

CESAREA



E. E. M.QX CECILIA ZAMORANO RODRIGUEZ.

ANTECEDENTES HISTORICOS

- Sigo XIX Pasteur y Lister, pretendieron mejorar la técnica quirúrgica, suturando el útero.
- 1610 cesárea en una mujer viva
- 1882, Max Sanger; sutura del útero con hilos de plata de escasa reacción.
- 1906, Frank, describe la técnica extraperitoneal.
- 1912 Kronig utiliza la técnica segmentaria con incisión longitudinal.
- En Venezuela la 1ra cesárea segmentaria en mujer viva se realiza 1820 por Alonso Ruiz Moreno
- 1921 es implementada por Kerr la incisión transversal en el segmento.
- 1974 mortalidad: 52-100%
- Monro Kerr sugirió la incisión transversal a nivel del segmento uterino.

HISTORIA

❖ Julio Cesar

❖ Lex Regia o ley de los reyes, proclamada por Numa Pompilius (716-673 a.C): extracción fetal en gestaciones avanzadas y partos de madres recién muertas para dar oportunidad a la vida al feto y evitar al ejecutor ser acusado de asesinato.

❖ Lex Caesarea Caedere = cortar

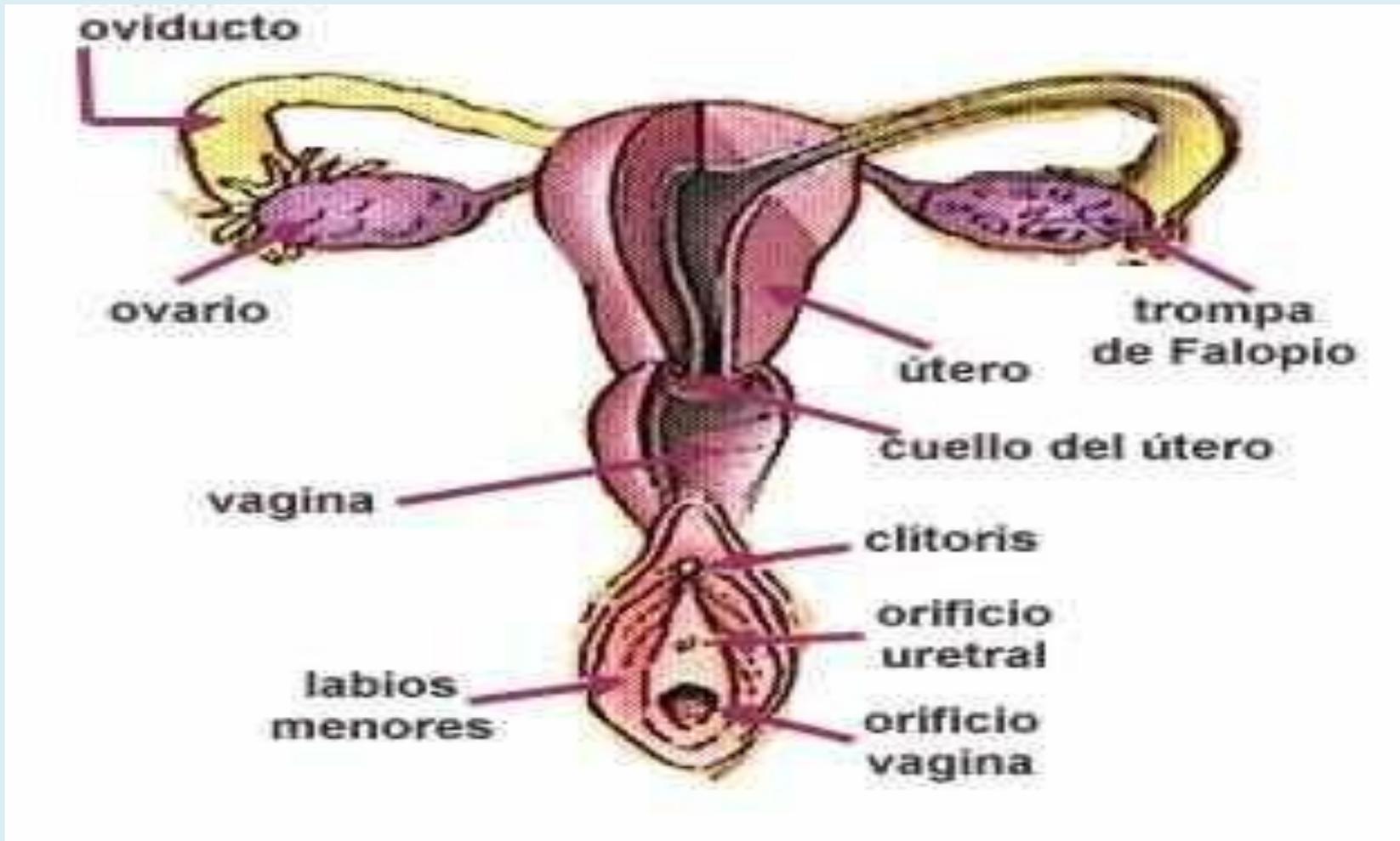


- El 5 de marzo de 2000, una mexicana, Inés Ramírez, se hizo la cesárea a sí misma y sobrevivió, así como su hijo. Se cree que ella ha sido la única mujer que se ha practicado la cesárea a sí misma y ha sobrevivido.



Fig. 4. Scarra (1982) (Averill & Hays-Hee, 1982).

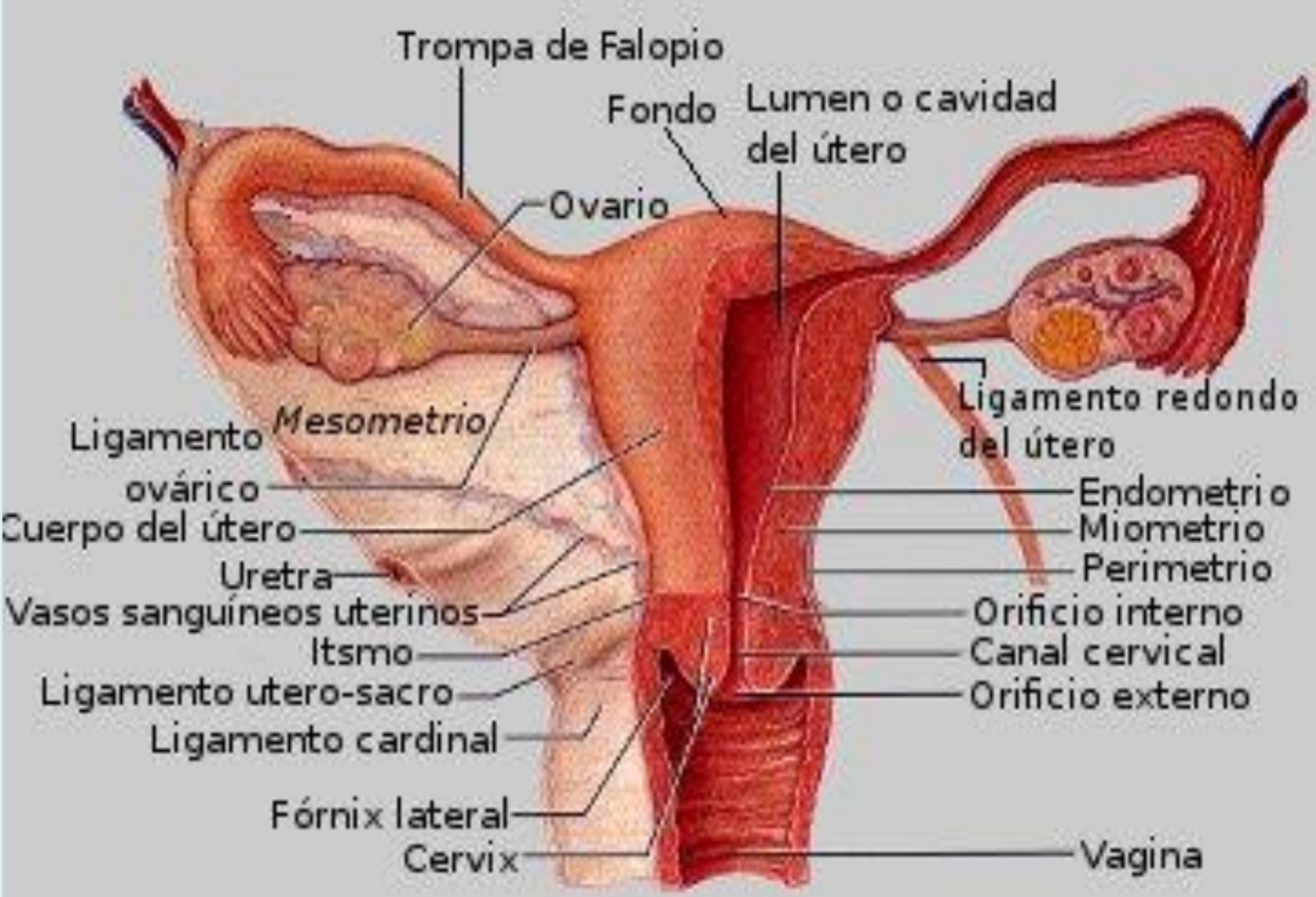
ANATOMIA Y FISILOGIA

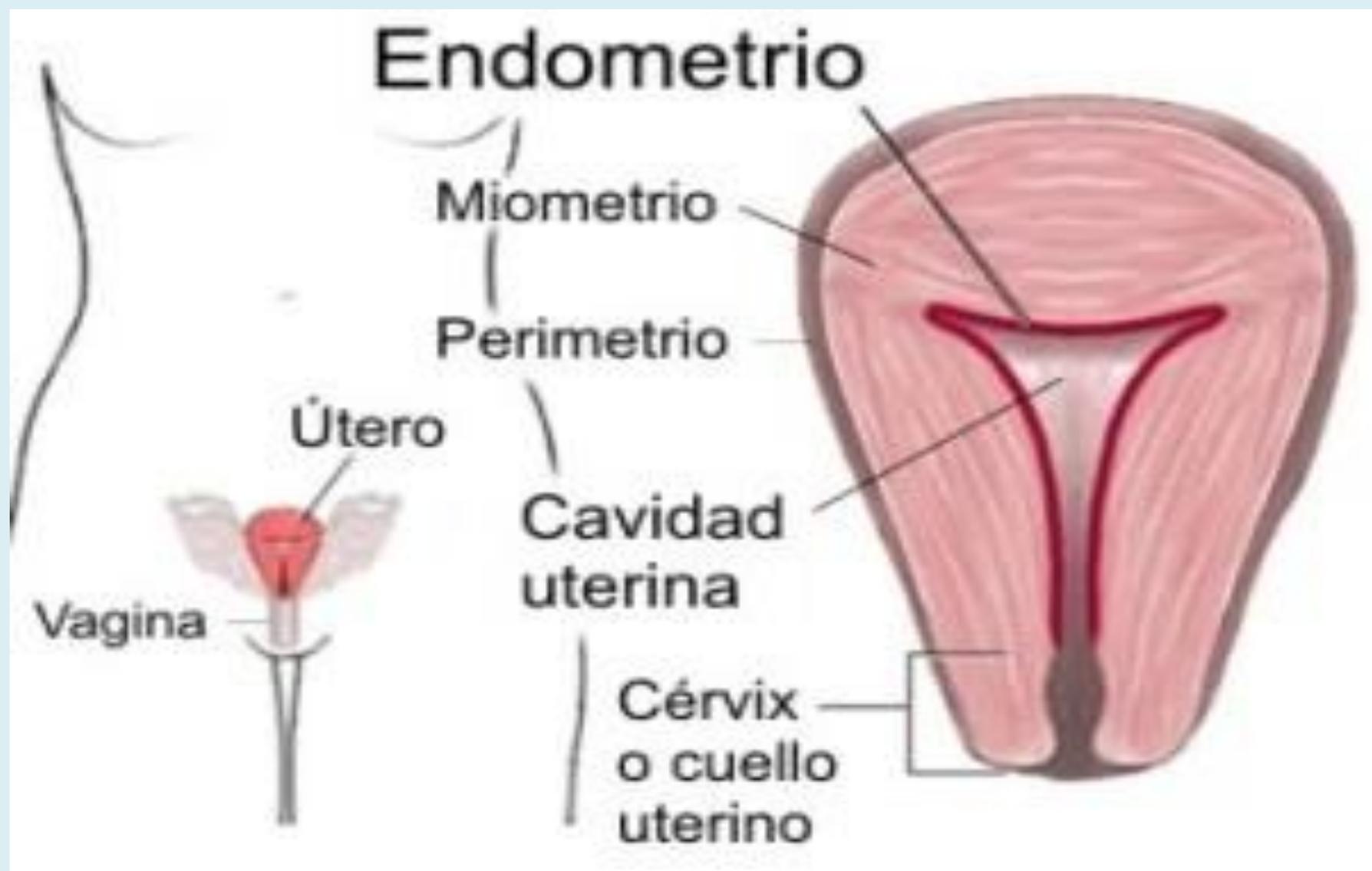


ANATOMIA Y FISILOGIA



ANATOMIA Y FISILOGIA





ANATOMIA Y FISIOLOGIA



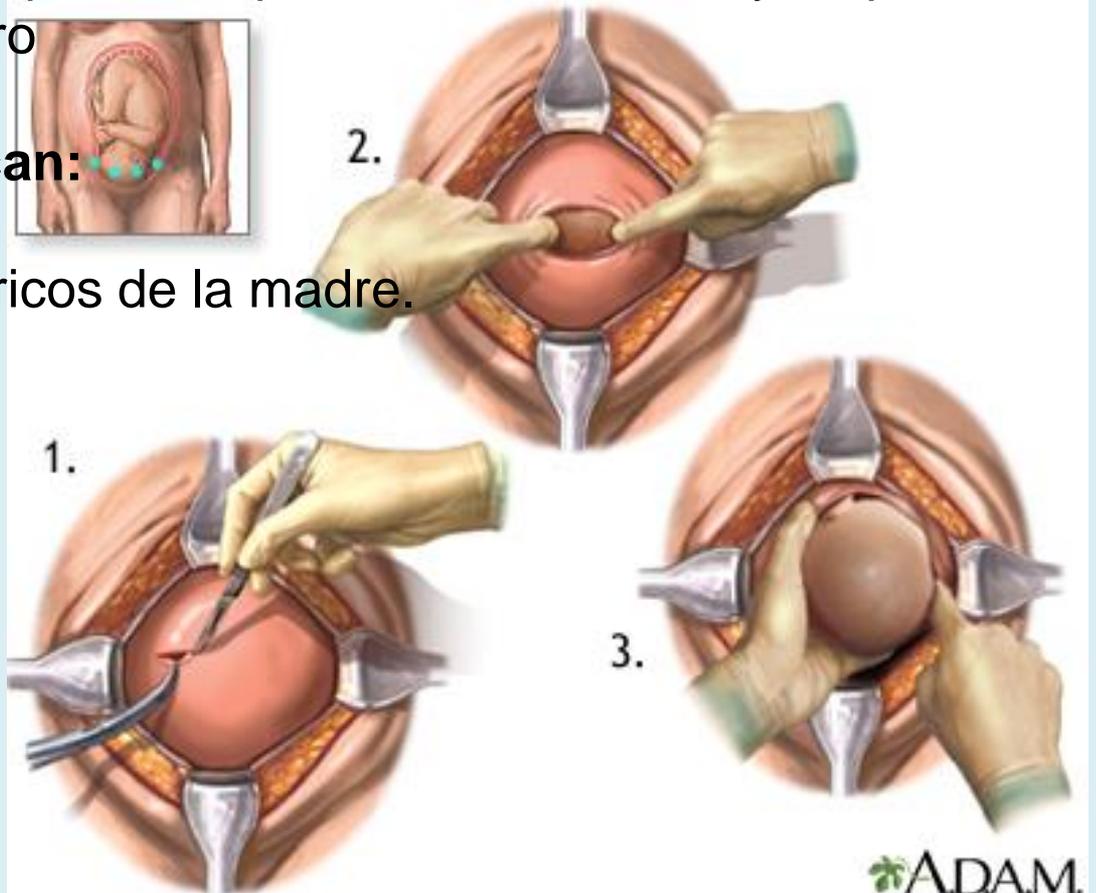
CONCEPTO DE CESAREA

La cesárea, por lo tanto, es una operación de parto. Se trata de una incisión que se realiza sobre la pelvis cuando el parto por vía vaginal acarrea un riesgo para el bebé y/o para la madre.

es una operación quirúrgica que sirve para extraer al feto y la placenta abriendo el abdomen y el útero

Tipos de cesárea se clasifican:

- ❖ Según antecedentes históricos de la madre.
- ❖ Según indicaciones.
- ❖ Según técnica quirúrgica.



TIPOS DE PARTO O CESAREA

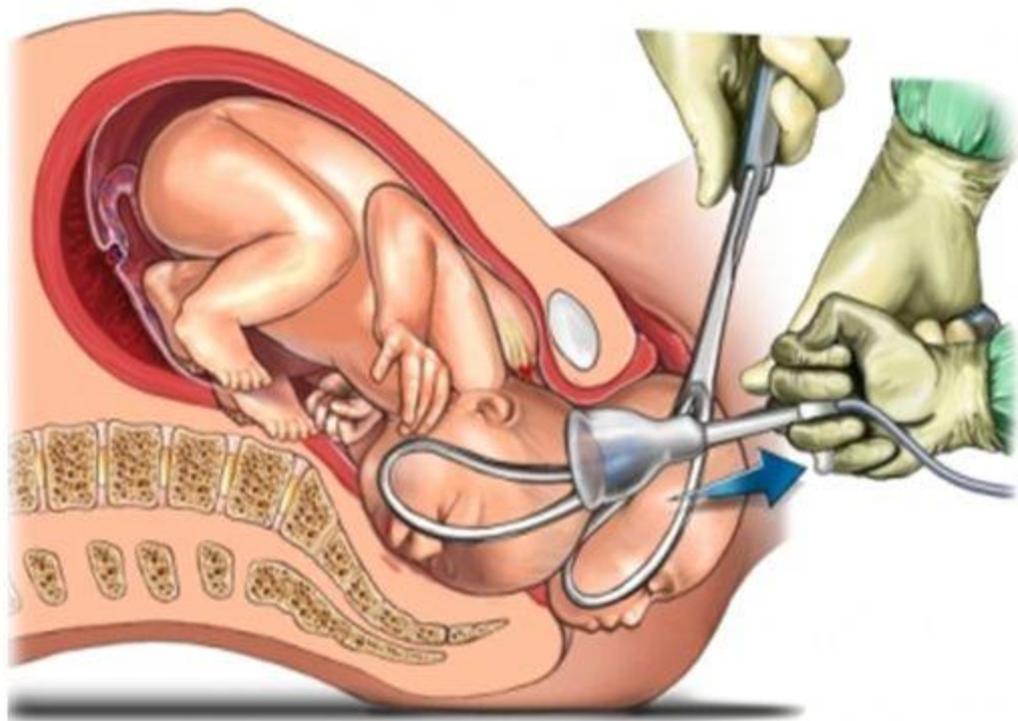
EUTOCICO

Es el parto norma, no existe ninguna alteración en su mecanismo, se efectúa correctamente con presentación cefálica y flexionada, es el parto vaginal

PARTO DISTÓCICO

Se considera cuando son necesarias maniobras o intervenciones quirúrgicas. Las causas de este tipo de parto pueden deberse a problemas del propio mecanismo materno ante el parto u otras causas, que se dividen en maternas y fetales.

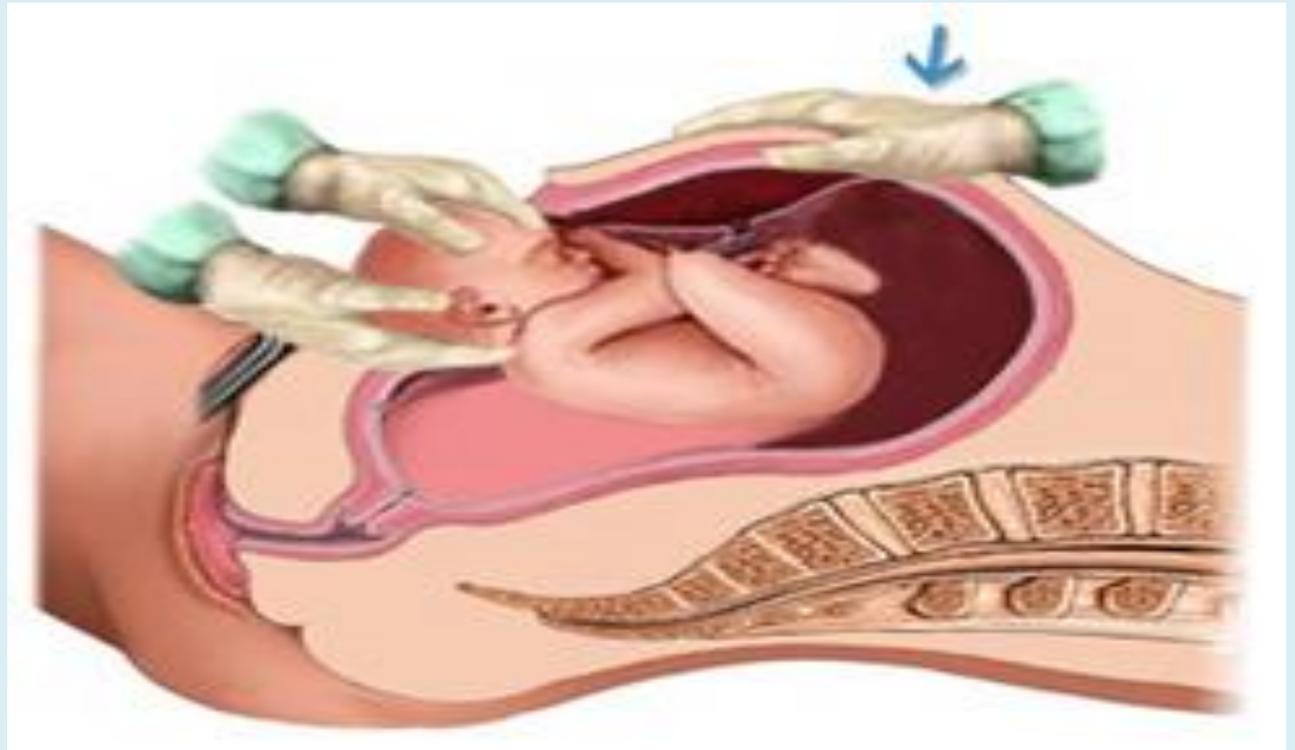
- Presentación fetal en situación transversal
- Presentación podálica o de nalgas
- Desproporción pelvio-cefálica



parto por cesárea

Esta cirugía trata la incisión en el abdomen y el útero por donde se introduce las manos, levanta la cabeza del bebe y lo extrae con la ayuda de un asistente que presiona la zona superior del útero hacia abajo.

es una de las más importantes dentro de la Obstetricia, ha salvado vidas tanto de la madre. como del feto.



Objetivos

- Es una resolución urgente de un problema, para evitar riesgos, muerte materna y fetal en la salud de la madre o del bebé.
- Evitar dolor durante el alumbramiento.
- Evitar sangrado.
- Evitar distocias en el trabajo de parto por un bebe muy grande.
(macrosomia).
- Cesárea por complacencia
- cesárea en beneficio del médico
- Por imposibilidad de un parto por vía vaginal
- Cesárea por presentar circular del cordón umbilical



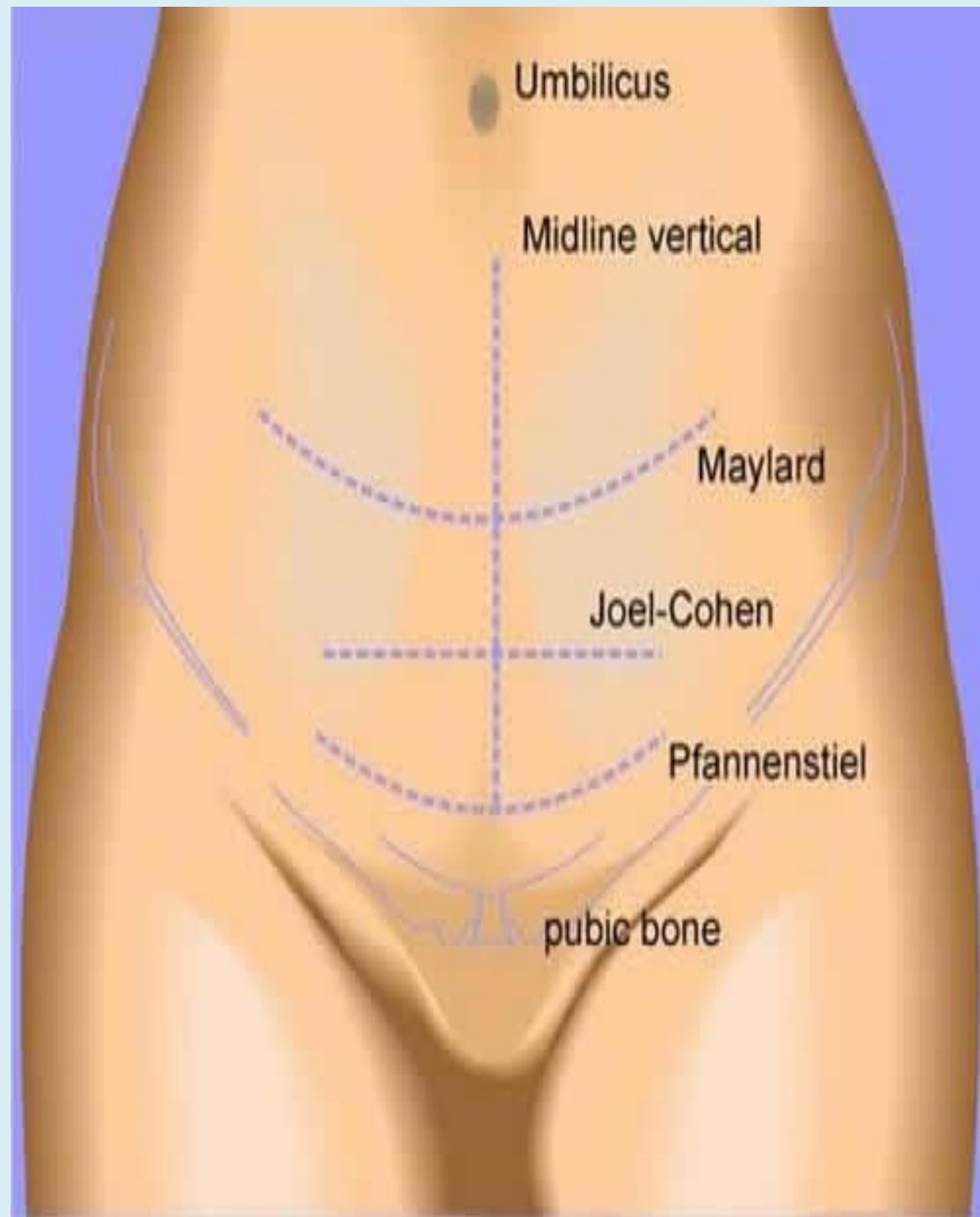
Tipos de cesárea

Según antecedentes obstétricos de la madre	Según indicaciones	Según técnica quirúrgica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primera (se realiza por primera vez) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Urgente (para resolver o prevenir complicación materna o fetal en etapa crítica) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transperitoneal <ul style="list-style-type: none"> • corporal o clásica • Segmento corporal (Tipo Beck) • Segmento corporal (TIPO kerr) ✓ Extraperitoneal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Previa (antecedente de cesárea anterior) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Electiva para resolver o prevenir complicación materna o fetal en etapa crítica) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iterativa (con antecedentes de dos o mas cesáreas) 		

TECNICA QUIRURGICA

□ Elección de las incisiones uterinas:

- Incisión transversal (Tipo Kerr)
- Segmento – corporal (Tipo Beck)
- Incisión típica (Corporal o clásica)



INDICACIONES

- madre menor de edad con hipertensión severa inducida por el embarazo.
- parto complicado prolongado o distocia: pelvis anormal, agotamiento materno, malformaciones uterinas, posición fetal anormal, asinclitismo, hidrocefalia, pelvis demasiado estrecha.
- sufrimiento fetal aparente
- sufrimiento materno aparente
- complicaciones como preeclampsia o eclampsia
- nacimientos múltiples
- mala colocación del bebe, (cabeza hacia arriba en lugar de hacia la pelvis)
- presentación anormal
- inducción del trabajo de parto fallida
- parto instrumental fallido
- macrosomía (bebé muy grande)
- placenta muy baja o placenta previa
- pelvis contraída
- evidencia de infección intrauterina
- algunas veces, cesárea previa



COMPLICACIONES

La cesárea, como cualquier otra intervención quirúrgica, trae consigo malestares y posibles complicaciones durante la recuperación.

Los síntomas más comunes después de una cesárea suelen ser pasajeros e incluyen:

- edema y dolor en el abdomen
- edema y dolor en las piernas y pantorrillas
- Enrojecimiento, prurito e irritación en la incisión

Si con el paso de los días estos malestares no mejoran, es importante acudir al médico para asegurarte de que no exista ninguna complicación mayor.

- hipertermia
- Apertura de la incisión
- Secreción de fluidos en la incisión
- Aumento en el dolor del abdomen
- Flujo vaginal que presenta olor fétido o con coágulos grandes
- Flujo vaginal que no disminuye, al contrario aumenta
- Los pechos sensibles, enrojecidos o calientes
- Hematuria o sangrado transvaginal abundante



PREPARACION FISICA PREOPERATORIO

- Presentarse con el paciente
- Se debe Retirar todos los objetos metálicos (joyas, reloj, etc.), prótesis (dentaduras móviles) y esmalte de uñas.
- Rasurar de la zona a intervenir.(tricotomia)
- Ducha o higiene del paciente hospitalizado.
- Higiene bucal.
- Proporcionar bata apropiada de paciente.
- Identificación del paciente.
- Venas periféricas y/o central permeables.
- Monitoreo de constantes vitales de la madre y del bebe.
- En caso de incontinencia, se deberá realizar un sondaje vesical (sonda foley a permanencia)
- Como medidas de prevención se debe Colocar vendaje de miembros inferiores.
- Administrar la medicación preoperatoria prescrita.
- Ayuno de 8 horas
- Pasarlo al quirófano cuando se indique.
- Papelería administrativa de enfermería

PREOPERATORIO INMEDIATO (ENFERMERA CIRCULANTE)

- ✓ descontaminación de la sala.
- ✓ verificar el funcionamiento de equipos.
- ✓ solicitar material y equipo a la ceye.
- ✓ inicia uso de mesas colocando el bulto de ropa de cirugía mayor en medio de la mesa de riñón.
- ✓ guantes de e.i. de lado derecho de la mesa.
material como(guantes, tubo aspiración, gasas y instrumental o material extra se coloca del lado izquierdo de la mesa de riñón.
instrumental se coloca en la mesa de mayo

Cuidados de enfermería en el transoperatorio

Previo el ingreso al quirófano la enfermera deberá Confirmar la identidad del paciente con los registros ya escritos en la identificación la cual deberá contar con los siguientes antecedentes.

- Historia antigua y reciente.
- Exámenes preoperatorios.
- Toma de signos vitales.
- Registro del peso corporal y talla.
- Consentimiento informado
- Presentarse con el paciente.
- Registro de papelería personal de la paciente (hoja de enfermería, hoja quirúrgica, hoja de cirugía segura

Algo muy importante, tener un Registro de alergias conocidas y antecedentes patológicos de interés para el procedimiento.

- Ubicación del paciente sobre la mesa de operaciones estará a cargo de todo el personal
- El paciente deberá contar con una vía venosa ya colocada en el pre--operatorio.
- La Monitorización del paciente estará a cargo del medico de anestesia. (enfermería)
Brindar apoyo psicológico de ser necesario.

CONTINUA EL USO DE MESAS

- LA E.I. QUITA LA PRIMERA ENVOLTURA DEL BULTO DE ROPA CON LAS MANOS
- LA SEGUNDA ENVOLTURA CON LA PINZA DE TRASLADO
- SE COLOCA DEL LADO DERECHO LOS GUANTES DE LA E.I. DEL LADO DERECHO
- MATERIAL COMO (SUTURAS, GASAS, TUBO ASPIRACION, INST. EXTRA Y GUANTES) DEL LADO IZQUIERDO DE LA MESA
- SE QUITA LA PRIMERA ENVOLTURA DEL INSTRUMENTAL
- LA E.I. SE PREPARA PARA REALIZARSE LAVADO QUIRURGICO TOMANDO PRECAUSIONES ESTANDAR



LAVADO QUIRURGICO

LAVADO SOCIAL

LAVADO DE MANOS QUIRURGICO (TECNICA)

LA E. I. SE TRASLADA CON LAS MANOS ARRIBA
DE SU CINTURA AL QUIROFANO.



EN EL QUIROFANO

- LA E.I. TOMA SU TOALLA Y SE SECA UNA MANO Y DESPUES LA OTRA
- TOMA SU BATA Y SE LA PONE
- TOMA SUS GUANTES Y SE LOS CALZA CON TECNICA CERRADA
- COLOCA LA ROPA DE LADO DERECHO
- ELABORA CON UN CAMPO SU SEPARADOR DE PINZAS Y CON OTRO CAMPO SU BOLSA DE DESECHOS
- TOMA EL INSTRUMENTAL Y LO DISTRIBUYE
- BISTE SU CHAROLA CON LA FUNDA DE MAYO Y COLOCA EL INSTRUMENTAL CORRESPONDIENTE.
- LA E.I. VISTE AL MEDICO CIRUJANO Y AL PRIMER AYUDANTE

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICO



TIPO DE ANESTESIA

1 - Anestesia epidural: BPD BLOQUEO PERI DURAL

BSA BLOQUEO SUB ARAGNOIDEO

2 - General: duerme totalmente a la paciente. Suele aplicarse en algunos partos por cesárea y sólo cuando los médicos consideran que no es posible realizar la intervención con anestesia epidural.

POSICION

* posición supina

EQUIPO Y APARATOS MEDICOS NECESARIOS

- *Tanque de nitrógeno.
- *Aparato generador de cauterio
- *Aparato de anestesia
- *Aspirador de vacío
- *Unidad bipolar
- *Electro bisturí
- *Lápiz estéril
- *Monitor
- *Cinta métrica
- *Pinar
- *Baubanómetros
- *Oxímetro
- *Placa para el electrocauterio



BULTO DE ROPA

Equipo de ropa de cirugía mayor de tela o desechable

Paquetes extra de:

❖ Batas

❖ Campos

Material o equipo indicado por el medico



INSTRUMENTAL DE CESAREA

CONTENIDO DEL EQUIPO DE CESÁREA CANTIDAD:

Descripción

- 5 Crille Curvas
- 4 Crille Rectas
- 2 Allys Recta
- 3 Backo (opcional)*
- 7 Aro C/D o Foerster 1 Aro S/D o pinza de ciego (opcional)*
- 3 Porta agujas de diferentes tamaños (pequeño, mediano 18 y 20)
- 2 Pinzas de Bozeman o Porta torundas Lemanie universales.
- Material contenido en el fondo de la caja
- 1 Valva Suprapubica de Doyen
- 1 Valva maleable de Cooper.
- 1 Valva de Sawazaki (opcional)*
- 1 Cánula de Yankawer.
- 2 Riñoneras de 500 cc
- 1 Cacharra Dentro de una de las riñoneras
- 5 Pinzas de Backaus o primeros campos
- 2 Disección medianas C/D Y S/D
- 2 Mango de Bisturí N° 3 y 4
- 3 Tijeras mayo recta, Curva, Metzembauf Curva
- 2 Separadores de Farabeuf Mediano, pequeño (opcional*)
- 2 Separadores de Hatman

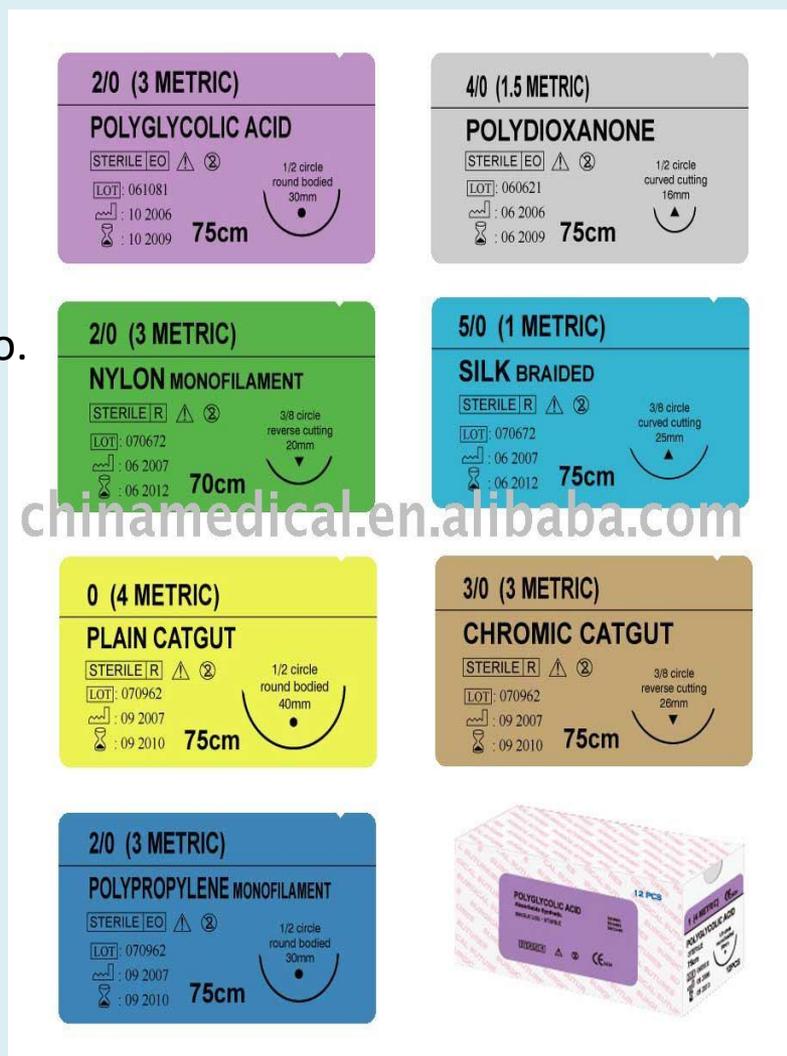


MATERIAL DE CONSUMO Y SUTURAS

- ✓ Hojas de bisturi: dos del num. 20 y num. 21
- ✓ Compresas
- ✓ Gasas C/T y S/T
- ✓ Aposito transparente
- ✓ Pen-rose
- ✓ Cauterio monopolar y bipolar placa para cauterio.
- ✓ Soluciones fisiológica, Hartman, haemacel
- ✓ Lápiz de cauterio.
- ✓ Apósito especial
- ✓ Jeringas de diferentes ml.
- ✓ Sonda foley (si lo requiere)
- ✓ Bolsa recolectora de orina

Suturas para la cesárea

- Catgut Crómico Atraumatico del 1
- Catgut Crómico atraumatico del 0 o del 1
- vicril del 1 con aguja T/10
- Dermalon del 2-0 con aguja
- Soluciones



CUIDADOS DE ENFERMERIA TRANSOPERATORIO

La enfermera debe valorar el estado neurológico del paciente a su ingreso a la unidad quirúrgica y registrarlo en la hoja de enfermería (hoja transoperatoria)

1. Ambiente de asepsia y temperatura neutra
2. Además de preparar el quirófano para el procedimiento quirúrgica, la enfermera realiza los preparativos necesarios para el cuidado del recién nacido; se asegura que este el equipo necesario como una cuna tibia y equipo de resucitación infantil con fuente de calor, succión, oxígeno (mascara abierta y presión positiva).
3. Recibir a la embarazada con afecto
4. Presentarle al equipo
5. Verificar sus datos con la historia clínica
6. Traspaso de camilla
7. Corroborar que la vestimenta sea la adecuada, su higiene, la permeabilidad de la sonda vesical (si la presenta), brindarle seguridad en el equipo y en el procedimiento, recibir la ropa del bebe
8. Se coloca en la mesa de operaciones, es importante colocarla de manera que el útero quede desplazado hacia un lado para prevenir la compresión de la vena cava inferior que produce una disminución de la perfusión placentaria. Esto por lo general se logra poniendo una almohada debajo de la cadera.

9. Se procede a la colocación de una vía venosa periferia preferentemente en la zona radial y sonda Foley (sino la presentan), monitor cardiaco, brazaletes de P/A y sensor de gases en sangre.
10. No destapar a la mujer hasta que el Obstetra y la Instrumentista estén preparados.
11. Explicarle todo lo que le esta sucediendo y mantener informados a los familiares que se encuentran fuera del quirófano.
12. Se vestirá al equipo según técnica.
13. Se proporcionara todo el material a la instrumentista.
14. Se procede a la desinfección de la piel.
15. Colocar placas para cauterio y fijarla con venda elástica de 5 a 10 cm para asegurar su correcta y permanente adherencia a la piel del paciente durante la cirugía.

TECNICA QUIRURGICA DE LA CESAREA.

- la enfermera instrumentista proporciona sabana cefálica, sabana de pubis, 4 campos sencillos, 4 pinzas de campo, sabana hendida,
- se cierra campo estéril.
- se delimita campo quirúrgico, vistiéndolo la mesa de riñón y la mesa de mayo.
- la enfermera instrumentista proporciona cánula de yancawer, tubo de aspiración, cable de electrocauterio monopolar y bipolar, 3 pinzas de campo.
- se fijan cables y tubos.

ANESTESIA

ANESTESIOLOGO

- 1.-Contar con los elementos necesarios para manipular la vía aérea.
- 2.-Envasar los medicamentos necesario
- 3.-Colocar la monitoria mínima en anestesia y contar con los elementos necesarios para realizar monitoria adicional
- 4.-Utilizar guantes
- 5.-Contar con una succión
- 6.-El anestesiólogo debe permanecer en la sala de cirugía durante el procedimiento anestésico
- 7.-Valorar al paciente y hacerle firmar el consentimiento informado
- 8.-El anestesiólogo debe de revisar la máquina de anestesia se encuentre funcional
- 9.-Diligenciar el registro de anestesia en el formato destinado para tal fin.
- 10.-Colocar los analgésicos y antieméticos que haya necesidad.
- 11.-Administrar oxígeno al 100% hasta la extubación del paciente.
- 12.-Extubar el paciente cuando reúna los criterios ventilatorios, neuromusculares y de recuperación de la conciencia.
- 13.-Trasladar al paciente a la unidad de recuperación postanestésica y entregarlo al médico o a la enfermera de dicho servicio.

ENFERMERA INSTRUMENTISTA

- 1.-La E.I. debe mantener el aspirador abierto, sondas para aspirar y soluciones
- 2.-La E.I. debe utilizar la regla de oro para administrar los medicamentos indicados por el anestesiólogo
- 3.-La E.I. monitorizar los signos vitales del paciente, gasto urinario y la PVC.
- 4.-La E.I. debe proporcionar los guantes en tiempo y forma
- 5.-La E.I. debe checar que la succión aspire bien.
- 6.-La E.I. no debe permitir que anestesiólogo deje solo el paciente
- 7.-La E.I. debe checar que la hoja de consentimiento informado debe de estar bien requicitada
- 8.-El E.I. debe de cerciorarse que el anestesiólogo cheque que este funcional la máquina de anestesia
- 9.-La E.I. debe checar que sea del paciente correcto y que se llene adecuadamente
- 10.-La E.I. debe verificar utilizando la regla de oro su administración de los analgésicos y antieméticos.
- 11.-La E.I. debe monitorizar la saturación del paciente
- 12.-La E.I. debe corroborar que se lleve de acuerdo al protocolo
- 13.-La E.I. debe de dejar al paciente cubierto con sabanas para evitar la hipotermia, soluciones parenterales permeables, en posición el paciente, y oxigenoterapia

Médico cirujano	Enfermero instrumentista
El medico ayudante realizar la antisepsia del abdomen	
EL cirujano viste a la paciente auxiliado por el instrumentista.	<p>Sabanas de pies 4 campos sencillos 4 pinzas erinas de backhaus 1 sabana hendida 2 compresas de vientre</p>
Fijación de aspirador	<p>Tubo de aspirador con cánula yankawer 1 pinza de erinas backhaus</p>
El médico cirujano pide una pinza de disección con dientes para corroborar el efecto anestésico de la paciente	<p>El instrumentista, coloca compresas dobladas en dos, frente al cirujano y sus ayudantes y ofrece la disección con diente al cirujano, este marca la piel y prueba así el efecto anestésico sobre la usuaria, si esta anestesiada el cirujano pregunta al anesthesiólogo si puede iniciar la cirugía.</p>
El cirujano suelta la pinza	<p>y el enfermero instrumentista la recoge y la ubica en su mesa ordenadamente.</p>
El cirujano pide bisturí y procede a abrir la piel, soltando el bisturí sobre el campo u ofreciéndolo de regreso.	<p>El E.I. instrumentista, este lo recoge y ubica cuidadosamente en su sitio dentro de la mesa.</p>
El cirujano pide el electro bisturí o la tijera, lo utiliza abriendo el tejido celular subcutáneo y cauterizando a la vez los vasos que sangran hasta llegar a la aponeurosis, abre un ojal en la aponeurosis.	<p>El instrumentista pasa dos crilles curvos uno para el ayudante y otro para el cirujano, quien sujeta ambos bordes del aponeurosis frente a frente y el instrumentista le ofrece el electro bisturí o la tijera de mayo fuerte ofreciéndole dos separadores medianos de farabeuf al ayudante quien abre la herida con ellos y le muestra al cirujano donde cortar.</p>
El cirujano y su ayudante presan cada lado de la aponeurosis con los crilles y el ayudante a su vez separa, Este corta la aponeurosis abriéndola a todo lo largo de la herida, retira o resujeta la aponeurosis dependiendo del tipo de insiccion y divulciona el músculo recto anterior del abdomen y los piramidales apartándolos y abriendo un espacio a todo lo largo de la herida practicada.	<p>El instrumentista pasa la tijera de mayo curva fuerte o en su defecto el electro bisturí</p>

El cirujano suelta la tijera o el electro bisturí	y el instrumentista lo recoge y lo ubica.
El cirujano realiza divulsión la pared muscular y levanta la aponeurosis si es Phanestill llegar al peritoneo parietal donde pide crille curvo para el cirujano y para el ayudante.	El instrumentista prepara metzembauf curva o la hojilla de bisturí para pasársela al cirujano. El instrumentista recoge la tijera o la hojilla de bisturí y pasa la valva Suprapublica y los separadores de Hatman al ayudante
si el cirujano las pide	Se pasan 2 compresas húmedas que se deberán tener preparadas desde el inicio de la I/Q si el cirujano las pide
El cirujano pide los separadores de Hatman	simultáneamente el instrumentista habrá pasado los separadores de Hatman
El cirujano pide tijera de metzembauf y disección S/D o en su defecto la hojilla de bisturí y corta el peritoneo visceral de forma vertical en el segmento uterino 19) El instrumentista recoge el instrumental y lo ubica, durante esta fase se requiere la mayor rapidez y destreza del enfermero instrumentista	El instrumentista recoge el instrumental y lo ubica, durante esta fase se requiere la mayor rapidez y destreza del enfermero instrumentista
El cirujano pide bisturí y hace un corte superficial Ligeramente profundo sobre el Segmento uterino este paso se define cuando se utiliza la tijera en el paso 17.	El instrumentista pasa un crille curvo fuerte fino al cirujano quien perfora el segmento uterino y luego lo apertura ya sea arrastrándolo con los dedos o pidiendo tijera de histerotomía o mayo fuerte curva durante todos estos pasos el instrumentista esta siempre recogiendo y limpiando el instrumental y ubicándolo en el sitio que se le dio al inicio de la intervención (retira la valva Suprapublica y los Hatman)
El cirujano procede a sacar al recién nacido a través de la incisión practicada utilizando técnica de presión auxiliado por el ayudante y el enfermero instrumentista 23 el cirujano saca la placenta del útero y el instrumentista la desecha sin las pinzas	El instrumentista tiene a la mano 2 crilles recto y los pasa respectivamente al ayudante y al cirujano una vez extraído el producto, estos sujetan o presan el cordón umbilical y pasa la tijera de mayo fuerte para cortarlo,
el cirujano saca la placenta del útero	y el instrumentista la coloca en un riñon sin las pinzas
El cirujano sujeta al recién nacido y se lo pasa a la pediatra, el instrumentista pasa de 4 a seis pinzas de aro C/D al cirujano y al ayudante, el cirujano saca la placenta y limpia la cavidad uterina de residuos. Deberá Haber restituido al campo operatorio la valva Suprapublica y el separador de Hatman,	y el instrumentista pasa compresas.

<p>El cirujano realiza la rafia del primer plano uterino con cadgut del 1, luego el instrumentista deberá tener otra disponible con las mismas característica y la pasa al cirujano cuando este requiera para suturar el 2do plano del segmento llamado invaginante</p>	<p>El instrumentista prepara crómico.</p> <p>El instrumentista recogerá las agujas utilizadas a la mesa transfiriéndolas a la zona séptica de la mesa recoge las pinzas y las ubica en su sitio.</p>
<p>El cirujano pide crómico del 0 quien sutura el peritoneo visceral.</p>	<p>El instrumentista prepara crómico 0 con aguja cónica CT y la pasa al cirujano.</p>
<p>El Cirujano quien limpia la cavidad uterina y pide la cuenta de compresas en caso de que no la pida es obligatorio que el instrumentista la haga.</p>	<p>El instrumentista recoge la aguja colocándola en su lugar pasa pinza de aro S/D o C/D, con compresa húmeda montada en pinza. En caso de que no la pida la cuenta textil es obligatorio que el instrumentista la haga.</p>
<p>El cirujano y el ayudante, estos sujetan el peritoneo parietal para el cierre inicial (Algunos cirujanos obvian este paso ósea no suturan el peritoneo visceral</p>	<p>El instrumentista pide la cuenta al circulante verifica que este completa y mientras tanto pasa 4 pinzas de crille curvo al cirujano y al ayudante.</p>
<p>Una vez verificada la cuenta completa se hace el Canto reglamentario de cuenta completa y a la vista para el equipo quirúrgico la cuenta deberá cumplir los requisitos establecidos Médicos Legales</p>	
<p>El cirujano pide crómico para unir el musculo. por ultimo sutura la piel con dermalon</p>	<p>*El instrumentista prepara crómico del 1 con la que el cirujano une al músculo y lo pasa.</p> <p>pasa dermalon 2-0 montado en porta agujas</p>
<p>El cirujano pide separadores de Farabeuf y tijera recta.</p>	<p>El instrumentista pasa Farabeuf al ayudante y tijera recta.</p>

Un bebé

hace **al amor** más FUERTE,
los días más cortos,
las noches más largas,
los ahorros más pequeños,
y a un hogar, **MÁS FELIZ**



GRACIAS



BIBLIOGRAFIA

[REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(6) 987-992] Documento
descargado de <http://www.elsevier.es> el 07-04-2017

<https://es.slideshare.net/MeganLopez1/bultos-de-ropa-quirurgica>.

<https://medlineplus.gov> › Página Principal › Enciclopedia médica