

# PROTOCOL DE CESÀRIA

**Servei de Ginecologia i Obstetrícia**  
**Hospital de la Santa Creu i Sant Pau**

**Revisió: gener 2023**

**Grup de treball:** Dra. Garrido, Dra. Medina, Dra. Soler, Dra. Lluïba (Servei d'Obstetrícia i Ginecologia); Carme Almeda, Olga Gómez, Anna Ramos, (Llevadores); Dra. Batalla (Servei Anestesiologia); Dra. Moliner (Servei de Pediatria); Teresa Salazar, Mireia Miras, Mireia Parera (Bloc Quirúrgic).

**Data de creació:** 2 de juny de 2021

**Data d'actualització:** 22 de febrer de 2023



**Data d'elaboració del protocol:** 27/01/2023

**ID:** GO41

**Títol:** PROTOCOL DE CESÀRIA

**Paraules clau:** cesària, part

**Versió núm.:** 02

Elaboració

Adaptació

Actualització

**COMISSIÓ / COMITÈ / GRUP DE TREBALL (si s'escau):**

Autors (marcar el coordinador)	Serveis / Àrea	Directors de Servei/Unitat i signatures
Carmen Garrido Giménez M. Carmen Medina Mallén Cristina Soler Moreno Elisa Llurba Olivé	Ginecologia i Obstetrícia	Dra. Elisa Llurba Olivé 
Carme Almeda Torres Olga Gómez Díaz Anna Ramos de Luis	Llevadores	Sra. Anna Ramos de Luis PO 
Astrid Maria Batalla González	Anestesiologia	Dr. Sergi Sabaté Tenas 
Elisenda Moliner Calderón	Pediatría	Dra. Susana Boronat Guerrero 
M. Teresa Salazar Falco Mireia Miras Conrado Mireia Parera Pascual	Infermeria Bloc Quirúrgic	Sra. Miriam Armora Verdú 
Anna Feliu Ribera	Farmàcia	Dra. M. Antònia Mangues 



**Àmbit d'aplicació del Protocol/GPC:**

- Ambulatori                       Hospitalització                       Laboratori                       Rehabilitació  
 Urgències                       Quirúrgic                       Diagnòstic per la Imatge

El protocol/guia conté:

a) Fàrmacs?     Sí     No

En cas de resposta afirmativa, cal contactar amb el farmacèutic consultor del servei corresponent per tal que validi la informació dels medicaments inclosos.

b) Canvis substancials en la petició de proves d'imatge?     Sí     No

c) Pautes analgèsiques per al control de dolor que són noves i/o modifiquen les existents?     Sí     No

Si les respostes b) i/o c) són afirmatives i entre els autors no hi ha cap representant de Diagnòstic per la Imatge i/o Clínica del dolor, caldrà la revisió pels serveis esmentats.

Data d'entrada del protocol al PQA: 27/01/2023

Data d'institucionalització: 15/02/2023

Dra. Xènia Acebes  
Direcció Assistencial

Dr. Alfons Torrego  
Direcció Mèdica

Sra. Eugènia Masip  
Direcció Infermera



## ÍNDEX

## Pàgina

1. INTRODUCCIÓ.....	5
2. TIPUS DE CESÀRIES .....	6
2.1. Cesària electiva.....	6
2.2. Cesària de recurs o en curs de part .....	6
2.3. Cesària urgent.....	6
2.4. Cesària emergent .....	7
3. INDICACIONS.....	7
3.1. Indicacions de cesària electiva.....	7
3.2. Indicacions de cesària de recurs o en curs de part.....	11
3.3. Indicacions de cesària urgent .....	12
3.4. Indicacions de cesària emergent .....	12
4. TÈCNICA ANESTÈSICA.....	13
4.1. Cesària electiva.....	13
4.2. Cesària urgent / recurs .....	13
4.3. Cesària emergent .....	13
5. CIRCUIT D'ACTUACIÓ .....	14
5.1. Protocol d'actuació a les cesàries urgents .....	15
5.1.1. Actuació dins del quiròfan .....	16
5.1.2. Escenaris possibles (veure infografia final document) .....	17
5.1.3. Atenció coordinada dels equips.....	18
5.2. Protocol d'actuació a les cesàries al emergents. ....	22
5.3. Protocol d'actuació cesària a Paritori 3/Quirofanable .....	23
5.3.1. Rol llevadores sala de parts en absència de suport d'infermeria quirúrgica .....	24
6. INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA.....	26
6.1. Mesures preoperatories.....	26
6.2. Tècnica quirúrgica .....	27
6.3. Poblacions especials.....	36
6.3.1. Dones obeses (IMC > 30) .....	36
6.3.2. Cesària anterior.....	37
7. MANEIG POSTOPERATORI.....	37
7.1. Protocol d'analgèsia epidural post-cesària .....	38
8. CESÀRIA PROFAMÍLIA .....	39



9. INDICADORS DE QUALITAT ASSISTENCIAL.....	42
10. BIBLIOGRAFIA.....	43
ANNEX 1. CRITERIS DE CESÀRIA TIPIFICATS PER CATSALUT .....	47
ANNEX 2. ENQUESTA DE SATISFACCIÓ DE LA SEVA CESÀRIA.....	54
ANNEX 3. ESQUEMA DEL CIRCUIT D'ACTUACIÓ EN CESÀRIES URGENTS/EMERGENTS.....	58



# PROTOCOL DE CESÀRIA

## 1. INTRODUCCIÓ

El part per cesària és el procediment quirúrgic més freqüent en els hospitals de Catalunya, i implica més riscos per la mare, una estada hospitalària més llarga i uns costos més elevats que un part vaginal. L'informe de l'OMS del 2018 específic del part per cesària conclou que els centres sanitaris haurien d'establir mesures per tal de disminuir les cesàries innecessàries, ja que una taxa de cesària superior al 10% no sembla que s'associï a una reducció en la mortalitat materna i neonatal. El % de cesàries és un indicador de qualitat hospitalària. A l'**Annex 1** podeu trobar els criteris de cesària tipificats pel CatSalut

L'any 2015 l'OMS va proposar el **sistema de classificació de Robson** com a estàndard per avaluar i comparar les cesàries. El sistema classifica a totes les dones en deu categories simultàniament excloents, basades en cinc característiques obstètriques bàsiques com la paritat, l'inici del treball de part, l'edat gestacional, la presentació fetal i el nombre de fetus. Aquesta classificació l'hem incorporat al servei de manera que ens permet:

- Definir i analitzar els grups de dones que contribueixen a explicar en major i en menor mesura les taxes generals de cesària.
- Comparar la pràctica clínica utilitzada en aquests grups de dones amb la d'altres hospitals que obtinguin resultats més favorables, i considerar la possible conveniència d'introduir canvis a la pràctica clínica.
- Avaluar l'eficàcia d'estratègies o intervencions dirigides a optimitzar l'ús de la cesària.
- Avaluar la qualitat de l'atenció i de las pràctiques clíniques mitjançant l'anàlisi dels resultats als diferents grups de dones.



## 2. TIPUS DE CESÀRIES

### 2.1. Cesària electiva

- És una intervenció programada, es realitza abans del inici del treball de part per motius materns i/o fetals que contraindiquen o desaconsellen el part vaginal. Les condicions obstètriques no aconsellen esperar fins al inici espontani del treball de part.
- Dins d'aquest tipus de cesàries la família es pot acollir, si ho desitja i no existeix contraindicació mèdica, al programa de cesària Profamília.

### 2.2. Cesària de recurs o en curs de part

- S'indica durant el treball de part per diferents problemes, generalment per distòcia. S'inclouen la desproporció pèlvico-fetal, la inducció de part fallida, la distòcia de dilatació o de descens i el part estacionat.
- No existeix risc imminent per la mare ni per el fetus però la recomanació és que s'hauria de realitzar **l'extracció fetal abans d'una hora** des de la indicació de l'obstetra.
- Dins d'aquest tipus de cesàries la família es pot acollir, si ho desitja i no existeix contraindicació mèdica, al programa de cesària Profamília.

### 2.3. Cesària urgent

- Hi ha un compromís matern i/o fetal que no és una amenaça imminent per la vida però hi ha urgència de finalització de la gestació perquè pot haver risc matern i/o fetal, amb seqüeles neurològiques greus al nounat.
- És aquella que es realitza com a conseqüència d'una sospita de pèrdua de benestar fetal. S'ha de finalitzar l'embaràs ràpidament perquè pot haver risc matern i/o de seqüeles neurològiques greus al nounat.
- **El temps** des de la indicació de l'obstetra fins a **l'extracció fetal ha de ser màxim de 30 minuts.**
- Un cop hagi passat la situació d'urgència / emergència, hem d'intentar si la dona ho desitja que passi l'acompanyant a quiròfan.



## 2.4. Cesària emergent

- És una patologia aguda greu amb risc vital per la mare i/o el fetus.
- S'ha de finalitzar l'embaràs urgentment i l'extracció fetal ha de ser el més ràpida possible, amb **un temps màxim de 15 minuts**.
- Un cop hagi passat la situació d'urgència / emergència, hem d'intentar si la dona ho desitja que passi l'acompanyant a quiròfan.

## 3. INDICACIONS

### 3.1. Indicacions de cesària electiva

#### 1) Presentació anòmala: natges, transversa o obliqua

- **Presentació de natges:** Veure protocol d'Assistència al Part de Natges.
- **Presentació transversa o obliqua:** Es valorarà si compleix criteris per realitzar una versió cefàlica externa (VCE) (veure protocol d'Assistència al Part de Natges).

#### 2) Macrosomia fetal (per el risc de distòcia d'espatlles)

- **Pes fetal estimat (PFE)  $\geq$  5000 g**
- **PFE  $\geq$  4500 g a gestants diabètiques.** A les dones diabètiques es recomana realitzar una ecografia i determinar el PFE dins de la mateixa setmana de la finalització de la gestació.
- **Antecedent de distòcia d'espatlles amb lesió neonatal.** El risc de recurrència de la distòcia d'espatlles oscil·la entre 1-25%, comparat amb la incidència de la població general que és  $<$  1%. És recomanable que l'obstetra informi del risc de recurrència, valorar els factors de risc de l'embaràs actual (PFE, diabetis, obesitat) i consensuï amb la dona per prendre una decisió sobre la via de part.





- 3) Placenta prèvia oclusiva. Finalització a les 37-38 SG. Si presenta dinàmica uterina avançar la finalització a les 36-37 SG. Caldrà realitzar proves creuades i reserva de sang (2CCHH màxim 72 hores abans del dia de la cesària).
- 4) Infeccions maternes (per disminuir el risc de transmissió vertical)
- **Gestants portadores de condilomes acuminats que causin obstrucció del canal del part**, ja que les lesions poden sagnar o causar distòcia durant el part vaginal.
  - **Gestants VIH +** (Veure protocol específic).
  - **Gestants afectes d'herpes genital** (Veure protocol específic).
    - Primoinfecció VHS durant el tercer trimestre de la gestació (6 setmanes prèvies al part) o en el moment del part. En el cas de que la dona no accepti fer-se una cesària, caldrà administrar aciclovir EV (10 mg/kg cada 8 h) durant el part (risc de infecció neonatal > 40%).
    - En el cas de mares amb infecció d'herpes simple recurrent, s'ha d'informar que no hi ha seguretat de que la cesària redueixi el risc d'infecció neonatal. Per tant, la cesària electiva només es farà si hi ha un brot amb lesions actives en el moment del part o apareixen símptomes prodròmics (dolor vulvar, coïssor).
  - **Gestants VHB o VHC +**. No hi ha suficient evidència de que la cesària redueixi la transmissió vertical. No obstant, si hi ha una **coïnfecció de VHC i VIH** s'ha d'oferir una cesària electiva, ja que l'evidència demostra que en aquests casos si es redueix la transmissió vertical.
- 5) Antecedents de cirurgia uterina prèvia amb apertura de cavitat endometrial (miomectomia). Degut a la poca evidència disponible, s'haurà d'individualitzar la decisió de la via de part. Es recomana realitzar cesària electiva quan hagin passat menys de 6 mesos entre la cirurgia i la gestació, en casos de miomectomia múltiple o quan el defecte resultant afecta a > 50% del miometri. Si es decideix intentar un part via vaginal, caldrà fer una monitorització correcta de la dinàmica uterina amb un monitor intern i minimitzar el màxim l'ús



d'oxitocina (en cas de necessitar-la utilitzar la mínima dosi eficaç), ja que la hiperdinàmia és un factor de risc per ruptura uterina en aquestes pacients.

- 6) Cesària anterior amb incisió uterina corporal vertical/clàssica o histerotomia transversa ampliada en T: risc de ruptura del 6 al 10%.
- 7) Compromís fetal que contraindiqui la inducció-monitorització de la FCF durant el part: malformacions fetals, alteracions severes de Doppler, arítmies fetals, etc.
- 8) Patologia mèdica que desaconselli el part vaginal (cardiopaties severes, risc AVC, etc.).
- 9) Gestacions múltiples (veure protocol específic):  
  
L'elecció de la via de part vindrà determinada per el número de fetus, la corionicitat, l'edat gestacional, l'estàtica fetal i el PFE. Estudis recents han demostrat que la via vaginal indicada de forma selectiva no augmenta el risc de morbi-mortalitat materna ni fetal.
- 10) Prematuritat (veure protocol específic).
- 11) Retràs de creixement intrauterí (veure protocol específic).
- 12) Placenta anòmala (placenta àccreta i varietats) (veure protocol específic)
- 13) Cesària iterativa amb 3 cesàries anteriors.
- 14) Situacions especials:

- **Denegació de cesària electiva.** En el cas de que l'equip obstètric recomani la finalització de la gestació per cesària i la gestant sol·liciti part vaginal, es presentarà el cas a la Sessió de Perinatologia i s'haurà de deixar registrat a la història clínica el desig matern. La dona haurà de signar el consentiment informat de denegació de cesària.
- **Cesària a demanda.**



La realització d'un part per cesària per sol·licitud materna a una **gestant ben informada** es considera mèdicament i èticament acceptable, i així ho manifesten les guies internacionals. El metge haurà d'escoltar els motius pels quals la gestant realitza aquesta sol·licitud i explorar el component emocional que ha portat a la dona a prendre aquesta decisió (preocupacions sobre el part, experiències prèvies de part, experiències d'amics o familiars, filosofia personal de la dona sobre el part, dolor del part, etc.).

S'haurà d'informar i aclarir tots els dubtes relacionats amb el part, i el recolzament adequat pot alleugerir algunes de les seves preocupacions del intent de part vaginal. La motivació per la cesària ha de ser determinada i abordada.

L'obstetra ha d'informar detalladament sobre els riscos de la cesària:

- Riscs a futures gestacions (inserció anòmala de la placenta, ruptura uterina).
- Morbiditat materna (més risc de sagnat, de lesions d'òrgans veïns, d'endometritis postpart, d'infeccions de ferida quirúrgica, infeccions de tracte urinari).
- Complicacions anestèsiques
- Complicacions a llarg termini de cirurgia abdominal.
- Augment de la morbiditat neonatal.
- Augment de risc d'asma i obesitat en el nadó.
- Major estància hospitalària, temps de recuperació prolongat.
- Més incidència de lactància artificial.

El cas es presentarà a la Sessió de Perinatologia. Ha de quedar ben registrat a la història clínica la sol·licitud de la dona, l'anàlisi de l'obstetra per conèixer les possibles causes d'aquesta petició i l'abordatge realitzat. Si amb tota la informació la dona no desitja part vaginal, haurà de signar el consentiment informat de cesària.



**La cesària electiva es programarà a partir de la 39 SG**, per disminuir el risc de morbiditat fetal. Els problemes respiratoris son més freqüents després del part per cesària ja que els mecanismes per reabsorbir el líquid pulmonar no s'activen per complert i, de vegades, com resultat de la prematuritat iatrogènica. També s'ha formulat la hipòtesi de que la falta d'exposició a la flora intestinal maternal pot afectar la immunitat mediada per cèl·lules T. La dificultat respiratòria relacionada amb la immaduresa es redueix molt si el part ocorre després de les 39 SG.

- **Cesària iterativa** amb 2 cesàries anteriors. El risc de ruptura uterina és d'un 1-1,5%. S'haurà de fer una valoració prenatal i assessorar sobre la via del part, tenint en compte els desitjos de la dona (veure protocol específic).

### 3.2. Indicacions de cesària de recurs o en curs de part

La indicació ha de constar clarament a la història clínica i la gestant ha de signar el consentiment informat.

- 1) Fracàs d'inducció → La durada normal de la fase latent del part és més perllongada als parts induïts que als parts que s'inicien espontàniament. Per tant, es recomana que si l'estat matern i fetal ho permeten es permeti una durada més llarga de la fase latent ( $\geq 24$  h), i que s'administri oxitocina si es requereix per aconseguir dinàmica uterina adequada (3 contraccions/10 min) durant almenys 12-18 h després de la amniorrèxis. Es considerarà un fracàs d'inducció si després d'aquest temps no s'ha aconseguit entrar a la fase activa de part (dilatació cervical  $> 5$  cm).
- 2) Part estacionat → es considera quan NO hi ha canvis en les condicions obstètriques una vegada iniciada la fase activa del treball de part ( $> 5$  cm de dilatació), en una dona amb la bossa trencada i amb dinàmica uterina adequada (3 contraccions/10 minuts o 200-225 UM en 10 minuts) en  $\geq 4$  h. Si no s'aconsegueix una dinàmica uterina adequada, el diagnòstic de part estacionat es farà quan no hi hagi modificacions cervicals en  $\geq 6$  h.



- 3) Desproporció pèlvic-fetal: es considera quan en situació de dilatació completa, dinàmica uterina adequada i espoderaments actius, el punt guia de la presentació no arribi al tercer pla de Hodge després d'un període de temps que dependrà de la paritat i de l'anestèsia.
  - Sense anestèsia epidural →  $\geq 2$  h en múltiples i  $\geq 3$  h en primíparas
  - Amb anestèsia epidural →  $\geq 3$  h en múltiples i  $\geq 4$  h en primíparasTot i que son indicadors de mal pronòstic, l'evidència mostra que ni el pes, ni la talla materna, ni la pelvimetria son útils per predir la falta de progressió del part.
- 4) Cesàries electives que inicien el treball de part espontàniament
- 5) Malposicions detectades durant el treball de part: front, cara, natges, etc.

### 3.3. Indicacions de cesària urgent

Algunes de les situacions més freqüents serien:

- pH entre 7.21 – 7.25 que persisteixen durant 1 hora tot i haver parat la perfusió d'oxitocina.
- Registre patològic amb impossibilitat de control bioquímic
- Placenta prèvia amb metrorràgia però FCF mantinguda
- Sospita de despreniment de placenta amb FCF mantinguda
- Preeclàmpsia greu amb empitjorament matern y/o Doppler fetal

### 3.4. Indicacions de cesària emergent

Algunes de les situacions més freqüents serien:

- Bradicàrdia fetal sostinguda no recuperada amb l'administració de betamimètic (10 minuts)
- pH 7,15 – 7,20 que recupera  $< 0,05$  als 15 minuts amb l'administració de betamimètics
- PH  $< 7,15$
- Despreniment de placenta normalment inserta amb bradicàrdia fetal associada i/o registre patològic
- Prolapse de cordó



- Ruptura uterina
- Embòlia de líquid amniòtic
- Eclàmpsia
- Patologia materna greu descompensada

## 4. TÈCNICA ANESTÈSICA

### 4.1. Cesària electiva

Es realitzarà una anestèsia combinada (peridural-intradural) sempre que sigui possible, per tal d'utilitzar el catèter epidural per al control de dolor postoperatori.

Dosi d'anestèsia intradural, segons alçada de la pacient:

- < 1,60 m → 1,6 mL (8 mg) bupivacaïna 0,5% + 10 mcg fentanil.
- 1,60-1,70 m → 1,8 mL (9 mg) bupivacaïna 0,5% + 10 mcg fentanil
- > 1,70 m → 2 mL (10 mg) bupivacaïna 0,5% + 10 mcg fentanil.

El catèter s'ha de testar en revertir el bloqueig motor i llavors s'inicia la BIC epidural.

### 4.2. Cesària urgent / recurs

Si la pacient porta catèter epidural i és normofuncionant, se li administrarà Bupivacaïna 0,5% entre 10-12 ml (segons alçada) i es valorarà el nivell termoalgèsic per a adequar els volums administrats abans de la incisió.

Si la pacient no porta catèter epidural o no funciona adequadament, s'intentarà realitzar la tècnica combinada (peridural-intradural), segons s'ha explicat a l'apartat anterior.

### 4.3. Cesària emergent

Si la pacient porta catèter epidural normofuncionant, se li administrarà Lidocaïna 2% entre 12-14 ml segons alçada, i es valorarà el nivell termoalgèsic per a adequar els volums administrats abans de la incisió.

**Si la pacient no porta catèter o no és funcionant s'intentarà una punció única intradural**, amb les dosis abans esmentades. Però si l'emergència de la cesària no ho permet, es realitzarà una anestèsia general.



En qualsevol dels escenaris, si l'anestèsia locoregional està contraindicada o no és efectiva, es realitzarà una anestèsia general i s'avisarà tant al ginecòleg com al pediatra de guàrdia.

## 5. CIRCUIT D'ACTUACIÓ

La bona comunicació entre els equips és fonamental per realitzar una actuació ràpida i ben coordinada, i realitzar l'extracció fetal en el menor temps possible, minimitzant els riscos materns. Per tal de fer més efectiva la informació entre els equips s'estableixen els següents circuits:

- A l'entrada de la guàrdia les llevadores trucaran a infermeria quirúrgica (ext. 38001) per informar de la situació real de la sala de parts i l'activitat programada prevista al matí.
- Quan es detecta una situació de risc potencial que suposi una possible entrada al quiròfan, una acumulació de pacients a sala de parts o qualsevol canvi rellevant, les llevadores informaran directament a l'equip quirúrgic infermer per tal que aquest pugui fer una previsió d'espais i recursos en temps real.
- Les infermeres de quiròfan informaran a les llevadores de la situació del quiròfan en temps real i sempre que la possibilitat d'entrada al quiròfan d'urgències/ disponibilitat de personal expert canviï.

Abans de la cesària s'haurà d'avisar a Neonatologia (Busca: 39112 ext 7331/7330) si:

- Cesària urgent / emergent
- Nadó preterme (< 37 setmanes gestacionals)
- CIR conegut prenatalment
- Gestació múltiple
- Mare amb preeclàmpsia greu
- Risc d'infecció (RPM > 18 h, febre materna intrapart, sospita de Triple I)
- Anestèsia general
- Isoimmunització RH
- Malformacions fetals conegudes prenatalment
- Extracció fetal difícil



S'avisarà a Neonatologia posteriorment a la extracció fetal si:

- S'han d'iniciar mesures de reanimació, més enllà de la estabilització inicial
- Pes < 2500 g o > 4250 g
- Destret respiratori
- Alteració neurològica (hipotonia, poca reactivitat a estímuls ...)
- Apnees
- Col·lapse potsnatal
- Hipoglucèmia (< 45 mg/dl)
- Infecció materna per VHC, VHB, VIH

**Es prioritzarà realitzar la cesària a l'entorn quirúrgic.**

- **En cas de que els dos quiròfans d'urgències estiguin ocupats, s'ha de trucar a supervisió per veure si es pot utilitzar un altre quiròfan. Durant el matí la supervisora ens comunicarà si algun quiròfan disponible, i a la tarda-nit es podria fer al Q3.**
- **En el cas que no hi hagi disponibilitat de infermeria quirúrgica, preferentment la cesària s'hauria de fer al quiròfan, però cal acordar entre els equips si les llevadores poden o no entrar dependent del volum d'activitat a la sala de parts en aquell moment.**
- **Les cesàries al paritori 3 haurien de ser casos excepcionals de situació emergent/urgent sense cap possibilitat de tenir quiròfan o, en el cas de tenir-ne un altre, que les llevadores no puguin sortir de la sala de parts per el volum assistencial en aquell moment.**

### **5.1. Protocol d'actuació a les cesàries urgents**

- Des de la indicació de cesària fins a l'extracció fetal hauria de ser un **màxim de 30 minuts.**
- Totes les trucades han d'iniciar-se amb l'activació del codi **CESÀRIA URGENT.**
- Trucades que ha de fer l'equip d'obstetrícia → Anestesiòleg (31444), Neonatòleg (39112) i infermeria quirúrgica (38002).





- La Infermera de quiròfan activa el trasllat de la gestant avisant al sanitari corresponent i indicant que es tracta d'una cesària urgent:
  - Matí Laborable: Sanitari hemodinàmica (39302)  
Sanitari d'encàrrecs (32958)  
Sanitari trànsfer (33452)
  - Tarda Laborable: Trasllats generals (ext.1720)
  - Nits/Caps de setmana/Festius: Coordinadora d'urgències generals (39085)

### 5.1.1. Actuació dins del quiròfan

#### a. Infermera coordinadora:

- Preparació del quiròfan i material per a la anestèsia
- Acollida de la senyora al trànsfer 1 segons procediment
- Acomodació al llit quirúrgic
- Profilaxis antibiòtica segons pauta
- Coordinar a infermera instrumentista
- Recompte de gases i d'instrumental segons procediment
- Col·laborar amb anestèsia
- Sondatge vesical si no està sondada
- Acomodar a la senyora i prendre mesures de seguretat i confort segons procediment.

#### b. Sanitari i/o Tcaí

- Acomodar a la taula quirúrgica i traslladar-la al quiròfan.
- Posicionar per l'anestèsia raquídia
- Col·locar la senyora en decúbit supí amb braços en abducció.

#### c. Llevadora:

- Preparar reanimació i estabilització inicial amb pediatria.
- Acompanyament de la dona durant la intervenció quirúrgica.
- Rebuda del nadó
- Estabilització/ reanimació neonatal.
- Si el nadó es troba estable, inici del contacte pell amb pell amb la mare. Aquesta maniobra requereix d'observació estricta per part de la llevadora donat el risc d'inestabilització neonatal en les primeres 6 hores de vida.



- En cas de trasllat a UCINN, la llevadora és part de l'equip reanimador, coordina trasllat i acompanya, si les condicions maternes i neonatals ho permeten, a l'equip de pediatria dintre del quiròfan per a un primer contacte de la mare i el nadó. Abans d'aquesta maniobra, es pactarà amb la infermera quirúrgica que coordina el quiròfan i l'anestesiòleg.
- d. Infermeres instrumentistes:
- Preparació de l'instrumental
  - Rentar-se abans de començar la anestèsia
  - Recompte de gases i d'instrumental segons procediment
  - En cas de cesària gemel·lar pactarà amb l'obstetra a quin nadó es pinçarà el cordó amb kochers i a quin amb pinces umbilicals
- e. Anestesiòleg:
- Estabilització materna
  - Elecció tècnica anestèsica
  - Administració uterotònics / antibiòtic profilàctic
- f. Realització check list.
- g. Obstetra. Realització de cesària.
- h. Neonatòleg. Reanimació neonatal si s'escau.

Només en el supòsit que no hi hagi disponibilitat prevista, dins els 30 minuts següents, de cap dels quiròfans d'urgències ni dels propers a la zona de reanimació neonatal (quiròfan 3 i 4), es valorarà la necessitat de desplaçament del bressol de reanimació neonatal a dintre del quiròfan.

### 5.1.2. Escenaris possibles (veure infografia final document)

Durant els caps de setmana, festius i nits, els quiròfans 3 i 4 estan disponibles per a emergències.

- 1) **Si quiròfan disponible i 2 infermeres quirúrgiques:** situació basal.
- 2) **Si hi ha 1 quiròfan disponible**
  - a. **1 infermera quirúrgica + 2 llevadores** → es trucarà a la supervisora de guàrdia per tal de recuperar la 2a infermera quirúrgica tant bon punt sigui possible. Una llevadora instrumentarà, l'altre llevadora tindrà cura del nadó, i la infermera quirúrgica coordinarà, ja que coneix l'entorn.



- b. **1 infermeria quirúrgica + 1 llevadora** → es trucarà a la supervisora de guàrdia per tal de recuperar la 2a infermera quirúrgica tant bon punt sigui possible. La llevadora instrumenta i la infermera quirúrgica coordina.
  - c. **No disponibilitat d'infermeres quirúrgiques** → l'equip d'obstetrícia determina si hi ha la possibilitat per part de les llevadores d'entrar a quiròfan. En cas contrari, es farà ús del paritori 3.
- 3) **CAP quiròfan disponible** → les infermeres quirúrgiques es desplaçaran a Sala de Parts (Paritori quirofanable, paritori 3)
- a. **2 infermeres quirúrgiques** → una coordina, una altra instrumenta, i la llevadora tindrà cura del nadó.
  - b. **1 infermera quirúrgica** → una llevadora o TCAI de parts coordinarà, una llevadora estarà amb el nadó i la infermera quirúrgica instrumentarà.
  - c. **NO infermera quirúrgica** → Es farà a càrrec de les llevadores i personal de sala de Parts. En aquest cas, el personal del quiròfan donarà suport tan aviat com sigui possible. Veure apartat 4.3.
  - d. Control postoperatori → REA / Sala de Parts: preferiblement a la sala de parts però s'haurà de valorar per l'Anestesiòleg responsable.

En el supòsit que **no es disposi de personal quirúrgic** es contactarà amb:

- Dilluns a divendres 8-17:00 h: Supervisora gine-obstetrícia (32210) de 14 - 21:30: Supervisora Torn Tarda àrea quirúrgica (30050).
- Dilluns a divendres torn de tarda (14-21:30h): Supervisora general de tarda (32330)
- Supervisor guàrdia caps de setmana i festius (39175). Supervisió general de nit (31610).

### 5.1.3. Atenció coordinada dels equips

#### a) Atenció a la pacient → equip de llevadores

- a. Llevadora de la pacient:
  - Suport a la dona/acompanyant i presència constant.
  - Check list ràpid: polsera identificativa, retirada de joies (des de l'ingrés), retirada de pròtesi, via venosa funcionant.
  - Col·locació sonda vesical a sala de parts en les dones portadores d'anestèsia peridural.



- Mantenir monitorització de FCF fins a l'arribada de sanitari per al trasllat de la pacient a bloc quirúrgic.
- b. Llevadora referent de la pacient dins del bloc quirúrgic:
  - Contínuum de suport i acompanyament a la dona/acompanyant.
  - Auscultació FCF amb doppler fetal i presència de dinàmica uterina.
  - Preparació bressols/respiradors de reanimació neonatal i funcionament respirador (escalfor, llum, connexions, check de funcionament)
  - Preparació taula de suport amb material per la reanimació neonatal.
  - Preparació camps o talles escalfades, per recollir el nadó al naixement.
  - Actuacions en reanimació neonatal prèvies i/o conjuntament amb l'equip de neonatologia segons els protocols. En cas de gestació gemel·lar hi haurà present dins el quiròfan, una llevadora per a cada nadó i equip reanimador.
  - Realització, valoració i supervisió del procediment del contacte precoç pell amb pell dins de quiròfan si està indicat.

**b) Atenció a la pacient → equip infermeria quirúrgica**

- a. Infermera coordinadora:
  - Preparar el quiròfan, augmentar temperatura ambient i sempre que sigui possible disposar manta de calor de sota el cos
  - Preparar material segons tècnica anestèsica.
  - Acollida de la senyora al trànsfer 1 segons procediment
  - Realització de check list quirúrgic.
  - Acomodació al llit quirúrgic
  - Administrar profilaxis antibiòtica segons pauta
  - S'aplicaran les mesures de seguretat i confort segons procediment descrit de la intervenció quirúrgica abans de la incisió
  - Coordinar a l'equip quirúrgic
  - Recompte de gases i d'instrumental segons procediment i protocol



- Col·laborar amb anestèsia ens cas necessari
  - Sondatge vesical si no està sondada
  - Un cop realitzat el pinçament del cordó umbilical i extreta la placenta tenint cura de deixar membranes pinçades amb clamps de plàstic per retenir mostra sanguínia, la infermera instrumentista disposarà les membranes ovulars, sense cap instrument quirúrgic, dins d'un recipient de plàstic que la infermera coordinadora identificarà correctament amb etiquetes de la pacient i gestionarà el lliurament en mà a la TCAI referent de la pacient en el trànsfer 1 perquè es realitzin dins el bloc obstètric les determinacions de pH arterial i venós, si és possible, i la determinació de grup sanguini de nadó. En el trasllat de les membranes ovulars no s'ha d'incorporar cap peça d'instrumental de la cirurgia. ***L'extracció de sang per la determinació del grup sanguini la realitza la llevadora.***
  - Neteja, col·locació apòsit compressiu, compresa i calcetes d'un sol ús.
  - Coordinar trasllat a sala de parts
    - Torn matí: sanitari d'encàrrecs (32958)
    - Torn tarda: sanitari CSI (31030)
    - Torn de nit i festius (39085).
  - Registre i signatura de documentació
  - Documentació adjuntada
- b. Infermera instrumentista:
- Preparació de l'instrumental.
  - Rentar-se abans de començar la anestèsia.
  - Recompte de gases i d'instrumental segons procediment.
  - En cas de cesària gemel·lar pactarà amb el metge obstetra a quin nadó es pinçarà el cordó amb kochers i a quin amb pinces umbilicals.
  - Tenir cura de deixar pinçat el cordó, restes ovulars i placenta per permetre recollida de mostres a posteriori.
  - Mantenir i garantir la esterilitat del camp quirúrgic en tot moment.
  - Col·locació d'apòsit estèril i compressiu.
  - Recompte de l'instrumental segons procediment.



- c. TCAI quirúrgica/ obstètrica → Donar suport segons disponibilitat, en cas d'emergència o no disponibilitat de més recursos de llevadora i/o infermera quirúrgica. La TCAI actua per delegació expressa de la llevadora i/o infermera quirúrgica; inclòs el recompte de gases i instrumental.

En el cas que el recompte de gases i instrumental ho realitzi la TCAI al finalitzar la intervenció quirúrgica de cesària; aquesta al post immediat; i juntament amb la llevadora o infermera quirúrgica que ha instrumentat; realitzaran el recompte amb les gases esteses. Totes dues professionals repassen i confirmen els recomptes correctes o incorrectes i signen el registre de recomptes les dues professionals anotant en observacions que la TCAI ha actuat per delegació.

*\*aquest punt es important per la seguretat del pacient i en previsió de possibles retencions de cossos estranys per protocol i legalitat en aquest punt crític.*

- d. Portalliteres de blanc:

- Traslladar a la pacient des del bloc obstètric al bloc quirúrgic usant el circuit del trànsfer 1.
- Acomodar a la taula quirúrgica amb el sanitari o TCAI quirúrgic.
- Traslladar el bressol del bloc obstètric al bloc quirúrgic.

- e. Portalliteres quirúrgic (laborables de 07:00-21:30 h)

- Traslladat de la pacient al quiròfan.
- Posicionar per l'anestesia raquídia.
- Col·locar la senyora en decúbit supí amb braços en abducció.
- Entrar el bressol neonatal a quiròfan perquè llevadores puguin escalfar talles de recollida del nadó i disposar de rellotge d'Apgar i superfície de valoració (en dies laborables, en torn de matí i tarda. En torn de nit, caps de setmana i festius ho assumirà la llevadora).
- Al finalitzar la cesària, farà el trasllat de nou de la mare i nadó al trànsfer 1 on serà rebuda pel sanitari corresponent per traslladar-los al bloc obstètric per a recuperació, sense interrupció de contacte pell amb pell si aquest s'està realitzant. En casos d'haver precisat



d'anestèsia general o en situacions d'inestabilitat de la mare el període de recuperació es realitzarà a servei de Reanimació general.

**c) Atenció a la pacient equip anestesiòleg**

- Estabilització materna
- Elecció i realització de la tècnica anestèsica
- Manteniment de la estabilitat de la pacient
- Administració útero-tònics / antibiòtic profilàctic

**d) Atenció a la pacient equip obstètric** → Realització tècnica quirúrgica de la cesària

**e) Neonatòlegs** → Reanimació neonatal si s'escau conjuntament amb equip de llevadores.

## 5.2. Protocol d'actuació a les cesàries al emergents.

- Des de la indicació de cesària fins a l'extracció fetal es recomana un **màxim de 15 minuts**.
- Totes les trucades han d'iniciar-se amb l'activació del codi CESÀRIA EMERGENT.
- Es seguirà mateix flux de comunicació que en cesària urgent tenint present la emergència de la situació.

a) Llevadora

- Preparar la reanimació neonatal
- Rebre el nadó
- Efectuar reanimació /estabilització inicial
- Informació i acompanyament de la dona.

b) Infermera quirúrgica:

- Rentar-se en rebre la trucada d'activació de la cesària emergent.
- Recompte de gases i instrumental segons procediment.
- En cas de cesària gemel·lar pactarà amb l'obstetra a quin nadó es pinçarà el cordó amb kochers i a quin amb pinces umbilicals.

c) Anestesiòleg

- Valoració de la pacient
- Realització de la tècnica anestèsica que pertoqui



- Manteniment de la estabilitat de la pacient.
  - Administració útero-tònics / antibiòtic profilàctic
- d) Obstetra → cesària
- e) Neonatologia → Reanimació neonatal si s'escau conjuntament amb equip de llevadores.

**El trasllat de la dona el farà el personal de sala de parts.** Accés directe per la porta d'emergències i fins a la col·locació de la dona al llit quirúrgic. Quan la dona està preparada per a la cirurgia, el personal d'urgències de ginecologia i obstetrícia que ha entrat per a ajudar a acomodar-la ha de retornar al seu servei.

Al quiròfan queda la llevadora responsable de la dona per tal de preparar la reanimació neonatal, rebre el nadó, efectuar la reanimació / estabilització inicial, i realitzar l'acompanyament de la dona.

### 5.3. Protocol d'actuació cesària a Paritori 3/Quirofanable

El Paritori 3 de sala de parts és l'únic espai previst de tots els dispositius i material consensuat amb equip de quiròfan i anesthesiòleg per a realització d'una cesària emergent en l'entorn del bloc obstètric **en situació d'urgència/emergència només en les situacions en les que no es disposi de cap quiròfan dins el bloc quirúrgic o que es disposi de quiròfan però no de personal (cap infermera quirúrgica, i impossibilitat de les llevadores per deixar la sala de parts degut al volum assistencial en aquell moment)**. Cal avisar a supervisió d'infermeria de guàrdia perquè conegui la situació excepcional i valori si és possible el suport al bloc obstètric.

Escenaris possibles:

- **Disponibilitat de 2 infermeres quirúrgiques**→ Rols d'instrumentació i coordinació
- **Disponibilitat de 1 infermera quirúrgica**→ Rol d'instrumentació i TCAI/Llevadora donaran suport i coordinació
- **No disponibilitat d'infermera quirúrgica**→ una Llevadora assumeix rol d'instrumentació i TCAI rol de coordinació.





a) **Llevadora** responsable de la gestant amb el suport de TCAI:

- Comprovar correcta identificació.
- Valoració ràpida de retirada objectes metàl·lics i /o pròtesis i lentilles.
- Col·locació via perifèrica i/o valoració d'un altre accés si escau.
- Col·locació sonda vesical.
- Trasllat a sala de parts 3 quirofanable.
- Preparació camps o talles i per recollir nadó al naixement. Iniciar tasques reanimació neonatal si fos necessari, donar suport a l'equip de neonatologia.

Un altre equip de llevadora i TCAI sala de parts realitzaran tasques de suport i preparació del paritori 3 alhora que:

- Informa a la resta de l'equip de sala de parts.
  - Contacte telefònic amb l'equip de neonatologia donant informació sobre factors de risc i la situació.
  - Engegar monitor constants matern.
  - Preparació del bressol de reanimació neonatal i funcionament del respirador (escalfor, llum, connexions, check de funcionament).
- Preparació de la taula de reanimació neonatal.

b) **TCAI** de suport:

- Supervisar col·locació i estat taula quirúrgica.
- Preparar la taula per instrumentar i material quirúrgic.
- Comprovació del correcte funcionament dels aspiradors.
- Posteriorment, romandrà realitzant tasques de suport a l'equip, així com de cursar mostres de sang de cordó per ph.

### 5.3.1. Rol llevadores sala de parts en absència de suport d'infermeria quirúrgica

#### **Llevadora 1.** Responsable de la pacient+ suport anestesia

- Trasllat senyora a pari 1 + TCAI 1
- SV + placa bisturí
- Preparar ATB
- Suport a anestèsia



- RCTG

#### **Llevadora 2. Responsable Pediatria**

- Avisar pediatria
- Preparar carro RCP + bressol tèrmic
- Agafa nadó
- Ajudar a la reanimació del nadó.

#### **Llevadora 3. Instrumenta+ TCAI 2**

- Avisar a infermera quirúrgica
- Preparar bisturí elèctric+ aspiració (TCAI 2)
- Si no hi ha infermera quirúrgica, es renta.
- Preparar taula, camp quirúrgic ( caixa cesària, guants, bates i sutures)
- Recompte gases i instrumental (Llevadora +TCAI 2)
- Instrumentar.

#### **Llevadora 4. Sala de parts.**

##### **TCAI 1**

- Trasllat i col·locació de la senyora a pari 1
- Ajuda en el SV i col·locació de placa de bisturí.
- Suport sala de parts

##### **TCAI 2 actuant per delegació de la llevadora\* i/o infermera quirúrgica\***

- Prepara Bisturí elèctric i aspiració
- Preparació taula quirúrgica juntament amb professional que instrumenta
- Ajuda en el recompte de gases i instrumental que es necessiti durant la cesària (circulant)
- Comptatge final de gases juntament amb instrumentista.

\*Al final de la IQ la llevadora i/o infermera quirúrgica registrarà totes les accions i cures realitzades i qui les ha realitzat sota delegació.



## 6. INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA

### 6.1. Mesures preoperatòries

Infermera quirúrgica adequa temperatura ambient del quiròfan (>22°C) per naixement nadó.

#### Posició materna

Durant la preparació de la cesària i la intervenció la dona haurà d'estar en decúbit supí amb una inclinació lateral de 15°, per tal de reduir la compressió de la vena cava i, d'aquesta manera, reduir la hipotensió materna.

#### Profilaxis antibiòtica

La morbiditat infecciosa continua essent la complicació més freqüent del part per cesària, sobretot a les urgents o en curs de part (el risc de endometritis és x10). Per això es recomana la **profilaxis antibiòtica a totes les cesàries**, ja que permet reduir el risc d'endometritis fins un 70%. S'ha demostrat que és més efectiva l'administració abans de la incisió cutània, sempre que les circumstàncies clíniques ho permetin (**30-60 minuts abans de la incisió quirúrgica** per assegurar nivells tissulars adequats).

Profilaxis antibiòtica: **CEFAZOLINA 2 g ev** dosis única

Si al·lèrgia a penicil·lina: **CLINDAMICINA 600 mg ev + GENTAMICINA 240 mg ev**  
(adaptar a 3-5 mg/kg en cas de IMC extrems, trucar en aquests casos a Farmàcia).

#### Checklist obstètric

Excepte a les situacions cesària emergent, s'haurà de realitzar el llistat de verificació quirúrgica amb anestèsia i infermeria abans d'iniciar la cesària. A més dels ítems habituals, caldrà verbalitzar quin **uterotònic** es farà servir com a profilaxis de hemorràgia postpart i si precisa avisar a la Unitat de Neonatologia (veure a pag. 13 les situacions on cal avisar a Neonatologia)

#### Asèpsia

S'ha de recomanar a les dones que ingressin per una cesària programada que es dutxin abans d'ingressar al hospital. Realitzarem l'asèpsia cutània amb clorhexidina



alcohòlica. Recordar que no s'ha de vessar la solució sobre la dona, evitant que els empapadors es mullin amb la solució alcohòlica, ja que pot ser inflamable.

A les cesàries en curs de part amb la bossa de les aigües trencada es farà en el moment de la indicació a la sala de parts una **desinfecció vaginal amb corhexidina aquosa 0.5%**, amb una gasa a vagina durant 30 segons, ja que a la última revisió Cochrane hi ha evidència que pot reduir el risc d'endometritis postpart (RR 0.45; IC 95% 0.25-0.81).

## 6.2. Tècnica quirúrgica

**Incisió a la pell Joel-Cohen**, és recta a 3 cm per sota de la línia que uneix les espines ilíiaques superiors anteriors. En un metaanàlisi de les incisions quirúrgiques per a la cesària, la incisió del tipus Joel-Cohen va tenir avantatges significatius a curt termini en comparació amb la incisió de Pfannenstiel, incloent-hi baixes taxes de febre, dolor postoperatori i ús de l'analgèsia; menys pèrdua de sang, un temps del procediment més curt (global i incisió a lliurament) i menor estada hospitalària.

L'obertura dels diferents plans de la paret abdominal mitjançant **dissecció roma** s'associa a menys temps quirúrgic i una disminució de la mobilitat materna (menys febre puerperal) i es pot realitzar també en casos de cesària anterior. L'entrada ha de ser per la línia mitja, evitant la dissecció del teixit subcutani, fins arribar a la fàscia abdominal. A nivell de la fàscia es fa una incisió transversal a la línia mitja, i es fa una dissecció roma de la baina dels rectes, separant els músculs lateralment i obrint digitalment el peritoneu parietal. L'espai es crearà estirant de forma cranial-caudal. La dissecció roma del peritoneu suposa menor risc de dany intestinal, vesical i d'altres òrgans; i s'ha de realitzar el més alta possible per allunyar-nos de la pelvis.

A les gestacions a **terme no es recomana de forma sistemàtica la dissecció de la plica vesical**, ja que augmenta el temps quirúrgic i no s'ha vist que aquesta maniobra redueixi les lesions vesicals. Es recomana realitzar-la en casos de previsió de lliurament difícil, a les cesàries electives o preterme on no es distingeix bé el segment uterí o quan la bufeta s'adhereix per sobre del segment uterí inferior després d'una cesària anterior.



**Histerotomia segmentaria transversal baixa de concavitat superior** (incisió de Monro Kerr o Kerr), ja que s'associa a menor sagnat, millor cicatrització, menor incidència d'infeccions i menor risc de ruptura uterina a gestacions posteriors. L'ampliació de la incisió serà amb dissecció roma amb els dits en direcció cefàlica, per minimitzar el trauma fetal i intentar evitar la prolongació de la incisió cap els vasos uterins. En el cas de practicar una incisió vertical (o realitzar una incisió en T invertida per dificultat durant l'extracció fetal) haurà quedar reflectit a la història clínica i a l'informe d'alta hospitalària. S'haurà d'informar a la dona de les implicacions respecte les posteriors gestacions (recomanació d'allargar el període intergenèsic > 18 mesos i finalització electiva amb una cesària per l'alt risc de ruptura uterina a les gestacions posteriors).

Es reserva l'ús de fòrceps o vacuum per els casos en que l'extracció del cap sigui difícil. En cas de contracció uterina pot ajudar l'administració d'un uteroinhibidor com la nitroglicerina 50-100 mcg ev o algun anestèsic halogenat.

**L'evidència actual recomana iniciar immediatament al naixement el pell amb pell i fer un pinçament tardà del cordó umbilical en aquells nadons que no requereixin reanimació.** Per tant, si existeix estabilitat clínica de la mare i del nadó, al moment de l'extracció fetal es baixarà el teló per tal de col·locar directament el nadó sobre el pit de la mare, i es col·locarà un altre teló estèril per tal de mantenir l'asèpsia del camp quirúrgic. Hem d'intentar retardar el pinçament del cordó, **almenys 30 segons**, en tots aquells naixements en que la mare i el nadó estiguin estables, ja que és un procediment segur que no associa detriment en puntuació d'Apgar, temperatura, policitemia, icterícia ni pèrdua de sang de la mare. D'acord amb l'evidència actual, realitzar un pinçament tardà del cordó umbilical redueix en un 31% el risc de mort neonatal i en un 19% el de necessitar una transfusió. L'evidència respecte a altres variables és limitada. Si el nadó està sa i vigorós, i l'estat de la mare ho permet, es recomana continuar amb el contacte pell amb pell immediat i ininterromput; col·locant el nadó en decúbit pro, nu, amb el cap decantat i en contacte pell amb pell sobre l'abdomen i pit nus de la seva mare durant els primers 120 minuts després del naixement. Es recomana assecar suaument el cap i esquena del nadó. Per evitar la pèrdua de calor es recomana cobrir-lo amb una talla preescalfada i posar-li una gorra.



L'estat de la mare i del nadó han de ser supervisats durant l'estada a l'àrea quirúrgica per la llevadora. El contacte precoç pell amb pell entre la mare i el nounat promou la lactància materna i pot ajudar en l'estabilització fisiològica del nadó.

Una vegada s'hagi realitzat el clampatge de cordó, el segon ajudant realitzarà l'extracció de les mostres de sang de cordó a la taula estèril i les facilitarà a la infermera circulant per cursar el pH d'artèria i vena umbilical el més aviat possible. En el cas de que els obstetres no puguin fer l'extracció per haver d'assistir quirúrgicament a la mare, es posarà la placenta a un cubell blanc, sense instrumental quirúrgic (amb pinces de cordó no numerades i rebutjables) i el TCAI quirúrgic li donarà al TCAI de parts per a que ho processi (pH, grup, coombs).

El test d'Apgar al minut i als 5 minuts de vida és un procediment que s'ha de fer de manera universal en tots els nadons i es pot valorar sense separar el nounat de la seva mare. Tanmateix, durant el període pell amb pell amb la mare, el nadó serà identificat en presència dels pares.

Es realitzarà el deslliurament mitjançant **tracció mantinguda del cordó i no manualment**, ja que aquesta maniobra augmenta el sagnat i el risc d'endometritis postpart. S'ha observat que si es realitza un massatge al fundus uterí tan aviat com neix el fetus accelera el deslliurament i millora la contracció uterina.

Tot i que l'evidència és escassa, la pràctica d'explorar l'úter amb una gasa després del deslliurament de la placenta (per comprovar vacuïtat uterina) s'associa amb endometritis puerperal i major pèrdua hemàtica. Per tant, si la placenta es deslliura correctament, es revisa la seva integritat i es contrau bé l'úter, no es recomana realitzar aquesta maniobra.

Caldrà enviar la **placenta a anatomia patològica** en els següents casos:

- Indicacions maternes:
  - Antecedents d'abús de tòxics durant la gestació
  - Infeccions durant la gestació (VIH, Lues, toxoplasma, rubeola, herpes, CMV)



- Hipertenses cròniques i preeclàmpsies
- Febre sense focus o sospita de coriamnionitis aguda
- Indicacions fetals:
  - Retràs de Creixement Intrauterí
  - Parts prematurs < 34 SG
  - Òbits fetals
  - Oligoamnis sever
  - Gestacions gemel·lars
  - Anomalies congènites fetals
  - Test Apgar 1' < 4, 5' < 7 o necessitat de reanimació enèrgica
- Indicacions placentàries:
  - Aparència anormal de la placenta o del cordó (infarts, calcificacions, trombes, coloració anormal, mala olor...)
  - Mida no congruent amb la edat gestacional.
  - Placenta prèvia
  - Vasa prèvia
  - Despreniment de placenta
  - Inserció marginal o velamentosa del cordó

Recordar que sempre que hi hagi sospita clínica de corioamnionitis s'han de fer cultius de placenta (cara materna i cara fetal) i cavitat uterina.

Com a prevenció de la hemorràgia postpart sempre es farà un deslliurament dirigit i no caldrà esperar a la sortida de la placenta per administrar la oxitocina (veure protocol Hemorràgia postpart per a més informació)



### **PREVENCIÓ DE L'HPP EN LA CESÀRIA a HSP**

**CESÀRIA ELECTIVA:** OXITOCINA 1-3 UI ev en 1 min (d'elecció en SF 50 ml), seguida de perfusió d'oxitocina 20 UI en 500 ml a passar en 4-6 hores

**CESÀRIA EN CURS DE TREBALL DE PART:** OXITOCINA 3 UI ev en 3-5 min (d'elecció en SF 100 ml), seguida de perfusió d'oxitocina 17 UI en 500 ml a passar en 4-6 hores

**PACIENT CARDIÒPATA:** OXITOCINA 0,5 UI ev + fenilefrina si HipoTA.

**CARBETOCINA:** 100 ug (1 ampolla) en 100 ml a passar en 2-3 min després de l'extracció del nadó. (Utilització restringida a indicacions establertes en l'ANNEX 1)

No es realitzarà un deslliurament manual. La tracció del cordó umbilical és el mètode recomanat per l'extracció de la placenta a la cesària.

Indicacions de carbetocina:

- gestacions múltiples
- gestants múltiples
- macrosomia fetal/polihidramnis
- placenta prèvia
- desprendiment precoç de placenta normalment inserta
- inducció perllongada (> 12 hores d'oxitocina)
- període expulsiu perllongat
- coriomaniotitis
- trastorns hipertensius de l'embaràs (preeclampsia greu, eclampsia, síndrome HELLP)

No es realitzarà l'exteriorització de l'úter excepte en circumstàncies clíniques individuals que requereixin millorar l'exposició uterina, perquè s'associa a més dolor intraoperatori i no disminueix el temps quirúrgic ni el sagnat.

No existeixen estudis que demostrin la utilitat de la dilatació cervical en casos de cesària electiva, per tant no es realitzarà sistemàticament. L'evidència diu que aquesta pràctica no millora els nivells postoperatoris d'hemoglobina, ni redueix la incidència de febre o infeccions intraabdominals ni de la ferida.

La sutura de l'úter s'iniciarà col·locant dos punts als angles laterals de la incisió uterina, per aconseguir l'hemostàsia dels angles i facilitar l'exposició de l'úter. La histerorràfia es realitzarà amb sutura continua en monocapa amb Vicryl 1/0 d'agulla rodona sense creuar els punts. Els resultats de tancament són similars amb agulles rodones i triangulars, però les agulles rodones són més segures per al cirurgià (velocitat de





perforació del guant RR 0.45, IC del 95% 0,37-0,54). No s'ha de creuar la sutura, a menys que el sagnat arterial sigui evident. El tancament creuat s'ha associat amb una major aparició de marcadors subrogats de debilitat de la cicatriu (espessors més prims del miometri, defectes en la paret uterina amb forma de falç) i dehiscència / ruptura. Clàssicament es recomana eludir l'endometri de la sutura uterina, però no s'ha pogut demostrar que la seva inclusió augmenti el risc d'adenomiosi o de complicacions postoperatòries.

No hi ha evidència que la irrigació uterina amb sèrum o una solució antibiòtica millori la taxa d'infecció puerperal.

Abans de tancar sempre s'haurà de fer una revisió dels genitals interns i la pelvis menor:

- **Conducta davant la troballa d'un mioma** → La miomectomia durant la cesària s'hauria d'evitar, especialment si es requereix una incisió intramiometrial, donat el subseqüent risc d'hemorràgia severa i necessitat d'histerectomia. Ocasionalment és necessari procedir a la miomectomia per tal de poder suturar la histerotomia; per evitar aquesta situació, es recomana un estudi previ per a planejar el tipus d'incisió a realitzar durant la cesària, especialment quan el mioma està localitzat en el segment, així evitem realitzar una incisió a través del mioma que ens pugui dificultar el tancament de la histerotomia. Es limita l'opció de realitzar miomectomia durant la cesària als miomes pediculats simptomàtics.
- **Conducta davant la troballa d'una massa annexial**
  - o Si durant la cesària hi ha una troballa de tumoració annexial amb sospita de malignitat (consistència sòlida, superfície irregular, presència de vascularització aberrant i/o excrescències) vs. carcinomatosis no coneguda, s'ha d'intentar realitzar una valoració conjunta intraoperatòria amb equip de Ginecologia Oncològica per decidir conducta a seguir. Si no és possible realitzar aquesta valoració conjunta, es realitzarà una annexectomia unilateral (evitant ruptura de la tumoració) i enviar la peça quirúrgica per estudi anatomopatològic diferit. En cas de carcinomatosis peritoneal s'hauran d'enviar biòpsies. Posteriorment, es derivarà la pacient a la Unitat



de Ginecologia Oncològica i conjuntament es valorarà segons la histologia de la tumoració i el desig genèsic de la pacient, el tipus de cirurgia d'estadiatge indicada.

- Si la tumoració annexial amb criteris de sospita és coneguda prepart, cal realitzar estudi i visita amb la Unitat de Ginecologia Oncològica. Es presentarà a comitè i es valorarà realitzar la cirurgia d'estadiatge durant el mateix acte quirúrgic, si l'anatomia intraoperatòria de la massa confirma malignitat (tenint en compte el desig genèsic de la pacient i el tipus histològic).
- En el cas que la tumoració ovàrica sigui altament suggestiva de benignitat, tan si és coneguda previ a la cirurgia com si la troballa és incidental durant la cesària, es valorarà realitzar quistectomia si la mida és superior a 7 cm (amb seguretat si > 10 cm) i/o simptomàtica i/o pot requerir d'intervenció en un segon temps. Caldrà considerar realitzar annexectomia només en cas que la quistectomia no sigui tècnicament factible. Si l'equip quirúrgic té dubtes sobre el maneig a realitzar davant la troballa de tumoració annexial, intentarà contactar amb l'equip quirúrgic de Ginecologia Oncològica, i si no és possible, es pot considerar diferir el procediment per a realitzar estudi dirigit i valorar conducta terapèutica posterior.

**L'esterilització tubàrica** afegeix només uns minuts al procediment de la cesària i no es necessiten incisions addicionals. La salpinguectomia total és un procediment segur i tan eficaç com la lligadura tubàrica, amb l'avantatge de disminuir el risc de càncer d'ovari, per tant, es recomana realitzar una **salpinguectomia bilateral** quan la dona desitgi esterilització definitiva. Procediment: coagulació i secció a nivell de l'istme, coagulació i secció del trajecte del mesosàlpinx. S'haurà d'enviar a AP les trompes per separat indicant lateralitat.

Cal ser molt acurat amb la **revisió de l'hemostàsia**. Abans de procedir al tancament de la paret abdominal s'ha de fer el **recompte de gasses i material quirúrgic**. No cal suturar el peritoneu visceral ni parietal, ja que es redueix el temps quirúrgic i disminueix la necessitat d'analgèsia postoperatòria. Tampoc cal suturar els músculs rectes



abdominals ja que es tornen a adaptar de manera natural i les sutures poden causar dolor innecessari quan la dona comença a moure's després de la cirurgia.

La fàscia es tancarà en bloc amb **dues sutures contínues de Vicryl 1/0 agulla triangular**, amb una separació de 1 cm entre els punts i de 5 mm de teixit. No s'han de creuar els punts de sutura contínua de la fàscia, ja que s'augmenta la isquèmia del teixit, ni tampoc s'ha de fer una tensió excessiva de la sutura. Es recomanen fer dos hemicontínues per visualitzar correctament els angles. En cas de laparotomia mitja, la fàscia s'haurà de tancar amb sutura contínua de fil lentament reabsorbibles (Monocryl 2/0 o PDS) amb 5 mm entre punts i 5 mm respecte la vora de la fàscia (tècnica small bites) per reduir la taxa de dehiscències i hèrnies.

**No cal realitzar aproximació del teixit cel·lular subcutani, excepte si el pannicle adipós és  $\geq 2$  cm** per reduir el risc de seromes.

La neteja amb sèrum fisiològic de la cavitat abdominal o del teixit subcutani abans de tancar la pell no redueix la morbiditat materna, per tant son procediments innecessaris.

**No es recomana l'ús rutinari de drenatges** no redueix la incidència de seroma, hematoma ni infeccions. Indicacions de col·locació de drenatges:

- Subaponeuròtic en cas de cesàries iteratives amb lesions musculars.
- Síndrome de HELLP o preeclàmpsies greus amb plaquetopènies severes.
- A criteri mèdic si existeix risc de sagnat.

El tancament de la pell es farà amb sutura intradèrmica Monocryl 3/0 de color transparent.

Caldrà realitzar la neteja i col·locar en primer lloc un apòsit oclusiu estèril i posteriorment una gasa i l'apòsit compressiu a quiròfan.



# Si

- Col·locar a la dona en decúbit supí amb una inclinació lateral de 15°.
- Profilaxis antibiòtica abans de la incisió quirúrgica.
- Incloure fàrmac uterotònic que utilitzarem al check-list.
- Pinçament tardà del cordó umbilical (almenys 30 segons) en aquells nadons que no requereixin reanimació si les condicions maternes ho permeten. Iniciar immediatament al naixement el pell amb pell.
- Deslliurament mitjançant tracció mantinguda del cordó.
- Valorar indicació d'enviar placenta a AP o fer presa de cultius.
- Revisió de genitals interns i revisió acurada d'hemostàsia abans de tancament de paret abdominal.

# No

- Dissecció sistemàtica de la plica vesical (individualitzar)
- Deslliurament manual
- Revisió de cavitat uterina amb gasa de forma sistemàtica
- Exteriorització de l'úter
- Dilatació cervical
- No cal realitzar aproximació del teixit cel·lular subcutani, excepte si el pannicle adipós és  $\geq 2$  cm.
- Ús rutinari de drenatges
- Grapes a la pell



## 6.3. Poblacions especials

### 6.3.1. Dones obeses (IMC > 30)

L'obesitat és un factor de risc per infeccions postoperatòries. De moment no hi ha evidència suficient per recomanar augmentar la dosi de profilaxis antibiòtica en aquests casos.

**La incisió d'elecció també serà la transversal baixa**, ja que el teixit adipós a 2 cm de la sínfisis del pubis no acostuma a ser el pannicle més gruixut. Un desavantatge de fer una incisió sota el pannicle és que la ferida s'ha de curar en un ambient càlid i humit amb una elevada colonització bacteriana, cosa que pot augmentar el risc d'infecció. Per a dones que pesen > 180 kg una incisió supraumbilical transversal pot tenir diversos avantatges, com millorar l'exposició intraabdominal o evitar l'enterrament de la ferida sota un gran pannicle, però no s'ha demostrat que presenti menys complicacions que una incisió de Pfannenstiel i l'exposició al segment inferior de l'úter pot ser subòptima. Cal que la incisió sigui àmplia ja que l'exposició uterina pot ser subòptima i pot ser difícil l'extracció fetal (fetus grans i dificultat per fer pressió uterina adequada).

El risc d'infecció es pot reduir evitant una dissecció excessiva dels teixits subcutanis.

El tancament de la fàscia en bloc redueix el risc de dehiscència i formació d'hèrnia en les incisions verticals. El punt clau és aproximar la fàscia sense estrangular. En les incisions transversals, el tancament continu amb sutura no absorbible o lentament absorbible ha demostrat ser segur i igual d'efectiu que les tècniques interrompudes en assaigs aleatoris.

Caldrà realitzar un tancament subcutani per reduir el risc de seromes i hematomes però no es recomana deixar drenatges intraabdominals o al subcutani de forma sistemàtica, ja que els assaigs no demostren que hi hagi diferències estadísticament significatives en quant a reducció de complicacions a les dones obeses.



Pel tancament de la pell s'utilitzarà generalment sutura intradèrmica, tot i que manquen estudis prospectius que demostrin diferències entre grapes i sutures intradèrmiques en aquest subgrup de pacients.

### 6.3.2. Cesària anterior

Poden haver-hi adherències entre la paret anterior abdominal i la cara anterior de l'úter. Per tant, és preferible realitzar una obertura digital del peritoneu el més proper possible a l'abdomen superior per evitar possibles àrees denses de teixit cicatricial a la pelvis. La incisió aguda instrumental també pot requerir-se, i s'ha de fer de manera cautelosa i amb incisions poc profundes sota visió directa.

S'ha de tenir especial atenció en aquells casos on es sospitin presència d'abundants adherències o d'alteracions anatòmiques secundàries:

- Dos o més intervencions uterines prèvies.
- Evidència d'adherències en intervenció anterior.
- Antecedent de patologies que poden predisposar a adherències, com pot ser hemoperitoneu, malaltia inflamatòria pèlvica, endometriosis pèlvica, neoplàsies disseminades a estructures pèlviques.

## 7. MANEIG POSTOPERATORI

*Veure protocol d'Assistència i seguiment al puerperi*

Si la cesària s'ha fet amb anestèsia regional (intradural/epidural) +/- sedació i no hi ha hagut cap incidència materna durant la intervenció, el postoperatori immediat es farà a la sala de parts amb l'objectiu d'afavorir la no separació mare-fill.

Si per el contrari s'ha hagut de realitzar la cesària sota anestèsia general o ha hagut alguna incidència materna durant la cesària, el postoperatori immediat es realitzarà a la Unitat de Reanimació. La durada a la Unitat serà variable, segons ho estimi l'anestesiòleg responsable de la dona (estat de consciència, estabilitat hemodinàmica, control analític, control del dolor, etc). Durant l'estada a la Unitat de Reanimació, en



principi, no és possible que el nadó estigui amb la mare, tot i que s'intentarà relaxar la normativa (si la ocupació i la càrrega de treball ho permet).

### 7.1. Protocol d'analgèsia epidural post-cesària

El dolor postoperatori de la cesària al nostre centre presenta marge de millora, d'aquí la implementació d'un protocol d'analgèsia epidural amb ropivacaïna i fentanil en BIC (Bomba d'infusió Continua) que possibiliti una analgèsia satisfactòria sense o amb la mínima limitació motora.

Pacients en postoperatori de cesària, s'obren tres escenaris possibles:

- A. **pacients amb catèter epidural utilitzat durant la cesària** (ja sigui cesària de recurs/urgent després de treball de part o bé pacient per a cesària programada que rep una epidural seqüencial a altes dosis); una vegada finalitzada la cesària es connectarà la BIC de ropivacaïna i fentanil i s'iniciarà la perfusió analgèsica.
- B. **pacients amb cesària programada que reben una tècnica intradural-epidural** (cal comprovar la localització del catèter epidural); l'equip d'Anestesiologia d'urgències realitzarà la dosi test epidural amb 2'5 mL de lidocaïna 2% i, si la dosi test és efectiva, connectarà la BIC de ropivacaïna i fentanil i iniciarà la perfusió.

La pacient retornarà a Sala de parts amb la BIC epidural connectada i iniciada.

- C. **pacients sense catèter:** es manejaran amb la pauta d'analgèsia endovenosa descrita prèviament.

#### **Preparació i programació de la BIC epidural:**

Característiques de la solució per BIC: Ropivacaïna 0,05% + fentanil 2 mcg/mL en un *cassette*<sup>1</sup> de 250 mL.

Programació de la BIC: 8 mL/h en sense bolus a demanda.

---

<sup>1</sup>CADD-Medication Reservoir 250 mL 21-7308-24 Smiths medical



Durada de la BIC: Aproximadament 30 hores.

La BIC es prepararà al Servei de Farmàcia i es disposarà d'un petit estoc a la sala de parts. En cas de no disposar de BIC preparada, la dilució es prepararà al quiròfan d'urgències amb la següent fórmula:

Composició solució per BIC per <i>cassette</i>	
<b>Fàrmac</b>	<b>Volum a afegir</b>
<b>Ropivacaïna 0,75%</b>	16,7 mL
<b>Fentanil 50 mcg/mL</b>	10 mL
<b>Sèrum fisiològic</b>	223,3 mL

### **Control posterior:**

L'equip d'Anestesiologia d'urgències realitzarà les ordres clíniques. Amb el volum de 250 ml a 8 ml/h la duració aproximada de la tècnica serà d'unes 30 hores. Una vegada finalitzada la perfusió inicial, infermeria de sala retirarà el catèter epidural (no es recanviarà la perfusió). Si sorgeix qualsevol contratemps, es contactarà amb la Unitat del Dolor (en horari laboral) o amb l'anestesiòleg de guàrdia (ext. 31444).

A les ordres clíniques s'ha de fer constar:

- **L'hora d'inici de la perfusió;**
- **No administrar opioides endovenosos fins la retirada de la perfusió;**
- **No retirar el catèter fins a 12 hores després de l'última dosi de Heparina o 6 hores abans de la següent.**

Les cures d'infermeria respecte a la retirada de la sonda vesical i l'inici de la deambulació es realitzaran seguint el procediment habitual.

## **8. CESÀRIA PROFAMÍLIA**

La forma d'assistir els parts ha canviat molt els últims anys adquirint una visió més centrada en la dona i menys intervencionista. Tot i que els naixements per cesària s'han incrementat els últims anys, gairebé no hi ha hagut canvis en la manera de realitzar l'assistència, més enllà de la seguretat introduïda per l'ús d'anestèsia regional en substitució de l'anestèsia general.





Les guies nacionals i internacionals d'atenció al part recomanen mantenir un adequat respecte a la intimitat i reforcen el dret de les gestants a estar acompanyades de manera ininterrompuda per la persona que escullin, excepte a circumstàncies clíniques justificades que ho impedeixin. També recomanen realitzar contacte precoç pell amb pell amb el nou-nat, el clamatge tardà de cordó umbilical i iniciar la lactància materna abans de la primera hora de vida.

Hi ha evidència científica que mostra que les dones que han estat sotmeses a una cesària tenen una experiència de part menys satisfactòria i són més vulnerables a patir malalties, com la depressió postpart. També s'ha objectivat que aquestes famílies tenen més dificultats per establir vincles afectius amb els nadons i per iniciar la lactància materna. Per això cada vegada més hospitals estem treballant en protocols d'acompanyament al part per cesària. A més, les enquestes de satisfacció que hi ha publicades mostren que entre un 60-80% de les dones els hauria agradat poder veure directament el naixement.

L'any 2008 es va descriure per primera vegada una modificació de la tècnica de naixement per cesària que va presentar molt bona acceptació entre els professionals i les famílies. Aquest estudi demostra els avantatges de les cesàries que imiten l'escenari d'un part vaginal i el personal sanitari fomenta el contacte precoç pell amb pell, permetent oferir als pares un paper protagonista com a participants actius en el naixement del seu fill. Posteriorment s'han realitzat assajos clínics randomitzats que demostren que aquest tipus de cesàries són procediments segurs que milloren molt la satisfacció de les dones i també dels seus acompanyants. No s'han vist diferències estadísticament significatives en quant a complicacions maternes (hemorràgia postpart, augment del sagnat intraoperatori, complicacions puerperals, alteracions cardiovasculars) ni neonatals (Apgar, ingressos a UCI).

A l'Hospital de Sant Pau els professionals volem vetllar per el benestar físic i emocional de les dones que confien en nosaltres per assistir el naixement del seu fill i per tant oferirem la cesària Profamília a les pacients que ho desitgin.

### **Objectius:**

- Donar suport emocional a la dona durant el naixement per cesària.



- Millorar l'experiència de part i la satisfacció de les dones i dels seus acompanyants en el part per cesària.
- Augmentar el vincle afectiu de les famílies.
- Afavorir el contacte precoç pell amb pell i l'inici de la lactància materna.

### **Criteris de selecció:**

Cesàries electives, cesàries de recurs que no sigui probable a priori que puguin aparèixer complicacions maternes o neonatals. A les cesàries urgents/emergents, una vegada establitzada la situació, s'intentarà que puguin estar acompanyades al quiròfan.

En quant als acompanyants, han de ser majors d'edat i que entenguin bé les indicacions (veure protocol específic).

### **Procediment quirúrgic:**

És important mantenir un ambient tranquil a quiròfan. Si ho desitja la parella pot escollir el fil musical. La via perifèrica es col·locarà al braç no dominant i, un cop s'hagi col·locat en posició de decúbit supí, s'evitarà lligar els braços de la dona per poder establir contacte amb el nouat. Els elèctrodes del ECG s'hauran de col·locar a l'esquena, permetent que la part de davant del pit quedi descoberta per poder col·locar el nadó.

### **MOMENT DEL NAIXEMENT:**

Un cop s'hagi realitzat l'extracció del cap es procedirà a baixar les talles superiors per a que els pares puguin veure el naixement si ho desitgen. Es netejarà amb una gasa la cara del nadó, i es realitzarà una extracció suau i lenta del cos fetal, per afavorir l'expulsió lenta del líquid pulmonar, imitant el que succeeix a un part vaginal. Posteriorment al naixement s'entregarà el nadó a la família i es col·locarà pell amb pell amb la mare. L'equip quirúrgic col·locarà un altre teló estèril per tal de mantenir l'asèpsia del camp quirúrgic i es canviarà els guants. Si es confirma per part de la llevadora que el nadó està estable, es procedirà al clampatge tardà del cordó (>30 segons).



És important avisar a la mare i a l'acompanyant que en el moment que es baixi el teló no han de tocar el camp quirúrgic per evitar la seva contaminació. És molt important el canvi de guants un cop s'ha col·locat el nou camp quirúrgic estèril.

## 9. INDICADORS DE QUALITAT ASSISTENCIAL

- Número de cesàries / Núm. total de parts.
- Número total de cesàries segons els grups de la classificació de Robson.
- Taxa pell amb pell iniciat a quiròfan / Núm. total cesàries.
- Inici de lactància materna des de quiròfan / Núm. total de cesàries.
- Número de cesàries amb anestèsia general / Núm. total de cesàries.
- Ús d'analgèsia tipus PCA 36 h després del part / Núm. total de cesàries.
- Registre de transfusions sanguínies / Núm. total de cesàries.
- Registre de feroteràpia endovenosa / Núm. total de cesàries.
- Registre d'hemorràgia postpart severa que requereix ingrés a REA / Núm. total de cesàries.
- Taxa d'infeccions puerperals / número total de cesàries.
- Núm. de nadons nascuts per cesària que precisen RCP amb VPPI+MC\*/ Núm. total de nadons nascuts per cesària.  
\*VPPI+MC: ventilació amb pressió positiva + massatge cardíac
- Núm. de nadons nascuts per cesària amb test d'Apgar als 5' < 5/ Núm. total de nadons nascuts per cesària.
- Núm. de nadons nascuts per cesària que ingressen a neonatologia per destret respiratori/ Núm. total de nadons nascuts per cesària.
- Estada mitjana de les pacients a qui se'ls ha realitzat una cesària.
- Grau de satisfacció de les dones amb el maneig del dolor postoperatori.
- Grau de satisfacció global de les dones que han tingut un naixement per cesària a Sant Pau.



## 10. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. 2018.
2. Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, Holdcroft A, May AE, Wee M, *et al.* Urgency of caesarean section: a new classification. *J R Soc Med* 2000;93:346–50.
3. Kinsella SM, Scrutton MJL. Assessment of a modified four-category classification of urgency of caesarean section. *J Obstet Gynaecol* 2009;29:110–13.
4. RCOG Classification of urgency of Caesarean Section - A continuum of risk. Good Practice Guidance No 11. London. April 2010
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health. Standards for Maternity Care: Report of a Working Party. London: RCOG Press; 2008 [www.rcog.org.uk/womenshealth/clinical-guidance/standards-maternity-care].
6. Weiner E, Bar J, Fainstein N, et al: The effect of a program to shorten the decision-to-delivery interval for emergent cesarean section on maternal and neonatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210:224.e1–e6.
7. Leung TY, Lao TT: Timing of caesarean section according to urgency. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27:251–267
8. Kolas T, Saugstad OD, Daltveit AK, Nilsen ST, Oian P. Planned cesarean versus planned vaginal delivery a term: comparison of newborn infant outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195 (6): 1538-43.
9. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N et al. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008; 336(7635): 85-7
10. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2014; 123:693. Reaffirmed 2019.
11. Cohen WR, Friedman EA. Guidelines for labor assessment: failure to progress? *Am J Obstet Gynecol* 2020; 222:342.e1.
12. Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 1) 2018
13. World Health Organization (WHO): Recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections (2018)
14. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO): Ethics and professionalism guideline on decision making about vaginal and caesarean delivery (2020)
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Clinical guideline on caesarean section (2011, updated 2019)



16. Hadiati DR, Hakimi M, Nurdianti DS, Ota E. Skin preparation for preventing infection following caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;17:CD007462
17. Haas DM, Morgan S, Contreras K. Vaginal. Preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;12: CD007892
18. Mathai M, Hofmeyr GJ. Abdominal surgical incisions for caesarean section *Cochrane Database Syst Rev*. 2007
19. CORONIS Collaborative Group, Abalos E, Addo V, et al. Caesarean section surgical techniques (CORONIS): a fractional, factorial, unmasked, randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 382:234
20. O'Neill HA, Egan G, Walsh CA, Cotter AM, Walsh S. Omission of the bladder flap at caesarean section reduces delivery time without increased morbidity: a meta-analysis of randomised controlled trials *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;174:20
21. Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Rouse DJ, Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Oct;209(4):294-306. Epub 2013 Mar 1.
22. Waterfall H, Grivell RM, Dodd JM. Techniques for assisting difficult delivery at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; :CD004944.
23. Rabe H, Erickson-Owens DA, Mercer JS. Long-term Follow-up of Placental Transfusion in Full-term Infants. *JAMA Pediatr*. 2015 Jul;169(7):623-4
24. Lasley D, Eblen A, Yancey MK. The effect of placental removal method on the incidence of postcesarean infections. *Am J Obstet Gynecol*, 176 (1997), pp. 1250-4
25. Wilkinson C, Enkin MW. Manual removal of placenta at cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*, (2000), pp. CD0000130.
26. Hamdy M, Taha O, Elprince M. Postpartum endometritis after uterine cleaning versus no cleaning in cesarean sections: Randomized clinical trial. *J Obstet Gynaecol Res*, 2021.
27. Ceci O, Cantatore C, Scioscia M, Nardelli C, Ravi M, Vimercati A, Bettocchi S. Ultrasonographic and hysteroscopic outcomes of uterine scar healing after cesarean section: comparison of two types of single-layer suture *J Obstet Gynaecol Res*. 2012 Nov;38(11):1302-7. Epub 2012 May 21
28. Roberge S, Demers S, Berghella V, Chaillet N, Moore L, Bujold E. Impact of single- vs double-layer closure on adverse outcomes and uterine scar defect: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211(5):453. Epub 2014 Jun 6.
29. Dodd JM, Anderson ER, Gates S, Grivell RM. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;7: CD004732.
30. Yazicioglu F, Gökdoğan A, Kelekci S, Aygün M, Savan K. Incomplete healing of the uterine incision after caesarean section: Is it preventable? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006;124(1):32. Epub 2005 Jul 14.



31. Nabhan AF, Allam NE, Hamed Abdel-Aziz Salama M. Routes of administration of antibiotic prophylaxis for preventing infection after caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 60
32. Oncoguía càncer epitelial de ovario 2014. SEGO.
33. Volkan Ulker et al. Incidental adnexal masses at cesarean section and review of the literature *J. Obst. Gynaecol. Res.* 2010. Vol. 36, N° 3. 502-505.
34. Salpingectomy vs tubal ligation for sterilization: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2021; 224:258-265.
35. J.L. Alcazar et al. Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. ACOG. 2016. N° 174. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013. Vol. 41: 581-588
36. Rectus muscle and visceral peritoneum closure at cesarean delivery and intraabdominal adhesions. Lyell DJ, Caughey AB, Hu E, Blumenfeld Y, El-Sayed YY, Daniels K, *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(6):515.e1
37. Anderson ER, Gates S. Techniques and materials for closure of the abdominal wall in caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD004663
38. Gates S, Anderson ER. Wound drainage for caesarean section *Cochrane Database Syst Rev.* 2013
39. Mackeen AD, Khalifeh A, Fleisher J, et al. Suture compared with staple skin closure after cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2014;123:1169–75.
40. Anna Joy G. Rogers, DrPH, M, MA Anna Joy G, MA Anna Joy G. Rogers, Lorie M. Harper, MD, Giancarlo Mari, MD. A conceptual framework for the impact of obesity on risk of cesarean delivery. *AJOG.* October 2018 Volume 219, Issue 4, Pages 356–363
41. Casellas M, Canto MJ, Del Rio M, Figueras F, et al. Secció de Medicina Perinatal de la SCOG i Societat Catalana d'Hematologia i Hemoteràpia. Profilaxi antitrombòtica i tractament de la malaltia tromboembòlica venosa (MTEV) en la gestació. Recomanacions de consens. ACMCB, 2018.
42. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists . Reducing The risk of venous thromboembolism during pregnancy ant he puerperium Green Top Guideline No 37a April 2015
43. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium : acute Management Green Top Guideline No 37b. April 2015
44. Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc).* 2009;71(4):349-361.
45. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.



46. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Sanidad 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.
47. Fogarty M, Osborn DA, Askie L, Seidler AL, Hunter K, Lui K, Simes J, Tarnow-Mordi W. Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *AJOG* 2018;218:1-18.
48. Tarnow-Mordi W, Morris J, Kirby A, et al. Delayed versus Immediate Cord Clamping in Preterm Infants. *N Engl J Med* 2017;377:244-55.
49. Smith J, Plaat F, Fisk NM. The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG* 2008;115:1037-42.
50. TESSIER, Esther, et al. Cesàrea humanizada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2012, vol. 56, núm. 2, p. 73-78
51. Magee SR, Battle C, Morton J, Nothnagle M. Promotion of family-centered birth with gentle cesarean delivery. *J Am Board Fam Med*. 2014;27:690-3.
52. Protocol per a l'assistència natural al part normal. [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1202/protocol\\_assistencia\\_natural\\_part\\_normal\\_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1202/protocol_assistencia_natural_part_normal_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
53. Armbrust R, Hinkson L, von Weizsäcker K, Henrich W. The Charité cesarean birth: a family orientated approach of cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016;29:163-8.



## ANNEX 1. CRITERIS DE CESÀRIA TIPIFICATS PER CATSALUT

INFORMACIÓ DE L'INDICADOR	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Definició:</b> relació entre el nombre de <b>cesàries</b> observades i les esperades segons el model d'ajust, en els <b>parts poc complicats</b>.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>EXCLUSIONS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>En qualsevol camp diagnòstic:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presentació anormal del fetus</li> <li>▪ Part prematur</li> <li>▪ Mort fetal</li> <li>▪ Histerotomia</li> <li>▪ Gestació múltiple</li> </ul> </li> <li>▪ <b>En qualsevol procediment:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Extracció de natges</li> </ul> </li> <li>▪ Primer nadó inferior a 2,5 Kg o no informat</li> <li>▪ Setmanes de gestació &lt;36 o no informat</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En l'elaboració d'aquest indicador s'utilitzen únicament els parts poc complicats</li> </ul>	
Variables de l'ajust	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edat de la mare (en anys)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malaltia vascular perifèrica</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setmanes de gestació:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 36 setmanes</li> <li>- 37 setmanes</li> <li>- 38 setmanes</li> <li>- 39 setmanes</li> <li>- 40 setmanes</li> <li>- 41 setmanes</li> <li>- &gt; 41 setmanes</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malaltia hepàtica moderada o severa</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síndrome immunodeficiència adquirida</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetis mellitus</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patologia cardiovascular</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ HTA</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pre-eclàmpsia</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hàbit tabàquic</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pes del nadó:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; 3500 g</li> <li>- 3500 g – 3999 g</li> <li>- 4000 g – 4499 g</li> <li>- &gt; 4499 g</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetis gestacional</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obesitat</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anèmia</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malalties infeccioses maternes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obstrucció del treball de part</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Epilèpsia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anormalitat de forces del treball de part</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oligometrorràgia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altres complicacions treballs de part i part</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cesària prèvia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estrès fetal</li> </ul>	





### Dades dels codis CIM 10 per donar al B0 (filtre de casos)

#### Denominador: Tots els parts (GRD o CIM 10)

##### EXCLUSIONS:

- **En qualsevol camp diagnòstic:**
  - Presentació anormal del fetus
  - Part prematur
  - Mort fetal
  - Histerotomia
  - Gestació múltiple
- **En qualsevol procediment:**
  - Extracció de natges
- Primer nadó inferior a 2,5 Kg o no informat
- Setmanes de gestació <36 o no informat

#### CODI CIM 10 - INCLUSIONS EN EL DENOMINADOR

<b>Z370</b>	Nadó únic nascut viu
-------------	----------------------

#### CODIS CIM 10 D'EXCLUSIONS del DENOMINADOR

##### Resultats de part

<b>Z371</b>	Nadó únic nascut mort
<b>Z372</b>	Bessons, ambdós nascuts vius
<b>Z373</b>	Bessons, un nascut viu i l'altre nascut mort
<b>Z374</b>	Bessons, ambdós nascuts morts
<b>Z3750</b>	Part múltiple no especificat, tots els nadons nascuts vius
<b>Z3751</b>	Trigèmins, tots els nadons nascuts vius
<b>Z3752</b>	Quadrigèmins, tots els nadons nascuts vius
<b>Z3753</b>	Quintigèmins, tots els nadons nascuts vius
<b>Z3754</b>	Sexigèmins, tots els nadons nascuts vius
<b>Z3759</b>	Altres tipus de part múltiple, tots els nadons nascuts vius
<b>Z3760</b>	Part múltiple no especificat, algun nadó nascut viu
<b>Z3761</b>	Trigèmins, algun nadó nascut viu
<b>Z3762</b>	Quadrigèmins, algun nadó nascut viu
<b>Z3763</b>	Quintigèmins, algun nadó nascut viu
<b>Z3764</b>	Sexigèmins, algun nadó nascut viu
<b>Z3769</b>	Altres tipus de part múltiple, algun nadó nascut viu
<b>Z377</b>	Altres tipus de part múltiple, tots els nadons nascuts morts
<b>Z379</b>	Resultat del part no especificat

#### CODIS CIM 10 D'EXCLUSIONS del DENOMINADOR

##### Presentació de part anormal, mort fetal o gestació múltiple.

<b>O30001</b>	Embaràs de bessons, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, primer trimestre
<b>O30002</b>	Embaràs de bessons, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, segon trimestre
<b>O30003</b>	Embaràs de bessons, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, tercer trimestre
<b>O30009</b>	Embaràs de bessons, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, trimestre no especificat
<b>O30011</b>	Embaràs de bessons, monocoriònic/monoàmnic, primer trimestre
<b>O30012</b>	Embaràs de bessons, monocoriònic/monoàmnic, segon trimestre
<b>O30013</b>	Embaràs de bessons, monocoriònic/monoàmnic, tercer trimestre
<b>O30019</b>	Embaràs de bessons, monocoriònic/monoàmnic, trimestre no especificat
<b>O30021</b>	Embaràs de bessons units, primer trimestre
<b>O30022</b>	Embaràs de bessons units, segon trimestre
<b>O30023</b>	Embaràs de bessons units, tercer trimestre
<b>O30029</b>	Embaràs de bessons units, trimestre no especificat
<b>O30031</b>	Embaràs de bessons, monocoriònic/diàmnic, primer trimestre
<b>O318X10</b>	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, primer trimestre, no aplicable o no especificat



O318X11	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, primer trimestre, fetus 1
O318X12	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, primer trimestre, fetus 2
O318X13	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, primer trimestre, fetus 3
O318X14	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, primer trimestre, fetus 4
O318X15	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, primer trimestre, fetus 5
O318X19	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, primer trimestre, altres fetus
O318X20	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, segon trimestre, no aplicable o no especificat
O318X21	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, segon trimestre, fetus 1
O318X22	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, segon trimestre, fetus 2
O318X23	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, segon trimestre, fetus 3
O318X24	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, segon trimestre, fetus 4
O318X25	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, segon trimestre, fetus 5
O30032	Embaràs de bessons, monocoriònic/diàmnic, segon trimestre
O30033	Embaràs de bessons, monocoriònic/diàmnic, tercer trimestre
O30039	Embaràs de bessons, monocoriònic/diàmnic, trimestre no especificat
O30041	Embaràs de bessons, dicoriònic/diàmnic, primer trimestre
O30042	Embaràs de bessons, dicoriònic/diàmnic, segon trimestre
O30043	Embaràs de bessons, dicoriònic/diàmnic, tercer trimestre
O30049	Embaràs de bessons, dicoriònic/diàmnic, trimestre no especificat
O30091	Embaràs de bessons, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, primer trimestre
O30092	Embaràs de bessons, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, segon trimestre
O30093	Embaràs de bessons, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, tercer trimestre
O30099	Embaràs de bessons, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, trimestre no especificat
O30101	Embaràs triple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, primer trimestre
O30102	Embaràs triple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, segon trimestre
O30103	Embaràs triple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, tercer trimestre
O30109	Embaràs triple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, trimestre no especificat
O318X29	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, segon trimestre, altres fetus
O318X30	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, tercer trimestre, no aplicable o no especificat
O318X31	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, tercer trimestre, fetus 1
O318X32	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, tercer trimestre, fetus 2
O318X33	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, tercer trimestre, fetus 3
O318X34	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, tercer trimestre, fetus 4
O318X35	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, tercer trimestre, fetus 5
O318X39	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, tercer trimestre, altres fetus
O318X90	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, trimestre no especificat, no aplicable o no especificat
O318X91	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, trimestre no especificat, fetus 1
O318X92	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, trimestre no especificat, fetus 2
O318X93	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, trimestre no especificat, fetus 3
O318X94	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, trimestre no especificat, fetus 4
O318X95	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, trimestre no especificat, fetus 5
O318X99	Altres complicacions específiques de la gestació múltiple, trimestre no especificat, altres fetus
O30111	Embaràs triple amb dos o més fetus monocoriònics, primer trimestre
O30112	Embaràs triple amb dos o més fetus monocoriònics, segon trimestre
O30113	Embaràs triple amb dos o més fetus monocoriònics, tercer trimestre
O30119	Embaràs triple amb dos o més fetus monocoriònics, trimestre no especificat
O30121	Embaràs triple amb dos o més fetus monoàmnic, primer trimestre
O30122	Embaràs triple amb dos o més fetus monoàmnic, segon trimestre
O30123	Embaràs triple amb dos o més fetus monoàmnic, tercer trimestre
O30129	Embaràs triple amb dos o més fetus monoàmnic, trimestre no especificat
O30191	Embaràs triple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, primer trimestre
O30192	Embaràs triple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, segon trimestre
O30193	Embaràs triple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, tercer trimestre
O30199	Embaràs triple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, trimestre no especificat
O30201	Embaràs quàdruple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, primer trimestre
O30202	Embaràs quàdruple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, segon trimestre
O30203	Embaràs quàdruple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, tercer trimestre
O321XX0	Assistència materna per presentació de natges, no aplicable o no especificat



<b>O321XX1</b>	Assistència materna per presentació de natges, fetus 1
<b>O321XX2</b>	Assistència materna per presentació de natges, fetus 2
<b>O321XX3</b>	Assistència materna per presentació de natges, fetus 3
<b>O321XX4</b>	Assistència materna per presentació de natges, fetus 4
<b>O321XX5</b>	Assistència materna per presentació de natges, fetus 5
<b>O321XX9</b>	Assistència materna per presentació de natges, altres fetus
<b>O322XX0</b>	Assistència materna per presentació transversa i obliqua, no aplicable o no especificat
<b>O322XX1</b>	Assistència materna per presentació transversa i obliqua, fetus 1
<b>O322XX2</b>	Assistència materna per presentació transversa i obliqua, fetus 2
<b>O322XX3</b>	Assistència materna per presentació transversa i obliqua, fetus 3
<b>O322XX4</b>	Assistència materna per presentació transversa i obliqua, fetus 4
<b>O322XX5</b>	Assistència materna per presentació transversa i obliqua, fetus 5
<b>O322XX9</b>	Assistència materna per presentació transversa i obliqua, altres fetus
<b>O323XX0</b>	Assistència materna per presentació de cara, frontal i de mentó, no aplicable o no especificat
<b>O30209</b>	Embaràs quàdruple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, trimestre no especificat
<b>O30211</b>	Embaràs quàdruple amb dos o més fetus monocoriònics, primer trimestre
<b>O30212</b>	Embaràs quàdruple amb dos o més fetus monocoriònics, segon trimestre
<b>O30213</b>	Embaràs quàdruple amb dos o més fetus monocoriònics, tercer trimestre
<b>O30219</b>	Embaràs quàdruple amb dos o més fetus monocoriònics, trimestre no especificat
<b>O30221</b>	Embaràs quàdruple amb dos o més fetus monoàmnics, primer trimestre
<b>O30222</b>	Embaràs quàdruple amb dos o més fetus monoàmnics, segon trimestre
<b>O30223</b>	Embaràs quàdruple amb dos o més fetus monoàmnics, tercer trimestre
<b>O30229</b>	Embaràs quàdruple amb dos o més fetus monoàmnics, trimestre no especificat
<b>O30291</b>	Embaràs quàdruple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, primer trimestre
<b>O30292</b>	Embaràs quàdruple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, segon trimestre
<b>O30293</b>	Embaràs quàdruple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, tercer trimestre
<b>O30299</b>	Embaràs quàdruple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, trimestre no especificat
<b>O323XX1</b>	Assistència materna per presentació de cara, frontal i de mentó, fetus 1
<b>O323XX2</b>	Assistència materna per presentació de cara, frontal i de mentó, fetus 2
<b>O323XX3</b>	Assistència materna per presentació de cara, frontal i de mentó, fetus 3
<b>O323XX4</b>	Assistència materna per presentació de cara, frontal i de mentó, fetus 4
<b>O323XX5</b>	Assistència materna per presentació de cara, frontal i de mentó, fetus 5
<b>O323XX9</b>	Assistència materna per presentació de cara, frontal i de mentó, altres fetus
<b>O329XX0</b>	Assistència materna per presentació fetal anòmala no especificada, no aplicable o no especificat
<b>O329XX1</b>	Assistència materna per presentació fetal anòmala no especificada, fetus 1
<b>O329XX2</b>	Assistència materna per presentació fetal anòmala no especificada, fetus 2
<b>O329XX3</b>	Assistència materna per presentació fetal anòmala no especificada, fetus 3
<b>O329XX4</b>	Assistència materna per presentació fetal anòmala no especificada, fetus 4
<b>O329XX5</b>	Assistència materna per presentació fetal anòmala no especificada, fetus 5
<b>O329XX9</b>	Assistència materna per presentació fetal anòmala no especificada, altres fetus
<b>O30801</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, primer trimestre
<b>O30802</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, segon trimestre
<b>O30803</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, tercer trimestre
<b>O30809</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple, nombre de placentes i de sacs àmnics no especificat, trimestre no especificat
<b>O30811</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple amb dos o més fetus monocoriònics, primer trimestre
<b>O30812</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple amb dos o més fetus monocoriònics, segon trimestre
<b>O30813</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple amb dos o més fetus monocoriònics, tercer trimestre
<b>O30819</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple amb dos o més fetus monocoriònics, trimestre no especificat
<b>O30821</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple amb dos o més fetus monoàmnics, primer trimestre
<b>O30822</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple amb dos o més fetus monoàmnics, segon trimestre
<b>O30823</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple amb dos o més fetus monoàmnics, tercer trimestre
<b>O30829</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple amb dos o més fetus monoàmnics, trimestre no especificat
<b>O30891</b>	Altres tipus especificats de gestació múltiple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, primer trimestre
<b>O364XX0</b>	Assistència materna per mort intrauterina, no aplicable o no especificat



O364XX1	Assistència materna per mort intrauterina, fetus 1
O364XX2	Assistència materna per mort intrauterina, fetus 2
O364XX3	Assistència materna per mort intrauterina, fetus 3
O364XX4	Assistència materna per mort intrauterina, fetus 4
O364XX5	Assistència materna per mort intrauterina, fetus 5
O364XX9	Assistència materna per mort intrauterina, altres fetus
O6010X0	Treball de part preterme amb part preterme, trimestre no especificat, no aplicable o no especificat
O6010X1	Treball de part preterme amb part preterme, trimestre no especificat, fetus 1
O6010X2	Treball de part preterme amb part preterme, trimestre no especificat, fetus 2
O6010X3	Treball de part preterme amb part preterme, trimestre no especificat, fetus 3
O6010X4	Treball de part preterme amb part preterme, trimestre no especificat, fetus 4
O6010X5	Treball de part preterme amb part preterme, trimestre no especificat, fetus 5
O30892	Altres tipus especificats de gestació múltiple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, segon trimestre
O30893	Altres tipus especificats de gestació múltiple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, tercer trimestre
O30899	Altres tipus especificats de gestació múltiple, nombre de placentes i de sacs àmnics impossible de determinar, trimestre no especificat
O3090	Gestació múltiple no especificada, trimestre no especificat
O3091	Gestació múltiple no especificada, primer trimestre
O3092	Gestació múltiple no especificada, segon trimestre
O3093	Gestació múltiple no especificada, tercer trimestre
O3110X0	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, trimestre no especificat, no aplicable o no especificat
O3110X1	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, trimestre no especificat, fetus 1
O3110X2	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, trimestre no especificat, fetus 2
O3110X3	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, trimestre no especificat, fetus 3
O3110X4	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, trimestre no especificat, fetus 4
O3110X5	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, trimestre no especificat, fetus 5
O6010X9	Treball de part preterme amb part preterme, trimestre no especificat, altres fetus
O6012X0	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el segon trimestre, no aplicable o no especificat
O6012X1	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el segon trimestre, fetus 1
O6012X2	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el segon trimestre, fetus 2
O6012X3	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el segon trimestre, fetus 3
O6012X4	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el segon trimestre, fetus 4
O6012X5	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el segon trimestre, fetus 5
O6012X9	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el segon trimestre, altres fetus
O6013X0	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, no aplicable o no especificat
O6013X1	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, fetus 1
O6013X2	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, fetus 2
O6013X3	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, fetus 3
O6013X4	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, fetus 4
O3110X9	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, trimestre no especificat, altres fetus
O3111X0	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, primer trimestre, no aplicable o no especificat
O3111X1	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, primer trimestre, fetus 1
O3111X2	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, primer trimestre, fetus 2
O3111X3	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, primer trimestre, fetus 3
O3111X4	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, primer trimestre, fetus 4
O3111X5	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, primer trimestre, fetus 5
O3111X9	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, primer trimestre, altres fetus
O3112X0	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, segon trimestre, no aplicable o no especificat
O3112X1	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, segon trimestre, fetus 1
O3112X2	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, segon trimestre, fetus 2
O3112X3	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, segon trimestre, fetus 3



<b>O3112X4</b>	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, segon trimestre, fetus 4
<b>O3112X5</b>	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, segon trimestre, fetus 5
<b>O6013X5</b>	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, fetus 5
<b>O6013X9</b>	Treball de part preterme en el segon trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, altres fetus
<b>O6014X0</b>	Treball de part preterme en el tercer trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, no aplicable o no especificat
<b>O6014X1</b>	Treball de part preterme en el tercer trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, fetus 1
<b>O6014X2</b>	Treball de part preterme en el tercer trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, fetus 2
<b>O6014X3</b>	Treball de part preterme en el tercer trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, fetus 3
<b>O6014X4</b>	Treball de part preterme en el tercer trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, fetus 4
<b>O6014X5</b>	Treball de part preterme en el tercer trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, fetus 5
<b>O6014X9</b>	Treball de part preterme en el tercer trimestre amb part preterme en el tercer trimestre, altres fetus
<b>O632</b>	Part retardat del segon bessó, el trigemin, etc
<b>O641XX0</b>	Obstrucció del part causada per presentació de natges, no aplicable o no especificat
<b>O641XX1</b>	Obstrucció del part causada per presentació de natges, fetus 1
<b>O641XX2</b>	Obstrucció del part causada per presentació de natges, fetus 2
<b>O641XX3</b>	Obstrucció del part causada per presentació de natges, fetus 3
<b>O3112X9</b>	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, segon trimestre, altres fetus
<b>O3113X0</b>	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, tercer trimestre, no aplicable o no especificat
<b>O3113X1</b>	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, tercer trimestre, fetus 1
<b>O3113X2</b>	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, tercer trimestre, fetus 2
<b>O3113X3</b>	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, tercer trimestre, fetus 3
<b>O3113X4</b>	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, tercer trimestre, fetus 4
<b>O3113X5</b>	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, tercer trimestre, fetus 5
<b>O3113X9</b>	Continuació de l'embaràs després d'avortament espontani d'un o més fetus, tercer trimestre, altres fetus
<b>O3120X0</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, trimestre no especificat, no aplicable o no especificat
<b>O3120X1</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, trimestre no especificat, fetus 1
<b>O3120X2</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, trimestre no especificat, fetus 2
<b>O3120X3</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, trimestre no especificat, fetus 3
<b>O3120X4</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, trimestre no especificat, fetus 4
<b>O3120X5</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, trimestre no especificat, fetus 5
<b>O641XX4</b>	Obstrucció del part causada per presentació de natges, fetus 4
<b>O641XX5</b>	Obstrucció del part causada per presentació de natges, fetus 5
<b>O641XX9</b>	Obstrucció del part causada per presentació de natges, altres fetus
<b>O642XX0</b>	Obstrucció del part causada per presentació de cara, no aplicable o no especificat
<b>O642XX1</b>	Obstrucció del part causada per presentació de cara, fetus 1
<b>O642XX2</b>	Obstrucció del part causada per presentació de cara, fetus 2
<b>O642XX3</b>	Obstrucció del part causada per presentació de cara, fetus 3
<b>O642XX4</b>	Obstrucció del part causada per presentació de cara, fetus 4
<b>O642XX5</b>	Obstrucció del part causada per presentació de cara, fetus 5
<b>O642XX9</b>	Obstrucció del part causada per presentació de cara, altres fetus
<b>O643XX0</b>	Obstrucció del part causada per presentació frontal, no aplicable o no especificat
<b>O643XX1</b>	Obstrucció del part causada per presentació frontal, fetus 1
<b>O643XX2</b>	Obstrucció del part causada per presentació frontal, fetus 2
<b>O643XX3</b>	Obstrucció del part causada per presentació frontal, fetus 3
<b>O3120X9</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, trimestre no especificat, altres fetus
<b>O3121X0</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, primer trimestre, no aplicable o no especificat
<b>O3121X1</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, primer trimestre, fetus 1
<b>O3121X2</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, primer trimestre, fetus 2
<b>O3121X3</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, primer trimestre, fetus 3
<b>O3121X4</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, primer trimestre, fetus 4
<b>O3121X5</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, primer trimestre, fetus 5
<b>O3121X9</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, primer trimestre, altres fetus
<b>O3122X0</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, segon trimestre, no aplicable o no especificat
<b>O3122X1</b>	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, segon trimestre, fetus 1



O3122X2	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, segon trimestre, fetus 2
O3122X3	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, segon trimestre, fetus 3
O3122X4	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, segon trimestre, fetus 4
O3122X5	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, segon trimestre, fetus 5
O643XX4	Obstrucció del part causada per presentació frontal, fetus 4
O643XX5	Obstrucció del part causada per presentació frontal, fetus 5
O643XX9	Obstrucció del part causada per presentació frontal, altres fetus
O661	Obstrucció del part causada per bessons travats
O666	Obstrucció del part causada per altres múltiples fetus
Z371	Nadó únic nascut mort
Z372	Bessons, ambdós nascuts vius
Z373	Bessons, un nascut viu i l'altre nascut mort
Z374	Bessons, ambdós nascuts morts
Z3750	Part múltiple no especificat, tots els nadons nascuts vius
Z3751	Trigèmens, tots els nadons nascuts vius
Z3752	Quadrigèmens, tots els nadons nascuts vius
Z3753	Quintigèmens, tots els nadons nascuts vius
Z3754	Sexigèmens, tots els nadons nascuts vius
O3122X9	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, segon trimestre, altres fetus
O3123X0	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, tercer trimestre, no aplicable o no especificat
O3123X1	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, tercer trimestre, fetus 1
O3123X2	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, tercer trimestre, fetus 2
O3123X3	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, tercer trimestre, fetus 3
O3123X4	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, tercer trimestre, fetus 4
O3123X5	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, tercer trimestre, fetus 5
O3123X9	Continuació de l'embaràs després de mort intrauterina d'un o més fetus, tercer trimestre, altres fetus
Z3759	Altres tipus de part múltiple, tots els nadons nascuts vius
Z3760	Part múltiple no especificat, algun nadó nascut viu
Z3761	Trigèmens, algun nadó nascut viu
Z3762	Quadrigèmens, algun nadó nascut viu
Z3763	Quintigèmens, algun nadó nascut viu
Z3764	Sexigèmens, algun nadó nascut viu
Z3769	Altres tipus de part múltiple, algun nadó nascut viu
Z377	Altres tipus de part múltiple, tots els nadons nascuts morts

**Numerador: Parts per cesària (GRD o CIM 10), excepte si van acompanyats de codi d'histerotomia en qualsevol camp de procediment .**

**CODIS CIM 10 – INCLUSIONS EN EL NUMERADOR**

**GRD CESÀRIA**

765	Cesarean section w CC/MCC
766	Cesarean section w/o CC/MCC

**CODIS CIM 10 – PROCEDIMENT DE CESÀRIA**

10D00Z0	Extracció en productes de concepció, clàssica, abordatge obert
10D00Z1	Extracció en productes de concepció, cervical baixa, abordatge obert
10D00Z2	Extracció en productes de concepció, extraperitoneal, abordatge obert

**CODIS CIM 10 D'EXCLUSIONS del NUMERADOR**

**PROCEDIMENT D'HISTEROTOMIA**

10A00ZZ	Avortament de productes de concepció, abordatge obert
10A03ZZ	Avortament de productes de concepció, abordatge percutani
10A04ZZ	Avortament de productes de concepció, abordatge endoscòpic percutani



## ANNEX 2. ENQUESTA DE SATISFACCIÓ DE LA SEVA CESÀRIA



Amb la idea de millorar la nostra assistència a les dones, que com vostè, decideixen parir en el nostre centre, li demanem la seva col·laboració responnent a les següents preguntes relacionades amb la seva satisfacció **sobre l'atenció rebuda a la cesària** que se li ha realitzat.

En relació al moment de la cesària...			
1	<b>Els dies previs a la intervenció, l'havien informat sobre el protocol d'atenció de la cesària programada i de la possibilitat de tenir un acompanyant amb vostè al quiròfan?</b>	SÍ	NO
2	<b>Sabia en tot moment qui era el professional de referència a qui s'havia de dirigir durant la intervenció?</b>	SÍ	NO
3	<b>Li havien realitzat una cesària anteriorment?</b>	SÍ	NO
	Si ha respost que <b>SÍ</b>	Va tenir acompanyant al quiròfan?	SÍ NO
	Si ha respost que <b>NO</b>	Li hauria agradat tenir un acompanyant?	SÍ NO
4	<b>En cas de tornar a precisar la realització d'una cesària, repetiria l'experiència d'estar acompanyada?</b>	SÍ	NO
5	<b>Va poder veure com neixia el nadó?</b>	SÍ	NO
	Si ha respost que <b>SÍ</b>	Li va agradar l'experiència?	SÍ NO
	Si ha respost que <b>NO</b>	Li hagués agradat?	SÍ NO
6	<b>Va poder realitzar el contacte pell amb pell?</b>	SÍ	NO
7	<b>Si vostè va realitzar lactància materna, aquesta es va iniciar a quiròfan?</b>	SÍ	NO



Valori de l'1 al 10 (on 1 és gens satisfeta, 10 molt satisfeta)											
8	Informació rebuda abans, durant i després de la cesària:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Sensació que va tenir en veure entrar a quiròfan el seu acompanyant:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	La realització del pell amb pell en el quiròfan:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Nivell de satisfacció global de l'experiència:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10





<b>En relació al control del dolor...</b>											
12	En algun moment, durant el seu ingrés, li ha calgut tractament per al dolor?	SÍ	NO								
13	Ha tingut dolor durant les últimes 48 hores?	SÍ	NO								
Valori de l'1 al 10 (on 1 és <b>NO DOLOR</b> , 10 <b>EL MAJOR DOLOR IMAGINABLE</b> )											
14	Valori la major intensitat de dolor que hagi tingut en les primeres 24 hores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Valori la major intensitat de dolor que hagi tingut entre les 24 h i 48 h (2n dia) després de la cesària	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	El menor nivell de dolor que hagi tingut després de rebre analgèsics per al dolor durant les primeres 48 hores després de la cesària	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	Valori el dolor que sent ara mateix	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	Assenyali el grau de satisfacció en relació al tractament del seu dolor per part d'infermeria (1 molt insatisfeta - 10 molt satisfeta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	Assenyali el grau de satisfacció en relació al tractament del seu dolor per part dels metges	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Quan vostè ha sol·licitat medicació analgèsica, quant de temps ha hagut d'esperar que se li administri?</b>											
20	≤ 15 min	15-30 min	30-60 min	> 60 min	No se'm va arribar a administrar			No la vaig arribar a sol·licitar			



21	<b>En alguna ocasió la medicació analgèsica que se li ha subministrat no l'ha ajudat i n'ha hagut de sol·licitar una altra?</b>					SÍ	NO
22	<b>Si heu respost afirmativament, quant de temps va passar fins que li van administrar una nova medicació més potent o diferent?</b>						
	≤ 1 h	1-2 h	2-4 h	4-8 h	8-24 h	>24 h	
23	<b>En quin grau creu que el dolor ha dificultat el repòs durant la nit?</b>						
	Totalment	Molt	Regular	Poc	Gens		
24	<b>En quin grau creu que el dolor ha dificultat que cuidi adequadament el seu nadó?</b>						
	Totalment	Molt	Regular	Poc	Gens		
25	<b>Està satisfeta globalment sobre com va ser tractat el seu dolor postoperatori?</b>					SÍ	NO





## ANNEX 3. ESQUEMA DEL CIRCUIT D'ACTUACIÓ EN CESÀRIES URGENTS/EMERGENTS

### CIRCUIT D'ACTUACIÓ PER A CESÀRIES URGENTS



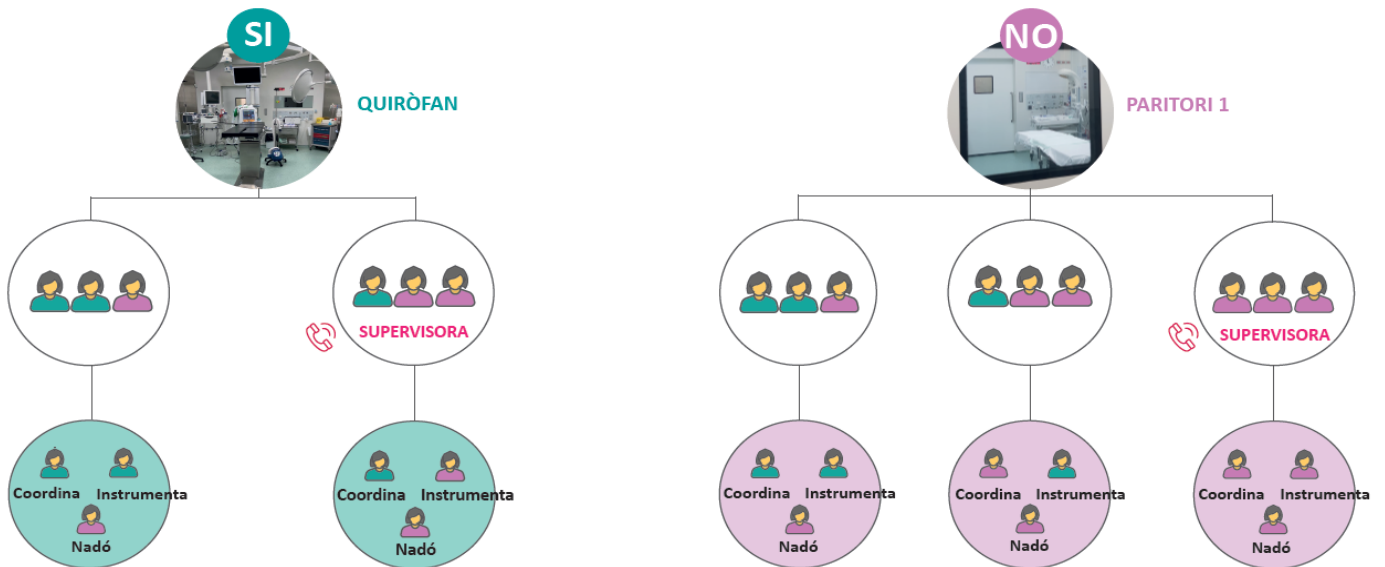
OBSTETRA  
 31444 Anestèsia  
 39112 Pediatria



LLEVADORA  
 38002 Infermera quirúrgica

**SUPERVISORA**  
 32210 (Anna)  
 dilluns-divendres de 8 a 17 h  
 30050 (Súper Quiròfan)  
 dilluns-divendres de 14-21.30 h  
 32330 Súper tardes  
 31610 Súper nits  
 39175 Súper festius

### Disponibilitat de quiròfan



Servei de Ginecologia i Obstetrícia de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau



HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU  
 FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA  
 UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA