

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS PACIENTES POSTOPERADAS
INMEDIATAS DE CESÁREA DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN DEL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

FIDELIA PEÑA ABAD

**CALLAO - 2016
PERÚ**

A small, handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page.

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ MG. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | SECRETARIA |
| ➤ MG. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 308

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 25/11//2016

Resolución Decanato N° 1323-2016-D/FCS de fecha 23 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Teórico	10
2.2.1 Teoría de Dorotea Orem	10
2.2.2 Definición de cesárea	13
2.2.3 Clasificación de cesárea	13
2.2.4 Indicaciones para una cesárea	14
2.2.5 Cuidados Post Operatorios inmediatos de Enfermería a Paciente Cesareadas	16
2.2.6 Problemas que pueden presentarse en la Paciente Post Operada Inmediato de cesárea	18
2.2.7 Complicaciones Post Operatorias inmediatas a Pacientes Cesareadas	21
2.3 Definición de términos	21
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	
3.1 Recolección de datos	23
3.2 Experiencia Profesional	23
3.3 Procesos realizados en el cuidado post operatorio a la paciente Cesareadas	25
IV. RESULTADOS	28
V. CONCLUSIONES	31
VI. RECOMENDACIONES	32
VII. REFERENCIALES	33
ANEXOS	35

INTRODUCCIÓN

El presente Informe de Experiencia Profesional en el Servicio de Recuperación Titulado, CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS PACIENTES POST-OPERADAS INMEDIATAS DE CESÁREA EN EL SERVICIO DE RECUPERACIÓN DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016. Está basado en la descripción de la experiencia profesional que se realiza en el Servicio de Recuperación sobre los cuidados post-operatorios inmediatos que el profesional de Enfermería brinda a las pacientes operadas de cesárea.

De acuerdo a estudios e investigaciones la cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo y su frecuencia sigue aumentando. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practican sin que existan indicaciones clínicas, lo cual pone a las madres y a los bebés en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo.

Es muy importante la labor del personal de enfermería en los cuidados a las pacientes post cesareadas inmediatas. Ya que contribuye a la pronta recuperación y actuar oportunamente ante las posibles complicaciones que se pueden presentar en este periodo post operatorio que comienza cuando acaba la intervención quirúrgica y la paciente ingresa a la unidad de recuperación. Esta unidad está orientado a satisfacer necesidades de la paciente pos operada evitando complicaciones proporcionando cuidados de calidad, seguros, oportunos y buscando su bienestar físico y espiritual.

La intención del presente trabajo es describir la importancia de los cuidados post operatorios inmediatos que realiza la enfermera en sala de recuperación. Con la complejidad de las patologías, esto nos conlleva a estar mejor capacitadas y reflexionar sobre los cuidados que se brindan a las paciente post cesareadas inmediata y así garantizar una atención de calidad hasta lograr la excelencia.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

En la actualidad de acuerdo a las estadísticas se ha demostrado que la cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, y cada día sigue aumentando, sobre todo en países con ingresos altos y medianos. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas. (1)

La tasa estimada de cesáreas en el mundo según la OMS es de 15%. En Europa, la tasa promedio de cesáreas fue de 19,0% y los valores máximos se observaron en Italia (36,0%) y Portugal (30,2%), mientras que los más bajos fueron en Serbia y Montenegro (8,0%) y Moldova (6,2%). (2)

Las tasas de cesáreas en América Latina y el Caribe fueron superiores a las de otros países en desarrollo, pero menores que la de los países desarrollados en conjunto. La tasa media fue de 29,2%, con los valores menores en Haití (1,7%) y Honduras (7,9%) y los mayores en México (39,1%), Brasil (36,7%), República Dominicana (31,3%) y Chile (30,7%). (3)

En el Perú en la Encuesta Nacional Demográfica y de salud 2015 (Endes), presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 31.6% de partos en el Perú se realizan mediante cesáreas y, en los últimos cinco años, este tipo de procedimiento se incrementó en 11.2 puntos porcentuales. Añade el informe que la mayor frecuencia de partos por cesárea se registró en la provincia de Lima (45.5%) y en los departamentos de Tumbes (45.2%) Lima 44.0%) Moquegua (39.4) y la Provincia Constitucional del Callao (39.4%). (4)

El servicio de Recuperación del Hospital Edgardo Rebagliati Martins es una unidad que tiene una unidad principal con capacidad para la atención de 16 pacientes post operados inmediatos y dos unidades periféricas, que no guarda relación con el número de enfermeras y con el número de pacientes que se deberían atender en los diferentes turnos, la unidad de recuperación Post Anestesia (URPA) es un servicio de tránsito aun así se reciben pacientes críticos y cantidades superiores a las establecidas y las pacientes post operadas de cesáreas son entre 15 a 20 pacientes diarias. El problema para enfermería es el hacinamiento de los pacientes, los pocos recursos humanos con los que se cuenta y que en estas condiciones no se puede brindar una atención totalmente de calidad, sino una atención a medias.

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en las pacientes post operadas inmediatas de cesárea en el servicio de recuperación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.3 Justificación

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuente que se atienden en el ambiente hospitalario; y se ha podido apreciar que las pacientes post operadas inmediatas, siempre presentan una situación de estrés muchas veces traumática en su proceso, llevándolas a vivenciar ansiedad, miedo y angustia.

Por tanto se requiere la atención del profesional de Enfermería, quien brinda los cuidados adecuados y necesarios al paciente post operado inmediato en sala de recuperación. El profesional de enfermería brinda una atención integral y holística, ya que enfermería es una profesión con hondos raíces humanísticas, preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una cirugía

programada o por emergencia. Sus fundamentos dan soporte a una práctica, que ha evolucionado con el avance científico-técnico, por tanto, la calidad de atención se ha convertido en un elemento esencial en el diario desempeño profesional de la enfermera. Respecto a las cifras de partos por cesáreas, la Red Asistencial Rebagliati atendió 6,590, seguida por la Red Sabogal (5,820) y Almenara (5,695). Sólo en estas tres redes se atendió un 47% de estas operaciones. (9) El servicio de recuperación del HNERM es un servicio altamente especializado y el personal de enfermería está capacitado en la atención adecuada a las pacientes postoperadas inmediatas, para una pronta recuperación y bienestar de su salud.

El presente informe de experiencia profesional contribuirá al conocimiento e información de los principales cuidados que se brindan en el servicio de recuperación del HNERM, además la falta de investigaciones acerca de este tema, brindará una importancia adicional para que se realicen estudios similares al respecto. Y lograr una atención de excelente calidad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

CAMPOS, DILIANA. PÉREZ, Rosa Linda. 2007. Satisfacción de las Usuaris Post cesareadas con la finalidad de los cuidados proporcionados por el Profesional de Enfermería de la Unidad Clínica de Ginecoobstetricia del Hospital “Licenciado José María Benítez” de la Victoria estado Aragua. El presente trabajo de investigación se realizó con el **Objetivo** de determinar la satisfacción de las usuarias post cesareadas con la calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería de la unidad clínica de gineco-obstetricia del Hospital “Licenciado José María Benítez” de La Victoria Estado Aragua en el cuarto trimestre del año 2006. **Metodología;** de Investigación es de tipo descriptivo. La muestra estuvo constituida por 60 usuarias postcesareadas que representan el 26% de la población. Para la recolección de la información se aplicó un instrumento tipo encuesta con 39 ítems en la escala de Likert con cuatro alternativas para medir la variable en estudio. Una vez recolectada la información se procedió a analizar y tabular los datos obtenidos, en tablas de distribución de frecuencia y porcentaje, y en graficas de barras. **Resultados;** obtenidos determinaron que las usuarias estaban satisfechas, en cuanto a la calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería referente a las necesidades fisiológicas a excepciones del alivio del dolor y descanso y sueño donde hubo niveles de insatisfacción medios. En la accesibilidad de los servicios de enfermería se encontraron porcentajes medios de insatisfacción en la prontitud. En la interrelación enfermera usuario hubo un porcentaje mayoritario de satisfacción con la calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería. (5)

GONZALES VALDERRAMA, Carmen- ORTIZ AVILES, Carlos 2012
“Calidad del cuidado brindado por profesional de enfermería del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Satisfacción de las postcesareadas. La satisfacción de los usuarios ha sido reconocida como uno de los indicadores de elección para medir el impacto de las intervenciones de reforma del sector salud. Por esta razón tiene interés este estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, que se realizó con el **Objetivo** de determinar la satisfacción de las pacientes postcesareadas con la calidad del cuidado brindado por profesional de Enfermería. La población estuvo conformada por las pacientes del Servicio de Maternidad del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar – Estado Bolívar durante el Periodo Julio – Octubre del 2012. La muestra estuvo constituida por 40 pacientes postcesareadas de edades comprendidas entre 15 a 44 años. **Los resultados** obtenidos demuestran que en relación a la calidad del cuidado de enfermería relacionado con descanso y sueño 20,0% si las pacientes se sienten insatisfechas. 20,0% se encuentran insatisfechas con la calidad del cuidado relacionado con eliminación. 20,0% se encuentran insatisfechas con la calidad del cuidado relacionado con termorregulación. 12,5% se encuentran insatisfechas con la calidad del cuidado relacionado con movilidad. 17,5% se encuentran insatisfechas con la accesibilidad de los servicios relacionada con prontitud. 50,0% se encuentran satisfechas con la accesibilidad de los servicios relacionada con comodidad y 10,0% de las pacientes postcesareadas se encuentran insatisfechas con la interrelación enfermera – usuario. Se sugiere tomar en cuenta los resultados de esta investigación en beneficio de la organización otorgante de los servicios de salud, los prestadores directos y los usuarios. (6)

GÁLVEZ LIÑAN, Edgar Mario 2013 Determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital "San José" del Callao, en el período Enero – Diciembre. Para la presente tesis se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el Hospital San José del Callao en el periodo. Al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%, se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. **Conclusiones:** La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero-Diciembre 2013 fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18 % son cesáreas emergencia y el 24 % son de tipo electivas. Adicionalmente (a pesar que no fue el objetivo de esta investigación) se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%) (7)

RUIZ AQUINO, Mely. 2011. Satisfacción del Paciente pos operado frente a los Cuidados del personal de Enfermería en el servicio de Cirugía del Hospital Tingo María. **Resultados:** las dimensiones de la satisfacción percibida por los pacientes post operados frente a los cuidados de enfermería, que más sobresalieron fue: la satisfacción con el tratamiento integral de enfermería y la prevención de riesgos en un 25,5%(12), un 61,7% (10) mostró mediana satisfacción con las necesidades fisiológicas y el 59,6% (28) refirió insatisfacción con la accesibilidad a los servicios de enfermería. De manera global, el nivel de satisfacción por los cuidados de enfermería durante el post operatorio, evidenció mediana satisfacción [51% (24)], seguido del 32%(15) de pacientes insatisfechos y 17% (8) de pacientes satisfechos, del mismo modo, los cuidados de enfermería, durante el post operatorio, percibido por la población muestral en estudio, fueron de nivel regular [47% (22)]. **Conclusiones:** Existe mediana satisfacción percibida, frente al nivel regular de cuidados post operatorios que brinda el profesional de enfermería. (8)

ANCCASI REYES, Mariel. 2011 "Coherencia entre las Anotaciones de Enfermería y el Estado de Salud del Paciente en Postoperatorio Inmediato en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tuvo como **Objetivo:** Determinar la coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato; siendo el propósito de este trabajo dar a conocer los resultados de este estudio y destacar la importancia que tiene la elaboración de las anotaciones de enfermería sobre el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato a fin de que se formulen estrategias orientadas a mejorar las anotaciones de enfermería respecto a la importancia de su uso. La reflexión ante la problemática planteada. **Conclusiones:** 1. No existe coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato, los 40 pacientes en cuanto a las

anotaciones de enfermería han sido valorados en área física y criterios de elaboración por enfermeras; hallamos que el estado de salud es considerado bueno en el 25% (10), es considerado regular 62,5% (25) y un estado de salud malo 12,5% (5), y dentro del estado de salud bueno el 20% si se registró, en los pacientes regulares con el 52% (13) si se registró, dentro de los considerados malo el 20% (1) si se llegó a registrar.(9)

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Teoría de Dorotea Orem.

Dorotea Orem, basa su plan de cuidados de la perspectiva del déficit de autocuidado y el autocuidado. Desde la perspectiva de los cuidados preventivos de la salud, satisfacer de manera efectiva los requisitos de autocuidado universales y de desarrollo en los individuos sanos está en la naturaleza de la prevención primaria de la enfermedad y de las alteraciones de la salud.

El auto cuidado es como una contribución constante del individuo a su propia existencia; es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Por lo cual Dorotea Orem, sub divide el autocuidado en: Requisitos De Auto Cuidado Universal: que son comunes a todos los individuos e incluye la conservación del aire, agua, actividad y descanso, soledad de integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Luego también propone el requisito de Auto Cuidado Del

Desarrollo: que tiene como objetivo promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. Y por último tenemos el Requisitos De Auto Cuidado De Desviación De La Salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

El déficit de autocuidado describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit, los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determinar cuándo y porque se necesita de la intervención de la enfermera.

Durante el proceso quirúrgico de cesárea, el profesional de enfermería enfoca sus planes de cuidado en la Teoría de Dorotea Orem; debido a que el paciente se encuentra en un déficit de autocuidado debido a las limitaciones que presenta producto de una intervención quirúrgica como es el caso de la cesárea; durante el cuidado pos operatorio inmediato la enfermera basa sus cuidados en la teoría de los sistemas de enfermería que en este caso el cuidado se basa en un sistema totalmente compensatorio; quiere decir que la enfermera suplente al individuo en su cuidado. Mientras tanto en el cuidado pos operatorio mediano la enfermera va aplicar el sistema de parcialmente compensadores, ya que en esta etapa el paciente se encuentra física y emocionalmente más estable; pero que aún la enfermera tiene que ayudar en el autocuidado del paciente. Y para finalizar antes del alta del paciente el profesional aplica el sistema de apoyo educación ya que esta fase ayudamos a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

OREM define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en , coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud, hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicancia de los usuarios en el propio plan de cuidado, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto, por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificulten, recursos para el autocuidado etc.) hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada, por ejemplo aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo la educación a una paciente post operada de cesárea en cuanto a la higiene que debe realizarse.

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de la salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tiene incapacidad para ejercer el autocuidado. La enfermera completa los déficits de autocuidado causado por diferencia que se plantea entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona. (10)

2.2.2 Definición de Cesárea

Cesárea es una intervención quirúrgica para el nacimiento de un bebé. El bebé se saca a través de una incisión en el abdomen de la madre. Si el feto aun no es viable, el mismo procedimiento es denominado histerotomía. Existen varios tipos: segmentaria inferior (al nivel del segmento uterino inferior), clásica (incisión en el cuerpo del útero), extraperitoneal (se entra al útero sin incidir el peritoneo) y la cesárea histerectomía (cesárea seguida de histerectomía). Otros términos empleados son de urgencia, electiva, transversal y vertical. La mayoría de las cesáreas se realizan cuando ocurren problemas inesperados durante el parto. (7)

2.2.3 Clasificación de las Cesáreas

A.- Cesárea Electiva: Indicación determinada durante el control prenatal y da tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones

B.- Cesárea de Emergencia: Aquella que se realiza de manera imprevista por la presencia de una patología que obliga la culminación del

embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones-

C.- Cesárea de Urgencia: Cirugía de realización inmediata por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo, que no permite realizar exámenes mínimos, completar la historia clínica ni realizar otros tramites obligando un despliegue ágil de todo el personal alrededor de la paciente.(11)

2.2.4 Indicaciones para Cesárea

A.- Incapacidad de Parto Vaginal

- Desproporción feto pélvico Absoluta:
Macrosomia Fetal.
- Estrechez Pélvica. Relativa:
Posición anormal de la cabeza fetal
Anormalidades del feto.
Asimetría pélvica.
Deflexiones persistentes.
- Tumor o malformación fetal: onfalocele, gastroquisis, espina bífida, hidrocefalia, etc.
Distocias de contracción

B.-Presentación Fetal Inadecuada:

Situación Transversa.

Presentación Pelviana más: nulípara primer feto de embarazo múltiple: variedad pies, cicatriz uterina previa, peso menor de 1500 gramos ó edad menor de 32 semanas.

Presentación Compuesta.

C.-Falla de la prueba de trabajo de parto

Inducción fallida.

Acentuación fallida.

D.- Trastornos mentales

Psicosis.

Retardo Mental.

Trastorno de conciencia.

E.- Por Riesgo Materno Hemorragia del tercer Trimestre

Desprendimiento prematuro de placenta con sufrimiento fetal.

Placenta previa.

Cicatriz Uterina Previa: Riesgo de Ruptura Uterina Corporal.

Segmentaría Transversa Iterativa más de 2 veces.

Cicatriz con antigüedad menor de 18 meses.

Pre eclampsia Severa – Eclampsia

Preclampsia Severa con compromiso de órganos blancos, refractaria al tratamiento, sin condiciones favorables para inducir el parto vaginal.

Eclampsia.

Insuficiencia cardio-respiratoria Enfermedad oftálmica

Miopía mayor 6 dioptrías.

Antecedentes de desprendimiento de Retina

Otras causas

Embarazo múltiple mayor de dos fetos.

Tumor previo, cáncer invasivo de cérvix, miomas

Antecedente de Plastia Vaginal.

Por Riesgo Fetal Por alteración hipoxicoisquémica

Insuficiencia Placentaria.

Sufrimiento Fetal Agudo.

Infecciosas

Herpes genital activo

RPM.

HIV

Condilomatosis Vulvar, cervical o vaginal obstructiva. (11)

2.2.5 Cuidados post operatorios inmediatos de enfermería en pacientes post cesareadas.

Comienza cuando el paciente ingresa a la sala de recuperación hasta que es dado de alta para su ingreso a la unidad de hospitalización.

Control de signos vitales.-

a) Monitorizar funciones vitales durante la primera hora después de la cirugía y continuamente cada 15 minutos, posteriormente cada media hora, cuando ya se ha estabiliza cada hora.

b) Es importante vigilar la diuresis y el electrocardiograma y si hay sangrado.

c) Durante las primeras horas pueden existir varias complicaciones que afectan o descontrolan los signos vitales.

d) Observar signos y síntomas que nos pueden indicar hemorragias, hipertensión, taquicardia, intranquilidad, piel fría y sudorosa, palidez (revisar apósitos o gasas en busca de sangre) Comprobar la realización de pruebas cruzadas

Administrar medicación prescrita.

Realizar masajes uterinos.

Anotación cantidad de sangrado.

e) vigilar la postura del paciente

f) Proceder a la administración de oxígenos si es necesario. (12)

Estado neurológico del paciente

A) Verificar el estado de conciencia, despierto

1. Consiente
2. Inconsciente

B) Valoración de la Función Motora:

1. Grado de movilidad, insensibilidad de las extremidades
2. Reacción pupilar a la luz
3. Comprobar el estado respiratorio.

C) Controlar la F/R, Si el paciente presenta cánula de traqueotomía o tubo endotraqueal, asegurarse que se encuentre bien fijado en su lugar. Colocar al paciente en posición adecuada para evitar aspiraciones (bronco aspiración).

D) Controlar el dolor

1. Utilizar escalas de valoración de la intensidad del dolor.
2. administrar analgésicos por prescripción médica.

E) Náuseas y vómitos

a) Estimular al paciente a que respire profundamente para facilitar la eliminación del anestésico.

b) Proteger la herida durante la emisión de vómito.

c) Mantener la cabeza del paciente en forma lateral para evitar la bronco aspiración.

d) Desechar el vómito, ayudar al paciente a enjuagarse la boca; si es necesario cambiar las sábanas, Registrar cantidad y características.

e) Administrar antieméticos por prescripción médica.

f) Estreñimiento y flatulencia Están relacionados con:

a) Traumatismo y manipulación del intestino durante la intervención quirúrgica o método invasivo.

b) La administración de narcóticos retrasa el peristaltismo.

c) Inflamación local, peritonitis o absceso.

d) Problema intestinal prolongado puede causar imputación fecal (12)

Las necesidades alteradas tras la intervención quirúrgica pueden ser:

Seguridad: la presencia de dolor, catéter venoso periférico...

Comunicación: necesidad de asumir un rol nuevo tanto para la madre como para la pareja. **Hemorragias**

- a) Atonía uterina
- b) Lesión de vasos uterinos

Hipotensión

- a) Por vasodilatación en anestésicos regionales
- b) Por pérdidas hemáticas
- c) Por deshidratación por parto prolongado.

Eliminación: portadora de sonda vesical. **Movilización:** reposo absoluto en cama las primeras 24 horas.

Reposo-sueño: su descanso se verá alterado por las molestias propias de la intervención (dolor, náuseas, inmovilidad) y la preocupación por el hijo.

Higiene-piel: la incisión en abdomen con apósito estéril, con dificultad en los primeros días para realizar las actividades de autocuidado de manera independiente. (12)

2.2.6 Problemas que pueden presentarse en la paciente postoperada inmediato de cesárea

Dolor

El dolor post-operatorio es un síntoma subjetivo, una sensación de sufrimiento causada por lesión de los tejidos, en el que existe traumatismo o estimulación de algunas terminaciones nerviosas como resultado de la intervención quirúrgica. Es uno de los temores más frecuentes que el paciente manifiesta al recuperar el estado de conciencia. El dolor post-operatorio máximo se presenta durante las primeras 12 a 32 horas posteriores a la cirugía, y suele disminuir después de 48 horas.

- Identificar la localización.

- Advertirle del dolor en la garganta.
- Informarle de posibles molestias y dolores articulares.
- Interpretar a fondo su función respiratoria antes y después de la administración de analgésicos.
- Analizar la persistencia de dolor agudo, durante varios días, puede ser indicativo de la infección quirúrgica.

Hipotermia

- El 60% de los pacientes experimentan tener una temperatura central inferior a los límites normales. Una hipotermia generalizada ocurre cuando el paciente presenta temperatura inferior a las 35°C durante el postoperatorio con una ligera subida durante 24-48 horas.
- Iniciar inmediatamente las medidas de calentamiento, activas y pasivas para evitar que comience con escalofríos y temblores.

Hipertermia

- Horas después de la cirugía es posible que experimente una ligera subida de temperatura, que puede mantenerse durante 24-48 horas.
- Iniciar la toma de temperatura cada 4-6 horas

Náuseas y vómitos

- Problema frecuente en el postoperatorio. Ocasionado por el vaciamiento gástrico inadecuado.
- Puede estar producido por dolor intenso, distensión abdominal, miedo, medicamentos, comer y beber antes de haber reanudado el peristaltismo, iniciación de reflejo de náuseas, etc.
- Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado.
- Colocarlo en decúbito lateral.
- Eliminar la ingesta por vía oral.
- Indicarle que se sujete la zona de incisión con las manos cruzadas para aliviarle el dolor.

- Ayudarle a realizarle una higiene bucal con frecuencia.
- Reiniciarle la dieta por vía oral una vez que los vómitos hayan desaparecido.

Retención Urinaria

Problema frecuente en el postoperatorio. Si presenta retención de las 8-10 horas posteriores, se procederá a palpar la vejiga para ver si hay distensión vesical y dolor.

Se puede producir por: efecto de la anestesia, analgésico y narcótico.

Actividades: ayudar al paciente a forzar la diuresis por medio de irrigar la zona perineal con agua tibia, dejar correr el grifo de agua, o bien un pequeño masaje en la zona. Si estas técnicas no dan resultado habrá que sondar al paciente. (13)

Valoración del Estado de la Paciente Post operada inmediata

Estado respiratorio (frecuencia respiratoria, permeabilidad vías, ruidos, si el paciente recupera la capacidad tusígena)

Estado circulatorio (pulso, PVC, PA, pulsos periféricos, color y temperatura de la piel)

Estado neurológico (nivel de conciencia, orientación, respuesta de las extremidades)

Estado general (temperatura, diuresis, fuerza muscular, dolor, apósitos, drenajes, suturas)

Anestesia General, Raquídea, Epidural, combinada (capacidad de movimiento del área intervenida)

2.2.7 Complicaciones postoperatorias inmediatas a pacientes cesareadas.

Apnea, hipo ventilación e hipoxia (se debe medir la coloración de la piel para la detección)

Dolor. El dolor post-operatorio es un síntoma subjetivo, una sensación de sufrimiento causada por lesión de los tejidos, en el que existe traumatismo o estimulación de algunas terminaciones nerviosas como resultado de la intervención quirúrgica

Hemorragia (hipotensión primer signo, alto riesgo de hipovolemia: pérdida de líquido) Atonía uterina.

Hipotensión (alto riesgo de hipovolemia: pérdida de líquido)

Hipertensión (mecanismo de compensación en un shock hipovolémico) Estaremos pendientes debido a que puede aparecer sobrecarga de líquidos (sueroterapia) o bien puede aparecer una respuesta a una situación avanzada de shock hipovolémico.

Náuseas y vómitos (posición de seguridad, cabeza lateralizada) (13)

2.3 Definición de términos

Postcesárea:

Cuando se habla de post cesárea se refiere al periodo de tiempo de recuperación que sigue al finalizar la intervención quirúrgica de cesárea, y comienza cuando la paciente sale de la anestesia y se prolonga durante todo el tiempo necesario para que se repare la herida quirúrgica y retornen a la anormalidad las funciones corporales. Según Lowdermik, Perry y otras (2002). "Los cuidados de la mujer después de la cesárea combinan la enfermería quirúrgica y la obstétrica. (7)

Cesárea: 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. (14)

Cesárea Electiva: Cesárea programada durante la atención prenatal.(11)

Cesárea de Emergencia: Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones. (11)

Indicación de Cesárea: Está indicada cuando un parto vaginal no es posible o cuando la ocurrencia del parto vaginal implica grave daño a la salud de la madre o del bebé. Existen indicaciones claras y absolutas, como la placenta previa total. Sin embargo, la mayoría de las indicaciones son relativas, necesiéndose una evaluación adecuada y juiciosa de cada caso. (11)

Cuidados de Enfermería: Los cuidados de enfermería, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorizar la salud y a asistir sanitariamente al paciente. (15)

Masaje uterino.- El masaje uterino consiste en realizar movimientos suaves de compresión en forma repetitiva con una mano en la parte inferior del abdomen de la mujer para estimular el útero. Se cree que tales movimientos repetitivos estimulan la producción de prostaglandinas y esto lleva a la contracción uterina y a una menor pérdida de sangre (16)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos.

El presente informe se elaboró, en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de los años 2013 al 2015 para la elaboración de dicho trabajo se pidió permiso a la jefa del servicio para revisar los cuadernos que utilizamos para las estadísticas de las operaciones de dichas pacientes para obtener los datos relevantes para el presente informe de experiencia profesional.

3.2 Experiencia Profesional.

La experiencia laboral contribuye al enriquecimiento personal, profesional y además genera sentimientos (preocupación, incertidumbre, impotencia tristeza) porque el paciente viene y se entregan totalmente y hacen lo que se les indica, que a pesar del poco tiempo que están en nuestro servicio, muchos se van muy agradecidos. (Esto es lo que te hace sentir bien porque le has brindado una buena atención cuando más lo necesitaban).

Mi experiencia laboral como enfermera en recuperación de los pacientes postoperados inmediatos, inicia el año 2014 como enfermera asistencial hasta la fecha de hoy. El servicio de recuperación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, cuenta con 16 camas en el 2°B más 3 áreas satélites en el cuarto piso, noveno piso, y recuperación de emergencia que cuenta con adecuados monitores y equipos biomédicos necesarios para la atención adecuada del servicio en todas las áreas satelitales. En esta etapa los cuidados de enfermería son de vital importancia ya que tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post-operatorias. Además de cubrir sus necesidades y problemas que

presenten hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia. Dentro de las atenciones post operatorias inmediatas es la prevención de las molestias post-operatorias experimentadas, que están relacionadas con la administración de la anestesia y el procedimiento quirúrgico, entre las que podemos mencionar: Náuseas, vómitos, Dolor y el sangrado, por lo cual se debe de optimizar la pronta respuesta a sus demandas de urgencias con una adecuada valoración de enfermería.

El servicio de recuperación, es un servicio altamente especializado, responsable de brindar cuidados de enfermería a los pacientes post operados inmediatos, lo cual requiere de mucha destreza y conocimientos.

Durante el tiempo de experiencia laboral en el servicio de recuperación donde se recepcionan a los pacientes post operados inmediatos que ingresan dormidos o somnolientos bajo los efectos de anestesia, y diferentes patologías.

He aprendido a sobre llevar la carga laboral que cada día es más exigente, ya que los pacientes están mucho más informados de sus derechos y muchas veces no comprenden nuestra situación. Teniendo en cuenta que se atiende a pacientes de diferentes edades (bebés. Niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) esto ayudo a enriquecer mi experiencia en la atención del paciente que demanda nuestra atención inmediata que se cumple adecuadamente utilizando nuestros conocimientos para lograr su pronta recuperación y alta a su servicio.

3.3 Procesos realizados en el cuidado post operatorio a la paciente de cesárea.

La paciente post operada inmediata de cesárea en el servicio de Recuperación. En esta etapa los cuidados de enfermería tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post- operatorias. Además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia.

PRIMER MOMENTO:

RECEPCIÓN DE LA PACIENTE EN LA SALA DE RECUPERACIÓN

El traslado de la paciente a la sala de recuperación pos anestésico, debe ir acompañado por personal de anestesia y por la enfermera (o) circulante, la enfermera (o) del servicio recibe al paciente del cual se entrega información de los aspectos más importantes como serían:

Estado pre-operatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación post-operatoria como: Diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.

Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observar si existe reflejo nauseoso.

Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.

Información sobre el periodo trans-operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales.

Técnica anestésica utilizada y tratamiento.

Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.

Localización de catéteres, drenajes.

Revisión de la historia clínica, (hoja de anestesia, reporte operatorio, indicaciones o Rp, filiación, huella plantar del recién nacido).

SEGUNDO MOMENTO

CUIDADOS POST OPERATORIOS INMEDIATOS

Molestias post-operatorias Las molestias experimentadas más frecuentes en la paciente post-operatorio inmediato, están relacionadas con la administración de la anestesia general y el procedimiento quirúrgico, entre las que podemos mencionar: Náuseas, vómitos, Dolor, inquietud, sed, estreñimiento, flatulencia. En esta fase la enfermera basa sus cuidados en la teoría de Dorotea Orem debido a que el paciente requiere de un autocuidado suplido en este caso por el profesional de enfermería. El objetivo fundamental es establecer de manera hemodinámica y física al paciente; teniendo siempre en cuenta cualquier signo de alarma que puede llevar a una descompensación al paciente por lo cual el profesional de enfermería se traza las siguientes actividades:

- En primer lugar se monitoriza funciones vitales: (Valorar patrón respiratorio, administrar oxígeno si así lo requiere; Valorar frecuencia cardíaca, Valorar presión arterial)
- Valorar el nivel de conciencia
- Valorar estado de la piel y zona operatoria
- Verificar permeabilidad de vía endovenosa
- Valorar débito urinario
- Iniciar tratamiento según prescripción médica.
- Masajes uterinos cada 10 minutos la primera hora. 2° hora cada 15 minutos.

TERCER MOMENTO.

Alta de la paciente: el alta suele producirse después de la segunda hora, dependiendo de la recuperación de la paciente.

La recuperación del paciente además de factores físicos y biológicos también va a depender del cuidado que se le brinde en el postoperatorio inmediato; por lo cual la educación a la paciente sobre los cuidados de la

herida operatoria, e Higiene son fundamentales para una óptima recuperación y bien estar de su salud.

El profesional de enfermería con el objetivo de brindar una pronta recuperación y sin complicaciones cumple las indicaciones médicas de la mejor manera posible. Durante esta fase el profesional de enfermería aplica el sistema de educación y prevención de la salud; para que el paciente recobre su autocuidado según sean sus necesidades, por lo que la atención al paciente debe ser de una manera integral, holística. En mi experiencia laboral se aplica las teorías de Dorothea Orem en sus dos teorías, teoría del autocuidado y teoría del déficit del cuidado. Y también la teoría de Newman.

Primero el autocuidado, las pacientes post cesareadas la mayoría son con anestesia epidural o raquídea entonces ingresan despiertas y puedes conversar con ellas enseñarles y explicarles la importancia del porque se deben realizar los masajes uterinos, en la primera hora cada diez minutos para prevenir complicaciones y puedan recuperarse pronto. Han habido casos que ingresan dormidas y con el útero flácido entonces he tenido que realizarle sus masajes uterino hasta que despierte o esté bien contraído el útero de esa manera se ha prevenido complicaciones (hemorragias) que algunas veces ha pasado y la paciente ha tenido que ingresar nuevamente a sala de operaciones.

Segundo el déficit del autocuidado, en este caso tenemos pacientes muy sensibles al dolor, otras con anestesia general y algunas adolescentes que no te comprenden por más que le expliques y simplemente no se realizan los masajes uterinos entonces como dice la teoría de Dorothea Orem la enfermera tiene que suplir al individuo, entonces la enfermera le realiza los masajes uterinos para evitar una atonía uterina que en la primera hora se realiza cada 10 minutos según estudios de investigación y según experiencia propia los masajes dan un buen resultado, el útero se contrae más rápido y así evitamos complicaciones de la salud.

IV. RESULTADOS

Grafico N° 4.1 Pacientes pos operadas inmediatas de cesárea en el servicio de recuperación del hospital Edgardo Rebagliati Martins

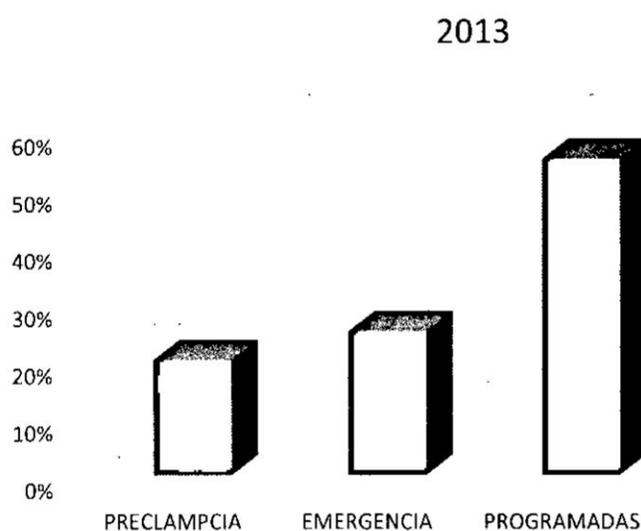


Grafico N° 4.1 en el año 2013 tenemos 6590 intervenciones por cesáreas de las cuales 1318 cesáreas por preclampsia que representa el 20%; 3624 cesáreas programadas que representa 55%; y, 1647 cesáreas por emergencia que representa el 25%.

Grafico N° 4.2. Pacientes pos operadas inmediatas de cesárea en el servicio de recuperación del hospital Edgardo Rebagliati Martins

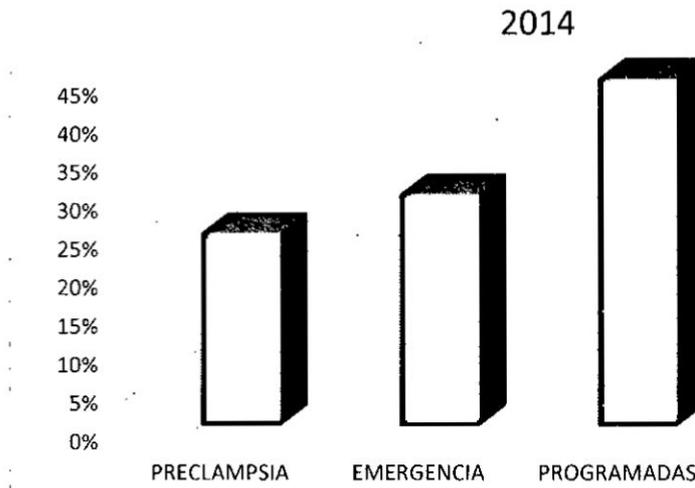


Grafico N° 4.2: En el año 2014 tenemos 6820 intervenciones por cesáreas, de las cuales 2046 cesáreas por preclampsia que representa el 30%; 3060 cesáreas programadas que representa 45%; y, 1705 cesáreas por emergencia que representa el 25%

Grafico N° 4.3 Pacientes pos operadas inmediatas de cesárea en el servicio de recuperación del hospital Edgardo Rebagliati Martins

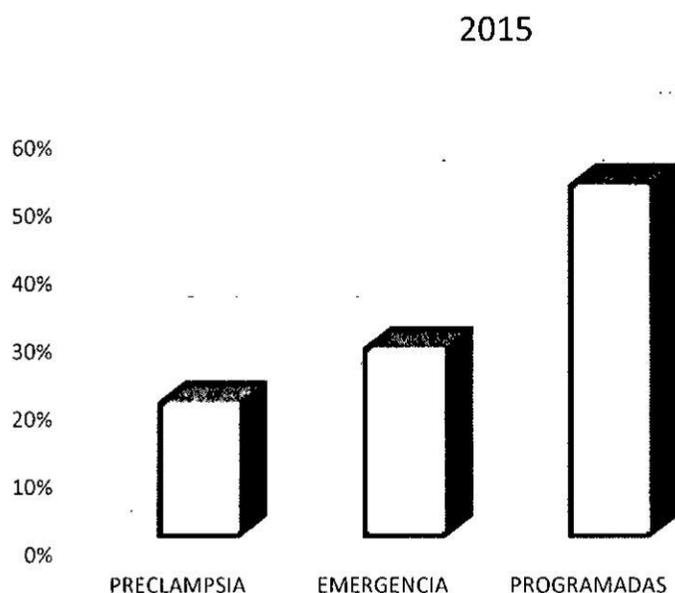


Grafico N° 4.3: En el año 2015 tenemos 7180 intervenciones por cesáreas, de las cuales 1436 cesáreas por preclampsia que representa el 20%; 3733 cesáreas programadas que representa 45%; y, 2010 cesáreas por emergencia que representa el 28%.

V. CONCLUSIONES

- De acuerdo al primer cuadro estadístico la frecuencia de las operaciones de cesáreas programadas se da en pacientes por cesárea anterior, que equivale a un 55%.
- De acuerdo al segundo cuadro estadístico la frecuencia de las operaciones cesáreas de emergencia tienen como causa diferentes motivos: diabetes gestacional, macrostomia, posesión podálica, etc., que equivale a un 25%.
- De acuerdo al tercer cuadro estadístico el tercer motivo de las operaciones de cesáreas se dan por preclampsia, y esto que equivale a un 25%.

VI. RECOMENDACIONES

- En vista de que las intervenciones quirúrgicas por cesáreas son muy frecuentes en el servicio de recuperación, del HNERM, y cada día se van incrementando más se recomienda hacer guías específicas de atención que se adecuen a la realidad del cuidado de las pacientes postoperadas de cesáreas, ya que por el momento no existe una guía específica para la atención de las pacientes postoperadas de cesárea, en el servicio de recuperación.
- Desarrollar una investigación que pueda relacionar los resultados de pacientes operadas de cesáreas sin patologías aparentes y las pacientes que se operan por alguna patología de fondo porque no existe estudios de estos casos.
- Llevar un registro de las complicaciones postoperatorias inmediatas de las pacientes postcesareadas en el servicio de recuperación del HNERM, ya que no existe ningún registro al respecto, en el servicio

VII REFERENCIALES

1. LINDMEIER, C. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea- salud materna. Que se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. [Internet] (citado 25 Mar 16) Suiza Ginebra: Publicaciones OMS. Disponible en: pps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
2. AMANCIO, Nelly L. Cada año se practican 13mil cesáreas no justificadas. *El Comercio*, 15 Mayo 2011. pág. 3.
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Publicación científica. Aspectos metodológicos, éticos y prácticos en ciencias de la salud. Publicación científica N° 550; 1994.
4. OLAECHEA, F. Partos por cesarea buscan conocer cuantos fueron innecesarios . *El Comercio*. 30 May 2016.
5. CAMPOS Diliana, PÉREZ, Rosa Linda, Satisfacción de las usuarias Post cesareadas con la calidad de los cuidados de enfermería. Abr 2007 [Internet] (citado 25 Mar 16) Caracas: Universidad central de Venezuela - facultad de Medicina. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/post-cesareadas-cuidados-enfermeria-araguas/post-cesareadas-cuidados-enfermeria-araguas.shtml>
6. GONZALES VALDERRAMA, Carmen, ORTIZ AVILES, Carlos 2012 Calidad del cuidado brindado por profesional de enfermería del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Satisfaccion de las post-cesareadas.
7. GÁLVEZ LIÑAN, Edgar Mario. 2013 Tasa de Incidencia de Cesáreas en el Hospital San José del Callao.
8. RUIZ AQUINO, Mely 2011 Satisfacción del Paciente post operado frente a los cuidados del Personal de enfermería en el servicio de Cirugía del Hospital Tingo María.

9. ANCCASI REYES, Mariel. 2011 Coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en Postoperatorio Inmediato en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.
10. POPPER, C. [Internet] (citado 25 Mar 16) disponible en: es.slideshare.net/ceciliaasp/teora-del-autociodado-dorothea-orem; <https://pe.search.yahoo.com/yhs/search>
11. OSHIRO ARASHIRO, Alberto Guía de Práctica Clínica Medicina Materno- Fetal Hospital Santa Rosa 2010.
12. MEDINA, L. C. Cuidados Postoperatorios. nov 2011. [Internet] (citado 25 Mar 16) Disponible en: <http://enfermeriaquirurgica-pojc.blogspot.pe/>
13. VAAC,V. Cuidados Postcesarea en Sala de Recuperacion y Alta. Ene 2015. [Internet] (citado 25 Mar 16). Disponible en: <http://es.slideshare.net/VICTORABAN/cuidados-postcesarea-en-sala-de-recuperacion-y-alta>.
14. Definición de cesárea - Scribd - Read books, audiobooks ... es.scribd.com/doc/609970418(citado 26 julio 2011) Disponible en <https://pe.search.yahoo.com/yhs/search>
- 15.- En el cuidado de la Enfermería. Cuidadosenfermero.blogspot.com (citado 28 de mayo 2013) disponible en: <https://pe.search.yahoo.com/yhs/search>
- 16.- SALTONI H. (2010). masajes uterinos para la prevencion de la hemorragia posparto . *BSR la biblioteca de salud reproductiva de la OMS*
- 17.- BRUNNER – SUDDARTH. “Enfermería Médico-Quirúrgica” Editorial. Mc Graw – Hill. Interamericana. 10ma. Edición. 2005. México.
- 18.- BAFFIGO, V. *EsSalud atendió 100 mil partos a nivel nacional en el 2013*. Lima Peru: Essalud. 2014

ANEXOS



