



**Universidad Católica de Santiago de Guayaquil**  
**Facultad de Medicina**  
**Carrera de Enfermería**

**“ San Vicente de Paúl ”**

## **TESIS DE GRADO**

**Previa a la obtención del título de:**  
**Licenciada en Enfermería**

### **TEMA:**

**Atención de enfermería a p.cientes cesareadas en el postoperatorio  
inmediato del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor**

### **Autora:**

**Germania Elizabeth Yugcha Andino**

### **Asesora:**

**Lcda. Gladys Jarrín**

**Guayaquil - Ecuador**

**2010 - 2011**



**El Honorable Jurado Calificador**  
**otorga a este trabajo**

*La Calificación de* \_\_\_\_\_

*Equivalente a:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AGREDECIMIENTO

*Ante todo agradezco a Dios, a ese ser omnipotente y maravilloso que siempre estuvo conmigo dándome fuerzas para seguir adelante y alcanzar mi meta.*

*A la Directora de la Carrera de Enfermería Lcda.. Nora Carrera Rojas y a mi asesora de tesis Lcda. Gladys Jarrín por sus conocimientos impartidos y su confianza brindada.*

*A mis padres, a mi hermana Carmita por su apoyo moral e incondicional*

*A mi familia y amigos que siempre estuvieron conmigo en el momento que más necesitaba.*

## DEDICATORIA

*A Dios que siempre me acompaña y nunca me abandona, confió en ti siempre eres la fuerza que me ayuda espiritualmente gracias.*

*A mi madre Zoila y a mi hermana Carmita que siempre han sido mis guías e inspiración de mi vida.*

*A mi familia y amigos por brindar su ayuda moral y sus sabios consejos que me han dado valor para seguir adelante y cumplir mi meta*

*A todas mis compañeras que brindaron su amistad y cariño incondicional y que además compartimos momentos buenos y malos a lo largo de la Carrera.*

## INDICE

	Pág.
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Introducción	1
Justificación	2
Planteamiento del problema	4
Propósitos y objetivos	7

### CAPÍTULO I

#### EMBARAZO

Definición	8
Signos presuntivos del embarazo	9
Signos de probabilidad	11
Signos de Certeza	14
Factores de riesgo	15
Cambios fisiológicos en el embarazo	16
Cuidados personales durante el embarazo	17

### CAPÍTULO II

#### CESAREA

Definición	20
Causa que llevan a una cesarea	21
Patologías maternas	21
Patologías fetales	34
Patologías Ovulares	37
Tipos de cesareas	43
Tiempos de insición	44
Complicaciones derivadas de un embarazo	47

## CAPÍTULO III

### POSTOPERATORIO

Definición	51
Postoperatorio	52
Atención de enfermería en el postoperatorio Inmediato	53
Valoración del nivel de conciencia	54
Observar facias y el color de la piel	56
Valorar vía respiratoria	56
Controlar contantes vitales	58
Administrar terapia del dolor	59
Control de nauseas y vomito	62
Control de la eliminación	63
Postoperatorio mediato	64

## CAPÍTULO IV

<b>PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	69
Objetivos	70
Ventajas	71
Fase de valoración	72
Fase de diagnóstico	73
Fase de planificación	74
Fase de ejecución	75
Fase de evaluación	76
Plan de Atención de Enfermería	80
Hipótesis	83
Operacionalización de variables	84
Metodología	85
Análisis e interpretación de los datos	86
Plan Administrativo y financiero	104
Cronograma	105

Limitaciones	106
Conclusiones	107
Recomendaciones	110
Bibliografía	112
Anexos	
Resumen	115

## INTRODUCCIÓN

En el área del postoperatorio inmediato del Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor se atienden pacientes cesareadas que vienen de la sala de quirófanos, la mayoría de las usuarias llegan bajo los efectos de la anestesia con las manifestaciones colaterales de dicho procedimiento y con dolor a nivel de la insición quirúrgica.

La atención de Enfermería a la paciente inicia en el momento de su admisión a la mencionada área por ende el personal de enfermería debe proporcionar el mejor nivel de cuidado, no menos que excelente, en cuanto a calidad técnica, humana y ética lo que implica un profundo compromiso profesional con la aplicación de sólidos y actualizados conocimientos científicos en una exigente disciplina, todo ello enmarcado por inflexible responsabilidad, depuradas relaciones humanas y continua dedicación personal.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo construir un Plan de Atención de Enfermería en las pacientes cesareadas del postoperatorio inmediato y determinar la atención de enfermería proporcionadas por el personal de enfermería que labora en la mencionada área en los turnos de la mañana, tarde y la noche lo que permitirá evaluar la calidad, efectividad y eficiencia con la finalidad de

incrementar la competitividad satisfacción de las usuarias y reducir la hospitalización.

Con el deseo de motivar a las futuras generaciones de profesionales en el área Enfermería y Educación presento este estudio, esperando que a futuro sirva como instrumento útil para la prestación de servicios.

## **JUSTIFICACIÓN**

El Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C Sotomayor" de la ciudad de Guayaquil, es una institución que pertenece a la honorable Junta de Beneficencia, organización no gubernamental, ubicado , entre las calles Pedro Pablo Gómez, 6 de Marzo y Pio Montufar. Este Hospital proporciona atención especializada de Ginecología y Obstetricia en forma privada y general durante las 24 horas, receptando pacientes que residen dentro y fuera de la ciudad de Guayaquil e incluso de otras provincias del Ecuador. Las pacientes de general que son de escasos recursos económicos cuentan con dos servicios donde asisten diariamente por Consulta Externa y Emergencia.

En el área de Consulta Externa las usuarias son atendidas por un equipo de salud profesional conformado por ocho médicos especialistas una licenciada y 8 auxiliares de enfermería. A dicha área acuden las usuarias para realizar sus controles prenatales, las mismas que son valoradas minuciosamente en base a los resultados de exámenes de

laboratorio, ecografías, radiografías y según su condición de salud son programadas con anticipación para la intervención quirúrgica especialmente con patologías de cardiopatía, mala posición y presentación del bebé, toxemias grave, toxoplasmosis, embarazo múltiple (gemelos, trillizos), cirugías uterinas previas entre otras.

El área de Emergencia esta conformado por un medico de nivel II, una obtetriz, una licenciada y dos auxiliares de enfermería quienes receptan generalmente mujeres con embarazo a término y también con patologías como desprendimiento placentario, placenta previa, prolapso de cordón umbilical, preeclampsia, eclampsia, sufrimiento fetal, producto macrosómico, embarazo ectópico entre otras. Cada usuaria recibe atención individualizada y dependiendo de su diagnostico son derivadas al área de parto. Ésta área está dirigida por dos médicos residentes de nivel I, II y dos auxiliares de enfermería quienes preparan a las pacientes para ser intervenidas quirúrgicamente y luego del transoperatorio son trasladadas al área de postoperatorio inmediato.

La valoración de enfermería en el post operatorio inmediato es de vital importancia, tomando en cuenta el tipo de cirugía y anestesia que le hayan realizado a la paciente ya que es en esta fase donde se pueden detectar alteraciones que ponen en riesgo la vida de la madre, también es una etapa en donde comienza a recuperarse y por ende el cuidado es más minucioso en su parte biológica, físico y hemodinámica.

Al realizar mi pasantía de Materno Infantil como estudiante de enfermería en el área del postoperatorio inmediato he observado que el personal de enfermería conformado por una licenciada y tres auxiliares de enfermería en cada turno proporciona atención de enfermería de manera espontánea, rutinaria, carecen de un Plan de Atención de Enfermería exponiendo al incremento de factores de riesgo y complicaciones quirúrgicas en las pacientes.

El objetivo del presente trabajo es construir un plan de atención de enfermería en las pacientes cesareadas del postoperatorio inmediato y determinar la atención de enfermería proporcionada a las usuarias; lo que permitirá evaluar la calidad, efectividad y eficiencia con la finalidad de incrementar la competitividad satisfacción de las usuarias y reducir la hospitalización.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El hospital posee una área tocoquirúrgica, que cuenta con cinco quirófanos donde laboran una licenciada, una auxiliar de enfermería por cada quirófano y el equipo de cirugía que está formado por un anestesiólogo un cirujano, un ayudante de cirugía y un instrumentista. En dicha área receptan pacientes provenientes de la Consulta Externa y Emergencia previa preparación en Preparto son intervenidas de cesarea con anestesia general o peridural. Si una paciente cesareada presenta

complicaciones es transferida al área de UCI para ser estabilizada hemodinamicamente. Las demás son trasladadas en una camilla quirúrgica por el auxiliar de servicio al área de **postoperatorio inmediato**. El área física del postoperatorio inmediato tiene capacidad para recibir a un promedio de 20 a 35 pacientes cesareadas diariamente. Además está constituida de 30 camillas quirúrgicas, 10 bombas de infusión, 6 pulsioxímetros, 13 tensiómetros de pared, 2 tensiómetros rodantes, 3 lámparas de calor.

Las pacientes llegan bajo los efectos de la anestesia con las manifestaciones colaterales de dicho procedimiento y con dolor a nivel de la insición quirúrgica. La atención a la paciente inicia en el momento de su admisión al área por ende el personal de enfermería debe proporcionar el mejor nivel de cuidado, no menos que excelente, en cuanto a calidad técnica, humana y ética lo que implica un profundo compromiso profesional con la aplicación de sólidos y actualizados conocimientos científicos en una exigente disciplina, todo ello enmarcado por inflexible responsabilidad, depuradas relaciones humanas y continua dedicación personal.

El problema a ser investigado es la ausencia de un plan de atención de enfermería y determinar la atención de enfermería a pacientes cesareadas en el postoperatorio tomando en cuenta que el personal de enfermería conformado por una licenciada y tres auxiliares de enfermería

en cada turno proporciona la atención de manera espontánea y rutinaria exponiendo, al incremento de factores de riesgo y complicaciones quirúrgicas en las pacientes. Además para la obtención de materiales de insumo y medicamentos utilizados para administrar la terapia del dolor tienen que realizar distintos trámites administrativos haciendo que retrase la aplicación a las pacientes a la hora prescrita.

Cabe mencionar que el 40% de los equipos utilizados en el postoperatorio inmediato como las bombas de infusión, tensiómetros de pared, lámparas de calor se encuentran en malas condiciones impidiendo su utilización. Para su mantenimiento la licenciada de enfermería realiza una solicitud por correo electrónico y no siempre su aprobación es inmediata, debido al trámite que debe realizar el técnico para la revisión de los mismos lo que obstaculiza también que el accionar de enfermería sea eficaz y oportuno. Esta situación planteada permite considerar que la atención de enfermería debe estar centrada primordialmente en proporcionar atención de enfermería de calidad, eficiencia, efectividad con el propósito de evitar complicaciones, favorecer su pronta recuperación y disminuir la estadía hospitalaria

Con estos antecedentes me planteo la siguiente pregunta

**¿La ausencia de un plan de atención de enfermería, equipos, materiales de insumo reducirá la calidad de atención en las pacientes cesareadas en el postoperatorio inmediato?**

## **PROPÓSITO Y OBJETIVOS:**

### **PROPÓSITO**

Diseñar un plan de atención de enfermería en las pacientes cesareadas del post-operatorio inmediato del Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor

### **OBJETIVO GENERAL**

Construir un plan de atención de enfermería en las pacientes cesareadas del postoperatorio inmediato del Hospital Gineco- Obstetrico Enrique C. Sotomayor

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la atención de enfermería proporcionada a las pacientes cesáreadas en el postoperatorio inmediato del Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor
- Evaluar la atención de enfermería proporcionada a las pacientes cesáreadas en el postoperatorio inmediato.

# ***MARCO TEÓRICO***

# CAPÍTULO I

## EMBARAZO

### **Definición**

Se denomina gestación, embarazo o gravidez al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

El embarazo dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación. El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto.

### ***Detección del embarazo***

El principio del embarazo puede ser detectado de diferentes maneras, incluyendo varias pruebas de embarazo que detectan hormonas

generadas por la placenta recién formada. Pruebas clínicas de orina y de sangre detectan el embarazo desde los 6 a 10 días después de la concepción. Las pruebas de embarazo caseras son pruebas de orina personales, que normalmente no pueden detectar un embarazo sino hasta 12-15 días después de la fecundación.

### ***Signos Presuntivos del Embarazo***

#### **Nauseas con o sin vómito:**

- Factores que influyen:
  - Elevación hormonal.
  - Disminución de la movilidad gástrica.
  - Factores emocionales.

Por lo general duran hasta la 16 semana.

#### **Frecuencia urinaria:**

- Factores que influyen:
  - Presión del útero sobre la vejiga.
  - La progesterona relaja los músculos lisos de la vejiga.

#### **Hipersensibilidad mamaria:**

- Factores que influyen:
  - Aumento de suministro vascular e hipertrofia del tejido mamario. ocasiona sensación de hormigueo, plenitud e hipersensibilidad.
  
- **Cuidados:**
  - Usar sostén de apoyo.
  - No usar jabón en los pezones para evitar grietas.

**Secreciones vaginales:**

- Factores que influyen:
  - El aumento de estrógeno aumenta el moco por las glándulas endocervicales.
  - El aumento de suministro de sangre en la pelvis ocasiona secreciones blancas y viscosas.

Es un signo sospechoso del embarazo. Al cabo de dos semanas de ocurrida la fecundación se notará la ausencia de menstruación. El cese de la menstruación en una mujer sana en edad reproductiva y sexualmente activa, que hasta entonces ha tenido un ciclo menstrual regular y predecibles En ocasiones, después de la concepción, se observan uno o dos episodios de hemorragia uterina que simulan la menstruación y se

confunden con ella. Es denominado signo de Long-Evans y es más frecuente en multiparas que en primigestas

### **Manifestaciones cutáneas**

Existe una hiperpigmentación de ciertas áreas de la piel durante el embarazo. Aparecen también en algunas embarazadas estrías abdominales y a nivel de las mamas. En otras pacientes se nota la aparición de cloasmas a nivel de la piel de la cara.

### ***Signos de Probabilidad***

Son signos y síntomas fundamentalmente característicos del embarazo que aportan un alto nivel de probabilidad al diagnóstico del embarazo.

### **Determinaciones hormonales**

La presencia de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) en el plasma materno y su excreción por la orina son la base de los estudios hormonales del embarazo. La producción de esta hormona por el sincitiotrofoblasto comienza muy temprano en el embarazo. Las pruebas sensibles pueden detectar a la hormona hCG en el plasma materno o en la orina 9 o 10 días después de la ovulación. Esta hormona es la base de la mayoría de las pruebas de embarazo, aunque pueden usar técnicas diferentes, como el radioinmunoensayo, anticuerpos monoclonales,

inmunofluorescencia y las pruebas caseras que usan el principio de hemoaglutinación. Otras hormonas que aumentan con el embarazo incluyen a los estrógenos, en especial el estriol, y la progesterona.

### **Tamaño abdominal**

Por lo general, hacia las doce semanas de la gestación se hace posible palpar el útero por encima de la sínfisis púbica o monte de Venus . Desde ese momento, el útero continúa aumentando gradualmente hasta el final del embarazo. El aumento del tamaño abdominal puede también deberse a otras causas que excluyen al embarazo, como son los miomas uterinos, tumores de ovario, ascitis, etc.

### **Signo de Noble-Budin**

A partir de las ocho semanas de la gestación la presión del producto de la gestación hace que se ocupen los fondos de saco que se forman en la unión de la vagina con los lados del cuello uterino. De modo que se percibe en el tacto vaginal, la forma redondeada y turgente del útero al explorar los lados profundos del cuello uterino.

### **Signo de Hegar**

A partir de la sexta a octava semana del embarazo, durante el examen bimanual del útero se siente blando en exceso, pastoso y elástico en

en la parte superior y extendiéndose gradualmente hacia abajo y tienden a ayudar a que el útero crezca. Se diferencian de las contracciones de parto porque suelen ser sin dolor e irregulares.

### **Peloteo fetal**

Durante la segunda mitad del embarazo, entre el cuarto y quinto mes se puede palpar partes fetales a través del tacto vaginal. Cuando el examinador empuja levemente el fondo de saco que rodea al cuello uterino puede apreciar la separación del feto de su dedo y el regreso del mismo a su posición inicial en contacto con el dedo del examinador. Es un signo que en raras ocasiones puede sentirse en tumores voluminosos del ovario concomitante con ascitis.

### **Signos de Certeza de un Embarazo**

Los signos positivos de certeza de un embarazo consisten en poder demostrar sin error la presencia de estructuras embrionarias mediante ultrasonido y otras imágenes radiológicas.

### **Actividad cardíaca fetal**

La identificación de pulsaciones cardíacas fetales separadas y distintas de las de la madre asegura el diagnóstico del embarazo. Se puede auscultar la actividad cardíaca fetal con un estetoscopio o un fetoscopio especial o

con una ecografía Doppler. El latido cardíaco fetal es rápido entre 120 y 160 latidos por minuto y puede ser identificado con exactitud a partir de la semana 19 y 20, excepto en mujeres obesas en las que se dificulta escuchar el foco fetal.

### **Rastreo ecográfico**

En cualquier momento del embarazo, en especial en presencia de un feto maduro en la segunda mitad del embarazo, es posible demostrar por ecografía transabdominal bidimensional o tridimensional tanto sus partes anatómicas como el saco vitelino.

### **Factores de Riesgo**

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo:

- Edad menor a 14 años o mayor a 35 años.
- Enfermedades anteriores o durante el embarazo: anemia, alcoholismo, diversas cardiopatías, diabetes, hipertensión, obesidad, diversas enfermedades infecciosas, afecciones renales o trastornos mentales.
- Embarazos múltiples.

- Problemas en un embarazo previo.
- Hijos anteriores con alguna malformación.
- Peso corporal menor de 45 kg o mayor a 90 kg
- Talla menor a 140 cm.
- Riesgos alimenticios:

### **Cambios Fisiológicos Durante el Embarazo**

La mujer embarazada se encuentra en un estado hipervolémico crónico. El volumen de agua corporal total se incrementa debido al aumento de la retención de sal y agua por los riñones. Esta mayor cantidad de agua ocasiona dilución de la sangre, lo que explicaría la anemia fisiológica propia del embarazo que persiste durante todo el embarazo.

El aumento del volumen sanguíneo causa un aumento en el gasto cardíaco, el volumen urinario y el peso materno. La acción de las ciertas prostaglandinas causa broncodilatación y aumento en la frecuencia respiratoria. A nivel renal se ve una leve disminución en la depuración de creatinina, y otros metabolitos.

El peso de la madre durante el embarazo aumenta a expensas del peso del feto, el peso del líquido amniótico, placenta y membranas ovulares, el incremento del tamaño del útero, la retención de líquidos maternos y el

inevitable depósito de grasa en tejidos maternos. El metabolismo de la madre también incrementa durante el embarazo.

La frecuencia cardíaca incrementa hasta un promedio de 90 latidos por minuto. La tensión arterial se mantiene constante o a menudo levemente disminuida. La resistencia venosa aumenta, en especial por debajo de la cintura gestante. El corazón tiende a aumentar de tamaño, condición llamada hipertrofia ventricular especialmente izquierda y desaparece a las pocas semanas después del alumbramiento. La presencia circulante de prostaglandinas causa vasodilatación en oposición a los vasoconstrictores fisiológicos angiotensina y noradrenalina, en especial porque la angiotensina II aumenta para mantener la presión arterial normal. La hipertensión y la aparición de edema son por lo general signos de alarma en el embarazo.

## **Cuidados Personales Durante el Embarazo**

### ***Baño***

El baño diario es indispensable en la forma que lo prefiera

### **Ropa y Calzado**

La ropa debe ser cómoda, confortable. Al principio del embarazo las mamas aumentan de tamaño y peso y por consiguiente, hay que usar un

"brassiere" de mayor tamaño, que proporcione un sostén adecuado. También es conveniente que use zapatos cómodos con tacón bajo o mediano.

### **Cuidados Dentales**

La mujer embarazada debe darle mayor importancia al cuidado de sus dientes, cepillarlos correctamente cada día y visitar al odontólogo por lo menos dos veces durante su período de gestación.

### **Relaciones Sexuales**

Las relaciones sexuales pueden realizarse durante todo el embarazo. Solamente deben suspenderse en caso de complicaciones o por indicación médica.

### **Cuidado de Mamas y Pezones**

Utilizar sostén firme y con soporte adecuado. Al bañarse no aplicar jabón en los pezones, para no eliminar los aceites naturales secretados por las glándulas de Montgomery, y para evitar sus efectos resecentes.

### **Vacunas**

No se deben administrar vacunas de virus vivos-atenuados por sus efectos teratógenos.

## **Viajes**

La mujer embarazada puede hacer viajes que no impliquen esfuerzo o cansancio siempre que su médico lo autorice.

## **Nutrición**

En la gestación la nutrición es de suma importancia, porque para que la madre esté saludable y el feto crezca normalmente, es necesario que el aumento de peso durante el embarazo sea adecuado.

El aumento de peso aceptado para lograr un nacimiento saludable es de 11-16 Kg. De 1'5-2 Kg en el primer trimestre y luego ½ Kg/semana. Durante el primer trimestre el feto crece a costa de los tejidos de la madre. En el segundo trimestre se observa un aumento mayor del tejido de la madre y poco desarrollo fetal. Durante el tercero lo que más crece es el feto. Así pues en las mujeres obesas no conviene hacer una dieta importante, sino hacer hincapié en la calidad de los alimentos que consumen. Las adolescentes gestantes agregarán raciones extras de lácteos y almidones para cubrir sus propias necesidades de crecimiento. Las vegetarianas pueden consumir proteínas en frijoles secos, lentejas, requesón, etc.

## **CAPÍTULO II**

### **CESAREA**

#### **Definición**

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto (vivo o muerto) y placenta, a través de una incisión que se realiza en la pared abdominal materna y pared uterina.

#### **Etimología**

La palabra cesárea proviene según la tradición, al político y militar-romano "cayo julio cesar", quien vino al mundo de esta manera, de ahí es que se toma el nombre de cesárea

#### **Aspectos Históricos**

Su origen se remonta a la promulgación de Lex Cesárea en Roma, en el Siglo VII; A. C., que establecía la necesidad de extraer al feto a través del abdomen en mujeres fallecidas o con embarazos prolongados. En el siglo XVII, Francois Mauriceau reporta que la intervención se realiza sólo en casos desesperados y generalmente los resultados son mortales. Porro, en Milán, en 1867 proclama la Histerectomía subtotal post-cesárea y la sutura del muñón a la herida operatoria, disminuyendo la infección y la hemorragia, pero esterilizando a la mujer.

En 1889, Sanger, introdujo la sutura de la pared uterina, lo que disminuye la hemorragia y Frank, en 1903 con la cesárea extraperitoneal disminuye la infección. Krong en 1912 sugiere realizar la histerotomía en el segmento inferior del útero y no en el cuerpo como se venía realizando, pero con una incisión en sentido longitudinal, por lo cual Kerr en 1926 propone la incisión transversa, la cual es usada hasta ahora. A fines del siglo XIX con el desarrollo de las técnicas quirúrgicas y asépticas que reducían los riesgos de muerte por infección, se comenzó a utilizar esta intervención

Actualmente, la cesárea, juega un papel muy importante dentro de las técnicas quirúrgicas obstétricas, debido a que su uso disminuye la mortalidad y morbilidad feto-materna, no estando tampoco exenta de peligros, por lo que su indicación debe obedecer a motivos estrictos, y tener una técnica y condiciones adecuadas

## **INDICACIONES O CAUSAS QUE LLEVAN A UNA CESÁREA**

Los motivos que exigen una cesárea son por causas maternas, fetales u ovulares.

### **MATERNAS:**

#### **Desproporción Cefalo-Pélvica**

Proporción inadecuada de tamaño entre la pelvis materna y la cabeza del feto. La desproporción céfalo pélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

penetrantes durante el III trimestre o en fórceps medios o altos. La rotura espontánea se asocia a grandes multíparas que son estimuladas con oxitocina. Es poco frecuente como consecuencia de acretismo placentario.

Para el diagnóstico, lo más importante es la actitud de sospecha permanente. Se deben considerar tres elementos:

*Dolor abdominal:* lo clásico e infrecuente es la aparición de un dolor brusco en el hipogastrio que alcanza su máxima intensidad en el acmé de la contracción, irradiado al hombro. El dolor puede ser atenuado por la anestesia peridural, por lo cual la atención debe ser puesta en aparición de dolor de ubicación e irradiación atípicas.

**Alteración de la dinámica uterina:** la aparición de incoordinación en la dinámica uterina con tendencia a la polisistolia, o bien, alteración en el tono uterino, deben hacer sospechar el diagnóstico. La hemorragia externa es habitualmente escasa.

**Monitorización fetal continua:** el hallazgo más frecuente en este grupo de pacientes corresponde a sufrimiento fetal agudo; de ahí la importancia de monitorizar la frecuencia cardíaca fetal en todas las pacientes con cesárea anterior sometidas a prueba de parto vaginal.

Otros hallazgos diagnósticos son:

- Pérdida del encajamiento de la presentación
- Palpación fácil de partes fetales

- Hematuria
- Palpación transcervical del defecto uterino

### **Rotura Prematura de Membranas**

Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes del inicio del trabajo de parto.

El diagnóstico clínico es realizado mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras que con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tarnier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de valsalva); en algunas ocasiones puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

#### Exámenes de laboratorio

Los exámenes del laboratorio consisten en el análisis de la muestra del líquido amniótico, tomada del fondo de saco vaginal posterior, en el que se determina: pH, cristalografía, identificación de células naranjas, y si es factible, fosfatilglicerol, alfafetoproteína, y fibronectina fetal.

#### Conducta ante la ruptura prematura de membranas.

La conducta obstétrica en estos casos depende de:

- Tiempo de evolución de la ruptura
- Sospecha o certeza de infección.
- Edad gestacional y madurez fetal.
- Condiciones obstétricas.

Cuando no existe evidencia de infección, se realizará un manejo conservador de la paciente, que deberá incluir: estrecha vigilancia clínica, limitando la práctica de tactos vaginales, y la realización de exámenes de laboratorio para la detección oportuna de signos y síntomas de infección amniótica, y en casos específicos, se requerirá de antibioticoterapia profiláctica y esquema de maduración pulmonar. En general, la atención de la embarazada en estos casos, requiere que la unidad médica cuente con servicios especializados para la atención del neonato. En aquellos casos en que la ruptura de membranas ocurra entre la semana 26 y 32, se valorará el uso de útero inhibidores.

La conducta obstétrica en los casos de ruptura prematura de Membranas, es la siguiente:

- a) Menor de 26 semanas de gestación:* interrupción del embarazo por vía vaginal con el consentimiento de la madre
- b) Entre 26 y 28 semanas de gestación:* cuando se cuente con los recursos mínimos para la atención del neonato, se realizará operación cesárea; cuando no se cuente con éstos, preferentemente se buscará el traslado de la paciente a otro nivel de atención.

- c) Entre 29 y 32 semanas de gestación: se realiza operación cesárea.
- d) Entre las semanas 33 y 36 de gestación: se valorarán las condiciones obstétricas y se resolverá el embarazo por la vía más favorable.
- e) De la semana 37 en adelante: sin trabajo de parto, con el feto en presentación cefálica, flexionada y sin sufrimiento fetal, se inducirá maduración cervical con prostaglandinas durante 12 hrs., con una inducto-conducción subsecuente del trabajo de parto con oxitocina.

En caso de que no secuente con prostaglandinas se mantendrá una actitud expectante durante 24 hrs. en espera del inicio espontáneo del trabajo de parto, de no suceder esto, se procederá a la inducción del trabajo de parto con oxitocina.

### **Infección por Herpes Genital**

Herpes genital es una infección causada por el virus herpes simplex o VHS. Que afecta la piel de los genitales

Hay dos tipos de este virus: VHS-1 y VHS-2. Aunque ambos tipos de VHS pueden causar herpes genital, el VHS-1 generalmente infecta los labios, causando pequeñas ulceraciones y ampollas.

El VHS-2 es la causa más común del herpes genital, aunque también puede infectar los labios y causar lesiones.

## **Síntomas del Herpes Genital en el Embarazo**

Al poco tiempo de contraer el herpes, suelen aparecer grupos de llagas pequeñas en la zona genital. Estas llagas pican y duelen. Luego se rompen y dejan úlceras dolorosas. A menudo van acompañadas de fiebre, fatiga, dolores y descargas de la uretra o de la vagina. Los médicos diagnostican el herpes examinando las llagas o tomando una muestra de la secreción de las llagas con un hisopo y realizando algunos análisis de laboratorio (como un cultivo viral, o en algunos casos, una prueba más reciente llamada reacción de la cadena de polimerasa [PCR]). Los médicos también pueden realizar un análisis de sangre para confirmar el diagnóstico.

La primera crisis, llamada primaria, puede durar de dos a cuatro semanas. Por lo general, las erupciones recurrentes son más breves y leves.

Riesgos que presenta el herpes durante el embarazo

Aproximadamente una de cada cuatro mujeres embarazadas está infectada con herpes genital, aunque la mayoría no lo sabe. Afortunadamente, sólo un pequeño número transmite la infección a sus bebés.

Las mujeres que contraen herpes genital por primera vez cerca de la fecha del parto tienen entre de un 30 a un 50 por ciento de probabilidades de transmitir la infección a sus bebés durante un parto vaginal, tengan o

no síntomas. El riesgo es tan alto porque la mujer embarazada que acaba de contagiarse con el herpes no ha podido producir todavía los anticuerpos contra la enfermedad que podrían ayudarla a proteger a su bebé durante el parto. Los estudios sugieren que alrededor del dos por ciento de las mujeres embarazadas que nunca antes han tenido herpes lo contrae durante el embarazo.

Las mujeres que tuvieron la enfermedad antes del embarazo y padecen un rebrote o una infección silenciosa en el momento del parto vaginal tienen sólo aproximadamente un tres por ciento de probabilidades de contagiar a sus bebés.

En ocasiones, lo que parece ser el primer episodio grave de herpes durante el embarazo puede ser un rebrote de una infección inicialmente silenciosa. Si la madre tiene herpes, ¿cómo se puede proteger al bebé de la infección?

Si una mujer embarazada tiene antecedentes de herpes genital, el médico la examinará cuidadosamente para detectar cualquier signo de infección antes de que entre en parto.

Si la mujer embarazada tiene una infección activa (primaria o recurrente) en el momento del parto, es posible proteger al bebé mediante una cesárea.

## **Disfunción o Distocia Uterina**

Anomalia en el mecanismo del parto que interfiere con la evaluación fisiológica del mismo.

## **Estrechez Pélvica**

Orificio de salida pélvico anormalmente pequeño que puede ser anteroposterior o transversal y tiene importancia en el parto porque impide el paso del niño a través del canal del parto.

## **VIH**

Virus de la inmunodeficiencia humana. Retrovirus que mata las células del sistema inmunológico llamadas células CD4+. Con el tiempo, el VIH puede conducir contra el SIDA. El VIH se multiplica insertando su información genética en el ADN de una célula huésped. ...

El HIV es la enfermedad del siglo. Un virus que muta, se resiste a los retrovirales de maneras imprevisibles, lleva a la muerte en muchísimos casos y es bandera de prejuicios sociales y discriminaciones sexuales. Los mecanismos de transmisión del VIH son:

La vía sexual (homosexual y heterosexual), por la inoculación y/o contacto con sangre, ya sea por transfusión de sangre o hemoderivados infectados, compartir jeringuillas en caso de drogodependencia endovenosa. Transmisión vertical, madre-hijo durante la gestación o el parto. De 3 a 6 semanas para la infección primaria..

Factor más importante para evitar la transmisión del VIH de una madre embarazada a su futuro hijo/a.

Es posible evitar la transmisión vertical si madre conoce su situación de infección por el VIH y tienen seguimiento de la misma. Por tanto es muy importante que cualquier mujer embarazada se realice la prueba de detección del VIH., en el primer trimestre y repetirla en el segundo y tercer trimestre si presenta prácticas de riesgo.

La cesárea programada, junto con la administración de los fármacos antisida, reduce todavía más la probabilidad de que el bebé se infecte con el VIH: hasta un 90% menos. La cesárea más eficaz es aquella que se realiza de forma programada a las 38 semanas de gestación. Es decir, la que se realiza cuando se considera que el bebé ya no es prematuro pero la madre aún no presenta trabajo de parto. Las cesáreas que se hacen una vez empezado el trabajo de parto van a proteger también al niño de la infección pero con mucha menor eficacia que las cesáreas programadas, ya que el riesgo de la transmisión de la sangre materna infectada es mayor con las contracciones del parto.

Patologías sistémicas:

### **Toxemia Gravídica**

Enfermedad propia del embarazo (último trimestre, en el parto o en el postparto inmediato), que se caracteriza por una hipertensión arterial severa, proteínuria, edemas, insuficiencia renal y convulsiones

generalizadas tónico-clónicas, que pueden llevar a una situación de coma. Puede afectar al hígado (ictericia, necrosis hepática, etc.), a la placenta (infarto, desprendimiento prematuro, insuficiencia placentaria, etc.) y a otros órganos. Es frecuente la coagulación intravascular diseminada con una afectación multisistémica

### **Diabetes Gestacional**

Es toda aquella alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo. La diabetes gestacional (DG) traduce una insuficiente adaptación a la insulinresistencia que se produce en la gestante.

Es la complicación más frecuente del embarazo. Su frecuencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados, afectando en torno al 1-14% de los embarazos.

Su importancia radica en que la diabetes gestacional aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como son: sufrimiento fetal, macrosomía, muerte intrauterina y problemas neonatales.

#### **Causas**

Los factores de riesgo para la diabetes gestacional abarcan:

- Ancestro hispano o africano
- Tener más de 25 años al quedar embarazada
- Antecedentes familiares de diabetes

- Parto previo de un bebé con un peso por encima de 4 kg (9 lb)
- Obesidad
- Infecciones repetitivas
- Aborto espontáneo o muerte de un recién nacido de manera inexplicable

### Síntomas

Generalmente, no hay síntomas o éstos son leves y no son potencialmente mortales para la mujer embarazada. Con frecuencia, el nivel de azúcar (glucosa) en la sangre retorna a la normalidad después del parto.

Los síntomas pueden abarcar:

- Visión borrosa
- Fatiga
- Infecciones frecuentes, incluyendo las de vejiga, vagina y piel
- Aumento de la sed
- Incremento de la micción
- Náuseas y vómitos
- Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito

### Pruebas y exámenes

La diabetes gestacional puede no causar síntomas. Todas las mujeres embarazadas deben recibir una prueba oral de tolerancia a la glucosa entre las semanas 24 y 28 del embarazo para detectar la afección.

#### Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son mantener los niveles de azúcar (glucosa) dentro de los límites normales durante el embarazo y asegurarse de que el feto esté saludable.

### **Hipertensión crónica o Preclamcia Grave**

Todas las manifestaciones de la hipertensión pueden constreñir los vasos sanguíneos del útero que suministran oxígeno y nutrientes al feto. Si esto ocurre antes de término, puede retrasar el crecimiento del feto y, en algunos casos, hacer que el bebé nazca con bajo peso. La hipertensión también aumenta el riesgo de parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación).. La hipertensión también aumenta el riesgo de desprendimiento de la placenta, que es la separación prematura de la placenta de la pared uterina antes del parto. Cuando es grave puede provocar hemorragia abundante y shock, situaciones peligrosas para la madre y el bebé. El síntoma más común de desprendimiento de la placenta es la hemorragia vaginal después de las 20 semanas de embarazo. Todas las mujeres que padecen hipertensión durante el

embarazo están expuestas al riesgo de tener estos problemas, el riesgo es mayor en las mujeres con hipertensión crónica acompañada de preeclampsia. La preeclampsia también puede evolucionar rápidamente y convertirse en una enfermedad poco frecuente potencialmente fatal llamada eclampsia, que provoca convulsiones y estado de coma. Afortunadamente, la eclampsia es poco común en mujeres que reciben los cuidados prenatales adecuados a intervalos regulares, ya que en cada consulta prenatal, se les mide la presión arterial y se les realiza un análisis de orina para detectar la presencia de proteínas. De esta manera, es posible diagnosticar y tratar la preeclampsia antes de que evolucione y se convierta en eclampsia.

## **FETALES:**

### **Sufrimiento Fetal**

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico maternofetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal.

En general, el SFA es causado por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero-placentaria,

compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. Puede presentarse antes o después del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoimmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios.

### **Sufrimiento fetal agudo**

El sufrimiento fetal agudo, se establece generalmente durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del mismo, en un feto previamente normal, o bien, en un feto con sufrimiento fetal crónico que tiene un episodio agudo durante el trabajo de parto.

### **Retardo de Crecimiento Intrauterino (rciu)**

Trastorno en el que el feto tiene un tamaño menor que el previsto para la cantidad de semanas de gestación. El retardo del crecimiento intrauterino se produce cuando existe un problema o una anomalía que impide que las células y los tejidos crezcan o que reduce el tamaño de las células. Esto puede suceder cuando el feto no recibe los nutrientes y el oxígeno

necesarios para el crecimiento y el desarrollo de órganos y tejidos o debido a una infección.

### **Enfermedad Hemolítica Grave (Anemia)**

La Enfermedad Hemolítica Perinatal (EHP) es el desarrollo de anemia fetal o neonatal secundaria a un fenómeno de hemólisis de origen inmunológico. Es consecuencia de una isoimmunización materna (desarrollo de anticuerpos hacia un antígeno presente en otros individuos de la misma especie pero ausente en el individuo) contra antígenos de membrana de los hematíes fetales, en respuesta a un contacto previo con el antígeno

### **Macrosomía Fetal**

Condición en la que un feto es anormalmente grande. Los bebés con macrosomía fetal nacen con un peso de al menos 8 libras, 13 onzas o más. El peso promedio al nacer para los bebés es de aproximadamente 7 libras. La mayoría de bebés con macrosomía nacen en término completo, pero algunos pueden nacer antes de término.

Los bebés que nacen con macrosomía tienen más probabilidades de experimentar baja azúcar sanguínea, dificultad respiratoria e ictericia .

También tienen un riesgo incrementado de defectos congénitos.

### **Causas**

La causa más común de macrosomía fetal es diabetes en la madre.

## **Factores de riesgo**

- Madre que tiene diabetes
- Madre que tiene :: diabetes gestacional
- Madre y/o padre de gran tamaño
- Aumento excesivo de peso por la madre durante el embarazo

## **Diagnóstico**

Examen físico, pélvico, ultrasonido para determinar el tamaño del bebé.

Si la macrosomía fetal es lo suficientemente considerable como para causar daño potencial durante un parto vaginal, se puede programar un parto por cesárea.

## **OVULARES:**

### **Desprendimiento Prematuro de Placenta**

Es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto.

Las causas que producen el desprendimiento prematuro de placenta son desconocidas, pero existen varios factores asociados, tales como: los estados hipertensivos del embarazo (incluyendo toxemia del embarazo e hipertensión arterial crónica), la edad materna avanzada, multiparidad, el consumo de cocaína o tabaco, factores mecánicos (traumatismo directo,

cordón umbilical corto, pérdida de líquido amniótico), causas de útero sobredistendido (incluyendo gestación múltiple, polihidramnios), shock materno, nutrición inadecuada e infecciones.

### **Síntomas**

- Dolor abdominal
- Dolor de espalda
- Sangrado vaginal

### **Signos y exámenes**

Los exámenes pueden abarcar:

- Ecografía abdominal
- Conteo sanguíneo completo
- Nivel de fibrinógeno
- Tiempo parcial de tromboplastina
- Examen pélvico
- Tiempo de protrombina

### **Tratamiento**

Administración de líquidos a través de una vena (vía intravenosa) y transfusión de sangre. Igualmente, se hará un control cuidadoso de la madre en búsqueda de síntomas de *shock* y vigilancia de signos de

sufrimiento fetal que incluyen frecuencias cardíacas anormales. Es posible que sea necesario practicar una cesárea de emergencia. Si el feto todavía está muy inmaduro y hay sólo un pequeño desprendimiento de placenta, la madre puede ser hospitalizada para observación minuciosa. Si el feto está lo suficientemente desarrollado (maduro), se puede optar por un parto vaginal si el sufrimiento fetal y de la madre son mínimos; de lo contrario, una cesárea puede ser la opción preferida

## **Placenta Previa**

La placenta previa se desarrolla cuando la placenta se desplaza de su lugar y pasa a cubrir parte del cuello uterino. Ésto también puede ser conocido con el nombre de placenta baja. Esta no es una complicación muy común en los embarazos, ya que 1 de cada 250 embarazos podrían llegar a desarrollar placenta previa. La placenta previa puede llegar a causar hemorragias durante el transcurso del mismo. Una hemorragia descontrolada podría poner en peligro la vida de la futura mamá y la del bebé, y podría ser necesario que el bebé naciera mediante un parto por cesárea; incluso si la fecha del parto aún no hubiera llegado. De hecho, existen tres tipos de placenta previa:

Placenta previa completa: la misma se da cuando la apertura del cuello uterino está completamente cubierta por la placenta.

Placenta previa parcial: implica la cobertura de una porción del cuello uterino causada por el desplazamiento de la placenta.

Placenta previa marginal: la placenta se extiende sólo hacia los bordes del cuello uterino.

### **Prolapso de Cordón Umbilical**

El prolapso del cordón umbilical es una afección muy peligrosa que puede causar el nacimiento de un niño muerto si el alumbramiento no se produce con rapidez, usualmente por medio de operación cesárea , después de que se diagnostica la afección. Otras complicaciones incluyen daño cerebral por falta de oxígeno. La mayoría de los bebés alumbrados rápidamente a través de operación cesárea no padecen complicaciones causadas por esta afección.

### **Polihidramnios**

Es el aumento exagerado del líquido amniótico, lo que favorece la motilidad permanente y algún vicio de posición del feto. Las mujeres con polihidramnios leve tienen pocos síntomas. Las mujeres con polihidramnios más serio pueden tener incomodidad en la barriga y problemas al respirar, porque el aumento de líquido hace que el útero invada el espacio de los pulmones y los órganos de la barriga.

## **Causas comunes**

- Anencefalia
- Hernia diafragmática
- Atresia duodenal
- Atresia esofágica
- Gastrosquisis
- Diabetes gestacional
- Hidropesía fetal
- Gestación multifetal (por ejemplo, mellizos o trillizos)
- Distrofia miotónica

El polihidramnios puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo como:

- Ruptura prematura de las membranas (desgarre o rotura del saco que contiene el líquido amniótico)
- El nacimiento prematuro
- Los accidentes del cordón umbilical
- El desprendimiento de la placenta
- Poco crecimiento del bebé
- El nacimiento sin vida

- El parto por cesárea
- Hemorragia intensa en la madre después del parto.

### **Oligohidramnios:**

Es la disminución marcada del líquido amniótico, lo que dificulta la movilidad del feto. Afecta a menos del 10% de los embarazos, y aunque es más común que se desarrolle en el último trimestre, puede aparecer en cualquier nivel del embarazo. Las causas son aún desconocidas, pudiendo ocurrir en mujeres sin ningún factor de riesgo durante su embarazo. Es un trastorno que se diagnostica durante un ultrasonido revelando un índice de líquido amniótico menor de 5mm y debe ser tratado por un profesional de la salud especializado.

### **Complicaciones**

La tasa bruta de mortalidad es alta en el oligohidramnios. La falta de líquido amniótico permite la compresión del abdomen del feto, lo que limita el movimiento de su diafragma. Además de la fijación de la pared torácica, la falta de líquido amniótico que fluye dentro y fuera del pulmón fetal lleva a hipoplasia pulmonar. Oligohidramnios también se asocia con manchas de meconio sobre el líquido amniótico, anomalías de la conducción eléctrica del corazón fetal, la compresión del cordón umbilical, la mala tolerancia durante el trabajo de parto, la reducción de las

puntuaciones del Test de Apgar, y acidosis fetal. En los casos de restricción del crecimiento intrauterino, el grado de oligohidramnios es a menudo proporcional a la restricción del crecimiento fetal, con frecuencia refleja la magnitud de la disfunción placentaria, y se asocia con un aumento correspondiente en la ruptura prematura de membranas.

## **TIPOS DE CESÁREAS**

La cirugía puede planificarse como procedimiento programado o realizarse en forma urgente inmediatamente antes o durante el parto, cuando es evidente que tanto la madre como el lactante no soportarán un parto vaginal.

### **Cesárea Programada**

La cesárea se programa si la dilatación está contraindicada (como en la placenta previa), si el parto es necesario pero no es posible inducirlo (por ejemplo, estados hipertensivos que crean un ambiente intrauterino hostil que amenaza la vida del feto) o si bien la mujer conjuntamente con su médico lo han decidido.

La mujer que está programada para cesárea tiene más tiempo para prepararse desde el punto de vista psicológico. Sin embargo, las respuestas psicológicas de estas pacientes pueden diferir: las que tienen una cesárea previa pueden tener recuerdos perturbadores de las

situaciones que precedieron al parto quirúrgico anterior y de sus experiencias en el periodo de recuperación post operatorio.

Otras pueden estar muy preocupadas por las cargas adicionales de tener que cuidar de un bebe mientras se recuperan de una intervención quirúrgica o sentirse contentas de despejar la incertidumbre sobre la fecha y la hora del parto y evitar el dolor de la dilatación.

### **Cesárea no Programada o de Urgencia**

Las mujeres que tienen una cesárea no programada, y sus familiares, experimentan cambios bruscos en sus expectativas del parto, los cuidados de la mujer en el post parto y los cuidados del bebe en casa. Esta puede ser una experiencia en extremo traumática para todos. La mujer por lo general llega al procedimiento agotada y decepcionada después de una dilatación infructuosa. Le preocupa su situación y la de su bebe. Puede estar deshidratada y tener bajas reservas de glicógeno. Debido a que todos los procedimientos preoperatorios deben hacerse con rapidez y eficacia, el tiempo disponible para la explicación de los procedimientos y la operación es muy corto. Además, como los niveles de ansiedad de la madre y la familia tienden a ser bastante altos en este momento, olvidaran mucho de lo que se les dice o incluso en ocasiones le darán una interpretación errónea.

### **Tiempos de Incisión**

La intervención quirúrgica comprende cinco tiempos fundamentales:

Incisión de la Pared Abdominal (Clásica o de Pfannestiel)

Incisión de la Pared Uterina (Histerotomía)

Extracción del feto y anexos ovulares

Sutura de la Pared Uterina (Histerorrafia)

Sutura de la Pared Abdominal (Laparorrafia)

### **Tipos de Insición**

La cesárea Clásica, mediante una incisión abdominal vertical llamada mediana o infraumbilical y la cesárea realizada en el segmento inferior llamada Pfannestiel o Transversal, esta ultima es la mas empleada hoy en día.

### **Incisión Mediana o Infraumbilical**

Se efectúa mediante una incisión vertical en la línea media, tiene aproximadamente quince centímetros de longitud (entre Pubis y Ombligo).

La apertura de la pared Abdominal se realiza por planos. La apertura del Peritoneo se realiza en el punto superior de la incisión para no herir la vejiga.

Este tipo de cesárea suele emplearse en caso de urgencia y/o emergencia, porque resulta más rápido el acceso al feto.

Ventajas:

Nacimiento rápido cuando esta en peligro la salud de la madre o del feto

Mejor acceso al feto que se encuentra en situación transversa

Mejor acceso cuando existen adherencias abdominales por cirugía previa

**Desventajas:**

Hay pérdida sanguínea por el corte de vasos miometriales de gran calibre

La musculatura uterina queda debilitada por la incisión en la línea media

Aumenta el riesgo de rotura uterina en embarazos posteriores

Es una operación abdominal mayor

Es más alta la tasa de morbilidad materna que en el caso de partos vaginales posteriores

Ocurren complicaciones quirúrgicas como hemorragias y lesiones de los órganos pélvicos o abdominales

El riesgo de infección es mayor

**Incisión del Segmento Inferior Pfannestiel o Transversa**

Incisión cutánea horizontal de aproximadamente siete centímetros, en sentido transversal a nivel del monte de Venus, la apertura de la pared abdominal realizada por planos: piel, aponeurosis, luego separan músculos rectos y Piramidales.

**Ventajas:**

La hemorragia es mínima

Se reduce el riesgo de que se rompa la cicatriz uterina durante los embarazos subsecuentes

Hay menor distensión abdominal en el postoperatorio

Disminuye la posibilidad de debilitamiento y rotura de la cicatriz del útero porque el tejido que esta en el segmento inferior del útero es menos contráctil que el cuerpo de este órgano

La incisión cutánea baja queda oculta por el bello púbico

Desventajas:

No es útil en casos de emergencia, porque las características anatómicas de la región limitan la ampliación de la herida quirúrgica y el espacio en el que pueden trabajar es relativamente limitada.

### **Incisión de la Pared Uterina o Histerotomía**

Una vez realizada la incisión abdominal llega al útero donde introducen compresas aisladas a los lados de los fondos de sacos paracólicos, para disminuir la propagación del líquido amniótico, sangre o meconio a la cavidad abdominal.

La incisión a realizar puede ser:

**Clásica:** practicada en segmento superior del útero.

**Inferior:** realizada en la porción menos musculosa y más inactiva del útero. Esta a su vez se divide en transversal y vertical.

Para acceder al segmento uterino inferior tiene que ser desecada y separada la vejiga porque esta adherida a la fascia en la región.

### **Complicaciones Derivadas de una Cesárea**

Cuando se debe llevar a cabo una cesárea, se deben compensar los riesgos y los beneficios de este procedimiento. Entre ellos se incluyen los

beneficios y los riesgos adicionales de someterse a una cesárea. A veces, los beneficios de someterse a una cesárea serán mayores que los riesgos, y otras veces, los beneficios propios de los partos vaginales serán mayores que los riesgos que trae aparejado el hecho de someterse a una cesárea.

Un parto por cesárea es una cirugía mayor, y, como sucede con los otros procedimientos quirúrgicos, existirán muchos riesgos involucrados en esta clase de cirugía.

El riesgo estimado de que una mujer muera luego de haberse sometido a una cesárea es menor a uno de cada 2.500 partos (el riesgo de muerte posterior a un parto vaginal es menor a uno de cada 10.000).

Estos son los riesgos estimados para la población femenina en general. Las condiciones médicas individuales, tales como los problemas cardíacos podrían hacer que los riesgos de someterse a un parto vaginal sean mayores que los de someterse a un parto por cesárea.

### **Los Riesgos para el Bebé**

Nacimiento prematuro.- Si no se hubiera calculado de manera precisa la fecha del parto, el bebé podría nacer prematuramente.

Problemas respiratorios.- Los bebés nacidos mediante una cesárea son más propensos a desarrollar problemas respiratorios, tales como:

taquipnea transitoria (respiración anormalmente acelerada durante los primeros días posteriores al nacimiento).

Cuentas de Apgar bajas. A veces, los bebés nacidos mediante una cesárea poseen cuentas de Apgar bastante bajas. El bajo conteo podría ser un efecto derivado de la anestesia y del parto por cesárea, o el bebé podría haber estado sufriendo antes de nacer. O quizás, el bebé no ha estado lo suficientemente estimulado como sí lo estaría si hubiera nacido mediante un parto vaginal.

Daño fetal. A pesar de que es sumamente raro, el cirujano podría haber rasguñado accidentalmente al bebé mientras estaba realizando la incisión uterina.

### **Los Riesgos para la Mamá**

**Infecciones.** -el útero o los órganos cercanos a la zona pélvica, como por ejemplo; la vejiga o los riñones podrían llegar a infectarse.

**Gran pérdida de sangre.** -la pérdida de sangre o hemorragia promedio provocada por los partos por cesárea es dos veces mayor a la pérdida de sangre propia de los partos vaginales.

No obstante, raras veces es necesario recurrir a transfusiones de sangre durante una cesárea.

**Disminución del funcionamiento de los intestinos.** A veces, los intestinos trabajan lentamente por varios días luego de haberse sometido a una cirugía, dando como resultado: distensión, hinchazón, y sensación de malestar.

Complicaciones respiratorias. Algunas veces, la anestesia general puede llegar a provocar neumonía.

**Estadía prolongada en el hospital y período de recuperación más largo.** La duración promedio de la estadía en un hospital varía de tres a cinco días, mientras que la estadía luego de un parto vaginal sólo es de uno a tres días.

**Reacciones derivadas de la anestesia.** La salud de la mamá podría encontrarse en peligro por reacciones inesperadas tales como: elevación abrupta de la presión arterial derivadas del uso de anestesia o de otras medicaciones durante la cirugía.

**Riesgo de tener que someterse a cirugías adicionales.** Por ejemplo: histerectomía, reparación de la vejiga, etc.

**Desarrollo de coágulos sanguíneos en las piernas,** en los órganos que se encuentran en la zona pélvica, o en los pulmones.

## CAPÍTULO III

### POSTOPERATORIO

#### Definición

El postoperatorio se inicia una vez terminado el acto quirúrgico. La duración del postoperatorio dependerá de varios factores: el tipo de intervención quirúrgica, anestesia utilizada, el estado de la paciente y de la posibilidad de que haya complicaciones postoperatorias.

Además tiene como propósito completar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía. El despertar de la anestesia suele ir acompañado de sensaciones dolorosas por lo que en el periodo de postoperatorio exige cuidados especiales

El hecho de una intervención quirúrgica representa para la paciente una agresión física con su consecuente dolor.

Se divide en:

- Postoperatorio inmediato
- Postoperatorio mediato
- Postoperatorio tardío

## **POSTOPERATORIO INMEDIATO**

Esta fase Inicia una vez concluida la intervención, la puesta del aposito, la finalización de la anestesia y la recuperación de la función cognitiva y de la habilidad motora y abarca con un promedio de tres a seis horas subsiguientes de estadía, intervalo durante el cual la paciente se estabiliza, recuperándose de los efectos residuales de la anestesia.

### **Características Generales del Área Física del Postoperatorio Inmediato**

El área debe estar equipada con todos los implementos modernos e indispensables que exige la ciencia médica para la observación y atención de las pacientes que necesitan recuperarse después de una intervención quirúrgica y por ende de los efectos residuales de la anestesia.

Debe estar ubicada en el mismo piso y lo más cerca de la sala de operaciones con una temperatura de 20 °C a 22°C, estar libre de corrientes de aire, buena ventilación, con iluminación adecuada, debe tener un ambiente silencioso, limpia, pintado con colores claros, agradables. El área debe estar equipada con succionadores, de pared, trampas de oxígeno, multiparametros, desfibrilador, bombas de infusión,

tensiómetros, estetoscopios, laringoscopio, cánula de mayo, infusor de líquido, calentador de fluidos, semilunas, bidet, charol de paro, materiales de insumo, lencería como sábanas, colchas, batas, entre otros.

La cama quirúrgica debe tener características de seguridad como son los barandales laterales, freno y que facilite la posición adecuada de la paciente.

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO**

El objetivo de la atención de enfermería en el postoperatorio inmediato es ayudar a las pacientes a recuperarse de la intervención a la que ha sido sometido y de la anestesia con la mayor rapidez, comodidad y seguridad posible, para ello hay que realizar una valoración integral, teniendo en cuenta aspectos como la anamnesis, valoración física, resultados de laboratorio, evolución clínica, por lo cual el análisis conjunto de estos aspectos e integración adecuada de los datos obtenidos permiten cumplir con la meta de enfermería.

Por tanto durante el traslado en la camilla al paciente desde la sala de operaciones hasta el área del postoperatorio es necesario:

-Vigilar y mantener libres las vías aéreas. Examinar con frecuencia el ritmo y la profundidad de los movimientos respiratorios.

-Vigilar la posición del paciente para evitar aspiraciones tras un vómito. En general la cabeza debe estar inclinada hacia un lado o estar en posición de decúbito lateral. Es recomendable que el paciente sea acompañado durante el traslado por el anestesiólogo y una enfermera. Tan pronto como haya llegado la paciente en la camilla quirúrgica a la sala del postoperatorio inmediato el personal de enfermería debe proporcionar la atención inmediata e individualizada:

### **Valorar del Nivel de Conciencia**

El nivel de conciencia debe controlarse periódicamente, desde dos perspectivas:

**A.- Cualitativa:** Se basa en valorar el estado de conciencia en función de los dos componentes de la misma ( la alerta y el contenido). Definiéndose distintos estados:

- a. **Somnolencia:** tendencia al sueño con respuesta adecuada a órdenes verbales simples y complejas, así como a estímulos dolorosos
- b. **Obnubilación:** respuestas a órdenes verbales simples y a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta a ordenes verbales complejas.

c. **Estupor:** existe una falta de respuesta a todo tipo de órdenes verbales pero presenta una reacción adecuada a los estímulos dolorosos

**B.-Cuantitativa:** Se basa en aplicar una escala del nivel de respuesta a diversos estímulos. Nos sirve para obtener una medida, reproducible en posteriores comprobaciones. La más internacional de ellas es la Escala de Glasgow

#### **APERTURA OCULAR**

Espontánea	Ojos abiertos mantenidos	4
A la llamada	Ojos abiertos a la llamada	3
Al dolor	Ojos abiertos al dolor	2
Ausente	Ausencia de respuesta	1

#### **RESPUESTA VERBAL**

Orientado		5
Desorientado	Desorientación temporoespacial	4
Habla desordenada o inapropiada	Mezcla palabras , sin relación entre si	3
Ininteligible	Sonidos incompresibles, gemidos	2
Sin respuesta	Sin emisión de sonidos	1

## RESPUESTA MOTORA

Obedece órdenes		6
Localiza el dolor	Protege el dolor con la mano	5
Retira la extremidad	Retira la extremidad con defensa imprecisa	4
Flexión anormal	Flexión anormal de la extremidad afecta sola o acompañada de otra: Decorticación	3
Extensión anormal	Extensión patológica: Descerebración	2
No respuesta	Ausencia de respuesta motora	

## Observar Facias y el Color de la Piel

Las facias.- se refiere al aspecto o expresión de la cara. A medida que continua con la valoración, es posible captar si la paciente está con dolor, serena, angustiada, depresiva, etc.

Observar el estado de la piel.- en cuanto a temperatura y color. Y a través de ello se puede evaluar la condición de la paciente.

## Valorar la Permeabilidad de las Vías Respiratorias

El personal de enfermería debe observar minuciosamente las vías respiratorias ya que la paciente puede llegar con cánula de mayo y se

debe evaluar uno de los reflejos protectores de la vía aérea como presencia de tos, náusea, deglución.

Además es necesario evitar complicaciones como atelectasia y la obstrucción de las vías respiratorias con secreciones bronquiales viscosas retenidas. En caso de hipersecreción bronquial el personal de enfermería debe proceder a la aspiración de las secreciones introduciendo una sonda nasogastrica para poder mantener limpias las vías respiratorias.

### **Realizar Identificación Inicial del Paciente**

Es necesario que el personal de enfermería llame a las pacientes por su nombre, conozca el diagnóstico, tipo de intervención quirúrgica y clase de anestesia mediante aquello las usuarias debe recibir atención individualizada.

### **Revisar Vías Periféricas**

En el momento que llegan las pacientes al área el personal de enfermería debe revisar minuciosamente las vías periféricas, verificando su permeabilidad, para asegurar la hidratación, los niveles de glucosa y los accesos para administración de medicación.

## **Controlar las Constantes Vitales**

Los signos vitales de las pacientes sometidas a cesáreas se deben controlar cada quince minutos durante las dos primeras horas y luego cada hora, los mismos que nos van a proporcionar importantes claves en relación con su estado de salud.

Dentro de los signos vitales, se debe realizar una valoración de:

### **Frecuencia Respiratoria**

Para realizar una buena valoración de la frecuencia respiratoria deberá incluir profundidad, ritmo y características, lo que garantizará el mantenimiento de la oxigenación y de la ventilación.

En caso que la paciente este adormitada y con respiraciones superficiales es necesario despertarlas y estimularlas a que respiren profundamente y si es necesario colocar oxígeno con cánula o mascarilla. La monitorización de la ventilación y de la respiración es fundamental para asegurar intervenciones en las que se eviten complicaciones.

### **Frecuencia Cardíaca**

Nos ayuda a realizar una completa valoración hemodinámica de la paciente donde podemos detectar bradicardia, taquicardia, arritmias. Por tanto es necesario la utilización de un monitor multiparámetro.

## **Temperatura**

La hipotermia es un problema común en el postoperatorio inmediato y puede tener graves consecuencias. Las causas principales de hipotermia son: temperatura en quirófano baja, mala protección del paciente durante la cirugía, la administración de fluidos a temperatura inferior a la corporal, transfusión masiva.

Por lo tanto es de vital importancia mantener la estabilidad térmica, proporcionando cubiertas adecuadas o lámpara de calor y administrar fluidos a temperatura corporal, contribuyendo a si a la estabilidad metabólica, oxigenación y la hemodinámica.

## **Presión Arterial**

Para el control y registro de la situación hemodinámica de la paciente y además de una buena técnica en la medición de la PA siempre es necesario objetivar signos de buena perfusión periférica valorando diuresis, relleno capilar, vasoconstricción/vasodilatación periférica.

## **Administrar terapia del dolor**

Es fundamental con antelación valorar el dolor a través de la escala del 1- 10, esto permite obtener datos subjetivos y objetivos que ayudan a tomar las medidas necesarias en la planificación de las intervenciones

para aliviar el dolor. El personal de enfermería debe aplicar inmediatamente los analgésicos según prescripción médica. Y la evaluación del dolor deberá hacerse en cada oportunidad en que se controlen los signos vitales. Por tanto La evolución del dolor y su manejo adecuado colaboran en la estabilidad fisiológica, además de facilitar el proceso de cicatrización.

### **Valorar el Apósito Quirúrgico**

Cambiar el apósito quirúrgico si es necesario. Anotando la presencia de sangrado, o drenaje en el sitio de la incisión quirúrgica. Para que el sitio quirúrgico se mantenga limpio y seco, situación que facilita la cicatrización.

### **Controlar Sangrado Transvaginal**

Dentro de las intervenciones de enfermería, palpar el fondo del útero es fundamental para determinar si el útero se contrajo de forma satisfactoria. Las suturas de la piel y las uterinas son firmes y se puede presionarse con fuerza para valorar la consistencia del útero, lo cual ocasionará incomodidad aunque no afecta las suturas. Es común que el médico prescriba oxitócicos para que el útero se contraiga y se controle la hemorragia. La pérdida de sangre promedio después de una cesárea es

de aproximadamente de 800 a 1000 ml. Por tanto es necesario e importante observar la cantidad y el carácter de los loquios.

En algunas pacientes tienen menos loquios después de una cesárea por las técnicas operatorias que se usan en la extracción de la placenta y la hemostasis. Sin embargo la pérdida de sangre excesiva y rápida puede ocasionar una disminución severa de la presión sanguínea de la paciente y, si no se trata, puede provocar un episodio de descompensación severo o la muerte

Los síntomas más comunes de la hemorragia en el postoperatorio son:

- Sangrado descontrolado
- Disminución de la presión sanguínea
- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Hematocrito (disminución de glóbulos rojos)

### **Diagnostico de la hemorragia en el postoperatorio**

Además de los antecedentes médicos y un examen físico completos, el diagnóstico debe basarse generalmente en los síntomas y en las pruebas de laboratorio como:

- Cálculo de la pérdida de sangre que se puede realizar contando la cantidad de toallas sanitarias maternas o pesándolas

- Medición de la frecuencia del pulso y la presión sanguínea
- Hematocrito (recuento de glóbulos rojos)
- Factores de coagulación en la sangre

### **Tratamiento**

En el tratamiento de la hemorragia en el postoperatorio es importante la reposición de la sangre y demás líquidos perdidos. Con una transfusión rápida de líquidos endovenosos (IV), sangre o sus derivados para evitar la descompensación y colocar a la paciente oxígeno a través de una mascarilla o cánula.

### **Control de Náuseas y Vómito**

Problema frecuente en el postoperatorio ocasionado por el vaciamiento gástrico inadecuado. - Puede estar producido por dolor intenso, distensión abdominal, miedo, medicamentos, reacción de los anestésicos, comer y beber antes de haber reanudado el peristaltismo.

El personal de enfermería debe:

- Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado, colocarlo en decúbito lateral.
- Evitar la ingesta por vía oral

- Indicarle que se sujete la zona de incisión con las manos cruzadas para aliviarle el dolor.

### **Controlar de la Eliminación**

El personal de enfermería debe estar pendiente de la eliminación vesical ya que se puede presentar retención urinaria que es un problema frecuente en el postoperatorio. Si presenta retención, se procede a palpar la vejiga para ver si hay distensión vesical y dolor. Se puede producir por efecto de la anestesia, analgésico y narcótico. Es necesario dar pequeños masajes en la zona pélvica, ayudar a la paciente a forzar la diuresis por medio de irrigar la zona perineal con agua tibia, dejar correr el grifo de agua. Si estas técnicas no dan resultado se debe sondear a la paciente.

### **Criterios de Alta en el Área del Postoperatorio Inmediato**

Todas las intervenciones realizadas en el área del postoperatorio inmediato deben quedar registradas en una hoja destinada exclusivamente a este efecto, incluidas las observaciones y la firma de la persona que las realiza así como el horario en que se hicieron.

Se deberá registrar el momento del alta interna del paciente, las condiciones respiratorias, hemodinámicas de conciencia y la actividad muscular, el destino del mismo y firmar el registro.

## **POSTOPERATORIO MEDIATO**

Equivale al período que transcurre desde que la paciente ha sido llevada a la habitación o sala (24 o 48 horas después de la operación) hasta el día en que es dada de alta.

En este período la atención de enfermería están basadas en:

Control de constantes vitales de forma más espaciada, cada seis horas.

Control del restablecimiento del tránsito intestinal donde se trata de evitar el íleo paralítico postoperatorio y volver a iniciar la alimentación de la paciente por vía digestiva. El peristaltismo debe de restablecerse antes de las 24 horas siguientes, comenzando con una dieta líquida. El tránsito intestinal se comprueba indagando si la paciente tiene ruidos intestinales mediante la auscultación del abdomen, si ha expulsado flatos y si ha defecado. Lo fundamental es recomendar a la paciente que deambule lo más rápido posible de acuerdo a sus condiciones de salud.

Reiniciar la alimentación con dieta líquida o blanda por vía oral en reducida cantidad pero varias veces al día y progresivamente se normalizará la dieta hasta configurar la dieta normal.

La valoración de la insición quirúrgica se basa en:

- Examinar la línea de sutura de la herida
- Verificar presencia de edema, hemorragia
- Inspeccionar la herida en busca de signos de infección e inflamación
- Observar la cicatrización de la herida
- Curar la insición quirúrgica con gasas estériles y solución salina todos los días.
- Cambiar de apósitos cada vez que sea necesario

Controlar los drenajes en caso que los tuviera la paciente donde se observa la cantidad y tipo de secreción ya sea de una sonda nasogastrica o dren de Penrose, los mismos que se deben mantener limpios y se registran los residuos en el formulario correspondiente de la historia clínica.

El control del dolor es vital para el confort de las pacientes y su recuperación postoperatoria, la tolerancia del dolor varía de una paciente a otra, y de un momento a otro en la misma paciente, dependiendo de varios factores. Independientemente de su causa, lo que debe tratarse es

el dolor que la paciente percibe, considerando que es la propia usuaria quien juzga su intensidad y su mejoría.

Es necesario efectuar la valoración mediante la escala del dolor del 1- 10 y observar signos y síntomas del dolor y administrar la analgesia programada y prescrita.

Animar a la paciente la deambulaci3n a partir de las seis u ocho horas del post operatorio. Explicar la importancia de la pronta deambulaci3n, para evitar complicaciones y restablecer la mecánica corporal

Es de vital importancia observar los cambios físicos y fisiológicos de la involuci3n uterina para detectar cualquier desviaci3n de la normalidad palpando el fondo del útero por debajo o a nivel del ombligo.

Además el control de los loquios es indispensable ya que son pérdidas que fluyen por los genitales externos durante el postoperatorio, es la suma de exudado producido en la regeneraci3n endometrial, las secreciones cervicales y el exudado de los desgarros en fase de cicatrizaci3n. Los primeros son rojos debido al predominio de sangre en su composici3n, luego adquieren color rosado. Cuando cesa la hemorragia y predominan los leucocitos propios de la reparaci3n histica son de color amarillento.

Los loquios tienen un olor característico pero en condiciones normales no son fétidos, si así lo fueran indicarían un proceso inflamatorio.

Fomentar el descanso y sueño es fundamental ya que liberan a las pacientes de sus tensiones, tanto físicas como psicológicas, y le permite encontrar energía necesaria recuperarse, atender al recién nacido e incorporarse a sus actividades cotidianas.

Además se deben limitar las visitas, proporcionar un ambiente tranquilo y eliminar ruidos innecesarios, brindarle una cama limpia y cómoda, habitación libre de olores nocivos, para animar a la madre a descansar o a tomar siestas mientras duerme su hijo.

En las Usuaris postcesareadas cuidar de la higiene corporal y el arreglo, son funciones básicas del profesional de enfermería, algunas de las usuarias postcesareadas que se atienden necesitan quizás de ayuda para adquirir buenos hábitos de higiene.

Durante el proceso de valoración sobre el estado de la piel, el cabello, las uñas, los dientes, la boca y genitales de estas, se basa principalmente en sus observaciones, el profesional de enfermería debe averiguar los hábitos higiénicos de la usuaria, puede intervenir cerca de ella, planificando sus hábitos higiénicos y enseñándole, si es necesario, la paciente a partir del segundo día puede tomar una ducha. Así mismo

debe considerarse la capacidad motora para determinar su grado de dependencia hacia los cuidados de enfermería

Para las usuarias postcesareadas la eliminación es de vital importancia para su recuperación. La eliminación urinaria depende de la eficacia funcional de los cuatro principales órganos del aparato urinario: riñones, uréteres, vejiga y uretra. El personal de enfermería debe determinar el patrón de eliminación normal, la frecuencia, aspecto de la orina y cualquier cambio resiente producto de su estado de salud que se haya podido observar, considerando que la eliminación urinaria adecuada, va a depender del normal funcionamiento de los sistemas: urinario, cardiovascular y nervioso.

Igualmente el proceso normal de micción requiere que haya acumulado una cantidad suficiente de orina en la vejiga para estimular los nervios sensoriales.

El personal de enfermería debe estar atento ante la usuaria postcesareada con alteraciones de la función en la micción, que pudiera presentar dificultad para la micción disuria ya que para la cirugía, como preparación para la anestesia, a la usuaria la colocan una sonda vesical. El sondaje predispone a la infección del tracto urinario, sobre todo si la maniobra produjo traumas.

## CAPÍTULO IV

### PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método, conocido como proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este método permite al personal de enfermería proporcionar atención de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos:

**Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

- **Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

## **Objetivos**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizado, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y Comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

## **Desarrollo del PAE:**

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje)
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico)
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

## **Ventajas**

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

## **Características:**

- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos,

grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

## **Fase de Valoración**

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, éstos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los

conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

- **Habilidades:** en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

### **Fase de diagnóstico:**

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema

clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

## **Fase de Planificación**

Una vez concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planificación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas,

### Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.**

Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,**

Determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

## **Fase de Ejecución**

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.

- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

### **Fase de Evaluación**

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. La distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos :

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional :

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.

- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

**PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DEL POSTOPERSTORIO INMEDIATO  
DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE LA CIUDAD DE GUYAQUIL**

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Dolor agudo R/C Insición Quirúrgica M/P conducta expresiva, agitación, gemidos	La paciente logrará disminuir el dolor después de la aplicación de la analgesia	Lavar las manos correctamente Controlar signos vitales Valorar la intensidad del dolor mediante la escala del dolor del 1-10 Administrar la analgesia según indicación medica. (dextropropofeno 75mg c/ 8hs.) Ayudar a adoptar una posición adecuada ( Decúbito lateral) Evaluar la eficacia de la analgesia administrada. Proporcionar un ambiente tranquilo.	Paciente manifiesta haber disminuido el dolor después de haberle administrado la analgesia
Riesgo de Broncoaspiracion R/C vomito después de la intervención quirúrgica	La paciente mantendrá permeable la vía aérea durante las horas de permanencia en el postoperatorio inmediato.	Valorar el nivel de conciencia Observar si hay signos de aspiración (disnea, tos, cianosis) Colocar al paciente en posición lateral izquierda o derecha Tomar las constantes vitales cada 15 minutos Controlar el ritmo y profundidad respiratoria. Proporcionar un recipiente para que vomite. Verificar las características del vomito Auscultar los sonidos pulmonares. Dejar limpia y Cómoda.	Durante la permanencia en el postoperatorio inmediato no presenta broncoaspiracion y mantiene permeable la vía aérea

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>Hipotermia (35,8°C) R/C aplicación de anestésicos (Vasodilatadores) M/P piel fría, palidez</p>	<p>La paciente mantendrá la temperatura corporal dentro de los valores normales durante las horas de permanencia en el postoperatorio inmediato.</p>	<p>Controlar constantes vitales cada 15 minutos y posteriormente cada media hora</p> <p>Evitar corrientes de aire</p> <p>Retirar la bata húmeda o mojada</p> <p>Administrar soluciones (Solución Salina 0.9%) tibias Cubrir con un cobertor en el momento que llega al área No sobrecalentar a la paciente con calentadores eléctricos.</p>	<p>Durante la permanencia en el postoperatorio inmediato se mantiene normotermico</p>
<p>Riesgo de Deficit de Volumen de líquidos y electrolitos R/C pérdida de sangre (100cc)</p>	<p>La paciente permanecerá con equilibrio hidroelectrolítico normal durante la estadia en el postoperatorio inmediato</p>	<p>Evaluar los signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico (edema deshidratación).</p> <p>Controlar constantes vitales cada 15 minutos y saturación de oxígeno.</p> <p>Mantener vía periférica permeable</p> <p>Administrar líquido según indicación medica. (Solución Salina un bolo de 500cc y luego a 30gtsx')</p> <p>Administra productos sanguíneos( plasma, GRC, plaquetas) en caso necesario</p> <p>Valorar sangrado vaginal (cantidad, color, consistencia)</p> <p>Contabilizar el número de toallas sanitarias empapadas de sangre usadas</p> <p>Monitorear y registrar los ingresos y egresos de la paciente.</p>	<p>Durante la permanencia en el postoperatorio inmediato se mantiene el equilibrio Hidroelectrolítico normal.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>Alteración de la eliminación vesical R/C con procedimiento quirúrgico (cesarea) M/P distensión vesical.</p>	<p>La paciente logrará la eliminación vesical durante la estadia en el postoperatorio inmediato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Controlar periódicamente la eliminación vesical, incluyendo frecuencia, cantidad, color</li> </ul> <p>Observar si hay signos de retención urinaria (distensión vesical)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estimular el reflejo de la vejiga aplicando una compresa húmeda y fría en el abdomen</li> </ul> <p>Realizar maniobra de Crede (presión manual sobre la vejiga) en caso necesario</p> <p>Administrar medicación según indicación medica</p> <p>Proporcionar un bidet de inmediato cuando la paciente solicite.</p> <p>Colocar sonda vesical en caso necesario</p> <p>Registrar balance de ingresos y egresos</p>	<p>Durante la estancia Hospitalaria en el postoperatorio inmediato logra la eliminación vesical.</p>

## **HIPÓTESIS**

La ausencia de un Plan de Atención de Enfermería, equipos y materiales reducirá la calidad de atención de enfermería en las pacientes cesareadas en el postoperatorio inmediato

## **VARIABLES**

Plan de atención de enfermería

Personal de enfermería

Equipos y materiales de insumo

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<p style="text-align: center;"><b>PLAN DE ATENCION EN ENFERMERIA</b></p>	<p>Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud</p>	<p>Toda la atención planificada de Enfermería proporcionada a las pacientes cesareadas</p>	<p>Formulario de Encuesta <b>Objetivo:</b>  Evaluar la atención de enfermería proporcionada a las pacientes cesáreas del postoperatorio inmediato</p>
<p style="text-align: center;"><b>PERSONAL DE ENFERMERIA</b></p>	<p><b>Personal profesional</b>  Aquel que ha culminado sus estudios superiores al mismo que le otorgan un título que se lo acredite como tal.</p> <p><b>Personal no profesional</b>  Aquel que tiene una educación media y es capacitado para desempeñar funciones al alcance de sus conocimientos</p>	<p>Todo el personal de enfermería que labora en el área del postoperatorio inmediato</p>	<p>Formulario de Encuesta <b>Objetivo:</b>  Determinar la atención de enfermería en pacientes cesareadas del postoperatorio inmediato</p>
<p style="text-align: center;"><b>EQUIPOS Y MATERIALES DE INSUMO</b></p>	<p>Herramienta necesaria e indispensable en el accionar de enfermería.</p>	<p>Todos los equipos y materiales utilizados para proporcionar la atención de enfermería</p>	<p>Tabla de Observación. <b>Objetivo:</b>  Evidenciar el estado y uso de los equipos.</p>

## **METODOLOGÍA**

Métodos: prospectivo y descriptivo

## **UNIVERSO**

Personal de Enfermería (36) de los tres turnos que labora en el área del postoperatorio inmediato

## **INSTRUMENTO**

Encuesta al personal de enfermería que labora en el área del postoperatorio inmediato.

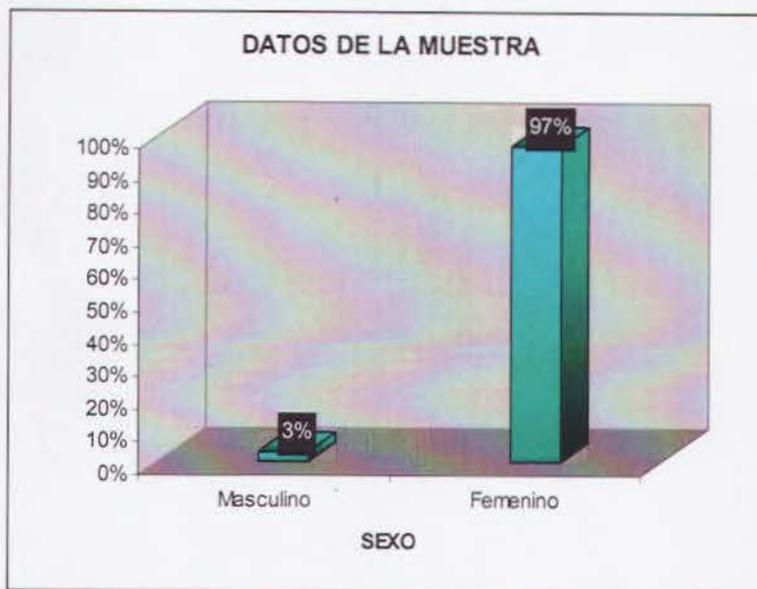
Tabla de observación en los equipos, materiales de insumo en la atención de enfermería en el postoperatorio inmediato.

**ANÁLISIS  
E INTERPRETACIÓN  
DE DATOS**

**TABLA N°1**

**Sexo del personal de Enfermería**

<b>SEXO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Masculino	1	3%
Femenino	35	97%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	



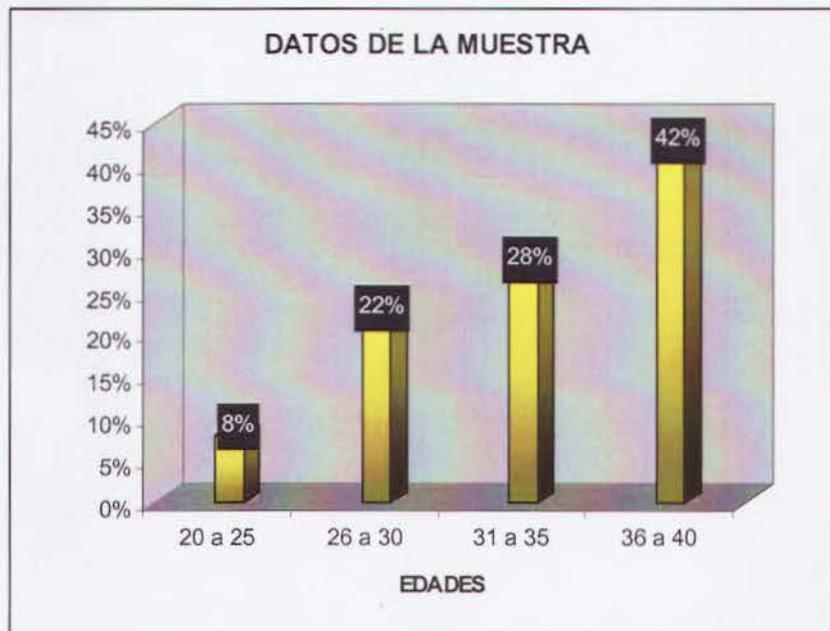
**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** El 97% del personal de enfermería son mujeres y el 3% de varones. Por tanto es evidente que en la unidad de estudio labora un alto porcentaje de personal femenino.

TABLA N°2

Edad del personal de Enfermería

EDAD	No.	%
20 a 25	3	8%
26 a 30	8	22%
31 a 35	10	28%
36 a 40	15	42%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	



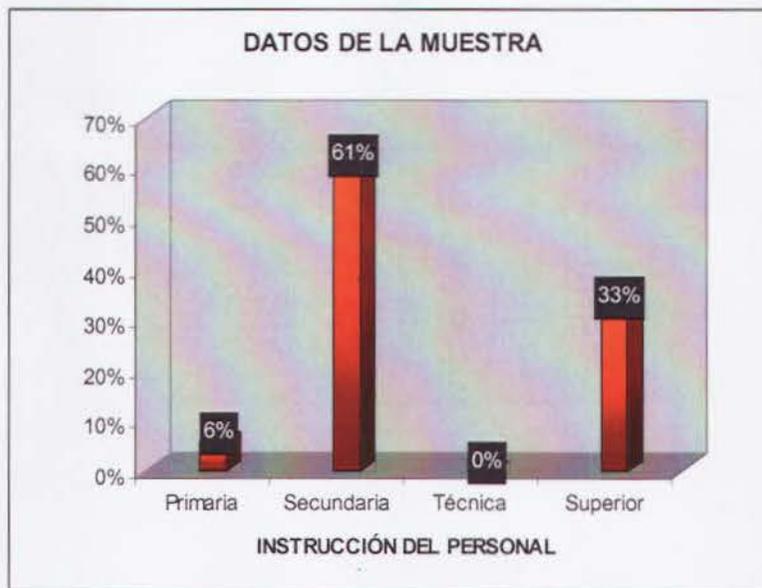
**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** EL 42% del personal de enfermería son de 36 a 40 años y un 28% de 31 a 35 años, 22% de 26 a 30 años y un 3% de 20 a 25 años de edad. De los cuales determinan un mayor porcentaje de todos los encuestados que trabajan que en el área del postoperatorio son de 36 a 40 años.

TABLA N°3

Instrucción del personal de Enfermería

INSTRUCCIÓN	No.	%
Primaria	2	6%
Secundaria	22	61%
Técnica	0	0%
Superior	12	33%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	



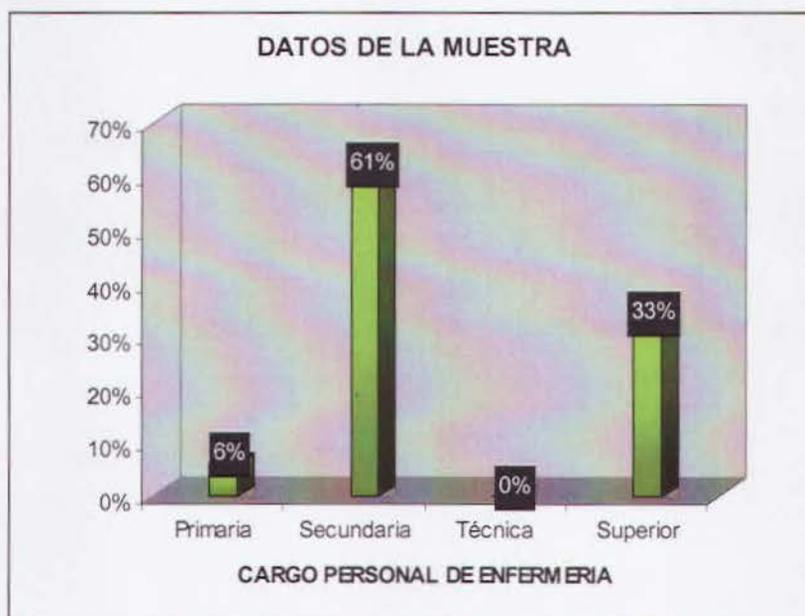
**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** Los datos reflejan que un 61% son de instrucción secundaria, 33% de superior y un 6% primaria. Por lo tanto se evidencia que la mayoría del personal de enfermería que labora en la unidad de estudio tiene instrucción secundaria.

TABLA N°4

Cargo del personal de Enfermería

CARGO	No.	%
Lic. Enfermería	9	25%
Aux. Enfermería	24	67%
Ayud. Enfermería	3	8%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	



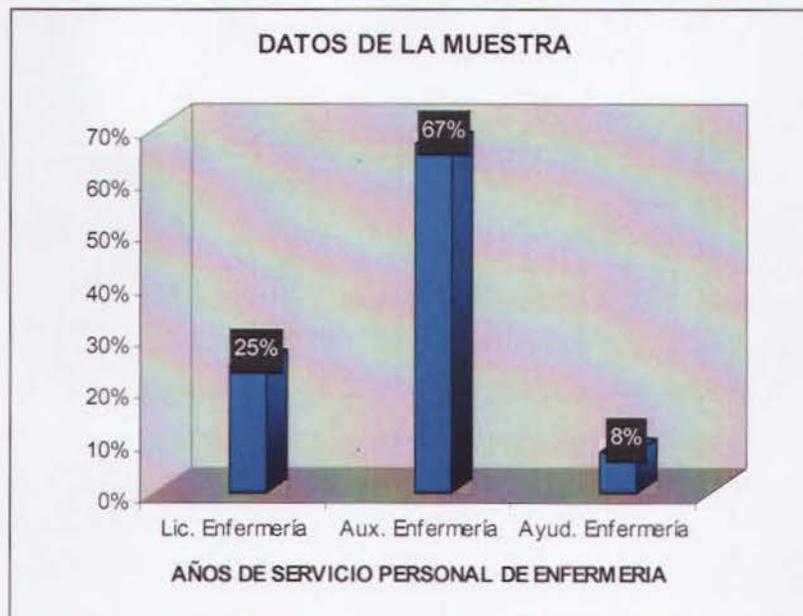
Fuente: Germania yugcha Andino

**Análisis:** El 67% de los encuestados son Auxiliares de Enfermería, el 25% Licenciadas en Enfermería, el 8% Ayudantes de enfermería. De modo que se determina que en la unidad de estudio existe un mayor número del personal Auxliar de Enfermería.

**TABLA N°5**

**Años de Servicio del personal de Enfermería**

AÑOS SERVICIO	No.	%
Hasta 1 año	0	0%
5 a 10	19	53%
11 a 15	1	3%
16 a 20	16	44%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	



**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** Los datos demuestran que el 53% tiene de 5 a 10, el 44% de 16 a 20 y el 3% de 11 a 15 años de servicio. Por lo tanto se observa que la mayoría del personal de enfermería que labora en la unidad de investigación posee años de servicio que oscilan entre los 5 y de años.

**TABLA N°6**

**Acciones de Enfermería al ingresar al área del postoperatorio inmediato**

ACCIONES DE ENFERMERÍA		No.	%
A	Lava las Manos	0	0%
B	Revisa la condición de salud de las pacientes	10	28%
C	Recibe la guardia	0	0%
D	Opciones A y C	0	0%
E	Todas las Opciones	26	72%
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	



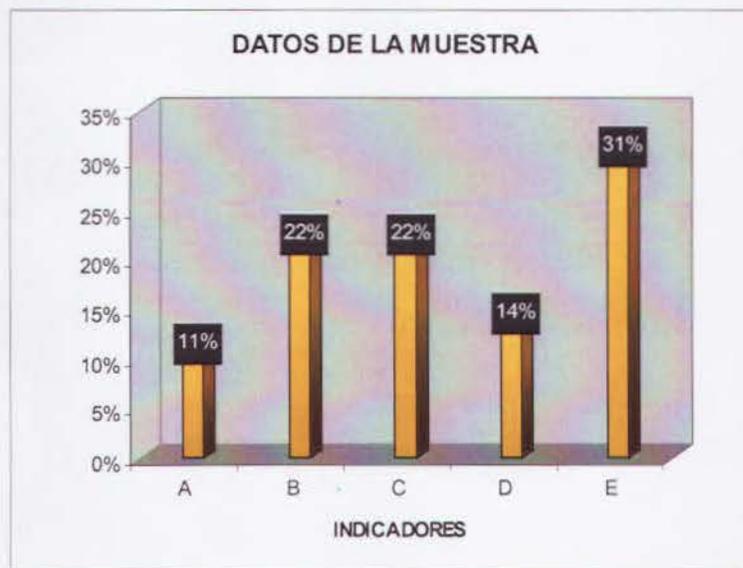
**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** Los resultados reflejan que el 72% del personal de enfermería encuestado realiza todas las acciones antes mencionadas y un 28% revisa la condición de salud del paciente, de modo que se evidencia en su mayoría el cumplimiento de la atención de enfermería que se debe ejecutar en beneficio de las usuarias.

TABLA N°7

Planificación de la atención de Enfermería

	Indicadores	No.	%
A	Garantiza la calidad de Atención	4	11%
B	No es Necesario	8	22%
C	No sabe Planificar	8	22%
D	Evita la Rutina	5	14%
E	No hay Tiempo	11	31%
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	



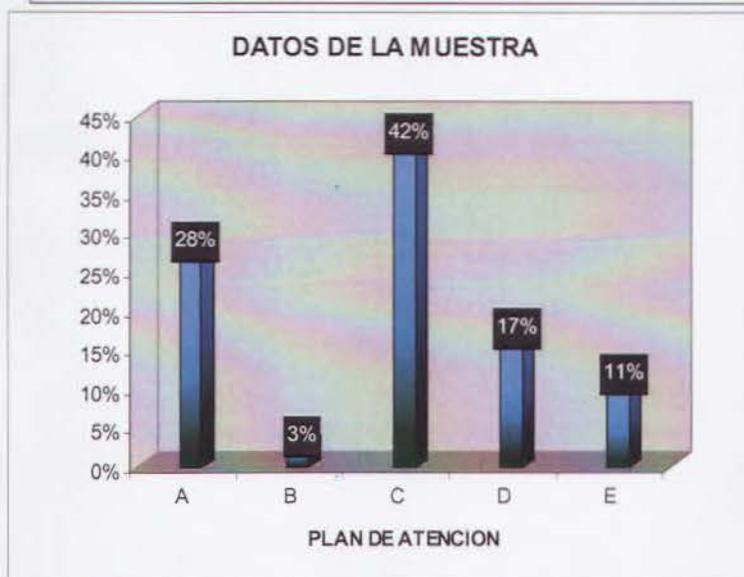
**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** Los datos dan a conocer que el 31% no planifica por falta de tiempo, el 22% expresa que no es necesario y no sabe. Tan solo responde el 11% que la planificación garantiza la calidad de atención de modo que es evidente que el personal de enfermería que labora en el área del postoperatorio ejecuta la atención de enfermería sin previa planificación.

TABLA N° 8

Conocimiento pleno del concepto  
“Plan de Atención Enfermería”

	PLAN DE ATENCIÓN	No.	%
A	Método Sistemático y Organizado	10	28%
B	Método de resolución Científica	1	3%
C	Regla de Atención de Enfermería	15	42%
D	Procedimientos de Salud	6	17%
E	Reglamento Interno de Salud	4	11%
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	

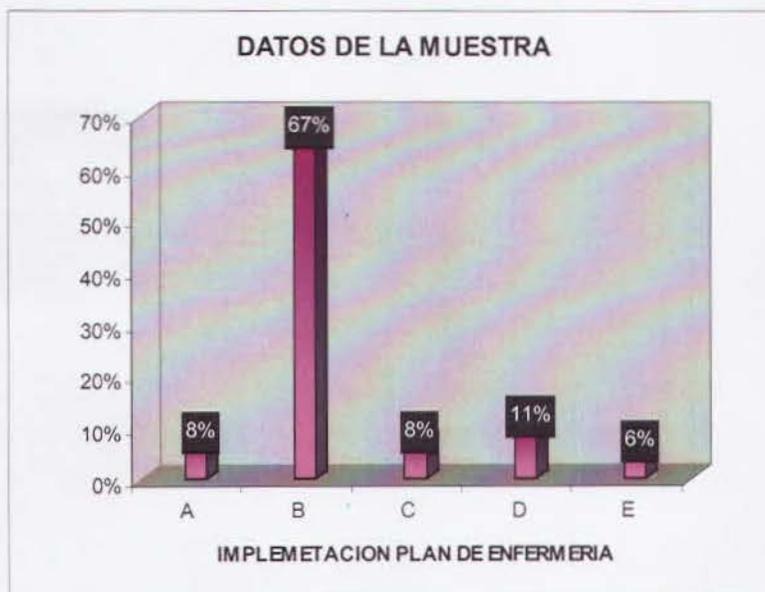


**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** El 42% responden que el Plan es una Regla de Atención de enfermería y el 28% que es un método sistemático y organizado, el 17% que es un procedimiento de salud, 11% que es un reglamento interno y el 3% es un método de resolución científica. Por lo tanto se determina que la mayoría del personal de enfermería encuestado desconoce lo que es un Plan de Atención de Enfermería y esto demuestra que ejercen sus funciones de manera general y espontánea.

**TABLA N° 9**  
**Implementación del**  
**“Plan de atención de Enfermería”**

INDICADORES		No.	%
A	Atención Individualizada	3	8%
B	Atención de Forma Sistemática	24	67%
C	Identifica Necesidades de Pacientes	3	8%
D	Previene Enfermedades	4	11%
E	Opciones A y B	2	6%
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	



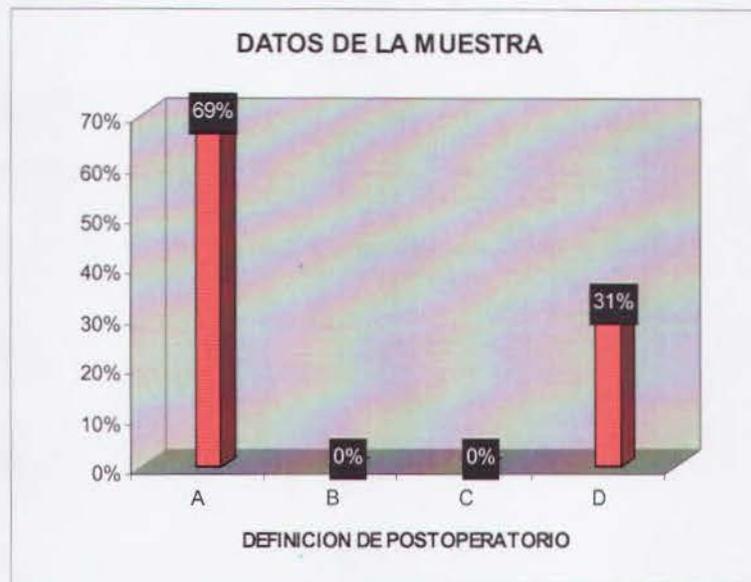
**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** Los resultados aportan que un 67% afirman que es necesario implementar el plan de atención de enfermería para proporcionar atención eficiente y de manera sistemática a las pacientes. De modo que refleja que el personal de enfermería que trabaja en la unidad de investigación esta de acuerdo a ejecutar la atención de enfermería en base a un sistema de planificación.

**TABLA N° 10**

**Descripción del concepto de postoperatorio Inmediato**

<b>CONCEPTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>No.</b>	<b>%</b>
A	Primeras 3 horas de una Cirugía	25	69%
B	Primeras 12 horas de una Cirugía	0	0%
C	Primeras 24 horas de una Cirugía	0	0%
D	Primeras 48 horas de una Cirugía	11	31%
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	



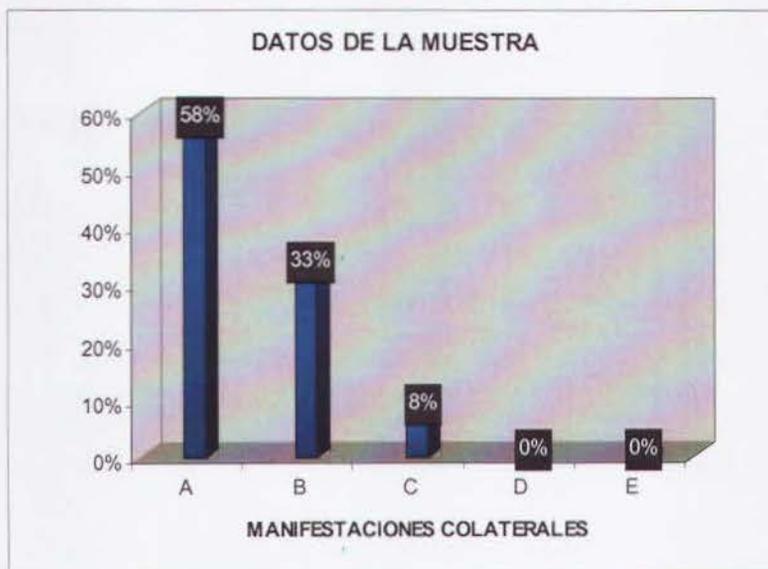
**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** Los resultados aportan que un 69% de los encuestados dan como concepto a las 3 horas luego de la Cirugía, de Postoperatorio Inmediato y un 31% hacen referencia a las 24 horas posteriores. Por lo tanto se evidencia que la mayoría del personal de enfermería responde de manera acertada con respecto al concepto de postoperatorio inmediato, esto demuestra que si poseen conocimientos que benefician en la atención a las usuarias.

TABLA N° 11

Manifestaciones colaterales frecuentes luego de una cesarea

MANIFESTACIONES COLATERALES		No.	%
A	Nauseas y Vómitos	21	58%
B	Escalofrió	12	33%
C	Somnolencia	3	8%
D	Fiebre	0	0%
E	Cefalea	0	0%
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	



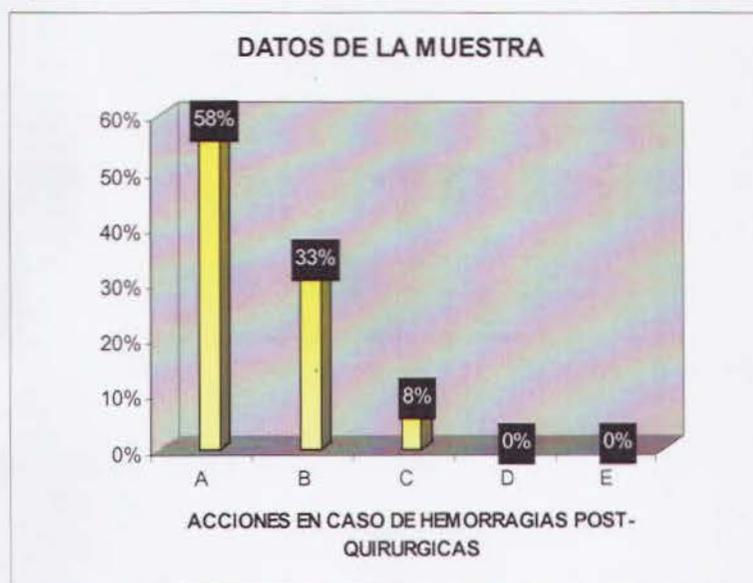
**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** Los resultados proyectan que un 58% de los encuestados determinan que son las nauseas y vomito, el 33% indican que es el escalofrió y 8% que es la somnolencia. Esto indica que en la unidad de investigación el personal de enfermería en su mayoría conoce cual es la manifestación colateral mas frecuente y proporciona la atención oportuna a las usuarias.

**TABLA N° 12**

**Ejecución de acciones  
en caso de hemorragia post-quirúrgica**

	<b>ACCIONES</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
A	Comunicación al Medico	21	58%
B	Volumen de Liquido vía Parenteral	12	33%
C	Valora Constantes Vitales	3	8%
D	Controla Sangrado Transvaginal	0	0%
E	Todas las anteriores	0	0%
	<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	

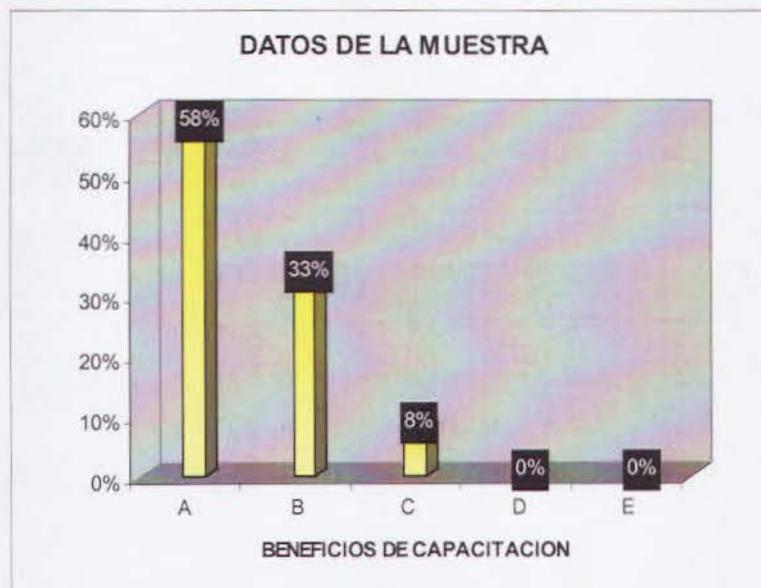


**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** Los resultados hacen referencia que un 58% de los encuestados reporta directamente al medico, el 33% generan el aumento del volumen de líquido por vía parenteral y el 8% valora constantes vitales. En esta tabla se evidencia que el personal de enfermería ejecuta la atención a las usuarias basada en la evaluación y prescripción medica y reflejando con un reducido porcentaje el accionar de enfermería sea en base a sus conocimientos científicos.

**TABLA N° 13**  
**BENEFICIOS DE LA CAPACITACIÓN CONTINUA**  
**EN LA ATENCIÓN EN ENFERMERÍA**

	<b>BENEFICIOS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
A	Adquiere Mayor conocimientos	13	36%
B	Permite estar Acuatizado	10	28%
C	Brindar Atención de Calidad	5	14%
D	Mejora Ingresos	0	0%
E	No dispone de Tiempo	8	22%
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	



**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** El 36% de los encuestados resaltan que adquieren mayor conocimiento, 28% refleja la actualización de los conocimientos, el 14% determina la calidad de atención, aunque un 22% describe la falta de tiempo para la ejecución de la capacitación. Según los resultados obtenidos se evidencia en su mayoría que el personal de enfermería afirma el gran beneficio de la capacitación continua lo que ayudará a mejorar la calidad de atención a las pacientes cesareadas.

TABLA N° 14

Registro de la atención en enfermería

REGISTROS		No.	%
A	Historia Clínica	28	78%
B	Libro de Registro de Pacientes	8	22%
C	Parte Diario	0	0%
D	Hojas no Embretadas	0	0%
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	



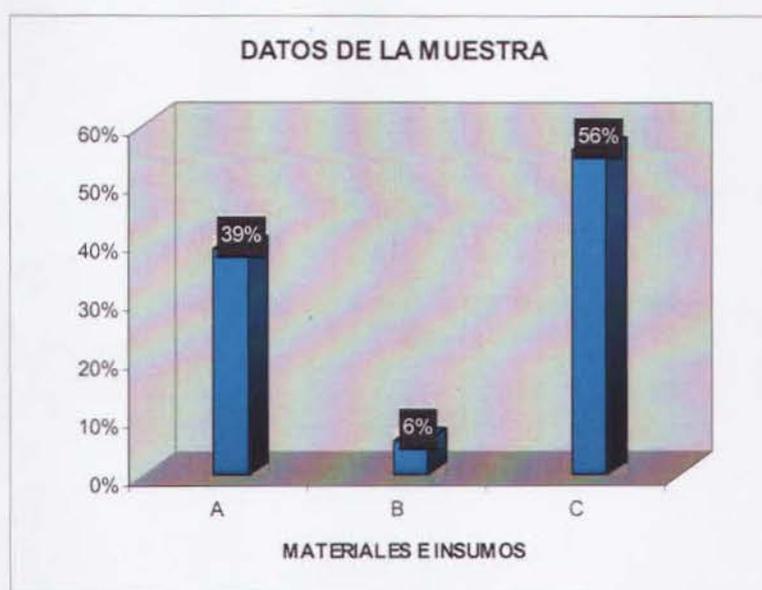
**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** El 78% de los encuestados registran la Atención de Enfermería en la historia clínica, el 22% en el libro de registro de pacientes. Por lo tanto se determina que el personal de enfermería registra correctamente la atención proporcionada a las pacientes cesareadas en la historia clínica siendo un documento legal donde queda constancia de lo ejecutado a la usuaria.

**TABLA N°15**

**Materiales de insumos necesarios para la atención de enfermería**

<b>MATERIALES E INSUMOS</b>		<b>No.</b>	<b>%</b>
A	SI	14	39%
B	NO	2	6%
C	A Veces	20	56%
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	



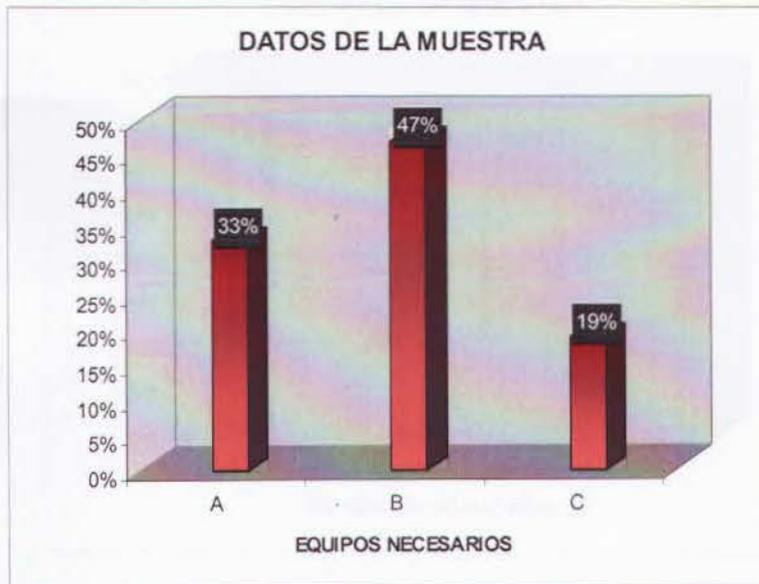
**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** El 56% del personal de enfermería encuestado determina que a veces dispone del material insumo y el 39% describe que si cuenta con el material necesario y el 6% responde que no. De modo que los resultados reflejan que si hay carencia de los materiales de insumo en la unidad de estudio esto contribuye a que la calidad de la atención a las pacientes cesareadas disminuya.

TABLA N°16

Equipos necesarios para la atención de enfermería

EQUIPOS		No.	%
A	SI	12	33%
B	NO	17	47%
C	A Veces	7	19%
TOTAL		36	



**Fuente:** Germania Yugcha Andino

**Análisis:** El 47% describe que no poseen con los equipos necesarios, el 33% señala que si cuenta con los equipos, y el 19% indica que a veces. Lo cual los datos reflejan que en el área del postoperatorio inmediato no disponen de los equipos necesarios para brinda atención oportuna a las pacientes cesareadas.

## PLAN ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

### RECURSOS: HUMANOS:

Directora de la tesis

Interna de Enfermería

Licenciadas de Enfermería

Auxiliares de Enfermería

### RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

MATERIALES	COSTO
Hojas impresas en computadora	100.00
Copias de formulario para recolección de datos	8.00
Internet	100.00
Hojas de formato A 4	20.00
Carpetas plásticas	10.00
Libreta	2.00
Esfero grafico	3.00
Lápiz	2.00
Borrador	1.00
Calendario	1.00
Pen drive	30.00
Transporte	50.00
Tinta de impresión	30.00
Empastado de la tesis	45.00
<b>TOTAL</b>	<b>402.00</b>

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Presentación del anteproyecto para su aprobación	■						
Reunión con el director de la tesis		■					
Elaboración del marco teórico			■				
Recolección de información				■			
Evaluación y análisis de los resultados					■		
Presentación del primer borrador						■	
Corrección del primer borrador						■	
Entrega de la tesis a la Universidad para la sustentación						■	
Sustentación de la tesis							■

## LIMITACIONES

- El 50% del personal de enfermería del área del postoperatorio Inmediato al realizar la encuesta no querían colaborar con las preguntas, lo que mencionaban que estaban sumamente ocupadas.
- El factor tiempo porque durante los meses de marzo y abril tuve que tomar un curso de inglés y a la vez trabajar por lo tanto me impedía proseguir con la tesis.

# ***CONCLUSIONES***

- De acuerdo a la hipótesis planteada los resultados demuestran que si disminuye la calidad de atención ya que el personal de enfermería nunca planifica la atención proporcionada a las usuarias, únicamente se basa en sus conocimientos empíricos, la rutina y jamás se evalúa resultados. Además la escasez de los materiales, equipos también contribuyen a que la calidad de atención se reduzca.
- Se ha determinado que el personal de enfermería que trabaja en el área del postoperatorio Inmediato en su mayor parte es de sexo femenino de 36 a 40 años de edad, con instrucción secundaria y la mayoría son Auxiliares de Enfermería con años de servicio que oscila entre 5 a 10 años.
- Los datos reflejan con un alto porcentaje que el personal de enfermería no planifica por falta de tiempo, porque no es necesario y no sabe realizar. De modo que es evidente que ejecutan la atención de enfermería sin previa planificación
- Con referencia al concepto de Plan de Atención de Enfermería la mayoría del personal de enfermería encuestado desconoce lo que

es un PAE y esto demuestra que ejercen sus funciones de manera general y espontánea

- El 67% afirman que es necesario implementar el plan de atención de enfermería en el postoperatorio inmediato para proporcionar atención eficiente y de manera sistemática a las usuarias. Por tanto se determina que el personal de enfermería esta de acuerdo a ejecutar la atención de enfermería en base a un sistema de planificación.
- Con respecto a la atención que realiza el personal de enfermería en el área del postoperatorio inmediato a las pacientes cesareadas se refleja en forma positiva la ejecución de cada una de las acciones en beneficio de las usuarias.
- La mayor parte del personal encuestado registran la atención de enfermería proporcionada a las pacientes cesareadas en la Historia Clínica; ya que es un documento legal donde queda constancia de lo ejecutado a las usuarias.
- En referencia al beneficio de la capacitación continua la mayoría del personal de enfermería señala que ayudará adquirir mayor

conocimiento, estar actualizada y de esta manera mejorará la calidad de atención.

- Los resultados reflejan que si hay carencia de los equipos y materiales de insumo en la unidad de estudio esto contribuye a que la calidad de la atención a las pacientes cesareadas disminuya.
- Los datos demuestran que en la unidad de estudio no hay mantenimiento continuo de los equipos contribuyendo a un déficit en la calidad de atención.

## RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones anteriormente expuestas se considera pertinente hacer las siguientes recomendaciones:

- Informar a las autoridades del departamento de enfermería del Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor de estos resultados de la investigación para que tengan conocimiento de los mismos a fin de que apliquen los correctivos que den a lugar con estos.
- Solicitar al jefe del departamento de enfermería que se efectúe capacitación a todo el personal de enfermería del postoperatorio inmediato sobre el Proceso de atención de Enfermería para las pacientes cesreadas.
- En la unidad de estudio implementar el Plan de Atención de Enfermería con la finalidad de mejorar la calidad de atención en las pacientes cesareadas
- En el área del postoperatorio inmediato incrementar suficiente materiales de insumo para evitar la escasez de los mismos.

- Solicitar a las autoridades pertinentes del hospital el incremento de equipos como: tensiómetros, pulsioxímetros, bombas de infusión, multiparametros que beneficien a la atención de las pacientes cesareadas.
- Que el jefe del departamento de enfermería realice solicitud con anticipación a los técnicos de mantenimiento para que acudan regularmente a revisar los equipos del área del postoperatorio inmediato.

## BIBLIOGRAFÍA

- POTERR, P.A: Fundamentos de Enfermería. Harcourt Brace,  
Sexta edición.
- LIPPER, H: Anatomía Texto y Atlas: Editorial MarbanS.L.  
Sexta edición
- BRUNNER, Lilian. Enfermería medico Quirúrgico Interamericana  
Octava edición
- NIC: Clasificación de las intervenciones de enfermería  
Cuarta edición
- NOC: Clasificación de los resultados de enfermería  
Tercera edición
- SHARON J. REEDER: Enfermería Materna Infantil  
Decimoséptima edición
- ELSEL VIER MOSBY: Manual de intervenciones de enfermería  
quirúrgicas  
Quinta edición
- PINEDA, E. B. Metodología de la investigación  
Segunda Edición
- Manual de Técnicas Modernas de Enfermería. Volumen II  
Segunda edición
- Diccionario de Medicina: OCEANO MOSBY  
Editorial Original
- Editorial Mosby / Doyma: Tratado de Enfermería Mosby  
Quinta edición
- Madelyn T. Nordmark - Anne W. Rohweder: Bases científicas de la  
enfermería  
Sexta edición

## INTERNET:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>

<http://www.microcaos.net/salud/la-cesarea-que-es-y-como-se-realiza/>

<http://www.google.com.ec/search?hl=es&q=razones+para+realizar+una+cesarea%3A+Enfermedad+hemo%3ADtica+grave+%28anemia&btnG=Buscar&meta=&aq=f&oq>

<http://diccionario.medciclopedia.com/e/2008/estenosis-pelvica/>

[http://www.google.com.ec/search?hl=es&q=placenta+previa&meta=&aq=f&aqi=g10&aql=&oq=&gs\\_rfai](http://www.google.com.ec/search?hl=es&q=placenta+previa&meta=&aq=f&aqi=g10&aql=&oq=&gs_rfai)

[http://es.wikipedia.org/wiki/Desprendimiento\\_prematuro\\_de\\_placenta](http://es.wikipedia.org/wiki/Desprendimiento_prematuro_de_placenta)

[http://es.wikipedia.org/wiki/Sufrimiento\\_fetal\\_agudo](http://es.wikipedia.org/wiki/Sufrimiento_fetal_agudo)

[http://www.google.com.ec/search?hl=es&q=hipertension+en+el+embarazo&meta=&aq=f&aqi=g7&aql=&oq=&gs\\_rfai](http://www.google.com.ec/search?hl=es&q=hipertension+en+el+embarazo&meta=&aq=f&aqi=g7&aql=&oq=&gs_rfai)

<http://autorneto.com/referencia/salud-y-bienestar/atencion-de-enfermeria-en-cesarea/>

[AUQBSgA&q=atencion+de+enfermeria+en+pacientes+cesareadas&spell=1&intrevenciones](http://www.google.com.ec/search?hl=es&q=atencion+de+enfermeria+en+pacientes+cesareadas&spell=1&intrevenciones)

<http://www.amilcarbrindis.com.mx/Salud/CuidadosPostOperatorios/PartoCesarea.htm>

<http://www.scribd.com/doc/4775234/post-operatorio>

<http://www.caribeantropicalin.com/post-operatorios.htm>

<http://www.google.com.ec/search?hl=es&q=intervenciones+de+enfermeria+en+pacientes+cesareadas&meta=&aq=f&oq>

<http://www.taxonomiaenfermera.com/pag/glosario.html>

[http://www.\\_es&q=proceso+de+atencion+de+enfermeria&meta=&aq=f&aqi=g10&aql=&oq=&gs\\_rfai](http://www._es&q=proceso+de+atencion+de+enfermeria&meta=&aq=f&aqi=g10&aql=&oq=&gs_rfai)

[http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso\\_de\\_enfermer%C3%ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso_de_enfermer%C3%ADa)

***ANEXOS***

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
SAN VICENTE DE PAÚL

Recolectar información sobre la atención de enfermería proporcionada a las pacientes cesáreas en el postoperatorio inmediato.

Por favor lea detenidamente y marque con x la respuesta correcta

<b>Sexo:</b>	Masculino	<input type="checkbox"/>	<b>Edad:</b>	20 - 25	<input type="checkbox"/>
	Femenino	<input type="checkbox"/>		26 - 30	<input type="checkbox"/>
				31 - 35	<input type="checkbox"/>
<b>Instrucción:</b>	Primaria	<input type="checkbox"/>	<b>Cargo:</b>	Lic. Enfermería	<input type="checkbox"/>
	Secundaria	<input type="checkbox"/>		Aux. Enfermería	<input type="checkbox"/>
	Técnica	<input type="checkbox"/>		Ayud. Enfermería	<input type="checkbox"/>
	Superior	<input type="checkbox"/>			
<b>Años de Servicio:</b>	< 1 año	<input type="checkbox"/>			
	5 - 10 años	<input type="checkbox"/>			
	11 - 15 años	<input type="checkbox"/>			
	16 - 20 años	<input type="checkbox"/>			

1.- ¿Cuando usted llega al área que acciones realiza?

- a) Lava las manos
- b) Revisa la condición de salud de las pacientes
- c) Recibe la guardia
- d) a y c
- e) Todas

**2.- ¿Planifica la Atención de Enfermería antes de proporcionar a las pacientes?**

**Porque:**

- |  |                          |               |                          |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Permite brindar atención individualiza necesario | <input type="checkbox"/> | No es         | <input type="checkbox"/> |
| Garantiza la calidad de atención                 | <input type="checkbox"/> | No hay tiempo | <input type="checkbox"/> |
| Evita la rutina planificar                       | <input type="checkbox"/> | No sabe       | <input type="checkbox"/> |
| Aumenta la satisfacción en el trabajo soluciones | <input type="checkbox"/> | No da         | <input type="checkbox"/> |

**3.- ¿Sabe que es el Plan de Atención de Enfermería?**

- a) Método sistemático, organizado y de planificación
- b) Método de resolución Científica
- c) Regla de la Atención de Enfermería
- d) Procedimientos de Salud
- e) Reglamento Interno de Salud

**4.- ¿Conoce para que se sirve el Plan de Atención de Enfermería?**

- a) Para proporcionar atención individualizada
- b) Para mejor los ingresos del profesional de enfermería
- c) Para identificar necesidades actuales y potenciales de la paciente
- d) Para prevenir enfermedades.
- e) a y c
- f) todas

**5.- ¿Indique cuáles son las ventajas del Plan de Atención de Enfermería?**

- a) Permite valorar en grupo a las pacientes
- b) Asegura la calidad de atención
- c) Ofrece atención individualizada y continua
- d) by c
- e) Todas

**6.- Cree usted que sea indispensable la elaboración de un plan de enfermería en las pacientes cesareadas en el postoperatorio inmediato?**

**SI**

**NO**

**Porque**

- |                                  |                          |                    |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Mejora la calidad de atención    | <input type="checkbox"/> | No hace falta      | <input type="checkbox"/> |
| No tiene importancia             | <input type="checkbox"/> |                    |                          |
| Ayuda a disminuir complicaciones | <input type="checkbox"/> | No genera ingresos | <input type="checkbox"/> |

**7.- ¿Sabe que es el postoperatorio inmediato?**

- a) Son las primeras 3 horas de una cirugía
- b) Son las primeras 12 horas de una cirugía
- c) Son las primeras 24 horas de una cirugía
- d) Son las primeras 48 horas

**11.- ¿Cuando una paciente llega al área con náusea y vómito que acciones realiza?**

- a) Pasa la semiluna
- b) Coloca la cabeza hacia un lado
- c) Comunica al médico
- d) Realiza controles frecuentes
- e) Todas

**12.- Cuando llega la paciente al postoperatorio inmediato ¿Qué acciones realiza?**

<b>Atención de Enfermería</b>	<b>Siempre</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Nunca</b>
Identificar al paciente y proporcionar seguridad			
Valorar el nivel de conciencia			
Valorar las vías respiratorias			
Revisar vías periféricas			
Administración de oxígeno por cánula o mascarilla			
Control de las constantes vitales			
Administra medicación para el dolor			
Valorar el apósito quirúrgico			

Controlar la eliminación vesical			
Control de sangrado vaginal			
Controlar los efectos de la medicación administrada			
Mantener informada a la familia			
Proporcionar cubiertas para evitar la hipotermia			
Realizar el registro de la atención de enfermería			
Elaborar el reporte de enfermería			

13.- ¿Cree usted que la atención de enfermería que proporciona a las pacientes cesáreas son las más adecuadas?

SI:

NO:

**Porque**

Ha recibido suficiente capacitación   
suficientemente preparada

No esta

Tiene mucha experiencia   
área

No se identifica con el

Le agrada trabajar en el área

No tiene experiencia

**TABLA DE OBSERVACIÓN DE LOS EQUIPOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO.**

<b>Equipos</b>	<b>En buen estado</b>	<b>Dañado</b>	<b>Total</b>
Bombas de Infusión	3	7	10
Tesiómetros de pared	5	4	9
Tesiómetros rodante	2	-	2
Estetoscopio	2	-	2
Pulsioxímetro	6	2	8
Desbifrilador	1	-	1
Infusor de líquido	1	-	1
Bidet	3	1	4
Jarras de acero inoxidable	2	-	2
Tubo mayo	1	-	1
Flujómetros	5	2	7
Humificadores	6	3	9
Ambu + mascarilla	1	-	1
Pinzas de asepsia	2	1	3
Termómetros	2	1	3
Soporte para los sueros	9	2	11
Laringoscopio	1	-	1
Computadora	1	-	1

Además la escasez de los materiales, equipos también contribuyen a que la calidad de atención se reduzca.

Los resultados reflejan también que en la unidad de estudio en su mayoría labora personal de enfermería femenino 36 a 40 años de edad, con instrucción secundaria y la mayor parte son Auxiliares de Enfermería con años de servicio que oscila entre 5 a 10 años.

La atención que realiza el personal de enfermería en el área del postoperatorio inmediato a las pacientes cesareadas se refleja en forma positiva la ejecución de cada una de las acciones en favor de las usuarias. En referencia al beneficio de la capacitación continua la mayoría del personal de enfermería señala que ayudará adquirir mayor conocimiento, estar actualizada y de esta manera mejorará la calidad de atención.

Por tanto el presente estudio ayudará al personal de enfermería a organizarse, coordinar, planificar y priorizar acciones, que conlleven al cumplimiento cabal de la atención de enfermería.