

CESÁREA PROGRAMADA Y CESÁREA URGENTE

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Antonio Jesús De la Torre González Tania Manrique Gómez María Gil López Marina Agundo Ruiz	Marta Blasco Alonso Rosario Redondo Aguilar	03.08.2023
		Fecha revisión
		11.09.2023

1. CUIDADOS Y TRATAMIENTOS PREOPERATORIOS

1.1. Cesárea programada

1.1.1. Programación de la cesárea en consulta

Una **cesárea programada** es aquella que se realiza antes del inicio del parto, por razones maternas, fetales o ambas.

La programación de la cesárea dependerá de cada centro hospitalario. No obstante, cuando vamos a indicarla, hay que tener en cuenta la historia clínica de la paciente, solicitar una serie de pruebas complementarias, realizar interconsulta a la consulta de preanestesia y, lo más importante, informar a la paciente del procedimiento quirúrgico al que se va a someter, así como entregar el consentimiento informado, que devolverá firmado, quedándose la paciente con una copia y guardando otra en la historia de la misma.

1. Historia clínica: revisar la anamnesis, especialmente los siguientes apartados:

- Antecedentes médicos y tratamiento realizado durante la gestación: valorar si debe suspender algún fármaco o ajustar dosis antes de la cirugía.
- Antecedentes personales o familiares de trombosis.
- Cirugías realizadas con anterioridad.
- Alergias a medicamentos y/u otras sustancias.
- Deseo genésico: preguntar si desea ligadura tubárica bilateral.
- Transfusiones sanguíneas previas.
- Antecedentes obstétricos.
- Antecedentes sociales

2. Pruebas complementarias:

- Ecografía obstétrica.
- Analítica preoperatoria (hemograma, coagulación, bioquímica y serologías básicas de hepatitis B y C). *Añadir determinación de VIH si ausencia de analítica del 1º trimestre.*

- Exudado vagino-rectal de EGB.
- Solicitud de pruebas cruzadas y hoja de profilaxis antibiótica prequirúrgica.

3. Interconsulta con Anestesia: la solicitud de preanestesia se llevará a cabo en todos aquellos casos de cesárea programada, así como en otros procedimientos que conlleven un aumento de *riesgo o probabilidad de cesárea*: versión cefálica externa, gestación múltiple o un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40.

4. Consentimiento/s informado/s:

- Cesárea con o sin ligadura tubárica bilateral.
- *En caso de cesárea anterior o de presentación no cefálica:* debe firmarse de forma adicional el consentimiento informado de *rechazo de prueba de parto* o de *rechazo de versión cefálica externa*, respectivamente.
- El responsable de Anestesia será el encargado de aportar el consentimiento de la *analgesia operatoria* a la paciente.

1.1.2. Manejo 24-48 horas antes de la cesárea programada

1. Indicaciones generales:

- Extraer pruebas cruzadas.
- Permanecerá en ayunas desde las 00:00 horas hasta la realización de la cesárea programada. Además, el día de la cesárea programada debe acudir sin accesorios metálicos como joyas, reloj, ni esmalte en las uñas.

2. Casos especiales:

- Situaciones como prematuridad, preeclampsia o infecciones con posibilidad de transmisión neonatal, entre otros, se manejarán según cada protocolo específico.
- Anticoagulación: debe suspenderse la Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) al menos 12 horas antes del procedimiento.
- Antiagregación: debe retirarse el Ácido Acetilsalicílico (AAS) al menos 5 días antes de la cesárea.

1.1.3. Actitud el día del ingreso

1. Generalidades:

La paciente ingresará en ayunas la misma mañana del día en que se haya programado la cesárea en la planta pertinente según el hospital.

- Enfermería de planta:
 - Identificar a la paciente y su acompañante.
 - Verificar ayuno de la paciente.
 - Control de constantes incluidos tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura. En caso de paciente diabética será recomendable la realización de una glucemia capilar.
 - Adjuntar a la carpeta de su historia clínica copia de: consentimiento/s informado/s firmado/s, solicitud de pruebas cruzadas, hoja de antibioterapia y preanestesia.
 - Preparación de antibiótico empleado para profilaxis en un sobre con la identificación de la paciente.

- Comprobar retirada de objetos de metal como joyería o gafas, entre otros.
- Limpieza de esmalte de uñas y pinturas si lo hubiese.
- Facilitar un camisón para la paciente y material de higiene.
- Canalizar vía periférica tras evaluación por Ginecólogo responsable.
- Administrar sueroterapia (generalmente 500 mL de Ringer, salvo indicación médica) junto a medicación adicional si Anestesia así lo requiriese, además de la profilaxis antibiótica, según protocolo, al menos entre 30 a 60 minutos antes de iniciar la cirugía, previa confirmación de ausencia de alergias medicamentosas ni a otras sustancias.
- Obstetra:
 - Hacer conciliación terapéutica previa cirugía.
 - Revisar documentos adjuntos a la carpeta de la historia de la paciente.
 - Identificar a la paciente y verificar ayuno.
 - Realizar ecografía obstétrica para comprobar viabilidad y estática fetal acorde a indicación de cirugía (volver a preguntar si desea o no ligadura tubárica).
 - Aclarar dudas sobre el procedimiento quirúrgico.
 - Confirmar cirugía con personal de quirófano y comentar caso con Anestesia y celadores.
- Enfermería de Quirófano:
 - Identificación de la paciente.
 - Comprobar que la paciente ha recibido la profilaxis antibiótica y se ha retirado previamente objetos metálicos, permeabilidad de vía periférica.
- Anestesista:
 - Identificar a la paciente.
 - Revisar alergias a medicamentos y/u otras sustancias.
 - Explicación de analgesia a realizar, aclaración de dudas y comprobar firma de dicho consentimiento informado.

2. Casos especiales:

- Desfibrilador automático implantable (DAI):
 - Contactar con Unidad de Electrofisiología para desactivación del DAI intraoperatoria para evitar descargas inapropiadas por el bisturí eléctrico u otras fuentes de interferencia electromagnética.
 - Monitorización electrocardiográfica continua de la gestante y desfibrilador externo disponible.
 - Desactivación mediante colocación de un imán sobre el DAI.
 - Finalizada la cirugía, al retirar el imán el DAI se reactiva de forma automática.
- Profilaxis de endocarditis bacteriana:
 - No se recomienda, independientemente de si es parto vaginal o cesárea, excepto en gestantes de alto riesgo debido a:
 - Válvula o material protésico.
 - Antecedente personal de endocarditis.

- Cardiopatía congénita cianótica no reparada o reparada parcialmente.
- Derivación ventrículo-peritoneal (DVP): el parto vía vaginal es más seguro que por cesárea, pues se puede acompañar de complicaciones entre las que destacan la colonización de microorganismos y la obstrucción del catéter durante la cirugía.

1.2. Cesárea urgente

1.2.1. Indicación de cesárea urgente

Una **cesárea urgente** es aquella que se realiza ante situaciones de **potencial** riesgo vital o secuelas severas (maternas como fetales), por lo que debe realizarse en un corto plazo de tiempo (en cualquier caso, siempre debe ser menor a 30 minutos respecto de la indicación y puede ser ante o intraparto.

1. Indicación de cesárea:

- Obstetra:
 - Informar a la paciente sobre la indicación de la cesárea.
 - Entregar consentimiento informado que la paciente firmará (en situaciones emergentes puede obviarse, bastaría con el consentimiento verbal que debe dejarse plasmado en la historia clínica) Preguntar si desea ligadura tubárica bilateral.
 - Avisar a Enfermería de quirófano.
 - Avisar a Anestesia.
 - Avisar a Neonatología.
- Enfermería:
 - Administrar profilaxis antibiótica según protocolo (60 minutos) antes de iniciar la cirugía, previa confirmación de ausencia de alergias medicamentosas ni a otras sustancias.
 - Realizar preferentemente sondaje vesical permanente en paritorio previa entrada a quirófano, salvo casos sin analgesia locorregional y regular tolerancia al dolor de la gestante, que se realizará en la sala de quirófano.
 - Avisar a Neonatología.

1.3. Cesárea emergente

Una **cesárea emergente** es aquella que se realiza debido a una situación de riesgo vital inminente o de secuelas severas materno-fetales y que requiere la realización de una intervención quirúrgica de urgencia con la mayor inmediatez. (ej: desprendimiento agudo de placenta, prolapso de cordón, parada cardiorespiratoria, RPBF inminente, rotura uterina...)

En estos casos el procedimiento será similar a la cesárea urgente salvo que se pueden obviar las explicaciones pertinentes en el caso anterior, y su indicación desencadenará una serie de acciones bien definidas para la consecución del objetivo, determinadas en un protocolo específico, si bien se destacan las siguientes recomendaciones generales:

La indicación será habitualmente realizada por el obstetra adjunto, pero puede realizarse previamente por la matrona o residente si está seguro de ello en espera de la llegada del adjunto.

Los avisos serán claros e inequívocos utilizando comunicación efectiva (de bucle cerrado)

- El Obstetra avisa al personal de quirófano y anestesista indicando la cesárea emergente, lugar desde donde llama y quirófano donde se realizará. Posteriormente se avisará al 2º tocólogo y al neonatólogo.
- El TCAE avisará al celador más próximo.
- En el quirófano solo habrá el personal imprescindible
- Previo a la extracción fetal se dará prioridad a la anestesia (la enfermera circulante será su asistente. Al terminar realizará la asepsia del campo y sondaje si precisa) mientras que la enfermera instrumentista prepara la mesa del instrumental.
- En caso de conflicto, el profesional de mayor responsabilidad y experiencia liderará y coordinará las actuaciones.

El entrenamiento periódico de situaciones de cesárea emergente mediante simulación es fundamental para el buen funcionamiento y un adecuado trabajo en equipo que supone el éxito de estas situaciones.

2. CUIDADOS Y TRATAMIENTOS INTRAOPERATORIOS

2.1. Manejo intraoperatorio temprano

Cuando la gestante entre en el quirófano se llevará a cabo lo siguiente:

- Enfermería de quirófano:
 - Identificar a la paciente.
 - Avisar a Ginecólogo, Anestesista, Pediatra y matrona.
 - Realizar *check-list* de verificación quirúrgica de la OMS en Diraya (Tabla 1).
 - Preparación de antibiótico empleado para la profilaxis quirúrgica.
 - Monitorización continua de las constantes.
 - Asepsia de zona lumbar.
 - Después de colocar analgesia, realizar sondaje vesical permanente.
 - Poner placa de bisturí en el muslo de la paciente, asegurando el contacto en toda su superficie, sin emplear gel conductor.
 - Asepsia y tallado del campo quirúrgico con clorhexidina acuosa y material estéril.

Tabla 1. Check-list de verificación quirúrgica de la OMS en Diraya

Antes de la inducción de la anestesia (con el enfermero y anestesista como mínimo)

- ¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?
- ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
- ¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
- ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?
- ¿Tiene el paciente alergias conocidas? ¿vía aérea difícil / riesgo de aspiración? ¿riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

Antes de la incisión cutánea (con enfermería, anestesista y cirujano)

- Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por nombre y función
- Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento
- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
- ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
- ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental / equipos?
- ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Antes de que el paciente salga del quirófano (con enfermería, anestesista y cirujano)

- El enfermero confirma verbalmente el nombre del procedimiento realizado, el recuento de instrumentos, gasas y agujas, el etiquetado de las muestras con lectura de etiqueta en voz alta y nombre de la paciente.
- Si hay problemas que resolver relacionados con instrumental o equipo se ha mencionado.
- Aspectos críticos de tratamiento y recuperación de la paciente.

- Anestesista: Valorará el tipo de analgesia según las características de cada paciente.
- Celador de quirófano:
 - Colocar a la paciente en decúbito supino con una inclinación de 15°C hacia el lado izquierdo para evitar la compresión de la vena cava.
- Obstetra:
 - Preguntar si se ha administrado la profilaxis antibiótica o indicarla antes de comenzar la cirugía en caso negativo.
 - Comprobar sondaje vesical, colocación de placa.
 - Realizar un adecuado tallado de campo quirúrgico y confirmar el buen funcionamiento de bisturí eléctrico y aspirador.

2.2. Manejo intraoperatorio durante la cirugía

- Obstetra:
 - Profilaxis de hemorragia posparto. El manejo activo de la tercera etapa del parto se basa en la administración de un agente uterotónico profiláctico tras la salida del feto, pinzamiento temprano del cordón y alumbramiento por expresión uterina y tracción controlada del cordón umbilical o extracción manual de placenta si fuese necesario. Si tras ello persistiera la hemorragia, se aplicará el protocolo específico de hemorragia posparto precoz y medicación adecuada, teniendo en cuenta si la paciente tiene antecedente de hipertensión arterial previa o durante la gestación.

Tras finalizar cirugía, debe rellenarse la hoja de estudio Anatomopatológico en caso de ligadura tubárica bilateral y/o muestra de placenta si fuera conveniente su análisis.

3. CUIDADOS Y TRATAMIENTOS POSTOPERATORIOS

3.1. Puerperio inmediato en Reanimación

En el proceso de humanización al parto por cesárea, se debe intentar garantizar el bienestar del recién nacido, madre y posible acompañante. De esta forma, y siempre que el centro estuviera preparado para ello, en caso de que el recién nacido no precisara ingreso en unidad de Neonatología y, una vez comprobada la estabilidad hemodinámica de la paciente, la puérpera pasaría a una sala junto a su bebé y el familiar que hubiese decidido acompañarla en este proceso.

- Enfermería de quirófano, obstetra y anestesista:
 - Completar *check-list* de verificación quirúrgica de la OMS en Diraya, ya mencionado.
- Enfermería de reanimación debe controlar a la paciente valorando:
 - Temperatura al inicio de entrar en Reanimación y antes de marchar a planta de puerperio.
 - Control de constantes: monitorización continua de tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno.
 - Control del nivel de conciencia, dolor y movilidad de extremidades si la analgesia fuese locorregional.
 - Diuresis horaria y coloración de la micción a través de la sonda vesical.
 - Loquios e involución uterina con maniobra de Credé. - Profilaxis de hemorragia uterina.
 - Control de coloración, tono muscular, respiración y signos vitales del recién nacido.

El periodo del puerperio inmediato durará aproximadamente 2 horas, salvo incidencias. Una vez superado ese tiempo, la paciente subirá a planta de puerperio si tuviese una evolución adecuada.

3.2. Puerperio quirúrgico en planta

1. Generalidades:

- Enfermería de planta:
 - Suero glucosalino intravenoso hasta que la paciente comience a tolerar líquidos, no superando los 3000 mL en 24 horas. También podría administrarse 1500 mL de suero glucosado al 5% alternando con 1000-1500 mL de suero salino fisiológico al 0,9%.
 - Control de constantes cada 8 horas.
 - Administrar analgesia según cada protocolo hospitalario. Si hubiese lactancia materna, estaría contraindicado el Metamizol. Por ejemplo, en nuestro hospital la analgesia puerperal habitual se realiza con Paracetamol de 1 g alternando con Naproxeno de 500 mg, ambos vía oral, salvo alergia o enfermedad que contraindique dicha medicación.
 - Iniciar ingesta hídrica tras 6-8 horas de la cirugía, siempre que el desarrollo de la misma lo permita, y progresar a dieta si adecuada tolerancia.
 - Retirar la sonda vesical tras 12 horas de la cirugía.
 - Favorecer la deambulación.
 - Si tuviera indicación de anticoagulación, se realizará con heparina de bajo peso molecular, generalmente a dosis profiláctica, ajustando la dosis al peso de la paciente y comenzando tras 12 horas de haber retirado el catéter epidural. La duración de la anticoagulación dependerá de cada caso.
 - Mantener tapada la herida quirúrgica durante 24 horas, pero debe evaluarse el sangrado, aumento de dolor y posibles signos inflamatorios o de dehiscencia de la sutura. Posteriormente, curas diarias con antiséptico tópico como Clorhexidina acuosa al 2% (sin Povidona Yodada).
- Obstetra:
 - Hemograma de control tras 12-24 horas de la intervención o antes si hemorragia abundante durante la cirugía.
 - Comprobación de alergias medicamentosas y/u a otras sustancias.
 - Valorar necesidad de profilaxis antitrombótica (si cesárea urgente en trabajo de parto o si factores de riesgo).
 - Preguntar deseo de lactancia materna, artificial o mixta. En caso de lactancia artificial, pautar medicación según protocolo.
 - Realizar conciliación terapéutica.
 - Evaluar loquios e involución uterina mediante Credé.
 - Control de herida quirúrgica (Mantener tapada la herida quirúrgica durante 24 horas, pero debe evaluarse el sangrado, aumento de dolor y posibles signos inflamatorios o de dehiscencia de la sutura. Posteriormente, curas diarias con antiséptico tópico como Clorhexidina acuosa al 2% sin Povidona Yodada).
 - Favorecer la deambulación.

2. Casos especiales:

- Si púérpera en situación de riesgo social, contactar con la Trabajadora Social del hospital para valoración por su parte previa alta de la paciente.
- Si depresión durante el puerperio, revisar antecedentes personales de enfermedad mental, tratamiento con alfametildopa o descompensación por hipotiroidismo subyacente., valorando la posible necesidad de valoración por la Unidad de Salud Mental.

La estancia hospitalaria en una cesárea no complicada debe ser de 48 horas, salvo incidencias.

4. CUIDADOS AL ALTA

Al alta Enfermería de planta y Ginecología deben dar recomendaciones generales, resolver dudas de la paciente y explicar signos de alarma por los que consultar durante el puerperio. De forma adicional, mencionamos:

4.1. Retirada de ágrafes

- Se recomienda retirar (la mitad de los ágrafes al 7º día) por parte del equipo de enfermería de su centro de salud entre el 8º y el 12º día postcesárea. (A los 10 días, se retirarán las restantes.)

4.2. Lactancia

- Si la paciente desea lactancia materna o mixta: continuar tomando 1 comprimido oral diario de ácido fólico y yodo hasta el final de la misma.
- Si la paciente desea lactancia artificial, pautar un agonista dopaminérgico como la Cabergolina vía oral, además de recomendar medidas físicas como un sujetador apretado o deportivo tipo banda, no estimular los pechos ni dar de lactar.

4.3. Anticoncepción

- Anticoncepción hormonal con gestágenos: sobre todo destacamos el implante, que se puede colocar durante la hospitalización previa alta, especialmente en situaciones de riesgo social.
- Anticoncepción no hormonal: dispositivo intrauterino de cobre. Debería realizarse al menos tras 6 semanas del postparto por el riesgo de perforación uterina y preferiblemente pasados 6 meses tras el parto, cuando el riesgo de perforación uterina es similar que en no puérperas, Si bien su inserción en casos especiales puede contemplarse inmediatamente tras el parto cuando se haya alumbrado la placenta siempre que se mantengan condiciones de asepsia adecuadas

4.4. Control de patologías

Al alta, se realizará control por su Médico de Atención Primaria de patologías como las siguientes, entre otras.

- Anemia: hierro 1 comprimido oral cada 12-24 horas con control analítico al mes.
- Diabetes gestacional: realizar sobrecarga oral de glucosa de 75 g a los 3 meses del parto o una vez finalizada la lactancia materna.
- Hipotiroidismo gestacional: realizar control analítico con TSH al mes para ajuste de dosis o suspensión del tratamiento.
- Hipertensión arterial: Labetalol con ajuste de terapia. Podría reanudarse tratamiento con IECA tipo Enalapril si hipertensión arterial refractaria.
- Depresión: realizar diagnóstico diferencial con hipotiroidismo y retirar alfametildopa si la paciente la estuviera tomando.

5. BIBLIOGRAFIA

Protocolo Práctica asistencial de la SEGO: Parto vaginal tras cesárea. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2010 Jun.

GalánSalazar C, Mateos S, MartosCano A y colaboradores. Vía de parto tras una cesárea anterior. ProgObstetGinecol. 2017 Jul;60(5):438-443

GonzálezPlaza E. Cuidados de la herida quirúrgica tras cesárea. Matronas Prof. 2019; 20(2): 63-64.

Protocolo Cesárea. Hospital Clinic – Hospital Sant Joan de Déu – Universitat de Barcelona. 2020 May.

Vidal Fernández S, Del Fresno Marqués L, Vázquez González N y colaboradores. Plan de cuidados estandarizados postcesárea. Publicaciones Didácticas [Internet]. 2018 Mar; 94(63):211-20. Disponible en: <https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/094063>