

## PROCEDIMIENTO DE CESÁREA HUMANIZADA Y CONTACTO PIEL CON PIEL

<b>Procedimiento</b>	<b>B0-7.2.2-PRC-002-V1</b>
<b>Servicio</b>	OBSTETRICIA GINECOLOGIA/ANESTESIA REANIMACION
<b>Fecha de entrega</b>	28 de Marzo de 2018
<b>Destinatario</b>	Facultativos y Personal de Enfermería del Bloque Obstétrico, Bloque Quirúrgico y Hospitalización Obstétrica

Control de modificaciones		
Descripción	Nº de versión	Fecha de edición
<b>Creación:</b> Ana Isabel Chicharro Luna Pilar Prieto Garrido Miriam de la Torre González Inmaculada Fariñas Martín Sonia Redondo Escudero Juan Antonio García García Inge S Alonso Iarruscain Gloria Esther Valdés Rico Ana belén Jiménez Galiano M Jesús Muñoz Tejada Javier Mora Canales Aníbal grande Becerra	1	15/03/2018
<b>Modificación:</b>		

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.  
 Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.  
 ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

<b>Revisado:</b>	<b>Juan Antonio García García</b> <b>Sonia Redondo Escudero</b> <b>Aníbal Grande Becerra</b> <b>Jose Manuel Manrique Moreno</b>	<b>Aprobado</b>	<b>Paloma Pérez Serrano</b> <b>Juan Torres Macho</b>
<b>Fecha:</b>	20/03/2018	<b>Fecha:</b>	27/03/2018

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.  
 Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.  
 ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

## Índice del contenido

1	OBJETIVO.....	4
2	ALCANCE .....	4
3	DEFINICIONES.....	4
4	REALIZACIÓN.....	5
5	REGISTROS.....	11
6	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL.....	12
7	ANEXOS.....	13
8	CONTROL DE CAMBIOS .....	21

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.  
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.  
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

## 1 OBJETIVO

- Garantizar el contacto Piel con Piel entre madres y/o acompañantes y los recién nacidos por cesárea para fomentar los beneficios de salud de esta práctica.
- Fomentar el inicio precoz de la Lactancia Materna.
- Unificar criterios de los diferentes servicios implicados y definir un circuito para la inclusión de esta práctica en los procedimientos habituales del Bloque Quirúrgico y Obstétrico.

## 2 ALCANCE

Facultativos y Personal de Enfermería del Bloque Obstétrico, Bloque Quirúrgico y Hospitalización Obstétrica.

## 3 DEFINICIONES

El contacto piel con piel, junto con la lactancia materna, representan el estado normal para la óptima adaptación de los recién nacidos de todas las especies mamíferas al medio extrauterino. Se define como contacto piel con piel al acto de dejar al recién nacido desnudo en posición ventral sobre la piel del pecho de su madre, inmediatamente después del nacimiento.

Según la neurociencia de los mamíferos, el contacto íntimo inherente en este lugar (hábitat) evoca neurocomportamientos que aseguran el cumplimiento de las necesidades biológicas básicas. Este tiempo puede representar un "período sensible" a nivel psicofisiológico para programar comportamiento futuro.

Durante este periodo sensitivo el bebé se encuentra en un estado de alerta tranquila, propiciada por una fuerte descarga de noradrenalina a su cerebro, que le permite estar alerta e iniciar la lactancia materna en los primeros 70 minutos de vida si no es separado de su madre. Este período sensitivo es fundamental para la impronta que el RN establece con su madre.

Cuando el recién nacido permanece piel con piel con su madre de manera ininterrumpida, al menos durante las primeras dos horas postparto, obtiene grandes beneficios que le ayudan a adaptarse al nuevo medio como son:

- Mejor adaptación metabólica

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.  
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.  
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Mejor termorregulación
- Mejor adaptación cardiaca y respiratoria
- Favorece el establecimiento del vínculo
- Ayuda a iniciar la lactancia materna
- Mejor recuperación del estrés del parto
- Mejor adaptación materna a su nuevo rol

Se ha comprobado que el inicio precoz de la lactancia materna puede disminuir la mortalidad neonatal a nivel mundial en un 21%.

Por todo ello, siempre que el estado materno y del recién nacido lo permitan, se favorecerá el contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento, independientemente de que el parto tenga lugar por vía vaginal o mediante cesárea. En este último supuesto se favorecerá el contacto inmediato piel con piel, entre la madre y el recién nacido, si no existe contraindicación médica, al menos hasta la finalización del acto quirúrgico.

## 4 REALIZACIÓN

### 4.1 INDICACIONES

El grupo de profesionales encargado de la realización de este procedimiento estiman oportuno que la implantación se realice en dos etapas, siendo la primera de ellas de 3 meses de duración y con criterios de inclusión más estrictos, con la intención de la progresiva adaptación de los profesionales a la práctica. Tras este periodo, se programará una evaluación del proceso (indicaciones, profesionales y circuitos), identificando áreas de mejora e implementando las acciones oportunas en el procedimiento para la implantación de una segunda fase definitiva.

Los criterios de inclusión consensuados por los FEAs de Anestesia, Ginecología y Pediatría son los siguientes:

- Gestación de bajo riesgo
- Cesárea programada por presentación podálica
- Madre y acompañante correctamente informados y consientan en su realización.
- Ausencia de contraindicaciones.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

#### 4.2 CONTRAINDICACIONES:

La realización de este procedimiento no será posible siempre que el equipo médico lo considere inconveniente por causa médica justificada y/o exista alguno de los siguientes criterios de exclusión:

1. Contraindicaciones maternas:
  - Placenta previa.
  - Preeclampsia con mal control gestacional.
  - Anestesia general.
  - Indicación de cesárea urgente.
2. Contraindicaciones fetales:
  - Ingreso en la Unidad de Neonatología del RN.
  - Malformaciones.
  - Sospecha de pérdida de bienestar fetal.
  - Recién nacido pretérmino (RNP) de menos de 35 semanas.
  - Diagnóstico de Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR) con peso fetal estimado inferior a los 2 Kg.
  - Gestaciones múltiples (en gemelares podría ser opcional a juicio del equipo médico).
3. Cuando el ratio paciente/matrona sea superior a 2 o la carga asistencial del servicio sea tan elevada que impida la adecuada prestación de cuidados a la paciente y /o recién nacido, el equipo de Enfermería de Paritorio, junto con los Obstetras de guardia, valoraran de forma conjunta la idoneidad o no de llevarlo a cabo. En este caso, si será posible la presencia de la pareja en quirófano, pero la paciente pasará su postoperatorio en el Servicio de Reanimación.
4. Si durante el postoperatorio en la Dilatación 8, la presión asistencial del Paritorio deviene en alguna de las situaciones anteriormente descritas (punto 3 del protocolo) se valorará el traslado de la paciente a Reanimación para continuar con el postoperatorio. Este traslado se consensuará entre todos los integrantes de la guardia de Paritorio, previa comunicación al servicio de Anestesia. En este momento se valorará si la pareja puede continuar con el piel con piel en paritorio, o si es necesario que baje a la Planta de Hospitalización obstétrica.
5. Toda paciente que tenga algún criterio de exclusión, tras la realización de la cesárea pasará al Servicio de Reanimación. En este caso, se ofertará el contacto precoz piel con piel en paritorio a la pareja de la paciente.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

### 4.3 PLAN DE ACTUACIÓN

#### A. ETAPA PREQUIRÚRGICA

- La paciente será informada en su centro de Atención Primaria, Consultas Externas de Ginecología y durante la visita al Bloque Obstétrico de los beneficios del contacto piel con piel entre la madre/acompañante y el recién nacido y la posibilidad de realización de esta práctica en nuestro centro.
- Se facilitará información adicional del proceso mediante la creación de un folleto informativo, que se proporcionará a la paciente y a su acompañante, en la misma consulta en la que se indique la cesárea.
- En el momento de la indicación de cesárea programada, el Ginecólogo y/ matrona, informará, siempre que no existan contraindicaciones, del procedimiento de realización de Cesárea Humanizada y Contacto precoz Piel con Piel con el recién nacido. Esta información deberá quedar reflejada en la Historia Clínica.
- El día de la cesárea, la paciente acudirá junto con su acompañante al área obstétrica (Paritorio). Pasará a un box de urgencias en donde se le realizará un RCTG, y los Facultativos de Ginecología confirmarán la indicación de la cesárea programada. La matrona responsable del proceso acompañará a la paciente y a su pareja, como norma general, a la dilatación 8.
- La TCAE responsable de la paciente, facilitará al acompañante un pijama desechable diferente al resto de categorías con el que permanecerá hasta su abandono del bloque obstétrico tras la realización de la cesárea. Así mismo, será facilitada un llave del armario de la dilatación donde pueda guardar sus objetos personales.
- Siempre que sea posible, y la situación del Quirófano de Urgencias lo permita, se realizará la cesárea en la primera hora de la mañana.
- Se procederá a la identificación de la paciente mediante la comprobación de la pulsera identificativa y documento identificativo válido.
- Se abrirá partograma de la paciente y se registrarán en la historia los datos clínicos, así como la verificación de los consentimientos informados necesarios (cesárea, donación de sangre de cordón umbilical, etc.).
- DUE de quirófano, acudirá a la dilatación 8 para realizar el check list de la paciente.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- La TCAE y matrona realizarán conjuntamente la preparación quirúrgica que sea necesaria: entrega de un camión del hospital, verificación de la ausencia de prótesis u objetos metálicos, retirada de la de ropa interior, verificación de ayunas, retirada de esmalte de uñas, rasurado de la piel y administración de antiácidos.
- Se canalizará una vía venosa periférica de calibre nº 18 con alargadera y se localizará en el miembro superior izquierdo de la madre. Se iniciará hidratación de la paciente con sueroterapia, preferentemente Ringer Lactato.
- Toma de constates vitales, tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura.
- Comprobar si precisa la paciente extracción de pruebas cruzadas. En caso de precisarlas, se llevará a cabo la extracción.
- Extracción de muestras sanguíneas:
  - Grupo y Rh materno.
  - Donación de sangre de cordón umbilical (si precisa).

## **B. ETAPA QUIRÚRGICA**

- Anestesia indicará el momento de la realización de la cesárea a Ginecología.
- A partir de este momento, el personal de enfermería de Paritorio dará las indicaciones al acompañante de la paciente para vestirse adecuadamente para entrar a quirófano (pijama quirúrgico, calzas, gorro y mascarilla), y le acompañarán hasta el Bloque Quirúrgico. Los enseres personales serán guardados en el armario de la Dilatación 8.
- Antes de pasar al área quirúrgica, la matrona dejará el monitor de la paciente en estado de espera y el proceso de partograma abierto.
- Durante la punción y administración de la analgesia/anestesia quirúrgica el acompañante permanecerá en el área prequirúrgica, acompañado por el personal de paritorio, que dará las indicaciones oportunas respecto a su ubicación durante el acto quirúrgico.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA



- Tras el inicio de la administración de la anestesia loco-regional y previa al inicio del acto quirúrgico, la enfermera circulante procederá al sondaje vesical de la paciente.
- Durante la realización de la cesárea el acompañante de la paciente debe permanecer siempre sentado, en la cabecera de la paciente, para evitar interferencias en el acto quirúrgico.
- Es recomendable una temperatura ambiente adecuada (aproximadamente 24-25°C), para minimizar el riesgo de hipotermia en el recién nacido la enfermera de paritorio, utilizará como fuentes de calor externas, toallas precalentadas en la cuna térmica. En la medida de lo posible, se minimizará la luz ambiental, a excepción del campo quirúrgico, y el ruido ambiental para aumentar el confort de la paciente y su acompañante.
- La enfermera circulante de quirófano será la encargada de aislar visualmente el campo quirúrgico al acompañante, así como de la pulsioximetría y la monitorización EKG en el dorso, los hombros y/o los costados de la paciente para que interfiera lo menos posible en el inicio del contacto piel con piel.
- Tras la extracción del recién nacido, si no hay complicaciones maternas o fetales que así lo impidan, el ginecólogo entregará el recién nacido a la matrona que lo recogerá con un paño estéril precalentado y lo pondrá piel con piel, en posición ventral sobre el tórax de la madre, sin entrar en contacto con el campo quirúrgico. Con la cabeza orientada hacia la mama izquierda de la madre, de manera que facilite la valoración por pediatra y enfermería. En esta posición el/la recién nacido/a, es capaz de poner en marcha los reflejos innatos que le permiten iniciar la lactancia materna en los primeros 70 minutos de vida si no hay interrupciones de por medio. Estando en estrecho contacto piel con piel, será capaz de lograr una óptima adaptación al medio extrauterino, ya que el contacto piel con piel tras el nacimiento, es la norma biológica en nuestra especie.
- El/la recién nacido/a (RN) sano sin complicaciones, será valorado/a mediante el test de Apgar, por Pediatra y DUE de Paritorio, que procederá a su identificación en esta posición, dejando para después de las 2 primeras horas de vida todos los cuidados que no sean estrictamente necesarios, con el fin de no interrumpir el contacto piel con piel. El control de la temperatura del/la RN se llevará a cabo cada 15 min por DUE de paritorio, sin interferir el contacto, manteniéndolo seco con las toallas precalentadas. En este punto, se animará al acompañante y madre a secar al RN, colocar el gorro, poner la pinza de cordón, a fin de favorecer el vínculo.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- La matrona recogerá las muestras de sangre de cordón para el estudio de gases arteriales y venosos neonatales, grupo sanguíneo, Rh y Donación de sangre de cordón umbilical, si precisa.
- La pediatra permanecerá en quirófano hasta la correcta adaptación del/la RN a la vida extrauterina junto con DUE de paritorio, que será quien se encargue de sus cuidados, mientras dure el acto quirúrgico. En caso de ser necesario interrumpir el contacto piel con piel, la reanimación se llevará a cabo de forma conjunta por DUE de paritorio y pediatra, restableciéndose este en cuanto sea posible. En este caso, el acompañante deberá permanecer en todo momento en el interior del quirófano al lado de la paciente.
- En caso de que el estado de la madre (valorado por anestesia y/o ginecología), durante el acto quirúrgico, impida la realización del contacto piel con piel, el acompañante y RN saldrán al antequirófano donde esperarán al TIGA para ser trasladados al Paritorio. Una vez allí, el recién nacido reanudará el contacto piel con piel con el acompañante hasta que el estado de la madre lo permita.

### C. ETAPA POSTQUIRÚRGICA

- Tras finalizar la cesárea, la madre y su hija/o pasarán de la mesa de quirófano a la cama con ayuda de los TIGAs, para ser trasladados junto con el acompañante (de regreso a la dilatación nº 8 del paritorio). Durante SU traslado irán acompañados de DUE de quirófano, anestesista responsable y DUE de Paritorio que será la encargada del/la RN.
- El Servicio de Anestesia será responsable de la paciente durante el postoperatorio.
- Cuando la paciente llegue a la dilatación 8, la matrona y TCAE responsables procederán a la monitorización de sus constantes, (a través del monitor Philips, que previamente había quedado en espera) así como a la realización de los cuidados necesario para su pronta recuperación, manteniendo en todo momento el estrecho contacto piel con piel con el/la RN.
- DUE de paritorio valorará al RN y si la madre lo desea, la orientará en el inicio de la lactancia materna, con agarre espontáneo en posición biológica. Ya que la evidencia científica demuestra que de esta forma se facilita el establecimiento de la lactancia redundando en su duración en el tiempo.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Una vez que anestesia confirme el alta de la paciente a la planta de obstetricia, DUE de paritorio realizará los cuidados habituales del RN: profilaxis oftálmica, administración de vitamina K, peso y talla. Dichos cuidados se llevarán a cabo dentro de la misma dilatación, respetando al máximo, el contacto piel con piel y la lactancia materna, que se utilizará como analgesia del inyectable.
- El acompañante permanecerá en todo momento junto a la madre y RN dentro de la dilatación, hasta el alta a la planta de obstetricia. Si ellos lo demandan, será ginecología quien informará a su familia.
- Si en este periodo, apareciesen complicaciones maternas y/o neonatales, se avisará a Anestesia y/o Pediatría, respectivamente, para su valoración y tratamiento.
- Todos los procedimientos realizados a la paciente durante sus estancia en paritorio, se registrarán en el documento de partograma y los formularios de Selene correspondientes.

## 5 REGISTROS

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.  
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.  
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

## 6 DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

### BIBLIOGRAFÍA

1. Puig, G., Sguassero, Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de noviembre de 2007). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud
2. AEP. Manual de lactancia Materna, De la teoría a la Práctica. Ed Panamericana. 2009. Pag (153-156)
3. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007*, Número 4, artículo nº: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.
4. Jana AK. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2009). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.  
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.  
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

## 7 ANEXOS

### ANEXO 1: FOLLETO INFORMATIVO

#### Información a las familias acerca de cesárea humanizada

---

El contacto piel con piel, junto con la lactancia materna, representan el estado normal para la óptima adaptación de los recién nacidos de todas las especies mamíferas al medio extrauterino. Se define como contacto piel con piel al acto de dejar al recién nacido desnudo en posición ventral sobre la piel del pecho de su madre, inmediatamente después del nacimiento.

Según la neurociencia de los mamíferos, el contacto íntimo inherente en este lugar (hábitat) evoca neurocomportamientos que aseguran el cumplimiento de las necesidades biológicas básicas. Este tiempo puede representar un "período sensible" a nivel psicofisiológico para programar comportamiento futuro.

Durante este periodo sensitivo el bebé se encuentra en un estado de alerta tranquila, propiciado por una fuerte descarga de noradrenalina a su cerebro, que le permite estar alerta e iniciar la lactancia materna en los primeros 70 minutos de vida si no es separado de su madre. Este período sensitivo es fundamental para la impronta que el RN establece con su madre.

Cuando el recién nacido permanece piel con piel con su madre de manera ininterrumpida, al menos durante las primeras dos horas postparto, obtiene grandes beneficios que le ayudan a adaptarse al nuevo medio como son:

- Mejor adaptación metabólica
- Mejor termorregulación
- Mejor adaptación cardiaca y respiratoria
- Favorece el establecimiento del vínculo
- Ayuda a iniciar la lactancia materna
- Mejor recuperación del estrés del parto
- Mejor adaptación materna a su nuevo rol

Se ha comprobado que el inicio precoz de la lactancia materna puede disminuir la mortalidad neonatal a nivel mundial en un 21%.

Por todo ello, siempre que estado materno y del recién nacido lo permitan, se favorecerá el contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento, independientemente de que el parto tenga lugar por vía vaginal o mediante cesárea. En este último supuesto se favorecerá el contacto inmediato piel con piel, entre la madre y el recién nacido, si no existe contraindicación médica, al menos hasta la finalización del acto quirúrgico

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

El hospital de Parla le ofrece el acompañamiento de su pareja y la participación en el nacimiento de su hijo en el parto por cesárea

## OBJETIVO

- A) Garantizar el contacto Piel con Piel entre madres y/o acompañantes y los recién nacidos por cesárea para fomentar los beneficios de salud de esta práctica.
- B) Humanizar las cesáreas y conseguir que el nacimiento de un niño por cesárea sea lo más parecido a un postparto normal sin olvidar que una cesárea es una cirugía mayor susceptible de complicarse.

## CONSIDERACIONES

1. Si por causas médicas el contacto piel con piel no puede realizarse con la madre, este puede realizarse con el padre o con una persona cercana que haya sido elegida por la madre previamente.
2. Realizar el contacto piel con piel en cesáreas es seguro, aumenta la satisfacción emocional de la madre, disminuye su percepción dolorosa y además favorece el establecimiento de la lactancia.
3. En la mayoría de las cesáreas es posible realizar CPP en quirófano siempre que las condiciones de la madre y el niño lo permitan. En cualquier momento para garantizar la mejor asistencia tanto a la madre como al recién nacido los profesionales que atienden la cesárea pueden pedir al padre o al acompañante que abandone el quirófano o la dilatación. La cesárea se realiza en un sitio aséptico con concurrencia cercana de otros pacientes con otros procesos con lo cual se deben seguir unas series de recomendaciones dadas por los profesionales tanto desde el momento del ingreso como hasta el regreso de la paciente a su habitación.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

## PROCEDIMIENTO

---

La madre ingresará a las 09:00 por urgencias y será remitida al área de paritorio junto a su acompañante, donde se les acompañará a la dilatación número 8. Allí, ella será preparada para la cesárea y a su acompañante se le proporcionará un pijama desechable con el cual permanecerá hasta que la madre y su hijo/a abandonen el bloque obstétrico.

En dicha dilatación habrá disponible un armario con cerradura para que el acompañante pueda dejar sus pertenencias.

Llegado el momento de pasar a quirófano, el acompañante permanecerá con su matrona /enfermera, hasta que puedan entrar. Una vez allí, se colocará sentado a la cabecera de la paciente, para no interferir en el acto quirúrgico.

Tras el nacimiento del bebé, ginecología se lo entregará a la matrona que lo envolverá en un paño caliente y lo pondrá sobre el pecho desnudo de su madre en estrecho contacto piel con piel.

El bebé será valorado por pediatra y enfermera de forma conjunta, sobre el pecho de su madre.

Al finalizar la cesárea, los tres juntos volverán a su sala de dilatación donde continuará el contacto piel con piel, entre la madre y el/la recién nacido/a, bajo la supervisión del equipo de enfermería de paritorio. Mientras permanezca en dicha sala, el acompañante permanecerá en todo momento junto con la madre y el bebé.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

## **ANEXO 2. Cuidados de enfermería tras cesárea bajo anestesia raquídea.**

- A la llegada de la paciente, el servicio de anestesia y enfermería de quirófano pondrá en conocimiento de la matrona responsable el tipo de anestesia que se ha empleado así como fármacos utilizados durante el acto quirúrgico.
- Al ingreso en la unidad se valorará el aspecto del apósito (marcar si está manchado), la altura uterina, loquios, movilidad de miembros inferiores, y dolor, así como monitorizar de forma continúa, la saturación de oxígeno y electrocardiograma, tensión arterial cada 15 min y temperatura.
- Alarmas programadas: Saltará las alarmas en caso de saturación de oxígeno menor a 90 %, frecuencia cardiaca menor de 40 lpm, frecuencia cardiaca mayor de 120 lpm, tensión arterial sistólica menor de 90 mmHg.
- Oxigenoterapia, si la paciente viene procedente de quirófano con gafas nasales o mascarilla Venturi de oxígeno, en función de la saturación de oxígeno y el nivel de conciencia se valorará la retirada del oxígeno a los 30 min.
- Colocación de manta térmica. Vigilar temperatura.
- Vigilar diuresis horaria. La paciente vendrá de quirófano con sondaje vesical permanente, se medirá la diuresis horaria así como el aspecto de la orina. La paciente deberá de orinar a razón de 0,5-1 ml de orina/kg peso/ hora.
- Analgesia: Se valorará el dolor de la paciente mediante la escala analógica visual del dolor (EVA). Se iniciará la administración de analgesia pautada por anestesiólogo de forma temprana, para un mejor control del dolor.
- Administración de oxitocina en el puerperio según prescripción de ginecólogo responsable:
  - 10 unidades de oxitocina en 500 de SF a pasar en 4 horas en bomba de infusión a 125 ml/h ó 20 unidades de oxitocina en 500 de SF a pasar en 8 horas en bomba de infusión a 62 ml/h.
- Valoración de la altura uterina: Se valorará de forma periódica la altura uterina, la formación del globo de seguridad y la cantidad de sangrado vaginal, inicialmente cada 20 minutos y luego cada hora.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA



- Hidratación mediante cristaloides o coloides según indicación anestesia, preferentemente Ringer lactado a un ritmo de 125 ml/ h.
- Previo al alta se valorará:
  - Dolor: Escala EVA menor de 4.
- 1. Bloqueo motor: Valorar la capacidad de la paciente de flexionar las piernas y levantar el cóccix por si sola.
- 2. Diuresis: Valorar aspecto y cantidad. La paciente bajará a planta con sondaje permanente.
- 3. Apósito: Idealmente estará limpio. En caso de que esté manchado, marcarlo sin retirar.
- 4. Medicación: La paciente bajará con la sueroterapia de mantenimiento y perfusión de oxitocina al ritmo marcado.
- 5. Tolerancia: Se iniciará la tolerancia en planta.
- 6. Constantes: La paciente presentará buen estado general y constantes mantenidas.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

### ANEXO 3: Fármacos empleados bajo prescripción médica.

**Efedrina:** (ampollas de 30 mg/ ml.) Diluir 5 ml SF+ 1 ml de Efedrina. Administrar 1 cc o 5 mg de Efedrina.

**Morfina:** (ampollas 10 mg de morfina por 1 ml). Diluir 9 ml SF + 1 ml de morfina. Administrar de 2 mg (2 ml de la dilución) de morfina cada 20 min (bolo lento o diluido en 100 cc SF) Administrar siempre con oxigenoterapia.

Fármaco	Dilución	Dosis
Hidrocloruro de Efedrina. 30 mg/ml (ampolla de 1ml)	Diluir 5 ml SSF+1 ampolla de efedrina: dilución 5mg/ml	Administrar 1 ml de la dilución : 5 mg de efedrina
Cloruro Mórfico. 10mg/ml (ampolla de 1 ml)	Diluir 9 ml SSF+ 1 ampolla de morfina: dilución 1mg/ml	Administrar 2 ml de la dilución: 2 mg de morfina. En bolo lento o en 100 cc de SF.

EVA (escala analógica visual del dolor).

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductividad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 cm, en cuyos extremos se encuentra las expresiones " sin dolor" es el valor 0 y " máximo dolor" es el valor 10. La intensidad se expresa en centímetros.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

#### ANEXO 4. Esquema del Procedimiento.

##### **ETAPA PREQUIRÚRGICA**

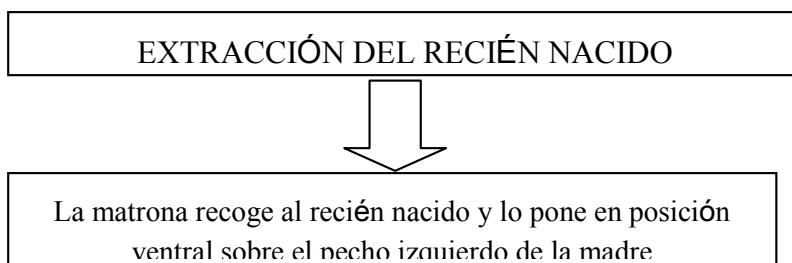
- 1.- Información en Atención Primaria, Consultas externas y visita del bloque obstétrico.
- 2.- Ingreso en Urgencias
  - \* Identificación de la madre
  - \* Recoger consentimientos
  - \* Monitorización cardiotocográfica del bebé
- 3.- Preparación quirúrgica en dilatación.
  - \* Canalización de vía periférica y extracción de muestras sanguíneas
  - \* Preparación quirúrgica necesaria de la madre

##### **ETAPA QUIRÚRGICA**

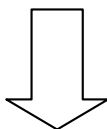
- 1.- Anestesia indica el momento de realización de la cesárea a ginecología
- 2.- Personal de enfermería de paritorio prepara al padre y le acompaña a quirófano
- 3.- Acompañante sentado en la cabecera de la mesa quirúrgica, a la derecha de la madre
- 4.- Colocar electrodos maternos en la espalda o en los hombros de la madre
- 5.- Aislar visualmente el campo quirúrgico al acompañante.
- 6.- Colocar el RN en posición ventral, piel con piel con la madre y con la cabeza en pecho izquierdo materno.

##### **ETAPA POSTQUIRÚRGICA**

- 1.- Madre, hijo y acompañante serán trasladados a una dilatación en Paritorio y estarán acompañados por el equipo de enfermería responsable.
- 2.- Anestesia será la responsable de la paciente durante el postoperatorio.
- 3.- El equipo de enfermería monitorizará las constantes maternas y continuará la observación del recién nacido.
- 4.- La enfermera de paritorio administrará la vitamina K y profilaxis oftálmica, junto con la medición de talla, peso y perímetro cefálico en la misma habitación.
- 5.- Anestesia indicará el traslado de la madre a la planta de obstetricia.



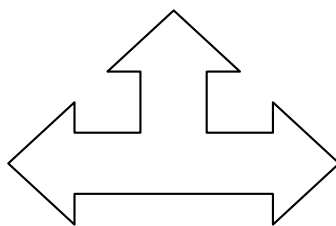
Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.  
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.  
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA



Pediatría y enfermería realizarán la valoración del recién nacido sobre el pecho de la madre, colocando la pinza de cordón umbilical, la pulsera identificativa y gorro.  
Mantener al recién nacido seco con toallas precalentadas en quirófano.

**SI EMPEORA EL ESTADO  
MATERNO**

Interrumpir piel con piel.  
Acompañante y recién nacido saldrán al antequirófano y trasladados a la dilatación 8.  
Reanudar contacto piel con piel con el padre.



**EL RECIÉN NACIDO  
PRECISA REANIMACIÓN**

Trasladar al recién nacido a la cuna de reanimación.  
El padre permanece con la madre.  
Avisar a pediatría si han abandonado el quirófano.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.  
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.  
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

## 8 CONTROL DE CAMBIOS

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS				
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA 1ª ED.	FECHA ÚLTIMA ED.	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
B0-7.2.2-PRC-002-V1	1	15/3/2018		Elaboración inicial del documento

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.  
 Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.  
 ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA