

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN EL POST-
OPERATORIO INMEDIATO DE CESÁREA EN EL SERVICIO DE
RECUPERACIÓN DEL HOSPITAL I ESSALUD
SULLANA 2013-2016**

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

TERESA MARILU CELIS SUAREZ

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 220

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1677-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco Teórico	15
2.3 Bases Teóricas	45
2.4 Definición de Términos	47
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	49
3.1 Recolección de Datos	49
3.2 Experiencia Profesional	49
3.3 Procesos Realizados del Informe	51
IV. RESULTADOS	61
V. CONCLUSIONES	72
VI. RECOMENDACIONES	73
VII. REFERENCIALES	74
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que tiene como fin extraer al feto vivo o muerto a través de laparotomía e incisión de pared uterina, después que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal.

Es importante tener presente que la evolución de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento gineco-obstétrico una de las cirugías más realizadas en el mundo. Su implementación ha permitido mejorar el pronóstico de patologías que antes representaban una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatales como las distocias, hemorragias del tercer trimestre, y la preeclampsia, entre otras patologías gineco -obstétricas.

Como toda actividad quirúrgica, la operación cesárea no está exenta de riesgos, por lo que pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas (1).

De acuerdo a la OMS prevalecen las tres principales causas de mortalidad materna: trastornos hipertensivos, las hemorragias durante el evento obstétrico y sepsis.

La incidencia de hemorragia obstétrica grave posparto es de 5 a 15%, con una mortalidad de 1 por cada 1,000 pacientes. De 75 a 90% de los casos son ocasionados por atonía uterina. (2)

El presente informe titulado , Cuidado de Enfermería a pacientes en el post- operatorio inmediato de cesárea , en la unidad de recuperación en el hospital I EsSalud de Sullana 2014 -2016; cuyo propósito pretende demostrar la atención de enfermería , en el post-operatorio inmediato a las pacientes post- operadas de cesárea y la atención inmediata de

algunas complicaciones ,como es el caso de hemorragias por atonía uterina que es una complicación que se presenta en el post-operatorio inmediato. Este estudio redundará en beneficio de las pacientes que atendemos ; y de los profesionales , al unificar criterios y establecer algunos cambios en el servicio con la implementación de guías prácticas para cuidado de la paciente post -cesareadas.

Asimismo el presente estudio pretende conocer acerca de esta complicación, los factores de riesgo de nuestra población, y contribuir en la generación de conocimiento sobre dicho evento , lo que redundará además en una atención adecuada ,oportuna y segura para la recuperación inmediata y mediata de una paciente post-cesareadas, sin complicaciones en nuestro Hospital ..

El informe está estructurado de la siguiente manera:

I, Planteamiento de problema: Descripción de la situación problemática, objetivo ,justificación.

II. Marco Teórico: Antecedentes, marco conceptual, definición de términos.

III, Experiencia profesional: Recolección de datos, experiencia profesional, procesos realizados en el tema del informe.

IV. Resultados

V. Conclusiones y

VI. Recomendaciones

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

El embarazo y el parto implican potenciales riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres previamente sanas. Aproximadamente el 40% de las embarazadas puede sufrir problemas asociados al embarazo, y el 15% presenta complicaciones que tienen secuelas en el largo plazo o que ponen en peligro sus vidas. Conforme a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 515.000 mujeres mueren anualmente en el mundo a causa de complicaciones asociadas al embarazo y al parto. Por lo general, la mayoría de estas muertes ocurre en países en desarrollo, debido a que con frecuencia las mujeres de estos países no tienen acceso a la atención necesaria para salvarles la vida. Más de la mitad de las muertes maternas ocurren dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente el sangrado excesivo.

(3)

- La mortalidad materna ha disminuido: En 2013, la tasa mundial de mortalidad materna fue de 210 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos, frente a las 380 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos registradas en 1990 (una reducción del 45%
- En América Latina y el Caribe se encuentran entre las regiones en desarrollo con una mortalidad materna relativamente baja. En 2013, había un estimado de 77 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en América Latina y 190 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el Caribe. Las otras regiones en desarrollo consideradas que tienen "baja" mortalidad materna son Asia del Este (33), el Cáucaso y Asia Central (39), África del Norte (69), y Asia Occidental (74).

- La mortalidad materna se redujo un 40% en América Latina entre 1990 y 2013, y un 36% en el Caribe, en comparación con el descenso global del 45%.

- Cinco países de las Américas pasaron a la categoría de "baja" mortalidad materna (menos de 100 muertes por 100.000) entre 1990 y 2013: Barbados (de 120 a 52), Brasil (de 120 a 69), Ecuador (de 160 a 87), El Salvador (110 a 69), Perú (250 a 89).

Sin embargo pese a los avances de los últimos 20 años, se ha progresado muy poco en la prevención de los embarazos de adolescentes, los abortos, las defunciones maternas, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, y hay diferencias considerables en la disponibilidad y la calidad de servicios y educación integrales en materia sexual para los jóvenes, así como en el acceso a ellos, especialmente en los países de ingreso bajo.

Asimismo Según un estudio de la OMS sobre las causas de más de 60.000 defunciones maternas en 115 países, el 28% de las muertes fue provocado por afecciones preexistentes (como la diabetes, el paludismo, la infección por el VIH y la obesidad) agravadas por la gestación.

Otras causas fueron las siguientes: hemorragia grave (especialmente durante y después del parto): 27% hipertensión gestacional: 14% •infecciones: 11% •parto obstruido y otras causas directas: 9% •complicaciones de abortos: 8% •coágulos sanguíneos (embolias): 3%.

En el Perú, la tasa de mortalidad materna es 93/100 000 nv, según ENDES 2014 . Una de las primeras causa de muerte materna en el Perú es la hemorragia obstétrica, siendo su Razón de Mortalidad Materna durante el periodo 2002-2014 de 46.1 muertes maternas por cien mil nacidos vivos.

Los departamentos que presentan la mayor Tasa de Mortalidad Materna en el 2015 son: Lima, Piura, Cajamarca, La Libertad, Loreto y Junín. Las

principales causas de muerte materna en las mujeres gestantes procedente de distritos pobres fueron: Hemorragia obstétrica (56.3%) con una Razón de Mortalidad Materna de 116.4 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, en segundo lugar se tiene a los trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio (19.4%) con una Razón de Mortalidad Materna de 40.0 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. Le siguen las complicaciones no obstétricas (8.9%), embarazos que terminan en aborto (7.2%), afecciones contribuyentes (3.2%), otras complicaciones obstétricas relacionadas con el puerperio (1.8%) y resto de causas externas.

El cuidado de la enfermera en la unidad de cuidados post anestésicos tiene como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta la persona post operada, anticiparse y prevenir complicaciones post operatorias, además de cubrir sus necesidades y problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia. (4)

A nivel local, en el Hospital I EsSalud de Sullana se cuenta con un centro quirúrgico, donde se realizan cirugías programadas como electivas en las especialidades de ginecología, cirugía general, y cirugía cardiovascular. Cuando las personas salen de quirófano son recepcionados por la enfermera de recuperación. Como es evidente, el profesional de enfermería participa en el cuidado de las personas que ingresan a la unidad de cuidados post anestésicos. Según refieren las enfermeras, las personas post operadas permanecen en recuperación por un periodo promedio de dos a tres horas, luego son hospitalizadas,

Se ha observado que las enfermeras en la unidad de cuidados post - anestésicos realizan varias actividades que ellas mismas expresan de la siguiente manera: "recepciona a la persona, realizo la valoración hemodinámica y el dolor de acuerdo a mis conocimientos no hay protocolos ni escalas de valoración en el servicio se sigue la prescripción médica si no se obtiene resultados de recuperación, se consulta al

médico para administración de otros medicamentos. Se verifica la evolución de la persona, es muy importante el control de los signos vitales, monitorizamos las primeras dos horas cada quince minutos, luego cada treinta minutos, ya que nos dan referencia de cómo está reaccionando el organismo del paciente y así verificar alguna complicación, si se presentan casos se reacciona inmediatamente frente a este problema.

Las enfermeras hacen referencia además que a veces las pacientes post-cesareadas presentan sangrado siendo muy excesivo que pone en riesgo la vida de la paciente ya que las hemorragias pueden descompensar rápidamente a la paciente e incluso pueden llevar a shock hipovolémico y muerte. Razón por la cual es una preocupación que en el post-operatorio se pueda presentar ésta complicación para lo cual debemos estar preparados, tanto en implementación de equipos y medicamentos como en capacidades técnicas y conceptuales para poder afrontar las emergencias obstétricas en ésta unidad.

1.2 Objetivo

Describir la atención de Enfermería a pacientes en el post- post operatorio inmediato de cesárea en la unidad de recuperación en el Hospital I EsSalud de Sullana - Piura 2014- 2016.

1.3 Justificación

La importancia del estudio de la hemorragia posparto en una paciente post-cesareadas radica en que es una complicación obstétrica severa que produce casi un tercio de los fallecimientos maternos, especialmente en los países subdesarrollados. Existen múltiples complicaciones que pueden producir este tipo de cuadro clínico. Sin embargo, la atonía

uterina, las alteraciones en el alumbramiento y los desgarros cervicales y/o vaginales son indudablemente los de mayor prevalencia. Su tratamiento oportuno y el uso de medidas a tiempo y efectivas son indispensables y fundamentales para evitar la muerte materna.

A nivel Teórico : Las cesáreas conllevan a un riesgo de hemorragias en el post-operatorio inmediato por esto, es importante que los profesionales que trabajan en la unidad de recuperación , tengan conceptos claros sobre la importancia en el diagnóstico y el tratamiento inmediato de estos casos para actuar con la máxima eficacia y rapidez

.Es por ello que éste informe contribuirá a incrementar conocimientos para una mejor implementación y/o control de medicamentos de urgencia , también a la elaboración de guidas de intervención en atención de hemorragia post-cesárea y sobre todo la conducta a seguir por ser un Hospital I . Y esto redundará en mejorar los conocimientos del personal de enfermería en atención en el post-operatorio inmediato y en casos de hemorragia post-parto.

A nivel Práctico : a nivel práctico el presente informe permitirá aumentar los conocimientos para mejorar las intervenciones de Enfermería en la atención inmediata de pacientes post-operadas inmediatas de cesárea , y sobre todo en la atención en casos de hemorragia post- cesárea, la misma que debe ser inmediata, segura y oportuna para evitar mayores complicaciones por sangrado.

A nivel Social ; con una adecuada e inmediata atención en caso de complicaciones que se pueden presentar en una paciente post-cesareadas, en especial por hemorragia que es motivo del informe se contribuirá a disminuir la morbimortalidad materna . Ya que la muerte de una madre es un drama que trasciende a la familia e impacta en la sociedad en su conjunto. La Mortalidad Materna en el Perú es un

problema aún sin resolver. En Perú la mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las instituciones prestadoras de salud.

A nivel Económico : Con una atención de calidad , lograremos evitar los riesgos que se presenten mayores complicaciones en las pacientes post-cesareadas que pueden conllevar al traslado de las pacientes a un Hospital de mayor complejidad , a una UCI, lo que conllevaría a evitar gastos innecesarios a la Institución y a la familia.

En el Hospital I EsSalud de Sullana en los servicios no existen guías de intervención de Enfermería ,no hay protocolos de atención; tampoco escalas de valoración post- operatoria por lo que el personal realiza sus actividades en base a la experiencia, lo que causa una disparidad de criterios en la atención a los pacientes, por lo que es prioritario la elaboración de éstos instrumentos de ayuda con lo cual se actualizará y unificará el desarrollo de las acciones que deben realizarse en la URPA de Centro Quirúrgico de este hospital.

Y teniendo en cuenta que la hemorragia postparto por hipotonía uterina es un problema obstétrico importante en nuestra práctica médica diaria, decidimos realizar éste estudio.

II.- MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes

A) Antecedentes Internacionales

PALOMO TERCERO, Benigno.(Guatemala 2011). Estudio titulado Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina.. en el Hospital Regional de Escuintla .Guatemala.

Estudio realizado con el objetivo de determinar la incidencia de la hemorragia posparto por atonía uterina en la sala de labor y partos del hospital regional de Escuintla del año 2011.

Se realizó una investigación retrospectiva, transversal y descriptiva de las pacientes con hemorragia postparto en los meses de Marzo a Octubre del 2011. El universo estuvo constituido por todas las pacientes que ingresaron a sala de labor y partos y la muestra se conformó con las pacientes que tuvieron hemorragia postparto por atonía uterina independientemente de la vía del nacimiento(n=67).

Los resultados revelan que el 35.82 % tenían edades comprendidas entre 15 y 19 años seguidas del 34.32% con edad de 20 a 24 años. El 40.30% eran terciplas o más y el 32.83 % nulíparas. El 77,61 tenían embarazo a término y parto eutócico en el 68.65%. El 31.25 % de las cesáreas fueron por desproporción cefalopélvica y el 25% por sufrimiento fetal agudo. Al 73.13% de las pacientes se le administró Misoprostol 800 mcg rectal única dosis, oxitocina intravenosa a 20u/lt sol a 30-60 gotas minuto, en el 52.23% de los casos. El 77.61% llevaron atención prenatal. Los principales factores de riesgo Intraparto fueron la oxito-conducción en 52.24% y parto precipitado con un 14.93%. (5)

LÓPEZ MONTERO, Grace / NAULA ESPINOZA, Lourdes, (Cuenca Ecuador 2013) en el estudio “ Características de las pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2013. Cuyo objetivo : Determinar las características de las pacientes con complicaciones del puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del HVCM Cuenca 2013.

Este es un estudio descriptivo, con la recolección de datos de las historias clínicas en el área de ginecología y obstetricia mediante un formulario con datos concernientes a: Datos demográficos, antecedentes ginecoobstetricos. Y la información fue ingresada al Epi Info para la tabulación.

Teniendo como resultados: Las Complicaciones en el Puerperio Inmediato en pacientes Atendidas en el HVCM 2013 son: 58,1% hipotonía uterina, anemia 23,6%, atonía uterina el 8,2%, alumbramiento incompleto el 3,3%. El 46,6% de pacientes se encontraron entre los 15 a 23 años de edad.

En este estudio se concluye que, la hemorragia posparto fue la más frecuente y la edad de mayor frecuencia estuvo entre los 15 a 23 años por ello se deben implementar acciones y estrategias que disminuyan la frecuencia de la morbilidad y mortalidad en esta etapa, por lo que es importante educar a las y los adolescentes sobre el embarazo y desde luego el personal de salud debe estar preparado para identificar los factores de riesgo, procedimientos diagnósticos y el tratamiento oportuno.

(6)

B) Antecedentes Nacionales

PUMA, Javier; DÍAZ, Jorge y CAPARO, Carlos. (Lima Perú .2011) Estudio titulado Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en el Hospital Cayetano Heredia de Lima, Perú.

Estudio realizado con el objetivo de describir las complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en el hospital general Cayetano Heredia .Lima Perú.

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, tipo serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre el 1 de enero de 2011 hasta el 31 diciembre de 2012. Se incluyeron 67 gestantes a término operadas en periodo expulsivo. Se revisaron las historias clínicas de las pacientes, se registraron las características clínicas y las complicaciones maternas

El estudio revela los siguientes resultados: en el periodo de estudio se realizaron 4 218 cesáreas, siendo el 1,84% realizadas en periodo expulsivo. En general, 59/ 67 (88,1%) presentaron algún tipo de complicación. Se observaron 8 casos de hipotonía uterina (11,9%) y 2 (2,9%) de atonía. En 5 (7,4%) pacientes ocurrieron desgarros de segmento adyacente a la histerotomía, siendo 2 de ellos asociados a compromiso de cuerpo uterino y vagina, y 4 (5,9%) casos a laceración de arteria uterina, uno fue bilateral. No se produjeron lesiones en tracto urinario ni digestivo y tampoco hubo necesidad de reintervención quirúrgica. Cuatro pacientes presentaron hemorragia puerperal, dos asociados a hipotonía uterina post cesárea. En 56 (83,5%) casos ocurrió anemia post operatoria. Hubo 1 (1,5%) caso de endometritis, 3 (4,5%) infecciones de herida operatoria.

Se concluye que la cesárea realizada en período expulsivo ocasiona complicaciones frecuentes, algunas muy severas. (7)

Morante, C. (Trujillo .Perú. 2016). E n el estudio: Cesárea iterativa como factor de riesgo para hemorragia postparto en pacientes del hospital belén de Trujillo, en el período 2009–2014.

Cuyo objetivo: Demostrar que la cesárea iterativa es factor de riesgo para hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo entre el período 2009 – 2014.

Este estudio fue de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 240 púerperas distribuidos en dos grupos: 80 con cesárea iterativa y 160 con cesárea primaria; según criterios de inclusión y exclusión establecidos. Ambos grupos fueron comparables.

Este estudio revela los siguientes resultados: La frecuencia de hemorragia postparto en las púerperas con cesárea iterativa y cesárea primaria fue de 20% y 9% respectivamente. El odds ratio calculado de la relación de ambas variables fue de 2.60 ($p < 0.05$)

Conclusiones: La cesárea iterativa es factor de riesgo asociado a hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el período 2009 – 2014. (8)

Gil Cusirramos, M. (Lima Perú. 2016). En el estudio: Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero-septiembre del 2015.

Estudio cuyo objetivo es determinar los factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero – septiembre del año 2015.

Se realizó un estudio estudio analítico, retrospectivo, transversal, de casos y controles. La población estuvo constituida por todas las pacientes que tuvieron hemorragia post parto inmediato por atonía uterina que

cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se encontraron 80 casos que se estudiaron con 80 controles que fueron conformados por los partos inmediatamente posteriores al caso.

Este estudio revela los siguientes resultados: Los factores de riesgo estadísticamente significativos para desarrollar hemorragia post parto por atonía uterina en este estudio fueron la edad mayor a 30 años ($p = 0,000$; OR = 3,64, IC 95% 1,8 - 7,0), pacientes multigestas ($p = 0,021$; OR 2,15 con IC 95% 1,11 - 4,17), multiparidad ($p = 0,017$; OR = 2,17; IC 95% 1,14 - 4,10), parto por cesárea ($p = 0,000$; OR = 6,64; IC 95% 2,56 - 17,1), antecedente de cesárea previa ($p = 0,001$ y OR = 2,95; IC 95% 1,5 - 5,6) y antecedentes obstétricos relacionados con atonía uterina ($p = 0,01$; OR = 3,24; IC 95% 1,28 - 8,24). El antecedente obstétrico más frecuente fue el embarazo múltiple representando 65,4%.

En éste estudio se concluye que los principales factores de riesgo para desarrollar hemorragia post parto por atonía uterina fueron edad mayor a 30 años, pacientes multigestas, multiparidad, parto por cesárea, antecedente de cesárea previa y antecedentes obstétricos relacionados con atonía uterina. (9)

Sandoval, J., Gutiérrez, M., Díaz, N., & Paz, P. (Collique, Lima- Perú 2015) . Estudio denominado: Uso de misoprostol por vía rectal en atonía uterina que no responde a tratamiento convencional. En el Hospital Nacional "Sergio E Bernales de Collique, Lima, durante el periodo setiembre de 2011- 2012

Estudio que tiene como objetivo Evaluar la eficacia, tolerancia y seguridad del misoprostol por vía rectal en el control de la atonía uterina. En el Hospital Nacional "Sergio E Bernales" de Collique, Lima, durante el periodo setiembre de 2011- 2012 .Cuyo diseño un ensayo clínico, aplicado a pacientes que presentaron hemorragia posparto (HPP) por

atonía uterina, que persiste a pesar de la aplicación de masaje uterino, oxitocicos y ergotaminicos. A siete pacientes se les aplicó 800 Ilg de misoprostol en la ampolla rectal, y cada 5 minutos se agregó 200 mg. adicionales si persistía el sangrado.

En el estudio se llegó a los siguientes resultados ; de los 7 pacientes se controló a 6 la hemorragia en un tiempo promedio de 5.8 minutos. En ningún caso se presentaron efectos colaterales. Se aplicó en 3 pacientes 610 mg. 800 mg. y en 4 mujeres 1000 mg. de misoprostol como dosis total. Por la hemorragia severa, en los 7 casos la hemoglobina bajó un promedio de 3,4 mg%.

El estudio llega a la conclusión que al administrar Misoprostol por vía rectal es efectivo, seguro y bien tolerado para controlar la HPP por atonía uterina. Se presenta como una gran alternativa para controlar problemas de HPP en lugares apartados que no cuentan con recursos técnicos apropiados.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1 La Cesárea

La cesárea se define como la terminación quirúrgica del embarazo o del parto por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la cara anterior de la pared uterina (histerotomía) ante una situación de peligro de la madre o el feto o ante la imposibilidad del feto de nacer normalmente, excluyendo la remoción del feto de la cavidad abdominal en el caso de rotura uterina o en el caso de embarazo abdominal. (10)

a).- Indicaciones para una Cesárea :

En 2011 la OMS realizó una revisión sistemática de los sistemas utilizados para clasificar las cesáreas y concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada p para atender las necesidades locales e

internacionales actuales. La OMS recomendó utilizarla como base para desarrollar un sistema de clasificación de cesáreas aplicable a nivel internacional.

Las categorías surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades:

- Paridad (nulípara, múltipara con y sin cesárea previa);
- Comienzo del trabajo de parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto);
- Edad gestacional (parto prematuro o a término);
- Presentación fetal (cefálica o podálica y situación transversa
- Cantidad de fetos (único o múltiple).

La clasificación es sencilla, sólida, reproducible, clínicamente adecuada y prospectiva. Esto significa que, sobre la base de estas pocas características básicas, es posible clasificar a cada mujer en el momento de su admisión para una cesárea, en uno de los diez grupos. Esto permite comparar y analizar las tasas de cesáreas dentro de los grupos y entre ellos.

Clasificación de Robson. (11)

<p>GRUPO 1: Trabajo de parto, Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>GRUPO 6: Nulípara con embarazo único en presentación podálica.</p>
<p>GRUPO 2: Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo</p>	<p>GRUPO 7: Múltiparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con</p>

<p>de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.</p>	<p>cicatrices uterinas previas.</p>
<p>GRUPO 3: Trabajo de parto, Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>GRUPO 8: Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas</p>
<p>GRUPO 4: Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de Parto</p>	<p>GRUPO 9: Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>GRUPO 5: Multíparas con, Cesárea previa, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.</p>	<p>GRUPO 10: Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>

La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar la tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos. Para facilitar la adopción de la clasificación de Robson por parte de los establecimiento sanitarios, la OMS desarrollará guías de uso, implementación e interpretación, que incluirán la estandarización de términos y definiciones.

La OMS prevé que esta clasificación ayude a los establecimientos sanitarios a:

- Optimizar el uso de las cesáreas mediante la identificación, el análisis y la concentración de intervenciones en grupos específicos particularmente relevantes para cada establecimiento sanitario;
- Evaluar la eficacia de las estrategias o las intervenciones dirigidas a optimizar el uso de las cesáreas.
- Evaluar la calidad de la atención, las prácticas clínicas y los resultados para cada grupo; y
- Evaluar la calidad de los datos reunidos y concienciar al personal acerca de la importancia de los datos y su uso.

b) Tipos de Cesárea

- Tipos de cesárea.-según la incisión quirúrgica:

Incisiones abdominales:

Las incisiones a elegir son la vertical o la transversal, y la decisión surge de factores tales como la urgencia de la intervención, la presencia de cicatrices abdominales previas, y la patología no obstétrica asociada, si existe.

1 -Incisiones verticales: Laparotomía media Infra umbilical.

2 Incisiones Transversas Supra púbicas:

- A. Maylard.
- B. Incisión de Pfannenstiel.
- C. Incisión de Cherney.
- D. Joel Cohen.

La incisión clásica es longitudinal en la línea media, lo que permite mayor espacio para la cesárea, se usa rara vez, porque es más susceptible de complicaciones. La más común hoy en día es la del segmento inferior, en la cual se hace un corte transversal justo por encima del borde de la vejiga. La pérdida de sangre es menor y la reparación es más fácil.

- Tipos de cesárea.- Según antecedentes obstétricos de la paciente:
 - Primera: Es la que se realiza por primera vez.
 - Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior
 - Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más Cesáreas.

c).- Incidencia:

“La Organización Mundial de la Salud, (2013): señaló que el uso de métodos quirúrgicos para dar a luz va en aumento, particularmente en los países de América del sur, y le preocupa que puedan usarse de forma abusiva”.

A partir de la revisión sistemática de la OMS, a nivel de población, a medida que las tasas de cesárea aumentan hasta un 10%-15% se reduce la mortalidad materna y neonatal. Por encima de este nivel, el aumento de las tasas de cesárea deja de estar asociado a una reducción de la mortalidad. No obstante, esta asociación entre la mayor tasa de cesárea y una menor mortalidad se redujo o incluso desapareció en los estudios que controlaron factores socioeconómicos. Dado que estos factores

probablemente expliquen gran parte de la asociación entre las tasas de cesárea y la menor mortalidad en esta revisión, la OMS llevó a cabo otro estudio para analizar este aspecto en mayor profundidad.

En el estudio ecológico mundial de la OMS se halló que una parte considerable de la asociación bruta entre la tasa de cesárea y la mortalidad puede explicarse por factores socioeconómicos. Sin embargo, hasta una tasa de cesárea de 10%, la mortalidad materna y neonatal disminuyó conforme se incrementaron las tasas de cesárea. A medida que las tasas de cesárea aumentaron por encima del 10% hasta llegar al 30%, no se observó ningún efecto sobre la mortalidad. Este análisis aplicó un enfoque longitudinal con datos a nivel nacional y ajustes en función del desarrollo socioeconómico. Este enfoque tal vez resuelva algunas limitaciones de los estudios transversales observadas en la revisión sistemática, pero cabe destacar que las asociaciones ecológicas no implican causalidad. (12)

2.2.2.- PUERPERIO.

Es el período en que termina la cesárea o parto vaginal y se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pre grávido.

- Etapas del puerperio:
 - a) Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 Hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
 - b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho: abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.

c) Puerperio Alejado: se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.

d) Puerperio Tardío: puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

- Modificaciones en el útero:

Después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas. Estas contracciones son esenciales para la hemostasia al comprimir los vasos sanguíneos del lecho placentario y lograr su obliteración.

Pueden distinguirse tres tipos de contracciones uterinas durante el puerperio:

a),.-Contracción permanente o retracción uterina: Ocurre en las primeras horas del puerperio inmediato, clínicamente se detecta al palpar el útero en el hipogastrio de consistencia dura y firme.

b),.-Contracciones rítmicas espontáneas: Se superponen a la contracción permanente y se les ha denominado "entuetos", ocurren también durante el puerperio inmediato y en los primeros días del puerperio temprano. En las primeras 24 horas postparto estas contracciones son regulares y coordinadas, posteriormente disminuyen su intensidad y frecuencia. Esto clínicamente es más evidentes en las multíparas que en las primíparas.

c),.-Contracciones inducidas: Se producen durante la succión como respuesta al reflejo mama- hipotálamo- hipófisis, debido a la liberación de oxitocina por la hipófisis posterior, estas contracciones ocurren durante todo el puerperio o post cesárea y mientras persista la lactancia. Involución uterina.- en las 24 horas después del parto, el útero se palpa a nivel del ombligo. En los 10 días siguientes, desciende clínicamente alrededor de un través de dedo por día, en el 5º día del puerperio se palpa a la mitad de distancia entre el ombligo y la sínfisis

pubiana. En el 10º día se palpa a nivel de la sínfisis o 1-2 dedos por encima de ella. Posteriormente no debe palparse por el examen abdominal. El útero regresa a su tamaño normal entre 5 y 6 semanas después del parto. El signo clínico más importante de la involución uterina es el descenso del fondo del útero día por día.

Micción.- En el post cesárea inmediato, hay un aumento de la diuresis debido a la reducción del compartimiento extracelular. Es muy importante la vigilancia de la evacuación de orina durante éste período ya que pueden ocurrir los siguientes problemas:

Hematuria: Puede observarse en las primeras horas debido a traumatismo vesical en el proceso del parto.

Retención urinaria: El traumatismo vésico- uretral que acompaña al parto puede producir edema del cuello vesical y de la uretra que dificulta la evacuación de la orina. Por otra parte, las anestésicas de conducción suelen provocar hipotonía de la vejiga con la consecuente retención urinaria. Por ello en esta intervención es necesario recurrir a la cateterización vesical mínimo las seis primeras horas.

Loquios.- Se denomina "loquios" al contenido líquido normal expulsado por el útero en su proceso de involución y curación de la superficie cruenta dejada por el lecho placentario. Los loquios no tienen mal olor y son variables en cantidad y características a lo largo del puerperio. Los primeros tres días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica (loquiarubra), luego disminuye el contenido sanguíneo tornándose más pálido (loquia serosa). Ya en la segunda semana el líquido se aclara transformándose a color blanco amarillento (loquia alba). La pérdida de loquios dura aproximadamente 4 a 6 semanas y esto coincide con el término de la involución uterina. (10)

2.2.3.-RIESGOS EN EL PUERPERIO O POST CESÁREA INMEDIATO:

Es importante diferenciar los riesgos durante la etapa inicial del puerperio, la cual tiene una duración de 24 horas y los que ocurren después del primer día. La hemorragia por atonía uterina, retención de la placenta o por desgarros cérvico-vaginales y la ruptura uterina, constituyen la principal complicación del puerperio inmediato. Las infecciones, especialmente la endometritis y la sepsis puerperal, ocurren durante el puerperio mediato o tardío.

Finalizada la cesárea, la madre debe permanecer en observación rigurosa por 2 a 4 horas en una sala habilitada como la unidad de recuperación post anestésica. Debe vigilarse estrechamente la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura, la retracción uterina, la pérdida de sangre transvaginal, realizar un balance hídrico, aliviar el dolor y entregar el apoyo psicológico si es necesario.

2.2.4.-COMPLICACIONES POST CESÁREAS:

La OMS definen el uso de cesáreas cuando se justifican médicamente porque la cirugía puede salvar vidas. Sin embargo cuando se realiza sin motivo médico, indica que las madres y los bebés son puestos en riesgo de problemas de salud a corto y largo plazo.

HEMORRAGIA POST CESÁREA INMEDIATO:

- ✓ Se considera a la hemorragia post cesárea inmediata, las primeras 6-8 horas, en teoría las primeras 24 horas.
- ✓ Hemorragia Post-parto (HPP) según la OMS, se define como la pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto vaginal que se produce en el período intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10% o más en las primeras dos horas post-parto” OMS (11)
- ✓ Estas dos definiciones han resultado poco prácticas, porque habitualmente no se mide con exactitud el volumen real de pérdida

sanguínea. Actualmente es definido y diagnosticado clínicamente como cualquier pérdida de sangre que conlleve a una alteración hemodinámica de la paciente (por ejemplo, mareos, debilidad, palpitaciones, sudoración, inquietud, confusión, disnea, síncope) y / o presente signos de hipovolemia (por ejemplo, hipotensión, taquicardia, oliguria, con poco oxígeno de saturación <95%) que hace necesario trasfundir sangre. (10)

✓ Clasificación.- La hemorragia post-parto (HPP) generalmente se clasifica como:

- HPP inmediata: es la que ocurre en las primeras 24 horas después del parto
- HPP tardía: la que ocurre entre las 24 horas y 6-12 semanas después del parto En un 60% de todas las muertes maternas, ocurren en el periodo postparto un 45% de HPP inmediata en las primeras 24 horas.

✓ Incidencia.- La hemorragia post-parto en américa latina ocurre en aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea.

✓ La hemorragia post-parto es la causa más común de pérdida moderada de sangre en el embarazo, y la mayor parte de las transfusiones que se practican en embarazadas se realizan para reemplazar la sangre que se pierde después del parto.

✓ La muerte en el mundo por hemorragia post-parto en países en vías de desarrollo es 1 por 1000 partos. La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP.

✓ Causas:

- Atonía uterina.
- Desgarros obstétricos.
- Retención de restos placentarios

Signos de Alerta según las "4T":

- TONO (atonía),
- TRAUMA,
- TEJIDO (retención de restos),
- TROMBINA (alteraciones de la coagulación), Múltiples factores predisponentes pueden relacionarse con estas causas.

✓ Factores de Riesgo.-

- Entre los factores de riesgo principales para hemorragia post parto está el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitócicos para inducción o conducción del trabajo de parto, sobre distensión uterina, el embarazo múltiple, en adolescentes y mayores de 35 años. (10)

2.2.5.- LA ATONÍA UTERINA TRANSITORIA:

Es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto o cesárea.

En el periodo del puerperio inmediato o post cesárea inmediato, se desencadena un mecanismo de suma importancia: se trata de una potente contracción uterina cuya función es el cierre de los vasos sanguíneos del útero, gracias a esta contracción, el sangrado es mínimo en la madre. (10)

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, (2014). Cuando este mecanismo no se produce, se origina la atonía uterina o inercia y el resultado es una importante hemorragia con presencia de hematoma en labios superiores, pero en muchos casos no se evidencia la hemorragia sino más bien un intenso dolor con acumulación de coágulos internos al momento de ser reintervenida quirúrgicamente. Hasta en un 5% de los partos naturales puede producirse la ausencia de contracción uterina y las causas inducen el problema son diversas, como puede ser es la multiparidad, la placenta previa o la sobre distensión uterina. La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección, produciéndose una sepsis.

✓ Etiología.- Según Breathnach F, (2009); Algunos de los factores que predisponen a una pérdida del tono uterino, incluyen:

- Sobre distensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal
- Cansancio uterino por un parto prolongado o distocia
- Multiparidad
- Parto no precipitado, especialmente si dura menos de 3 horas
- Tratamiento de la preclampsia con sulfato de magnesio
- Corioamnionitis
- Uso de anestésicos halogenados

“La hemorragia es el primer resultado de la atonía uterina transitoria, con presencia de hematoma y acumulación de coágulos internos alrededor de la herida quirúrgica que produce un intenso dolor y se vuelve intocable, debido a que en muchas ocasiones no siempre se evidencia el sangrado o hemorragia transvaginal”. (10)

Este detenimiento del proceso de involución uterina transitoria puede suceder hasta en un 56%; y que el personal de salud tome previsión a esto, como el masaje uterino para estimular la involución uterina y expulsar la sangre o loquios acumulados, junto con la ayuda moderada de oxitócicos como prevención a grandes complicaciones futuras. 2.2.5.-

2.2.6- INVERSIÓN UTERINA:

Es una complicación de la inversión del revés del cuerpo uterino, emergiendo a través del cérvix a la vagina o fuera de ella más allá del introito.

La inversión del útero tiene lugar más frecuentemente cuando se aplica demasiada presión sobre el fondo del útero por una persona no experimentada o bien por una tracción enérgica del cordón en una placenta adherente.

La forma más sencilla y simple de reinvertir el útero consiste en empujar el cuerpo hacia arriba a través del canal vaginal, pasar un catéter al interior de la vagina y ocluir el introito con la mano. Entonces se introduce suero salino a chorro, de modo que la presión hidrostática (el suero se mantiene entre 75 y 100 cm por encima del abdomen de la paciente) insufla la vagina y reinvierte el útero.

Los intentos repetidos de reinversión manual pueden dar lugar a una perforación uterina por los dedos del examinador. Raramente es necesario el tratamiento quirúrgico, que consiste en realizar una incisión del anillo de constricción entre ambos ligamentos útero sacros y reinvertir el útero.

2.2.7.- SHOCK HIPOVOLÉMICO:

a) Definición:

El shock hipovolémico, a menudo llamado shock hemorrágico, es un síndrome secundario a la pérdida aguda del volumen circulante, con incapacidad cardiorrespiratoria y baja disponibilidad de oxígeno para suplir las necesidades tisulares, causando daño en diversos parénquimas por incapacidad para mantener la función celular. El término hipovolemia significa disminución del volumen, en este caso, la hemorragia grave es la causa más común, ya que disminuye la presión arterial media de llenado del corazón por una disminución del retorno venoso. Debido a esto, la cantidad de sangre que sale del corazón por cada minuto, cae por debajo de los niveles normales. (12)

“Se sabe que a una persona se le puede extraer hasta un 10% del volumen sanguíneo sin efectos importantes sobre la presión sanguínea ni el gasto cardíaco, pero al ser la pérdida mayor es de un 20% del volumen normal de sangre causa un shock hipovolémico”. (Harrison, 2006)

b).- Diagnóstico de Shock Hipovolémico:

La demora en el diagnóstico implica retraso para iniciar el tratamiento, y conduce al incremento de la morbi-mortalidad materna, desde el punto de vista clínico, cuando el shock se encuentra desarrollado, se expresa por: hipotensión arterial con TA sistólica menor de 90 mmHg, taquicardia, pulso débil, signos de hipo perfusión tisular: oliguria, deterioro del estado de la conciencia, signos cutáneos: palidez, sudoración, hipotermia distal, relleno capilar enlentecido.

c).-Clases de shock hipovolémico:

Clase 1. Shock "compensado".- Pérdida hemática de hasta 750ml o hasta 15% de la volemia frecuencia cardiaca menor a 100/minuto, sin alteración de tensión arterial y con diuresis mayor a 30ml/hora.

Clase 2. Shock leve.- Pérdida hemática de 750 a 1.500 ml, equivalente a 15 a 30% de la volemia, con tensión arterial normal, frecuencia cardiaca entre 100 y 120 y diuresis entre 20-30ml/hora.

La existencia de tensión arterial sistólica menor de 90 mmHg en decúbito dorsal, asociada con sangrado grave, representa el signo de alarma más relevante para activar el protocolo para la asistencia de hemorragias graves y potencialmente exanguinantes, con grado de ALERTA.

Algunas pacientes son hipotensas constitucionales, otras podrán manifestar hipotensión debido a la analgesia regional, en otras situaciones se trata de reacciones vaso - vágales caracterizadas por hipotensión y bradicardia, sin embargo en ninguno de estos casos la hemorragia grave se encuentra presente.

Clase 3. Shock moderado.- Pérdida hemática entre 1.500 a 2.000 ml, 30 a 40% de la volemia, con tensión arterial disminuida entre 70 - 80 mmHg, frecuencia cardiaca de 120 a 140, diuresis de 5 - 15 ml/hora.

"Con pérdidas agudas de más de 30% de la volemia la disponibilidad de oxígeno celular se ve severamente afectada. El índice de extracción tisular de oxígeno llega a 50% utilizando el organismo su último recurso para mantener la vitalidad celular".

Clase 4. Shock severo.- Pérdida hemática mayor de 2.000 ml o mayor de 40% de la volemia, tensión arterial de 50 a 70 mmHg, frecuencia cardíaca mayor de 140 y diuresis menor a 5ml/hora. Ingresamos al último nivel de gravedad que comprende aquellas enfermas con hemorragias

exanguinantes, y riesgo inmediato de detención cardíaca. Con pérdidas de la volemia del 40%, el deceso ocurrirá en las horas siguientes". (13)

Podemos establecer una relación entre la gravedad del shock y la evolución esperable

Shock compensado: Los mecanismos fisiológicos de compensación

Clase 1: resultan suficientes para asegurar el flujo en órganos vitales.

Shock descompensado :Con medidas terapéuticas adecuadas podrá lograrse pero reversible que la paciente sobreviva.

Clase 2 y 3

Shock irreversible :A pesar del tratamiento la paciente morirá.

Clase 4 El tratamiento resultó insuficiente o fue ejecutado con demora.

En los cambios hemodinámicos intraquirúrgicos, la respuesta fisiológica a la hemorragia puede resultar modificada por efecto de las drogas anestésicas, los relajantes musculares y por ciertas condiciones intraoperatorias como la hipotermia y la hemodilución. Las drogas utilizadas durante la anestesia poseen acciones cardiovasculares que pueden afectar el transporte, el consumo de oxígeno y la respuesta fisiológica a la anemia aguda. (14)

Un ejemplo es la bradicardia relativa que se observa en algunas enfermas con inhibición del sistema simpático paravertebral dorsal luego de analgesia regional peridural.

Pautas de alarma:

- ✓ Hipotensión arterial sistólica menor de 90 mmHg en decúbito dorsal representa el signo de alarma más relevante para activar la alarma ante la posibilidad de una hemorragia obstétrica masiva

- ✓ Pérdidas sanguíneas agudas que representan el 30% de la volemia superan la capacidad de adaptación orgánica y conducen a una caída crítica de la disponibilidad de oxígeno
- ✓ La presencia de shock hemorrágico con tensión arterial sistólica menor de 70 mmHg por más de 30 minutos se vincula con una mortalidad de superior a 80%
- ✓ Existe una relación inversa entre el déficit de oxígeno a nivel tisular y la posibilidad de sobrevivir en presencia de una hemorragia aguda masiva
- ✓ La asociación de perfusión útero-placentaria y capacidad de transporte de oxígeno descendidas disminuye la disponibilidad de oxígeno fetal y la posibilidad de provocar bradicardia e hipoxemia (15)

2.2.8.- COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS EN EL POST PARTO:

La Hipertensión Gestacional.- se define como una tensión sistólica ≥ 140 mmHg y/o una diastólica ≥ 90 mmHg en una paciente previamente normotensa que es gestante de más de 20 semanas y no tiene proteinuria o signos de disfunción orgánica. Si las cifras de TA se normalizan antes de las 12 semanas postparto se considera como hipertensión arterial transitoria del embarazo, en la mayoría de las pacientes se normalizan en las primeras horas pos cesárea, sin embargo, el tiempo medio de normalización de la TA en los casos de preclampsia es de dos semanas. (15)

La hipertensión en el postparto.- esta puede ser por persistencia de una hipertensión anteparto/intraparto o por su nueva aparición tras el mismo, relacionada con la preclampsia previa, que normalmente se resuelve espontáneamente en pocas días y prácticamente siempre está resuelta a las 2 semanas. Sin embargo, en algunos casos permanece elevada pasados las 6 semanas del post cesárea mediata, en cuyo caso hay que tratarlo y controlar periódicamente.

Preclampsia.- es un trastorno complejo que afecta a alrededor del 5% de las mujeres embarazadas. Se presenta con Hipertensión arterial, como síntoma principal, proteína en la orina y anormalidades en el hígado o riñón.

La preclampsia se manifiesta con más frecuencia después de la semana 37, no obstante, puede aparecer en cualquier momento durante la segunda mitad del embarazo, así como también durante el parto o incluso después de la cesárea generalmente en las primeras 48 horas. (15)

“La preclampsia puede ser de leve a severa y progresar lenta o rápidamente, lo que provoca que los vasos sanguíneos se contraigan, lo que genera hipertensión y disminución del riesgo sanguíneo. Esto puede afectar muchos órganos del cuerpo, como el hígado, los riñones y el cerebro”. (11)

Diagnóstico de preclampsia post cesárea inmediata:

Durante la recuperación inmediata de la paciente de post cesárea, es imprescindible vigilar los signos vitales como la T.A, temperatura, conciencia, tono y fuerza muscular en pacientes con diagnóstico pre quirúrgico de preclampsia.

Criterios, según ACOG (2013), Task Force on Hypertension in Pregnancy, Preclampsia:

a) Tensión Arterial mayor o igual a 140/90, terminada la cesárea con alguno de los siguientes elementos:

b) Proteinuria presente

- >300mg en 24 horas (recolección de un día completo), o
- Índice Proteína/Creatinina > 0.3, o
- Proteinuria ausente: aparición reciente de alguno de los siguientes

Elementos:

- c) Plaquetas menor a 100.000
- d) Creatinina mayor de 1.1 mg/dL (Insuficiencia renal)
- e) Transaminasas elevadas a más del doble de su valor superior normal (SGPT, SGOT)
- f) Edema pulmonar sin causa conocida
- g) Síntomas cerebrales (cefalea) o visuales típicos (escotomas)

Síntomas de la preclampsia:

- Hinchazón en la cara o alrededor de los ojos, manos, esto se produce debido a la retención de líquidos, que además puede provocar un aumento rápido de peso.
- Dolor de cabeza fuerte o persistente.
- Alteraciones de la vista como visión doble, borrosa, con puntos destellos de luz; sensibilidad a la luz o pérdida temporal de la visión.
- Náuseas o vómitos persistentes en el post cesárea.

La Eclampsia.- (del Griego eclampsias) quiere decir destello brusco (como el de un rayo) e implica grado más severo de las condiciones hipertensivas del embarazo y representa la complicación más temida de la Preclampsia, se manifiesta como convulsiones severas de aparición brusca e inesperada (de ahí su semejanza con el rayo).

La eclampsia en el post cesárea inmediata.- por lo general en una embarazada que sufre preclampsia grave o eclampsia, es conllevada a una cesárea de emergencia sin importar la madurez del bebé. Para esto la paciente es estabilizada con sulfato de magnesio, controlada y monitorizada. (15)

En la terminación de una cesárea por eclampsia, la monitorización debe ser continua y a pesar de la inducción de anestésicos en las que la T.A, desciende en muchas pacientes, se debe tener máxima vigilancia en especial la T.A, la conciencia y el sangrado, y en pacientes con estos antecedentes deben ir a una unidad de cuidado intensivo para su manejo especializado.

La terapia antihipertensiva está indicada si las cifras de TA son ≥ 150 mmHg de presión sistólica o ≥ 100 mmHg de presión diastólica, tomada en dos ocasiones separadas por un intervalo de 10 minutos en el área de recuperación. Si es $\geq 160/110$ se debe iniciar tratamiento en la primera hora, con el sulfato de magnesio si presenta cefalea o visión borrosa o si las cifras de TA son de hipertensión severa, ya que el riesgo de convulsión es más alto.

El monitoreo de la administración de sulfato de magnesio, durante el tratamiento con sulfato de magnesio, se recomienda realizar un control cada 10 minutos, como mínimo, para detectar la presencia de: Reflejo rotuliano, frecuencia respiratoria superior a 16 por minuto, volumen de orina >20 ml en las primeras horas.

La hidralazina es de acción vasodilatadora arteriolar directa, la dosis de 5-10 mg EV. Diluir una ampolla de 20 o 25 mg en 10 cc de suero fisiológico y administrar 2 cc cada 30 min hasta obtener una respuesta adecuada. Inicio de su acción en 15 minutos; efecto máximo 30 min; duración de su acción 4-6 h, la forma continua de administración endovenosa puede causar decaipitación brusca de la TA con disminución en la presión.

Síntomas que preceden a la Eclampsia post cesárea.- Las manifestaciones siguientes sin duda pueden confundirse como efectos secundarios al tipo de anestesia que recibió la paciente por ello de la vigilancia por la posibilidad de que la paciente convulsione en cualquier momento:

- Dolor de cabeza intenso
- Alteraciones visuales: estrellitas en los ojos, visión borrosa, molestia con la luz
- Trastornos mentales y neurológicos
- Convulsiones (10)

2.2.9.-COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Las infecciones postoperatorias, aunque han disminuido en su gravedad siguen siendo frecuentes, graves para el paciente y costosas para el sistema. La profilaxis antibiótica ha sido ampliamente adoptada en ginecología, sobre todo después de que diferentes estudios prospectivos en la década de los 80 han demostrado su efectividad para reducir la tasa de infecciones postoperatorias. (11)

Los agentes usados con más frecuencia en ginecología para la profilaxis antibiótica son las cefalosporinas son efectivas, bactericidas, no tóxicas y baratas, ningún estudio ha demostrado que antibióticos más recientes (y más caros), sean más efectivos, es suficiente una dosis administrada durante las dos horas previas a la incisión, sin que haya evidencia (excepto para aquellas intervenciones que se alargan en el tiempo) de mayor eficacia de dosis repetidas.

“Infecciones post-operatorias precoces.- El primer signo de infección suele ser la fiebre precoz elevada que aparece en las primeras 6 a 24 horas después de la intervención, habitualmente no se debe a infección, puede tener un origen inespecífico y no ser determinado con certeza por lo tanto, el tratamiento antibiótico no debe instaurarse solamente por la fiebre. Otras causas de fiebre incluyen la atelectasia, la neumonía por aspiración, la infusión excesiva de líquidos contaminados, las lesiones uretrales o intestinales o infecciones preexistentes del útero, pelvis o tracto urinario”.

Infecciones post-operatorias tardías.- Aparecen varios días después de la intervención siendo los signos de localización más evidentes. Los procesos que se pueden presentar son: infección de la herida quirúrgica, infecciones pélvicas, abscesos pélvicos, tromboflebitis pélvica séptica, infecciones de los catéteres, infecciones del tracto urinario, bronconeumonía y fiebre medicamentosa.

Sepsis.- La sepsis es una respuesta sistémica a la infección. Se considera severa cuando existe algún signo de disfunción orgánica (como acidosis metabólica, encefalopatía, oliguria, hipoxemia, hipotensión, o alteraciones de la coagulación). Cuando la respuesta sistémica es muy importante puede producirse un shock o incluso, cuando falla la perfusión orgánica, se produce el llamado síndrome de sepsis o síndrome orgánico múltiple. La sepsis está producida infecciones poli microbianas en las cuales las bacterias y sus toxinas han alcanzado el torrente circulatorio y circulan por él.

El tratamiento.- se inicia con la erradicación precoz y agresiva de la fuente de infección, con antibióticos sistémicos y cirugía si está indicada, así como la puesta en marcha de todas las medidas de soporte orgánico necesarias. Cuando existe evidencia de fallo orgánico es obligado el ingreso en una unidad de vigilancia intensiva.

2.2.10 UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA O POST QUIRÚRGICA. (URPA)

Una de las áreas más importantes en el cuidado de las pacientes es la Unidad de Recuperación, lugar donde llegan las pacientes en el período postquirúrgico inmediato y a quienes se debe prestar una atención profesionales y técnicas de la salud.

El proceso de recuperación incluye tres fases:

1. La primera inicia en quirófano con la suspensión de la administración de los agentes anestésicos, el restablecimiento de la ventilación espontánea y la extubación de la tráquea (de ser anestesia general).
2. La segunda ocurre una vez la paciente es transportada a la sala de recuperación donde continua la recuperación de sus funciones vitales, neurológica, cardiopulmonar y motora.
3. Finalmente la paciente es dada de alta a sala de hospitalización o a otra área o alta a domicilio, luego de ser valorada por la enfermera y el anestesiólogo de turno, si la paciente se encuentra en un estado de estabilidad clínica, de intensidad del dolor en un nivel aceptable y de recuperación plena de reflejos y conciencia.

Por lo general la mayoría de pacientes de cesárea reciben una anestesia regional, que ser de la cintura a las piernas.

❖ EL POST OPERATORIO:

Es el tiempo en el que termina la intervención quirúrgica a un paciente y es llevado a otra área para la recuperación física y psíquica y evitar complicaciones.

➤ Clasificación:

- El postoperatorio inmediato.- el cual comprende las primeras 72 horas.
- El postoperatorio mediato.- que es el que comprende del tercero al trigésimo día, en la mayoría de las cirugías este periodo es suficiente para un alta definitivo.

El periodo postoperatorio también se clasifica en dos tipos;

- Postoperatorio estable.- Cuando la evolución del paciente es hacia la rehabilitación y no existe un proceso patológico.

- Postoperatorio patológico.- Cuando surgen una o varias complicaciones agregadas que interfieren con la evolución del paciente hacia la mejoría, e incluso ponen en peligro la función de algún órgano, sistema o la vida misma.

Independientemente de la magnitud de la operación llevada a cabo, deben continuarse una serie de cuidados y controles cuya frecuencia e intensidad es directamente proporcional al tipo de intervención realizada y a las condiciones clínicas en que se encuentre el paciente.

❖ Estándares de cuidado post anestésico:

Los estándares implican el mínimo requisito absoluto para satisfacer las demandas del trabajo competente y a su vez establecen parámetros relevantes desde el punto de vista médico-legal y brindar una atención de mayor complejidad, de acuerdo con su situación clínica a juicio de la enfermera.

A. Estándar I

1 .En cualquier institución donde se administre anestesia para procedimientos quirúrgicos y/o diagnósticos de cualquier tipo, debe existir un área destinada únicamente para brindar a los pacientes el cuidado como la UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA, excepto a aquellos pacientes que, por orden expresa del anesthesiólogo, sean transportados inmediatamente se termine el procedimiento, a otras áreas de la institución (cuidados intensivos, neonatos, etc.).

2. Todos los aspectos pertinentes a la atención médica en la URPA deben regirse de acuerdo con las políticas y protocolos desarrollados para tal fin, revisados y aprobados por el departamento.

3. determinar los aspectos inherentes al personal, dotación y estructura física de la URPA según las necesidades particulares de la institución.

B. Estándar II

1. El paciente en el periodo post-o inmediato será acompañado por un miembro del equipo de anestesia, hasta la URPA, o cualquier otro destino dentro de la institución (cuidados intensivos, neonatología, etc.). Esta persona debe tener pleno conocimiento de la condición clínica del paciente.
2. El estado fisiológico del paciente debe ser revaluado durante el transporte y tratado según sea necesario. Brindar los medios de vigilancia (oximetría de pulso, cardioscopio, etc.) y soporte (bombas de infusión, ventilación manual, oxígeno, etc.) que la situación de la clínica requiera.

C. Estándar III

El anestesiólogo, a su llegada a la URPA, dará un reporte verbal al personal de dicha área con el fin de asegurar la continuidad de manejo y el cuidado del paciente.

1. Documentar claramente el estado fisiológico y psicológico del paciente a su ingreso.
2. Comunicar la información pertinente al estado preoperatorio y el curso del procedimiento quirúrgico.
3. El anestesiólogo permanecerá con el paciente hasta tanto la enfermera considere que está en condiciones de manejarlo y acepte verbalmente dicha responsabilidad.

4. D. Estándar IV

La condición Clínica del paciente debe ser reevaluada en forma continua durante su estancia en la URPA, así:

- 1.-El paciente debe ser observado y monitorizado con métodos apropiados para su condición clínica. Se debe prestar particular y cuidadosa atención a la oxigenación, ventilación y circulación.

2.-Realizar un reporte preciso de la evolución de cada paciente en la URPA, y evaluar objetivamente la recuperación con el manejo de una escala hecha

para tal fin:

- ✓ Escala de Aldrete,
- ✓ Escala Stewart,
- ✓ Escala de Bromage.

Cualquier escala que se emplee debe ser simple e incluir parámetros objetivos que sean fáciles de determinar y de utilización rutinaria.

3.-La supervisión médica y coordinación del cuidado del paciente debe ser responsabilidad de un anesthesiologo.

4. Establecer la disponibilidad permanente (24 horas al día, siete días a la semana), dentro de la institución de un anesthesiologo capaz de manejar las complicaciones y brindar las medidas de Reanimación cerebro-cardiopulmonar a cualquier paciente admitido a la URPA.

E. Estándar V

1. Un anesthesiologo debe ser responsable del egreso de cada paciente de la URPA.

2. Se deben establecer criterios de salida, aprobados por el Departamento de Anesthesiologa, para el traslado al servicio de hospitalización, cuidados intensivos, casa, etc.

3. La enfermera de la URPA determinara si el paciente cumple con los criterios de salida preestablecidos, consignando en la historia Clínica el anesthesiologo que acepta la responsabilidad del egreso en tales circunstancias.

❖ Protocolos de enfermería.

Un protocolo es un reglamento o una serie de instrumentos que se fijan por tradición o por convenio. Partiendo de este significado, es posible emplear la noción en diferentes contextos. Un protocolo puede ser un documento, una normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos, o áreas, etc. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones. (16)

Los protocolos son importantes porque estos ayudan al personal de enfermería a que tengan una guía al momento de brindar atención a los pacientes y puedan realizar actividades sistematizadas y según la necesidad de los mismos, logrando de esta manera se disminuya las actividades erróneas, mejorando así la calidad de asistencia que se brinda a diario en las áreas de salud, estas además de ser un apoyo en el manejo de los pacientes son documentos que sirven como protección al personal de salud cuando se presente algún problema relacionado con la atención que se da a los usuarios. (17)

Guía de atención de enfermería estándar:

“Se debe obtener y registrar los signos vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria y saturación de oxígeno, a su ingreso y luego cada 15 minutos, la medición de temperatura es opcional”. (17)

- ❖ El anestesiólogo brindará un reporte completo y resumido a la enfermera de la URPA así:
 - ✓ Identificación del paciente, edad, diagnóstico y procedimiento quirúrgico realizado. Enfermedades coexistentes, alergias, problemas específicos del paciente, trastorno de la personalidad o barreras en el idioma.
 - ✓ Descripción y localización de los catéteres I.V.

- ✓ Administración de medicamentos: pre-medicación, antibióticos, analgésicos, drogas anestésicas de inducción y de mantenimiento, narcóticos y relajantes neuromusculares (especificando dosis total, tiempo de aplicación de la última dosis y si ha sido revertido su efecto), uso de drogas vasoactivas, antiarrítmicos, antihipertensivos, etc.
- ✓ Evolución intraoperatoria, con énfasis particularmente en problemas presentados problemas con la hemostasia, efectos anestésicos y hallazgos quirúrgicos inesperados y su tratamiento.
- ✓ Evaluación del paciente, debe ser un proceso dinámico y permanente siempre debe existir personal de enfermería que brinde observación directa a cada paciente.
- ✓ La evaluación de cualquier paciente que haya ingresado a la URPA, debe cumplir con ciertos objetivos específicos.
- ✓ Establecer una base de comparación entre el estado actual y el estado preoperatorio, y poder predecir su evolución.
- ✓ Evaluar el estado de la herida quirúrgica y su efecto sobre las condiciones preexistentes y el proceso de recuperación.
- ✓ valoración del fondo uterino, atención a la evaluación de vejiga e intestino, movilidad e higiene, incisión cutánea, control del dolor y mayor necesidad de reposo.
- ✓ Establecer la presencia de problemas y complicaciones.
- ✓ Control de la oxigenación, ventilación y circulación. Las constantes vitales deben ser controladas constantemente
- ✓ Revisión de la historia clínica, y elaboración de un reporte preciso de la evolución de cada paciente, evaluando objetivamente su recuperación.
- ✓ Evaluación con la escala de Aldrete- Bromage, ésta debe reunir los criterios de validez, aplicabilidad e importancia y debe ser sencilla en su aplicación y utilización rutinaria.
- ✓ Administrar medicación según indicaciones. (16)

2.2.11. MISOPROSTOL

Aspectos químicos, mecanismos de acción y farmacología

La prostaglandina E2 (PGE2) y la prostaciclina (PGI2) son las principales prostaglandinas que sintetiza la mucosa gástrica. Contrario a sus efectos de elevación del AMP cíclico sobre muchas células a través de los receptores EP2 y EP4, estos prostanoides se unen al receptor EP3 en las células parietales (caps. 33 y 34) y estimulan la vía de Gi, reduciendo de esta manera el AMP cíclico (CAMP) intracelular y la secreción de ácido gástrico.

La PGE2 también puede evitar la lesión gástrica por los efectos citoprotectores que comprenden estimulación de la secreción de mucina y bicarbonato y un incremento del flujo sanguíneo en la mucosa. Aunque dosis más pequeñas que las necesarias para la supresión de ácido pueden proteger la mucosa gástrica en animales de laboratorio y esto no se ha demostrado de manera convincente en el ser humano; la supresión de ácido al parecer es el efecto clínico más importante.

Puesto que los NSAID disminuyen la formación de prostaglandinas al inhibir a la ciclooxigenasa, los análogos sintéticos de la prostaglandina constituyen un método lógico para reducir el daño mucoso provocado por los NSAID. El misoprostol (15desoxi-16-hidroxi-16-metil-PGE1) es un análogo sintético de la PGE1. Algunas de sus modificaciones estructurales son un grupo éster de metilo adicional en C1 que aumenta la potencia y la duración del efecto antisecretor, y la transferencia de un grupo hidroxilo de C15 a C16 y la adición de un grupo metilo que aumenta la bioactividad por vía oral, la duración de la acción antisecretora y la tolerabilidad. El grado de inhibición de secreción de ácido gástrico por el misoprostol guarda una relación directa con la dosis; las dosis orales de 100 a 200 µg inhiben en grado importante la secreción basal de ácido (una inhibición de incluso 85 a 95%) o la secreción de ácido estimulada

por los alimentos (inhibición de incluso 75 a 85%). La dosis recomendada usual para la profilaxis contra la úlcera es 200 µg cuatro veces al día.

Farmacocinética

El misoprostol se absorbe con rapidez después de su administración oral y luego es re esterificado con rapidez y en alto grado para formar misoprostol ácido, metabolito principal y activo del fármaco. Parte de esta conversión puede ocurrir en las células parietales. Una sola dosis inhibe la producción de ácido al cabo de 30 minutos; el efecto terapéutico alcanza su máximo a los 60 a 90 minutos y persiste hasta por 3 h. Los alimentos y los antiácidos disminuyen la tasa de absorción de misoprostol, lo que da por resultado un retraso y disminución de las concentraciones plasmáticas máximas del metabolito activo.

El ácido libre es excretado principalmente en la orina con una semivida de eliminación de 20 a 40 min. Efectos secundarios. La diarrea, con o sin dolor abdominal y cólico, se presenta hasta en 30% de los pacientes que toman misoprostol. Al parecer está relacionada con la dosis y suele comenzar en las primeras dos semanas después que se inicia el tratamiento y por lo general se resuelve espontáneamente al cabo de una semana; en los casos más graves o prolongados puede ser necesario suspender el fármaco. El misoprostol puede ser causa de exacerbaciones clínicas de enteropatía inflamatoria y se ha de evitar en los pacientes con este trastorno. El misoprostol está contraindicado durante el embarazo porque puede incrementar la contractilidad uterina.

Usos terapéuticos

El misoprostol está aprobado por la FDA para evitar la lesión mucosa provocada por los NSAID. Sin embargo, pocas veces se utiliza debido a sus efectos adversos y la incomodidad de su administración cuatro veces al día. Como alternativa, se puede utilizar con indicación extraoficial el análogo de la PGE1 misoprostol (600 µg administrados por vía oral o

sublingual) para estimular las contracciones uterinas y evitar o tratar la hemorragia posparto. Si bien los metaanálisis indican que puede ser un poco menos eficaz que la oxitocina, el bajo costo y la falta de necesidad de refrigeración o de agujas estériles pueden hacer que el misoprostol sea el fármaco preferido para utilizarse en los países en vías de desarrollo. Otras modalidades de tratamiento que se están investigando son el factor Vía recombinante y el taponamiento con globo.

2.3.- BASES TEÓRICAS.

TEORÍAS DE ENFERMERÍA

DOROTEA OREM EN LA TEORÍA DE AUTOCUIDADO SOSTIENE:

La teoría del autocuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado 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 a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: 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.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:

En la que 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. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

La teoría de sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados:

Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

-Esta teoría la considero relevante, porque en éste caso hay un déficit de autocuidado de las pacientes en post-operatorio inmediato de cesárea , pues se encuentra, con la necesidad de recibir un apoyo total para poder satisfacer sus necesidades básicas de oxigenación, circulación, hidratación, para conservar la salud y vida tratándose de atenciones especiales en una unidad crítica que es la URPA y sobre todo en atención de emergencia obstétrica para salvar la vida, por tratarse por si se presenta de una hemorragia en el post-operatorio

2.4.-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

CESÁREA:

La cesárea se define como la terminación quirúrgica del embarazo o del parto por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la cara anterior de la pared uterina (histerotomía) ante una situación de peligro de la madre o el feto o ante la imposibilidad del feto de nacer normalmente, excluyendo la remoción del feto de la cavidad abdominal en el caso de rotura uterina o en el caso de embarazo abdominal. (10)

URPA (UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA)

Sala destinada a proveer cuidados postanestésicos inmediatos a pacientes que han sido sometidos a cirugías o procedimientos

diagnósticos o terapéuticos bajo anestesia general, anestesia regional o sedación profunda, hasta que se alcancen criterios de alta predefinidos.

Se trata de un lugar físico, que debe estar adecuado a las necesidades que presenta un paciente en el postoperatorio, y que debe ser capaz de ofrecer los medios necesarios para hacer frente a las complicaciones que pueden aparecer.

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

la Hemorragia Post Parto se define como aquel sangrado vaginal ≥ 500 ml tras un parto vaginal o ≥ 1000 ml tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar inestabilidad hemodinámica en la parturienta. produce un descenso en el hematocrito del 10% Y requiere transfusión.

PROTOCOLO

Un protocolo es un reglamento o una serie de instrumentos que se fijan por tradición o por convenio. Partiendo de este significado, es posible emplear la noción en diferentes contextos. Un protocolo puede ser un documento, una normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos, o áreas, etc. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones.

ATONÍA UTERINA

Cuadro que se caracteriza por falta de contractilidad adecuada de las fibras miométriales después de un parto o de una operación cesárea, que impide se realice una hemostasia fisiológica.

III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1.- RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la elaboración de este informe se ha utilizado; los libros de registro de Centro Quirúrgico, Los libros de registro de pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en la cual están los datos mas relevantes para éste informe.(como son edad, escolaridad ,antecedentes obstétricos,)

Asimismo también se utilizó la información del Sistema Gestión Hospitalaria. En donde se encuentra toda la información de todas las atenciones, procedimientos, diagnósticos que a diario se realizan.

3.2.- EXPERIENCIA PROFESIONAL

Durante mis 26 años como Enfermera inicio mis actividades en el año. 1990.

- En julio de 1990, inmediatamente después del SERUMS inicio mi trabajo como enfermera realizando docencia en un Instituto Superior Tecnológico Privado, luego en agosto del mismo año, ingresé a trabajar en el Hospital del MINSA de Sullana en el servicio de Cirugía por el lapso de un año y once meses.
- Posteriormente ingresé a ESSALUD ,Hospital Jorge Reátegui Delgado ,laborando en ésta institución por dos años en el servicio de Centro Quirúrgico(por contrato de Servicios no personales) ; posteriormente se me asigna un contrato en el Hospital Cayetano Heredia en el cual laboré un año ocho meses, en los servicios de medicina, pediatría y UCI , como enfermera asistencial ; para luego renunciar al participar en un concurso en MINSA, para laborar en un Centro Materno Infantil "SANTA JULIA" de Piura.

- Este Centro estuvo asignado para realizar las Intervenciones Quirúrgicas de AQV, en el año 1996. Contaba con una amplia Sala de Operaciones, muy equipada ,con equipos suficientes de cirugía, máquina de anestesia moderna, y todo lo necesario para las intervenciones; conformé parte de éste equipo quirúrgico, como responsable de Sala de operaciones. Se realizaban grandes campañas, y aproximadamente el 80% de éste tipo de cirugías fueron en éste Centro; no hubo complicaciones.
- Después de tres años de trabajo en éste Centro de salud me desempeñé como Enfermera Jefe de dicho establecimiento; se firma el Convenio Perú Corea, y bajo el cual inicia el funcionamiento el Hospital Santa Rosa de Piura, allí laboré 5 años como coordinadora de los Servicios de Enfermería, pues este hospital se encontraba en implementación y organización con el apoyo de la república de Korea, gané buenas experiencias de tipo administrativo al trabajar con personal de salud de Korea.
- Paralelo a éstas funciones , también desarrollé mi participación en las campañas de cirugías , de paladar hendido, labio leporino, catarata etc. que organizaba el MINSAs.
- En éstas campañas he sido instrumentista, de profesionales extranjeros, y a la vez coordinadora en sala de operaciones por parte de Perú, MINSAs , con la coordinadora de los EE UU.
- Posteriormente , ingresé a ESSALUD hace diez años en un concurso público ocupando una plaza en el Hospital de Talara, laboré dos años en el servicio de gineco –pediatría y sala de operaciones, para luego ser rotada al Hospital de Sullana que es mi actual Centro de Labores , en éstos tres últimos años generalmente en el servicio de hospitalización, sala de operaciones, recuperación y emergencia.

- En éste Hospital he asumido también funciones como Coordinadora de Enfermería por dos años.
Asimismo paralelamente , en mis horas libres me dedico a trabajar en hemodiálisis desde hace siete años, pues soy especialista en Cuidados de Enfermería en Nefrología. Y por tres años me desempeñé como Coordinadora de Centros de Diálisis en Sullana.
- Desde que inicié mi profesión he desarrollado la docencia por quince años en un Instituto Tecnológico y Universidades Privadas; Los Ángeles de Chimbote, UAP, en mi tiempo libre.

3.3.- PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME.

En estos tres últimos años estoy desarrollando mis funciones como enfermera asistencial en el servicio de hospitalización y la URPA. Teniendo en cuenta el nivel del Hospital sólo se cuenta con un pabellón de Hospitalización en donde se atienden todas las especialidades: medicina, cirugía ginecología y pediatría. Hay sólo 20 camas hospitalarias; y los días quirúrgicos ; lunes , jueves, viernes y sábados hay un déficit de camas presentándose muchas veces hacinamiento. En éstos servicios desarrollo mis funciones asistenciales mayormente, brindando atención directa a los pacientes tanto quirúrgicos como de las otras especialidades; asimismo también desarrollo funciones administrativas ; la coordinación de enfermería del servicio es rotativa , actualmente soy la coordinadora . Realizo también actividades de docencia , con estudiantes de enfermería técnica que rotan por los servicios. Respecto a investigación ,se realizan registros en el libro de hospitalizados, el llenado de fichas de eventos adversos, llenar datos de las actividades realizadas.

Las intervenciones quirúrgicas mas frecuentes son las cesáreas (62 %) luego siguen las hernioplastía, 24.1 %) (hemorroidectomías,(6.7%) colpoplastías.(6.3 %).

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS –HOSPITAL ESSALUD SULLANA

TIPO DE CIRUGÍA	2014		2015		2016		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CESÁREA	166	71.2	80	59.7	59	49.5	305	62.7
HERNIOPLASTÍA	45	19.3	30	22.3	42	35.2	117	24.1
HEMORROIDECTOMIA	12	5.2	11	8.2	10	8.4	33	6.7
COLPOPLASTIA	10	4.3	13	9.7	08	6.7	31	6.3
	233	100	134	100	119	100	486	100

En URPA , realizo atención asistencial ,en éste hospital la enfermera se encarga del preoperatorio inmediato de los pacientes que serán intervenidos; y luego de la atención del post-operatorio inmediato.

El servicio cuenta con el equipamiento indispensable como: monitores de signos vitales. Equipos para administrar oxígeno, coche de paro, insumos y medicamentos de emergencia, a veces no hay un buen control de medicamentos .

En el servicio de Centro Quirúrgico al asumir mis funciones como Coordinadora de Enfermería por dos años he participado en la elaboración de proyectos de mejora en cuanto a ordenamiento de los ambientes, modificación de algunas áreas en la infraestructura, he participado en el requerimiento de equipos , requerimiento de personal .y capacitación (pasantía) de personal para éste servicio. y sistemas de control de insumos. y por la experiencia que he adquirido al trabajar

anteriormente en Hospitales de mayor complejidad frecuentemente se me solicita mi opinión de parte de las coordinadoras , respecto a la solución de problemas y para tomar algunas decisiones para la mejora de los servicios.

PLAN DE CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES POST-OPERADAS DE CESÁREA CON SANGRADO VAGINAL EXCESIVO –USO DE MISOPROSTOL

Tratamiento de la Hemorragia Postparto con Misoprostol

La hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de mortalidad materna en todo el mundo. Cuando se produce una HPP debido a atonía uterina, se usa una serie de intervenciones médicas y quirúrgicas para controlar el sangrado

Un aspecto crucial del tratamiento de la HPP es la terapia uterotónica y la regla de oro es la oxitocina. Sin embargo, a menudo no está disponible en los ámbitos de bajos recursos debido a la administración parenteral y los requisitos de almacenamiento refrigerado. También se usa con frecuencia la ergometrina para el tratamiento de la HPP, aunque se debe administrar mediante inyección y es inestable en el calor y la luz. También está contraindicada para mujeres con hipertensión y enfermedad cardíaca. Por lo tanto, es posible que no sea adecuada para determinados ámbitos de bajos recursos.

Se ha estudiado el misoprostol, un análogo de la prostaglandina E1, como alternativa a la oxitocina, debido a que tiene un bajo costo, es estable a temperatura ambiente y fácil de administrar. Hay estudios controlados aleatorizados que han evaluado la efectividad del misoprostol para el tratamiento de la HPP .

La aplicación del proceso enfermero en la Unidad de Reanimación post-anestésica al igual que en cualquier otra unidad, requiere la realización de cinco etapas : valoración , diagnóstico enfermero , planificación ,ejecución , evaluación.

El postoperatorio inmediato de la paciente post-operada de cesárea sometido a un proceso quirúrgico bajo anestesia general, o regional y/o sedación, se caracteriza por la recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención.

Es este un periodo crítico donde pueden sobrevenir complicaciones, algunas de ellas previsibles. La mayoría de los problemas anestésicos graves suelen suceder en el postoperatorio inmediato. Y en cesáreas es el sangrado excesivo.

La enfermera será capaz de identificar las respuesta de la paciente y de reconocer las complicaciones que puedan surgir, e intervenir inmediatamente.

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración

Dado que la Unidad de Reanimación post- anestésica es un lugar donde la paciente pasa relativamente poco tiempo, nos vamos a centrar en las necesidades más importantes en esta etapa de su evolución

.En cesárea se pone énfasis en la evaluación de la involución uterina por el sangrado vaginal que puede llevar a la paciente a shock y muerte.

En algunas situaciones se debe actuar rápido para el control de hemorragias post- cesárea por lo tanto se instauran tratamientos para el control del sangrado excesivo. Uno de los medicamentos utilizados en el

Hospital es el MISOPROSTOL por lo que es necesario valorar adecuadamente a la paciente con sangrado .

Se evalúa:

- Respiración/ oxigenación
- Eliminación
- Actividad
- Bienestar
- Piel y mucosas
- Comunicación/ relaciones
- Seguridad
- Respiratorias
- Parada cardiorrespiratoria
- Depresión respiratoria
- Obstrucción de la vía aérea
- Laringo-espasmo
- Shock
- Hemorragia uterina
- Trastornos del ritmo cardiaco
- Neurológicos :Cefalea ,agitación, confusión
- Otros; Dolor, desequilibrio electrolítico ,Hiperglucemia ,Vómitos ,Contractura muscular

Diagnósticos enfermeros

- .Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- Ansiedad r/c el entorno y los cambios en la situación de salud m/p
preocupación creciente, inquietud
- Riesgo de aspiración r/c alteración del estado de conciencia
- Riesgo de hipotermia r/c exposición a entorno frío

- Riesgo de lesión peri operatoria r/c efectos de fármacos anestésicos
- Dolor agudo r/c la intervención quirúrgica y/ o posturas forzadas m/p informe verbal o codificado, respuestas autónomas (diaforesis, cambios de presión arterial, respiración, pulso, dilatación pupilar)
- Riesgo de infección r/c incisión quirúrgica y técnicas invasivas
- Confusión aguda r/c efectos secundarios de fármacos anestésicos m/p creciente agitación o intranquilidad, fluctuaciones en el de conciencia
- Retención urinaria r/c inhibición del arco reflejo m/p distensión vesical, sensación de repleción vesical

Objetivos

Los objetivos que queremos obtener con la aplicación del plan de cuidados son:

- ✓ La paciente mantendrá un volumen de líquidos adecuado
- ✓ El paciente y su familia reducirán la ansiedad durante estancia del enfermo en la unidad.
- ✓ El paciente reducirá riesgo de complicaciones: cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, músculo-esqueléticas, metabólicas, gastrointestinales, urinarias
- ✓ El paciente mantendrá las vías aéreas libres de vómito, sangre o moco y la lengua no obstruirá el paso del aire
- ✓ El paciente mantendrá la temperatura corporal dentro de los límites normales
- ✓ La paciente no sufrirá caídas o contusiones

- ✓ Los apósitos, catéteres, drenajes y demás dispositivos permanecerán correctamente emplazados
- ✓ La paciente presentará aspecto relajado manifestará alivio del dolor tras aplicación de medidas analgésicas
- ✓ La paciente manifestará sentirse cómodo tras la aplicación de medidas de confort
- ✓ La paciente reducirá progresivamente los signos de confusión

Intervenciones.

- ✓ Manejo de líquidos y electrolitos, expansores de plasma
- ✓ Disminución de la ansiedad del paciente y su familia
- ✓ Manejo de la vía aérea y precauciones para evitar la aspiración
- ✓ Manejo ambiental: regulación de la temperatura, seguridad, confort
- ✓ Prevención de caídas
- ✓ Manejo del dolor
- ✓ . Administración de analgésicos
- ✓ Cuidados de la herida y cuidados del sitio de incisión
- ✓ Cuidados del catéter urinario

Aplicación del plan que consta de:

- ✓ Monitorización y valoración de signos vitales: FC, TA, FR, SaO₂, Administración de oxígeno, si procede, Valoración nivel de conciencia, Valoración actividad motriz, Valoración coloración de la piel, Valoración de la comunicación no verbal, Comprobación vías venosas y sueroterapia, Comprobación y revisión de drenaje, Comprobación de la sonda vesical y medición de diuresis,

Comprobación SNG (sujeción, permeabilidad...)y Registro en gráfica

- ✓ vigilar constantemente la involución uterina, y el sangrado vaginal.
- ✓ -La administración de misoprostol sólo será bajo indicación médica,
- ✓ Se procederá a realizar las intervenciones antes mencionadas porque el cuidado es integral.
- ✓ Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos
- ✓ Proporcionar información a la familia.

CUIDADOS EN EL USO DE MISOPROSTOL

INDICACIONES

Se indica una dosis de misoprostol 800 µg por vía sublingual para el tratamiento de la HPP cuando no se dispone a la brevedad de 40 UI de oxitocina por vía IV (independientemente de las medidas profilácticas). La dosis recomendada no cambia según el peso de la mujer.

Curso de tratamiento

Una vez que se diagnostica una HPP, se debe administrar tratamiento de inmediato.

Dosis repetidas o consecutivas

No hay suficiente información acerca del efecto de dos o más dosis consecutivas de misoprostol para el tratamiento de la HPP. Frente a la falta de tal información, no se recomienda la administración de dosis repetidas de misoprostol para el tratamiento de una HPP.

Si ya se está administrando oxitocina para el tratamiento de la HPP, existe evidencia que sugiere que el uso de misoprostol como tratamiento adyuvante (simultáneo) no produce beneficios adicionales.

Dado que los efectos secundarios conocidos del misoprostol parecen estar relacionados con la dosis, la administración de dosis repetidas o consecutivas de misoprostol puede aumentar la incidencia de efectos secundarios.

Contraindicaciones

Antecedentes de alergia al misoprostol u otra prostaglandina.

Precauciones

1. Se recomienda tener precaución en aquellos casos en que la paciente haya recibido anteriormente misoprostol como tratamiento profiláctico para la prevención de la HPP, especialmente si se asoció a la dosis inicial de misoprostol con fiebre o temblores intensos.
2. Después de administrar agentes uterotónicos, se deben explorar otras medidas para detener el sangrado, y se deben analizar otras causas de la HPP distintas de la atonía uterina.

Efectos y efectos secundarios

Los efectos y efectos secundarios prolongados o graves son poco frecuentes.

Los efectos secundarios más comunes conocidos asociados con el misoprostol son:

Cambios de temperatura: Es común asociar temblores, escalofríos y/o fiebre con el uso de misoprostol. Se han informado temblores en 37 al 47% de las mujeres luego de la administración sublingual de 800 µg de misoprostol, fiebre en 22 al 44%, e hiperpirexia (>40 grados Celcius)

en 1 al 14% [Blum 2010, Winikoff 2010, Durocher 2010]. Los temblores son auto limitados e incluso si la paciente experimenta temperatura alta, son transitorios, y se resuelven tranquilizando a la paciente y con tratamiento sintomático.

Efectos gastrointestinales: La administración sublingual de 800 µg de misoprostol produce náuseas en 10 al 15% de las mujeres y vómitos en alrededor del 5% [Winikoff 2010, Blum 2010]. Ambos efectos secundarios deberían resolverse al cabo de entre dos y seis horas. Puede usarse un medicamento antiemético en caso de ser necesario, pero en general, no es preciso tomar ninguna medida, salvo tranquilizar a la mujer y su familia. Asimismo, alrededor del 1% de las mujeres puede experimentar diarrea, aunque debería desaparecer dentro de un día.

Lactancia: pueden detectarse pequeñas cantidades de misoprostol o su metabolito activo en la leche materna. No se han informado efectos adversos en lactantes.

IV. RESULTADOS

TABLA 01

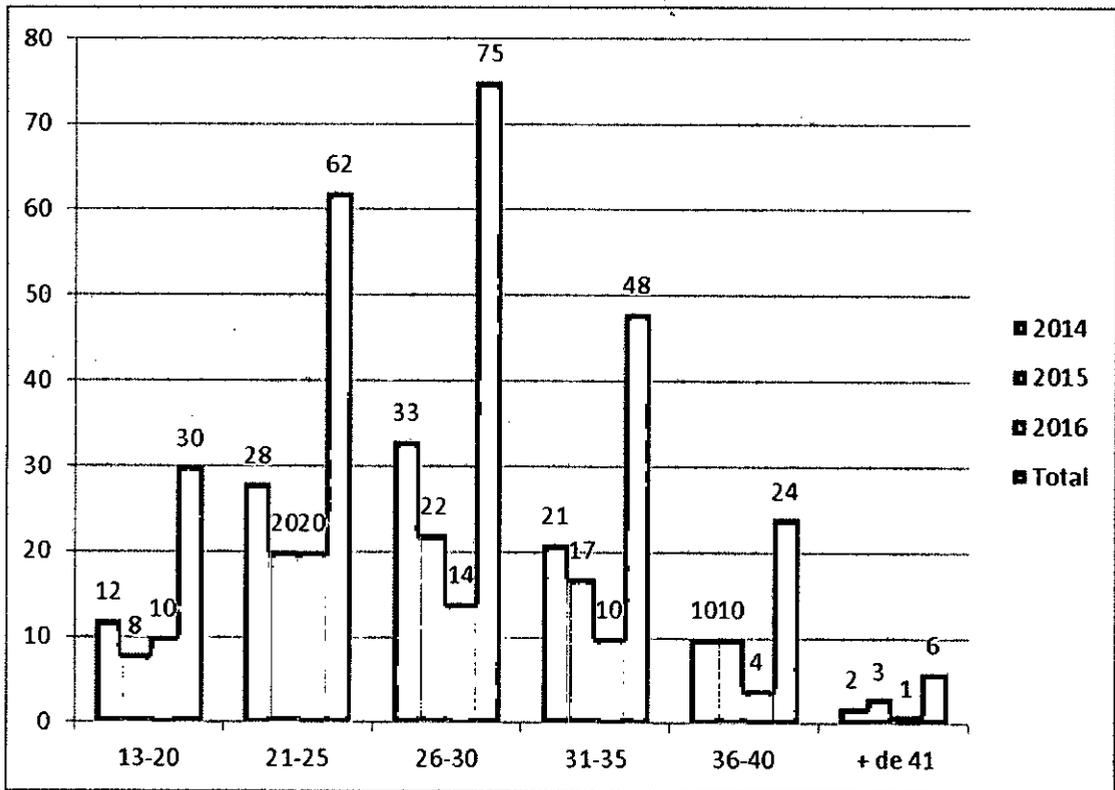
Distribución de pacientes en el post-operatorio inmediato de cesárea según Edad en el Hospital I EsSalud –Sullana 2014-2016.

EDAD	FRECUENCIA						TOTAL	
	2014		2015		2016		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
13 - 20	12	11.3	08	10.0	10	16.9	30	12.2
21 - 25	28	26.4	20	25.0	20	33.8	62	25.3
26 - 30	33	31.1	22	27.5	14	23.7	75	30.6
31 - 35	21	19.8	17	21.2	10	16.9	48	19.6
36 - 40	10	9.4	10	12.5	04	6.8	24	9.8
+ de 41	02	1.8	03	3.8	01	1.7	06	2.5
TOTAL	106	100	80	100	59	100	245	100

FUENTE: Libro de registro de Atención del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital I EsSalud Sullana.

GRÁFICO 01

Distribución de pacientes en el post-operatorio inmediato de cesárea según Edad en el Hospital I EsSalud –Sullana 2014-2016.



FUENTE: Libro de registro de Atención del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital I EsSalud Sullana. 2014-2016

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En el año 2014 el mayor número de cesáreas se realizaron en pacientes del grupo etáreo de 26-30 años con 31%. (33 Pac.) Luego el 26% corresponde al grupo etáreo de 21-25 años (28 Pac.). El 11.3 % corresponde a mujeres entre 13- 20 años muy jóvenes (12 Pac.). Y las mujeres añosas con 11.2 % (12 Pac.)

En el año 2015 , sigue la misma tendencia en el que el mayor número de cesáreas se realizó en pacientes del grupo etáreo de 26-30 años (22 Pac.) con 27.5 %. Luego el 25 % corresponde al grupo etáreo de 21-25 años. (20 Pac.) El grupo etáreo de 31- 35 años con 21.2 % (17 Pac.) El 10 % corresponde a mujeres jóvenes entre 13- 20 años. (8 Pac.) Y las mujeres añosas con 16.3 %.(13 Pac.)}

En el año 2016, el grupo etáreo de 21-25 años tiene el mayor porcentaje con 33.8 % Luego sigue el grupo etáreo de 26-30 años con 23.7 %. Con 16.9 % están los grupos etáreos de 13-20 años y las mujeres de 31-35 años. Y las mujeres de mayor edad a partir de 35 años con 8.5 %.

Se observa que en el 2016 hasta los 25 años corresponde el 50.7 % de cesáreas. Quiere decir que la mayoría de gestantes son muy jóvenes.

TABLA 02

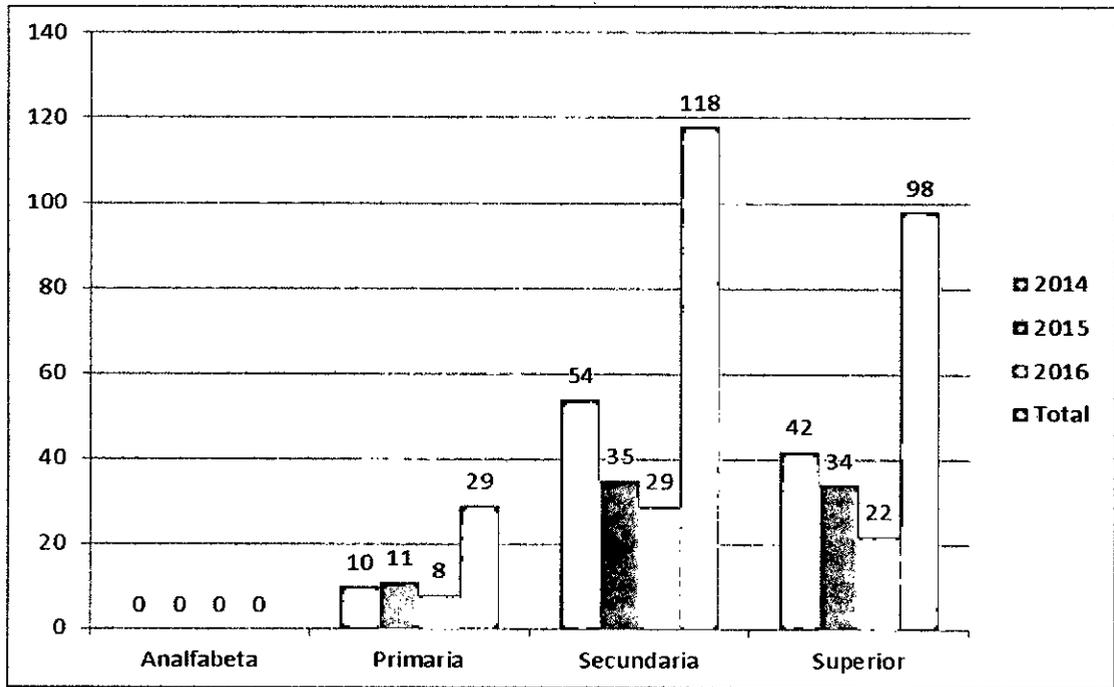
Distribución de pacientes en el post-operatorio inmediato de cesárea según Grado de Instrucción en el Hospital I EsSalud –Sullana 2014-2016.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA						TOTAL	
	2014		2015		2016			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ANALFABETA	0	0	0	0	0	0	0	0
PRIMARIA	10	9.4	11	13.7	08	13.5	29	11.8
SECUNDARIA	54	50.9	35	43.7	29	49.1	118	48.1
SUPERIOR	42	39.6	34	42.5	22	37.2	98	40.1
TOTAL	106	100	80	100	59	100	245	100.0

FUENTE: Libro de registro de Pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital I EsSalud Sullana. 2014-2016

GRÁFICO 02

Distribución de pacientes en el post-operatorio inmediato de cesárea según Grado de Instrucción en el Hospital I EsSalud –Sullana 2014-2016.



FUENTE: Libro de registro de Pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital I EsSalud Sullana. 2014-2016

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS: Los datos reflejan que un total de 48% de pacientes tienen grado de instrucción secundaria, durante los tres años (2014, 2015, 2016) 118 pacientes post-cesareadas .seguidos de un 40% tienen instrucción superior (98 Pac.)y sólo un 11.8 % tiene instrucción primaria (29 Pac.) Todas las pacientes tienen algún grado de instrucción. Por ser pacientes aseguradas hay un alto porcentaje con grado de instrucción superior, ósea profesionales que trabajan en las diferentes instituciones y empresas de la provincia de Sullana.

TABLA 03

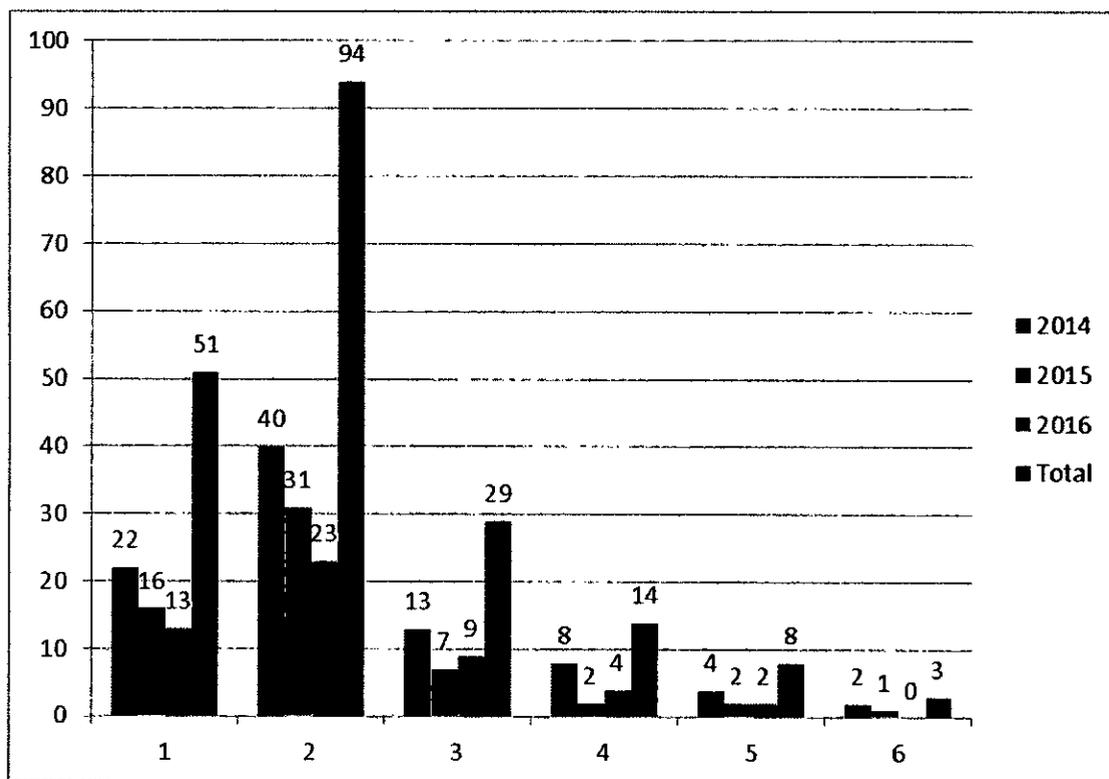
Distribución de pacientes en el post-operatorio inmediato de cesárea según el Número de hijos en el Hospital I EsSalud –Sullana 2014-2016.

N° DE HIJOS	2014		2015		2016		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRIMIGESTA	1	14.2	22	27.5	10	16.7	47	16.7
01	22	20.8	16	20.0	13	22.0	51	22.0
02	40	37.8	31	38,8	23	38.8	94	38.8
03	13	12.4	07	8.7.	09	16.8	29	15.2
04	08	7.7	02	2.4	04	6.6	14	6.6
05	04	3.9	02	2.4	02	3.4	08	3.4
06	02	1.9	01	1.3	00	00	03	1.3
TOTAL	106	100 %	80	100 %	59	100%	245	100%

FUENTE: Libro de registro de Pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital I EsSalud Sullana. 2014-2016

GRÁFICO 03

Distribución de pacientes en el post-operatorio inmediato de cesárea según el Número de hijos en el Hospital I EsSalud –Sullana 2014-2016.



FUENTE: Libro de registro de Pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital I EsSalud Sullana. 2014-2016

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Los datos reflejan que el mayor porcentaje de mujeres del estudio tienen dos hijos con un 38.8 % en total. (94 Pac.) Sigue el 22 % de mujeres que tienen un solo hijo. (51 Pac.)

Son primigestas, 47 pac. Con 16.7 %. El 15.2 % tienen tres hijos. Y las mujeres que tienen cuatro, cinco y seis hijos tienen un bajo porcentaje.

Se concluye que después de la cesárea el mayor porcentaje de mujeres tiene tres hijos .

TABLA 04

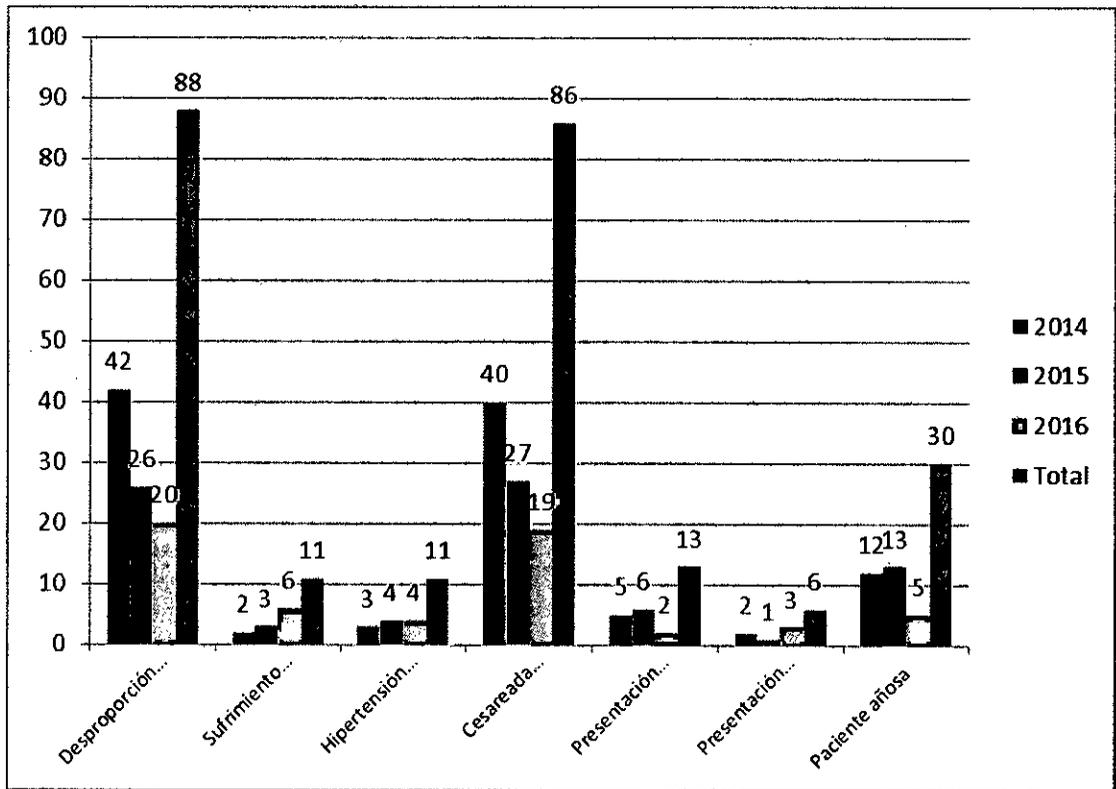
Distribución de pacientes en el post-operatorio inmediato de cesárea según el antecedente obstétrico en el Hospital I EsSalud –Sullana 2014-2016.

ANTECEDENTE OBSTÉTRICO	FRECUENCIA						TOTAL	
	2014		2015		2016		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
DESPROPORCIÓN CEFALO-PELVICA	42	42.5	26	32.5	20	33.8	88	35.9
SUFRIMIENTO FETAL	02	1.9	03	3.7	06	10.1	11	4.5
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	03	2.8	04	5.0	04	6.8	11	4.5
CESAREADAS ANTERIOR	40	39.6	27	33.7	19	32.3	86	35.1
PRESENTACIÓN PODÁLICA	05	4.7	06	7.5	02	3.5	13	5.3
PRESENTACIÓN TRANSVERSA	02	1.9	01	1.3	03	5.0	06	2.5
PACIENTE AÑOSA	12	11.3	13	16.3	05	8.5	30	12.2
	106		80	100%	59	100 %	245	100 %

FUENTE: Libro de registro de Pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital I EsSalud Sullana. 2014-2016

GRÁFICO 04

Distribución de pacientes en el post-operatorio inmediato de cesárea según el antecedente obstétrico en el Hospital I EsSalud –Sullana 2014-2016.



FUENTE: Libro de registro de Pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital I EsSalud Sullana. 2014-2016

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Según frecuencia y porcentaje de antecedentes obstétricos para intervención quirúrgica de cesárea se indica que el 35.9 % corresponde a la desproporción cefalopélvica (88 Pac.) Luego, el 35.1 % corresponde a cesareadas anterior (86 Pac.). El 12.2 % corresponde a pacientes añosas.(30 Pac) Los menores porcentajes son por presentación transversa y sufrimiento fetal. La hipertensión gestacional está con 4.5 %

TABLA N° 05

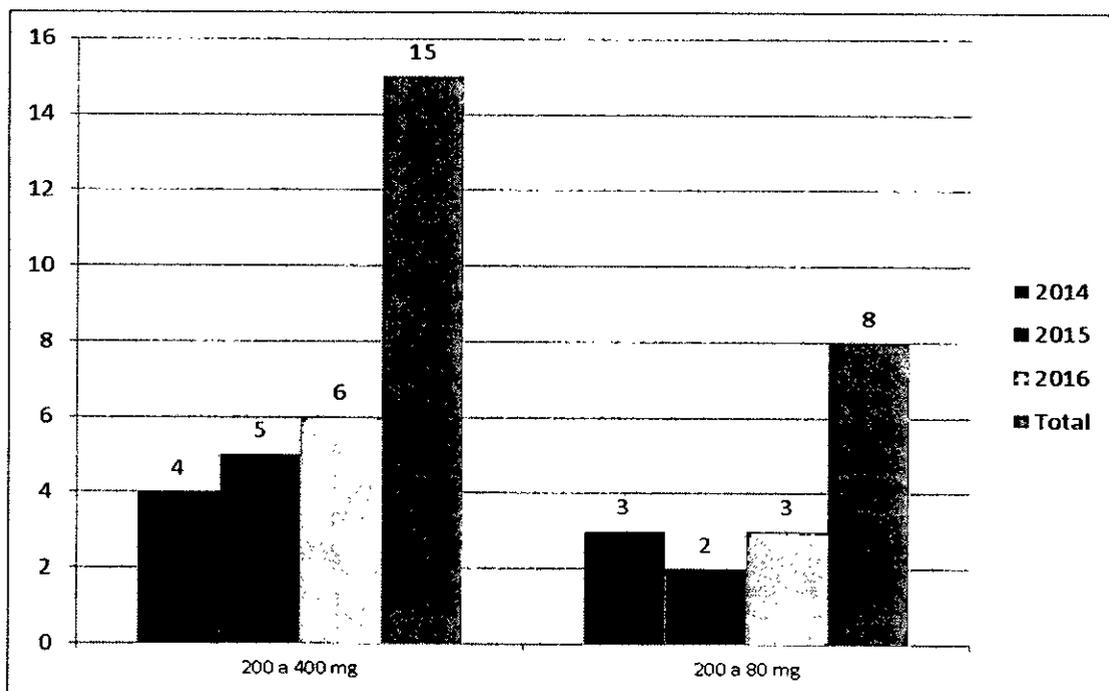
Distribución de pacientes en el post-operatorio inmediato de cesárea según la administración de Misoprostol en el Hospital I EsSalud – Sullana 2014-2016.

DOSIS DE MEDICACIÓN	FRECUENCIA						TOTAL	
	2014 (106 Pac.)		2015 (80 Pac.)		2016 (59 Pac.)		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
MISOPROSTOL 200 mg. a 400 mg.	04	6.6	05	6.2	06	10.1	15	6.1
MISO PROSTOL 200 mg. a 80 mg.	03	2.8	02	2.5	03	5.0	08	3.2
TOTAL	07	6.6	07	8.7	09	15.2	23	9.3

FUENTE: Registros de medicamentos en Farmacia .Registro de Sala de operaciones .Medicamento controlado. 2014-2016

GRÁFICO N° 05

Distribución de pacientes en el post-operatorio inmediato de cesárea según la administración de Misoprostol en el Hospital I EsSalud – Sullana 2014-2016.



FUENTE: Registros de medicamentos en Farmacia .Registro de Sala de operaciones. Medicamento controlado. 2014-2016

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: del total de pacientes post-operadas de cesárea EL 9% recibió misoprostol por sangrado excesivo. Durante los tres años. Asimismo se observa que su utilización va en aumento de 6.6% en 2014 pasó a 15.2 % en 2016.

Recordemos que la causa más común de la hemorragia postparto es la imposibilidad del útero de contraerse adecuadamente (atonía uterina) es por ello que un aspecto fundamental de la prevención de esta complicación es la aplicación de una correcta terapia uterotónica y ante la poca respuesta de oxitocina se utiliza éste medicamento.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la capacitación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle, capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad; eficiente, oportuno y seguro al paciente quirúrgico en las diferentes fases de atención , ya sea en el pre-operatorio intraoperatorio y post-operatorio.
- b) La utilización de Guías de intervención de Enfermería permiten realizar una atención de calidad al usuario; porque ayudan a brindar un cuidado oportuno, seguro, eficiente; unificando criterios de actuación en cada caso.
- c) El manejo de una hemorragia obstétrica debe ser multidisciplinario y con personal calificado lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad en el cuidado de enfermería lo que permitirá contribuir a disminuir la morbimortalidad materna. Asimismo se debe contar con los equipos, insumos y medicamentos suficientes.
- d) En el Hospital I EsSalud Sullana en el análisis de los datos se revela que del total de pacientes sometidas a cesárea entre 2014-2016 el mayor porcentaje corresponde al grupo etáreo de 13- 25 años con un 50 %; quiere decir que la mayoría de gestantes en éste hospital son jóvenes. El 48 % de pacientes evaluadas tienen secundaria. El 38.8 % son según digestas ósea tendrán su tercer hijo. El antecedente obstétrico de mayor porcentaje es la desproporción cefalopélvica con 35.9 %.

VII.- RECOMENDACIONES

- a) Capacitación constante del personal que labora en áreas críticas obstétricas (sala de e partos, URPA, centro quirúrgico, emergencia) con la intención de estandarizar las acciones en la identificación temprana de factores de riesgo, manejo adecuado y soporte hemodinámico suficiente y oportuno en las hemorragias postparto.
- b) Se recomienda al profesional de enfermería de la URPA, aplicar permanentemente guías y protocolos de atención de Enfermería, actualizados y simplificados para un manejo oportuno y eficaz, sobre todo en grupos vulnerables como pacientes de post cesárea. Con instrumentos de valoración post- anestésica específicos en éste grupo de pacientes.
- c) Toda área critica obstétrica debe contar con las claves azul, roja y amarilla, lo cual le permitirá un manejo adecuado y oportuno .Implementar el Banco de Sangre del Hospital I EsSalud Sullana para poder transfundir en forma inmediata en caso se requiera ,cuando las pacientes presenten sangrado excesivo.
- d) Reforzar e implementar educación a las adolescentes sobre educación sexual y reproductiva y mejorar el acceso de los servicios a éste grupo etáreo que es el mas vulnerable de presentar complicaciones en el parto. Reforzar la atención primaria en colegios.

VIII.- REFERENCIALES

1. PACORA P lwByRMOM. Desproporció feto pélvica en un hospital de Lima. [Online].; 2017.
2. OMS. Guía para la prevención de la Hemorragía postparto. ; 2011.
3. Dr. Abalos EDAIDGO. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia post parto. Argentina.; Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 2012.
4. Salvatierra V RC. Gestión del cuidado esencia de ser enfermera. [Online].; 2014.
5. Tercero P. Características de las pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato. 2013..
6. Montero L. Características de las pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato. 2015..
7. PUMA J DJCC. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término de periodo. Lima;; 2015.
8. C M. Cesárea iterativa como factor de riesgo para hemorragia postparto. Trujillo: Hospital Belén; 2016.
9. Cusirramos G. Factores asociados a la hemorragia post parto inmediato por atonía uterina. Lima;; 2016.
10. Williams Obstetricia CGGNLKGHLHKWK. Parto por cesárea e histerectomía posparto. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.; 2011.
11. OMS CO. Salud maternal y perinatal: Hemorragia post parto. [Online].; 2017.
12. Cabrero R SDCE. Obstetricia y Medicina Materno Fetal. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.; 2008.
13. Homeyr G MB. Hypovolemic shock. ; 2001.
14. HARRISON. Principios de la medicina interna. In.; 2012.
15. Torales CM ZMSPLS. Estados hipertensivos del embarazo. ; 2003.
16. Long BCPWJ. Enfermería quirúrgica. ; 2010.
17. Suddarth B. Enfermería médico quirúrgico; 2013.