

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO
QUIRÚRGICO DE CESAREA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE
CHINCHA**

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

ANA ESPERANZA MENDOZA RAMOS

Callao - 2022
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES VOCAL

ASESORA: DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 016-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 03 de Febrero del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

Por contribuir en mí desarrollo profesional

A la asesora de la misma, quien, gracias a sus conocimientos,
Experiencia y Guía me han permitido llegar a desarrollar y culminar

El presente trabajo.

DEDICATORIA

A mis padres que son el modelo a seguir, y me han brindado su apoyo emocional e incondicional.

A mis hijos que son el motor y motivo que me impulsa a culminar con éxito y así lograr mis objetivos.

INDICE

INTRODUCCION.....	6
Capítulo I	
1. Situación Problemática.....	8
Capitulo II	
2. Marco Teórico	
2.1. Antecedentes.....	10
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	10
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	12
2.2 .Bases Teórica.....	14
2.3 .Base Conceptual.....	19
2.3.1. Comportamiento de la cesárea.....	20
2.3.2. Complicaciones.....	22
2.3.3. Material necesario.....	26
2.3.4. Procedimiento Quirúrgico.....	27
2.3.5. Aspectos Básicos del Proceso Quirúrgico.....	31
2.3.5.1. Concepto.....	31
2.3.5.2. Etapas del Proceso Quirúrgico.....	31
2.3.5.3. Preparación del Quirófano.....	32
2.3.5.4. En el Pre – operatorio.....	33
2.3.5.5. En el Intra - operatorio.....	34
2.3.5.6. En el Post - operatorio.....	35
2.4 Definición de Términos.....	37
Capitulo III	
3. Plan de Intervención	
3.1. Justificación.....	38
3.2 Objetivos	
3.2.1. Objetivo General.....	39
3.2.2. Objetivo Específicos.....	39
3.3 Modelado de Plan de Intervención	39

3.4. Metas.....	42
3.5. Recursos	
3 5.1. Materiales.....	42
3.5.2. Humanos	
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	44
Referencias Bibliográficas.	45
Anexo	

INTRODUCCION

Después de nueve meses de espera, el parto representa el momento más esperado por la madre, pues es el momento donde conocerá a su bebe, es el momento donde conocerá al ser que de ahora en adelante será el centro de su vida. Para muchas mujeres la elección del tipo de parto es muy importante, pues se preocupan por la repercusión que un parto vaginal o una cesárea tendrá en su vida, influyendo los factores maternos, sociodemográficos, socioeconómicos, culturales; como obstétricos.

El objetivo de la cesárea es disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal durante el momento del parto. (32) Sin embargo como toda intervención quirúrgica, es susceptible a sufrir complicaciones, conllevando a riesgos tanto para la madre como para el neonato, a corto plazo y a largo plazo. (2,3), ya sea como consecuencia del mismo acto operatorio.

La Cesárea es un procedimiento quirúrgico, cuyo propósito y/o finalidad es extraer artificialmente al feto a través de una incisión en el abdomen y útero de a madre. Este procedimiento está indicado por múltiples factores que pueden ser maternos y fetales convirtiéndose a través de los años en la intervención Gineco-obstetricia más practicada a nivel mundial, lo cual requiere en la necesidad de una recuperación postoperatorio y hospitalización respectivamente, por lo general entre dos a cuatro días.

Muchos factores contribuyeron al aumento global de las tasas de cesáreas, entre ellos; mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, menor riesgo de complicaciones postoperatorias a corto plazo, factores demográficos y nutricionales, y la percepción de la seguridad del procedimiento. (26)

En el siglo XXI la cesárea representa una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes a nivel mundial; e inclusive se ha observado que el número de partos por cesárea está en aumento. Sin embargo el aumento no ha sido directamente proporcional a la disminución de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. (43)

Una cesárea, es una cirugía mayor donde está incluido la integridad de dos seres; lo cual como otros procedimiento quirúrgicos existen muchos riesgos involucrados en este tipo de cirugía; tales como infección, dehiscencia de la herida, posibles lesiones de la vejiga o el útero, hemorragias más profusas entre otras complicaciones.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) en los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud", Dirección General de Promoción de la Salud apuesta a largo plazo a la construcción colectiva de una cultura de salud, orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organizan en comportamientos y/o estilos de vida saludables, basadas en intervenciones desarrolladas en distintos escenarios; y así mejorar la calidad de vida de las personas. (12)

La participación de la enfermera en todo el periodo preoperatorio-intraoperatorio y postoperatorio contribuye a que el proceso quirúrgico sea para la paciente lo más confortable, favorece, agiliza la gestión quirúrgica; así como refuerza la seguridad y calidad de los cuidados debido a la mayor dependencia de la paciente durante el periodo operatorio

La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Consejo Internacional de Enfermería, reconoció la importancia de los servicios de Enfermería en los Sistemas de Salud, a lo que se solicitó a los diferentes gobiernos desarrollen estrategias que fortalezcan estos servicios para contribuir a satisfacer las necesidades de Salud de las personas y de la comunidad. (33)

La operación cesárea es la principal intervención quirúrgica Gineco-obstétricas que se está utilizando con más frecuencia en nuestra sociedad actual y que cada vez está en aumento, y en el hospital San José de Chíncha, no es la excepción, cada vez se recurre a esta herramienta quirúrgica como una opción de justificar el progreso de un trabajo de parto disfuncional, por diagnóstico de cesáreas anteriores previas con periodos intergenésicos cortos o algunas veces por propio pedido de la parturienta en el transcurso del trabajo de parto al no poder tolerar el dolor producido por las contracciones uterinas, esto contribuye al aumento de cesáreas en nuestra localidad.

Tras la preparación y evaluación preoperatoria la paciente entra en el periodo intraoperatorio que se inicia con el traslado de la paciente al quirófano y en función de su complejidad; las enfermeras/os tienen que desplegar una importante actividad en torno al paciente y a la cirugía o al equipo de profesionales que intervienen, donde se fusionan armoniosamente para proporcionar a la paciente un ambiente seguro, cómodo y terapéutico ya que esto depende por completo del equipo de profesionales que intervienen para su bienestar, seguridad y finaliza cuando ingresa en la unidad de recuperación post-anestésica.

Este trabajo consiste en descubrir las actuaciones de las enfermeras en una cesárea, donde es de suma importancia la buena praxis, la rapidez en la actuación y la coordinación de todo el equipo quirúrgico.

CAPITULO I

1. SITUACION PROBLEMÁTICA

La cesárea tiene un origen incierto y anecdótico que se remonta al año 1,500 d.C. Inicialmente la mortalidad asociada al procedimiento fue de casi el 100%. El advenimiento de la era antibiótica y la evolución de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento ginecobstetricia una de las cirugías más realizadas alrededor del mundo. Su implementación ha permitido mejorar el pronóstico de patologías que antes representaban una causa importante de morbilidad materna y perinatal tales como las distocias, las hemorragias en el tercer trimestre, el bajo peso al nacer y la preclamsia entre otras entidades.

La proporción de cesáreas ha aumentado sustancialmente en los últimos años en las diferentes entidades hospitalarias por diversos factores como la reducción en la paridad: aumento de nulíparas, postergación de la maternidad: aumento de primigestantes añosas; el uso de pruebas de vigilancia del bienestar fetal, alto riesgo médico-legal; factores socioeconómicos, demográficos, culturales como el estrato y la preferencia social, el tipo de hospital y de aseguramiento.

En un estudio realizado por la OMS en Asia meridional y África subsahariana revelo que 26 países, la tasas de parto por cesárea han aumentado con el tiempo en todos los países de estudio a excepción de seis. Sin embargo, se halló que las tasas son sistemáticamente inferiores al 5% en 18 de los países y un 10% menos en los otros ocho países. Entre el 20% de la población de más bajos recursos económicos; las Cesáreas representaron menos del 1% y menos del 2% de los partos por cesáreas en 12 y 21 de los países en estudio respectivamente. En cada uno de los 11 países, la tasa de parto por cesárea del 40% de la población de más bajos recursos económicos se mantuvo por debajo del 1%. En el Chad, Etiopia, Guinea, Madagascar, Mali, Mozambique, Níger y Nigeria; la tasa se mantuvo por debajo de 1% en el 80% de la población de más bajos recursos económicos.

Entre 2,010 y 2,012, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS (WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health)² en 24 regiones de ocho países de América Latina. En la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para tener el parto en 120 instituciones seleccionadas al azar. La mediana tasa de partos por cesárea fue del 38% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%, destacándose que Brasil y México son los países de mayor práctica, alcanzando un 71% en las instituciones privadas.

En el Perú, según ENDES, se resalta que hasta el año 2,013, el índice de cesáreas corresponde a 26.5% uno de los países con menos proporción en relación al resto de países latinoamericanos. (3)

Los datos obtenidos por ENDES en el 2,019 expresan lo siguiente: se evidencia un crecimiento exponencial del parto por cesárea a lo largo de los años: 12.7% en el 2,000; 15.9% en el 2,004; 21.4% en el 2,009; 28.6% en el 2,014; y 34.7% en el 2, 019, mostrando un aumento constante y superando enormemente lo recomendado por la OMS. (8) Se demostrado y evidenciado que dicho crecimiento es más pronunciado en las áreas urbanas, representando el 40.9% en comparación a el 17.1% en las zonas rurales, dando a entender que las diferencias socioeconómicas, culturales influyen; además se ha visto que la prevalencia aumenta al aumentar la edad de la madre y disminuye a medida que del orden de la paridad va aumentando. (8)

Aunque en el hospital San José de Chincha de nivel II-1 se atienden partos vaginales a diario; los partos por cesárea siguen en aumento y cada vez se pone en duda los verdaderos motivos, si estos son justificables al indicar un parto por cesárea de emergencia o por indicación electiva durante la atención prenatal.

En el Hospital San José de Chincha, se atienden muchas gestantes provenientes de todos los distritos de Chincha, áreas urbanas y rurales de diferentes condiciones se observa claramente un aumento en la incidencia de esta intervención quirúrgica ginecobstetricia, sin importar el grupo etario o el antecedente obstétrico muchas gestantes o parturientas fueron programadas a cesáreas electivas o de emergencia como solución a una presunta complicación Gineco-obstétrica, lo único que faltaría sería determinar si las programaciones de éstas fueron necesarias para prevenir las complicaciones que se esperaban ocurrieran de no programar las cesáreas.

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea, por lo tanto el estudio relevante porque incluye los aspectos básicos para la enfermera instrumentista, la cesárea ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo en la época reciente ha ocurrido un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación Cesárea, donde nuestro país está inmerso por el crecimiento de la población, embarazos adolescentes entre otros aspectos, todo profesional especialista en centro quirúrgico debe contar con las competencias necesarias que permitan cuidar a una paciente desde el pre- intra y post operatorio.

El objetivo de la investigación radica en proporcionar la información básica respecto a la intervención de enfermería durante el proceso quirúrgico de cesárea; incidiendo en el periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, donde la enfermera especialista en centro quirúrgico tiene a su cargo la proporción de cuidados necesarios para la recuperación de la paciente.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1.ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes Internacionales

MALDONADO, VEGA (2,021) El trabajo que realizó sobre Prevalencia y causas de cesáreas en pacientes primigestas con embarazo a término. Refiere que las cesáreas constituyen un procedimiento quirúrgico empleado para garantizar el nacimiento de los niños por vía abdominal. Esta investigación tuvo como objetivo **determinar la prevalencia y causas de cesáreas en pacientes primigestas con embarazo a término. La metodología empleada, es descriptiva**, retrospectiva de corte transversal. Las distribución de edad 18 años a 38 años, en la investigación concluyeron que las principales factores de riesgo para el parto distócico fueron el trastornos de líquido amniótico y las membranas en un 35% de los casos, luego se observa la macrostomia fetal en un 27%, y la anemia en un 20% que complica el embarazo y el parto; las infecciones de vías urinarias en un 5%; la preclamsia y enfermedad por VIH en un 2%, y otras afecciones como infección del tracto genital un 1%.(4)

FERNANDEZ (2,021). Realizo su trabajo titulado Tratamiento Quirúrgico de las Hemorragias Obstétricas en un hospital de Segundo Nivel. La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de mortalidad materna en un hospital de segundo nivel. Su desenlace depende diagnóstico y manejo oportuno. **Su objetivo es determinar el tratamiento quirúrgico empleado en el manejo de las postcesareas en un hospital de segundo nivel. La metodología es descriptiva, observacional, transversal, retrospectiva, homodemico y unicentrico.** Se seleccionó pacientes atendidas por parto cesáreas que presentaron hemorragias uterina, la media de años fue de 28 años a más. El principal tratamiento quirúrgico fue la histerectomía, seguidas de las ligaduras de las arterias hipogástricas (27.5%) sutura compresiva de B Lynch (11.5%) punzamiento Hayman (4.3%) triple ligadura de Tsurulmkov (4.3%) y suturas selectivas arterias uterinas (1.4%). En 13 asociadas al tratamiento (10.7%), la principal indicación del tratamiento quirúrgico fue la atonía irreversible al tratamiento indico en 34 pacientes (54.8%), (58.9%) ingresaron a UCI y la mortalidad fue de 0%. En conclusión el mejor tratamiento quirúrgico de la hemorragia postparto por cesárea es la histerectomía.(13) (21)

REYNOSO, ESPINAL, (2,021). Realizaron un trabajo de Patógeno más frecuente en puerperio patológico de pacientes féminas de 18-40 años con cesáreas en el hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia **el objetivo buscar la reducción y la mejora de los eslabones de atención.**

El puerperio es el último de los eslabones de atención de cuidados y se define como un periodo donde los cambios anatómicos y fisiológicos, ocurridos durante el embarazo vuelven a su estado previo a la gestación. La alteración del patrón fisiológico durante este tiempo recibe el nombre de puerperio patológico. Dentro de las complicaciones se destacaron los de tipo infección esta problemática es la base para determinar los patógenos más frecuentes causadas de estas infecciones puerperales específicamente en pacientes de 18 a 40 años que optan por la cesárea. **La metodología es descriptiva, analítica con variables estadísticas** de un total de 87 pacientes se obtuvieron cultivos en crecimiento de microorganismos durante el periodo de estudio. La Escherichia Coli fue el patógeno destacado con mayor frecuencia con una tasa de 20.7% seguido por Estafilococo con un 19.8% y Estreptococos grupo D y Enterococos con un 9.4%. Las infecciones puerperales postcesareas, finalizando que favorece un reenfoque del manejo pre-intra y postquirúrgica de las pacientes como del personal de salud. **Concluyeron que los bacilos Gram (-), anaerobios E Coli, son las bacterias más presente en las infecciones puerperales postcesareas de las muestras estudiadas.** (9)

Verma N, Vishwakarma RK, Nath DC, Khan HTA, Prakash R, Abid O, (2,020) realizaron una investigación titulada Perseverance and determinants of caesarean section in South and South-East Asian Women, estudio **metodología transversal**, usando los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de mujeres casadas, alguna vez, de nueve países en desarrollo del Sur y Sudeste de Asia, con **el objetivo de determinar los factores asociadas a la preferencia por el parto por cesárea mediante modelos de regresión logística bivariada.** Obteniendo los siguientes resultados en el país de Bangladesh; se evidencio una inclinación al parto por cesárea entre ,as mujeres urbanas que en las rurales. Se encontró que las mujeres con mayor nivel educativo tiene 2.6% más riesgo de terminar en parto por cesárea (IC95%:1.60 -4.23) las mujeres primíparas tienen 4.41 más probabilidades de parto por Cesárea (IC95%:2.60-7.47), y si el lugar del parto fue una institución médica privada, aumenta en un 9.39 la probabilidad de parto cesárea (IC95%:3.55-5.43). Llegando a **la conclusión de que el estudio de siete regiones urbanas y cuatro rurales de nueve países de Sur y Sudeste de Asia, mostro una incidencia significativa hacia el parto por cesárea por encima de la desactualización más reciente recomendada por OMS en un rango óptimo de 10-15% y son características maternos asociadas.** (35)

TAPIA (2, 018) Su estudio realizado “Factores de riesgo asociados a infecciones de herida operatoria postcesareas en el hospital de la mujer de la Paz tuvo como **objetivo identificar factores asociados con la infección de ISO Infección del Sitio Operatorio;** en una muestra de pacientes que se sometieron a cesarea. **La metodología retrospectiva, observacional, analítica** fue de 64 casos y 64 controles. La edad promedio fue de 27 casos el 51.5% convivientes .el 56.6%, con secundaria y edad gestacional 37-40

semanas (74.1%) y de los abscesos de pared (34.1%) de los cuales el seroma ocurrió en el 24.7%. Los factores relevantes son la obesidad, trabajo de parto prolongado, el tiempo de operación, ruptura prematura de la membranas. **El estudio concluyó que la obesidad y la ruptura prematura de membranas eran los principales factores de riesgo de infección en la cesárea. (5)**

KALSTROM (2,017). En su trabajo de investigación titulado Causas más comunes para llegar a una cesárea **objetivo determinar las causas más comunes de cesárea, la metodología retrospectivo, longitudinal,** realizado a 870 mujeres fueron: distocia compromiso y del bienestar fetal y mala presentación, cuyo índice más alto fueron las primíparas que tenían más posibilidad de realizar a una intervención quirúrgica con un 59.6%, así como tener un índice de masa corporal mayor 30(10,7%) de acuerdo a los datos obtenidos; **finalizo en realizar actualización de protocolos con nuevas investigaciones, a largo plazo.(35)**

2.1.1. Antecedentes Nacionales

NINA, CRUZ (2,021) título su trabajo “Influencia del estrés prenatal en las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital regional de Puno que culminen en una cesárea.” **El objetivo es determinar la influencia del estrés prenatal en las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital Regional que pueden terminar en una cesárea.** La **Metodología es descriptiva y diseño correlacional** la muestra de estudio estuvo conformada por 42 adolescentes gestantes, el instrumento de recolección de datos es un cuestionario formado por doce ítems distribuidos en cuatro factores analizados que influyen en el estrés gestantes adolescentes, la presentación de resultados se realizó en de frecuencia y la prueba estadística de CHI cuadrado, se utilizó para analizar en un nivel de confianza del 95%. Según los datos generales **las conclusiones** fueron sobre la influencia del estrés prenatal en las complicaciones obstétricas, factores sociodemográficos, las edades de las adolescentes fluctúan de 13 a 17 años en su totalidad el 57.14% de las encuestadas tienen una edad comprendida entre 16 y 17 años; en relación al estado civil el 52.8% de ellas son convivientes o tienen pareja; el 50% tienen como ocupación ser estudiante; el 95.41% de ellas respondieron que están en secundaria. En relación a los estresores internos se relacionan significativamente, en donde se observan que el 73.1% sienten temor a morir durante el parto; el 71.4% sienten temor a que el niño naciera con malformaciones, el 61.9% sienten temor a gritar y a desmayarse durante el parto. Entre los estresores externos se observó que el 71.4% sienten preocupación por la mala situación económica; 73.8% afectados por el aspecto laboral o escolar; 69.5% sienten temor por la agresión de su pareja; el 69.5% sienten temor por la actitud negativa de su familia. (39)

BARRERA, QUISPE, FLORES, LEÓN (2,020). Realizaron un estudio de Frecuencia e indicadores del parto por cesárea en un hospital docente en Lima; refiere “La cesárea es una operación reservada inicialmente para casos en los que el parto eutócico puede comprometer la vida de la gestante y del producto”. Por diversas razones se ha aceptado a la cesárea como método de parto de elección aumentando su frecuencia. Estableció un margen de tasas de cesáreas del 15%: para las cesáreas primarias, ya que los valores mayores no representan una disminución hasta el 2% en la morbimortalidad fetal. Mundialmente se ha evidenciado tasas hasta el 21% en países europeos, y en el Perú es de 36% hasta el año 2,015. **Su objetivo es determinar la frecuencia e indicadores más frecuentes de cesáreas en un hospital público docente de Lima.** Realizó un estudio **con metodología descriptiva, estadístico, cuantitativo con distribución paramétrica; en la prueba 1 de student y la prueba de Kruskal Wallis para datos No paramétricos se usó la prueba CHI cuadrada, para el análisis de las variables cualitativas mediante el programa STATAv: 14.** El tipo serie de casos de pacientes sometidas a cesáreas y sus indicadores se incluyó a pacientes sometidas a cesáreas electivas o de emergencia durante el periodo 2,013(Enero) a 2,017 (Diciembre) con la finalidad de plantear estrategias para disminuirlas; a lo que **concluyeron que la frecuencia del parto por cesárea supero completamente lo sugerido por la OMS en un 50.2% de acuerdo con las características sociales y epidemiológicas,** destacaron las pacientes entre las edades 20 – 34 años con nivel de instrucción. (14)

CARDENAS (2,020) Trabajo titulado: Parto por cesáreas antes y durante la pandemia COVID-19 en el hospital de Chancay. Este estudio de investigación tiene como **objetivo determinar si existen diferencias significativas entre las frecuencias de parto por cesárea antes y durante la pandemia COVID-19.** La **Metodología es observacional, descriptiva, comparativa** para establecer diferencias estadísticas, se determinó incluir a un total de 2,768 pacientes. Se analizaron frecuencias mensuales para visualizar la diferencia entre los meses dentro de la pandemia. Se realizó una prueba T para muestras un promedio de 0.05 lo cual evidencia diferencias significativas entre los meses de pandemia y los meses de No pandemia. También se encontró que un 10% del total de cesáreas fueron realizadas en madres adolescentes. De la misma forma se determinó que el 8.2% de las cesáreas fueron realizadas en gestaciones pre término y un 13% en pos término. Se determinaron grupos de acuerdo a ROBSON. **En conclusión existen diferencias significativas entre las frecuencias de partos por cesárea antes y durante la pandemia. (45).**

CANCHARI (2,019). Realizó su trabajo Caracterización de gestantes de partos por cesárea atendidas en el hospital de Huanta. **Tuvo como objetivo determinar las principales características presentes en las gestantes de parto por cesárea atendidas en el hospital de apoyo.** La **Metodología de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal,** la muestra estuvo conformada por 152 gestantes cesareadas. Las características epidemiológicas son: 19.7% adolescentes, 16.4%; jóvenes, 63.9%, adultas 19.7%. Con instrucción primaria 16.4%, secundaria 73.7%,

superior 7.9%, convivientes 63.2%, casadas 22.4%, solteras 13.8%; de procedencia rural 57.9% y urbana 42.1%.

Las características personales son: miden menor o igual 1.5 metros 47.4%; mayor o igual 1.5 metros 52.6%; peso de la gestante adecuado 28.3% bajo peso al nacer 2.0%, sobrepeso 49.3% y obesas 20.4%.

Características obstétricas: son primigestas 39.5%, multíparas 52.0%, gran múltipara 8.5% tienen menos de seis APN 31.6%, más de seis APN 68.4% gestación pre término 8.5%; a término 84.9% y pos término 6.6%.

Tipos de cesárea: electiva 42.1%, de emergencia 57.9%. las incidencias de las cesáreas fueron: cesárea anterior 20.3%, DCP 15.1%, SFA 12.5%, presentación podálica 12.5%, distocia funicular 8.6%, oligohidramnios severo 7.2%, preclampsia 5.2%, macrostomía fetal 5.2% y pelvis estrecha 3.4%. Las complicaciones de las cesáreas fueron: anemia 68.7%, atonía uterina 17.1% infecciones quirúrgicas 1.3%, anestésicas 0.7%. En **conclusión las frecuencias de las cesáreas atendidas fue de 22.3%; las principales causas fueron jóvenes de instrucción secundaria, conviviente, de procedencia rural miden más de 1.5 metros, tienen sobrepeso y obesidad, son primigestas, fueron partos a término. (31)**

APAZA (2,019) En su estudio, usó la metodología correlacionar y retrospectivo, el objetivo es determinar la prevalencia evidenciando las causas con mayor incidencia de cesáreas, los resultados mostraron: la preemclampsia 5%, sufrimiento fetal agudo 10.4%, desproporción céfalo pélvica un 2,2%, siendo el estado fetal no tranquilizador una de las causas que más ocasionan muerte perinatal por falta de oxígeno y/o perfusión tisular adecuada provocando acidosis metabólica. **Concluyo que el presente estudio de investigación puede ser utilizado para analizar, realizar, y actualizar protocolos en la atención del parto por cesáreas en los servicios de salud. (30)**

2.2. BASE TEORICA

Aspectos importantes del Cuidado Humanizado para la intervención de Enfermería según la Teoría de Jean Watson

Watson establece una filosofía del cuidado basada en valores: humanos, protección y confianza y las relaciones interpersonales, que conforman un elemento central y unificador en la práctica de Enfermería, ya que solo mediante relación de persona a persona el cuidado se puede demostrar y practicar de manera eficaz.

Valores Humanos: Son el fundamento de la práctica, ética en la enfermería, es decir que dan el significado y objetivo de cuidados de enfermería, una enfermera valiosa es una persona que posee valores internos y que vive de acuerdo a ellos.

La profesión de enfermería está íntimamente ligada a dicho principio ya que Watson establece que la enfermera de calidad debe poseer un sistema de valores que le permita dar lo mejor de sí mismo a quienes más lo necesitan.

Protección y Confianza: La enfermería es una profesión y una disciplina humanista y científica aprendida con la finalidad de apoyar, ayudar, facilitar, proteger o capacitar a las personas para mantener o recuperar el bienestar. (26)

El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de enfermería, que tienen consecuencias importantes para la civilización humana.

Humanizar el cuidado, significa la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para establecer una asistencia con calidad. El cuidado se desarrolla en un proceso de superar obstáculos y dificultades y la base está en reconocer el valor de otro.

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo Watson, la cual refiere que el cuidado es para enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimientos de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también un agente humanitario y moral, como participe en las transacciones de cuidados humanos. (27)

La enfermería “necesita una revolución humanística que la vuelva a centrar en su función cuidadora, en la atención y apoyo al paciente, además, si dicha revolución no se produce, los pacientes podrían demandar los servicios de una clase nueva y diferentes de profesionales sanitarios”. El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, sino un punto de inicio del contacto con el paciente, que exige una actitud que debe tomarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos.

Priorización del cuidado: Básicamente una enfermera priorizaría varias tareas que deben ser completadas en relación al cuidado del paciente. Por ejemplo: si se le debe administrar medicamento a un paciente en un momento específico, entonces esta tarea será priorizada sobre darle un baño de esponja matutino a otro paciente, en el plan de enfermería, debido a que un baño no necesita ser administrado en un momento específico. Se deberá tomar en consideración las necesidades de todos los pacientes, así como

otras tareas necesarias por parte de los profesionales de enfermería, desarrollando una serie de competencias que les permitan responder a la alta y creciente exigencia ética, conceptual y técnica que demandan estos cuidados. Un trato más personalizado y humanizado ayuda a una mejor comprensión de su enfermedad, a una cooperación mayor entre el profesional y el paciente y en definitiva a un aumento de la satisfacción personal del paciente y del profesional que le atiende.

Cuando un paciente se marcha satisfecho del hospital, no es solo por lo bien que le ha ido la intervención, por lo buena que era la comida o por la habitación tan bonita que ocupó. La satisfacción también es debida al trato recibido por las personas que le atendieron. Hay veces que perdura más el recuerdo de aquella persona que los atendió en los momentos difíciles, que del cirujano que operó mientras se encuentran bajo efecto de anestesia, dormidos, y al que no se le pudo ver bien la cara.

El agradecimiento es un sentimiento de estima y reconocimiento que expresa gratitud, la valoración de una persona que tiene hacia quien le ha hecho un favor o prestado un servicio; por el cual desea corresponderle. De igual forma: tolerancia, igualdad, libertad y respeto a la dignidad describen la claridad de expresión de ayuda y sentimientos señalan el afán de aceptar al paciente tal como es, y darle a conocer que se le acepta y comprende en cuanto a persona necesitada de cuidado. La claridad de expresión de ayuda y sentimientos es la mejor viabilidad para experimentar que se ha logrado un nivel de comprensión entre la enfermera-persona / paciente-persona.

Se define que el grado de comprensión por la profundidad de unión transpersonal realizada, donde la enfermera-paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Respetar al paciente llamándole por su nombre, retirando todo sentimiento, actitudes, juicios nocivos para toda relación con el mismo, supone fiarse de los recursos que la persona dispone para afrontar su situación, y la capacidad para tomar decisiones aceptando las mismas.

Apoyo físico y emocional: El apoyo emocional se entiende como la capacidad de percibir lo imperceptible, en este sentido se exige del enfermero un alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente. Una adecuada comprensión de estas manifestaciones facilita identificar la manera que el paciente percibe la enfermedad, su hospitalización, tratamiento, y propiciarle seguridad. Para brindar un apoyo emocional de calidad los profesionales de salud es necesario que sepan escuchar atentos y confortar a los pacientes. El apoyo emocional tiene como objetivo principal ofrecer confort, atención y bienestar al paciente. Por lo tanto la atención brindada debe ser integral, teniendo en cuenta la complejidad del ser humano, abarcando la dimensión física, psicológica, asociando el cuidado

instrumental (medicación, higiene entre otros), el cuidado expresivo engloba el aspecto psicosocial, el relacionamiento y apoyo emocional.

La enfermería es una profesión que tiene dentro de su actuación el acogimiento del sufrimiento humano a través del cuidar, rehabilita, mitiga los dolores y promueve la salud. Para proporcionar cuidados se requiere de una relación de ayuda, siendo este un momento único donde se comparte la existencia humana. En consecuencia, la enfermera debe estar pendiente de cualquier actividad pudiera causar lesiones y accidentes. Sus observaciones deben incluir el ambiente en general del paciente, en el que debe brindar seguridad, los pacientes se mantienen siempre al margen de daños, riesgos y dudas.

Disponibilidad en la atención: Hace alusión a comportamientos de cuidado administrativo de forma oportuna y son esenciales en la relación de apoyo y ayuda como son acercarse al paciente dedicándole tiempo disponible. Para el profesional de enfermería no solamente importa administrar hábilmente los diversos procedimientos que exige el quehacer diario sino estar atentos a las distintas manifestaciones de los pacientes derivadas de la propia enfermedad, también de todos aquellos provenientes del medio hospitalario, que surgen en la atención brindada, por el equipo de salud a los usuarios, relación que en los últimos tiempos se ha deteriorado, dando paso a conductas y situaciones que puede ser consideradas como violentas por los pacientes por cuanto se pierde el principio fundamental del respeto y que en mayor o menor grado pueden alterar su bienestar.

Empatía: La empatía ha sido reconocida como un elemento clave para las profesiones de la salud. La empatía en la atención al paciente explica porque esta cualidad humana es esencial para los resultados positivos en la salud

Se destaca que el cuidado humanizado es más que brindar un buen trato o solo satisfacción, sino establecer una relación con el paciente, donde “el otro” necesita ser cuidado; de esta forma el equipo de enfermería crece junto al usuario y su familia, se identifican con ellos, otorgándoles cuidados holísticos centrados en la persona.

El cuidado humanizado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo, por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor de expresión, de sentimientos volcados en un hacer el cuidado ayuda al otro crecer a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.(27)

Aspectos importantes del Cuidado Humanizado para la intervención de Enfermería

Según la Teoría de Vera Waldow

Para Waldow, la enfermería la caracteriza como una práctica de cuidado en lugar de considerarla como una actividad complementaria o una práctica social. Si los profesionales de la salud creyesen como la idealizamos actualmente en el sistema de salud a nivel mundial, se lograrían muchos cambios; o por lo menos renovaciones tanto para el profesional de salud como por las personas que se benefician con sus servicios

Waldow, dice que le gustaría ayudar a las enfermeras a que asuman el cuidado no solo como una estrategia, una consecuencia; sino como el grado más elevado de humanización que involucra una sensibilidad superior. La espiritualidad; la humanización se produce al cuidar; entonces es a través del acto de cuidar que el ser humano se humaniza.

Para Vera Waldow: “el cuidado humano es una forma de vivir, de ser y de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con y estar en el mundo; y contribuir con el bienestar general en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad; es contribuir en la construcción de la historia, y de la vida”.²⁴ Dicha conceptualización evidencia que el cuidado es una condición innata al ser humano, es parte de su naturaleza humana y esencial a su existencia.

El paradigma del cuidado humano involucra ética, principios y valores que deberían formar parte no solo de la enseñanza sino también de lo cotidiano del medio académico y evidentemente de la práctica profesional de enfermería. Si bien es cierto, nuestra profesión se vio por mucho tiempo parametrada al sistema de salud tradicional perdiendo la oportunidad de aperturarse a otros ámbitos de su campo profesional, teniendo que adoptar los modelos de ejercicio que el mercado laboral predetermina. Es evidente también que enfermería tiene la potencialidad de identificar creativamente nuevos espacios hacia los cuales extender su práctica, porque es un campo profesional extraordinariamente amplio y por lo tanto abierto a nuevas modalidades de cuidado que hagan posible su inserción en ellos.

En razón a ello, el cuidado del ser humano es la esencia de enfermería, además, la práctica de enfermería está basada en el cuidado humano, el mismo que incluye intervenciones y actividades dirigidas a resolver los problemas de salud de la persona, familia y comunidad. Dichas actividades se realizan en todos los niveles de atención de salud, en cada una de las áreas de salud, se incluyen cuidados de enfermería, a nivel primario se habla de cuidados esenciales en cada etapa de vida; en el área hospitalaria, la enfermera proporciona cuidados caracterizados por ser humanos, oportunos y seguros. El cuidado tiene un significado a partir del propio hombre incluyendo comportamientos, valores y principios que son vividos por las personas en determinadas circunstancias. El ser humano nace con potencial de cuidado, significando que todas las personas son capaces de cuidar.

Evidentemente esta capacidad será más o menos desarrollada, conforme a las circunstancias en que fuera ejecutada en las diversas etapas de la vida. La enfermera debe estar sensibilizada y habilitada para ayudar y apoyar durante estas circunstancias vulnerables, en este sentido, el cuidado tiene un punto de máxima importancia, pues los esfuerzos de buscar la restauración van más allá de lo físico.

El proceso de cuidado abarca, además de procedimientos y actividades técnicas, acciones y comportamientos que favorecen no solo el estar con, sino también el ser con. Es decir, se piensa que los procedimientos, intervenciones y técnicas realizadas con el paciente solo se caracterizan como cuidado en el momento en que los comportamientos de cuidar son mostrados, tales como: respeto, consideración, gentileza, atención, cariño, solidaridad, interés, compasión, entre otros.

El cuidar es un proceso interactivo, el solo se establece en la relación con el otro. El modo de ser del cuidado involucra una relación no solo de sujeto-objeto, sino de sujeto-sujeto. En el contexto del proceso de cuidado, esta relación se caracteriza por ser una relación de tipo profesional, sujeto-otro, basado Actualmente se propone un nuevo significado del cuidar, que engloba como ya mencionado anteriormente, una dimensión más amplia e integradora; incluye una compleja naturaleza filosófica-antropológica. El cuidado es la esencia humana del ser. Compone la naturaleza, el venir a ser humano, por lo tanto se asume una dimensión existencial. Es de tipo universal, a pesar de que asuma connotaciones propias, dependiendo del contexto cultural. Cuando el ser enferma es capaz de desarrollar su ritmo habitual diario, sea por una patología de tipo somática, social o psicológica, el percibe empáticamente la vulnerabilidad de su ser. Tal vez sean estas circunstancias en las cuales, el ser tiene una mayor percepción de su vulnerabilidad. Para emprender esfuerzos en bien del cuidado, la enfermera debe involucrarse en su proceso de trabajo dentro de las organizaciones de salud, para buscar y realizar no solo aquello que le compete, sino también de aquello idealizado por enfermería. El cuidado debe estar introducido en el cotidiano trabajo de la enfermera, pues representa el núcleo en los procesos de transformaciones para los casos de salud-enfermedad en los seres humanos es decir, es el producto final enfermería. (24)

2.3. BASE CONCEPTUAL

Cesárea.- Consiste en la extracción del feto por vía abdominal. Existen indicaciones precisas que imponen este tipo intervención y aunque en algunas ocasiones se sabe con anhelación que el parto normal por vía vaginal no va a ser posible y por tanto se puede programar la intervención, en un porcentaje muy elevado la cesárea se realiza de urgencias. La necesidad de una actuación rápida y eficaz por parte del personal de enfermería en quirófano nos ha llevado a realizar unos protocolos de actuación unificando

critérios aprovechando los recursos de los que disponemos. Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen en el útero. Técnicamente antes de las 28 semanas se denomina Histerotomía. (16)

2.3.1. Comportamiento de la cesárea

Epidemiología

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística La proyección del 2,019 revela que en promedio, el 38.5 % de los partos institucionales (aquellos que se realizan en establecimientos de salud) han sido cesáreas. Esta cifra agrupa las intervenciones del Ministerio de Salud, Es Salud, Fuerzas Armadas y del sector privado. La prevalencia del parto por cesárea es alta; según ENDES. (33)

Pese a que existen cifras alentadoras, hay que precisar que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el promedio recomendado de cesáreas es de 15%. El Perú supera el 28% ubicándose sobre España y a la par de países industrializados. Esta misma situación la viven países como Alemania, Francia y Hungría. En Latinoamérica, también hay naciones que superan la tasa sugerida; e incluso Brasil cuenta con el mayor porcentaje a nivel mundial. “Tal vez la OMS debería hacer una revisión para que tasa es la más apropiada, aunque hay especialistas que señalan que no existen la ideal “(44)

A. Relacionados a la gestante.

Programada o Ante parto: Se realiza antes que la paciente entre en trabajo de parto. Esta a su vez puede electiva, cuando se “elige” por una indicación materna, fetal u ovular para realizarse por primera vez, o iterativa cuando se programa por existir el antecedente de una cesárea anterior.

Intra parto: Cuando la decisión se toma estando la gestante en trabajo de parto.

Urgencias: Cuando la patología de base obliga a la realización inmediata, independientemente si la gestante está o no en trabajo de parto Las indicaciones para ordenar la realización de una cesárea se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular las cuales a su vez, se consideran con criterio de absolutas o relativas.

Absolutas: Incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias del embarazo-parto asociadas a la gestación que la medicina evidencial ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se

asocian con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal

Se realizan en los siguientes casos:

- Desproporción céfalo-pélvica.
- Estrechez pélvica.
- Obstrucciones mecánicas de la vagina.
- Fibrosis cervical.
- Plastia vaginal.
- Tumor avanzado del TGI.
- Cerclaje abdominal permanente: Dos (2) o más cesáreas previas.
- Cesárea corporal.
- Cirugía previa sobre el cuerpo uterino
- Persistencia de la causa de la cesárea previa.
- Herpes genital activo.
- Condilomatosis florida obstructiva.
- Cardiopatía descompensada.
- Aneurismas o malformaciones arterio venosa cerebral.
- Fistulas urinarias o intestinales operadas.

Relativas: Incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recursos humano, apoyos, diagnostico, etc.) que de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal.

Se realizan en los siguientes casos:

- Pre eclampsia-eclampsia.
- Una (1) cesárea segmentaria previa.
- Distocias dinámicas refractarias a manejo médico.
- Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración.
- Embarazo Prolongado.

B. Relacionados al feto:

Absolutas:

- Feto en Situación Transversa.
- Feto en Presentación Podálica.
- Feto en variedad de Frente.
- Embarazo múltiple más de 2
- Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica.
- Peso fetal entre 1000 y 1500 grs.
- Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto.
- Distocias de posición persistentes.
- Macrosomia Fetal mayor de 4,500 grs

Relativas:

- Anomalías congénitas.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Bienestar fetal ante parto comprometido antes de las contracciones uterinas
- Peso fetal menor a 11100 grs. (atendiendo la sobrevida en UCI).
- Macrostomia fetal (entre 4000 y 4500).

Ovulares:

Absolutas:

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
- Placenta previa oclusiva total.
- Prolapso de cordón con feto vivo.
- Oligohidramnios severo.

Relativas:

- Placentas Previas oclusivas parciales.
- RPM con infección ovular.
- Poli hidramnios Severo. (18)

2.3.2. Complicaciones

Relacionadas con el parto vaginal, la morbimortalidad materna es mayor. Alrededor de un tercio de la totalidad de las muertes maternas, están relacionadas con esta intervención.

La ocurrencia es de 1 por cada 1636 cesáreas aproximadamente (6,1x 100.000), de estas menos de la mitad se deben a la cirugía y las restantes están asociadas a la persistencia o agravamiento de la patología de base.

La Mortalidad Perinatal global –no corregida- es mayor en los nacimientos por cesárea de gestaciones a término y sin patologías graves presentes o asociadas, tanto las Tasas de morbimortalidad perinatales como el pronóstico es similar al de los recién nacidos por vía vaginal.

Actualmente los adelantos en las técnicas anestésicas en el monitoreo permanente de la paciente, en la antibioticoterapia, la mejor calidad de sangre y de hemoderivados, han disminuido pero no han eliminado el riesgo de las complicaciones de esta cirugía; sigue siendo fundamental para alcanzar resultados maternos y perinatales exitosos el comportamiento ético y profesional de los obstetras y el apego a la aplicación de los Protocolos médicos.

Se presentan a continuación las complicaciones relacionadas con esta cirugía, en principio asociadas al riesgo operatorio propio de la misma, y seguidamente precisando el momento de ocurrencia de la mismas.

Propias a todo acto operatorio.

- Accidentes Anestésicos.
- Dolor.
- Sangrado.
- Íleo.
- Recuperación anestésica.
- Encamamiento.
- Limitación a la deambulaci3n.
- Ayuno.
- Stress.
- Infecciones.
- Lesiones de otras v3sceras.

Propias del Puerperio.

- Hemorragias Postparto.
- Riesgo de Trombo embolismo.
- Hipotensi3n.
- Infecci3n Puerperal.
- Fatiga y Debilidad.
- Reajustes hormonales.
- Redistribuci3n del l3quido extracelular.
- Constipaci3n.

Propias de la Maternidad.

- Dificultades para desempe1ar el rol de madre.
- Dificultades para el manejo del Reci3n Nacido.
- Dependencia de otros.

Las Complicaciones Intra operatorias.

Son las menos frecuentes, pero de mayor morbilidad. Constituyen el 1-2% de los casos. Son m3s frecuentes en las ces3reas de urgencias o en las que existe cirug3a previa.

Elas incluyen:

- Hemorragia, por aton3a uterina, lesi3n vascular, anomal3as placentarias y extensiones de la incisi3n uterina.
- Embolismo de l3quido amni3tico. Asociado a Poli hidramnios, descompresiones bruscas, DPPNI, de l3quido amni3tico: Asociado a Poli hidramnios, descompresiones bruscas, DPPNI, con membranas intactas.

Las Complicaciones Posoperatorias Mediatas.

Son de m3s frecuentes presentaci3n, en su orden:

- **Endometritis:** 40% en frecuencia. Riesgo aumentado en bolsas rotas, trabajo de parto prolongado, mala t3cnica quir3rgica y manipulaciones

intrauterinas. La profilaxis antibiótica disminuye su incidencia y las complicaciones (abscesos, tromboflebitis pélvica y shock pélvico

- **Infección urinaria** .2 al 15%. Se relaciona al sondaje vesical.
- Infección de la pared abdominal: está especialmente en pacientes obesas se evita esta complicación cuidando la asepsia hemostasia correcta la profilaxis antibiótica.
- **Tromboflebitis**: se evita favoreciendo la movilización precoz. En pacientes con varices es de riesgo utilizar heparina profiláctica.
- **Obstrucción intestinal por bridas.**
- **Dehiscencia de la cicatriz**: Se evita realizando una correcta hemostasia y no dejando espacios muertos.
- **Íleo**. Se disminuye manipulando lo menos posible las vísceras intestinales y realizando una correcta limpieza de la cavidad abdominal antes de cerrar.

Las Complicaciones Tardías:

- Adherencias abdominales.
- Obstrucción intestinal secundaria.
- Endometriosis de la incisión uterina.
- Cesárea en gestaciones posteriores.
- Rotura uterina en partos posteriores.

Entre las complicaciones Fetales, encontramos:

- **.Depresión**; Generalmente relacionada con la anestesia y con el tiempo que se tarda en la extracción
- **Traumatismos** por lesión directa con el bisturí o por las maniobras de extracción. (19)

A continuación se expone el conocimiento científico actualmente con relación a las distintas técnicas operatorias y los diversos abordajes que se realizan en las mismas, las cuales son las que fundamentalmente depende de:

- Diagnóstico de la Patología de base y la técnica quirúrgica asociada
- Urgencia de la intervención.
- Estado clínico de la paciente.
- Intervenciones quirúrgicas previas cicatrices en pared abdominal.
- El criterio y destreza del cirujano.

Incisiones abdominales:

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

Las incisiones más comunes son:

- Laparotomía Mediana Infra umbilical
- Incisiones Transversas Supra púbicas: (20)
 - A. Maylard.
 - Incisión de Pfannenstiel.
 - Incisión de Cherney.
 - Joel Cohen



Fig.1. Incisión Quirúrgica

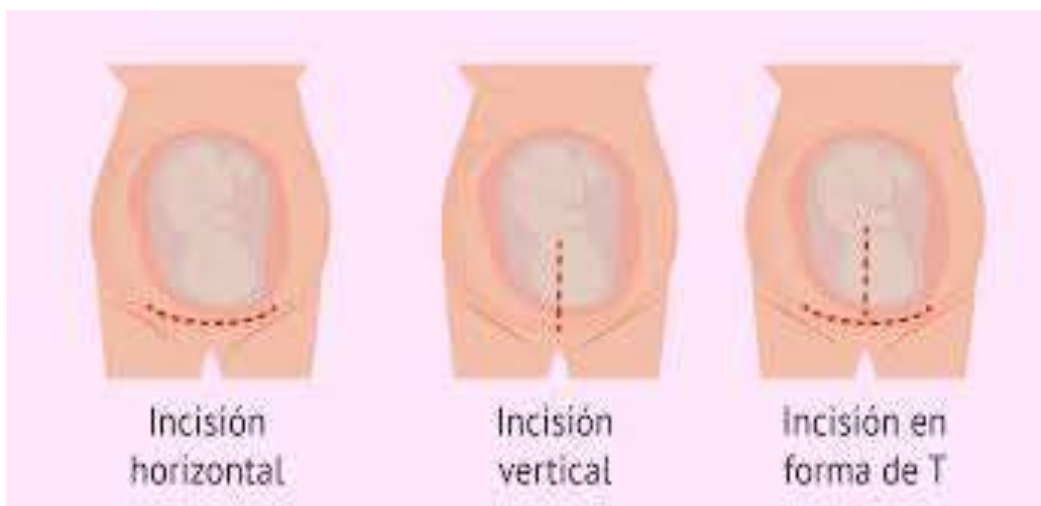


Fig.2. Tipos de Incisión Quirúrgica

NOMBRE	DESCRIPCION
PFANNENSTIEL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 o 3 cm Por encima de la sínfisis. ▪ Curvatura del pliegue. ▪ Extensión de 15 cm. ▪ Disección cruenta del TCS. ▪ Disección transversal de la fascia con tijeras. ▪ Incisión mediana de rectos y peritoneo con tijera.
MAYLARD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión a 5 cm del pubis. ▪ Entre las espinas iliacas antero-superiores. ▪ Incisión promedio 18.3 cm. ▪ Ligar vasos epigástricos inferiores. ▪ Sección de músculos rectos abdominales.
CHERNEY	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encima de sínfisis púbica. ▪ Sección de inserciones tendinosas de los músculos rectos con doble ligadura. ▪ Ligadura de vasos epigástricos inferiores.
JOEL COHEN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión a 3 cm de la sínfisis. ▪ Se incide normalmente solo en la línea media y los tejidos son separados mediante disección roma.

Tabla 1: CESAREA – INCISIONES TRANVERSA EN PIEL

2.3.4. Material Necesario:

A) Para la Enfermera Instrumentista.

- ✓ 1 caja de cesárea, de donde sacara para colocar sobre la mesa de instrumentación:
- ✓ 1 corte de Mayo (tijera curva y recta) ,1 mango de bisturí del N° 4.
- ✓ 2 pinzas de disección con dientes y 2 sin dientes.
- ✓ 4 cylers.
- ✓ 4 kocher con dientes.
- ✓ 2 Rochester Pean para el cordón.
- ✓ 4 pinzas de anillas.
- ✓ Separador de roux.
- ✓ 2 portas.
- ✓ 1 valva supra púbica.
- ✓ 1 cazoleta.
- ✓ 1 equipo de ropa estéril para cesárea o cirugía mayor.
- ✓ 1 o 2 hojas de bisturí del n° 36.

- ✓ 1 compresa de paquete de vientre.
- ✓ 1 suero caliente estéril.
- ✓ 1 goma de aspirador.
- ✓ 1 bisturí eléctrico.
- ✓ 1 bote de orina estéril para las agujas.
- ✓ Guantes estériles para la enfermera instrumentista y los dos ginecólogos.
- ✓ Compresas con contraste.
- ✓ Suturas:
- ✓ 3 o 4 vicryl o safil n° 1 con aguja cilíndrica o Catgut crómico a traumático 1/0.
- ✓ 2 vicryl n° 0 con aguja cilíndrica.
- ✓ 2 vicryl n° 1 con aguja triangular.
- ✓ 1 seda n° 2/0 o n° 0 con aguja recta si el panículo adiposo es grande se podrá utilizar para su cierre vicryl rapid n° 2/0.

Grapas para la piel:

Es conveniente tener a mano: pizas de faures, pinzas de adson, valvas de doyen, laparostato, fórceps, ventosa y drenaje de redon (n°12 o n° 14). (21)

B) Para la Enfermera Circulante:

Para la anestesia raquídea

- ✓ 2 campos estériles
- ✓ Compresas estériles sin contraste.
- ✓ Gasas estériles sin contraste.
- ✓ Guantes estériles para el anestesista.
- ✓ 1 jeringa de 5cc y otra de 10 CC.
- ✓ 1 aguja intradérmica, otra intramuscular y un trocar.
- ✓ 1 apósito estéril pequeño estilo meporine
- ✓ 1 aguja espinal pajunk n° 24.
- ✓ 30 ui de oxitocina, atropina, epinefrina y antibiótico.
- ✓ Sueros lactato de ringer y expansores del plasma.
- ✓ Sistemas de suero
- ✓ Abocath, apósitos estériles
- ✓ Alcohol con clorhexidina.
- ✓ Material para sondaje vesical, si procede.
- ✓ Material y medicación para anestesia general, si procede.

2.3.5 Procedimiento Quirúrgico:

A) Enfermera Instrumentista:

La actuación de la enfermera instrumentista en el procedimiento de la cesárea quedara determinada por las distintas etapas de las que consta la técnica quirúrgica.

Previamente al procedimiento quirúrgico:

- ✓ Preparara la mesa de instrumentación con todo el material necesario. Realizara el contaje primero de las compresas que tiene sobre la mesa e informara de ello a la enfermera circulante.
- ✓ Ayuda a los ginecólogos a colocarse las batas estériles y los guantes.
- ✓ Se acopla el bisturí eléctrico y goma de aspirador encima de las sabanas sobre los miembros inferiores.

Durante la incisión en la piel:

- ✓ Dar bisturí frío al cirujano, dos pinzas con dientes y compresa con contraste.
- ✓ La incisión cutánea puede ser: transversal o longitudinal:
 - Incisión segmentaria transversal baja: de elección .Asociada a menor hemorragia, mejor cicatrización, menor incidencia de infecciones y menor riesgo de ruptura uterina en gestaciones posteriores En contra, mayor riesgo de lesionar los vasos uterinos en caso de prolongación de los ángulos de la incisión.
 - Incisión corporal vertical o clásica: incremento del riesgo hemorrágico, infeccioso y de ruptura uterina en gestaciones posteriores. (22)

Durante la apertura de la Pared Abdominal:

- ✓ Apertura del tejido celular subcutáneo con bisturí eléctrico o disección roma.
- ✓ Apertura transversal de la fascia o aponeurosis con tijeras curvas, bisturí eléctrico y pinzas de disección con dientes, separando la fascia de la cara anterior de los músculos rectos anteriores del abdomen ayudándose con el separador Roux y dos pinzas de Kocher.
- ✓ Disección del plano muscular a nivel de la línea media, completando con corte si precisa.- Apertura del peritoneo parietal con tijera con una incisión longitudinal.
- ✓ Después se secciona y despega el peritoneo visceral con tijera y pinza de disección sin dientes ayudándose de dos Cryler.

Se introduce una valva supra púbica para separar la vejiga del útero y las compresas de vientre debidamente referenciada con la seda 2/0 y un Kocher (el cual siempre quedara fuera de la cavidad).La compresa de vientre estará humedecida con suero se colocara en fisiológico caliente. Dicha compresa se colocara a ambos lados del otero como barrera de escape de líquido amniótico, vermix y sangre hacia la cavidad peritoneal. (16)

Durante la Histerotomía Segmentaria Transversa:

- ✓ Para la apertura del útero se precisara de un bisturí frío y el cirujano profundiza la incisión con un dedo hasta alcanzar la cavidad uterina. La incisión es prolongada con los dedos para no lesionar al feto.
- ✓ Se tendrá preparado el aspirador para la succión de fluidos.

Durante la Extracción Fetal:

- ✓ Se retira la valva de Doyen y se extrae el feto manualmente. Se limpia con una compresa la boca y las fosas nasales en cuanto se ha conseguido extraer la cabeza.
- ✓ Tras la extracción completa del feto se precisaran 2 pinzas de Rochester Pean y una tijera para la sección del cordón umbilical.
- ✓ Se entregara el recién nacido al personal de neonatología (medico – enfermera).
- ✓ Puede ocurrir que la cabeza se encuentre alta o que la extracción resulte ser dificultosa, en este caso puede ser necesaria una ventosa o unos fórceps.
- ✓ Alumbramiento de la placenta por expresión uterina o manual: en la extracción manual de la placenta, se necesitaran compresas con contraste y aspirador.
- ✓ Se vuelve a introducir la valva supra púbica.
- ✓ Durante el Cierre de las Incisiones por Planos:
- ✓ Para el cierre del útero se precisaran 4 pinzas de anillas en los ángulos de la incisión uterina
- ✓ - Una porta agujas con vicryl nº 1 para dar puntos de cierre en útero y pinzas de disección sin dientes. Los dos extremos de los ángulos del útero se sujetaran con dos referencias (Kocher) unidas al hilo de sutura.
- ✓ Si se realiza sutura del peritoneo visceral y/o parietal se hará con vicryl nº 0 en sutura continua.
- ✓ - Una vez cerrado el peritoneo se procederá al contaje de compresas junto con la enfermera circulante.
- ✓ Para la aponeurosis sutura de vicryl nº1 con aguja triangular, dos suturas que se unen en el centro.
- ✓ En ocasiones se coloca un drenaje de redon bajo la fascia, en el tejido sub aponeurótico.
- ✓ Hay que asegurarse de que la hemostasia es adecuada y se puede realizar con bisturí eléctrico.
- ✓ Si el tejido celular subcutáneo es muy grueso se puede cerrar con puntos de vicryl rapid nº2/0.
- ✓ La sutura de la piel se realizara con sutura mecánica (grapas) seda del 2/0 o sutura intradérmica con monofilamento.

Terminado el procedimiento quirúrgico, se procederá a la limpieza y desinfección de la herida con compresas estériles sin contraste y a la colocación de un apósito tipo Mepore.

- ✓ Se coloca el reservorio del redon y abrimos él vacío, si procede.

- ✓ Se retira la ropa manchada, limpieza de la paciente y ayudamos a su traslado a la camilla.
- ✓ Se retira el instrumental de la mesa quirúrgica, dándoselo al personal técnico de enfermería.
- ✓ Se repone material para una nueva intervención y se monta la caja de cesárea haciendo un recuento estricto del instrumental para su traslado a la unidad de esterilización.

B) Enfermera Circulante:

- ✓ Procederá a la preparación de la Mesa de Mayo con el material necesario para una anestesia raquídea.
- ✓ Cargara en sus jeringas respectivas los componentes anestésicos.
- ✓ Verificara todos los terminales para la monitorización de la paciente que se encuentran listos para su uso; así como todo el material necesario para una anestesia general.
- ✓ Comprobara el funcionamiento de los aspiradores y del aparato del bisturí eléctrico.
- ✓ Una vez la paciente dentro del quirófano, ayudara a su colocación en la mesa quirúrgica en decúbito supino con sus extremidades descansando sobre superficies almohadilladas en posición anatómica neutra evitando posiciones forzadas y sujetando miembros superiores.
- ✓ En ocasiones puede ser necesario colocar a la paciente con una ligera inclinación lateral para evitar compresión de la vena cava.
- ✓ Comprobara el correcto funcionamiento del sondaje vesical.
- ✓ Ayudará al anestesista durante la intubación traqueal o la anestesia regional.
- ✓ Se usara para la desinfección de la piel del paciente alcohol con clorhexidina, nunca Yodo, para prevenir posibles problemas endocrinos en el feto.
- ✓ Colocará la placa del electro bisturí sobre una superficie musculada de la paciente.
- ✓ Recogerá la placenta en una riñonera u otro recipiente adecuado; y extraerá sangre del cordón umbilical.
- ✓ Junto con la enfermera instrumentista, realizara el conteo de compresas quirúrgicas.
- ✓ Ayudará en la limpieza y colocación del apósito a la enfermera instrumentista.
- ✓ Hará un registro de la actividad quirúrgica rellenando la hoja de estadística, la de planes de cuidados de la paciente y la anotación de los estupefacientes en su libro correspondientes.
- ✓ El material de anestesia se lavara y desinfectara según protocolo. (23)

Se realizara sistemáticamente profilaxis antibiótica endovenosa con una dosis única de cefalosporina de primera generación, (Cefazolina 2 gr.o Ceftraxiona 2 gr.), inmediatamente tras clampaje del cordón umbilical para reducir el riesgo de endometritis, infecciones del tracto urinario e infección de la herida operatoria-quirúrgica (que ocurren hasta en el 8% de las mujeres sometidas a

cesareadas), si es urgente o en curso de parto, multiplica el riesgo endometritis x10. Es por ello que se recomienda la profilaxis antibiótica sistemática, ya que permite una reducción del riesgo de endometritis en un 60-70%.

Si hay alergia a Penicilina, Clindamicina 600mg.ev + Gentamicina 240mg ev (adaptar a 3-5 mg/kg en caso de IMC extremos).

Profilaxis Atonía

- ✓ . De elección, se realizara alumbramiento dirigido con un bolo de 3 u de oxitocina endovenosa para facilitar la contracción uterina y disminuir a perdida hemática. No se ha de esperar a la salida de la placenta para administrar la oxitocina.
- ✓ . En pacientes termodinámicamente inestables y cardiopatas de manera electiva se administrara cabetocina 100mcg ev dosis única. (.20)

2.3.6. Aspectos Básicos del Proceso Quirúrgico

2.3.6.1. Concepto

El proceso quirúrgico tiene tres fases: Preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio, en las que las circunstancias del paciente y las actividades de enfermería la correcta son diferentes. Los profesionales de la enfermería quirúrgica deben conocer con detalle estas fases. Para garantizar la correcta asistencia en el proceso quirúrgico de parte de los enfermeros/as disponemos de dos medios fundamentales: uno es la formación de los profesionales y el otro es la estandarización de los procesos a aplicar. (.4)

2.3.6.2. Etapas del Proceso Quirúrgico

Se entiende por enfermería peri operatoria: “El papel que la profesión de enfermería ha desarrollado con la asistencia del quirúrgico. Esta disciplina comprende su asistencia total antes, durante y después de la cirugía. Entre los deberes de la enfermera peri operatoria se incluye el desarrollo y la implantación de un plan preoperatorio de asistencia al paciente.”

Se describen a continuación las del proceso quirúrgico:

- Preoperatorio: comienza cuando se toma la decisión de someter al paciente a una intervención quirúrgica. Durante esta fase, la enfermera identifica las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente, así como los problemas potenciales. A continuación el profesional de enfermería lleva acabo las acciones encaminadas a resolver cada uno de los problemas que se hayan planteado, ofreciendo así una ayuda individualizada. Esta fase termina cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica.
- Intraoperatorio: empieza con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica. Todas las actividades se enfocan con el único fin de descubrir sus necesidades y de procurar su bienestar durante todo el proceso; el paciente

reconoce a la enfermera que ha realizado la visita preoperatoria y establece ella una relación paciente-enfermera. En esta fase profesional la enfermera quirúrgica ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficacia y eficiencia. Esta fase finaliza cuando se admite al paciente en la sala de recuperación.

- Post operatorio: se inicia con la admisión del paciente en la unidad de recuperación post anestésica (URPA), y finaliza cuando el cirujano suspende su vigilancia. Las enfermeras deben cerciorarse que todos los procedimientos y técnicas de enfermería se ejecuten de forma correcta, así, los indicadores del proceso peroperatorio serán satisfactorios de todas las necesidades del paciente y el logro de los resultados deseados. (5)

El personal de enfermería desempeña un importante papel durante el preoperatorio. La asistencia de enfermería en este periodo influye sobre la experiencia peri operatoria global del paciente. Una adecuada preparación, mediante una completa valoración, tratamiento del riesgo e instrucción, permite una evolución operatoria y una recuperación más fácil.

2.3.6.4 Preparación del Quirófano

Antes de la llegada de la paciente al quirófano para iniciar una intervención quirúrgica; la Enfermera Circulante (EC) y la Enfermera Instrumentista (EI) deben realizar una serie de preparativos encaminados a asegurar el correcto desarrollo de la actividad quirúrgica. Estos preparativos varían según el tipo de cirugía; por lo que se debe conocer de antemano que operación se va a llevar a cabo. Consisten en:

- Comprobación del aparataje y del equipo accesorio.
- Inspeccionar las conexiones de alimentación de gases para asegurar que no existen fugas.
- Verificar la conexión de las tomas de alimentación con el código de color adecuado (que depende del fabricante). El código de colores habitual es: blanco: O₂; azul: protóxido; amarillo: vacío; gris: aire comprimido.
- Comprobar que el flotador de los caudalímetros (O₂, N₂O, etc.) quede en la parte inferior del tubo cuando estén cerrados.
- Asegurar la falta de movimientos erráticos de los flotadores al ajustar el flujo de los gases en los caudalímetros.
- Crear una mezcla de O₂/N₂O hipoxica y comprobar el correcto funcionamiento de la alarma de seguridad.
- Examinar el nivel de anestésico líquido que queda en cada vaporizador: desflurano, halotano, fluorano, etc.
- Demostrar que la valvular de oxígeno rápida libera instantáneamente flujo al ser accionada (O₂ puro al 100%).
- Comprobar que la concertina se mueve libremente durante el ciclo respiratorio.
- Dirigir el selector de sistema anestésico hacia la ventilación espontánea o manual sin encontrar dificultad alguna.

- Verificar que la válvula de escape nos permite girar el disco obturador para abrirla o cerrarla.
- Controlar que el sistema de depuración que elimina los gases anestésicos de desecho esté conectado.
- Revisar todo el material accesorio.
- Encender monitor y comprobar todas las determinaciones que necesitamos estén configuradas.
- Conectar los aspiradores.
- Comprobar bombas de perfusión.
- Tener listo el calentador térmico.
- Encender lámparas.
- Comprobar funcionamiento de mesa quirúrgica.
- Preparación de material necesario para la cirugía. (6)

2.3.6.5. En el Pre- Operatorio

Valoración Física:

- Talla, peso y signos vitales.
- Permanecer alerta ante signos de deshidratación y alteración de la nutrición; lesiones cutáneas o signos de infección.

Historia Quirúrgica y Anestésica:

- Documentar intervenciones quirúrgicas previas:
 - ✓ Fecha.
 - ✓ Tipo de intervención y razón de la misma.
 - ✓ Aparición de complicaciones.
 - ✓ Medicación.
- Indicar los fármacos administrados previos a la intervención.
- Señalar medicamentos interrumpidos recientemente, así como los administrados en los seis meses anteriores.
- Especificar alergias y sensibilidades farmacológicas.

Patologías previas:

- General (obesidad, anorexia)
- Pulmonar (enfermedad pulmonar, obstructiva crónica, insuficiencia respiratoria).
- Cardíaca (infarto de miocardio, hipertensión).
- Gastrointestinal (varices esofágicas, hepatopatía, esofagitis)
- Renal (nefrolitiasis, insuficiencia renal).
- Endocrina (diabetes, hiper/hipotiroidismo, hiperlipidemia)
- Musculo esquelética (cifosis, artritis cervical).
- Hematología (anemia, policitemia).
- Trastornos hemorrágicos.
- Neurológico (epilepsia, miastenia grave).
 - ✓ Valoración mental y psicosocial.

- Percepciones generales sobre la cirugía
- Procesos sensoriales y de pensamiento.
- Atención y concentración.
- Nivel de ansiedad y temores específicos.
- Autoestima y concepto de sí mismo.
- Apoyo de personas allegadas.
- Valores psicológicos y mecanismos de afrontamiento.

2.3.6.6. En el Intra Operatorio.

Tras la preparación y evaluación preoperatoria, la paciente entra en el periodo operatorio, que se inicia con el traslado del paciente al quirófano; la asistencia de enfermería durante este periodo abarca distintas actividades dirigidas a la paciente sometido a la cirugía. El centro de atención de la intervención en los cuidados de enfermera pasa a ser la protección, la defensa y la prestación de atención, debido a la mayor dependencia de la paciente durante el periodo operatorio. El objetivo de enfermería es facilitar que la intervención quirúrgica transcurra sin incidencias y proteger a la paciente de futuras lesiones (.7)

Valoración.

- Cuando la paciente entra en el quirófano.
- El personal de enfermería debe identificarle, tanto de palabra como con la pulsera de identificación e historia clínica, y completar la valoración de enfermera de la situación inmediatamente en el preoperatorio de la paciente.
- Confirmar la técnica quirúrgica planeada.
- Revisar toda la documentación, verificando que este completa.

Planificación

Se plantean, entre otros, los siguientes criterios en cuanto a los resultados finales, la paciente:

- Saldrá del quirófano con la piel integra, salvo la zona de la incisión quirúrgica y de los drenajes si tuviese.
- Estará normo térmico en el momento de salir del quirófano.
- Mostrará un menor nivel de ansiedad durante el periodo operatorio y tras la intervención.
- No sufrirá lesiones mientras permanezca en el quirófano.
- Mantendrá la comunicación intraoperatorio mediante el uso de medidas verbales y no verbales.
- La técnica aséptica mantendrá durante toda la intervención y la herida operatoria permanecerá sin signos de infección en las 48 horas siguientes la intervención

Ejecución

- Tranquilizar a la paciente, reduciendo su ansiedad, describiendo todos los estímulos sensoriales que va a recibir (colocación del manguito de presión, canalización de vía venosa periférica).
- Prevenir posibles lesiones, tras inducir la anestesia, se pierden los mecanismos normales de autoprotección.
- La anestesia suele iniciarse en decúbito supino, colocando después a la paciente, si fuera necesario, en la posición requerida para la intervención.
- La elección de la postura depende de la zona a intervenir y de la situación de la paciente. Todas las posiciones quirúrgicas, aunque algunas más que otras, pueden ser potencialmente peligrosas a causa de sus efectos sobre la respiración, la circulación, los nervios periféricos y la piel.

Posiciones Quirúrgicas:

- Supino o dorsal
- Trendelenburg.
- Trendelenburg inverso.
- Litotomía.
- Lateral.
- Prono.
- En navaja.
- Sedente.

Los cambios de postura de las pacientes anestesiadas deben hacerse de forma lenta, para permitir que el aparato circulatorio se adapte a los cambios de la distribución de la sangre.

Las zonas corporales especialmente vulnerables a las lesiones derivadas de la posición quirúrgica son:

- Ojos, oídos boca, cuello, extremidades: nervios, articulaciones, vascular, etc.
- Asegurar el aislamiento y toma de tierra de la paciente cuando se utiliza el bisturí eléctrico.
- Control estricto de la temperatura corporal en el caso de usar el láser; bien para cortar, coagular, vaporizar y soldar los tejidos. (.8)

2.3.6.7. En el Post Operatorio

Es donde se recibe a la paciente: en el postoperatorio inmediato .Son unidades con procedimientos semi-intensivos, en las cuales principalmente se controlan constantemente signos vitales; cada 5,10 a 15 minutos, progresivamente espaciando el tiempo hasta su estabilidad es dado de alta.

También se controla:

- La posición de la paciente, para evitar aspiraciones (colocarla en decúbito supino con la cabeza ladeada).

- Excepciones: pacientes post operadas de cataratas, no ladear cabeza; y en otra operación que impida mover la cabeza hacia los lados.
- Control de drenajes, diuresis, redones, sueros, que no se encuentren pinzados y que estén funcionando bien.
- Mirar las órdenes médicas; goteo, tipo de suero, hamacell o poligelina, lactato de ringer, etc.
- Control de apósitos, si están manchados o no, si no hay hemorragia interna, etc. no (taquicardia, palidez, etc.).(9)

Complicaciones en el Postoperatorio Inmediato.

- Obstrucción respiratoria.
- Caída de la lengua, colocar tubo de Mayo
- Espasmo-laríngeo va relacionado con el tipo de intubación ya que un cuerpo extraño (laringoscopio) produce irritación en la tráquea con lo cual puede haber un laingoespasmo.
- Aspiración por vómito, si no se coloca en una posición adecuada.
- Hipoxia.
- Anestesia: Colapso de vasos, ya que se deprime el centro respiratorio.
- Depresión respiratoria: Dependerá de las dosis de anestesia administrada.
- Dolor: hay espasmos con lo cual se puede producir hipoxia.
- Obesidad: son pacientes que suelen hacer complicaciones tanto respiratorias como circulatorias.
- Hemorragia/shock.
- Trastornos en la coagulación, pacientes tratados con SINTROM, tienen más problemas a la hora de ser operados.
- Pacientes con infarto antiguo, que toman AAS.
- Pacientes enólicos y además que toman AAS.
- Fallo de integridad vascular, fallo de sutura suele ocurrir en obesos ya que se separa la sutura con facilidad. (10)

Criterio para el alta de la unidad de URPA

Recuperación de la anestesia

- Anestesia General: Recuperación de reflejos, respuesta a estímulos, somnolencia, desorientación y orientación.
- Anestesia Epidural: Recuperación de todo, actividad motora, sentido de la posición, sensaciones térmicas, sensibilidad al dolor superficial, actividad del SNA.
- Anestesia Regional: Recuperación, movilización, sensibilidad parcial.
- Función respiratoria espontánea.
- Nivel de conciencia: el paciente llega a la unidad o planta.
- Intervención de Enfermería: En el postoperatorio a corto plazo:
- Oxigenación.
- Respiración diafragmática, tos productiva(al toser que se sujete la herida).
- Líquido y nutrición.
- Peristaltismo a las 8 horas aproximadamente, hay que poner el fonendo en 4 zonas del estómago y escuchar durante un minuto en cada zona.

La dieta que seguirá será:

- Dieta Blanda normal + líquidos a voluntad.
- Eliminación
- Renal: Primera micción a las 6-8 horas después de la intervención.
- Intestinal: Primera deposición a los 2-3 días de la intervención.

Movimiento

- Movilizaciones pasivas y activas.
- Deambulación precoz: a las 24 horas, cuanto antes se levante mejor, ya que al estar en la cama hay peligro de trombosis.

Pasos a seguir para levantarse:

- Incorporar la cama semi fowler durante unos minutos.
- Poner al paciente en fowler durante unos minutos.
- Sentarlo en la cama con los pies hacia abajo.
- Sentarlo en una silla.
- Deambulación por la habitación.
- Deambulación por los pasillos.

Intervención de Enfermería: en el postoperatorio a largo plazo:

- Educación al paciente y familia en cuanto:
 - ✓ Cuidado de la herida quirúrgica.
 - ✓ Tratamiento farmacológico.
 - ✓ Actividad física y ejercicios recomendados.
 - ✓ Indicaciones relacionadas con la eliminación (melenas, micción dolorosa o no, incontinencia o no, etc.,)

Problemas o molestias postoperatorias más habituales:

- Dolor: valoración (garganta, incisión, articulaciones y musculares)
- Hipotermia: incidencia 60%(35°C, palidez, piel fría y seca, bradicardia y disnea)
- Hipertermia: Febrícula a las 24-48 horas (superior a 37.7°C, persistencia indicativa de problema)
- Náuseas y vómitos: Problema frecuente (factores estimulantes, profilaxis, cuidados).
- Retención urinaria: Pasadas las 8-10 horas (estimular la micción, rebosamiento, sondaje vesical)
- Distensión abdominal: Peristaltismo (prevención en cirugía gastrointestinal, sondaje rectal)
- Hipo: Irritación del nervio frénico. (11)

2. 4. Definición de Términos

Praxis, cuidado humanizado.

Praxis.- Se traduce como “acción o “practica”, suele usarse en el ámbito profesional y académico La Praxis Profesional es un proceso mediante el cual un profesional lleva a la práctica los principios teóricos estudiados a lo largo de su formación.

Cuidado Humanizado: El cuidado humanizado debe prevalecer en el quehacer de enfermería, realizándose con cuidado y excelencia y siempre están presente en la práctica diaria.

CAPITULO III

3. PLAN DE INTERVENCION

3.1. JUSTIFICACION

La cesárea está asociada a corto y largo plazo a riesgos que pueden mantenerse por muchos años, después de la intervención y afectar la salud de la mujer. Esta técnica será utilizada bajo una serie de indicadores ya que como todo procedimiento quirúrgico conlleva complicaciones. La realización de una cesárea involucra a la madre tanto física como psicológicamente, cultural y social. No obstante en muchas ocasiones el centro de atención es el acto quirúrgico en si dejando de tener protagonismo la paciente-mujer-madre. Este hecho lleva a la necesidad de humanizar este procedimiento en todas sus fases pasando a ser la mujer, el neonato y su familia; los receptores principales de la atención y cuidados. La enfermería ejerce un papel fundamental desde el inicio del embarazo hasta el puerperio.

Si revisamos el cuidar desde la prehistoria, considerado el cuidar no solo como una actividad o tarea realizada en el sentido de tratar una herida, aliviar una molestia y ayudar en la curación de una enfermedad. La intervención en el cuidado de enfermería ha sido usada por mucho tiempo como la ejecución de técnicas y de procedimientos en los pacientes, por lo tanto resultaba de un prescripción médica relativa a un tratamiento que a su vez, está asociado a un problema patológico o enfermedad, del paciente, a causa el riesgo de deshumanización en el cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano Según la ENDES 2,020, la prevalencia de cesáreas en el Perú ha ido ascendiendo progresivamente cada año, es así que se reportó un incremento de 20.4% en el 2,010 hasta 36.3% en el 2,020. (5)

Los cuidados de enfermería son imprescindibles en todas las situaciones de enfermedades, discapacidades, durante el proceso de la muerte, en ausencia de alguna enfermedad en el día a día de los seres humanos, como una forma de vivir y relacionarse, de ser, de expresarse; siendo una postura ética y estética frente al mundo (13)

La respuesta del ser cuidado puede observarse a partir de varias señales subjetivas, como quejas, duda y preguntas, o por el silencio, además de las respuestas objetivas, en todo momento está presente la reflexión que se relaciona con las dudas y cuestiones de su futura condición y su desempeño, ya que el conocimiento de sí mismo y de sus potencialidades aumenta la autoestima, autosatisfacción del paciente. Aparece el alivio del dolor, el confortamiento, la tranquilidad, el relajamiento, la preservación de la identidad y el bienestar. La forma en que paciente se sintió cuidado, el sentirse bien cuidado, acogido, influirá sobremanera para que la experiencia se vuelva positiva.

El proceso que rodea a la intervención quirúrgica trae consigo temor al dolor, miedo a la incertidumbre, miedo a la cadena de factores personales, cambios en la imagen personal, temor a la muerte, etc. Podemos decir que la operación quirúrgica se efectuara en un ambiente desconocido, el saber que le van a anestesiarse para la operación y que la cirugía origina un riesgo ello va a conllevar a un estrés psicológico (9). El tener confianza en uno mismo y controlar el estado del nivel de ansiedad, ayudara a que haya menos casos de enfermedades cardiovasculares como arritmias, presión arterial elevada en el periodo anestésico y durante la operación. Esto favorecerá a la recuperación inmediata después de la intervención, para así evitar la alteración del comportamiento (10).

Y en lo que respecta a la labor del profesional de enfermería entonces es imprescindible su participación en el centro quirúrgico, en el área Gineco-obstétrica y explícitamente brindar cuidados pre y post quirúrgicos a las paciente cesareadas, desconociéndose de manera objetiva la calidad de sus cuidados, el no contar con trabajos de investigación relacionados, conocer y documentar las experiencias positivas y/o negativos que experimentan las pacientes atendidas en el pre y post cesárea, la incidencia de infecciones de herida operatoria post cesárea, evidenciar nuestro profesionalismo.

El rol de la enfermera durante el preoperatorio es importantísimo ya que ella estará al cuidado de la gestante, en la entrevista certifica si la gestante conoce de la intervención que le realizaran o si tiene un concepto o duda sobre la operación; la enfermera explica y aclara entendiblemente sobre la cirugía que le van a realizar para que la gestante se mantenga tranquila.

3.2.1 Objetivo General

Determinar la Intervención en la atención de los cuidados de enfermería que se proporciona a las pacientes durante el proceso quirúrgico de cesárea.

3.2.2. Objetivos Específicos

Mejorar el cumplimiento de las diferentes fases para la actuación en el proceso quirúrgico.

- Garantizar una actualización homogénea en el acto quirúrgico.
- Optimizar la cohesión del equipo.
- Facilitar el aprendizaje de las enfermeras/os de nueva incorporación
- Garantizar la mejoría en la calidad asistencial

3.3. Modelado de Plan de Intervención

Anexo 2

Programación de Actividades

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Establecer programas de capacitación como parte del plan continuo, en base de los cuidados y la toma de conciencia en pacientes quirúrgicos.	Programas de Capacitación	Un programa mensual a trimestral	Lograr la capacitación y/o actualización al 100%	1 hora Mes de Diciembre a largo plazo	Licenciada Especializada
Realizar revisión de casos clínicos en razón a la patología como parte del quehacer diario a fin de identificar las necesidades en los periodos del pre-intra-postoperatorio.	Revisión de historias clínicas. Identificar las necesidades en las fases pre-intra-postoperatorios.	Una revisión quincenal	El 100% del personal del servicio reconocer e identifique la actividad a realizarse.	1 hora y media Mes de Diciembre a largo plazo	Licenciada Especializada
Implementar ,protocolizar y/o elaborar registros, formularios y/o documentación que permite la aplicación de la intervención en la atención y, cuidados de enfermería por los profesionales a fin de mejorar y unificar criterios	Registros, formularios documentación. Protocolizar y establecer	Una elaboración e implementación a largo plazo	Al 100% de elaboración e implementación.	A largo plazo Diciembre 2,021	Enfermera Especialista

Realizar la revisión necesaria de bibliografías y/o trabajos de investigación dirigidos a propiciar una atención holística en pacientes posterior a una cesárea.	Revisión de Bibliografías trabajos de investigación. Propiciar atención	Quincenal a mensual	Al 100% de revisión y/o propiciar una atención	1 hora a largo plazo.	Enfermera Especialista
Proporcionar al profesional de enfermería de sala de operaciones un protocolo de atención de las cesáreas, tanto como un registro de enfermería para su evolución y unificar criterios.	Protocolo de Atención de Enfermería Registro de Enfermería	Mensual	Proporcionar Al 100% un protocolo y atención de enfermería	A mediano y largo plazo.	Enfermería Especializada

3.4 METAS

Al concluir, finalizar el Plan de Actividades se alcanzará un 95% de las metas programadas.

3.5 RECURSOS:

3.5.1 MATERIALES:

DESCRIPCION

- ✓ Fólderes
- ✓ Papel bond
- ✓ Lapiceros
- ✓ Plumones

3.5.2 HUMANOS

Licenciadas de Enfermería

3.5.3. EJECUCION

Cada una de las actividades e intervenciones propuestas en el plan se llevaron a cabo en razón al logro de objetivos.

3.5.4. EVALUACION

Los resultados son esperados a lograrse al 100%.

CONCLUSIONES

- ✓ La cesárea se define como la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía), proceso quirúrgico donde se proporciona los cuidados de enfermería que incluye intervenciones desde el ingreso de la paciente a Centro Quirúrgico y su salida de la Unidad de Recuperación post anestésica (URPA) en condiciones óptimas.
- ✓ El proceso quirúrgico de la cesárea incluyen el periodo pre-intra o trans y postoperatorio; donde la enfermera cumple con un rol preponderante en cada uno de ellos cuyo propósito radica en su recuperación sin complicaciones y satisfacción de la paciente.
- ✓ La intervención de enfermería en los Procesos Quirúrgicos cuenta con distintos enfoques teórico propios que dan la capacidad de brindar los cuidados oportunos que requiera la paciente en cualquier etapa del periodo operatorio; aún más si las enfermeras son especialistas en el área; pues poseen conocimiento más profundo sobre las posibles necesidades que puedan presentar en este periodo; como darles resolución y brindar seguridad, calidad de atención, prevención de efectos adversos e integrar a la paciente de cuidado en su proceso de recuperación.
- ✓ Dentro de las teorías de enfermería que destacan el cuidado humanizado se incluyen la Teoría de Vera Waldow y Jean Watson; quienes resaltan que el cuidado de enfermería constituyen la esencia de la profesión.
- ✓ Dentro de la atención al paciente quirúrgico, el proceso de atención de enfermería es importante; una paciente cesareada se destaca, problemas relacionados al bienestar a causa del procedimiento invasivo, implicancias las cuales pueden propiciar una complicación, motivo por el cual el profesional de enfermería especializada se encuentra.

RECOMENDACIONES

- Se debe mejorar e implementar indicadores de protocolos y registros de los profesionales de la salud en la atención de las cesáreas.
- Se debe mejorar las capacitaciones entornos a la bioseguridad y el seguimiento de protocolos quirúrgicos ginecológicos en el acto operatorio.
- Potenciar aún más el enfoque peroperatorio en la formación del especialista en Enfermería de Centro Quirúrgico.
- Mantener una intercomunicación y la disponibilidad de una o un enfermero especializado en salud mental y psiquiatría, que trabaje de manera conjunta con la o el enfermero especialista en Centro Quirúrgico en pre-anestesia, en caso que el segundo identifique un nivel de ansiedad grave, para que el primero le dé un manejo más avanzado de dicha condición.
- Educar a las pacientes postquirúrgicas con cesárea sobre el cuidado de la herida y sobre la temprana identificación de los signos de alarma que indican una probable infección durante el puerperio, para que el manejo clínico sea en la mayor brevedad posible.
- Evaluar a nivel intrahospitalario el ambiente, los métodos y recursos que se involucran en el cuidado de las pacientes postquirúrgicas valorando factores internos como la correcta asepsia y antisepsia en los quirófanos, el saneamiento y limpieza de las áreas, el correcto lavado de manos antes y después de evaluar a las pacientes y el seguimiento de la herida durante el postquirúrgico mediante programas de capacitación.
- Fomentar las correctas formas de esterilización de instrumentos quirúrgicos y personal durante el procedimiento, de igual forma el cierre adecuado de la herida respetando cada plano anatómico reduciendo así el riesgo de dehiscencia tanto de la herida quirúrgica como de la historiografía
- Difundir y concientizar al profesional de enfermería que recién se integra sobre los riesgos y consecuencias de una cesárea.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS Tendencias en el parto por cesárea por país y quintil de riqueza: encuestas transversales en Asia Meridional y África subhariana. Boletín epidemiológico. N.5. Vol.(6) [Fecha de acceso: 18 de Noviembre del 2021] Disponible en : <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/12/13-11759-ab/es/>
2. OMS. Partos por cesárea en América Latina. [Texto en línea] Washington; 2014. [Fecha de acceso; 20 de Noviembre 2021] Disponible en: <http://www.who.int/es/>
3. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima 2014.
4. Oltra E. Pérez González C. Mendiola Goitia L. Sánchez P. Suturas y Cirugía menor para profesionales de enfermería, 2a Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. .
5. Rayon E. Del Puerto I. Narvaiza MJ. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica Vol.I. Madrid: Ed. Síntesis; 2002.
6. Del Amo E. Pérez Atención de enfermería en el paciente quirúrgico. [Archivo en pdf] España; 2009. [Fecha de acceso: 21 de Noviembre del 2021] Disponible en: <http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/bloqueoquirurgico.pdf>
7. Reeder M. Enfermería Materno Infantil. Mc.Graw Hill. Interamericana: México; 2009.
8. Brunner y Suddarth D. Enfermería Médico Quirúrgica 10ª ed. Interamericana-Mcgraw-Hill, México; 2006.
9. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. El parto por cesárea y la histerectomía periparto. En: Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, et al. eds. Williams Obstetricia. 23ª Nueva York. McGraw-Hill; 2010: cap 25.
10. Berghella V. Landon MB. El parto por cesárea, en: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al eds., Obstetricia: Normal y Problemas embarazos, 6ª Ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012: cap 20.
11. Lewis, Heitkemper, Dirksen Enfermería Médico-quirúrgica. Valoración y cuidados de Problemas Clínicos. 6ª ed. Mosby 2004.
12. Ministerio de Salud (2017). Documento técnico: Lineamientos de política de promoción de la salud en el Perú. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud. Dirección de Promoción de la Salud - Lima: Ministerio de Salud; 41 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.pe/local/MINSA/4142.pdf>.
13. Torres-Pinto X, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L. (2017). Factores que influyen en la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. Rev. Univ. Ind Santander Salud. 49(2): 330-338
14. Hernández M., Mira A., Navarro F., Horga J.: Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. España. (2014) Disponible, en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.pdf>.
15. Lewis, Heitkemper, Dirksen. Enfermería Médico-quirúrgica. Valoración y cuidados de Problemas Clínicos. 6ª ed. Mosby 2004.

16. Cunnigham FG, Leveno KJ Bloom SL, et.al. Williams Obstetricia.22aed.Madrid: McGraw Hill.2, 007; 695-719.
17. MINSA. Aumento de las incidencias de cesáreas en el Perú-Lima; 2,013.
18. Mondragón C Intervención Quirúrgica de Cesárea. [Archivo en pdf]España; 2,004.Disponible en:www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2,003/cuidados_2,004/quirur_cesarea.pdf
19. García MA. Hernández R.N Montero R, Ranz G Enfermería de quirófano. Ediciones DAE (Grupo Paradigma).Volumen II.2da ed. México; 2,005.p.747-748.
20. Dodd JM.Anderson ER, Gate S.Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. Cochrane Database Syst Rev.2, 008 Jul.
21. Mondragón H. Procedimientos quirurgicos.3ra ed. McGraw Hill: México: 2,009.
22. Pérez Manrique S. Puerperio Normal y Patologico.Protocolos de la SEGO.España; 2,008.
23. Wilkinson C. Enkin.MW.Esteriorizacion uterina versus reparación intraperitoneal en la cesarea.Cochrane Database Syst.Rev.2, 004.
24. Harcourt, LJ, Atkinson F.Técnicas de quirofono.2da.ed.California; 1,998.p.625-627.
25. Waldow V.Cuidado Humano. El rescate necesario. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1,998.
26. Cánovas T .Filosofía y ciencia de los cuidados .El Caring .La relación de ayuda en enfermería.[Tesisdoctoral]Murcia[Enlínea]2,008Pag.48URL.Disponible:<http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/11073/CasanovasTomas.pdf.sequence=1>.
27. Rivera L.Triana A Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country Bogotá [Revista de enfermería-Trabajos Originales] Colombia[Enlínea2,007Pag.6URL.Disponible.en:<http://www.docentes.unal.edu.co/Inriveraa/docs/cuidado%20humanizado%20deenfermeria%20visibilizando%20lateoria%lainvestigacion%20practica.pdf>
28. Watson J El Caring de Jean Watson .Los factores cuidantes. Cuidado humanizado de enfermería. [Revista de enfermería-Trabajos Originales]Colombia [En línea] 2,007.Pag.5 URL.Disponible: <http://www.docentes.unal.edu.co/Inriveraa/docs/cuidado%humanizando%20enfermeria%20visibilizando%20teoria%20investigacion%20enlapractica.pdf>.
29. Carpenito L Proceso de atención de enfermería. [Archivo en pdf]. [Fecha de acceso; 19 de Diciembre del 2,014]Disponible en:[HTTP://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2,009/eim091b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2,009/eim091b.pdf).
30. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Aplicación del proceso de atención de enfermería. [Texto en línea].Lima:2,013. [Fecha de acceso; 22 de Diciembre del 2,014]Disponible en:http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/nivel-

aplicación-proceso-atencion-enfermeria-internos-enfermeria-unmsm/id/34694760.html.

31. Berghella V.Mackeen D.Jaumanx E Parto por cesárea en: Obstetricia-Embarazos normales y riesgo(Internet).7maEd.España:Copyright.El servicio/2,019.p.20.Disponible en:<https://w.w.w.clinicalKey.es/service/antent/pdf/maternaked/3-s2.0-B9788491133502000191.pdf>.2 localeS&searchinex=

32.

OncoyRosalesA.Indicacionesdelacesarea.Rev.Med.Peruana2,018;7(2):6973-5563/rmp.V7

33. Instituto Nacional de Estadística e Información. (INEI) Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.ENDES(internet).Peru2,019[citado7deoctubrede2,020:[https://w.w.w.inei.grb.pe/media/recursos/Publicaciones_digitales/Est/ENDES2019/2014-25\(6\);_987-92_DOL:_10,2016/](https://w.w.w.inei.grb.pe/media/recursos/Publicaciones_digitales/Est/ENDES2019/2014-25(6);_987-92_DOL:_10,2016/)].

34. Gonzales Bosquet. E.Amat Tardin L.Gonzales-MarioJCesarea.EnObstetricia [internet] 7ma.ed.España:CopyrightElsevier,2018:Disponibleen:https://w.w.w.clinicalKey.es/service/pdf/watermarked/3-520B9788491122900039.pdf?local=es_ES&searchindex=

35. Vermar V.VishwakarmaRK,Nath DE,Khen HTA,Prakash R,Abid O,Prevalence and determinants of caesarean section in South and South-East Asian women.Plos One.2020;15(3):e0229906-DOL:10.1371/journal.pone.0229906.

36. Soto Mosquera EE, Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de ENDES 2018[internet]. {Lima-Perú}: Universidad Mayor de San Marcos, 2020.Disponible en: <https://hal.handle.net/20.500.12672/117699>.

37. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Enero2020Peru: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2021Mayo.p.360.Disponible en:https://proyectos.inei.gob.pe/ENDES/2020/Informe_Principal_2020/Informe_Principal_ENDES2020.pdf

38. Muñoz E., Pérez M. Atención de enfermería en el en el paciente quirúrgico. Actuación de enfermería en el centro quirúrgico, pág. 197-208. (s.f.). Disponible en: <https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/bloquequirurgico.pdfwww.san.gva.es/documents/246911/2510>

39. Ossco O. Bendezu Escajadillo N. Actitud que adopta la enfermera durante la atención y nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en un hospital público de Pisco. Perú Rev. Méd. Panacea,1(3)1,8588.(2011).Disponibleen:<https://www.researchgate.net/publication/335711935>

ACTITUD_QUE_ADOPTA_LA_ENFERMERA_DURANTE_LA_ATENCION_Y_NIVEL_DE_ANSIEDAD_DEL_PACIENTE_EN_EL_PRE_OPERATORIO_EN_UN_HOSPITAL_PUBLICO_DE_PISCO_PERU_2010

40. Durán de Villalobos M. Marco epistemológico de la enfermería | Durán de Villalobos | Aquichan [Internet] Vol.2, RevistaAquichan.2002.p.7–18. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/17> 69
41. Reina NC. El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado. Redalyc.org [Internet]. 2010; 17:18–23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
42. María Á, Maya S. Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria * Nursing care interactions with patient in perioperative period. Rev Cubana Enferm. 2012; 28(4):495–508.
43. SchappS. EduardoSepulveda-S. JorgeAndres. RobertS. Operacion. RevistaClinical Medical. Nov.2014;25(6);987-92DOL:10-2016/50716-86143(14)70648-0.
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2,020-Peru: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2021Mayo.p.360. Disponible:https://proyectos.inei.gob.pe/ENDES/2020/INFORMEPRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_20

ANEXOS

Apéndice A: **Guía de valoración**

DATOS GENERALES:

Nombre del usuario:

Nº Cama..... Nº CHL..... Edad:

Fecha de ingreso al servicio:Hora:.....

Procedencia: Admisión () Emergencias () Ambulatorio () Hospitalizado ()

Tipo de atención: SIS () Particular () SOAT () Otros ()

Traído por: Enfermera () Técnico de enfermería ()

Forma de Llegada a sala: EMG () HOSPITALIZACION ()

Condición de ingreso: Camilla () Otros -----

Fuente de Información: Paciente () Familiares/amigos () HCL ()

Otros:

Diagnostico preoperatorio: Ejm: Gestante de 37ss por Pelvis Estrecha por cesárea anterior.

Operación realizada: Ejm. Post Cesárea por Pelvis Estrecha por Cesárea anterior.

Tipo de Anestesia: Raquídea () Epidural () General ()

ETAPAS DEL PROCESO QUIRURGICO

PREPARACION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO



Fig.3. Instrumental Quirúrgico



Fig.4 Instrumental Quirúrgico

PREPARACION DE EQUIPO QUIRURGICO



Fig.5. Equipo y Paciente



Fig.6. Equipo Medico



Fig.7. Preparación Instrumental Quirúrgico

APOYO PSICOLOGICO



Fig.8. Operación Quirúrgica



Fig.9. Operación Quirúrgica

INTRAOPERATORIO



Fig.10. Intervención Quirúrgica



Fig.11. Incisión Quirúrgica



Fig.12. Operación Quirúrgica



Fig.13. Cesárea



Fig.14. Cesárea

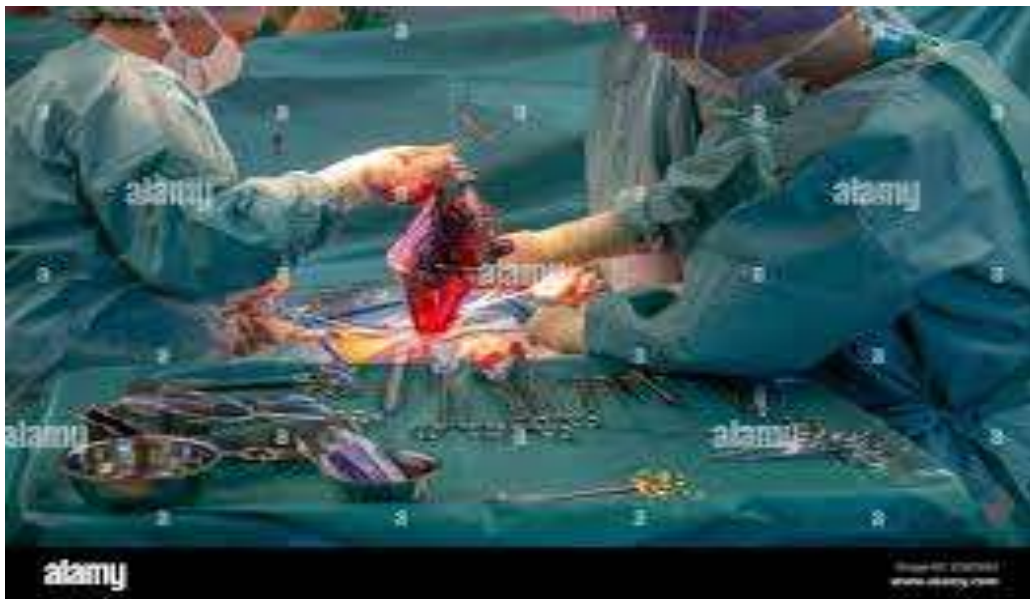


Fig.15. Cesárea



Fig.16. Suturación Quirúrgica

POST OPERATORIO



Fig.17. Paciente Operado



Fig.18. Tratamiento y cuidados



DISTRIBUCION POR PRESENTACION AL CANAL DE PARTO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CESAREAS EN HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA 2018.

PRESENTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
CEFALICO	174	92.96%
PODALICO	13	5.98%
TRANSVERSO	3	0.56%
OBLICUO	2	0.50%

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ESTRESANTES SEGÚN BETTY NEUMAN

Antecedentes patológicos	X		Antecedentes quirúrgicos		X		Otros factores de riesgo		X
Factor estresante	SI	NO	Intrapersonal	Alto	Medio	Bajo	Extra personal	SI	NO
Conoce a la enfermera			Conocimiento respecto a la anestesia				Económico		
Conoce al anesthesiólogo			Conocimiento de la cirugía				Laboral		
Temor de su pronóstico							Problemas familiares		
Temor a los procedimientos									

