

# PROCEDIMIENTO QUIRURGICO ENFERMERO EN LA CESAREA URGENTE

ADAPTACIÓN AL GRADO DE ENFERMERÍA

CURSO 2011/2012

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Reyes Fernández González  
reyesferna@hotmail.com

Tutor: Francisco León Puy

## INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	5
Metodología.....	5
Desarrollo del procedimiento quirúrgico.....	5
- Acogida de la paciente en el antequirófano.....	5
- Anestesia.....	6
- Secuencia del procedimiento de la enfermera/o circulante.....	6
- Secuencia del procedimiento de la enfermera/o instrumentista.....	6
- Instrumental para cesárea.....	8
- Material fungible para el acto quirúrgico.....	8
Conclusiones.....	9
Bibliografía.....	10

# RESUMEN

## Introducción

Este trabajo consiste en describir las actuaciones de los enfermeros/as en una cesárea de urgencia, donde es de suma importancia la buena praxis, la rapidez en la actuación y la coordinación de todo el equipo quirúrgico.

La cesárea es una técnica quirúrgica mediante la cual el parto se lleva a cabo a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina. La de urgencia se realiza ante circunstancias vitales o accidentales tanto maternas como fetales.

## Objetivos

### *General*

- Elaborar un protocolo de actuación en el procedimiento quirúrgico enfermero de la cesárea.

### *Específicos*

- Facilitar el acceso del procedimiento a las enfermeras/os de nueva incorporación.
- Garantizar una actuación homogénea y coordinada en el procedimiento quirúrgico.

## Metodología

Se consultaron las bases de datos: Segó (sociedad española de ginecología y obstetricia) OMS, Guías clínicas materno/fetal (Clínico de Barcelona), Elsevier artículos originales.

Se describe la secuencia de actuaciones en el procedimiento quirúrgico.

## Conclusiones

Protocolizar el procedimiento de enfermería, mejorará el cumplimiento de las diferentes fases de actuación en el proceso quirúrgico.

Garantiza un proceder homogéneo que mejora la cohesión del equipo quirúrgico y por consiguiente la calidad asistencial.

## Palabras clave

Cesárea, cesárea urgente, parto abdominal, anestesia cesárea urgente  
Profilaxis antibiótica.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años se ha producido un aumento en la operación de cesárea. Antes de 1960 la frecuencia era inferior al 5% y en los últimos años ha llegado al 20- 25%. <sup>(1, 2)</sup>

Muchos factores contribuyeron al aumento global de las tasas de cesáreas, entre ellos, mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, menor riesgo de complicaciones postoperatorias a corto plazo, factores demográficos y nutricionales, y la percepción de la seguridad del procedimiento por parte de los prestadores y las pacientes.<sup>3</sup>

La cesárea tiene una mayor morbilidad materna, aunque hayan mejorado las técnicas quirúrgicas, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, tromboembólicas y un periodo de recuperación y coste mayor que el parto vaginal. <sup>(1, 3, 4, 5)</sup>

La cesárea es una técnica quirúrgica mediante la cual el parto se lleva a cabo a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina (histerotomía) cuando el parto vaginal no es posible o conlleva algún riesgo para la madre o el feto. <sup>(6)</sup>

### Tipos de cesárea urgente

La cesárea urgente es la que se realiza ante circunstancias vitales o accidentales tanto maternas como fetales y puede ser anteparto o intraparto como en: <sup>(6, 7, 8)</sup>

- Desprendimiento prematuro de placenta,
- La placenta previa.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Ruptura uterina
- Sufrimiento fetal agudo.
- No progresión del parto.
- Presentación anómala del feto

### La anestesia en cesárea urgente

La anestesia locorregional (ALR), ha seguido un gran desarrollo en el área obstétrica en los últimos 20 años. Su utilización ha sido la causa del importante descenso de la morbi-mortalidad directa anestésica en obstetricia. También la detección de situaciones de riesgo para la intubación difícil y la prevención de síndromes de aspiración de líquido gástrico han contribuido a esta gran disminución.

La anestesia epidural (AE) realizada durante el trabajo de parto en previsión de un parto por vía vaginal, permite ser utilizada como técnica anestésica para una cesárea no programada. Actualmente el bloqueo subaracnoideo, la raquianestesia o bloqueo intradural (AI), se considera la técnica de primera elección no solamente para las cesáreas programadas, sino también en muchas ocasiones para intervenciones de urgencia. No obstante la anestesia general (AG), sigue siendo utilizada para cesárea urgentes con relativa frecuencia. <sup>(7)</sup>

### Riesgos del procedimiento

La profilaxis antibiótica previa a la cesárea es efectiva. El momento ideal de la aplicación de la profilaxis es previo a la incisión quirúrgica de la cesárea y no tiene efectos adversos en el resultado neonatal. <sup>(6, 10)</sup>

Al igual que en cualquier procedimiento quirúrgico, pueden surgir complicaciones. Entre las complicaciones más frecuentes podemos encontrar. <sup>(5, 6, 9)</sup>

- Sangrado por atonía uterina
- Lesiones en la vejiga o en los intestinos
- Infección en el útero
- Infección de la herida quirúrgica
- Infección de la vía urinaria
- Retraso en el regreso de la función intestinal

### **OBJETIVOS**

General:

- Elaborar un protocolo de actuación en procedimiento quirúrgico enfermero de la cesárea.

Específicos:

- Facilitar el acceso del procedimiento a las enfermeras de nueva incorporación.
- Garantizar una actuación homogénea en el procedimiento quirúrgico.

### **METODOLOGÍA**

Se consultó en las bases de datos: Segor, OMS, Guías clínicas materno/fetal (Clínico de Barcelona) y protocolos en la biblioteca del hospital Miguel Servet (Zaragoza), Elsevier artículos originales.

Descripción de la secuencia de actuación en el procedimiento quirúrgico, desde la llegada de la paciente hasta el traslado a la URPA.

Descripción del instrumental y material necesario para la realización del procedimiento.

### **DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO**

#### ***Acogida de la paciente en el antequirófano***

- Apoyo a la madre a la que se le practica la cesárea, ya sea de urgencia o programada se angustia con facilidad por el temor a lo desconocido, por lo que es importante brindarle seguridad ya que ella y su bebé van a ser atendidos por personal especializado.
- Disminuir la angustia y temor informándola de forma breve y sencilla de la dinámica de actuación hasta el final del procedimiento. Es importante tener en cuenta los factores socio-culturales que puedan influir en la madre.

- La acogida se realiza en el antequirófano donde se realizan unas rutinas como son:
  - Comprobación datos personales.
  - Comprobar antecedentes personales (alergias y patologías de base).
  - Comprobar retirada de prótesis y objetos metálicos (joyas, piercing...)
  - Retirada de camisón y colocación de paños verdes (respetando en todo momento la intimidad de la paciente), y gorro (por parte de la auxiliar de enfermería).
  - Revisar y canalizar vía periférica (a ser posible la vía debe estar canalizada en extremidad superior izquierda).
  - Iniciar pauta de antibioterapia según protocolo.

### ***Paso a quirófano***

#### ***Anestesia***

Según la necesidad de ese momento podrá ser:

- Epidural
- Intradural
- General

#### ***Secuencia del procedimiento de actuación de la enfermera circulante***

- Colocación de la paciente en la mesa quirúrgica en decúbito supino ligeramente lateralizada a la izquierda para evitar compresión aorto-cava.
- Colocación de los brazos en cruz, con un ángulo no superior a 90 grados, para evitar lesiones en hombros.
- Monitorización de EKG, tensión arteria, y pulsioximetría.
- Colaborar con el anesthesiólogo en la inducción anestésica.
- Sondaje vesical, según protocolo.
- Profilaxis antibiótica según protocolo.
- Colocar la placa de bisturí eléctrico en el muslo de la paciente.
- Sujeción de la paciente con cinta de tela a la altura de las rodillas para evitar la flexión de las mismas.
- Anudar batas de los cirujanos.
- Desinfección del campo quirúrgico con Clorhexidina alcohólica.
- Conectar los terminales de bisturí eléctrico y aspiración (nos lo acerca la enfermera instrumentista).
- Atender las demandas de enfermera instrumentista.
- Recuento de gasas y compresas.
- Cumplimentar el registro del procedimiento.
- Estar expectante para las necesidades que puedan surgir.

#### ***Actuación de la enfermera instrumentista***

- Preparación de la mesa de instrumentación echando todo el material necesario.
- Abrir la caja de instrumental previa comprobación del código de esterilidad. En este momento la enfermera instrumentista irá a realizar el lavado de manos.
- Una vez colocados los guantes y la bata inicia el conteo de instrumental, gasas y compresas; y su colocación sobre la mesa de instrumentación.
- Colabora en la preparación del campo quirúrgico estéril.

- Colocar el terminal del bisturí y goma de aspirador sobre el campo quirúrgico sujetándolo con tira adhesiva.
- Colaboración continúa con el cirujano en los diferentes pasos de la intervención. Es necesario que la enfermera instrumentista conozca los pasos más importantes de la intervención para poder adelantarse a la solicitud del instrumental.
- La incisión puede ser mediante laparotomía media o Phannestiel.
- Preparamos dos compresas cerca de zona de incisión, dos mosquitos pequeños y bisturí frío + pinza de disección c/d.
- Subcutáneo: bisturí frío y disección.
- Apertura de fascia (cirujano) con tijera de mayo curva y pinzas disección con dientes. Una vez abierta se dan dos pinzas de Kocher con dientes que tras ser colocadas en fascia pasará una venda que sirve de tracción para hacer campo.
- Se despegan músculos rectos (cirujano) con tijeras de mayo curvas y pinzas disección sin dientes y se abre peritoneo.
- Se coloca valva suprapúbica (cirujano) con cadena y peso.
- Se procede a la incisión del útero con bisturí frío para la extracción fetal.
- Preparar aspiración de fluidos.
- Extracción fetal.
- Se utilizan dos pinzas de Kocher rectas para clampar el cordón umbilical. Se corta con tijera de mayo curva entre las dos pinzas separando así el feto de la placenta.
- Clampado con anillos largos los ángulos uterinos.
- Jeringa pH (acordar previamente con la matrona la jeringa arterial y/o venosa, o 1º gemelo y 2º gemelo...).
- Acercar cápsula para el alumbramiento.
- Extracción de placenta con anillos cortos.
- Se comprueba que en el interior del útero no hayan quedado restos de placenta o membranas.
- Cierre del útero con poliglicólico del 1 con aguja ▼ y disección s/d, dar referencias si precisa para marcar punto de ángulo uterino y tijeras rectas para hilos.
- Revisión de hemostasia y cavidad abdominal.
- *“Si ligadura de trompas”:*
  - Se echan a la mesa ligaduras o seda:
    - Preparar en dos mosquitos con 2 ligaduras en cada uno.
    - Se coge trompa con allis.
    - Se anudan y se secciona la parte de trompa.
    - Se envía la pieza (derecha e izquierda) a anatomía patológica en un frasco con formol.
- Recuento de compresas y gasas.
- Cierre por planos: Útero con poliglicólico del nº 1 ó nº 0 y disección s/d
- Peritoneo: poliglicólico de 2/0 y disección s/d.
- Músculo: poliglicólico del 0 y disección s/d.
- Fascia: o poliglicólico del 1 con aguja ▼ y disección c/d.
- Piel: grapas o seda con aguja recta y disección c/d.
- Se limpia la herida quirúrgica con Clorhexidina y se coloca apósito quirúrgico compresivo.
- Una vez finalizada la intervención se traslada a la paciente a la unidad de reanimación post-anestésica vigilando el sangrado y la buena evolución post-anestésica.

### ***Instrumental para cesárea***

En la caja de cesárea, el instrumental está previamente preparado de tal manera que en la zona izquierda está el instrumental necesario para la urgencia y en la zona derecha el resto de instrumental necesario para finalizar la intervención y otras necesidades que puedan surgir. Esta distribución del instrumental es particular de cada hospital.

<u><i>Izquierda</i></u>	<u><i>Derecha</i></u>
<ul style="list-style-type: none"><li>• valva suprapúbica, cadena y peso</li><li>• mango de bisturí</li><li>• 2 Roux</li><li>• 4 kotcher rectos</li><li>• 2 pinzas porta torundas</li><li>• 2 mosquitos rectos</li><li>• 2 portas</li><li>• 2 tijeras mayo rectas</li><li>• 1 tijera mayo curva</li><li>• 2 anillos largos</li><li>• 3 anillos cortos</li><li>• 2 p. disección s/d</li><li>• 2 p. disección c/d</li><li>• 1 p. hemostasia</li><li>• cápsula</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• valva maleable</li><li>• valva Doyen</li><li>• 1 Roux</li><li>• 6 Faure c/d</li><li>• 6 crille (mosquitos curvos)</li><li>• 4 Haslthead</li><li>• 4 Allis</li><li>• 2 Adson</li><li>• 6 cangrejos</li></ul>

### ***Material fungible necesario para el acto quirúrgico***

<u>Equipo de ropa desechable:</u>	<u>Material que echamos al campo</u>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 cubremesas</li><li>• 6 toallas seca manos</li><li>• 3 batas quirúrgicas dos talla L y una XL</li><li>• Bisturí eléctrico</li><li>• Bisturí frío con hoja nº 23</li><li>• 1 cánula yankauer 22 ch.</li><li>• 1 cinta adhesiva</li><li>• Sabana de cesárea</li><li>• Paño de recogida del bebe + gorro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 venda estéril</li><li>• Goma de aspiración</li><li>• Jeringa PH (una por cada feto)</li><li>• 3 paquetes de compresas con contraste</li><li>• 1 paquete de gasas con contraste</li></ul>



## **CONCLUSIONES**

- Protocolizando el procedimiento en Enfermería se logra:
- Mejorar el cumplimiento de las diferentes fases de actuación en el proceso quirúrgico.
- Garantizar una actuación homogénea, en el acto quirúrgico.
- Optimizar la cohesión del equipo.
- Garantizar la mejora en la calidad asistencial.
- Facilitar el aprendizaje a las Enfermeras/os de nueva incorporación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.** Franco Royo MJ, Tejero Cabrerías E, Cruz Guerreiro E. Manual de Riesgo Obstétrico. Cesárea abdominal. Araconsa. Zaragoza. 2011; 28:p409-418
- 2.** Escribano JJ, Álvarez E, Salcedo A, Martínez J. Comparación de costes de la cesárea mediante técnicas de Misgav Ladach y convencional con incisión de Pfannenstiel. Prog Obstet Ginecol 2004; 47(7): 323-9
- 3.** Abalos E. Técnicas y materiales alternativos para cesárea. La biblioteca de la salud reproductiva de la OMS. Ginebra. Revisión 2009
- 4.** Zornoza García V, Luengo Tabernero A, Ferrero Viñas A, Fernández Corona A, González García C. Modificación en la tasa de cesáreas y sus indicaciones entre 2000 y 2006 en el Hospital de León. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(7): 404-10
- 5.** Aparicio Rodrigo M, Balaguer Santamaría A. El parto por cesárea conlleva un aumento de la morbilidad materna ¿Compensa el riesgo? Evid Pediatr. 2008; 4:16
- 6.** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Cesárea abdominal Protocolo 2002. [www.prosego.com/obstetricia](http://www.prosego.com/obstetricia)
- 7.** Plaza A, Coll O. Guías clínicas maternofetal. Hospital Clinic de Barcelona. Revisión 2008  
[www.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/protocolo de actuación en cesárea urgente](http://www.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/protocolo_de_actuacion_en_cesarea_urgente)
- 8.** Calvo Pérez A, Cabeza Vengoechea PJ, Campillo Artero C. Idoneidad de las indicaciones de cesárea. Una aplicación en la gestión de la práctica clínica. Prog Obstet Ginecol. 2007; 50(10): 584-92
- 9.** Fernández Alonso AM, Vizcaíno A, Rodríguez García I, Carretero P, Garrigosa L, Cruz M. Hemorragia durante la cesárea: factores de riesgo. Clin Invest Gin Obst. 2010; 37(3): 101–105
- 10.** Méndez-Brich MM, Fuchs-Cordón J R, Fuchs-Castillo E J. .Uso profiláctico de antibióticos previos a la cesárea. Acta méd. costarric 2011; 53(4)