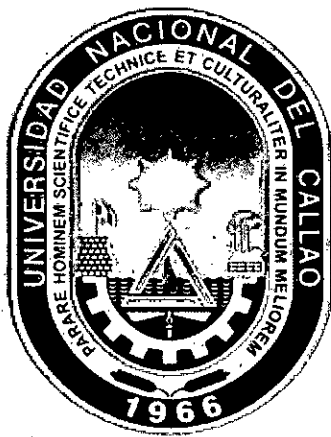


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POST OPERATORIO
INMEDIATO A PACIENTES CESAREADAS DEL HOSPITAL II
ESSALUD HUARAZ – ANCASH, 2014 – 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO**

MILAGROS ELITA NEGLIA CERMEÑO

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA SECRETARIA
- DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 415-2017

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 30/10/2017

Resolución Decanato N° 2694-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	18
2.3 Definición de Términos	47
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	48
3.1 Recolección de Datos	48
3.2 Experiencia Profesional	49
3.3 Procesos Realizados del Informe	57
IV. RESULTADOS	60
V. CONCLUSIONES	66
VI. RECOMENDACIONES	67
VII. REFERENCIALES	68
ANEXOS	70

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional titulado “Cuidados De Enfermería En El Post Operatorio Inmediato a Pacientes Cesareadas Del Hospital II EsSalud Huaraz – Ancash, 2014 – 2017”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes post operados inmediatos de Cesáreas. Asimismo, contribuirá a identificar oportunamente el riesgo y las complicaciones que puede presentar el usuario, lo cual es un paso muy importante para prevenir las complicaciones y riesgo de muerte producidas por una hemorragia post parto, a fin de obtener, disminuir las complicaciones, y mejorar así su calidad de vida. El profesional de enfermería en Centro Quirúrgico cuenta actitud científica y responsable que ejercerá el cuidado del usuario asegurado en su proceso quirúrgico pre, intra y post operatorio inmediato, estando capacitado para planificar, ejecutar y evaluar la atención de salud del usuario. Teniendo en cuenta la personalización de los cuidados como factores culturales, edad, grado de instrucción del paciente, asimismo incorporar a la familia en el cuidado y tratamiento del paciente asegurado. El presente informe consta de VII apartados, I: planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, III: considera la presentación de la experiencia profesional, IV: resultados; V: conclusiones, VI las conclusiones y el VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos(1).

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1 Descripción de la Situación Problemática

El Hospital II EsSalud de Huaraz – Ancash brinda atención médica especializada a la población asegurada de la ciudad de Huaraz, Carhuaz, Yungay, Caraz, Huari y Piscobamba, por lo que la atención a la población asegurada es deficiente no solo en el trato directo con los pacientes; sino también en infraestructura, insumos, y en atención profesional; por lo que los usuarios manifiestan su inconformidad con la atención prestada.

El servicio de centro quirúrgico consta con las áreas que pre quirúrgico (recepción del paciente y verificación de formatos de historia clínica e insumos) no tiene un ambiente donde recibir a los pacientes; Quirófanos (donde se realizan las intervenciones quirúrgicas), solo se cuentan con dos quirófanos completamente equipados, con instrumental necesario para cirugías convencionales, ginecológicas, traumatológicas, oftalmológicas y cirugías ambulatorias; y el área de post quirúrgico o denominado sala de recuperación anestésica; cuenta con un ambiente amplio donde se recepciona hasta cuatro pacientes simultaneo con monitores de funciones vitales y cuatro puntos de oxígeno empotrados.

El desempeño del personal de enfermería se mide de acuerdo a la calidad de la atención, desempeñando el proceso de atención de

enfermería en el cuidado del paciente; en el servicio de centro quirúrgico es esencial la intervención de enfermería en la unidad de Recuperación Post Anestésica por que se interactúa directamente con el paciente en su estado crítico (inconsciente).

En el hospital II EsSalud Huaraz se realizan cesáreas en un 42.6%, siendo una de las cirugías con más incidencia en la atención del usuario asegurado, por lo cual decido desarrollar los cuidados en enfermería en el paciente post operado inmediato de cesárea; teniendo presente las complicaciones que pueden mantener en riesgo como es el shock hipovolémico por hemorragia ocasionada por una atonía uterina.

Esta complicación es impredecible la hemorragia post parto producida por una atonía uterina ya que se puede presentar en un parto distócico como en un parto eutócico y debemos estar preparados; A nivel internacional la OMS la a declarado como una causa de mortalidad materna, que en la actualidad se trata de evitar a toda costa por tener todos los conocimiento e insumos para evitarlo (11).

Hoy en día es una complicación que se puede prevenir con la atención de enfermería post quirúrgica en sala de recuperación, realizando los masajes adecuados, por el tiempo prudente y desarrollando un balance hídrico adecuado en beneficio del paciente

El profesional de enfermería en Centro Quirúrgico cuenta actitud científica y responsable que ejercerá el cuidado del usuario asegurado en su proceso patológico agudo o crónico, estando capacitado para planificar, ejecutar y evaluar la atención de salud del paciente en el servicio de centro quirúrgico. Teniendo en cuenta la personalización de los cuidados como factores culturales, edad, grado de instrucción del paciente, asimismo incorporar a la familia en el cuidado y tratamiento del paciente.

En la ciudad de México se realizó un análisis comparativo sobre Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» y en el Hospital Ángeles México. Donde se llega a la siguiente conclusión. De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa que la mayoría de las pacientes contaba con algún antecedente quirúrgico uterino previo como factor de riesgo; el que más frecuentemente se observó fue el antecedente de cesárea previa a la histerectomía, siendo hasta del 100% en el Hospital Ángeles de México. De tal manera que sería conveniente reducir la práctica de dicha técnica y promover la resolución obstétrica por vía vaginal, incrementando así el número de atención por parto con el fin de disminuir los procedimientos quirúrgicos uterinos y brindar un mejor futuro obstétrico a nuestras pacientes (6). (México 2008).

Se Realizó un trabajo de investigación "Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes a realizarse en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel desde septiembre 2012 a febrero del 2013" Guayaquil, Ecuador donde se concluye que: De los 60 casos estudiados todos fueron por vía vaginal, la sintomatología inicial como manifestación de la pérdida hemática fue palidez y mareo en el 25%, la causa de la hemorragia postparto que mayormente se observó fue la retención de restos placentarios (50%) seguida la hipotonía (42%). Las complicaciones derivadas del cuadro hemorrágico fue la anemia en el 50% de mujeres y el otro 50% no presentó ninguna complicación, lo que refleja que hubo un manejo oportuno y adecuado de las pacientes. Concluimos que se idéntica tempranamente los cambios hemodinámicos de las púerperas se pueden prevenir las complicaciones (2).

En nuestro país se desarrollo un trabajo de investigación denominado Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato : estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003 y se llegó a las siguientes conclusiones: Los factores de riesgo identificados son la retención de restos placentarios y los desgarros de cerviz, vagina y periné, los dos factores en partos por vía vaginal mas no se presentaron factores de riesgo en partos por cesárea.

Una paciente que presentó el factor de riesgo de retención restos placentarios tuvo 9.7 veces más riesgo de hacer una HPP en comparación a las que no presentaron el factor. Mientras que otra paciente que presentó el factor de riesgo de desgarro cervicovagino perineal tuvo 6.09 veces más riesgo de sufrir una HPP en comparación a las que no presentaron el factor. La frecuencia de HPP en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período de estudio fue de 3.03 %. El promedio de la diferencia de Hto pre y post parto en los casos de HPP fue de 11.59% (9).

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en la atención del paciente post operado inmediato de cesárea, realizadas en el hospital II EsSalud Huaraz – Ancash 2014 - 2017”

1.3 Justificación

El presente informe tiene como finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes sometidos a una cesárea al brindar los cuidados de enfermería; para así disminuir el riesgo de presentar Hemorragia Post Parto; En sala de recuperación del servicio de centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huaraz en periodo 2014 - 2017; con el propósito de disminuir el

riesgo de muerte y de complicación (Histerectomía) en el usuario sometido a una cesárea. Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben tener al monitorizar a un paciente post operado inmediato de cesárea para así poder evitar las complicaciones del mismo las hemorragias post parto. Se brindará capacitación al personal de enfermería que realiza la atención del paciente post operado inmediato de cesárea realizando los masajes adecuados y el balance hídrico requerido para el paciente De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados post operatorios inmediatos de un paciente sometido a una cesárea, para así evitar las complicaciones que puede presentar durante las primeras seis horas de realizada dicha intervención.

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros que atienden a los pacientes post operados inmediatos sometidos a cesárea. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor asistencial en sala de recuperación post anestésica del servicio de Centro Quirúrgico brindar una excelente atención a este tipo de pacientes; para así evitar cualquier complicación que ponga en riesgo la vida del paciente.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, sobre los cuidados post operatorios a pacientes sometidos a una cesárea para así evitar complicaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente.

Nivel Económico: Los pacientes sometidos a cesárea que presentan complicaciones como hemorragia post parto son un gran problema para la salud pública por el alto grado de mortalidad que existe por este motivo las repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan ya que provocan prolongaciones de la estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios y ocasiona en el paciente: pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

PÉREZ MÉNDEZ Jorge Luis, INIESTA MEJÍA Antonio, VÁZQUEZ LÓPEZ Alejandro “**Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza y en el Hospital Ángeles**” (México 2008). Análisis comparativo La histerectomía obstétrica es un evento que busca preservar la vida de la mujer. La preparación del equipo tratante reduce la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Este estudio fue de tipo observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y comparativo entre las histerectomías obstétricas que se realizaron en el Hospital General Ignacio Zaragoza y el Hospital Ángeles México durante el periodo de enero de 2005 a diciembre de 2006. El objetivo principal fue el identificar las diferencias en el manejo y la incidencia relacionada con la histerectomía obstétrica en ambos hospitales. Otros datos considerados fueron: Indicaciones y tipos de histerectomía, complicaciones y días de estancia hospitalaria, así como ciertas características maternas tales como edad, paridad e historia obstétrica. Se realizaron 19 histerectomías obstétricas totales y seis subtotales que corresponden al 76 y 24%, respectivamente. Entre los resultados obtenidos, se observa que la atonía uterina fue la indicación más común (44%), seguida de placenta acreta (28%) (6). (México 2008)

OBREGÓN YÁNEZ Luisa E. (2007) "Primigesta de edad avanzada" Venezuela (2007).

Objetivo: Comparar las primigestas de 35 años y más, atendidas en dos lapsos con 10 años de diferencia, en el control prenatal, evolución del trabajo de parto y parto, intervenciones, abortos así como las complicaciones materno fetales, entre sí y con las cifras totales de la maternidad. Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y comparativo de las historias médicas de 98 y 89 primigestas de edad avanzada, localizadas mediante la revisión de los libros de admisiones desde 1° de enero al 31 de diciembre de 1993 y 2003. La inferencia estadística se realizó mediante la decima de Chi cuadrado (X^2) y de Z para la comparación de medias y porcentajes. Ambiente: Maternidad "Concepción Palacios", Caracas. Venezuela.

Resultados: En los dos lapsos la incidencia fue de 0,38 % y 0,42 %, el promedio de edad 37,42 y 37,99 años, el 93,42 % y el 94,45 % refirieron haber realizado control prenatal la mayoría a nivel de hospitales privados, el número de consultas y de exámenes complementarios realizados aumentaron en el segundo lapso, las complicaciones del embarazo fueron numerosas predominando los trastornos hipertensivos del embarazo, en el 46 % y 52 % se realizó cesárea la mayoría de emergencia, las complicaciones intra y posparto y neonatal numerosas sin diferencias significativa. La

mortalidad neonatal fue cuatro veces mayor que la de la Maternidad "Concepción Palacios" y hubo 2 muertes maternas en el segundo lapso. Conclusiones: Encontramos un aumento importante de la morbilidad materna predominando los trastornos hipertensivos del embarazo, del ingreso de pacientes multirreferidas, de la incidencia de cesáreas, de la morbimortalidad perinatal y de la mortalidad materna por ello se debe considerar a la primigesta de edad avanzada como un embarazo de muy alto riesgo en nuestra institución(8). **(Venezuela 2007).**

MUÑOZ HIDALGO, Karla Izamara (2013) "Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes a realizarse en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel desde septiembre 2012 a febrero del 2013" Ecuador (2013).

Las hemorragias postparto constituyen la primera causa de muerte materna a nivel mundial y nacional, cuando no puede controlarse o tratarse adecuadamente puede llevar rápidamente al shock y a la muerte. De ahí que sea una de las complicaciones obstétricas más temidas que ocurren durante el puerperio y que la convierten en una de las tres primeras causas de muerte materna. Nos propusimos determinar la incidencia de las complicaciones derivadas de las hemorragias postparto en adolescentes de 14_19

años de edad, para ello realicé un estudio de corte transversal mediante encuestas previamente elaboradas y en las que se mencionaba la edad, antecedentes gineco – obstétrico, pérdida hemática , causa de la hemorragia postparto, complicaciones y tratamiento. Posteriormente se tabularon los datos obteniendo los siguientes resultados: el grupo etario mayormente representativo corresponde a 25 mujeres de edad comprendida entre los 16_17 años, las mismas que representan el 41% del total de los casos, en lo que respecta a la paridad observamos que 44 puérperas (73%) son nulíparas. Es importante resaltar que el 67% de las pacientes objeto de nuestro estudio presentaron pérdida hemática considerable evaluada por el número de paños utilizados. De los 60 casos estudiados todos fueron por vía vaginal, la sintomatología inicial como manifestación de la pérdida hemática fue palidez y mareo en el 25%, la causa de la hemorragia postparto que mayormente se observó fue la retención de restos placentarios (50%) seguida la hipotonía (42%). Las complicaciones derivadas del cuadro hemorrágico fue la anemia en el 50% de mujeres y el otro 50% no presentó ninguna complicación, lo que refleja que hubo un manejo oportuno y adecuado de las pacientes. Concluimos que se identificó tempranamente los cambios hemodinámicos de las puérperas se pueden prevenir las complicaciones (7). **(Ecuador 2013).**

CEVALLOS, Ivanma Yorga, AVALOS GAIBOR Clara María Soledad, TIXE PADILLA María Soledad (2014) “Factores Causales Relevantes De Hemorragia Post Parto Céfaló Vaginal En Pacientes Múltiparas Atendidas En El Servicio de Gineco-Obstetricia del “Hospital General Dr. Enrique Garcés” Quito, período Septiembre del 2012 – (Agosto 2013).

La hemorragia posparto es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, dentro de las hemorragias la que mayor magnitud adquiere es la que se presenta en el período de alumbramiento y puerperio inmediato; la Hemorragia post parto contribuye con más del 75% de las complicaciones graves que ocurren en la primeras 24 horas del período post parto; en el Ecuador aproximadamente entre unas 500 a 700 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. El objetivo principal de esta investigación es caracterizar los factores causales relevantes de hemorragia post parto céfaló vaginal en pacientes múltiparas y tiene como propósito servir de herramienta de apoyo a los médicos que tienen la responsabilidad del cuidado y la atención de las mujeres embarazadas, con riesgo o con diagnóstico de hemorragia post parto (2). **(Ecuador 2013).**

SALAZAR PONCE, Shojanny; VACA VEGA, Wendy Vanessa
“Riesgos Y Beneficios Maternos Asociados Con Parto Por
Cesárea En Unidades De Salud Del Ecuador Desde Septiembre
Del 2004 A Marzo Del 2005”

Problema: En países en vías de desarrollo, a inicios del 2000 la tasa de cesárea habrá aumentado hasta un 50% en algunas regiones del mundo. El aumento en el número de partos por cesárea se asocia con morbilidad materna severa, sea programada o electiva, constituyendo un riesgo materno y perinatal. Objetivo: Describir los riesgos y beneficios maternos asociados a la cesárea en una muestra de 18 unidades de salud del Ecuador desde septiembre del 2004 a marzo del 2005. Metodología: Este estudio es de tipo analítico, transversal, observacional de fuente secundaria en 12484 mujeres, en el que se utilizó la base de datos recogidas en Ecuador del estudio multicéntrico realizado por la OMS en el año 2005. Resultados: Se encontró que del total de partos, 40% fueron por cesárea, predominaron las cesáreas electivas (21,7%), seguido por cesáreas intraparto (12,2%) y finalmente cesáreas de urgencia con el menor porcentaje (6,5%). Las indicaciones maternas en orden de importancia son: la desproporción céfalo pélvica (36.2%), cesárea previa (33.6%), ligadura tubárica/esterilización (10.2%), entre otras. Para la morbilidad los riesgos más altos son preeclampsia y

eclampsia (OR: 8.0) seguido de número de nacimientos previos (OR: 2.4) y anemia severa/megaloblástica (OR: 2.3). Para el uso de antibióticos como indicadores de infección fueron el modo de terminación del parto por cesárea (OR: 9.7) un factor de riesgo fuerte y la anemia severa/megaloblástica (OR: 2.3) un factor de riesgo moderado. Conclusiones y Recomendaciones: El primer reto que tiene el Estado es fijar políticas de salud claras en relación a las indicaciones de cesáreas para disminuir el 40.4% existente a menos del 30% (10). **(Ecuador 2005).**

PARIGUANA LÓPEZ, Jenny Marisa, SANTOS YAURICAZA, Yessica “Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato: estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003”

OBJETIVOS: Determinar los factores de riesgo de la Hemorragia Post Parto (HPP) inmediato. Identificar la frecuencia de la HPP inmediato. Determinar la diferencia de Hematocrito pre y post parto en los casos de HPP inmediato. **DISEÑO:** Estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyó puérperas inmediatas con valores de Hematocrito pre y post parto cuya diferencia fue mayor o igual al 10% que presentaron una pérdida sanguínea cuya estimación clínica fue

mayor 500 ml. en partos por vía vaginal y mayor a 1000ml en partos por cesárea, además de haber presentados signos clínicos de descompensación hemodinámica, todos los parámetros anteriores dentro de las 24 primeras horas post parto. Se encontraron 86 casos que se estudiaron con 86 controles que fueron apareados por grupos de edad y tipo de parto. Se realizó el análisis de regresión logística múltiple, Oddsratio (OR) con intervalo de confianza de 95%. RESULTADOS: La frecuencia de HPP fue del 3.03%(cesáreas: 2.63%, partos vaginales: 3.21%). Los factores de riesgo encontrados fueron : retención de restos placentarios (OR=9.75 ; p=0.001) todos los casos en partos por vía vaginal y desgarros de cérvix, vagina y periné (OR= 6.09; P=0.005) igualmente todos los casos en partos por vía vaginal. Se encontraron dos factores asociados a HPP que tuvieron el valor de p significativo: la retención de coágulos y la coagulopatía por consumo, sin embargo al realizarse el análisis univariado y multivariado no se llegó a la conclusión de que fueran factores de riesgo por la proporción del número de casos en relación a la muestra total. El promedio de la diferencia de Hto pre y postparto en los casos de HPP fue del 11.59%(12% en las cesáreas y 10% en partos por vía vaginal). CONCLUSIONES: Los factores de riesgo identificados son la retención de restos placentarios y los desgarros de cerviz, vagina y periné, los dos factores en partos por

vía vaginal mas no se presentaron factores de riesgo en partos por cesárea. Una paciente que presentó el factor de riesgo de retención restos placentarios tuvo 9.7 veces más riesgo de hacer una HPP en comparación a las que no presentaron el factor. Mientras que otra paciente que presentó el factor de riesgo de desgarro cervicovagino perineal tuvo 6.09 veces más riesgo de sufrir una HPP en comparación a las que no presentaron el factor. La frecuencia de HPP en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período de estudio fue de 3.03 %. El promedio de la diferencia de Hto pre y post parto en los casos de HPP fue de 11.59% (9) (Perú 2004).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 CESÁREA:

A. Definición

Una cesárea es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. La OMS suele recomendar su uso cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas, que según la NOM-007 debiera ser utilizada únicamente en el 15% de los embarazos.

B. Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de cesáreas entre todos los nacimientos en los países desarrollados está entre el 10 % y el 15 %, comparado con cerca de 20 % en el Reino Unido y 23 % en Estados Unidos. En 2003, la tasa de cesáreas en Canadá fue de 21 %, con variaciones regionales. En años recientes se han generado preocupación porque la operación se realice frecuentemente por otras razones diferentes a la necesidad médica. Por ejemplo, a los críticos les preocupa que las cesáreas se realicen porque económicamente dan más utilidad para el hospital, o porque una cesárea rápida es más conveniente para un obstetra que un largo parto vaginal. Se han formado organizaciones para aumentar la conciencia pública sobre las cesáreas y su incidencia que crece considerablemente. Los partos atendidos por parteras y fuera del hospital se asocian a una tasa mucho menor de cesáreas, controlada por todos los indicadores maternos y fetales relevantes (4).

C. **Clasificación:** Cesárea horizontal y cesárea vertical, representadas sobre la pintura El nacimiento de Venus, de W.-A. Bouguereau.



Hay varios tipos de cesáreas:

- La incisión clásica es **longitudinal en la línea media**, lo que permite mayor espacio para el parto. 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 más fácil.
- Una **cesárea histerectomía** es el parto mediante cesárea y posterior extracción del útero, que se puede realizar en casos de sangrado intratable o cuando la placenta no se puede separar del útero.
- Algunas veces se han practicado otros tipos, como la **extraperitoneal**.

Indicaciones



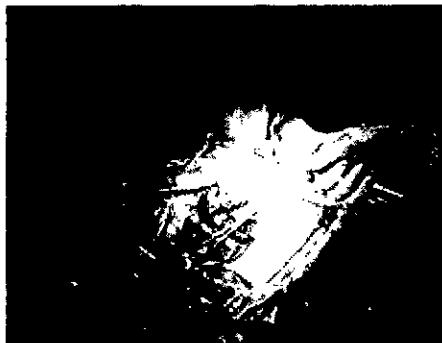
Recién nacido obtenido por cesárea de una madre de 15 años de edad con hipertensión severa inducida por el embarazo.

Los ginecólogos recomiendan la cesárea cuando el parto vaginal puede ser arriesgado para el niño o la madre. Algunas posibles razones son:

- parto complicado prolongado o distocia: pelvis anormal, agotamiento materno, malformaciones uterinas, posición fetal anormal, asinclitismo, hidrocefalia, pelvis demasiado estrecha.
- sufrimiento fetal aparente
- sufrimiento materno aparente
- complicaciones como preeclampsia o eclampsia
- nacimientos múltiples
- mala colocación del bebé, (cabeza hacia arriba en lugar de hacia la pelvis)
- presentación anormal
- inducción del trabajo de parto fallida
- parto instrumental fallido
- macrosomía (bebé muy grande)
- placenta muy baja o placenta previa
- pelvis contraída
- evidencia de infección intrauterina
- algunas veces, cesárea previa
- problemas de curación del periné, derivados del parto o de la Enfermedad de Crohn, por ejemplo.

Sin embargo, diferentes especialistas pueden diferir en cuanto a sus opiniones sobre la recomendación de una cesárea. Un obstetra puede sentir que una mujer es muy pequeña para parir a su bebé, pero otro puede estar en desacuerdo. De forma similar, algunos proveedores de cuidado pueden determinar que el parto no progresa más rápidamente que otros. Estos desacuerdos ayudan a explicar por que las tasas de cesáreas son diferentes entre hospitales y médicos (4).

Riesgos



Sutura de la cara anterior del útero después de la extracción por cesárea de un bebé.

Estadísticas de los años noventa sugieren que al menos una mujer por cada 2500 que tengan cesárea morirá, comparado con una en 10.000 para el parto vaginal. La mortalidad sigue en descenso, pero el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido declaró que el riesgo de muerte es tres veces el de un parto vaginal. Sin embargo, no es posible comparar directamente las tasas de mortalidad de los

partos vaginales y por cesárea porque las mujeres que tuvieron la cirugía tenían mayor riesgo.

Los bebés nacidos por cesárea suelen tener problemas iniciales para respirar. Además puede ser difícil la alimentación porque tanto la madre como el bebé están afectados por la medicación para el dolor.

Una cesárea es una cirugía mayor, con todos los riesgos y eventos que conlleva. El dolor en la incisión puede ser intenso, y la recuperación completa de la movilidad puede tomar semanas.

2.2.2 HEMORRAGIA POST PARTO: La hemorragia postparto es la pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 24 horas del puerperio. La hemorragia postparto es la causa más importante de hemorragia en el puerperio, la principal causa de muerte materna perinatal en países desarrollados y una causa principal de morbilidad a nivel mundial (5).

A. Clasificación

La hemorragia posparto puede ser dividida en 2 tipos: la hemorragia postparto temprana, que ocurre dentro de las primeras 24 horas del parto, y la hemorragia postparto tardía, que ocurre 24 horas a 6 semanas después del parto. La mayoría de los casos de

hemorragia posparto, superior al 99%, son tempranas. La mayoría de las mujeres con aparición súbita de hemorragia todavía están bajo el cuidado de su proveedor de salud después del parto.

B. Etiología

Las principales causas de hemorragia posparto se definen nemotécnicamente por cuatro «T»s: Tono - por razón de la atonía uterina - Traumatismo físico, Tejido placentario retenido y Trombosis o coagulopatías:

- Atonía uterina: es la incapacidad del útero para contraerse y puede conllevar a sangrado continuo. La retención de tejido placentario puede causar una atonía uterina.
- Traumatismos: los traumatismos durante el parto pueden desgarrar el tejido y vasos sanguíneos del canal del parto, lo que conlleva a sangrado importante.
- Retención de tejido: es cuando porciones de la placenta o del feto permanecen adheridos al útero, lo que puede causar hemorragias.
- Coagulopatías: ocurren cuando hay un fallo en la coagulación lo que puede predisponer a sangrados constantes (5).

C. Diagnóstico

A menudo se añade el criterio de una disminución del 10% en la hemoglobina en comparación con los valores antes del parto como una medida objetiva de laboratorio. Sin embargo, no es una medida

útil en situaciones agudas, ya que puede tomar horas para que las pérdidas de sangre produzcan cambios de laboratorio en las mediciones de glóbulos rojos. Los signos y síntomas de hipovolemia (mareo, taquicardia, síncope, fatiga y oliguria) también son de limitada utilidad, ya que pueden representar los hallazgos normales al final del parto de una mujer joven y sana. Como resultado, cualquier sangrado que tiene el potencial de dar lugar a una inestabilidad hemodinámica, si se deja sin tratamiento, debe ser considerada una hemorragia postparto y tratada como tal.

D. Tratamiento

Toda paciente en quien se sospecha o tenga una evidente hemorragia posparto suele ser tratada de la misma manera que cualquier otro paciente con hemorragia. Se evalúa la efectividad circulatoria por medio de los pulsos, frecuencia cardíaca, presión arterial y el examen de la región perineal. A menudo se coloca a la paciente en la posición de Trendelenburg y se colocan al menos dos vías intravenosas de calibre suficiente para pasar soluciones cristaloides y una posible transfusión sanguínea.

El tratamiento luego se dirige a solventar las posibles cuatro «T»s, pues son las causas más frecuentes de hemorragia postparto:

E. Tono

La atonía uterina debe siempre ser tratada de manera empírica en el comienzo del puerperio. El masaje uterino suele ser suficiente para estimular las contracciones uterinas y ello, por lo general, detiene la hemorragia uterina. La mano del examinador se coloca en la porción inferior del útero para extraer cualquier tejido remanente o coágulos que puedan estar previniendo las contracciones adecuadas. No se acostumbra ejercer presiones excesivas sobre el fondo del útero, ya que esto puede aumentar el riesgo de inversión uterina. Cuando el masaje es aplicado con mucha fuerza sobre un útero ya contraído, puede impedir el desprendimiento de la placenta y puede empeorar el sangrado.

La atonía uterina también se trata con uterotónicos, que son medicamentos que aumentan las contracciones uterinas. Se administra oxitocina, un análogo de la hormona endógena del mismo nombre, entre 20-40 unidades en 1 litro de Ringer lactato a razón de 600 ml / hora para mantener la contracción uterina y controlar la hemorragia. Las ergotaminas, por ejemplo, ergonovina o metilergonovina (Methergin) se pueden utilizar en lugar de, o con el fracaso de la oxitocina, a fin de facilitar las contracciones uterinas. Otras alternativas incluyen el 15-metil-prostaglandina, también conocida como carboprost (0,25 mg IM), y misoprostol (1 mg por vía rectal), que es un análogo de prostaglandina E1 de bajo

costo, se ha utilizado en varios ensayos con buenos resultados en el control de la hemorragia postparto tras el fallo de la oxitocina y la metliergonovina (4).

F. Traumatismos

Si se sospecha una rotura uterina, se emplea un ultrasonido para buscar líquido intra-abdominal, o una ecografía pélvica para evaluar el tejido miometrial en busca de solución de continuidad y buscar aire libre peritoneal. Ocasionalmente se administran antibióticos de amplio espectro y un plan emergente para la laparotomía con un ginecoobstetra o un cirujano general para la reparación de un útero desgarrado.

En caso de encontrarse laceraciones o hematomas, con la presión directa puede ayudarse a controlarse la hemorragia. El sangrado perineal, vaginal y laceraciones cervicales activas deben ser reparadas. Si el sangrado proviene del útero, puede ser detenido con el taponamiento de la cavidad uterina. Esto puede lograrse mediante la introducción de una toalla vaginal o una gasa absorbente en la cavidad uterina. Alternativamente (y suelen ser más fáciles), se usa el globo de Bakri o de Blakemore, los cuales se introducen en el útero e infladas. El balón debe llenarse con la mayor cantidad posible de solución salina para producir suficiente taponamiento. Es importante que el envase se coloque en el útero en vez de en la vagina. Si estos dispositivos no están disponibles,

una sonda Foley con un globo amplio (30 ml o más) puede ser introducido en el segmento uterino inferior.

Los hematomas no deben ser manipulados si no se han extirpado. Sin embargo el aplicar presión leve y continua puede prevenir la expansión de un hematoma. En la mayoría de los casos, las pacientes son hospitalizadas bajo el cuidado de un obstetra.

G. Retención de tejido placentario

Si se identifica la retención de tejido placentario en el útero, se planifica de inmediato para su extracción manual. Ellos suele completarse al insertar la mano del examinador envuelta en gasa hasta el interior del útero con el fin de hacer un leve barrido por la cavidad uterina interna y remover con cuidado los fragmentos placentarios que estén aún adheridos. Por lo general, es un procedimiento incómodo y doloroso para la paciente. A menudo se suele administrar un analgésico que ayude a tolerar el dolor. En casos de placenta accreta, se corrige con laparotomía en la sala de operaciones.

H. Trombosis

Si el hemograma y los estudios de coagulación muestran evidencia de trastornos de la coagulación antes del parto, los especialistas dirigen el final del embarazo de acuerdo con las necesidades de coagulación de la paciente. Una anemia severa puede requerir una

transfusión sanguínea. Para la trombocitopenia puede que se transfundan plaquetas. El plasma fresco congelado se emplea cuando hay deficiencias de los factores de la coagulación.

I. **Atonía uterina**

La **atonía uterina** 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.

Cuando la madre expulsa al bebé y a la placenta, 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.

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 y un intenso dolor con acumulación de coágulos internos (4).

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 sobredistensión uterina. La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección.

Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina. Por lo tanto, una carencia de contracciones uterinas posparto pueden causar una hemorragia obstétrica. Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias posparto son causadas por atonía uterina. Dependiendo del grado de incidencia de la hemorragia es necesaria la administración de fármacos para frenar el sangrado, en los casos graves se requeriría la práctica de la cirugía y en los casos muy graves se procedería a la extirpación del útero.

En cualquier caso, el personal sanitario se encarga de evaluar la gravedad de la hemorragia y adoptar la decisión más oportuna. Esto no sería posible si el parto natural se produjera en el hogar tal y como desean algunas madres y sin la correspondiente asistencia médica, lo que podría derivar en un fatal desenlace.

J. Etiología

Algunos de los factores que predisponen a una pérdida del tono uterino, incluyendo en:

- Sobredistensión 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 preeclampsia con sulfato de magnesio
 - Corioamnionitis
 - Uso de anestésicos halogenados
 - Miomas
 - pueden simplificarse en "4T": TONO (atonía), TRAUMA, TEJIDO (retención de restos) y TROMBINA (alteraciones de la coagulación)
- Múltiples factores predisponentes pueden relacionarse con estas causas.

K. Tratamiento

Masaje uterino bimanual: La primera maniobra a realizar ante una atonía uterina es el masaje bimanual del útero. Consiste en masajear el útero de manera intermitente, hacia abajo desde el abdomen con una mano, y hacia arriba desde la vagina con la otra mano.

La oxitocina, una hormona sintética que se administra por vía intravenosa, es el fármaco de primera elección en el manejo de la atonía uterina (20-50 U diluidas en 1.000 ml de solución glucosada al 5%).

La atonía uterina en el curso de una cesárea puede requerir técnicas quirúrgicas como la sutura de B-Lynch o similares.

Pasos de técnica de saturación B-Lynch:

1. Requiere histerotomía, incluso en caso de parto vaginal.
2. Pasar el primer punto a través del margen derecho de la histerotomía, tal y como se indica en el esquema correspondiente.
3. Pasar la lazada del punto por encima del fundus (de cara anterior a posterior).
4. Entrada de nuevo en la cavidad uterina a través de la cara posterior, a nivel de la histerotomía, que corresponde aproximadamente al punto de inserción de los ligamentos útero-sacos.
5. Por dentro de la cavidad uterina, translación horizontal del hilo. Sacar el punto por la cara posterior, simétrico al anterior, pero en el lado izquierdo.
6. Pasar la lazada de nuevo por encima de fundus, pero en sentido inverso (de cara posterior a anterior).
7. Pasar el punto por la histerotomía, por el lado izquierdo, simétrico al anterior.
8. Hacer el nudo por debajo de la histerotomía”.

L. Tratamiento Quirúrgico Radical: Histerectomía.

Técnica Subtotal más fácil y rápida. - Total: si hay Laceración que se prolonga a cérvix, Placenta previa o placenta accreta de inserción baja. La técnica es similar a la ya conocida, con la única variación que es necesario ligar en primer lugar los vasos uterinos y después el resto de pedículos (5).

2.2.3 Masaje Uterino Para La Prevención De La Hemorragia Postparto

En función de un estudio de pequeña magnitud que estuvo disponible para la evaluación de esta intervención, los autores concluyeron que el masaje uterino sostenido después del manejo activo del alumbramiento puede ayudar a reducir la pérdida de sangre materna media. Sin embargo, los beneficios potenciales del masaje uterino deben sopesarse con el posible dolor y malestar para la madre.

La hemorragia postparto (HPP) es una causa importante de morbilidad materna en todo el mundo. Es la causa principal de muerte materna en las regiones de desarrollo como África subsahariana y en lugares de escasos recursos en países como Egipto. La hemorragia postparto se ha atribuido a un mal tratamiento del alumbramiento, además de factores como nutrición deficiente (anemia), falta de recursos suficientes y acceso a la atención de la salud, demoras en la transferencia de las mujeres al hospital y enfermedades infecciosas (por ejemplo, paludismo).

El manejo activo del alumbramiento demostró ser efectivo en la reducción de la pérdida de sangre y la prevención de la hemorragia postparto en lugares que cuentan con los recursos necesarios. La definición del manejo activo del alumbramiento empleado en los estudios clínicos realizados hasta la fecha incluye pinzamiento y

corte temprano del cordón umbilical y la administración de rutina de fármacos uterotónicos al salir el hombro anterior del neonato. Esto puede o no estar acompañado de masaje uterino. Sin embargo, la OMS, la Confederación Internacional de Parteras (International Confederation of Midwives) y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (International Federation of Gynaecologists and Obstetricians) recomiendan el pinzamiento tardío del cordón umbilical y el masaje de rutina del útero como componentes del manejo activo del alumbramiento (4).

La complicación más frecuente en el nacimiento de un bebe, es el riesgo de producir una hemorragia post parto (HPP) La hemorragia posparto (HPP) se define comúnmente como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto. La HPP es la causa principal de mortalidad materna en países de ingresos bajos y la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo. La mayoría de las muertes provocadas por HPP ocurren durante las primeras 24 horas después del parto: la mayoría de estas podrían evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno y apropiado.

El masaje uterino consiste en realizar movimientos suaves de compresión en forma repetitiva con una mano en la parte inferior del abdomen de la mujer para estimular el útero. Se cree que tales movimientos repetitivos estimulan la producción de prostaglandinas y esto lleva a la contracción uterina y a una menor pérdida de sangre, aunque las mujeres pueden sentir que el masaje es incómodo o incluso doloroso. Faltó claridad con respecto a los efectos del masaje uterino en la prevención de la hemorragia postparto. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión es determinar la efectividad del masaje uterino (después del nacimiento y antes o después de la expulsión de la placenta, o ambos) en la reducción de la pérdida de sangre postparto y la morbilidad asociada (4).

A. MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Se consideraron para su inclusión todos los estudios clínicos controlados aleatorizados que evaluaron el masaje uterino solo (o además de los uterotónicos) antes o después de la expulsión de la placenta, o ambos, en mujeres que tuvieron un parto vaginal o por cesárea. La intervención consistió en el masaje uterino después del nacimiento del neonato y antes o después de la expulsión de la placenta. Los resultados primarios que se estudiaron fueron: pérdida de sangre de 500 ml o más y placenta expulsada después de los 30 minutos posteriores al nacimiento.

Los autores realizaron búsquedas en el Registro de Estudios Clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (marzo de 2008) sin ninguna restricción de idioma. La búsqueda se realizó con la ayuda del coordinador de búsqueda del registro de estudios clínicos. Se evaluó la calidad de los estudios y solo se incluyeron aquellos con ocultamiento de la asignación adecuado (que emplea asignación central y sobres opacos cerrados) o poco claro (pero con una tasa de deserción menor al 10%).

B. RESULTADOS DE LA REVISIÓN

Solo un estudio de pequeña magnitud realizado en Egipto con 200 participantes cumplió con los criterios de inclusión. El ocultamiento de la asignación fue adecuado y no hubo abandonos. Debido a la naturaleza de la intervención, los médicos o participantes no pudieron estar cegados al tratamiento. Los autores de la revisión evaluaron el estudio clínico como de calidad moderada. En el estudio clínico, se asignó aleatoriamente a las mujeres para recibir masaje uterino o no después del manejo activo del alumbramiento, que incluyó el uso de oxitocina de rutina (10 unidades por vía intramuscular). El estudio no mostró una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de la hemorragia postparto (definida como pérdida de sangre de 500 ml o más) entre los grupos de intervención y control (riesgo relativo

[RR]: 0,52; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,16 a 1,67). No se informaron casos de placenta retenida ni transfusión de sangre en ninguno de los dos grupos. La pérdida de sangre media en los 30 minutos posteriores al reclutamiento fue significativamente menor en el grupo de intervención en comparación con el grupo control (diferencia de las medias [DM]: -41,60; IC 95%: -75,16 a -8,04). La administración de uterotónicos adicionales fue significativamente más alta en el grupo control en comparación con el grupo de intervención (RR: 0,20; IC 95%: 0,08 a 0,50). No se informaron resultados como experiencia o molestias maternas en el estudio clínico (5).

C. DISCUSIÓN

• APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

La intervención en este estudio incluyó un masaje uterino sostenido cada 10 minutos, continuando hasta 60 minutos posteriores al nacimiento del neonato, después del manejo activo del alumbramiento. No mostró una diferencia significativa en la incidencia de la hemorragia postparto, probablemente debido a la falta de potencia estadística suficiente. Sin embargo, mostró una pérdida de sangre media significativamente inferior en el grupo de masaje uterino en comparación con el grupo sin masaje. El uso de uterotónicos adicionales también fue más alto en el grupo de

intervención. Se puede alegar que el uso de uterotónicos es una medida subjetiva y como los médicos no estuvieron cegados al proceso, puede considerarse como una fuente de sesgo. El otro tema importante que no se trató en esta revisión es la sensibilidad de las mujeres a que las toquen en la parte inferior del abdomen durante y después del alumbramiento. Las experiencias y la evaluación del dolor de las mujeres es sumamente importante en este proceso, pero estos temas no se informaron en el estudio. En general, aunque la evidencia es extremadamente limitada, el masaje uterino parece tener algunos beneficios en cuanto a la reducción de la pérdida de sangre materna media. Esta conclusión correspondería a todos los lugares (5).

- **IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

Esta es una intervención de bajo costo que sería fácil de implementar en lugares de escasos recursos. No obstante, los directores de programas y diseñadores de políticas deberían considerar temas relacionados con el tiempo y la disponibilidad del personal. Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio, los beneficios potenciales del masaje uterino deben sopesarse con el posible dolor y malestar provocados a la madre. Sería importante tener en cuenta cómo se sienten las mujeres en trabajo de parto sobre el masaje uterino y aplicarlo según la necesidad con sensibilidad y después de dar su autorización por escrito.

- **IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN**

En vista de las limitaciones de este estudio, es necesario realizar estudios clínicos bien diseñados de gran magnitud para evaluar la efectividad del masaje uterino con o sin el uso de uterotónicos. Sería beneficioso tener un enfoque estándar con atención particular a los siguientes temas en el diseño del estudio: mujeres que tuvieron parto vaginal o por cesárea; comparaciones con o sin el uso de uterotónicos de rutina; masaje uterino iniciado antes o después de la expulsión de la placenta; patrón, frecuencia y duración del masaje uterino. Además de la incidencia de la hemorragia postparto y otros resultados clínicos relevantes, es de suma importancia analizar la experiencia de las mujeres en esta intervención.

2.2.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST - OPERATORIOS

La atención al paciente en la etapa postquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación post-anestésica (RPA) o unidad de cuidados post anestésicos (UCPA). Su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso directo a la misma. En la etapa postquirúrgica la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su

vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez. Es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares antes de que el paciente ingrese a la sala de operaciones. Algunos autores clasifican la etapa post quirúrgica en tres fases o periodos: **La Etapa Post-Operatoria Inmediata**, es el periodo en que se proporciona la atención al paciente en la sala de recuperación y durante las primeras horas en la sala de hospitalización.

La Etapa Post-Operatoria Intermedia O Mediata, comprende la atención del paciente durante la convalecencia de la cirugía hasta la pre-alta del paciente.

La Etapa Post-Operatoria Tardía, consiste en la planeación del alta del paciente y la enseñanza de los cuidados en el hogar, así como de las recomendaciones especiales.

Recepción del paciente en la sala de recuperación

Para el traslado a la sala de recuperación post anestésica, el paciente debe ir acompañado por personal de anestesia y por la enfermera (o) circulante, la enfermera (o) del servicio recibe al

paciente del cual se entrega información de los aspectos más importantes como serían:

1. Estado pre-operatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación post-operatoria como: Diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.
2. Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observar si existe reflejo nauseoso.
3. Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.
4. Información sobre el periodo trans-operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales.
5. Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
6. Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).
7. Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
8. Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
9. Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica.
10. Revisión del expediente clínico.

Atención al paciente en la sala de recuperación

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

Objetivos

1. Asegurar la conservación de la función respiratoria adecuada.
2. Vigilar y prevenir la depresión respiratoria.
3. Mantener el estado hemodinámico del paciente.
4. Vigilar el estado de conciencia y condiciones generales del paciente.
5. Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad.

2.2.5 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

A. DOROTHEA OREM (TEORÍA DEL AUTOCUIDADO)

Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia.

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" (11).

B. VIRGINIA HENDERSON (SALUD – CUIDADO – PERSONA - ENTORNO)

Henderson da una definición de enfermería, "asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible".

El modelo de Virginia Henderson (1987) se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

Los elementos más importantes de Virginia Henderson es identificar 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados (12).

- **Salud:** Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel

potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1. Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
2. Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
3. Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
5. Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.
6. Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
7. Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una

- .correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.
8. Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
 9. Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
 10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras
 11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.
 12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo
 13. Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
 14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER)

- **Cuidado:** Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades Fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- **Persona:** como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía (12).

2.3 Definición de Términos:

- a) **Cesárea:** Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto (4).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, formatos de enfermería de URPA de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- Recolección de Datos:
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:
- Análisis e interpretación de resultados:

3.2 Experiencia Profesional

Recuento de la Experiencia Profesional El servicio de sala de operaciones del Hospital II EsSalud constituye uno de los principales servicios críticos, cuenta con un conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos, organizados para la prestación segura, eficaz, eficiente y con calidad en los cuidados anestésicos y quirúrgicos para satisfacer así de demanda de la población asegurada de la ciudad de Huaraz. Centro quirúrgico es un conjunto de dependencias o ambientes que incluyen un cierto número de quirófanos y varios locales anexos, absolutamente integrados funcional y físicamente Está ubicado al nororiente del Hospital II EsSalud de Huaraz contando con 03 salas de operaciones de acuerdo al tipo de especialidad como cirugía general, ginecobstetricia, traumatología y oftalmología, con salas para la realización de procedimientos menores (UCAS)

Inicio mis labores en el Hospital II EsSalud de Huaraz el 27 de Agosto del año 2011, ingresando en la modalidad de contrato por administración de servicios (CAS).

Posteriormente ingresé al servicio de centro quirúrgico sala de operaciones aunque mi experiencia fue realizando la función de enfermera circulante (instrumentista II), logrando ingresar al poco tiempo a ser enfermera instrumentista I de las diversas

especialidades tanto en cirugías laparoscópicas y convencionales, que se desarrollan en el hospital II EsSalud Huaraz.

Las cirugías se llevan a cabo con la rotación adecuada del personal de instrumentista I, a instrumentista II (enfermera circulante), al realizar la función de enfermera circulante se emplean formatos por cada cirugía, donde se desarrolla un plan de cuidados de enfermería en el pre – intra quirúrgico, consumo de materiales y check list de cirugía segura.

Asimismo puedo acotar como experiencia que en el servicio de centro quirúrgico evidenciamos un problema en cuanto a su infraestructura ya que esta fue construida en el año 2002 específicamente para el servicio de ginecobstetricia (sala de partos); pero los Administrativos del hospital en conjunto con la jefatura de enfermería y el cuerpo medico dedican su gestión a mantener implementado nuestro servicio con equipo biomédico de última generación, instrumental nuevo y completo para cada una de las cirugías que se desarrollan en el servicio y así evitar complicaciones que se pueden presentar en cada una de ellas.

Sabemos que cada sala de operaciones debe contar con dos enfermeras, una instrumentista, una circulante y una para recuperación.

Funciones De La Enfermera Especialista En Centro Quirúrgico

La enfermera especialista en Centro Quirúrgico, es una profesional con habilidades y destrezas oportunas, capacitada para proporcionar con rapidez y eficacia los cuidados de enfermería especializados de forma integral, holístico y humanizado al paciente quirúrgico, que se somete a una intervención quirúrgica, trabajando de manera continua con el equipo multidisciplinario.

La atención de Enfermería en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II EsSalud de Huaraz empieza por:

- A. ENFERMERA INSTRUMENTISTA I :** Es la enfermera que va a desempeñar el rol de instrumentar en la cirugía; y para ello se cerciora que el material a utilizar este completo y procede al lavado de manos quirúrgico para así realizar la apertura de los paquetes a utilizar y así armar las mesas (mayo, media luna, etc.) donde se colocara el instrumental y la ropa a utilizar para los cirujanos, se procede al vestido de los cirujanos con la colocación del mandil y el calzado de guantes.

Se da inicio a la instrumentación de acuerdo a los tiempos quirúrgicos y la necesidad del paciente en la cirugía; al término de la cirugía se realiza el lavado de la herida operatoria y se procede a cubrir la misma.

Se procede a recoger el instrumental utilizado, eliminando material punzo cortante como bisturí y agujas en el recipiente de bioseguridad, y se lleva el instrumental sucio al cuarto de lavado para así realizar el pre lavado del instrumental, se hace entrega al personal técnico de enfermería para que realice el lavado y la desinfección del mismo, posteriormente se realiza el preparado del instrumental en sus respectivas cajas, para que sea trasladado a central de esterilización a su respectiva desinfección completa.

B. ENFERMERA DE INSTRUMENTISTA II : es la profesional responsable de equipar el quirófano indicado para la cirugía a realizar, contando con los paquetes de ropa estéril para los cirujanos e instrumentista, paquetes e ropa para la mesa quirúrgica, además colocar el instrumental indicado y posibles piezas que se puedan utilizar durante el acto quirúrgico; también es la encargada de recibir al paciente y de verificar junto al anestesiólogo los formatos adecuado que permiten que una intervención quirúrgica se desarrolle, como el brazalete de identificación del paciente, formato de consentimiento informado, riesgo quirúrgico, solicitud de sala de operaciones, resultados de laboratorio y ayudas diagnosticas (placas de Rx, ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, etc.).

Se encarga de ubicar al paciente en la mesa quirúrgica, y de brindarle comodidad y confort. Es responsabilidad de la enfermera llenar los formatos de cirugía intra operatoria como son plan de cuidados de

enfermería, consumo de materiales y check list de cirugía segura; cada formato debe de tener sellos y firma de los profesionales que han intervenido en la cirugía del paciente, la enfermera instrumentista II se encarga de circular toda la cirugía ayudando a que la intervención quirúrgica se desarrolle de forma optima para beneficio del paciente. Terminada la intervención quirúrgica ayuda a la limpieza del paciente y el traslado de la mesa operatoria a la camilla que será transportado a la sala de recuperación post anestésica (URPA).

C. ENFERMERA DE LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST

ANESTÉSICA: Es la enfermera que traslada al paciente del quirófano a la URPA en compañía del anesthesiologo, lo ubica al paciente en su unidad realiza la valoración del paciente, lo coloca en una posición adecuada y estabiliza al paciente desempeñando las acciones de enfermería de acuerdo a la necesidad del paciente en sus patrones alterados (patrón respiratorio, patrón circulatorio, patrón eliminación, etc.). Para así mantener al paciente termodinámicamente estable y que su recuperación sea optima.

Recibe monitoreo de funciones vitales, monitoreo urinario, sangrado y drenajes (balance hídrico), monitoreo del ALDRETE (teniendo en cuenta el tipo de anestesia), monitoreo del dolor EVA; de acuerdo a las respuestas de estos monitoreos se brindan las acciones de enfermería previa indicación del anesthesiologo ya que el paciente siempre debe de ser evaluado continuamente por el anesthesiologo.

D. FUNCIONES DESARROLLADAS EN LA ACTUALIDAD DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO

FUNCIONES ASISTENCIALES

- Brindar atención especializada e integral a la población asegurada que se somete a una Cirugía ya sea de emergencia o programada.
- Aplicar las medidas de bioseguridad, para evitar las infecciones intra hospitalarias.
- Realiza valoraciones clínicas, en forma oportuna y rápida planear e implementar un plan de cuidados, proporcionando cuidados específicos.
- Ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) al usuario del Servicio de Centro Quirúrgico en el intra y post operatorio.
- Verificar formatos completos para la cirugía (consentimiento informado, riesgo quirúrgico, peso y talla).
- Realizar monitoreo hemodinámico continuo al paciente en el intra y post operatorio.
- Cuidado de catéteres: Catéteres periféricos, catéter venoso central.
- Administrar los medicamentos a los usuarios según prescripción médica (vía oral, vía tópica, vía intramuscular, NPT, vía inhalador y nebulizaciones).
- Cuidados de enfermería: Traqueotomía, cateterismo vesical, diálisis peritoneal, drenajes (pen rose, a presión positiva – hemoback. torácico, Becker), colocación de sonda vesical, catéteres de

derivación ventrículo peritoneal, sonda nasogástrica, sonda oro gástrica, sonda transpilórica, gastrostomía.

- Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.
- Garantizar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante el periodo de observación.
- Mantener la integridad y buen funcionamiento de los equipos, material y enseres del servicio.

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS

- Organizar y distribuir al personal técnico de enfermería en los diferentes tópicos del servicio.
- Verificar los recursos humanos y materiales del servicio.
- Coordinar con otros servicios para solicitar cama para el paciente y trasladarlo a otro servicio.
- Ordenar las historias clínicas del paciente para enviarlos auditar y se realice el traslado a otro servicio.
- Participar en la elaboración del cuadro de necesidades del servicio si fuera requerido.
- Integrar comités, comisiones de trabajo en el campo de enfermería
- Elaborar y remitir los informes técnicos relacionados a las funciones del servicio.
- Asistir y participar en las reuniones técnico administrativas del servicio.

- Informar incidencias y reportes de su competencia a su superior.
- Verificar las indicaciones médicas, realizar el kárdex y el PAE de enfermería.
- Brindar asesoramiento en el campo de enfermería.
- Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.
- Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico y auxiliar de enfermería bajo su supervisión y responsabilidad.
- Elaborar registros de actividades, censos, movimiento de control de equipos, materiales y otros que exista en el servicio, para sistematizar la información.

FUNCIONES DOCENTES

- Realizar actividades de docencia e investigación en el campo de enfermería.
- Asistir y participar en actividades de capacitación relacionadas a enfermería.
- Valora las necesidades de aprendizaje con relación a cuidados a la salud de los usuarios, planea e implementar estrategias de enseñanza para cubrir necesidades, coordina programas de educación continua para el personal y colegas.
- Brindar educación sanitaria al paciente y familia.
- Capacitar al personal nuevo, técnico de enfermería en forma continua para el mejoramiento de las actividades de su competencia

- Orientar e induce al personal nuevo de enfermería respecto a las funciones que se desarrolla en el servicio.

FUNCIONES DE INVESTIGACIÓN

- Participar en la actualización e implementación normas, guías de atención
- y procedimientos, directivas relacionadas con las funciones del servicio.
- Asistir y realizar actividades de investigación en el campo de enfermería
- Recolecta información, realiza y conduce estudios de investigación con relación a la atención de urgencias, se actualiza en literatura de interés en al área de enfermería, hace las funciones de consultor(a).

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Casos Relevantes

Las experiencias captadas en el servicio de centro quirúrgico las hemos denominado oportunidades ya que gracias a ellas hemos podido corregir actitudes y prevenir posteriormente para otros pacientes que pueden presenta complicaciones en nuestro servicio.

El tema a desarrollar se ha considerado por las reiteradas veces que se manifestó esta anomalía en las pacientes que se someten a una cesárea ya sea de emergencia o programada y es la hemorragia post parto; cuando las pacientes sometidas a cesárea eran trasladadas a

la unidad de recuperación post anestésica y ubicadas en su unidad, priorizamos el patrón respiratorio ya que la primera acción de enfermería era colocar soporte de oxígeno y vigilar funciones vitales y se obviaba el masaje uterino, era en ese momento donde había una alteración de las funciones vitales y nos mecanizábamos a la administración de fluidos en este caso el cloruro de sodio al 9% (chorro), y nadie se percataba de la involución uterina hasta que con una paciente se llegó hasta la Histerectomía. Al llegar al extremo de poner en riesgo la vida de una madre, se empezó a hacer la investigación del porque se desencadenaba ese tipo de hemorragias si en la indicación médica estaba la administración de oxitocina 30ui en cloruro de sodio 9% 1000cc a 30 gotas por minuto. Al ver que continuaba la complicación del sangrado abundante en post cesareadas inmediatas se investigó el lote de oxitocinas utilizadas en el servicio y el personal de farmacia (químico farmacéutico) nos refirió que el almacenamiento y conservación de la oxitocina era en refrigeración de 2° a 8°, a partir de ese momento empezamos a mantener la oxitocina refrigerada y nos dio mejores resultados.

El aporte médico también no se hizo esperar al ver este tipo de complicaciones y nos pidieron que al momento de preparar el instrumental para cada cesárea se considere tres ampollas de oxitocina 30ui cargadas en una jeringa y pasárselas en el momento

del cierre de la cavidad uterina para que sea aplicado de forma directa en el útero de la paciente y así prevenir la atonía uterina.

Quedo como norma en la unidad de recuperación post anestésica ubicar al paciente en su unidad, colocar el monitor de funciones vitales, colocar el oxígeno si fuera necesario y comenzar con masajes uterinos para así medir la involución del útero mediante su contracción y la cantidad de sangrado eliminado por la paciente.

Innovaciones – Aportes

- El uso de oxitocina en el intra operatorio
- Mantener la conservación adecuada de la oxitocina.
- Realizar masaje uterino durante la estancia en la URPA

Limitaciones para el Desempeño Profesional

- La ausencia del anesthesiólogo durante la estancia del paciente en la URPA
- El desconocimiento de la conservación de la oxitocina en el servicio.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

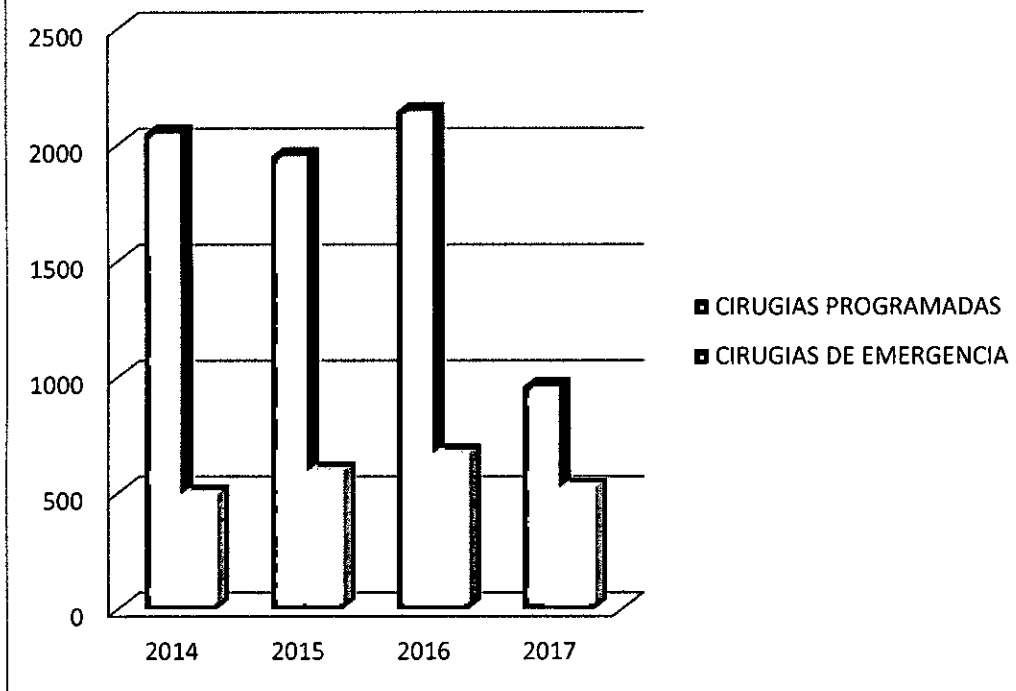
**NÚMERO DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS Y DE EMERGENCIAS
REALIZADAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD- HUARAZ 2014- 2017**

Intervenciones quirúrgicas	Año			
	2014	2015	2016	2017
Cirugías programadas	2050	1951	2144	959
Cirugías de emergencias	497	596	673	524
Total	2051	2235	2149	1483

FUENTE: SUB GERENCIA DE INFORMACIÓN GENERAL 2017

Interpretación: El presente cuadro nos muestra una comparación entre las cirugías programadas y las de emergencia mostrando que aun en el hospital las operaciones de emergencia son en menor proporción que las programadas.

GRAFICO 4.1
NÚMERO DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS Y DE EMERGENCIAS
REALIZADAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD- HUARAZ 2014-
2017



FUENTE: SUB GERENCIA DE INFORMACIÓN GENERAL 2017

Interpretación: El presente Grafico nos muestra una comparación entre las cirugías programadas y las de emergencia mostrando que aun en el hospital las operaciones de emergencia son en menor proporción que las programadas.

CUADRO 4.2

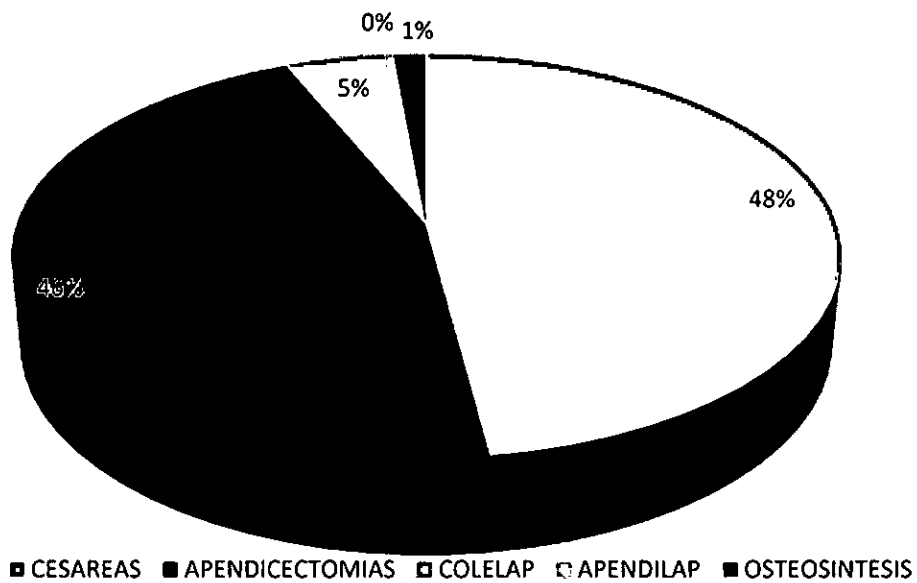
NÚMERO DE CIRUGÍAS POR ESPECIALIDAD REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO 2014- 2017

CIRUGÍA	AÑO			
	2014	2015	2016	2017
CESÁREAS	1151	1247	1030	521
APENDICETOMÍAS	1100	526	925	250
COLELAP	109	123	130	90
APENDILAP	10	18	18	17
OSTEOSÍNTESIS	35	37	41	41
TOTAL	2050	1951	2144	959

FUENTE: SUB GERENCIA DE INFORMACIÓN GENERAL 2017

Interpretación: El presente cuadro nos muestra que las cirugías realizadas mantienen la misma proporción en los tres últimos años, siendo las cesáreas las cirugías más realizadas.

GRAFICO 4.2
NÚMERO DE CIRUGÍAS POR ESPECIALIDAD REALIZADAS EN EL
SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO 2014- 2017



FUENTE: SUB GERENCIA DE INFORMACIÓN GENERAL 2017

El presente cuadro nos muestra que las cirugías realizadas mantienen la misma proporción en los tres últimos años, siendo las cesáreas las cirugías más realizadas.

CUADRO 4.3

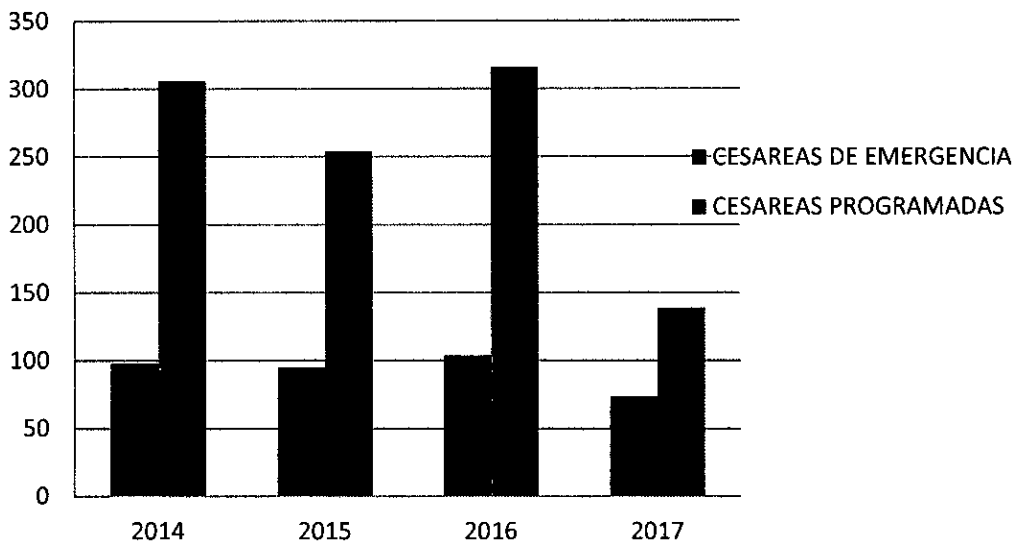
**NÚMERO DE CESÁREAS POR GRADO DE NECESIDAD REALIZADAS
EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO 2014- 2017**

CESÁREAS	AÑO			
	2014	2015	2016	2017
CESÁREAS DE EMERGENCIA	98	95	104	74
CESÁREAS PROGRAMADAS	306	254	316	139

FUENTE: SUB GERENCIA DE INFORMACIÓN GENERAL 2017

Interpretación: El presente cuadro nos muestra una comparación entre las cesáreas programadas y las de emergencia mostrando que aun en el hospital las operaciones de emergencia son en menor proporción que las programadas.

GRAFICO 4.3
NÚMERO DE CESAREAS POR GRADO DE NECESIDAD
REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO 2014-
2017



FUENTE: SUB GERENCIA DE INFORMACIÓN GENERAL 2017

Interpretación: El presente cuadro nos muestra una comparación entre las cesáreas programadas y las de emergencia mostrando que aun en el hospital las operaciones de emergencia son en menor proporción que las programadas.

V. CONCLUSIONES

- a) Se llega a la conclusión que los cuidados de enfermería brindados a los pacientes post operados inmediatos de cesárea, son efectivos en su totalidad por la dedicación del personal de enfermería en evitar la Hemorragia Post Parto (HPP).
- b) Se llega a la conclusión que el personal de enfermería no se abastece para la atención a los pacientes post operados inmediatos de cesáreas ya que en el cuadro estadístico arroja que un 48% de las cirugías realizadas son cesáreas; entre cesáreas programadas y cesáreas de emergencia. En el Hospital II EsSalud de Huaraz.
- c) Podemos concluir en el presente informe que falta implementar y equipar nuestro servicio con material y equipo biomédico a la altura de las necesidades de los pacientes asegurados que acuden a nuestro Hospital II EsSalud Huaraz.
- d) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente que es sometido a una intervención quirúrgica.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Coordinar con mi jefatura del servicio de Centro Quirúrgico en elaborar, implementar y evaluar las Guías de atención en el pacientes post operados Inmediatos de cesárea; para así poder unificar las acciones de enfermería y prevenir cualquier complicación que se pudiera presentar en su estadía en el servicio de centro quirúrgico y asegurar una atención oportuna y de calidad Humanizada.
- b) Realizar Capacitaciones y Retroalimentación de los conocimientos y experiencia laboral del personal de centro quirúrgico; en el paciente sometido a una cesárea, para así poder intercambiar conocimientos y mejorar los cuidados de enfermería y la atención en el usuario asegurado.
- c) Solicitar a la gerencia del Hospital II EsSalud de Huaraz, para la contratación de personal de enfermería exclusivo para el área de recuperación post anestésica, ya que siendo un área crítica, se debe de considerar la atención de dos pacientes por cada enfermera, para así asegurar la integridad del paciente asegurado.

VII. REFERENCIALES

1. **ÁLVAREZ, R.** et al. 2002. Cesáreas en madres adolescentes. Revista de cirugía V. 54 N°, 345 – 349. 2.- **BARZOLA**, Mayo del 2013
2. **CEVALLOS, I, AVALOS C, TIXE M, PADILLA M** “Factores Causales Relevantes De Hemorragia Post Parto Céfaló Vaginal En Pacientes Múltiparas Atendidas En El Servicio De Gineco-Obstetricia Del “Hospital General Dr. Enrique Garcés” Quito, Período Septiembre Del 2012 – (Agosto 2013).
3. **DUGLAS B W.** Tratado de Enfermería Práctica. 5a ed. Español.: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2000:53. México
4. **GUZMÁN.** Complicaciones De La Cesárea.
Disponble:www.emergenciasemi.cl/servicios/familiares/emergencias/index.html#que
5. **HERRERA.** Plan de cuidados de enfermería en púerperas inmediatas.
6. Disponible:www.viasalus.com/vs/B2C/cn/sintomas/ESP/outputsp/info/adv/emergencia3.htm
7. **MÉNDEZ J, INIESTA A, VÁZQUEZ A** “Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza y en el Hospital Ángeles” (México 2008).
8. **MUÑOZ K** “Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes a realizarse en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel desde septiembre 2012 a febrero del 2013” Ecuador (2013).

9. **OBREGÓN L** "Primigesta de edad avanzada" Venezuela (2007).
10. **PARIGUANA L, SANTOS J** "Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato: estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003"
11. **SALAZAR S; VACA W** "Riesgos Y Beneficios Maternos Asociados Con Parto Por Cesárea En Unidades De Salud Del Ecuador Desde Septiembre Del 2004 A Marzo Del 2005"
12. **TERRONES.** Hemorragia post parto. Disponible:
www.viasalud.com/vs/B2C/cn/sintomas/ESP/outputsp/info/adv/emergencia3.html
13. <http://www.bing.com/search?q=evista/de/gastroenterologia/del/peru/apendicitis/aguda/en/la/época/de/la/cirugía/laparoscópica.Ferrer.pdf>.
Artículo web. Consultada el 15 de Julio del 2017

ANEXOS

Anexo 1.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATOS DE CESÁREA		
Diagnósticos De Enfermería	Criterios Del Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dolor agudo (00132) r/c agentes lesivos físicos y biológicos	Sintomatología: Nivel del dolor (2102) - Dolor referido (/01) Conducta de salud: Control del dolor (1605) - Refiere dolor controlado (/11)	Manejo del dolor (1400): - Evaluar la eficacia, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. - Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión. - Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. Administración de analgésicos (2210): - Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre-analgésia - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares (Escala EVA) después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos Adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). - Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, etc.

<p>Riesgo de sangrado (00206) r/c reacción propia de la intervención quirúrgica</p>	<p>Severidad de la pérdida de sangre(4130)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida sanguínea visible (/01) - Distensión abdominal (/06) - Disminución de la presión arterial sistólica (/09) - Disminución de la presión diastólica - Aumento de la frecuencia cardíaca - Pérdida de calor corporal (/12) <ul style="list-style-type: none"> - Palidez de las membranas cutáneas y mucosas(/13) - Ansiedad (/14) - Cognición disminuida (/15) - Disminución de la hemoglobina (/16) - Disminución del hematocrito (/17) 	<p>Administración de productos sanguíneos (4030)</p> <p>Control de hemorragias (4160):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito - Control de constantes vitales, volumen drenado, y aparición de hematuria. - Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal. - Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación. - Evitar esfuerzos. - Mantener al paciente en reposo - Monitorización de constantes vitales: P/A, FC, T°. <p>Disminución de la hemorragia: heridas (4028)</p>
<p>Náuseas (00134) r/c estimulación de fármacos y anestésicos</p>	<p>Control de náuseas y vómitos (1618)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados (/12) - Utiliza adecuadamente medicaciones antieméticas (/08) 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular al paciente a que respire profundamente para facilitar la eliminación del anestésico. - Proteger la herida durante la emisión de vómito. - Mantener la cabeza del paciente en forma lateral para evitar la bronco aspiración. - Desechar el vómito, ayudar al paciente a enjuagarse la boca; si es necesario cambiar las sábanas, etc. - Registrar cantidad y características. - Administrar antieméticos por prescripción médica.

<p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025) r/c pérdida activa de fluidos (sangrado).</p>	<p>Equilibrio de líquidos (0601) Hidratación (0602) - Membranas mucosas húmedas (/02) - Diuresis (/11) Estado de los signos vitales (0802)</p>	<p>Manejo de líquidos (4120):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar terapia intravenosa según prescripción. - Realizar registro preciso de ingesta y eliminación. - Vigilar estado de hidratación (membranas mucosas, pulso, presión sanguínea ortostática, etc.) - Incentivar ingesta hídrica progresiva tras tolerancia positiva.
<p>Riesgo de retención urinaria (00023) r/c anestesia y reposo</p>	<p>Eliminación urinaria (0508))</p>	<p>Sondaje vesical (0580):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar fundamento y procedimiento del sondaje vesical - Hacer el sondaje de forma estéril Cuidados catéter urinario (1876): - Manejo del catéter con asepsia - Comprobar la correcta colocación del globo y movilizarlo si procede. - Vigilar permeabilidad y lavar manualmente si procede. <p>Manejo de la eliminación urinaria (0590):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar eliminación urinaria: frecuencia, olor, volumen y color. - Observar signos de retención y/o infección tracto urinario. - Realizar balances parciales.
<p>Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c intervención quirúrgica e/p herida operatoria</p>	<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) - Temperatura (/01) - Hidratación (/04) - Piel intacta (/13) Curación de heridas (1102)</p>	<p>Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar higiene y aseo, si precisa. - Proporcionar soporte a las zonas edematosas. - Aplicar apósitos y/o geles hidrocoloides, si procede. - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. - Aplicar protectores a los talones. - Registrar grado de afectación de la piel.

		<p>Cuidados del sitio de incisión (3440):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar cura de la incisión de modo estéril - Mantener apósito limpio y seco. - Vigilar aspecto, exudados y aparición de hematomas. <p>Prevenir la aparición de seromas.</p> <p>Cuidados de las heridas (3662):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medir lo drenado en cada turno - Vigilar signos de infección local y/o dehiscencia de bordes - Retirar ágrafes y/o suturas y drenajes cuando proceda - Vigilar puntos de incisión de drenajes y aspecto de volumen de drenado.
Deterioro de la movilidad física (00085) r/c reposo y proceso quirúrgico	<p>Movilidad (0208)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimiento muscular (/03) <p>Ambulación, andar (0200)</p>	<p>Enseñanza: actividad/ ejercicio (5612):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movilizar al paciente indicándole la importancia de moverse - Instruir en la realización de sencillos ejercicios de flexoextensión que se puedan hacer en la cama. <p>Fomento del ejercicio (0200):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantar al sillón al día siguiente de la cirugía. - Fomentar la deambulación precoz
Déficit de autocuidado: baño (00108) r/c nivel de dependencia	<p>Autocuidados higiene (0305)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantiene una apariencia pulcra (/14) 	<p>Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene (1801):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. - Proporcionar ayuda en la higiene hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

<p>Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110) r/c nivel de dependencia</p>	<p>Autocuidados: uso del inodoro (0310) - Entra y sale del cuarto de baño (/03)</p>	<p>Ayuda en el autocuidado: aseo/ WC (1804): - Proporcionar medidas que suplan el uso del WC hasta que el paciente sea autosuficiente (colocar la cuña). - Acompañar en la deambulación para disminuir riesgos de caídas y permanecer al menos 10 minutos sentado en la cama antes de levantarse.</p>
<p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005) r/c afectos propios de la cirugía.</p>	<p>- 0800 termorregulación - 080015 comodidad térmica referida. - 080018 disminución de la temperatura cutánea</p>	<p>Regulación de la temperatura. 3900 - Colocar compresas calientes - Evitar corrientes de aire fríos. - No exponer al ambiente frío Monitorización de los signos vitales 6680 • Controlar la temperatura corporal cada 30 minutos.</p>

ANEXO 2.

HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ - ANCASH



FRONTIS DEL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ



PASILLOS DEL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ.

ANEXO 3.

SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II ESSALUD DE HUARAZ



ANEXO 4.

**QUIRÓFANO I. DONDE SE ENCUENTRA LA TORRE DE LAPAROSCOPIO,
ASÍ MISMO INSTRUMENTAL DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA**



ANEXO 5.

INSTRUMENTANDO EN CESÁREA PROGRAMADA



ANEXO 6.

INSTRUMENTANDO EN CESÁREA PROGRAMADA

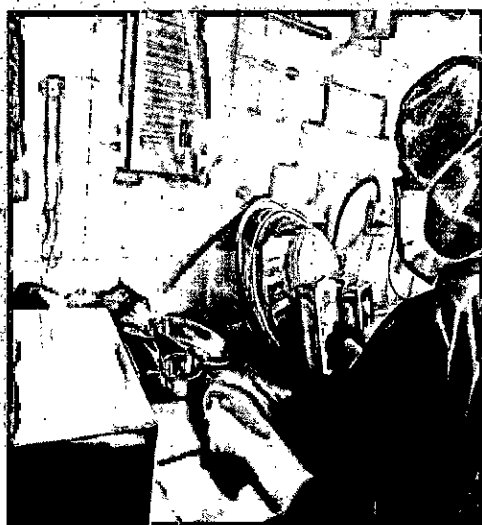


ANEXO 7.

SALA DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA



PRE LAVADO DEL INSTRUMENTAL A CARGO DE LA ENFERMERA DE TURNO.



ANEXO 8.

FORMATOS DE ENFERMERIA



PACIENTE NOMBRE Y APELLIDO
C.E.S.
SERVICIO
CAMA

INFORME QUIRURGICO DE ENFERMERIA

FECHA
CICLO
SEXO
IME

1. Datos pre-operatorio inmediato
 - 1. Diagnóstico postoperatorio
 - Dolor
 - Náuseas
 - Vómitos
 - Prurito
 - Depresión
 - 2. Fisiología pre-operatorio
 - Grupos sanguíneos
 - Pruebas de función renal
 - Pruebas de función hepática
 - Pruebas de función cardíaca
 - Pruebas de función pulmonar
 - 3. Exámenes Varios
 - Pruebas de función renal
 - Pruebas de función hepática
 - Pruebas de función cardíaca
 - Pruebas de función pulmonar
 - 4. Registro Ingresos Comorbidades Depo
 - 5. De salida
 - 6. Tratamiento
 - Antibiótico
 - Analgesia
 - Antidépresivos
 - Antihistamínicos
 - 7. Tiempo de ingreso
 - 8. Tipo de ingreso
 - Normal
 - Urgencia
 - Admisión de emergencia
 - 9. Preparación de zona operatoria
 - Sí
 - No
 - 10. Tipo de cirugía
 - Sí
 - No
 - 11. Datos de ingreso y salida
 - Medicamentos
 - Exámenes
 - V. Central
 - 12. Antecedentes Patológicos
 - 13. Di. Preoperatorio
 - 14. Estado de salud
 - 15. Di. Postoperatorio

- II. PERIODO INTRA OPERATORIO
 - 1. Forma de IQX
 - Electrocauterio
 - Ultrasonido
 - 2. Tipo de IQX
 - C. Menor
 - C. Mayor
 - 3. Tipo de tipo de IQX
 - 4. Enfermeras
 - Instrumentalista I
 - Instrumentalista II
 - Cirujano
 - Ayudante
 - Anestesiólogo
 - Di. T.M.A. Operación Intermedia
 - 5. Tipo de Anestesia
 - General (Inhalatoria Inducida)
 - General (I.V. medicadas)
 - Epidural
 - Local
 - 6. Posición del paciente
 - Decúbito dorsal
 - Decúbito ventral
 - Decúbito lateral

10. Instrumental Utilizado
11. Grabación de
 - a) Tensión (Temperatura)
 - b) Frecuencia (Temperatura)
 - c) RITMO (Temperatura)
12. Tiempo del IQX
13. Tiempo del IQX
 - Inicio
 - Fin
 - Comienzo
 - Intervale
14. Configuraciones Intra-Operativas
 - Inicio
 - Aspiración
 - Ultrasonido
 - Plan de Carga Resucitatoria
15. Operación de piezas operatorias
 - Plan de Simple
 - Plan de por Congelación
 - Plan de por Patología
 - Plan de por Curación
16. Recuento de piezas
17. Recuento de instrumental
18. PERIODO DE POST OPERATORIO INMEDIATO
 - 1. Estado Post-Quirúrgico ALDRETE (Puntaje)
 - Actividad
 - S.O.
 - Controlada
 - Despierto, Consciente
 - EVA (1-10)
 - 2. Afirmación de la cirugía para CIRPA SÍ NO
 - Intubado
 - Cateterizado
 - Con tubo Mayor
 - Despierto

CINA 9%	cc	Seguro Ox	cc
Gangos	cc	Dureza	cc
Exp. Bazo	cc	SNG	cc

- IV. BALANCE HORARIO
- V. OBSERVACIONES
- INSTRUMENTALISTA R.
- PIEZA

LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA

(CERRAR EN NÚMERO)

PACIENTE	IP DE REGISTRO	DIAGNÓSTICO	FECHA
<p>¿Se ha confirmado en el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre <input type="checkbox"/> Zona a ser operada <input type="checkbox"/> Procedimiento a realizar <input type="checkbox"/> Consentimiento <input type="checkbox"/> Se ha informado la zona a ser operada <input type="checkbox"/> Se ha comparado la revisión de seguridad de la operación <input type="checkbox"/> 	<p>Antes de la cirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> Continúa que todo los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <p>Cirujano anestesiólogo y enfermer</p> <ul style="list-style-type: none"> Confirma verbalmente <input type="checkbox"/> Nombre del paciente <input type="checkbox"/> Zona a ser operada <input type="checkbox"/> Procedimiento <input type="checkbox"/> 	<p>Antes que el procedimiento sea iniciado</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermera confirma verbalmente con el equipo El nombre del procedimiento registrado <input type="checkbox"/> Que el recuento de instrumentos, gasas y agujas son correctos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> La muestra o exposición es etiquetado (incluye el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> Si hay problemas para corregir algún instrumento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 	<p>El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisan las listas clave para la recuperación y inicio posterior de esta paciente <input type="checkbox"/></p> <p>FECHA Y SELLO DEL CIRUJANO RESPONSABLE</p> <p>FECHA Y SELLO DEL MÉDICO ANESTESIOLOGO</p> <p>FECHA Y SELLO DEL ANESTESIOLOGO</p> <p>FECHA Y SELLO DEL LA INFERMERA RESPONSABLE</p> <p>FECHA Y SELLO DEL LA INFERMERA RESPONSABLE</p>
<p>¿Difícil de conseguir en el paciente y funcionamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <p>¿Se sabe si el paciente tiene alguna condición?</p> <ul style="list-style-type: none"> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <p>¿Difícil en la vía respiratoria luego de intubación?</p> <ul style="list-style-type: none"> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> <p>¿El equipamiento de asistencia disponible <input type="checkbox"/></p> <p>¿Riesgo de pérdida de más de 500 ml. de sangre (mínimo en ml) <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <p>Si y tiene una vía EV y reemplazo planteado <input type="checkbox"/></p>	<p>Anticipación de eventos críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cirujano revisa <input type="checkbox"/> ¿Coincide con las etapas críticas o inspección; duración de la operación; duración de la <input type="checkbox"/> operación; pérdida de sangre? <input type="checkbox"/> Equipo de anestesia revisa <input type="checkbox"/> ¿Medidas específicas del paciente? <input type="checkbox"/> Equipo de enfermería revisa <input type="checkbox"/> <p>¿Ha sido confirmado la esterilización? <input type="checkbox"/></p> <p>(Incluye los indicadores de resultado) <input type="checkbox"/></p> <p>Riesgos específicos reportados al equipo <input type="checkbox"/></p>	<p>El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisan las listas clave para la recuperación y inicio posterior de esta paciente <input type="checkbox"/></p> <p>FECHA Y SELLO DEL CIRUJANO RESPONSABLE</p> <p>FECHA Y SELLO DEL MÉDICO ANESTESIOLOGO</p> <p>FECHA Y SELLO DEL ANESTESIOLOGO</p> <p>FECHA Y SELLO DEL LA INFERMERA RESPONSABLE</p> <p>FECHA Y SELLO DEL LA INFERMERA RESPONSABLE</p>	<p>El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisan las listas clave para la recuperación y inicio posterior de esta paciente <input type="checkbox"/></p> <p>FECHA Y SELLO DEL CIRUJANO RESPONSABLE</p> <p>FECHA Y SELLO DEL MÉDICO ANESTESIOLOGO</p> <p>FECHA Y SELLO DEL ANESTESIOLOGO</p> <p>FECHA Y SELLO DEL LA INFERMERA RESPONSABLE</p> <p>FECHA Y SELLO DEL LA INFERMERA RESPONSABLE</p>