materna perinatal y contribuir a su disminución.
- Detectar las alteraciones del progreso del parto normal y resolverlas en forma adecuada.

III.3 FRECUENCIA

La incidencia de parto normal es de 80% en el hospital Santa Rosa es de 60%.

III. CLASIFICACIÓN

El parto puede clasificarse de varias formas:

- a) Por la edad gestacional:
 - Inmaduro: 22a 28 semanas.
 - Prematuro: 29 a 36 semanas
 - Término: 37 a 41 semanas
 - Prolongado: 42 semanas en adelante
- b) Por el inicio de la contractilidad uterina:
 - Espontáneo (sin ayuda de ninguna maniobra externa o medicación).
 - Inducido (con ayuda de medicamentos o instrumentos)
- c) Por la presentación del feto:
 - Cefálico (vértice, cara, frente).
 - Podálico (franco de nalgas, incompleto o completo de nalgas).
 - Hombros o situación transversa.
- d) Por la vía del parto:
 - Vaginal (espontáneo o instrumental-fórceps)
 - Abdominal (cesárea).
- e) Por el número de fetos:

- Único
 - Múltiple
- f) Por la duración del parto:
- Precipitado (duración menor de 3 horas o dilatación de 5cm. O mas en 1 hora.
 - Normal
 - Prolongado
- También se puede clasificar como:
1. Parto eutócico o normal de término cefálico (vértice), único, inicio espontáneo, duración normal (Partograma-OMS), vaginal madre y neonato en buenas condiciones.
 2. Parto Distócico Anormal vaginal – fórceps – podálico,
 3. Parto Distocico Abdominal: cesàrea.

IV. INDICACIONES

IV.1. ABSOLUTAS

- Pelvis ginecoide.
- Feto en cefálico.
- Peso fetal adecuado.
- Trabajo de parto sin alteraciones.

IV.2 RELATIVAS

- Sufrimiento Fetal Agudo.
- Feto macrosómico.
- Cesareada anterior 1 vez.
- Feto podálico: Nalgas puras y variedad completa.
- Embarazo gemelar.

V. REQUISITOS

- Consentimiento informado (en proceso de elaboración)

VI. CONTRAINDICACIONES

VI.1. ABSOLUTAS

- Pelvis estrecha.
- Cesareada anterior 2 veces
- Antecedente de cirugía uterina previa.
- VIH(+)
- Feto en transverso.
- Feto podálico en primigesta.
- Hidrocefalia severa.
- Asimetría pélvica .

VI.2. RELATIVAS

- Condiloma acuminado.
- Feto podálico en Multipara.
- Cesàrea anterior previa con periodo intergenésico corto.

CONSIDERACIONES BASICAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

1. Contar con profesional competentes para la atención del parto.
2. El ambiente de dilatación debe ser adecuado y tener privacidad.
3. Brindar una atención con calidad y calidez.
4. Promover la participación activa de la pareja o del grupo familiar, siempre y cuando existan condiciones.
5. La posición que debe adoptar la gestante es la que más le acomode a ella, excepto en los casos en que existan condiciones médicas que requieran lo contrario.
6. Se debe usar el Partograma – OMS para la evaluación del trabajo de parto.
7. Para incrementar el parto institucional se debe promover la adecuación cultural de los servicios: evitando el frío y la luminosidad del ambiente; permitiendo el uso de mates o bebidas calientes durante el trabajo del parto.

VII. RECURSOS MATERIALES A USAR

VII.1. Equipos Biomédicos

- instrumental de Parto y sutura.
- Estetoscopio , Tensiometro –Doppler
- Monitor Fetal
- Ecógrafo 4 D –Eco Doppler
- Cinta métrica del CLAP. Partograma – OMS modificado
-

VII.2. Material Medico No Fungible:

- Mascarillas.
- Guantes quirúrgicos.
- Gorros Quirúrgicos.
- Campos estériles
- Soleras estériles
- Gasas estériles.
- Jeringa de 10ml.
- Aguja 21 o22 de una pulgada y media de longitud
- Catgut crómico 2/0 con aguja MR30 o MR35.

VII.3. Material Medico Fungible

- Mandil estéril
- Botas.
- Campos estériles.

VII.4. Medicamentos

- Clorhidrato de xilocaina al 2% sin epinefrina.
- Oxitocina de 10 UI
- Metil ergometrina
- Cloruro de Sodio al 9 por 1000cc
- Expansores plasmático

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

DIAGNOSTICO DEL TRABAJO DE PARTO

Se corrobora mediante el interrogatorio, cuadro clínico y el examen físico de la embarazada.

- a) **Interrogatorio:** La paciente refiere contracciones uterinas manifestadas como dolor tipo cólico intermitente en abdomen y pelvis, que se irradia hacia la región lumbosacra, y aumenta en frecuencia, intensidad y tiempo de duración. Puede referir expulsión transvaginal de moco, sanguinolento, que correspondería en la eliminación del tapón mucoso cervical. Sensación de pesadez pélvica, pujo y tenesmo refiriendo en ocasiones salida involuntaria de líquido transvaginal.
- b) **Examen físico y obstétrico:** Es imprescindible realizar un examen físico general y obstétrico.
La exploración obstétrica incluye:
- Abdomen se comprueba por palpación la existencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 2 o más en 10 minutos, con una duración de 30 segundos o más, de carácter rítmico y progresivo en frecuencia, duración e intensidad. Mediante maniobras de Leopold se determinará situación, posición y presentación fetales.
 - Auscultación de la frecuencia cardíaca Fetal durante el trabajo de parto. Sea cual fuere el método de vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal. (estetoscopio de pinard o diversos aparatos tipo Doppler), ésta se debe auscultar inmediatamente posterior a la contracción uterina y se deben observar ciertas características a saber.
 - Frecuencia es el número de latidos cardíacos fetales que se presentan en un minuto; se ha tomado como normal el valor de 100 a 180 latidos/minuto.
 - Ritmo. Es la periodicidad con que se perciben los latidos cardíacos fetales, los cuales deben de ser nítidos.
El cuidado que se tenga en permanecer siempre cerca de la paciente durante el trabajo de parto, vigilando estrechamente la frecuencia cardíaca fetal, nos evitará complicaciones.
 - Examen vaginal con especulo o por tacto vaginal, según el caso.
Determinar dilatación y borramiento cervicales, estado de las membranas fetales, presentación, altura, posición y tipo de pelvis.
- c) **Aspectos del trabajo de parto:** El conocimiento sobre los periodos y fases por las cuales transcurre el trabajo de parto, permitirá brindar un control adecuado a la embarazada.
Los periodos son:
- El primer periodo del trabajo de parto inicia con las contracciones uterinas, culminando con la dilatación y borramiento cervicales completos.
 - El segundo periodo comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión del producto.

- El tercer periodo corresponde al alumbramiento o expulsión de la placenta.

De acuerdo con la curva de Friedman que es la gráfica del trabajo de parto en cuanto a dilatación cervical y descenso de la presentación fetal y los planos de Hodge, al primer periodo se le pueden distinguir dos fases:

- Fase uno o latente (de preparación):** desde el inicio de las contracciones hasta una dilatación de 4 cm. Su pendiente es poco pronunciada. Su duración en la nulípara es de ocho a diez horas y nunca llega a 20 horas; en las multíparas es menor de 14 horas. En nulípara se espera exista cierto grado de descenso de la presentación.
- Fase dos o activa:** tiene duración de seis a siete horas y comprende tres etapas; una fase de aceleración que comienza con el descenso de la curva de Friedman hasta que llega a cuatro centímetros de dilatación. La última etapa es la de desaceleración que culmina con la dilatación completa de 10cm. Su pendiente es poco pronunciada y dura menos de dos horas. El descenso de la presentación se presenta de manera variable hasta alcanzar el máximo al inicio de la desaceleración y termina con la expulsión del producto.

Actualmente se valora la velocidad de dilatación según la curva de alerta Partógrama OMS.

d) **Monitorización y manejo del trabajo de parto**

Debe ser realizada cada 15, 30 minutos, uno o dos horas, de acuerdo a las condiciones de cada paciente y debe ser registrada en el partograma. Este monitoreo incluye:

- a. Asegurar una vena permeable.
- b. Signos vitales cada hora.
- c. La frecuencia cardiaca fetal se debe auscultar intermitentemente (estetoscopio de Pinard) cada 15 minutos. En embarazos de alto riesgo se indica monitorización cardiaca fetal continua electrónica (tococardiógrafo).
- d. Vigilancia continua de la actividad uterina en su frecuencia, duración e intensidad.
- e. Examen vaginal (tacto vaginal cada dos horas o cuando sea necesario, en la fase activa del trabajo de parto, bajo estrictas condiciones de asepsia, para determinar la evolución de la dilatación cervical y del descenso de la presentación.
- f. Se puede realizar amniotomía cuando se realiza manejo activo del trabajo de parto, o para evaluar líquido amniótico, descenso de la presentación.
- g. Indicar analgesia obstétrica de acuerdo con cada caso particular. No se realiza de rutina.
- h. La atención del parto debe realizarse en la sala de expulsión, donde se pasa en el momento oportuno.

En relación al uso de ocitócicos existen diferentes sustancias de utilidad en el trabajo de parto, ya sea para inducir el parto o para acelerarlo. La idea de su uso es acortar la fase latente del parto y

desencadenar la fase activa. Este procedimiento sólo debe efectuarse ante alguna condición o patología que requiera la interrupción del embarazo antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. No debe adoptarse la práctica clínica de inducciones por complacencia, dado que cada vez que se procede a una inducción, aumenta el riesgo de cesárea en el trabajo de parto. (Barrera, 2003).

PERIODOS DEL PARTO DE ACUERDO A NORMA

INSRUMENTO PARA LA VIGILANCIA DEL PARTO: PARTOGRAMA DE OMS CON CURVA DE ALERTA

Instrumento que permite vigilar la fase activa del trabajo de parto e identificar al grupo de parturientas que pueden tener algún problema en la segunda fase de la labor de parto.

En este parto gama la fase latente ha sido retirada y la grafica sobre el parto grama comienza en la fase activa cuando el cuello uterino está dilatado 4 cm. Se incluye en el texto un ejemplar del parto grama de OMS, modificado, en el que no aparece la fase de latencia.

Información de la parturienta:

Registre nombre, gestaciones, paridad, numero de historia del establecimiento, fecha y hora de admisión y hora de la rotura de membranas.

Frecuencia cardiaca fetal:

Registre cada media hora.

Líquido amniótico:

Registre el color en cada examen vaginal:

- I : membranas intactas
- R : momento de la rotura de las membranas.
- C : membranas rotas, líquido claro
- M : Líquido meconial
- S : Líquido sanguinolento

Moldeamiento:

- 1 : suturas lado a lado
- 2 : suturas superpuestas pero reducibles
- 3 : suturas superpuestas y no reducibles

Dilatación cervical:

Evalúe en cada examen vaginal y marque con una **X** en la hora que corresponde.

Marque a partir de los 4 cm de dilatación en el parto grama de la OMS.

LINEA DE ALERTA:

Línea que comienza en 4 cm de dilatación hasta el punto de dilatación total esperada a un velocidad de 1cm por hora.

LINEA DE ACCION

Paralela a 4 horas a la derecha de la línea de alerta.

Descenso del polo cefálico:

Se puede evaluar por palpación abdominal referido a la parte palpable de la cabeza (dividida en 5 partes, que corresponden a la mano que explora) por encima del pubis. Se puede registrar también como un círculo en cada examen vaginal. Si es por examen abdominal se marcará así:

5/5	:	completamente encima del pubis.
4/5	:	sincipicio alto, occipicio se siente fácilmente.
3/5	:	sincipicio se siente fácilmente, occipicio se siente.
2/5	:	sincipicio se siente, occipicio casi se siente.
1/5	:	sincipicio se siente, occipicio no se siente.
0/5	:	la cabeza no es palpable.

N^a de Horas: referido al tiempo transcurrido desde el inicio de fase activa.

Hora real: registre el tiempo actual.

Contracciones: grafique cada media hora, palpe el número de contracciones en 10 minutos y su duración en segundos.

- Menos de 20 segundos: cuadrilátero punteado.
- Entre 20 y 40 segundos: cuadrilátero con líneas oblicuas.
- Más de 40 segundos: cuadrilátero oscuro.

Oxitócina: registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquido ev. En gotas por minuto cada 30 minutos cuando se utilice.

Drogas administradas: registre cualquier droga adicional administrada, inclusive líquidos.

Pulso: registre cada 30 minutos.

Presión arterial: registre cada 4 horas con puntas de flecha.

Temperatura: registre cada 2 horas.

Proteínas, cetonas y volumen urinario: registro cada vez que se colecta orina.

e) Atención del Parto

- a. Asegurar un trato de la gestante de calidad y calidez y evaluar si el servicio tiene todo lo necesario para realizar la atención.
- b. Colocar a la paciente en posición de litotomía, semisentada, sentada, vertical.
- c. Descartar signos de emergencia obstétrica.
- d. Se realiza la asepsia y antisepsia de la región, colocación de campos estériles, vaciamiento de vejiga y recto.
- e. Preparar o indicar al personal técnico los materiales, medicamentos e instrumental que se va utilizar.
- f. Controlar la dinámica uterina, el progreso de la presentación y frecuencia cardíaca fetal.
- g. Se dirige la expulsión del polo cefálico, realizando las maniobras recomendadas (Maniobra de Ritgen: presión de la cabeza fetal hacia arriba y adelante por medio de los dedos aplicados al

perineo) protegiéndose el periné y el esfínter anal auxiliándose de una gasa o una compresa estéril. Evitar la manipulación de la vagina con maniobras que distiendan el introito vaginal o el periné.

- h. Rotación externa del polo cefálico, secado y aspirado.
- i. Restitución, realizar las maniobras para el desprendimiento de hombros y extracción del producto.
- j. Pinzamiento y corte del cordón umbilical manteniendo al recién nacido a la altura del cuerpo de la madre. Si existe circular de cordón rechazarlo o si está ajustado cortar entre dos pinzas.
- k. Realizar la atención inmediata del neonato bajo las normas establecidas.
- l. Se espera la expulsión espontánea de la placenta hasta un límite de 30 minutos, en caso contrario se deberán realizar maniobras dirigidas a su extracción (maniobra Brandt-Andrews: con una mano a nivel del abdomen materno se levanta cranealmente al útero y con la otra se tira suavemente al cordón umbilical).
- m. Se debe revisar la placenta y sus anexos, principalmente para asegurar su integridad.
- n. Revisar asimismo cavidad uterina y el canal del parto para cerciorarse de la ausencia de restos placentarios y reparar desgarros en su caso.
- o. La episiotomía no se realiza de rutina, pero en los casos que se considere indicada, queda a criterio del médico tratante.

TERCER PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

Es la salida de la placenta y **NO** debe durar más de 30 minutos en el alumbramiento espontáneo; en el dirigido no debe durar más de 15 minutos.

Se debe tener en cuenta las costumbres locales con respecto a la placenta. Se debe entregar la misma cumpliendo las medidas de bioseguridad convenientes.

MANEJO

1. Asistencia de la expulsión de la placenta y membranas

La placenta sale en forma espontánea entre 5 y 30 minutos después del expulsivo. Actualmente se utiliza el alumbramiento activo.

Luego de haber aplicado la oxitocina (manejo activo), 10UI oxitocina Jb. mantenga una tracción constante y delicada del cordón, evite el desgarro. Para evitar la inversión uterina se debe elevar el útero con un mano sobre el pubis y no traccionar en forma brusca el cordón umbilical.

Al salir la placenta, sostenerla bajo el periné y si la posición de la madre lo permite, con la otra mano elevar el útero por encima de la sínfisis del pubis.

Puede ayudarla alumbramiento de la placenta:

- 1) Colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre para que succione el pezón. Se debe realizar si el estado del recién nacido lo permite.

- 2) Colocar la mano sobre la parte media baja del útero y pegada sobre la sínfisis púbica, tratando de elevarlo levemente.
 - 3) Con la otra mano ponga tensión firme y constante al cordón (evite jalarlo bruscamente) durante la contracción del útero.
 - 4) Al momento de salir la placenta, recibirla evitando la tracción o salida brusca de la misma; retirar las membranas mediante rotación de la misma.
 - 5) Dar masaje al útero hasta que se contraiga.
 - 6) Presionar el útero hacia la región sacra tratando de exprimir la sangre o los coágulos, evitando la compresión hacia abajo por la posibilidad de inversión uterina.
 - 7) Examinar la placenta y las membranas. Ante cualquier duda, se debe proceder a explorar la cavidad uterina.
- Si han pasado 30 minutos o hay sangrado abundante, con o sin coágulos, ver manejo de hemorragia vaginal.

2. Se debe utilizar oxitócicos especialmente si hay riesgo de atonía

En útero sobredistendido por: macrosomía fetal con peso mayor de 4 Kg., embarazo múltiple, parto prolongado, parto distócico, parto precipitado, estimulación prolongada con oxitócicos, corioamnionitis, polihidramnios, multiparidad, obesidad, usar oxitócicos en forma endovenosa (con catéter endovenoso 16 ó 18) , 20 unidades internacionales de oxitocina en 1 Lt. De suero salino (Cloruro de sodio al 9‰), a razón de 30 – 40 gotas por minuto.

3. Suturar episiotomía o laceraciones de partes blandas (si corresponde)

Si la episiotomía o la laceración tienen sangrado activo, debe de hacerse compresión y suturar para detener la pérdida de sangre. Es conveniente iniciar la sutura antes del alumbramiento, para reducir el volumen de la pérdida sanguínea.

4. Manejo de alteraciones durante el alumbramiento

Si luego de 30 minutos en el caso del alumbramiento espontáneo o de más de 15 minutos en el manejo activo, en ausencia de hemorragia, no se produce el alumbramiento:

- Realizar masaje externo al útero (pared abdominal).
- Si persiste la retención, aplicar en forma endovenosa (con catéter endovenoso 16 ó 18), 18 – 20 unidades internacionales de oxitocina en 1 Lt. De suero salino /Cloruro de sodio al 9‰).a razón de 30-40gotas por minuto.

Si en los siguientes minutos no hay alumbramiento:

- Efectuar extracción manual de placenta.

- En todo momento, mantener oxitocina endovenosa.
Luego de la extracción manual, aplicar ergonovina intramuscular asegurando que no existe contraindicación para su uso: presión arterial mayor o igual a 140/90 y continuar la infusión de oxitocina por un tiempo mínimo de 2 horas.
De haber consagrado luego de la extracción de la placenta, debe realizarse el manejo de hemorragia post parto.

IX. PERIODOS DEL PARTO

1er. Periodo de dilatación

*** Etapa Fase latente**

Definición

Desde que empieza a tener contracciones en forma rítmica y regular; hasta llegar a los cuatro centímetros de dilatación cervical.

Tiempo máximo de espera

No debe durar mas de 12 horas .

Si dura mas de 12 horas, descarte sufrimiento fetal y sospeche desproporción céfalo pélvica, mala presentación o falso trabajo de parto.

Es recomendable que se quede en observación por lo menos dos horas, para confirmar la dinámica uterina y que no existan signos de sufrimiento fetal.

Si se identifica alguna alteración, ver protocolo de parto obstruido en el modulo de Emergencia Obstetricias.

*** Etapa Fase Activa**

Definición

Desde los 4 cm hasta los 10 hasta los 10 cm de dilatación cervical.

Tiempo máximo de espera

Trazar y observar curva de alerta según parto grama de la OMS.

Normalmente no debe durar mas de 1 hora por cm de dilatación. Si el parto se inclina a la derecha de la línea de alerta, descarte disfunción uterina, sufrimiento fetal y sospeche desproporción céfalo pélvica o mala presentación. Debe ser atendida en un servicio con capacidad quirúrgica las 24 horas.

2do. Periodo expulsivo (se requiere la presencia de por lo menos dos proveedores para la atención de la madre y del recién nacido)

*** Definición**

Desde los 10 cm de dilatación hasta la salida del feto.

Tiempo máximo de espera

No debe prolongarse demasiado ni ocasionar alteraciones en la madre o el feto. Si dura demasiado descartar sufrimiento fetal o sospecha de desproporción céfalo pélvica o mal presentación.

*** Definición**

Evaluar la necesidad de episiotomía

Tiempo máximo de espera

Realizar episiotomía solo en casos de:

- Perine poco distensibles.
- Parto vaginal complicado, podálica, distocia de hombro, parto instrumentado.
- Sufrimiento Fetal.

La episiotomía efectuada muy temprano puede ocasionar sangrado excesivo. Efectuar solamente cuando la cabeza distienda el periné.

*** Definición**

Controlar la salida de la cabeza

Tiempo máximo de espera

- Recomendar a la madre que solo realice pequeños pujos durante las contracciones.
- Mantener la flexión de la cabeza fetal con una suave presión con los dedos.
- Mantenga una suave protección del perine durante la salida de la cabeza.

*** Definición**

Descartar presencia de líquido meconial

Tiempo máximo de espera

De existir líquido meconial, aspirar al recién nacido a la salida de la cabeza (en el parto) o al momento de extraer la cabeza, durante la cesárea.

*** Definición**

Evaluar la presencia de cordón umbilical alrededor del cuello.

Tiempo máximo de espera

- Si existe circular no ajustada, liberarla sobre la cabeza del bebé antes de continuar con la salida del cuerpo.
- Si hay circular ajustada es preferible realizar el doble clampaje del cordón cortando entre ambas pinzas antes de continuar con la salida del bebé.

*** Definición**

Completar la salida del recién nacido.

Tiempo máximo de espera

- Permitir la salida y restitución espontánea de la cabeza fetal.
- Luego de la rotación espontánea de la cabeza, colocar ambas manos en la base de la cabeza fetal e indique a la parturienta que puje suavemente, con la contracción.
- Prevenir laceraciones asegurando que salga primero el hombro anterior y luego el hombro posterior (evitar que salgan simultáneamente).
- El hombro anterior debe salir, jalando suavemente la cabeza hacia abajo, presionando suavemente el perine para evitar la salida del hombro posterior.
- El hombro posterior sale traccionando suavemente la cabeza fetal hacia delante y arriba.
- Apoye el cuerpo del recién nacido sobre la mano y el antebrazo, permita que se resbale sobre la misma hasta que salga completamente.

*** Definición**

Atención inmediata del recién nacido. Colocar al recién nacido sobre el abdomen de la madre.

Tiempo máximo de espera

- Secar al recién nacido, especialmente la cabeza estimularlo y observar la respiración, color y latidos fetales.
- Si respira espontáneamente o llora cambiar a campos secos y calientes.
- Si no respira, pedir ayuda. Para mayor información ver atención del recién nacido.
- Clampar el cordón y colocar al niño sobre el tórax de la madre por treinta minutos para estimular el pezón lo que ayuda a mejorar la relación madre – niño y el inicio precoz de la lactancia materna.

3er Periodo Alumbramiento

*** Definición**

Desde la salida del niño hasta la expulsión de la placenta. Este periodo no debe durar mas de 30 minutos.

Tiempo máximo de espera

En todo parto se debe realizar el **manejo activo del alumbramiento**, reduce la pérdida de sangre en el puerperio inmediato. Luego de la salida del neonato, de haber pinzado y cortado el cordón y haber descartado la presencia de un embarazo múltiple, aplicar oxitocina 10 UI intramuscular para realizar el alumbramiento activo. Se prefiere la oxitocina porque produce efecto a los 2 a 3 minutos de haber sido administrada.

Aplicada la oxitocina, esperar la contracción uterina, colocar el dorso de la mano sobre el pubis y llevar el útero hacia arriba, mientras con la otra mano se realiza la tracción controlada del cordón. Si luego de

pasada contracción no ocurre el alumbramiento, esperar la siguiente contracción para realizar nuevamente tracción controlada del cordón y contracción del útero con la otra mano. Si el alumbramiento no ocurre dentro de los 30 minutos, diagnostique retención de placenta y considere la posibilidad de hemorragia.

Asegurar permanentemente que no haya sangrado vaginal excesivo.

X. COMPLICACIONES

X.1. EN EL FETO

- Caput succedaneum.
- Cefalohematoma.
- Fractura de cráneo.
- Hemorragia intracraneal.
- Parálisis braquial.
- Parálisis facial.
- Hematoma del esternocleidomastoideo.
- Fracturas de clavícula, húmero, fémur, columna vertebral, luxaciones y desprendimientos de las epífisis.
- Traumatismos viscerales.

X.2. EN LA MADRE

- Desgarro del canal vaginal.
- Hematoma del canal vaginal.
- Desgarro cervical.
- Hemorragia post parto
- Atonía uterina.
- Ret. De restos plac.
- Otro – Rot.uterina.

Temprano:

- Retención de restos placentarios
- Atonía uterina
- Laceración del canal del parto:
 - Episiotomía
 - Desgarro vaginoperineal.
 - Desgarro cervical
 - Hematoma
 - Ruptura uterina
- Inversión del utero.
- Síndrome de HELLP.
- Coagulación intravascular diseminada.

Tardío

- Retención de restos placentarios
- Infección Puerperal

XI. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Nivel I, II y III.

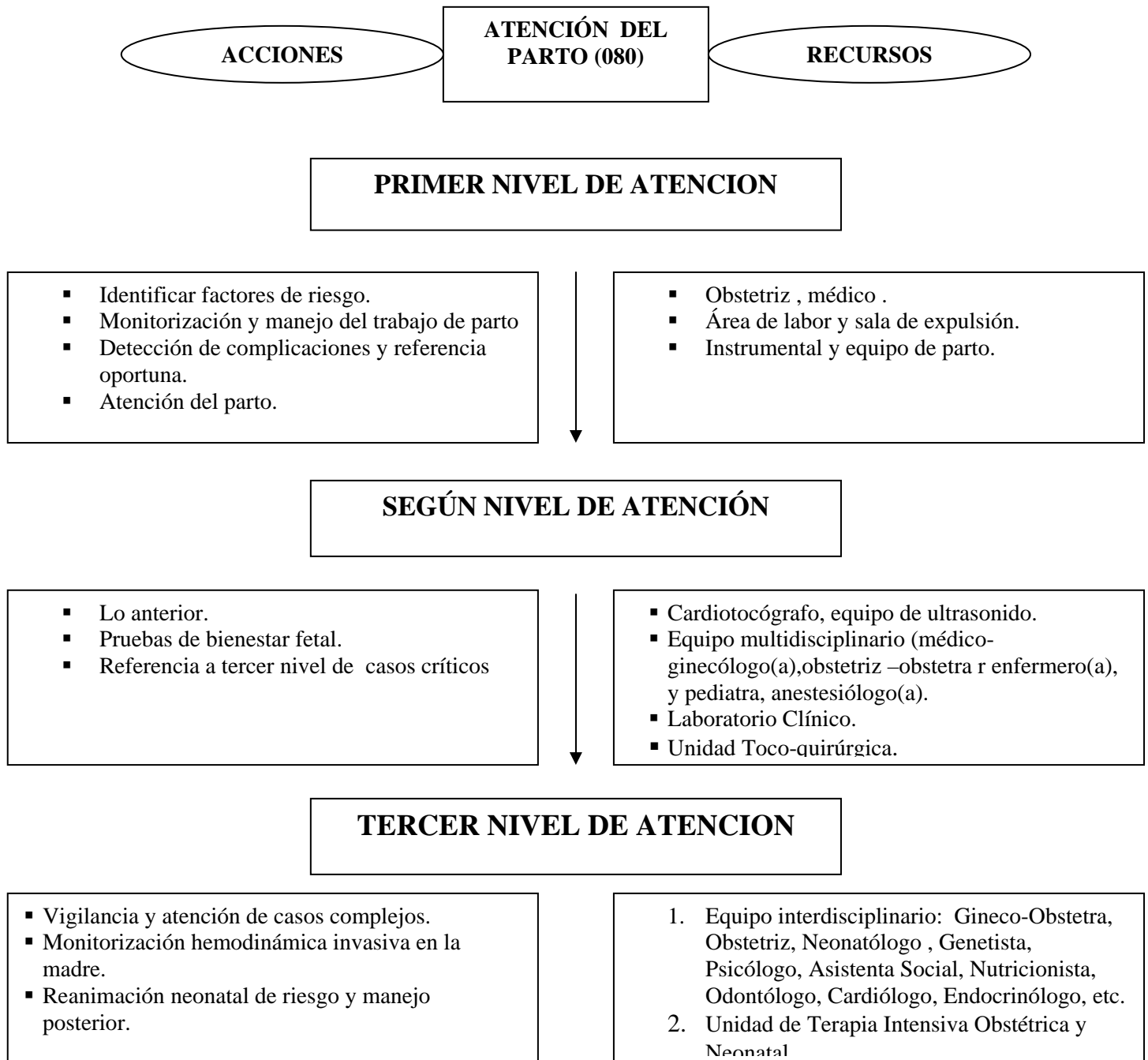
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Acosta. Tratado de obstetricia y Ginecología Editorial Antillana, 2000.
- Carroli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal births. (Cochrane Review) In: Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
- Cifuentes B. Rodrigo y Col. Obstetricia 5ta. Edición. Editorial Catorce, 2000.
- Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales. McGraw-Hill Interamerican. 2/1999.
- Gonzales. Obstetricia 4ta. Edición. Editorial Masson S.A. Barcelona-España, 1998.
- Danfort. Tratado de Obstetricia 6ta.edición. Editorial Marc. Barcelona, España 2001.
- Williams, Obstetricia 21ava edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires-Argentina 2002.
- MINSA, Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva,2004.
- MINSA, Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive, 2007.
- Andina E. Trabajo de parto y parto normal: guías de práctica y procedimientos. Rev. Hosp..Mat. Inf. Ramón Sardá 2002, 21 (2): 63-74.3. Andrade Aguiar Páblito Miguel. Partograma. Manual da Clínica Obstétrica. Maternidad-Escola Assis Chateaubriand.
- Barrera C, Biotti M., Castro R, Carrillo J, Carstens M. Evaluación del trabajo de parto. Guía Perinatal del MINSA/CEDIP. Centro de diagnóstico e Investigaciones Perinatales. P. Universidad Católica de Chile. Abril 2003.
- Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. (Systematic Review) Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, 2002.

XIII. ANEXOS:

APÉNDICE

ACCIONES Y RECURSOS NECESARIOS SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN



GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

EPISIOTOMÍA Y EPISIORRAFIA

I. NOMBRE Y CODIGO:

Episiotomía y Episiorrafía.

II. DEFINICIÓN

Uso Restringido de Episiotomía por Estrategia Nacional y recomendación de OPS –OMS

II.1 La Episiotomía es la incisión quirúrgica en el perineo para ampliar la abertura vaginal en el parto, es un corte realizado en el periné en el período expulsivo del parto.

La episiorrafía es la reparación de la episiotomía.

Actualmente las evidencias demuestran que este procedimiento debe ser restrictivo y no rutinario. Es corte realizado en el periné en el expulsivo con la finalidad de evitar laceraciones.

Antes de realizarla, asegurar que:

- El personal tenga conocimientos básicos de la técnica de sutura.
- El personal está capacitado en reconocer los diferentes planos de sutura.
- La parturienta debe tener una adecuada anestesia (epidural o local)
- Se cuente con los insumos necesarios:

Jeringa de 10 mililitros, aguja 21 ò 22 de una pulgada y media de longitud.

Clorhidrato de xilocaína al 2% sin epinefrina.

Catgut crómico 00 con aguja MR 30 o MR 35.

Gasas estériles.

Instrumental de sutura.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. **Informar a la parturienta en que consiste el procedimiento que se le va a realizar.**
2. **Revisar la Historia Clínica:** Asegurarse que no haya alergia conocida a la lidocaína o similares.
Evaluar si el periné es corto, si está muy tenso, si existen várices o condiloma acuminado.
3. **Preparar una jeringa estéril con anestésico local:** Generalmente con 10 mililitros de lidocaína (xilocaína) al 2% sin epinefrina y aguja número 22 o 21 de una pulgada y media de largo.
4. **Proteger la cabeza fetal del riesgo de inyectar la anestesia en la misma:** Colocar dos de sus dedos entre la cabeza del bebé y el periné (fig.9).
5. **Insertar toda la aguja desde la horquilla por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del periné y profundamente en el**

músculo perineal: Antes de aplicar el anestésico, jalar el émbolo de la jeringa para asegurarse que no ha pinchado ningún vaso sanguíneo. Inyectar el anestésico en forma simultánea al retiro de la aguja, asegurarse que el anestésico se administre en todo el recorrido de la misma.

6. **Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar el corte:** Es preferible, si usted no está capacitado en la sutura de laceraciones de tercer o cuarto grado, realizar una episiotomía medio lateral. Si está capacitado realizar una episiotomía mediana porque es menos sangrante, es más rápida de suturar y el dolor es menor en el puerperio (fig.10)
7. **Realizar el corte del perine:** Es mejor realizarlo en el momento que el perine está más delgado y presionado por la cabeza fetal. Antes de realizar el corte coloque dos dedos entre el perine y la cabeza fetal. (fig.11).
8. **Ampliar el corte en la pared vaginal en unos 5 centímetros:** La razón de esta ampliación es evitar posibles lesiones de vagina que puedan ser más difíciles de suturar. Siempre debe proteger la cabeza fetal de lesiones con la tijera.
9. **Presionar firmemente con una gasa estéril hasta la salida de la cabeza fetal:** Con este paso se busca reducir el volumen de la pérdida de sangre y evitar que se desgarre.

IV. ANEXOS

EVIDENCIAS CLINICAS

La práctica de la episiotomía en forma restringida tiene beneficios cuando se la compara con su uso en forma rutinaria. No hay evidencia que el uso rutinario o liberal de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero hay clara evidencia que puede tener efectos perjudiciales.

En una revisión sistemática realizada en 1997 analiza los posibles efectos beneficiosos y perjudiciales del uso restrictivo de la episiotomía comparado con el uso rutinario (Carroli y col.,1998) Se analizaron seis investigaciones clínicas aleatorizadas que fueron evaluadas por su calidad metodológica. Se concluye de esta revisión que el uso rutinario de la episiotomía no disminuye la incidencia de desgarro perineal de 3° y 4° grado y que su uso restrictivo muestra un menor riesgo de morbilidad incluyendo trauma perineal posterior, necesidad de sutura del trauma perineal y complicaciones en la cicatrización a los 7 días. No hay diferencias en lo que respecta a trauma y dolor perineal o vaginal severo, dispareunia o incontinencia urinaria. La única desventaja del uso restrictivo de la episiotomía es un aumento del riesgo de trauma perineal anterior.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Acosta. Tratado de obstetricia y Ginecología Editorial Antillana, 2000.
- Carroli G, Belizan J, Stamp G.Episiotomy policies in vaginal births. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
- Cifuentes B. Rodrigo y Col.Obstetricia 5ta. Edición. Editorial Catorce, 2000.

- Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales. Mc Graw-Hill Interamerican.2/1999
- Gonzales. Obstetricia 4ta. Edición. Editorial Masson S.A. Barcelona-España, 1998.
- Danfort. Tratado de Obstetricia 6ta. Edición. Editorial Marc. Barcelona, España 2001.
- Williams, Obstetricia 21 ava edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires-Argentina 2002.
- MINSA, Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, 2004
- MINSA, Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive, 2007.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

CESAREA

I. NOMBRE Y CODIGO

Cesárea

CIE 10: 082

II. DEFINICIÓN

II.1 Intervención quirúrgica mediante la cual se extrae el producto, de la concepción mayor de 22 semanas a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía), cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindica la vía vaginal.

II.2. OBJETIVO:

Prevenir la morbilidad maternooperinatal .

II.3. FRECUENCIA:

En Perú: 18-47%, Hospital Santa Rosa 38,5 SIP 2007

III. CLASIFICACION:

III.1 **CESAREA ELECTIVA:** Indicación determinada durante el control prenatal y de tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones.

III.2 **CESAREA DE EMERGENCIA:** Aquella que se realiza de manera imprevista por la presencia de alguna patología que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.

III.3 **CESAREA DE URGENCIA:**

Cirugía de realización inmediata, por la presencia de alguna patología de aparición súbita que obliga la culminación de embarazo que no permite realizar exámenes mínimos.

IV. INDICACIONES:

IV.1 ABSOLUTAS:

- Estrechez pélvica.
- Macrosomía fetal.
- SFA

- HIV
- Podálico en primerizas.
- Cesárea anterior 2 veces

IV.2 RELATIVAS:

a. DESPROPORCION FETO-PELVICA:

- Asimetría pélvica.
- Asinclitismo persistente
- Tumor o malformación fetal: onfalocele, gastrosquisis, hidrocele.

b. DISTOCIAS DE CONTRACCIÓN.

c. FALLO DE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

- Inducción Fallida

d. TRANSTORNOS MENTALES:

- Psicosis
- Retardo Mental
- Trastorno de comunicación

b. POR RIESGO MATERNO:

- Hemorragia del tercer trimestre.
- DPP
- Placenta previa
- Preeclampsia severa-eclampsia
- RPM >de 24 horas

OTRAS CAUSAS:

- Embarazo múltiple
- Tumor previo: cáncer de cerviz. Añosa
- Primigesta añosa.

f. POR RIESGO FETAL:

- Insuficiencia placentaria
- Sufrimiento fetal agudo.
- Sufrimiento fetal crónica.
- Distocia funicular
- Situación transversa.

g. INFECCIOSAS:

- Herpes genital activo
- RPM
- HIV
- Condilomatosis vulvar, cervical o vaginal
- Diabetes mellitus, Nefropatía, TBC pulmonar grave.

V. REQUISITOS:

- Consentimiento informado.
- Se necesita que la paciente firme la hoja de autorización de sala de operaciones donde se explica el procedimiento a realizar y las posibles complicaciones que puedan ocurrir. En caso que la paciente se encuentre en estado grave y no pueda dar el consentimiento se procede conforme a ley. Se comunica a fiscal de turno y/o se realiza junta médica por 3 médicos de guardia y se autoriza la intervención quirúrgica.

VI. RECURSOS MATERIALES A USAR:

- Equipos Biomédicos:**
 - Equipo de monitoreo de anestesia.
 - Mesa quirúrgica.
 - Mesa de Mayo e instrumental quirúrgico.
- Material Medico No Fungible:**
 - Mascarillas.
 - Guantes quirúrgicos.
 - Gorros quirúrgicos
- Material Medico Fungible:**
 - Ropa de sala
 - Botas
 - Campos quirúrgicos
- Medicamentos:**
 - Set de cesárea.
 - Set de anestesia.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. CESAREA ELECTIVA:

- Historia Clínica.
- Análisis Preoperatorios (actualizado con menos de tres meses de antigüedad).
 - Hematológicos: hemograma perfil de coagulación (tiempo de protombina, tiempo de tromboplastina, recuento plaquetario, dosaje de fibrinógeno)
 - Bioquímicas: Glucosa, Urea, Creatinina.
 - Inmunológicos: HIV, VDRL, Ag.Australiano, Grupo Sanguíneo y factor Rh.
 - Microbiológicos: examen completo de orina.
 - Riesgo quirúrgico.
 - Ecografía Obstétrica.
 - Deposito de sangre si la Hb es < de 8.
 - Edad gestacional documentada >37 semanas.

- < de 37 semanas si el caso lo amerita.
- c. Evaluación Pre-anestésica.
- d. Interconsulta con otras especialidades (si el caso lo amerita)
- e. Consentimiento informado de la paciente, del procedimiento quirúrgico y de sus implicancias médicas, firmada por ella y/o un familiar.
- f. Programar fecha de intervención quirúrgica, con autorización del jefe de departamento y/o jefe del servicio.
- g. Internamiento un día antes de la fecha programada con medicinas y trámites completos (set de anestesia).
- h. Atención prenatal en la institución.

2. CESAREA DE EMERGENCIA:

- Historia clínica, análisis mínimo: Hb, hematocrito, grupo y factor Rh.
- Consentimiento informado de la paciente.
- Autorización el médico jefe de guardia.

3. CESAREA DE URGENCIA:

- Hecho el diagnóstico, paciente pasa inmediatamente a SOP.
- Se extrae muestras de sangre para análisis mínimos (Hb, Hcto, grupo y factor Rh) y se comunicará el acto quirúrgico, mientras los resultados pasan directamente a sala de operaciones.
- Consentimiento informado de la paciente o familiar mas cercano.
- Posponer momentáneamente los trámites de hospitalización(regularizados posteriormente)

INDICACIONES PREOPERATORIAS:

- Día anterior a la intervención: dieta blanda hasta las 20 horas, ayuno absoluto después de las 6 horas.
- Enema evacuante a las 6.00 am del día de la intervención, en las programadas.
- Colocación de antibióticos profiláticos media hora antes de la programación quirúrgica(cefazolina 1g EV stat, en caso de alergia Gentamicina 80mg EV c/8 horas o Clindamicina 60mg EV/6 horas).
- Llevar a la paciente a SOP media hora antes de lo programado con vendaje compresivo de miembros inferiores (profilaxis de tromboembolia).
- Baño completo, cabello firmemente ajustado.
- Recorte de uñas y del vello en el área operatoria con tijeras, antes de la cirugía.
- Retirar joyas y dentadura postiza.
- Vestir con bata y botas para SOP.
- Premedicación quirúrgica correspondiente al servicio de anestesiología.

PREPARACIÓN DE PACIENTE DE EMERGENCIA:

- Llevar a paciente a SOP con vía permeable, resultado de análisis y cortar vello púbico.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

1. Lavado de manos con solución de yodopovidona por lo menos 5 minutos.
2. Lavado de la pared abdominal por la enfermera, con yodopovidona en espuma, colocar sonda vesical y aplicación por el cirujano solución de yodopovidona.
 - Colocación de campos quirúrgicos.
3. Incisión de la pared abdominal: según el caso lo requiera:
 - Debe proporcionar el espacio suficiente para la extracción del feto y el cirujano responsable es el que elige el tipo de incisión.
 - Incisiones longitudinales: Como la mediana infraumbilical (MIU).

En casos de Síndrome de HELLP, SFA, DPP.

- Transversa (Pfannestiel) y sus modificaciones.
- En las cesáreas secundarias se respetara la incisión previa.

4. Incisión uterina:
 - La incisión de elección será la segmentaria transversa.
 - La incisión corporal se realizará:
 - o Indicaciones absolutas: cáncer cervical.
 - o Indicaciones relativas: situación transversa, dorso inferior, PPT, alteraciones en el segmento.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

1. Después de la incisión en piel, apertura de pared por planos hasta llegar a cavidad.
2. Incisión del peritoneo en la reflexión vesicouterina y disección digital dejando un amplio campo para permitir la apertura del útero.
3. Incisión de aproximadamente 2cm sentido transverso en el segmento uterino y ampliar digitalmente hacia las partes laterales.
4. Extracción de polo de presentación fetal.
5. Extracción de la placenta con tracción controlada, evitar la extracción manual de la placenta, y limpieza de cavidad interna. Asegurarse de la aplicación de oxitócicos.
6. Para la histerorrafia se puede exteriorizar el útero a través de la incisión abdominal, cubriéndolo con un campo estéril.
7. Histerorrafia en un plano con una sutura continua, con Catgut crómico N°1. colocar el punto inicial lateral al ángulo de la histerorrafia, si la aproximación no es satisfactoria después del cierre continuo en una sola capa o persiste puntos sangrantes, puede colocarse un segundo plano con puntos

- invaginantes, luego sutura de peritoneo visceral con Catgut crómico N°0.
8. Revisión de hemostasia y limpieza de cavidad abdominal y fondo de saco.
 9. Solicitar recuento de gases.
 10. Cierre de peritoneo parietal con catgut crómico N°0.
 11. Afrontamiento de plano muscular con puntos separados con catgut crómico N° 0. Revisión de hemostasia del plano muscular.
 12. Cierre de aponeurosis con Acido poliglicólico N°1 (Vicryl).
 13. Cierre de TCSC con Catgut simple N° 0.
 14. Cierre de piel con Nylon monofilamento N° 2/0.

CIERRE DE INCISIÓN CORPORAL:

1. La histerorrafia de la incisión corporal se sutura con catgut crómico N°1 con sutura continua cruzada para aproximar la mitad inferior de la incisión.
2. La unidad superior se cierre con sutura continua cruzada o en forma de ocho, invaginando el primer plano.
3. Los bordes de la serosa se sutura con catgut crómico N°0.

MANEJO DEL POST OPERATORIO INMEDIATO:

1. Vigilancia en sala de recuperación por 3 horas a cargo del personal del servicio de Anestesiología.
2. Fluidoterapia con dextrosa y cloruro de sodio.
3. Uso de oxitocina: oxitocina via perenteral.
4. Analgésicos: Ketorolaco o Metamizol.

CRITERIOS DE ALTA Y CONTROL:

1. Alta al tercer día sin complicaciones.
2. Con aplicación de acuerdo a evolución.
3. Control por consultorio externo de 7 a 10 días de operada y retiro de puntos.
4. Control y conserjería en planificación familiar a los 30 a 45 días post cesárea.

VIII. COMPLICACIONES:

1. CESAREA HISTERECTOMÍA:

Sin principal indicación es para detener la hemorragia post parto.

Procedimiento:

- Remover la placenta y aproximar la unión uterina mediante sutura continua o puntos separados.
- Clampar y ligar los vasos sangrantes.

- Diéresis hacia abajo el colgajo transversal de la vejiga hasta el nivel del cérvix.
- Seccionar los ligamentos redondos, mediante pinza de Heaney o de Kocher y se liga 2 veces con catgut crómico N° 1.
- Apertura del ligamento ancho hacia delante hasta llegar a la serosa vesicouterina y hacia atrás en los ligamentos uterosacros.
- Identificar uréteres.
- Extender la incisión en la serosa vesicouterina, hacia los laterales y hacia arriba a través de la hoja anterior del ligamento ancho hasta los ligamentos redondos que se seccionarán.
- Abrir la hoja posterior del ligamento ancho, junto al útero, justo por debajo de los vasos ováricos. Clampar 2 veces cerca del útero, seccionar y el pedículo lateral ligarlo con sutura doble.
- Seccionar la hoja posterior del ligamento ancho en la parte inferior hasta los ligamentos uterosacros.
- Volver a separar la vejiga al colgajo peritoneal adyacente, disecar el segmento uterino inferior y alejarlo del campo operatorio.
- Si el colgajo vesical esta adherido en forma inusual, disecar con tijeras.
- Identificar los vasos uterinos y clamparlo 2 veces, en forma independiente junto al útero, seccionarlos y ligarlos 2 veces. Evitar lesionar los uréteres.
- Identificar y seccionar los ligamentos cervicales.
- Colocar una pinza curva a través del fondo de saco vaginal lateral y seccionar el tejido por dentro de la pinza.
- El fondo de saco vaginal lateral que se reseco puede ligarse 2 veces y a la vez suturarse el muñón del ligamento cardinal.
- Observar el cerviz para asegurarse que se removió por completo. Asegurar cada uno de los ángulos laterales de la vagina a los ligamentos cardinales y uterosacros.

IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Nivel III

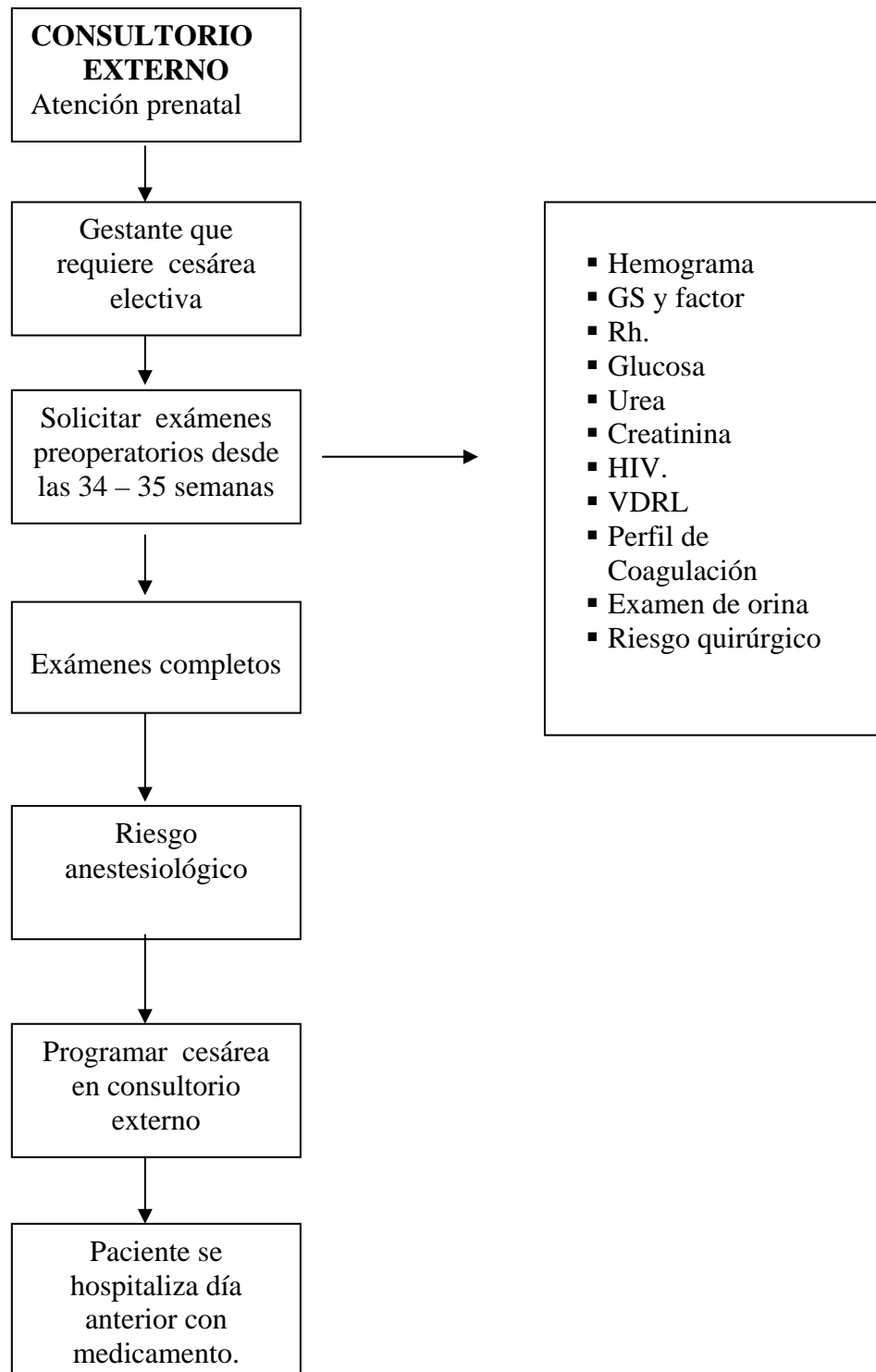
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Acosta. Tratado de obstetricia y Ginecología Editorial Antillana, 2000.
- Cifuentes B. Rodrigo y Col. Obstetricia 5ta. Edición. Editorial Catorce, 2000.
- Gonzáles. Obstetricia 4ta. Edición. Editorial Masson S.A. Barcelona-España, 1998.
- Danfort. Tratado de Obstetricia 6ta. Edición. Editorial Marc. Barcelona, España 2001.

- Williams, Obstetricia 21 ava edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires-Argentina 2002.
- MINSA, Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive, 2007.
- HoCho J, Sim Jim H, Lee C, Technique for Hemostatic suturing during cesarea delivery. Obstet Gynecol 2002

XI. ANEXOS:

FLUXOGRAMA DE CESAREAS ELECTIVAS.



GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

HISTERECTOMIA ABDOMINAL

I. NOMBRE Y CODIGO:

Histerectomía abdominal.

126

II. DEFINICIÓN

II.1 Extirpación quirúrgica del útero, que en ocasiones es la extirpación de los órganos reproductores internos de la mujer, utilizando la vía abdominal.

II.2 OBJETIVO

Mejorar la sintomatología que ocasionaba la patología que afectaba al útero.

Ofrecer mejor calidad de vida.

III. INDICACIONES

III.1 Indicaciones Absolutas:

Trastornos hemorrágicos, orgánicos o funcionales, refractarios al tratamiento médico como:

Atonía uterina, acretismo placentario, patología maligna, adenocarcinoma de endometrio cáncer de cervix in situ.

III.2 Indicaciones Relativas:

Patología tumoral benigna de útero como miomas, o trastornos funcionales debido a endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica.

IV. CONTRAINDICACIONES:

IV.1 Contraindicaciones-1 Absolutas:

Pacientes en edad fértil, que no presenten ninguna patología maligna.

IV.2 Contraindicaciones Relativas:

Cirugía previa, endometriosis, dolor pélvico crónico, patología maligna con metástasis.

V. REQUISITOS:

Consentimiento Informado a la paciente .

Autorización de la paciente y un familiar directo.

VI. RECURSOS MATERIALES:

1. Equipos biomédicos: Sala de operaciones, cialitica,etc.

2. Material medico no fungible: instrumentos para la operación, campos estériles etc.

3. Material medico fungible: mascarillas, corrugados, etc.

4. Medicamentos: Necesarios para realizar la operación, como anestésicos y suturas.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Posición decúbito dorsal en ligera trendelenburg, campos estériles.
- Incisión mediana infraumbilical o podrá decidirse por la incisión pfannenstiel.
- Disección de pared abdominal por planos hasta la cavidad peritoneal.
- Exposición de adecuado campo operatorio aplicando compresas grandes, húmedas y tibias para rechazar los intestinos.
- Se amplía el campo operatorio mediante aplicación de separadores de cavidad.
- Una valva ancha y curva (Deaver) facilitaría la exposición del espacio retrouterino apartando a este del recto sigmoides para una adecuada manipulación de este campo.
- Siendo un principio básico la tracción continua del útero durante toda la operación.
- Cuando por presencia de infección severa o malignidad no se desea maltratar el útero se aplica pinzas fuertes y grandes en ambos ligamentos redondos, tomando suficiente cantidad de tejido para la tracción.
- Disección del útero y órganos vecinos pinza corte y sutura del ligamento redondo.
- Reparación separación de hojas anterior u posterior del ligamento ancho, apreciándose en dicho espacio del tejido parauterino.
- Apertura del peritoneo debajo del ligamento redondo y paralelo a este, identificando los vasos del paquete infundíbulo pélvico.
- Apertura digital perforando de la hoja posterior del ligamento ancho por debajo del infundíbulo pélvico envolviendo a este saliendo por el espacio fabricado en el punto anterior.
- Pinza corte y sutura del infundíbulo pélvico, con sutura de refuerzo utilizando puntos transfixiantes, con pinzas Heaney igual procedimiento al lado opuesto.
- Disección de las hojas anterior y posterior del ligamento ancho dejando al descubierto el tejido circundante y exponiendo en su recorrido la arteria uterina, igual procedimiento al lado opuesto hasta encontrar el punto anterior.
- Pinza corte y sutura de la arteria uterina en su acodadura de ascenso parauterina.
- Trabajando medialmente con los puntos anteriores y empleando pinzas fuertes de heaney se toman los ligamentos de Mackenroot los cuales se cortan y suturan con crómico N° 1.
- Pinza corte y sutura de los ligamentos úteros sacros con crómico N° 1 reparo. Terminando esto el útero ha quedado liberado de sus inserciones ligamentarias solo esta unido a la cúpula vaginal.
- Pinza corte y sutura del ángulo de cúpula vaginal en ambos lados, extracción de pieza operatoria.
- Tracción de cúpula vaginal mediante pinzas Allis largas que toman el borde anterior y posterior vaginal.

- Introducción de gasa chica extendida y remojada en yodo en la cavidad vaginal para evitar reflujo de secreciones hasta la cavidad abdominal.
- Sutura continua de la cúpula vaginal con crómico cero dejando ambos lados ángulo vaginal hilo suficiente para ligarlo con los cabos del parametrio y ligamentos útero sacro homologo. Suspensión de la cúpula igual en el otro lado.
- Peritonización del lecho previo revisión minuciosa de la hemostasia se usa catgut crómico 2 cero. Desde el infundíbulo pélvico izquierdo hasta el derecho.
- Retiro de los campos y grasas grandes que sirviera para exponer el campo operatorio. Recuento de gasas. Cierre de cavidad abdominal por peritoneo parietal en surget simple con catgut crómico 2/0.
- Cierre por planos afrontamiento de músculos rectos con catgut simple 0, tejido celular subcutáneo con catgut simple 2/0. Piel con hilos.
- Terminar la operación, retiro inmediato de gasa vaginal.

VIII. COMPLICACIONES:

2. **Intraoperatorios:** hemorragia, lesión de uréteres, lesión de órgano pélvico (vejiga, recto), lesión de órganos abdominales.
3. **Postoperatorios:** hemorragias del muñón, hematomas retroperitoneales, fístulas, íleo paralítico.

IX. NIVEL DE ASISTENCIA:

Tercer Nivel.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Epidemiology and diagnosis of breast disease American college of Obstetric and Gynecology 2000.

Comino Delgado R Hemorragia Uterina disfuncional Editorial R Comino Delgado La línea 1993.

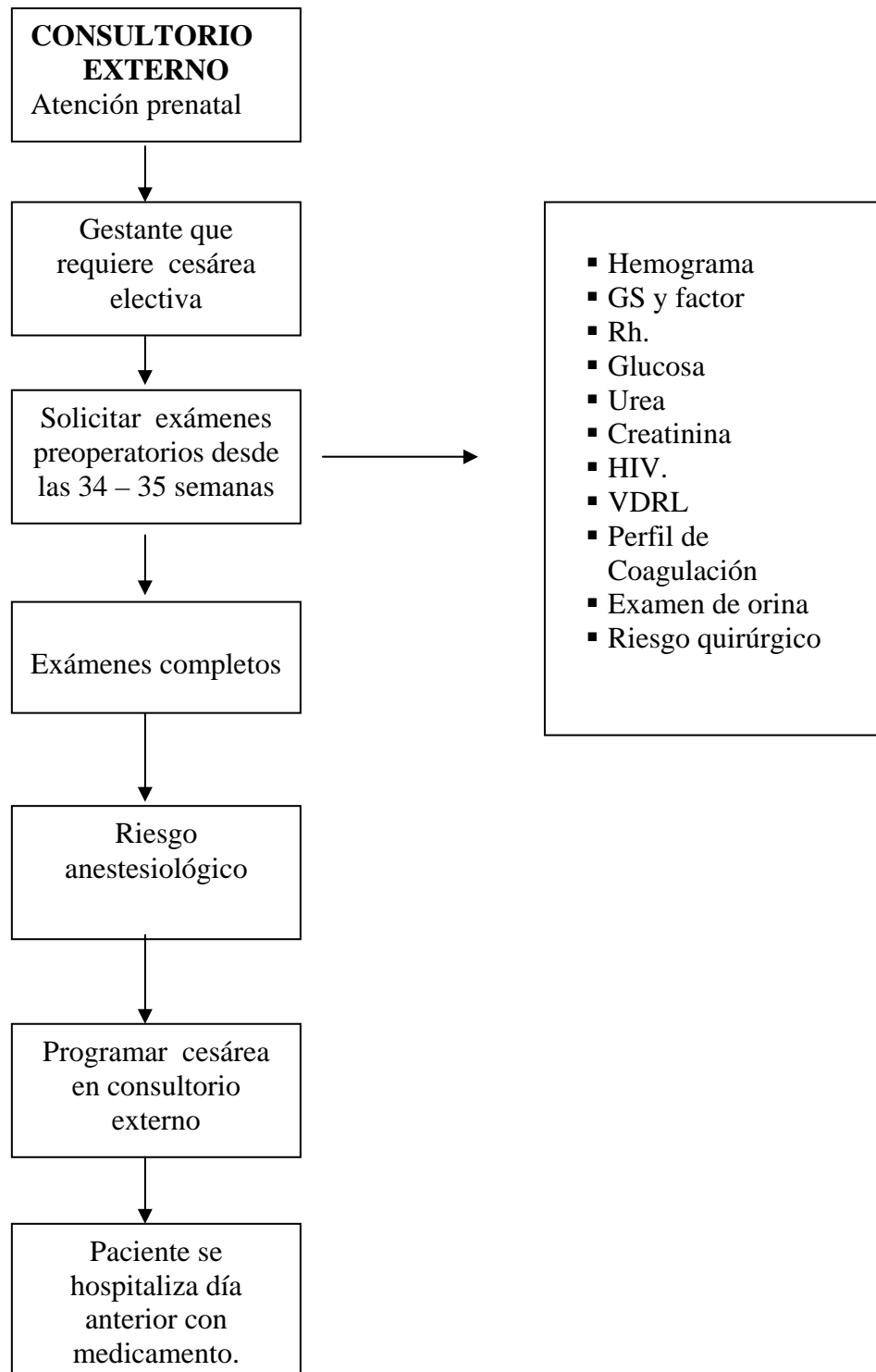
Guías de atención y procedimientos de ginecología, MINSA, Instituto Materno Perinatal 2003.

Novak. Tratado de Ginecología Editorial Interamericana Mc Graw-Hill 1994

Pacheco Romero José Ginecología y Obstetricia. Editorial José Romero Pacheco y Med Cop SA.

XI. ANEXOS:

FLUXOGRAMA DE CESAREAS ELECTIVAS.



GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

LEGRADO UTERINO

I. NOMBRE Y CODIGO:
LEGRADO UTERINO
086

II. DEFINICIÓN:

II.1 Procedimiento quirúrgico que aborda la cavidad uterina y extrae su contenido o toma muestras de sus paredes para estudio biopsico.

II.2 Objetivo

LU como tratamiento: Para la evacuación de restos en el aborto incompleto, aborto molar y frustrado, hemorragias atípicas y pólipos endometriales.

LU como diagnóstico: Para estudio endometrial en casos de infertilidad, en despistaje de cáncer, en embarazo ectópico y en fase previa a la histerectomía.

III. INDICACIONES:

III.1 Indicaciones Absolutas:

Aborto Incompleto
Aborto molar
Aborto frustrado

III.2 Indicaciones Relativas:

Hemorragias atípicas
Pólipos endometriales
Estudio infertilidad causa uterina
Despistaje de cáncer
Embarazo ectopico
Pre histerectomía

IV. CONTRAINDICACIONES:

IV.1 Contraindicaciones Absolutas:

Perforación uterina.

IV.2 Contraindicaciones Relativas:

Aborto incompleto infectado sin tratamiento previo
Mioma submucoso.

V. REQUISITOS:

Hecho el diagnóstico la información verbal al paciente y/o familiar del procedimiento y los riesgos y beneficios.

Firma de aprobación del procedimiento en la hoja de consentimiento informado en el cual firma paciente y familiar cercano.
En caso de menor de edad o estado inconsciente padres o familiar directo o se aplicará conforme a Ley.

VI. RECURSOS MATERIALES:

1. **Equipos Biomédicos:**
Especulo, valvas, Pinza tirabala, Pinza Foester, Legras.
2. **Material Médico no fungible:**
Mascarillas
Guantes Quirúrgicos
Gorros Quirúrgicos
Gasas
3. **Material Médico fungible:**
Mandil estéril
Botas
Campos estériles
5. **Medicamentos:**
Medicamentos para anestesia endovenosa simple.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Técnica de curetaje:

- Anestesia general simple
- Vía endovenosa de Cloruro de sodio con aguja 18
- Asepsia de genitales externos con solución desinfectante.
- Examen bajo anestesia: Tacto bimanual del útero y anexos
- Colocación de campos estériles, valvas y pinzamiento de cerviz anterior con pinza tirabala
- Histerometría
- Si no hay dilatación suficiente empleo de dilatadores de Hegar hasta el número 10.
- Evacuación del contenido primero del canal cervical y luego del cuerpo por separado (si es legrado fraccionado);continuar legrado con pinza de anillo luego cureta roma haciendo un barrido horario.
- Administración de ocitocicos y control de sangrado.

VIII. COMPLICACIONES:

- Desgarro cervical: Producido por la pinza tirabalas ante tracción muy intensa se debe suturar con puntos hemostáticos.
- Perforación Uterina en el útero grávido las paredes uterinas son blandas y pueden perforarse al momento de la histerometría o dilatación cervical como consecuencia se pueden producir hemorragias intraperitoneal y peritonitis; se debe realizar laparotomía exploradora y según sea el caso suturar o realizar histerectomía.

- Infección, pueden presentarse casos de Endometritis o pelviperitonitis requiriendo antibióticos de amplio espectro por vía parenteral y/o extirpando el foco séptico.

IX. NIVEL DE ASISTENCIA DE EJECUCIÓN:

Desde Nivel II de atención y realizado por Ginecólogo Obstetra.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Rev Chil Obstet Ginecol; 70(1) 49-65. Norma y guía clínica para la atención en los servicios de urgencia. Ministerio de Salud de Chile, 2005
2. Acien.P.Tratado de Ginecología.Ed Mohillo Alicante, 2004
3. Usandizaga y de la Fuente. Obstetricia y ginecología. Mc Grau. Hill. Intern. 1997, 2004.
4. Gonzales Merlo; Ginecología Marson Salvat. 9° Ed.2003.
5. Te Linde, Ginecología Quirúrgica. 8° Edición Ed Med Panamericana, 2003.