

INDICACIONES

La indicación de la estancia de la paciente en paritorio para el postoperatorio inmediato de la cesárea, será criterio último del anesthesiólogo responsable de la paciente, que valorará de forma individualizada cada paciente, sus antecedentes personales, la indicación de la cesárea y el desarrollo intraoperatorio desde el punto de vista quirúrgico y anestésico, determinando así, su estancia allí o su traslado a URPA.

1. **Referente a la paciente:** Ausencia de patología materna que precise vigilancia estrecha (de origen obstétrico o no):
 - a. Diabetes, gestacional o previa, en tratamiento hipoglucemiante, **con difícil control.**
 - b. HTA, previa o gestacional, de **difícil control** (TAS >180 mmHg) o cualquier cuadro hipertensivo relacionado con la gestación (Eclampsia – Preeclampsia)
 - c. Enfermedad neuromuscular o trastornos neurológicos
 - d. Patología cardiopulmonar
 - e. Patología renal crónica reagudizada o aguda
 - f. Patología inmunológica con repercusión sistémica

2. **Referente al procedimiento quirúrgico:** Ausencia de complicaciones intraoperatorio o elevado riesgo de complicaciones postoperatorias
 - a. No indicación urgente/emergente: desprendimiento de placenta, prolapso de cordón, placenta previa sangrante, sospecha de embolia de líquido amniótico,...
 - b. Ausencia de datos que sugieran complicaciones mecánicas uterinas: atonía uterina, alta demanda de uterotónicos, rotura uterina,...
 - c. Hemorragia obstétrica (de cualquier etiología)

3. **Referente al procedimiento anestésico:** Ausencia de complicaciones intraoperatorio o elevado riesgo de complicaciones postoperatorias
 - a. Reacción alérgica, anafilactoide o shock anafiláctico
 - b. Hipotensión arterial de difícil control
 - c. Necesidad de conversión de anestesia locorregional a anestesia general con IOT

4. **Referente a la organización:** se valorará la permanencia de la paciente en la URPA obstétrica en función de la disponibilidad de sala, sobrecarga de trabajo y demás circunstancias organizativas que puedan conllevar su traslado a URPA.

MONITORIZACIÓN DURANTE EL INGRESO

Al tratarse de pacientes con patología de bajo riesgo y sin complicaciones prevenibles, se recomienda realizar una monitorización básica no invasiva:

- a. **Electrocardiograma de 3-5 derivaciones:** frecuencia cardíaca, ritmo sinusal, alteraciones del ritmo no conocidas, alteraciones ST,...
- b. **Saturación por pulsioximetría:** evitar desaturaciones, mantener SpO₂ > 94-96%, si se registra un dato menor, administrar oxigenoterapia complementaria a través de gafas nasales a 2'5-3 lpm.
- c. **Presión arterial no invasiva:** mínimo cada 15 minutos.

La monitorización se mantendrá durante toda su estancia y se retirará de forma previa al alta.

Criterios de alarma en el postoperatorio inmediato (*Maternal Early Warning Criteria*)

Systolic BP, mm Hg	<90 or >160
Diastolic BP, mm Hg	>100
Heart rate, beats per minute	<50 or >120
Respiratory rate, breaths per minute	<10 or >30
Oxygen saturation, % on room air	<95
Oliguria, milliliters per hour for ≥ 2 h	<35
Neurologic: Maternal agitation, confusion, or unresponsiveness; Patient with preeclampsia reporting a nonremitting headache or shortness of breath	

PROFILAXIS DE NAÚSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS (NVPO)

El riesgo de NVPO se valorará según la escala de Apfel.

Mujer	1
No fumadora	1
AP de NVPO y/o cinetosis	1
Uso de opioides	1
Puntuación total	4

Según esta escala, los riesgos de NVPO serán:

- a. Riesgo bajo o muy bajo: 0-1 puntos
- b. Riesgo moderado: 2 puntos
- c. Riesgo alto o muy alto: 3-4 puntos

En el área obstétrica, partimos de una puntuación basal de 1 punto (mujer).

Según esta escala, en nuestro tipo de paciente, se parte al menos de un nivel bajo (1 punto) de riesgo de NVPO. Las recomendaciones serían:

1. Riesgo bajo o muy bajo: monoterapia
2. Riesgo moderado: terapia doble
3. Riesgo alto: triple terapia

En el área obstétrica, partimos de una puntuación basal de 1 punto (mujer), por lo que la administración de al menos un fármaco (monoterapia) ha de realizarse de forma rutinaria.

Protocolo de administración de profilaxis para NVPO

Pauta habitual: Ondansetrón 4 mg iv

Si riesgo moderado o aparición de NVPO: dexametasona 4 mg (en 100ml de SSF 0'9%)

Si riesgo alto o difícil control de NVPO: Avisar anestesiólogo de guardia

1. Droperidol 0'625 mg iv
2. Repetir dexametasona 4 mg u ondansetrón 4 mg
3. Otros fármacos a valorar por anestesiólogo responsable

TRATAMIENTO DEL DOLOR POST-CESÁREA

El dolor postcesárea es de origen mixto (somático y visceral) y de intensidad media-intensa, con una duración en torno a 48-72h y con posibilidad de cronificación en el 8-10% de las pacientes. Es necesario realizar escalas validadas para evaluación del dolor durante el postoperatorio inmediato.

El analgésico a administrar debe tener una mínima transferencia a la leche materna, mínimos efectos adversos en la madre e ínfimos efectos en el neonato.

El tratamiento multimodal empleado habitualmente es con analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINE) y opiáceos, con lo cual se consigue un efectivo alivio del dolor y una significativa reducción de los efectos colaterales de los opiáceos. Otros métodos utilizados sería el bloqueo de planos fasciales de la pared abdominal (a criterio del anestesiólogo).

Analgesia por vía sistémica:

- Opiáceos:
 - i. Morfina intravenosa: calidad analgésica, menor sedación y disforia que otros opiáceos.
 - ii. Tramadol

***Tramadol:** muchos expertos consideran el Tramadol seguro o probablemente seguro durante la lactancia materna dado que:

A. El metabolito del tramadol, el M1, tiene un débil efecto opioide, no como la morfina, metabolito de la codeína.

B. Hasta los 2-3 meses de edad la metabolización del tramadol a M1 está muy disminuida.

C. El tramadol y el M1, se excretan en cantidades muy pequeñas en leche materna.

D. No se ha publicado ningún efecto adverso en neonatos o lactantes cuyas madres tomaban tramadol.

Por todo ello, Palmer en 2018 estima inapropiada esta contraindicación de la FDA. Conviene emplear dosis mínima suficiente y vigilar en el lactante signos de sedación o dificultades de alimentación.

- AINE: dexketoprofeno y paracetamol intravenosos

***Metamizol:** La Agencia Europea del Medicamento ha unificado la información del Metamizol para los países europeos, limitando la dosis y el uso, tanto en adultos como en lactantes y niños y no recomendándolo durante el embarazo y la lactancia (EMA 2019 y 2018). En caso de una administración aislada de metamizol, se debe desechar la leche materna durante un período de 48 horas antes de volver a reanudar la lactancia (EMA 2019).

Otros consensos de expertos consideran seguro el metamizol durante la lactancia (Dinavitser 2020).

Hasta conocer más datos publicados sobre este fármaco en relación con la lactancia, se recomienda un uso puntual y limitado, siendo preferibles alternativas conocidas más seguras (Bar-Oz 2003), especialmente durante el periodo neonatal y en caso de prematuridad.

Analgesia por vía neuroaxial

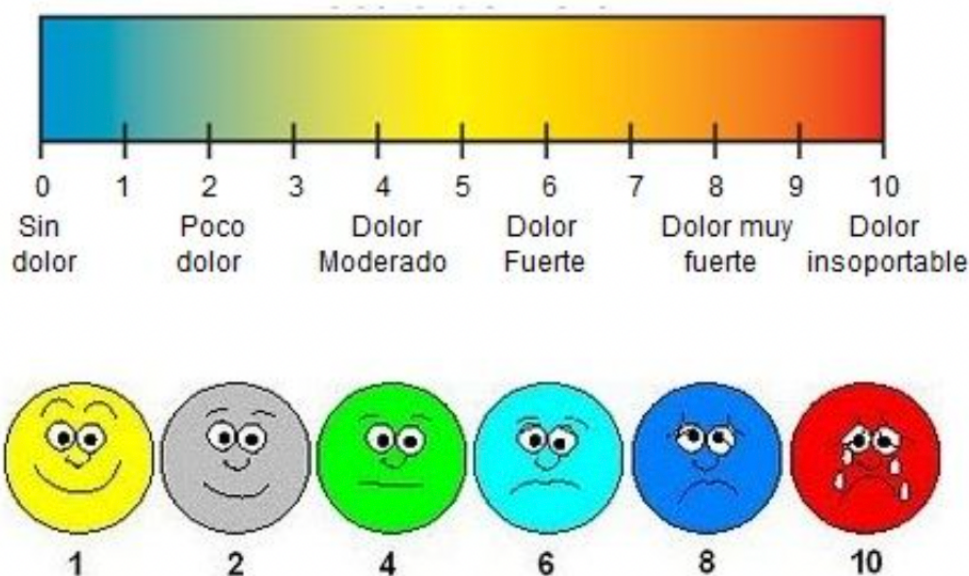
Morfina intra o epidural (según criterio del anestesiólogo responsable).

Analgesia periférica

Infiltración de la herida quirúrgica (ginecólogo) y bloqueo de los nervios ilioinguinales o del plano transversal del abdomen (indicación del anestesiólogo responsable).

ESCALA DE VALORACIÓN NUMÉRICA o ESCALA VISUAL ANALÓGICA

- Se evaluará el dolor nada más ingresar en la Unidad. En caso de bloqueo sensitivo el dolor debe tener un valor 0.
- Con la recuperación del bloqueo sensitivo, se realizará escala de valoración del dolor y se iniciará tratamiento analgésico.
- Tras la administración del tratamiento analgésico protocolizado, debe reevaluarse el dolor según la escala empleada anteriormente, y administrar tratamiento analgésico de rescate si procede.



Protocolo para el Tratamiento Analgésico

Pauta habitual
1º PAUTA: 1. Paracetamol 1g iv 2. Dexketoprofeno 50 mg iv
Rescate (Si EVN >3)
2º PAUTA: tramadol 100 mg (junto a 2º dosis de ondansetrón 4mg) 3º PAUTA: morfina 1-2 mg iv. +/- metamizol 2g iv (decisión de anestesiólogo responsable)

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS POST-CESÁREA

En el periodo postoperatorio inmediato pueden aparecer complicaciones del tipo cardio-respiratorias, tromboembólicas y hemorrágicas.

La paciente deberá permanecer bajo vigilancia estrecha y monitorización continua un mínimo de 90-120 min. La monitorización clínica es importante, y debe realizarse de forma repetida para detectar la aparición de complicaciones precozmente.

La monitorización clínica se basará en:

- a. **Bloqueo sensitivo/motor:** la anestesia neuroaxial sigue siendo la técnica más recomendada para la realización de la cesárea. Deberá confirmarse una ausencia de bloqueo motor según la escala de Bromage y una ausencia de bloqueo sensitivo (recuperación de sensibilidad de dolor, presión, tacto y temperatura).

Grado	Definición
0	Sin bloqueo motor
1	Incapaz de elevar la pierna extendida; capaz de mover las rodillas y los pies
2	Incapaz de elevar la pierna extendida y mover la rodilla; capaz de mover los pies
3	Bloqueo completo de la extremidad motora

- b. **Tono y altura uterina:** se valorará de forma repetida durante su ingreso el tono del útero y su altura respecto al nivel del ombligo.
- c. **Valoración del sangrado:** se cuantificará el sangrado vaginal y por herida quirúrgica, manchado de apósitos o recogida en drenajes (si los hubiera) durante toda su estancia.

PIEL CON PIEL TRAS LA CESÁREA

Los protocolos de piel con piel consisten en dejar el neonato en prono encima del pecho desnudo de su madre, entre sus mamas, con un contacto cutáneo directo, inmediatamente después del parto o la cesárea. Esta estrategia tiene como objetivo estimular los reflejos arcaicos del neonato en busca del pezón de su madre, pero también aumenta el vínculo entre la madre y su bebé, disminuyendo así su estrés.

Aunque la vigilancia de la madre y el neonato durante el piel con piel no le incumba directamente al anestesiólogo, los riesgos de asfixia neonatal tienen que ser conocidos por todo el equipo obstétrico, que se comprometerá a estar pendiente durante su realización, con una madre acompañada y vigilada las primeras horas.

Tras la cesárea, hay que verificar que la paciente tenga un nivel de consciencia bueno y un estado hemodinámico y respiratorio estable para cuidar del neonato antes de autorizar el piel con piel. El piel con piel debe realizarse bajo vigilancia de la matrona o de la auxiliar, y los roles en caso de eventos adversos, tienen que estar distribuidos antes de iniciar el protocolo.

El neonato deberá ser retirado inmediatamente en caso de precisar cuidado materno urgente: situaciones como náuseas/vómitos, colapso cardiovascular u otras complicaciones aguda.

PIEL CON PIEL	Paciente
	<ul style="list-style-type: none">- Despierta- Estabilidad hemodinámica- Estabilidad respiratoria- Ausencia de bloqueo anestésico excesivo- Ausencia de contraindicación
	Neonato
	<ul style="list-style-type: none">- Despierto, Apgar alto- Valoración óptima por pediatra- Ausencia de contraindicación

La instrucción a los padres sobre la vigilancia de los recién nacidos en la técnica piel con piel será responsabilidad de la enfermería gineco-obstetra y será primordial la comprensión por los padres para evitar el colapso neonatal precoz. Se advertirá de la vigilancia de la coloración normal (rosada o acrocianosis), la colocación adecuada de la cabeza (evitar la obstrucción de la vía respiratoria) y prohibir expresamente, el uso del teléfono móvil (está documentado el aumento del riesgo de incidencia de colapso). Estas medidas serán especialmente importantes en recién nacidos de bajo peso, prematuros tardíos (35-37 semanas de amenorrea, Apgar bajo al nacer y madres especialmente somnolientas). La cara del recién nacido debe estar siempre visible:

1. Cabeza en posición de olfateo.
2. La nariz y la boca no deben estar cubiertas salvo durante la toma del pecho.
3. La cabeza debe estar girada a un lado.
4. El cuello tiene que estar derecho.
5. Los hombros y el pecho de cara a la madre.
6. Las piernas estarán flexionadas.