



Cesárea Electiva



1	Previo al Ingreso Obstetricia, Matrona, Anestesiología
1.1	Información oral y escrita completa y comprensible a la paciente (incluida en Plan de Parto)
1.2	Valoración del riesgo anestésico-quirúrgico Las pacientes de alto riesgo obstétrico (ARO) programar visita presencial anestesiología
1.3	Optimización comorbilidades <ul style="list-style-type: none"> - Si obesidad con IMC > 35 - Patologías pregestacionales. Aportar informes actualizados - Diabetes gestacional - Cuadros hipertensivos del embarazo - Anemia - Abandono consumo de tabaco/tóxicos lo más precozmente posible
1.4	Firma de Consentimientos Informados
1.5	Indicación de medicación preoperatoria
1.6	Petición Reserva de sangre (2CH) sólo en casos con indicación valorada: <ul style="list-style-type: none"> - Anemia < 9 g/dl - Trombocitopenia gestacional o inmunológica (< 80.000 plaquetas) - Anomalías en la inserción placentaria - Vasa previa - Cirugías previas ó 2 cesáreas anteriores - Miomas uterinos o malformaciones uterinas - Enfermedad hipertensiva del embarazo - Gestación múltiple - Obesidad materna (IMC > 40) - Patología materna con afectación cardiovascular o respiratoria - Anomalías de la coagulación - Medicación anticoagulante
2	Peroperatorio
2.1	Preoperatorio Inmediato Ingreso el mismo día de la cirugía Anestesiología, Enfermería, Obstetricia



Cesárea Electiva



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
2.1.10	No administración de sedantes preoperatorios
2.1.11	Administración de 500 cc de cristaloides IV previo a anestesia regional
2.2	Intraoperatorio Anestesiología, Enfermería, Neonatología, Matronas, Obstetricia
2.2.1	Monitorización rutinaria: <ul style="list-style-type: none"> - En anestesia neuroaxial: -ECG, Presión Arterial no Invasiva (PANI), Pulsioximetría (Sat O2), - En <u>anestesia general</u> además FiO2, Capnografía, Temperatura, Profundidad anestésica (BIS) - La monitorización debe colocarse siempre según siguiendo el modelo cesárea "pro vincle"
2.2.2	Sondaje vesical
2.2.3	Monitorización invasiva , sólo en casos con indicación explícita por alto riesgo <ul style="list-style-type: none"> -Presión arterial invasiva (NO de forma rutinaria)



Cesárea Electiva



	-Catéter venoso central (NO de forma rutinaria)
2.2.4	<p>- Técnica anestésica: De elección la anestesia locorregional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Intradural</u> (<i>primera opción</i>): Bupivacaína hiper-/iso-bárica + Morfina intratecal 100mcg. 2. <u>Bloqueo espinal epidural combinado</u> (>2 cesáreas previas o previsión de complicación/prolongación de tiempo quirúrgico): Bupivacaína hiper-/iso-bárica + Fentanilo. 3. <u>General</u> (contraindicación técnica neuroaxial): Inducción de secuencia rápida + evitar administrar opioides antes del clampaje del cordón. <p>* Hacer TAP-block o infiltración local de cicatriz con anestésico local al finalizar la cirugía (si anestesia general)</p>
2.2.5	Oxigenación: GN 3l O2
2.2.6	Fluidoterapia: Mantener euvolemia. Calentar fluidos
2.2.7	<p>Minimización del riesgo de hipotensión materna:</p> <p>*<u>Prevención:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Decúbito lateral izquierdo 15 grados -Iniciar PC de Fenilefrina ev una vez evidenciada la salida de LCR. <p>*<u>Hipotensión materna instaurada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Mantener volemia -Adecuar perfusión fenilefrina -Si bradicardia: bolus ev efedrina -Hacer diagnóstico diferencial causas infrecuentes
2.2.8	Calentamiento activo con manta térmica y calentador de fluidos
2.2.9	Profilaxis de náuseas y vómitos intraoperatorios: Control hTA materna +/- Ondansetron 4mg ev + Dexametasona 4 mg
2.2.10	Técnica quirúrgica:
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.



Cesárea Electiva



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	Terapia apósitos presión negativa si IMC >35 o cesáreas de repetición
2.2.12	Profilaxis atonía uterina:
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> PROTOCOLO PROPIO de cada centro Recomendación de tratamiento: -Masaje uterino directo



Cesárea Electiva



	<ul style="list-style-type: none"> -Oxitocina 3-5 UI bolo en 30 seg, se puede repetir dosis -Perfusión oxitocina (40 IU en 500 ml RL a 125 ml/h) -Metilergometrina 0'2 mg ev/im si no contraindicada -Carboprost 0'25 mg im cada 15 min hasta 8 dosis (alternativa dinoprostona) -Misoprostol rectal
2.2.13	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
2.3	Neonato Anestesiología, Matronas, Neonatología, Obstetricia
2.3.1	Clampaje tardío del cordón: al menos 1' tras la extracción fetal o 30'' si pretérmino
2.3.4	Mantener temperatura fetal entre 36'5°C y 37'5°C
2.3.5	Evitar aspiración gástrica o de la VA fetal: sólo si síntomas obstructivos
2.3.6	Inicio programa piel con piel en cuanto sea posible
2.4	Postoperatorio Inmediato (UCOI) Anestesiología, Enfermería, Obstetricia
2.4.1	Valoración hemodinámica y respiratoria con monitorización continua de ECG, SpO2, FR y TA no invasiva.
2.4.2	Control de sangrado y tono uterino.
2.4.3	Control diuresis en pacientes con SV. Vigilar globo vesical en pacientes sin SV.
2.4.4	Control de la intensidad del dolor: EVA cada hora. <ul style="list-style-type: none"> • Analgesia multimodal alternando Dexketoprofeno 50 mg/8h y Paracetamol 1g/8h. • Si persiste EVA>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) • Si persiste EVA>3 y la paciente SI está en lactancia materna rescate con PCA de Morfina ev + Ondansetrón si NVPO



Cesárea Electiva



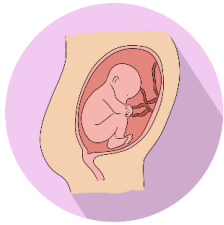
2.4.5	Control del nivel de consciencia y grado de sedación.
2.4.6	Nivel de bloqueo según técnica anestésica.
2.4.7	Si >2 cesáreas previas o complicación IQ mantener catéter epidural
2.4.8	El RN permanecerá con la paciente haciendo piel con piel siempre que sea posible.
2.4.9	Valorar inicio de tolerancia oral hídrica a las 2h de la intervención.
3	<p style="text-align: center;">1º Día Postoperatorio</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"> • Prevención de náuseas y vómitos: Ondansetrón 4mg ev Pautado • Protección gástrica: Omeprazol 20mg/24 h VO (si tolerancia) • Analgesia pautada sistemática, por vía EV. <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Inicial:</u> Dexketoprofeno 50mg/8h + Paracetamol 1g/8h ev. *Si persiste EVA>3 y la paciente NO está en lactancia materna rescate con Tramadol 50mg/8h ev *Si persiste EVA>3 y la paciente SI está en lactancia materna rescate con PCA de Morfina ev + Ondansetron si NVPO, recomendar dosis después de tomas. ○ <u>Antes de las 24h iniciar pauta oral:</u> Ibuprofeno 600mg/6h + Paracetamol 1g/8h vo. *Si persiste EVA>3 y la paciente NO está en lactancia materna rescate con Tramadol 50mg/8h vo *Si persiste EVA>3 y la paciente SI está en lactancia materna rescate con Morfina oral rápida (Sevredol) 5 mg VO., recomendar después de las tomas. ○ Si paciente portadora de catéter y perfusión peridural se retirará al día siguiente (previa valoración por parte de



Cesárea Electiva



	Anestesiología). Una vez retirado se podrá retirar la sonda vesical, si no hay CI obstétrica.
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 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	2º Día Postoperatorio Enfermería, Obstetricia
4.1	<p>Valorar criterios alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de complicaciones postoperatorias agudas • Dolor controlado con analgesia oral (EVA <3) • Adecuada independencia para actividades de la vida diaria (en comparación con la que tenía previamente) • Adecuada tolerancia a dieta habitual en la paciente • Valorar y consensuar alta con la paciente
5	Al Alta 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"> • Aplicar a todas las pacientes (Enoxaparina 40 mg/sc/24 h, si más de 90 kg 60 mg/sc/24 h)
5.4	<p>Al alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin factores de riesgo no continuar tras alta • Si ha habido trabajo de parto continuar 10 días • Si 1 factor de riesgo o más continuar 10 días. • Si antecedente de trombofilias, enfermedad tromboembólica o preeclampsia grave 6 semanas.



Cesárea Electiva



5.5	<p><u>Mantener herida quirúrgica limpia y seca.</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Si sutura intradérmica: control comadrona de zona.• Si grapas: retirada a los 5-7 días en CAP.• Si PICO: mantener higiene y apósito durante 7 días
5.6	Proporcionar toda la documentación e información necesaria para cuidados postoperatorios y controles posteriores e informarle que debe contactar con comadrona del ASSIR para seguimiento.
5.7	Coordinar alta con la del neonato