



# Cesárea Electiva



<b>1</b>	<b>Previo al Ingreso</b> Obstetricia, Matrona, Anestesiología
1.1	<b>Información oral y escrita completa y comprensible a la paciente (incluida en Plan de Parto)</b>
1.2	<b>Valoración del riesgo anestésico-quirúrgico</b> Las pacientes de alto riesgo obstétrico (ARO) programar visita presencial anestesiología
1.3	<b>Optimización comorbilidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si obesidad con IMC &gt; 35</li> <li>- Patologías pregestacionales. Aportar informes actualizados</li> <li>- Diabetes gestacional</li> <li>- Cuadros hipertensivos del embarazo</li> <li>- Anemia</li> <li>- Abandono consumo de tabaco/tóxicos lo más precozmente posible</li> </ul>
1.4	<b>Firma de Consentimientos Informados</b>
1.5	<b>Indicación de medicación preoperatoria</b>
1.6	<b>Programación de realización PCR Covid 48 h antes cirugía</b>
1.7	<b>Petición Reserva de sangre (2CH) sólo en casos con indicación valorada</b>
<b>2</b>	<b>Peroperatorio</b>
2.1	<b>Preoperatorio Inmediato</b> Ingreso el mismo día de la cirugía Anestesiología, Enfermería, Obstetricia
2.1.1	Ayuno de 6 horas para sólidos (comida ligera)
2.1.2	Ayuno de 2 horas para líquidos claros
2.1.3	Ducha completa
2.1.4	Rasurado con maquinilla eléctrica, si es necesario
2.1.5	No preparación intestinal oral o mecánica
2.1.6	Lavado de zona abdominal con clorhexidina
2.1.7	Administración de Ranitidina 50 mg ev+ Metoclopramida 10 mg ev
2.1.8	Citrato monosódico 0´2M 30 ml vo 30 min preintervención
2.1.9	Administración profiláctica de antibiótico ev 30-60 min antes de la incisión quirúrgica



# Cesárea Electiva



2.1.10	No administración de sedantes preoperatorios
2.1.11	Administración de 500 cc de cristaloides IV previo a anestesia regional
2.2	<b>Intraoperatorio</b> Anestesiología, Enfermería, Neonatología, Matronas, Obstetricia
2.2.1	<p><b>Monitorización rutinaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En anestesia neuroaxial: -ECG, Presión Arterial no Invasiva (PANI), Pulsioximetría (Sat O2),</li> <li>- En <u>anestesia general</u> además FiO2, Capnografía, Temperatura, Profundidad anestésica (BIS)</li> <li>- La monitorización debe colocarse siempre según siguiendo el modelo cesárea "pro vñcle"</li> </ul>
2.2.2	<b>Sondaje vesical</b>
2.2.3	<p><b>Monitorización invasiva</b>, sólo en casos con indicación explícita por alto riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Presión arterial invasiva (NO de forma rutinaria)</li> <li>-Catéter venoso central (NO de forma rutinaria)</li> </ul>
2.2.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Técnica anestésica:</b> De elección la anestesia locorregional             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Intradural</u> (<i>primera opción</i>): Bupivacaína hiper-/iso-bárica + Morfina intratecal 100mcg.</li> <li>2. <u>Bloqueo espinal epidural combinado</u> (&gt;2 cesáreas previas o previsión de complicación/prolongación de tiempo quirúrgico): Bupivacaína hiper-/iso-bárica + Fentanilo.</li> <li>3. <u>General</u> (contraindicación técnica neuroaxial): Inducción de secuencia rápida + evitar administrar opioides antes del clampaje del cordón.</li> </ol> </li> <li>* Hacer TAP-block o infiltración local de cicatriz con anestésico local al finalizar la cirugía (si anestesia general)</li> </ul>
2.2.5	<b>Oxigenación:</b> GN 3l O2
2.2.6	<b>Fluidoterapia:</b> Mantener euvolemia. Calentar fluidos
2.2.7	<p><b>Minimización del riesgo de hipotensión materna:</b></p> <p><u>*Prevención:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decúbito lateral Izquierdo 15 grados</li> <li>-Iniciar PC de Fenilefrina ev una vez evidenciada la salida de LCR.</li> </ul> <p><u>*Hipotensión materna instaurada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantener volemia</li> <li>-Adecuar perfusión fenilefrina</li> <li>-Si bradicardia: bolus ev efedrina</li> <li>-Hacer diagnóstico diferencial causas infrecuentes</li> </ul>
2.2.8	<b>Calentamiento activo</b> con manta térmica y calentador de fluidos



# Cesárea Electiva



2.2.9	<b>Profilaxis de náuseas y vómitos intraoperatorios:</b> Control hTA materna +/- Ondansetron 4mg ev + Dexametasona 4 mg
2.2.10	<b>Técnica quirúrgica:</b>
T.Q.1	Piel y tejido subcutáneo: incisión Joel-Cohen con bisturí y posterior disección roma siempre que sea posible del tejido subcutáneo. Si cesárea previas, la disección con bisturí eléctrico se ha asociado a menor sangrado, menos tiempo quirúrgico y dolor postoperatorio.
T.Q.2	Fascia: a punta de bisturí a ambos lados de la línea media y posterior extensión roma.
T.Q.3	Separación cuidadosa de la aponeurosis del recto abdominal en sentido longitudinal superior, con exposición del peritoneo parietal.
T.Q.4	Apertura del peritoneo parietal realizando a nivel de línea media con dos pinzas sin dientes y abriendo con tijera extendiendo la incisión transversalmente; o bien digitalmente si no hay adherencias.
T.Q.5	Disección de la plica vesico-uterina
T.Q.6	Histerotomía: incisión transversal baja con bisturí frío y expansión roma en dirección craneo-caudal.
T.Q.7	Amniotomía si bolsa íntegra.
T.Q.8	Evitar alumbramiento manual de placenta.
T.Q.9	No se recomienda la dilatación cervical.
T.Q.10	Histerorrafia: monocapa continua con Vycril 1/0, sin cruzar puntos.
T.Q.11	No cierre de peritoneo, ni aproximación de músculos.
T.Q.12	Cierre de fascia: sutura continua con Vycril 2/0 o PCS con distancia entre puntos de 5x5mm, sin cruzar puntos.
T.Q.13	Aproximación de tejido subcutáneo con Vycril 3/0 si tejido subcutáneo $\geq$ 2cm
T.Q.14	No colocar drenajes de rutina.
T.Q.15	Piel: sutura intradérmica con sutura monofilamento 3/0.
2.2.11	<b>Terapia apósitos presión negativa si IMC &gt;35 o cesáreas de repetición</b>
2.2.12	<b>Profilaxis atonía uterina:</b>
P.A.U.1	<u>Profilaxis:</u> Oxitocina ev Según protocolo de cada centro * Si factores de riesgo para hemorragia postparto: se sustituye por carbetocina 100 mg dosis única
P.A.U.2	<u>Tratamiento:</u>



# Cesárea Electiva



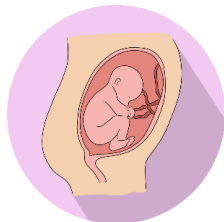
	<p>PROTOCOLO PROPIO de cada centro</p> <p>Recomendación de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Masaje uterino directo</li> <li>-Oxitocina 3-5 UI bolo en 30 seg, se puede repetir dosis</li> <li>-Perfusión oxitocina (40 IU en 500 ml RL a 125 ml/h)</li> <li>-Metilergometrina 0'2 mg ev/im si no contraindicada</li> <li>-Carboprost 0'25 mg im cada 15 min hasta 8 dosis (alternativa dinoprostona)</li> <li>-Misoprostol rectal</li> </ul>
2.2.13	<p><b>Retirada de sonda vesical cuando haya reversión completa del bloqueo motor (anestesia intradural) o al final de la intervención (anestesia general) si no se precisa control estricto de diuresis. NO RETIRAR SI MANTIENE CATÉTER EPIDURAL</b></p>
2.3	<p style="text-align: center;"><b>Neonato</b></p> <p style="text-align: center;">Anestesiología, Matronas, Neonatología, Obstetricia</p>
2.3.1	<p><b>Clampaje tardío del cordón:</b> al menos 1' tras la extracción fetal o 30" si pretérmino</p>
2.3.4	<p>Mantener <b>temperatura fetal entre 36'5°C y 37'5°C</b></p>
2.3.5	<p><b>Evitar aspiración gástrica o de la VA fetal:</b> sólo si síntomas obstructivos</p>
2.3.6	<p><b>Inicio programa piel con piel en cuanto sea posible</b></p>
2.4	<p style="text-align: center;"><b>Postoperatorio Inmediato (UCOI)</b></p> <p style="text-align: center;">Anestesiología, Enfermería, Obstetricia</p>
2.4.1	<p>Valoración hemodinámica y respiratoria con monitorización continua de ECG, SpO2, FR y TA no invasiva.</p>
2.4.2	<p>Control de sangrado y tono uterino.</p>
2.4.3	<p>Control diuresis en pacientes con SV. Vigilar globo vesical en pacientes sin SV.</p>
2.4.4	<p>Control de la intensidad del dolor: EVA cada hora.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgesia multimodal alternando Dexketoprofeno 50 mg/8h y Paracetamol 1g/8h.</li> <li>• Si persiste EVA&gt;3 y la paciente NO está en lactancia materna rescate con Tramadol 50 mg/8h ev (puede repetirse a los 30 min, máximo total 100 mg)</li> <li>• Si persiste EVA&gt;3 y la paciente SI está en lactancia materna rescate con PCA de Morfina ev + Ondansetrón si NVPO</li> </ul>
2.4.5	<p>Control del nivel de consciencia y grado de sedación.</p>



# Cesárea Electiva



2.4.6	Nivel de bloqueo según técnica anestésica.
2.4.7	Si >2 cesáreas previas o complicación IQ mantener catéter epidural
2.4.8	El RN permanecerá con la paciente haciendo piel con piel siempre que sea posible.
2.4.9	Valorar inicio de tolerancia oral hídrica a las 2h de la intervención.
3	<p style="text-align: center;"><b>1º Día Postoperatorio</b></p> <p style="text-align: center;">Anestesiología, Enfermería, Obstetricia</p>
3.1	Constantes y controles según plan de cuidados (cada 6 horas si patología)
3.2	Valoración intensidad dolor (EVA) y características del dolor cada 6 h
3.3	Si catéter epidural valoración bloqueo motor (Bromage)/ 6 h
3.4	<p>-Medicación postoperatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de náuseas y vómitos: Ondansetrón 4mg ev Pautado</li> <li>• Protección gástrica: Omeprazol 20mg/24 h VO (si tolerancia)</li> <li>• <b>Analgésia pautada sistemática, por vía EV.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Inicial:</u> Dexketoprofeno 50mg/8h + Paracetamol 1g/8h ev. *Si persiste EVA&gt;3 y la paciente NO está en lactancia materna rescate con Tramadol 50mg/8h ev *Si persiste EVA&gt;3 y la paciente SI está en lactancia materna rescate con PCA de Morfina ev + Ondansetron si NVPO, recomendar dosis después de tomas.</li> <li>○ <u>Antes de las 24h iniciar pauta oral:</u> Ibuprofeno 600mg/6h + Paracetamol 1g/8h vo. *Si persiste EVA&gt;3 y la paciente NO está en lactancia materna rescate con Tramadol 50mg/8h vo *Si persiste EVA&gt;3 y la paciente SI está en lactancia materna rescate con Morfina oral rápida (Sevredol) 5 mg VO., recomendar después de las tomas.</li> <li>○ Si paciente portadora de catéter y perfusión peridural se retirará al día siguiente (previa valoración por parte de Anestesiología). Una vez retirado se podrá retirar la sonda vesical, si no hay CI obstétrica.</li> </ul> </li> </ul>
3.5	Iniciar movilización precoz progresiva y acompañada. Si no catéter epidural: 6 h sedestación, 12 h deambulación. Si catéter peridural, una vez retirado y sin bloqueo motor
3.6	Tolerancia oral precoz: 4 h líquida, 6 h blanda, si tolera dieta habitual y retirada sueroterapia
3.7	Retirada de apósito compresivo a las 24h post intervención (excepto si es portadora de terapia de presión negativa, que se mantendrá 7 días).
3.8	Profilaxis antitrombótica con Enoxaparina 40 mg/24 h SC (si más de 90



# Cesárea Electiva



	kg 60 mg SC/24 h)
3.9	Retirada sonda vesical a las 6 h post intervención en anestesia intradural (NO si catéter peridural)
4	<b>2º Día Postoperatorio</b> Enfermería, Obstetricia
4.1	<p>Valorar criterios alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de complicaciones postoperatorias agudas</li> <li>• Dolor controlado con analgesia oral (EVA &lt;3)</li> <li>• Adecuada independencia para actividades de la vida diaria (en comparación con la que tenía previamente)</li> <li>• Adecuada tolerancia a dieta habitual en la paciente</li> <li>• Valorar y consensuar alta con la paciente</li> </ul>
5	<b>Al Alta</b> Enfermería, Obstetricia, Atención Primaria
5.1	<u>Analgesia</u> : paracetamol 1g/8h alterno con ibuprofeno 600mg/8h. Rescate con morfina oral rápida 5 mg
5.2	<u>Profilaxis antitrombótica</u> : SEGÚN PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS DEL CENTRO
5.3	<p>Durante el ingreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar a todas las pacientes (Enoxaparina 40 mg/sc/24 h, si más de 90 kg 60 mg/sc/24 h)</li> </ul>
5.4	<p>Al alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin factores de riesgo no continuar tras alta</li> <li>• Si ha habido trabajo de parto continuar 10 días</li> <li>• Si 1 factor de riesgo o más continuar 10 días.</li> <li>• Si antecedente de trombofilias, enfermedad tromboembólica o preeclampsia grave 6 semanas.</li> </ul>
5.5	<p><u>Mantener herida quirúrgica limpia y seca.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si sutura intradérmica: control comadrona de zona.</li> <li>• Si grapas: retirada a los 5-7 días en CAP.</li> <li>• Si PICO: mantener higiene y apósito durante 7 días</li> </ul>
5.6	Proporcionar toda la documentación e información necesaria para cuidados postoperatorios y controles ulteriores e informarle que debe contactar con comadrona del ASSIR para seguimiento.
5.7	Coordinar alta con la del neonato