



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

**Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de cesárea en el
servicio de Gineco-Obstetricia del hospital General Isidro**

Ayora

Trabajo de integración curricular
previo a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Andrea Elizabeth Rodríguez Granda

DIRECTOR:

Lic. Paul David Zula Riofrio Mg. Sc

Loja-Ecuador
2023

Certificación del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 20 de junio de 2023

Lic. Paul David Zula Riofrio Mg.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Certifico:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital General Isidro Ayora**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, de la autoría de la estudiante **Andrea Elizabeth Rodríguez Granda**, con cedula de identidad Nro. **1150585600**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa, por lo tanto, esta culminado y aprobado para continuar los trámites legales pertinentes.

Atentamente



Firma:

Lic. Paul David Zula Riofrio Mg.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACION CURRICULAR

Autoría

Yo, **Andrea Elizabeth Rodríguez Granda** declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular, en el Repositorio Digital Institucional-Biblioteca Virtual.



Firma:

Cedula de Identidad: 1150585600

Fecha: 04/07/2023

Correo electrónico: andrea.e.rodriguez@unl.edu.ec

Teléfono: 0989340083

Carta de autorización

Yo, **Andrea Elizabeth Rodríguez Granda**, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de cesárea en el servicio de Gineco- Obstetricia del hospital General Isidro Ayora** como requisito para optar por el título de **Licenciada en Enfermería**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de integración curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los cuatro días del mes de julio del dos mil veintitrés.

Firma:



Firmado electrónicamente por:
**ANDREA ELIZABETH
RODRIGUEZ GRANDA**

Autora: Andrea Elizabeth Rodríguez Granda

CI: 1150585600

Dirección: Joaquín Gallegos Lara y Avenida Villonaco (Barrio Obra pía)

Correo electrónico: andrea.e.rodriguez@unl.edu.ec

Teléfono: 0989340083

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director del Trabajo de Integración Curricular: Lic. Paul David Zula Riofrio Mg.

Tribunal de grado:

Presidenta: Mg. Judith Marlene Encalada Elizalde

Primera vocal: Mg. Silvana de los Ángeles González Saraguro

Segunda vocal: Mg. Carmen Noemi Dávila Chamba

Dedicatoria

A Dios, por ser el inspirador y ser mi guía que está presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer.

A mi madre, María Augusta, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional, gracias por ser mi inspiración, por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo, valentía, trabajo y sacrificio en todos estos años.

A mis hermanos, Fredy, Marco Antonio y Ana Paula, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso y estar conmigo en todo momento.

A mi abuelita, Victoria, aunque ya no esté conmigo sé que desde el cielo me guía, me acompaña, me protege y celebra cada uno de mis logros.

A mis amigos que gracias a su apoyo moral me permitieron permanecer con empeño, dedicación y cariño, y a todos quienes contribuyeron con un granito de arena para culminar con éxito la meta propuesta.

Andrea Elizabeth Rodríguez Granda

Agradecimiento

Quiero expresar un sincero agradecimiento, en primer lugar, a Dios por brindarme salud, fortaleza y capacidad, a mi madre por ser mi motor y mi mayor ejemplo para seguir, que, a través de su amor, paciencia y buenos valores, ayuda a trazar mi camino.

A la Universidad Nacional de Loja, a la carrera de Enfermería y a cada uno de los docentes que me acompañaron y guiaron durante todo mi proceso de formación profesional y me impulsaron a superarme día a día.

Al Hospital General Isidro Ayora de Loja por abrirme las puertas de sus instalaciones para la realización del trabajo de integración curricular, mi gratitud infinita a la Lic. Maura Guzmán Mg. Sc, y el Lic. Paul David Zula Riofrio quienes desde el primer momento me brindaron su asesoramiento, apoyo y colaboración que me llevo a la culminación del trabajo de integración curricular.

Andrea Elizabeth Rodríguez Granda

Índice de contenido

Portada.....	i
Certificación del Trabajo de Integración Curricular.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenido.....	vii
Índice de tablas	ix
Índice de Anexos	x
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1 Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco Teórico	6
4.1. Embarazo.....	6
4.2. Cesárea	7
4.2.1. Definición.....	7
4.2.2. Tipos de cesárea.....	8
4.2.3. Causas para realizar una cesárea.	9
4.2.4. Puerperio	11
4.2.5. Complicaciones postoperatorias de una cesárea.	11
4.3. Guía.....	17
4.3.1. Definición.....	17
4.3.2. Funcionalidad	18
4.5. Proceso de atención de Enfermería (PAE).....	19
4.5.1. Valoración.....	19
4.5.2. Diagnostico.....	20
4.5.3. Planificación.....	21
4.5.4. Ejecución.....	22
4.5.5. Evaluación.....	23
5. Metodología.....	24
5.1. Tipo de Estudio.....	24
5.2. Área De Estudio	24

5.3.	Población o Universo.....	24
5.4.	Muestra.....	24
5.5.	Criterios de inclusión y exclusión	24
5.5.1.	Criterio de Inclusión	24
5.5.2.	Criterio De Exclusión	25
5.6.	Técnica e Instrumento.....	25
5.8.	Consideraciones Éticas	25
6.	Resultados	26
7.	Discusión.....	30
8.	Conclusiones	32
9.	Recomendaciones	33
10.	Bibliografía.....	34
11.	Anexos	39

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes postquirúrgicas de cesárea	26
Tabla 2. Tipos de cesárea realizadas en pacientes ingresadas al servicio de Gineco-Obstetricia.	27
Tabla 3. Causas para la realización de una cesárea.	28
Tabla 4. Complicaciones postquirúrgicas de cesárea.....	29

Índice de Anexos

Anexo 1. Oficio de pertinencia.....	39
Anexo 2. Designación de Director del trabajo de integracion curricular.	40
Anexo 3. Instrumento de recolección de datos	41
Anexo 4. Autorización del Hospital General Isidro Ayora.....	43
Anexo 5. Certificación de traduccion del resumen	44
Anexo 6. Guía de atencion de Enfermería.	45

1. Título

Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de cesárea en el servicio de Gineco-
Obstetricia del hospital General Isidro Ayora

2. Resumen

La cesárea es una intervención quirúrgica que está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, afectando de esta manera la salud de la mujer y del neonato, a veces permanentes o incluso la muerte. La presente investigación tuvo como objetivo determinar las complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidas a procedimiento de cesárea en el servicio de gineco-obstetricia del hospital general Isidro Ayora de Loja durante el periodo agosto-octubre 2021, para la elaboración de una guía de atención de enfermería que permita prevenir complicaciones postquirúrgicas y mejorar la calidad de atención en las pacientes, se trató de un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y cuantitativo de corte transversal, se utilizó como instrumento de recolección de datos una ficha de observación que permitió obtener información de los expedientes, la población estuvo conformada por 298 historias clínicas, se utilizó el programa estadístico Epi Info para el cálculo de la muestra dando un total de 118 historias clínicas de pacientes postquirúrgicas de cesárea. Como resultados se obtuvo que las complicaciones postquirúrgicas de cesárea más frecuentes fueron: dolor postquirúrgico (38,1%); anemia posparto (5,9%); la infección de herida (3,4%); infección urinaria (3,4%); hemorragia posparto (3,4%); hipertensión (2,5%) y la fiebre (0,8%), donde más de la mitad de la población de estudio corresponden al rango de edad de 21-30 años, prevaleciendo las cesáreas de emergencia con el tipo de incisión Pfannestiel. Se concluye que las complicaciones después del procedimiento quirúrgico como el dolor y la anemia posparto se presentan con mayor frecuencia en las cesáreas de emergencia con tipo de incisión Pfannestiel. Se elaboró la guía de atención de enfermería encaminada a brindar una atención de calidad y disminuir posibles complicaciones.

Palabras Clave:

Parto abdominal, complicaciones postoperatorias, Cuidado enfermero.

2.1 Abstract

Caesarean section is a surgical intervention, it is associated with short- and long-term risks that can cause complications and important disabilities, so they can affect the woman's and the newborn's health, sometimes permanently or even the death. The objective of this research was to determine the post-surgical complications in patients undergoing a caesarean section procedure in the gynecology-obstetrics service at Isidro Ayora General Hospital of Loja city during the period August-October 2021, to make a nursing care guide which prevents post-surgical complications and to improve the quality of care to the patients. It was a retrospective, descriptive and quantitative cross-sectional study. A file was used as a data collection instrument that allowed obtaining information from the medical records. The population consisted of 298 clinical histories, and the statistical program Epi Info was used to calculate the sample, giving a total of 118 post cesarean section patients. The results showed that the most frequent post cesarean section complications were: post-surgical pain (38.1%); postpartum anemia (5.9%); wound infection (3.4%); urinary tract infection (3.4%); postpartum hemorrhage (3.4%); hypertension (2.5%) and fever (0.8%), where more than half of the study population corresponds to the age range of 21-30 years, prevailing emergency cesarean sections with Pfannestiel type of incision. It is concluded that complications after the surgical procedure such as pain and postpartum anemia occur more frequently in emergency cesarean sections with Pfannestiel incision type. A nursing care guide was developed to provide quality care and reduce possible complications.

Keywords:

Abdominal delivery, postoperative complications, Nursing care.

3. Introducción

La cesárea es una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión en el abdomen y el útero de la madre para extraer al feto, relacionándose con una mayor morbilidad y mortalidad materna futura, elevando el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna, además de los riesgos quirúrgicos y anestésicos (Casanova et al., 2019).

Según la OMS, (2015) la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Además, está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, afectando de esta manera la salud de la mujer y del neonato, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas.

A nivel mundial esta es realizada en un alto porcentaje de embarazadas; en Europa se reporta una incidencia del 21%, en Estados Unidos 26 %, en Australia 23% y en Latinoamérica (Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México) sobrepasa el 50%. En el Ecuador, en el año 2014 el índice de cesáreas solo del MSP fue de 41.2%, mientras que en el 2019 se registró el 37,3% de nacidos vivos mediante dicho procedimiento (MSP, 2016).

Por otro lado es necesario mencionar que Batalla y Chuco (2018), en su investigación realizada en Perú se evidencio que las principales complicaciones maternas de una cesárea fueron sangrado excesivo sin shock (2,4%) e infección de herida quirúrgica (2,4%). Así mismo, en Lima Puma et al. (2019), encontró que un 11,9% de las usuarias presentaron hipotonía uterina; el 2,9% atonía; el 7,4% de pacientes presentaron desgarros de segmento adyacente a la histerotomía; el 7,5% hemorragia puerperal asociados a hipotonía uterina post cesárea, un 83,5% desencadenaron anemia post operatoria y 4,5% corresponde a infecciones de herida quirúrgica.

Por tal razón, es de vital importancia que el profesional de enfermería preste cuidados centrados en las respuestas humanas, tratando a las personas como un todo, un ser único con necesidades fisiológicas, de amor, seguridad, pertenencia y de autorrealización. Para dar un enfoque al cuidado, se debe tener diversas herramientas y una de ellas es el PAE, su implementación es una ventaja que origina autonomía en el que hacer del profesional, garantizando el desarrollo de la práctica clínica con bases científicas, permitiendo así priorizar

las necesidades de cada usuario, favoreciendo un cuidado de calidad de tal forma que ayude a mitigar riesgos, complicaciones y permita una atención personalizada a la paciente (Lucas y Quiroz, 2019).

La escasa evidencia científica a nivel nacional y local acerca de las complicaciones postquirúrgicas de cesárea y los cuidados de enfermería impulsó a realizar el presente proyecto. Además, los resultados obtenidos sirvieron para conocer las complicaciones más frecuentes de dicho procedimiento, permitiendo diseñar una guía de atención de enfermería que tiene como finalidad brindar cuidados estandarizados con calidad y calidez que contribuyan al mejoramiento de la salud de las personas que han sido sometidas a cesárea.

El trabajo investigativo se elaboró con el objetivo de determinar las complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidas a procedimiento de cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital general Isidro Ayora de Loja durante el periodo agosto-octubre 2021. Además, se caracterizó socio-demográficamente a las pacientes y se identificó las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes de cesárea, para el desarrollo de una guía basada en el proceso de atención de enfermería que permita prevenir complicaciones postquirúrgicas y mejorar la calidad de atención en las pacientes.

4. Marco Teórico

4.1. Embarazo

El embarazo es una serie de sucesos que comienza con la fecundación, continua con la implantación, el desarrollo embrionario y fetal, y finaliza idealmente con el nacimiento alrededor de las 38 semanas a 40 semanas después de la última fecha de menstruación. (Sanidad, 2014).

Según Aller y Pages (2012) durante el embarazo se generan cambios fisiológicos, entre ellos el crecimiento del tamaño de las mamas como resultado de la preparación para la lactancia, aumento de peso por la presencia del feto, crecimiento uterino, incremento del agua corporal total, así como el depósito de proteínas, triglicéridos y minerales. Así mismo se producen diversas modificaciones en el sistema cardiovascular materno y puede aparecer el dolor lumbar (p.1-14).

El MSP (2016) señala que el cuidado del embarazo se debe dar en forma temprana, periódica e integral, con la finalidad de disminuir sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal, además propicia una adecuada atención del parto y asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como la disminución en la incidencia de discapacidad de causa congénita.

4.1.1. Complicaciones del embarazo.

El embarazo se denomina como uno de los procesos más perfectos de la naturaleza, pues se llevan a cabo una serie de cambios de adaptación con el fin de lograr un desarrollo y crecimiento normal del producto de la concepción. Sin embargo, existen patologías que alteran su evolución normal y producen elevadas tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal (Cunningham et al., 2019).

Una identificación temprana de los factores de riesgo permitirá una atención más especializada de acuerdo con la patología que presente la paciente, con el objetivo de evitar complicaciones futuras, señala Cunningham et al. (2019). El diagnóstico de riesgo se hace durante toda la atención prenatal e incluye, además, el parto y el puerperio. Algunas complicaciones frecuentes del embarazo son: presión arterial alta, diabetes gestacional, infecciones, preeclampsia, trabajo de parto prematuro, depresión y ansiedad, aborto espontáneo, mal formaciones congénitas, bajo peso al nacer entre otros (p.666).

4.1.2. El parto.

Se define como el proceso que provoca la salida del bebé y de la placenta desde el interior del útero materno. Dicho proceso puede suceder espontáneamente o ser provocado, ya sea por complicaciones o algún otro factor determinado por un profesional. La función del obstetra o la partera y del equipo asistente es anticipar y manejar las complicaciones que pudieran surgir y dañar a la madre o al feto. Al tomarse la decisión de intervenir, debe considerarse detalladamente, ya que conlleva tanto beneficios como riesgos (Archie y Roman, 2014).

4.2. Cesárea

4.2.1. Definición.

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. La operación dura alrededor de una hora o una hora y media, en este tipo de partos por cesárea, la madre necesita permanecer en el hospital alrededor de 3 a 5 días después de dar a luz, donde recibirá atención y cuidados para asegurar una buena recuperación (Casanova et al., 2019).

Existen varias hipótesis acerca del origen terminológico de la palabra cesárea, la primera se basa en la leyenda según la cual Julio César nació de esta forma, sin embargo, la supervivencia materna tras el nacimiento y la falta de testimonios de dicha intervención la hacen poco creíble. Por otro lado, se pensó en la derivación filológica de una ley romana (*lex caesarea*) promulgada por Numa Pompilio en el siglo VIII a.C, que ordenaba que se practicase el procedimiento quirúrgico en las mujeres embarazadas fallecidas con la finalidad y esperanza de salvar al bebe, pero la falta de documentos escritos que la avalen también la invalidan. Tal como dice Foradada,¹ más plausible es la hipótesis de que la palabra *cesárea* pueda derivar en algún momento de la Edad Media del verbo latino *caedere* (cortar) (Roura et al., 2014).

Al inicio, la mortalidad de esta era muy alta (superior al 85%), y sólo se realizaba como recurso in extremis, pero en medida que ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna, así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente; factor que ha sido relevante en el aumento de su incidencia. La cesárea tiene sus desventajas entre una de ellas es que la recuperación de la madre es mucho más lenta por la incisión en el abdomen que se la práctica a la gestante, además en este tipo de operación la madre tiene mayor pérdida de sangre que en un parto normal. (Oyarzun, 2019)

4.2.2. Tipos de cesárea.

En función del factor considerado, es posible clasificar los tipos de cesárea de diferentes maneras, con la finalidad de que sea una cirugía menos lesiva, más rápida y sencilla, con una morbilidad mínima, con menor dolor y hemorragia posoperatorio y una mejor cicatrización uterina (Miguel et al., 2021).

4.2.2.1. Según la incisión quirúrgica.

- ***Incisión horizontal o transversal.*** Es la más común por las ventajas que ofrece, en este tipo de incisiones se encuentra la Pfannestiel y Joel Cohen ofrecen una reducción de morbilidad postoperatoria, el dolor, el tiempo quirúrgico y la pérdida de sangre son menores. Además de tolerancia a la primera ingesta y acortamiento de estancia hospitalaria (Miguel et al., 2021).

- ***Incisión vertical o media infraumbilical.*** Este corte fragmenta más fibras con mayor apertura y cierre más difícil, además provoca una hemorragia mayor. Por ello, no suele hacerse, a excepción de situaciones determinadas como los casos de placenta previa o puede ser útil cuando éste no es suficiente para permitir una adecuada extracción fetal, de esta forma se disminuye el riesgo de prolongación lateral con la posibilidad implícita de lesión de los grandes vasos uterinos (Roura et al., 2014).

- ***Incisión en forma de T invertida.*** implica un doble corte, horizontal y vertical, este tipo de incisión se la realiza con el fin de contar con más espacio para la extracción del bebé, como por ejemplo en casos de prematurez, bebés con problemas de salud, bebés macrosómicos, o si presenta una posición que dificulta su extracción mediante una incisión horizontal únicamente (Hernández et al., 2020).

- ***Incisión clásica o corporal.*** hay dos tipos de incisiones: Incisión vertical baja que se realiza a nivel del segmento uterino, la mayor desventaja es la posibilidad de extensión cefálica hacia el fondo uterino, vejiga, cérvix o vagina y la incisión vertical clásica que se realiza a nivel del cuerpo uterino o fundus, se asocia con mayor frecuencia de ruptura uterina comparado con la incisión vertical baja y transversa baja. También se asocia con mayor tasa de morbilidad materna y mayor riesgo de sangrado e infección (Hernández et al., 2020).

4.2.2.2. Según cuando se tome la decisión.

- ***Cesárea electiva.*** Es aquella intervención programada que se realiza antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraíndique o desaconseje un parto por vía vaginal (Vázquez et al., 2020).

- **Cesárea urgente.** Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal (profilaxis pérdida del bienestar fetal). Puede ser ante parto o intraparto y se recomienda la finalización del embarazo de forma rápida. El tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe superar los 30 minutos (estándar internacional) (Campoverde y Quispe, 2019).

- **Cesárea emergente.** Se indicará en situaciones en las que exista un riesgo vital para la madre y/o el feto: rotura uterina, prolapso de cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, placenta previa con hemorragia que comprometa el estado hemodinámico de la paciente y embolia del líquido amniótico. La extracción fetal se tendrá que realizar en <15min (Campoverde y Quispe, 2019).

4.2.2.3. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- **Cesárea Primera.** Es la que se realiza por primera vez.
- **Cesárea Previa.** Es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior
- **Cesárea Iterativa.** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas (Pacheco, 2018).

4.2.3. Causas para realizar una cesárea.

4.2.3.1. Las causas para la realización de una cesárea pueden ser por problemas con el bebé, la mamá o el paso del bebé por el canal de parto. A continuación, se indican algunas de las razones más frecuentes por las cuales se realiza una cesárea (López et al., 2018).

4.2.3.2. Distocias: son anomalías en la progresión del trabajo de parto. Estas anomalías en la progresión del parto suelen afectar a cerca del 20% de los nacimientos. El principal factor de riesgo para que se produzcan es que la mujer sea primípara. La distocia fetal tiene lugar cuando el feto es demasiado grande para el estrecho superior de la pelvis o su posición es anormal. Las principales causas de la aparición de distocia incluyen: disminución de la contractilidad del útero, desproporción cefalopélvica y obesidad materna (López et al., 2018).

4.2.3.3. Sufimiento fetal. es un disturbio metabólico que se caracteriza por la asfixia fetal persistente que si no se corrige puede superar los mecanismos compensadores y provocar daño neurológico permanente e incluso la muerte, por lo que se considera una de las principales causas de morbilidad neonatal internacional y nacional; requiere de una identificación adecuada y oportuna de aquellos fetos que durante el trabajo de parto presentan

estos disturbios de oxigenación, además representa una causa frecuente de cesárea (Aguilar y Wilfredo, 2018).

4.2.3.4. Cesárea anterior. constituye asimismo un gran grupo de indicación de cesáreas, y que a medida que aumenta la tasa de estas, consecuentemente, aumenta su peso como indicación. En 1981, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) aconsejó la prueba de parto en gestantes con cesárea anterior (transversa en segmento inferior), considerando que el concepto de cesárea repetida y de rutina debe reemplazarse por una indicación específica para realizar una nueva cesárea. Distinto es el caso para la cesárea corporal, en la que debe realizarse siempre posteriormente otra cesárea debido al significativo aumento de dehiscencia de la cicatriz anterior (Roura et al., 2014).

4.2.3.5. Presentación de nalgas. La modificación de este protocolo incluye los siguientes criterios de selección parto de nalgas: edad gestacional ≥ 37 semanas, peso estimado ente 2500 y 3600 gramos, pelvimetría normal, cabeza fetal no hiperextendida, nalgas puras o completas, y presencia de obstetra experimentado. El peligro del parto de nalgas se debe principalmente al hecho de que la parte más grande de un bebé es su cabeza. Así que cuando la pelvis o las caderas del bebé que viene de nalgas salen primero, puede que la pelvis de la madre no sea suficientemente grande para sacar la cabeza del bebé también. Esto puede provocar que el bebé se atasque en el canal del parto, lo que puede causar lesiones o la muerte (Gleason y Juul, 2019).

4.2.3.6. Macrosomía fetal. se define como un peso fetal estimado de 4.500 g o más, medido clínicamente o por ecografía y que es independiente de la edad gestacional, glucemia y peso real al nacer. La macrosomía fetal se asocia con un mayor riesgo de parto por cesárea y lesión debido al parto, puede provocar en la madre traumatismos vaginales, perianales y rectales, como en el feto lesión ortopédica y neurológica (Gleason y Juul, 2019).

4.2.3.7. Problemas hipertensivos. Las mujeres embarazadas con presión arterial alta durante el embarazo tienen más probabilidades de tener una cesárea y dar luz a su bebé antes de tiempo. La hipertensión crónica complica el 3% de los embarazos, aumentando su morbimortalidad, se puede considerar la cesárea, si la preeclampsia y la eclampsia no se resuelven antes del parto, A menudo es necesario que el feto nazca antes de que la madre comience el trabajo de parto (Miguel Angel Guzman, 2016).

4.2.3.8. Parto múltiple. En el caso de que el primer bebé esté bien colocado, y siempre que no se presenten otro tipo de riesgos, el parto vaginal es la mejor opción también para gemelos, mellizos o trillizos. Pero existen algunos casos en los que es preferible el parto múltiple por cesárea, en el caso de un embarazo monomaniático y mono cordial existe un riesgo

mayor de que los cordones umbilicales se entrelacen porque los dos bebés comparten el mismo y comparten también la placenta, por lo q es recomendable la cesárea, así mismo en casos de que uno de los bebes comprime el cordón umbilical propio o el del otro bebe, ya que esa comprensión impide la llegada de oxígeno y nutrientes (Casanova et al., 2019)

4.2.3.9. Oligohidramnios. es la reducción anormal del volumen del líquido amniótico, es frecuente en los embarazos de postérmino, se relaciona con patrones preocupantes de la frecuencia cardiaca fetal y resultados adversos del embarazo. Así mismo aumenta el riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto, lo que llevará a la necesidad de practicar una cesárea (Casanova et al., 2019).

4.2.4. Puerperio

Archie y Roman (2014) señala que el puerperio es el período en que termina la cesárea o parto vaginal y se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, En este tiempo se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer con la finalidad de retornar gradualmente al estado pregravídico y establecer la lactancia.

4.2.4.1. Etapas del puerperio

- **Puerperio Inmediato.** Comprende las primeras 24 horas y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos, es un momento crítico para la adaptación fisiológica y emocional tanto para la madre como para el bebe, se debe monitorear con atención la presión arterial, pulso y hemorragia uterina de la madre. Es durante este momento donde se presenta la mayoría de las hemorragias posparto, en gran medida como resultado de la relajación uterina a causa de la retención de fragmentos de placenta o por laceraciones que no fueron reparadas (Archie y Roman, 2014).

- **Puerperio Mediato.** Abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia

- **Puerperio Alejado.** Se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.

- **Puerperio Tardío.** Puede llegar hasta los 6 meses posparto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa (Archie y Roman, 2014).

4.2.5. Complicaciones postoperatorias de una cesárea.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que a pesar de su alta seguridad, no está libre de complicaciones, algunas atribuidas por la propia indicación de esta, aunque otras derivan de la técnica en sí. Tiene una incidencia entre 5 y 20 veces más riesgo de contraer una infección que el parto vaginal. Las y en ocasiones fuerzan a procedimientos mucho más agresivas como

la histerectomía. El hecho de requerir anestesia constituye otro factor contribuyente de complicaciones. El postoperatorio es mucho más molesto y prolongado, con alto riesgo de tener que abandonar la lactancia materna (Roura et al., 2014).

4.2.5.1. Fiebre postquirúrgica. Es una entidad patológica caracterizada por la identificación en dos o más ocasiones de fiebre de 38 °C o más. El aumento de la temperatura en las primeras 24 h se asocia, por lo general, a la liberación sistémica de mediadores de respuesta inflamatoria y como consecuencia de la actividad corporal presentada durante el parto. Las causas de fiebre puerperal pueden ser múltiples, aunque la etiología más común comprende a las infecciones del aparato urinario (Carvalho et al., 2017).

4.2.5.2. Dolor posparto. Es de tipo nociceptivo, es decir, proviene de la lesión en tejidos u órganos, donde los estímulos son percibidos como dolorosos, cuando hay lesión directa de nervios, estiramiento o compresión de estos. El dolor postoperatorio es un evento fisiológico, pero un alivio inadecuado de esa experiencia puede significar mayores riesgos a la salud de las personas. Entre los efectos perjudiciales están comprendidas las alteraciones neuroendocrinas que sujetan respuestas de la hipófisis y glándulas adrenales, ocasionando repercusiones negativas en el sistema cardiovascular, respiratorio o gastrointestinal, además de efectos sobre el sistema nervioso central. Además, las mujeres sometidas a cesárea y que presenten dolor intenso afecta el compromiso de la capacidad de cuidar de sus bebés, amamantar de forma eficaz e interactuar con el recién nacido en el puerperio. Un factor predictor para la cronicidad de esa experiencia es el dolor postoperatorio de elevada intensidad, para ello se utiliza escalas numéricas de valoración (test EVA) que consiste en un instrumento unidimensional, ordinal, que representan una escala de 0 a 10 su intensidad, correspondiendo a 0 la ausencia de dolor y a 10 un dolor insoportable. Entre 1 y 3 situaríamos el dolor leve. El dolor moderado se marcaría entre 4 y 6 y el dolor intenso entre 7 y 9 (Carvalho et al., 2017).

4.2.5.3. Hemorragia posparto. Hace referencia a cualquier pérdida hemática mayor de 500ml que sobreviene a partir del final del alumbramiento hasta la conclusión de la etapa puerperal que requiere ingreso hospitalario. Una cesárea podría provocar un sangrado intenso durante y después del parto. Dentro de los factores de riesgo se han identificado: edad mayor de 40 años, obesidad, embarazo múltiple, anemia, fiebre, producto macrosómico, placenta previa, desprendimiento de placenta y trabajo de parto prolongado (Casanova et al., 2019).

Etiología.

Las principales causas de hemorragia se pueden agrupar en las denominadas, como regla nemotécnica "las cuatro T.

a) **Tono: Atonía Uterina.** Es responsable del 75%-90% de hemorragias y el 4% de muertes maternas, desde el punto de vista clínico el útero esta voluminoso, blando y atónico, con retención de coágulos en su interior. La hemorragia puede ser muy variable en cuanto a su cuantía, pero puede verse agravada por la asociación de una coagulopatía por consumo de factores de coagulación (Alvir et al., 2016).

b) **Traumas: Rotura uterina y desgarros obstétricos.** En el caso de que exista una rotura uterina se suele iniciar la hemorragia antes de la salida del feto. Se trata de un accidente obstétrico que puede tener graves consecuencias tanto para la madre como para el feto. Afortunadamente los casos de rotura uterina espontaneas son cada día menos frecuentes, aunque las roturas traumáticas, y sobre todo aquellas que tienen lugar sobre una cicatriz uterina previa, tienen cada día mayor relevancia. Los desgarros obstétricos pueden tener lugar en el cuello uterino, vagina o vulva, ante una hemorragia persistente y con útero contraído adecuadamente es imprescindible la revisión del canal blando del parto, que nos permitirá identificar la zona desgarrada y repararla (Alvir et al., 2016).

c) **Tejido: Retención de restos placentarios.** Lo que sucede es que en ocasiones la placenta es expulsada, pero quedan retenidos cotiledones de placentas normales o de placentas succenturiatas, el cuadro puede pasar desapercibido y ocasionar hemorragias tardías, con riesgo de infección de los restos retenidos (Alvir et al., 2016).

d) **Trombina: Coagulopatías.** Se pueden producir coagulopatías por dos mecanismos fundamentalmente: Por pérdida de factores de coagulación debido a la hemorragia y por un fenómeno de coagulación intravascular diseminada (CID); debido al paso de tromboplastina hacia la circulación materna, con consumo de los factores de la coagulación V, VIII, las plaquetas y el fibrinógeno. En ausencia del tratamiento adecuado, el déficit de factores de coagulación conduce al shock y al fracaso multiorgánico (Alvir et al., 2016).

4.2.5.4. Atonía uterina. se define como un defecto de la contracción de las fibras musculares que forman parte de la pared del útero. Lo que conlleva que los vasos sanguíneos del útero no dejen de sangrar tras el parto por la presión que ejercen estos músculos produciéndose una hemorragia desde el útero hacia el exterior de la vagina y los genitales. La manipulación excesiva del útero, leiomiomas uterinos, la anestesia general con compuestos halogenados, la sobre distensión uterina (por gemelos o polihidramnios), trabajo de parto prolongado, infección uterina, gran multiparidad, y disfunción miometrial intrínseca son factores que influyen en la atonía uterina (Casanova et al., 2019).

4.2.5.5. Infección de la herida. Según los factores de riesgo y si se practicó una cesárea de emergencia, se puede tener mayor riesgo de sufrir una infección en la incisión. La

de la cirugía, involucra tejidos blandos, profundos a la incisión (músculos y fascias) cultivo positivo de líquido o del tejido de la incisión, drenaje purulento, fiebre, dolor o aumento de la sensibilidad local, edema, hiperemia, absceso u otra evidencia de infección profunda durante el examen directo, examen histopatológico o radiológico. Es más frecuentes en mujeres obesas y con diabetes (Lozano, 2015).

Tratamiento

El tratamiento incluye antimicrobianos y drenaje quirúrgico y desbridamiento de tejido desvitalizado. Esto típicamente requiere analgesia espinal o anestesia general. La fascia es con cuidado inspeccionada para documentar la integridad. El cuidado local de la herida se realiza dos veces al día. Antes de cada cambio de apósito, el procedimiento de analgesia se adapta al tamaño y la ubicación de la herida, y son adecuadas las vías de dosificación oral, intramuscular o intravenosa. También se puede añadir lidocaína tópica. Se retira el tejido necrótico y se vuelve a vendar la herida con una gasa húmeda (Cunnigham et al., 2019).

4.2.5.6. Infección del tracto urinario. Existen factores que propician en el desarrollo de infecciones en el tracto urinario tales como: la hipotonía vesical, traumatismo intraparto, estasis urinaria, exploraciones vaginales frecuentes y la cateterización. La forma clínica más usual de una infección durante el puerperio es la cistitis, que se caracteriza por disuria, urgencia urinaria, piuria y bacteriuria. La *Escherichia coli* es el microorganismo con mayor frecuencia, aunque esto no excluye a otros microorganismos. La diabetes mellitus, obesidad, enfermedades neurológicas y la cateterización vesical mediante sonda son factores que influyen en su incidencia y prevalencia (Archie y Roman, 2014).

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección se establece, por lo general, en la sospecha clínica, aunque para su confirmación de manera obligada requiere urocultivo.

Tratamiento

Diferentes agentes quimioterápicos antimicrobianos han mostrado eficacia en el tratamiento de esta patología (Archie y Roman, 2014).

4.2.5.7. Endometritis. Después de una cesárea, se puede correr el riesgo de contraer una infección en el revestimiento del útero más conocida como endometritis, que se caracteriza por la aparición de fiebre, en general en las primeras horas después del parto, así mismo puede presentar dolor abdominal bajo, inflamación, sub-involucion uterina y loquios de mal olor. La endometritis puede aparecer después de una corioamnionitis durante el trabajo de parto o en el posparto. Los factores predisponentes incluyen rotura prolongada de membranas y parto, trabajo de parto prolongado, cesárea, hemorragia posparto, colonización del tracto

genital inferior, anemia, vaginosis bacteriana, edad materna joven y bajo estado socioeconómico (Archie y Roman, 2014).

Diagnóstico

Se basa en la sospecha clínica si la paciente presenta fiebre igual o mayor a 38 °C en dos ocasiones y con un intervalo de 6 h (excepto el día del parto), hipersensibilidad y dolor abdominal tipo cólico, dolor a la movilización uterina, útero su involucionado, metrorragia persistente, secreción transvaginal purulenta y fétida (Ortiz, s/f).

Tratamiento

El tratamiento más habitual consiste en la administración parenteral de un esquema quimioterápico antimicrobiano doble o triple. Otras medidas como el legrado uterino y la histerectomía tienen como fin eliminar el foco infeccioso y su implementación estará sujeta a la evolución de la paciente (Ortiz, s/f).

4.2.5.8. Tromboflebitis. se caracteriza por la inflamación vascular secundaria a la formación de un trombo. La tromboflebitis pélvica séptica es una variedad infrecuente de curso por lo general benigno y que puede aparecer posterior a un parto vaginal o a endometritis. Su importancia radica en que es una causa frecuente de fiebre puerperal de origen desconocido. Diferentes factores contribuyen al desarrollo de esta patología: obesidad, edad igual o superior a los 35 años y resolución del embarazo, entre otros (Gonzalez & Gomez, 2013).

Diagnóstico

Se realiza con base en la sospecha a partir de las manifestaciones clínicas y la exploración física complementaria. La extremidad se encuentra tumefacta o edematizada con dolor a la palpación superficial y profunda y la piel se observa pálida o eritematosa. Otras manifestaciones identificables en la exploración física incluyen: diferencia bilateral en pulsos, incremento del diámetro de la extremidad en mediciones seriadas por el edema y fiebre. Las pruebas de laboratorio y gabinete se emplean principalmente en la identificación de la tromboflebitis pélvica séptica e incluyen estudios de imagen y de desarrollo e identificación microbiológica (Gonzalez Duque y Gomez Hoyos, 2013).

Tratamiento

El tratamiento se enfoca en la disolución o eliminación del trombo del flujo sanguíneo y en el caso de la tromboflebitis pélvica séptica, quimioterápicos antimicrobianos (Ortiz, s/f).

4.2.5.9. Anemia posparto. afecta al 20% y 30% de las puérperas que no han ingerido suplementación de hierro previo al parto, que se convierte en un problema frecuente

de este período. La anemia puede ser la consecuencia de una insuficiencia dietética previa, infección puerperal o a la pérdida sanguínea excesiva durante el parto. Así mismo tienen un riesgo mayor de complicaciones infecciosas durante el puerperio, específicamente de las vías urinarias y de la herida operatoria dificultando la adaptación de la mujer a su entorno, sintiéndose físicamente limitada para atender al recién nacido y con alta probabilidad de desarrollar depresión posparto (Gonzalez Duque y Gomez Hoyos, 2013).

Diagnostico

Los síntomas clínicos característicos de esta complicación van a depender de la gravedad de la anemia y de la velocidad de su instalación. Los síntomas que se presentan son cansancio, fatiga, palpitaciones, mareos, lipotimia, taquicardia, palidez de las mucosas e hipotensión. Para diagnosticar la anemia es necesario un examen de laboratorio que va a establecer la concentración de hemoglobina en sangre capilar o venosa y medir la última etapa de la carencia de hierro (Gonzalez Duque y Gomez Hoyos, 2013)

Tratamiento

La anemia puerperal leve y moderada, se tratarán con feroterapia oral. Los objetivos del tratamiento son la recuperación de la masa hemoglobínica y la normalización de las reservas de hierro.

En los casos en los que la mujer rechace la transfusión de sangre, y en aquellos en los que los valores del hematocrito y la hemoglobina no sean tan bajos como para considerar la anemia como grave, se realizará tratamiento con hierro por vía oral hasta conseguir que estos se normalicen. Así mismo se puede administrar hierro endovenoso es una alternativa para el hierro por vía oral, en aquellas mujeres con intolerancia digestiva al hierro. Es también una alternativa en pacientes con anemia severa que rechacen la transfusión de hemoderivados (Gonzalez Duque y Gomez Hoyos, 2013).

4.2.5.10. Hipertensión posparto. corresponde a la presencia de cifras tensionales sistólicas superiores a 140 mmHg o diastólicas mayores a 90 mmHg, medidas en 2 ocasiones con una diferencia de 4 horas; las cuales parecen o se sostienen en el puerperio, hasta las 12 semanas posteriores al parto.

El trastorno hipertensivo afecta del 6 al 10% de las gestantes, siendo una de las principales causas de aumento de la morbimortalidad materno perinatal, en el postparto se lo observa más frecuentemente en mujeres con preeclampsia prenatal, hipertensión gestacional, hipertensión crónica preexistente, aquellas con parto pretérmino, niveles altos de uratos,

obesidad, diabetes y embarazos múltiples. La mayoría de los trastornos hipertensivos del embarazo se resuelven después del parto, sin embargo, la historia natural de la hipertensión en el puerperio y el tiempo de normalización de la presión no son conocidos, por lo que se recomienda vigilancia de la presión arterial en este periodo, su aparición es más frecuente entre los 3 a 6 días del puerperio (Cedeño et al., 2015).

La fisiopatología de la hipertensión postparto incluye el aumento fisiológico del agua corporal total en la embarazada, el aumento de la resistencia vascular a la angiotensina II, la disminución del péptido natriurético auricular y el estrés metabólico del trabajo de parto, así como el efecto indirecto de diversos fármacos. Las alteraciones de la placentación y la endoteliosis se traslapan en la génesis de la hipertensión postparto cuando ésta obedece a una preeclampsia (Cedeño et al., 2015).

Diagnostico

A toda paciente con hipertensión postparto se le debe descartar preeclampsia o un síndrome de HELLP asociado. La evaluación de la proteinuria es obligatoria de forma inmediata, aunque algunos autores no la recomiendan en los dos primeros días postparto, debido a la presencia de los loquios. Otras ayudas diagnósticas son las transaminasas, bilirrubinas séricas, creatinina sérica, cuadro hemático, niveles séricos de lactato deshidrogenasa y electrolitos séricos (Cedeño et al., 2015).

Tratamiento

Para el manejo de la hipertensión postparto se debe tomar en cuenta esencialmente las cifras tensionales en la paciente cuando se le realiza el diagnóstico. Cochrane realizó una revisión en la que incluyó 5 ensayos clínicos que observaron la eficacia entre diferentes fármacos antihipertensivos, aunque no se describe adecuadamente la causa del trastorno hipertensivo, concluye que: las pacientes con hipertensión postparto leve a moderada, no hay evidencia que informe si deben ser o no tratadas con un manejo antihipertensivo específico. En la hipertensión severa, tampoco existe evidencia que muestre que un tratamiento farmacológico sea efectivo. Por lo mencionado, se sugiere que el uso de cualquier agente antihipertensivo utilizado debe basarse en la familiaridad del médico con el fármaco (Cedeño et al., 2015).

4.3. Guía

4.3.1. Definición.

Una guía nos ayuda a orientar y establecer pautas para desarrollar una o más actividades de un proceso o procedimiento. Se utiliza cuando se requiera unificar criterios y enfoque de aplicación, por lo común se estructuran a partir de un conjunto de preguntas acerca del

contenido que se intenta aprender y permite organizar el contenido y autoevaluar el grado de comprensión alcanzado al estudiar (MSPS, 2019).

4.3.2. Funcionalidad

Tiene como finalidad apoyar y orientar las decisiones de los profesionales, dando como resultado la mejora de atención al usuario, reducir el uso de intervenciones innecesarias, ineficaces o dañinas y en el caso del área de la salud facilitar el tratamiento de los usuarios con el máximo beneficio y un mínimo riesgo de complicaciones o daños (MSP, 2019).

4.4. Modelo de atención de enfermería de Virginia Henderson

Virginia Henderson para crear su filosofía se basó en algunos aspectos tales como: el trabajo de Thorndike que era un psicólogo estadounidense, en sus experiencias de estudiante con la Henry House Visiting Nurse Agency, y en su experiencia en la rehabilitación y en la conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando. Virginia considero al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad total de mente y cuerpo. Para ella la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias, proponiendo de esta forma las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería (Paneque et al., 2020).

Entre sus contribuciones destacan las siguientes: la definición y la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, así como la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia. También señaló tres niveles de relaciones enfermera-paciente como: sustituta, colaboradora y compañera del paciente. La enfermera debe “meterse en la piel” de cada uno de sus pacientes a través del proceso interpersonal y con empatía con la finalidad de conocer qué ayuda necesitan, también afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el usuario (Paneque et al., 2020).

Las 14 necesidades de Virginia Henderson son:

- a. Respirar normalmente
- b. Comer y beber adecuadamente
- c. Eliminar los desechos corporales

- d. Moverse y mantener posturas deseables
- e. Dormir y descansar
- f. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse
- g. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno
- h. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel
- i. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
- j. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones
- k. Rendir culto según la propia fe
- l. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
- m. Jugar o participar en diversas formas de ocio
- n. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles (Paneque et al., 2020).

4.5. Proceso de atención de Enfermería (PAE)

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se lo define como el conjunto de actividades interdependientes y sucesivas propias del personal de enfermería que van dirigidas a ayudar al usuario sano a mantener su equilibrio con el medio y al enfermo a restaurar su equilibrio, acelerando su retorno al bienestar, físico y mental (Pérez Viltres et al., 2016).

El PAE se apoya en el método científico y el pensamiento lógico que se preside por un código ético, ocupándose de la salud de los seres humanos, así como de la evolución de la práctica basada en la teoría. Este método científico de actuación compone un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, y se fundamenta en las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, con el objetivo de cubrir las necesidades de las personas, la familia y su interrelación con el entorno (Moreno et al., 2015).

4.5.1. Valoración.

Es el primer paso del proceso de atención de enfermería y se puede describir como un proceso organizado y sistemático de recogida de datos (subjetivos, objetivos e históricos) procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de una persona. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se la considera como la pieza clave para continuar con los pasos restantes del proceso. Es importante seguir un orden en la valoración, ya que ayudara al profesional adquirir un hábito en la práctica que se traduzca en no olvidar

ningún dato. Basándose en distintos criterios: valoración según el orden “cabeza a pies”, por “patrones funcionales de la salud” y por “sistemas-aparatos” (Cisneros, 2016).

4.5.2. Diagnóstico

Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud reales o potenciales, que requieran la intervención de enfermería con el objeto de resolverlos o disminuirlos. Un Diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones y así conseguir los resultados deseados sobre los cuales enfermería tiene la responsabilidad. La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes: problema, etiología, signos y síntomas que lo caracterizan (Cisneros, 2016).

4.5.2.1. Problema. Se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

4.5.2.2. Etiología. Son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

4.5.2.3. Signos y síntomas. se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma.

Como hemos mencionado anteriormente, el trabajo por captar, organizar y utilizar la creciente base de conocimientos enfermeros, ha llevado a las organizaciones internacionales a reunir los esfuerzos de profesionales de todo el mundo con el fin de lograr un lenguaje enfermero unificado. En dicho esfuerzo, la *Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería* (Nanda por sus siglas en inglés) en 1982 desarrollo un sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería, basados en evidencia científica y siguiendo un lenguaje enfermero reconocido; lo que indica que, este sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil (Cisneros, 2016).

Los componentes para estructurar el enunciado de un diagnóstico de enfermería comprenden:

Etiqueta. Proporciona un nombre al diagnóstico de enfermería.

Definición. Proporciona una descripción clara y precisa del diagnóstico, permitiendo diferenciarlo de otros diagnósticos similares.

Características definitorias. Son claves observables/ consecuencias que se agrupan como manifestaciones, signos y síntomas de un diagnóstico real o de salud.

Factores relacionados. Son los procesos, situaciones o circunstancias que pueden afectar a la persona y ocasionarle la respuesta que quedara indicada por la etiqueta.

Factores de riesgo. Se trata de aquellos factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéricos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable (Cisneros, 2016).

La taxonomía NANDA cumple su propósito previsto de clasificar/organizar los diagnósticos enfermeros. Cada dominio y clase se han definido, con la finalidad de ayudar al profesional de enfermería a localizar un diagnostico enfermero dentro de la taxonomía. Guía la historia clínica y el examen físico, proporcionando elementos para valorar y organizar los datos obtenidos en la primera etapa del proceso de atención de enfermería. Además, la secuencia de trece dominios proporciona un flujo eficiente y efectivo para brindar una atención de calidad, estos son:

- Dominio 1. Promoción de la salud
- Dominio 2. Nutrición
- Dominio 3. Eliminación e intercambio
- Dominio 4. Actividad/ reposo
- Dominio 5. Percepción/cognición
- Dominio 6. Autopercepción
- Dominio 7. Rol/relaciones
- Dominio 8. Sexualidad
- Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés
- Dominio 10. Principios vitales
- Dominio 11. Seguridad/ protección
- Dominio 12. Confort
- Dominio 13. Crecimiento/ desarrollo (NANDA International, s/f).

4.5.3. Planificación

Después de recolectar los datos del paciente, organizarlos y elaborar algunos diagnósticos de enfermería, se puede iniciar la fase de planeación. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas que son: establecer prioridades en los cuidados, planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados, actuaciones de enfermería y documentación del plan según la taxonomía NOC (Moorhead et al., 2013).

La Taxonomía NOC (por sus siglas en inglés Nursing Outcomes Classification) se centra en la medición de los resultados en diversas especialidades y entorno. Su aplicación en la práctica identifica el cambio en el estado del paciente después de las intervenciones. Contiene 7 dominios que son: Salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria, así mismo consta de 32 clases y 490 resultados. Cada uno de los resultados tiene la siguiente estructura: una definición, una escala de medida, una lista de indicadores asociados al concepto y bibliografía de apoyo (Moorhead et al., 2013).

La Taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification) abarca las intervenciones realizadas por todos los profesionales de enfermería, con el propósito de evidenciar clínicamente los cuidados, aunque algunos sean más generales que otros. Está estructurada de 5 componentes como: etiqueta o denominación, definición, lista de actividades, lista de referencias bibliográficas y código numérico. Además, está conformada por 30 clases y 7 campos tales como: fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario, y comunidad (Hornby et al., 2014).

4.5.4. Ejecución

La etapa de ejecución es tan importante como las demás, el profesional de enfermería entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar su estado de salud, ajustándolo en relación con sus necesidades. La ejecución, tiene como objetivo:

- Realizar directamente una actividad para el paciente.
- Ayudar al paciente a realizar una actividad por sí mismo.
- Supervisar al paciente, familia o comunidad mientras realiza una actividad por sí mismo.
- Enseñar al paciente, familia o comunidad sobre sus cuidados de salud.
- Asesorar al paciente, familia o comunidad en las elecciones que debe hacer en entorno a la búsqueda y la utilización de los recursos de salud adecuados.
- Control (valoración) para detectar posibles complicaciones o problemas (Hornby et al., 2014).

Las actividades de enfermería están diseñadas para cubrir las necesidades humanas que se han deducido con base en el problema del usuario. Al Igual que en las etapas anteriores, en la ejecución se distinguen tres fases:

4.5.4.1. Fase de Preparación. Realización de una serie de acciones que permiten garantizar la intervención

4.5.4.2. Fase de intervención. Se efectuarán las acciones programadas.

4.5.4.3. Fase de documentación o registro. El registro de todo lo que ha sucedido a lo largo de la etapa de ejecución del proceso de atención de enfermería (Hornby et al., 2014).

4.5.5. Evaluación

La evaluación es una labor continua y formal que está presente a lo largo de todo el Proceso de Atención de Enfermería, forma parte integral de cada una de las etapas y se relaciona intrínsecamente con cada una de ellas. También se la define como una comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es expresar un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, que se compara con uno o varios criterios. La eficacia y la efectividad de las actuaciones son criterios importantes que se evalúan en la enfermería (Hornby et al., 2014).

Para conseguir todos los objetivos propuestos, la evaluación debe llevarse a cabo sobre tres aspectos: la estructura en la que tiene lugar el cuidado, cambios que se ha producido en el estado de salud del sujeto y el proceso de cuidar, esperando que los resultados de las intervenciones nos permitan comprobar la efectividad del accionar de enfermería (Hornby et al., 2014).

5. Metodología

5.1. Tipo de Estudio

La presente investigación fue de tipo retrospectivo, descriptivo y cuantitativo de corte transversal, porque se lo realizó en un solo momento y se tomó en cuenta las historias clínicas de pacientes sometidos a cesárea en el periodo agosto-octubre 2021 que ayudo a determinar y medir las complicaciones postquirúrgicas más comunes en cesárea.

5.2. Área De Estudio

El presente trabajo de investigación se lo realizó en el hospital general Isidro Ayora de Loja (HIAL), el cual se encuentra ubicado en la zona céntrica de la ciudad, en las calles San Juan de Dios entre Manuel Montero y Juan José Samaniego. El HIAL es un hospital de referencia en la Región Sur y de II Nivel, forma parte del Sistema de Servicios del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, este cuenta con 243 camas para hospitalización y dispone de cuatro especialidades básicas: Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía; y algunas subespecialidades clínicas y quirúrgicas.

5.3. Población o Universo

La población de estudio que se tomó en cuenta en el cálculo de la muestra necesaria para la investigación se encontró conformada por 298 historias clínicas de pacientes postquirúrgicas de cesárea que fueron ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia durante el periodo agosto-octubre 2021, las mismas que se encuentran en el área de estadística del Hospital General Isidro Ayora.

5.4. Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa estadístico Epi Info dando como resultado 118 historias clínicas de pacientes postquirúrgicas de cesárea que han sido ingresadas al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora.

5.5. Criterios de inclusión y exclusión

5.5.1. Criterio de Inclusión

- Historias clínicas de pacientes ingresadas al servicio de Gineco-Obstetricia para cesárea
- Historias clínicas completas.

5.5.2. Criterio De Exclusión

- Historias clínicas de pacientes postquirúrgicas con datos incompletos.
- Historias clínicas de pacientes post quirúrgicas con exámenes de laboratorio incompletos.
- Historias clínicas de pacientes postquirúrgicas que hayan pedido la alta voluntaria.

5.6. Técnica e Instrumento

La técnica que se utilizó fue una ficha de recolección de datos, que permitió el análisis y recolección de los datos.

Para las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión se aplica la ficha de recolección de datos, que consta de 4 secciones: características sociodemográficas (edad, nivel de instrucción y lugar de residencia), tipos de cesárea, causas de cesárea y las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes en este tipo de procedimiento (anexo 3).

5.7. Procesamiento de datos

Los datos estadísticos obtenidos fueron ingresados en el paquete estadístico SPSS en la versión 26 para su análisis, los resultados fueron en función de los objetivos específicos. Para el análisis de la información recolectada se aplicaron estadísticas descriptivas que permitió conocer la frecuencia y porcentaje de las complicaciones postquirúrgicas de cesárea, cuyos resultados se representaron en tablas para su análisis.

5.8. Consideraciones Éticas

Todos los datos recabados fueron con fines académicos y están bajo el principio de confidencialidad que asiste a cada uno de los participantes. Solo se revisó la historia clínica en busca de la información necesitada, por lo cual no se manejaron nombres, apellidos u otros datos de identificación directa del paciente, previo a la autorización pertinente del establecimiento de salud.

6. Resultados

En la tabla 1 se representa los resultados de las características sociodemográficas de las pacientes postcesarea.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes postquirúrgicas de cesárea

Edad	f	%
11-20 años	19	16,1
21-30 años	67	56,8
31-40 años	30	25,4
>41 años	2	1,7
Total	118	100,0

Nivel de instrucción	f	%
Primaria	22	18,6
Secundaria	72	61,0
Superior	23	19,5
Ninguna	1	0,8
Total	118	100,0

Lugar de procedencia	f	%
Urbana	99	83,9
Rural	19	16,1
Total	118	100,0

Frecuencia (f); Porcentaje (%)

La Tabla 2 muestra los tipos de cesárea según la incisión, según la decisión y según antecedentes obstétricos que se realizaron en pacientes ingresadas al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital general Isidro Ayora.

Tabla 2. Tipos de cesárea realizadas en pacientes ingresadas al servicio de Gineco-Obstetricia.

Según la incisión	f	%
Incisión Pfannestiel	91	77,1
Incisión Joel Cohen	21	17,8
Incisión infra media umbilical	6	5,1
Total	118	100,0
Según la decisión	f	%
Electiva	39	33,1
Emergencia	79	66,9
Total	118	100,0
Antecedentes obstétricos	f	%
Primera	62	52,5
Previa	41	34,7
Iterativa	15	12,7
Total	118	100,0

Frecuencia (f); Porcentaje (%)

En la tabla 3 se representa cuáles fueron las causas más comunes para la realización de cesáreas en pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia en el periodo agosto-octubre 2021

Tabla 3. Causas para la realización de una cesárea.

Causas para una cesárea	f	%
Distocias	21	17,8
Presentación de nalgas	8	6,8
Parto múltiple	2	1,7
Problemas hipertensivos	9	7,6
Sufrimiento fetal	19	16,1
Macrosomía fetal	2	1,7
Cesárea anterior	48	40,7
Hidrocefalia	1	0,8
Oligohidramnios	8	6,8
Total	118	100%

Frecuencia (f); Porcentaje (%)

En la tabla 4 se demuestra las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes en pacientes sometidas a cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital general Isidro Ayora durante el periodo agosto-octubre 2021.

Tabla 4. Complicaciones postquirúrgicas de cesárea.

Complicaciones	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Dolor (EVA>7)	46	38,9	73	61,1	118	100
Anemia	7	5,9	111	94,1	118	100
Hemorragia	4	3,4	114	96,6	118	100
Infección urinaria	4	3,4	114	96,6	118	100
Infección herida	4	3,4	114	96,6	118	100
Hipertensión	3	2,5	115	97,5	118	100
Fiebre	1	0,8	117	99,2	118	100
Atonía uterina	0	0	118	100	118	100
Endometritis	0	0	118	100	118	100
Tromboflebitis	0	0	118	100	118	100

Frecuencia (f); Porcentaje (%)

Resultado 3: Para dar cumplimiento al tercer objetivo del trabajo de investigación se desarrolló la guía de atención de Enfermería (Anexo 6) que fue entregada al servicio de Gineco-Obstetricia con la finalidad de que pueda ser considerada como apoyo para brindar una atención de calidad y prevenir complicaciones postquirúrgicas en pacientes de cesárea.

7. Discusión

La investigación se desarrolló con el propósito de determinar las complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidas a procedimiento de cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital general Isidro Ayora de Loja durante el periodo agosto-octubre 2021, donde se determinó que en relación con las características sociodemográficas el 56,8% de las pacientes correspondieron al rango de edad de 21-30 años, el 61% cuentan con un nivel de instrucción secundaria y en cuanto al lugar de procedencia el 83,9% pertenecen al sector urbano. Así mismo se realizó con más frecuencia las cesáreas de emergencia con el tipo de incisión más común, como es la de Pfannestiel.

Entre las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes que se presentaron en el grupo de estudio fue el dolor postparto con 38,9%, seguido de la anemia postparto con un 5,9%; la infección de la herida, infección urinaria y la hemorragia con un 3,4% cada una; hipertensión con un 2,5%; y la fiebre con un 0,8%. Con respecto al dolor se tomó en cuenta la escala de valoración EVA mayor de 7, estos resultados son similares a una investigación de Carvalho et al. (2017), donde la principal complicación y con mayor porcentaje que las pacientes manifestaron fue el dolor posoperatorio con un 40,2% luego de una cesárea afectando al binomio madre-hijo, pues se ven afectados roles como el inicio de la lactancia materna y el cuidado del recién nacido. De forma similar un estudio realizado en Manta-Ecuador por Loo-Muñoz et al.(2018), señaló que el 52% de las mujeres sometidas a cesárea refirieron tener dolor severo, trayendo perjuicios al binomio madre hijo en el período postoperatorio inmediato.

En cuanto a la segunda complicación como la anemia Alvarado y Georgina, (2021), en su investigación señalaron que la prevalencia de la misma en mujeres con cesárea fue de 22.1%, mientras que en un estudio realizado por Bonilla (2023), el 60,4% de las pacientes postcesarea tuvieron anemia, concluyendo que 6 de cada 10 mujeres sometidas a este procedimiento sufren de algún grado de anemia.

Por otro lado Puma et al., (2015), demostró que las complicaciones más frecuentes fueron atonía uterina (11,9%), desgarros de segmento adyacente (7,4%), hemorragia puerperal (6%), infecciones de herida operatoria(4,5%) y la endometritis con (1,5%), así mismo Ortiz Martínez et al.(2019) en su estudio señaló que las complicaciones más comunes fueron: requerimiento de transfusiones sanguíneas (2.11%), hemorragia (1.33%), hematoma (0.56%) la dehiscencia de sutura (0.44%), infección de sitio operatorio y hematoma/seroma ambas con 0.33%, resultados que se asemejan con este estudio en cuanto a complicaciones como la infección de la herida y la hemorragia postparto, pero que se diferencia totalmente de la investigación de Timbian y Rodríguez (2020), realizada en Quito-Ecuador donde determino

que la complicación más común y con mayor porcentaje fue la hemorragia postparto con un 35.97 % de las cuales el 2.16% de los casos terminaron en histerectomía.

En cuanto a la infección del tracto urinario con 3,4% se asimila con el trabajo de investigación de Suarez (2018), donde las complicaciones más frecuentes fueron infección del tracto urinario (5.7%), anemia (4.5%), hemorragia post parto (2.8%), infección de herida operatoria (1.7%), síndrome adherencia (1.2%). Otra complicación que se determino fue la hipertensión con un 2,5% que al comparar con un estudio realizado en Ambato-Ecuador por Pacheco (2018), se constata que la complicación más frecuente fue la hipertensión arterial con el 17%, seguido de hipotonía uterina transitoria con el 14,7%, y el 12,2% hemorragia.

8. Conclusiones

- En cuanto a las características sociodemográficas se concluye que en el rango de edad comprendido entre los 21-30 años se realizó con mayor frecuencia la cesárea, con un nivel de instrucción secundaria, perteneciendo al sector urbano, así mismo predominaron las cesáreas por emergencia y por primera vez.
- Las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes que se identificaron en las historias clínicas de las pacientes intervenidas de cesárea en el servicio de gineco-obstetricia, fue el dolor postparto, seguido de la anemia, hemorragia, infección urinaria e infección de la herida, hipertensión y fiebre postquirúrgica.
- La guía de atención de enfermería se realizó de acuerdo con la valoración integral basada en las necesidades de Virginia Henderson, donde las necesidades alteradas fueron eliminación, temperatura y evitar los peligros del entorno. Así mismo se utilizó las taxonomías NANDA, NIC Y NOC donde los diagnósticos enfermeros utilizados en pacientes con complicaciones de cesárea fueron dolor crónico, hipertermia, déficit de volumen de líquidos e integridad del tejido deteriorada, así mismo los resultados e intervenciones de enfermería fueron basadas de acuerdo con las necesidades identificadas, siendo tipificadas para cada diagnóstico.

9. Recomendaciones

- A la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja que siga fomentando estos tipos de investigación, por las altas incidencias de cesárea, que traen como consecuencia complicaciones postquirúrgicas que provocan días prolongados de recuperación y hospitalización afectando la calidad de vida y bienestar de las personas
- Al Hospital General Isidro Ayora y a los profesionales de enfermería se recomienda la implementación de la guía basada en el proceso de atención de enfermería, que permitirá un diagnóstico e intervención de manera oportuna y temprana evitando las complicaciones postquirúrgicas.

10. Bibliografía

- Aguilar, J., y Wilfredo, E. (2018). Monitoreo fetal electrónico intraparto en el sufrimiento fetal agudo en las gestantes adolescentes del hospital III de Essalud Iquitos - 2017. En *Concytec*.https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAP_e04065d4b976c0a19d3d2c06213fb250
- Aller, J., y Pages, G. (2012). 01. Diagnóstico de embarazo. En *Obstetricia Moderna* (Vol. 3ra, pp. 1–14). <papers://bfb735b2-7a9b-47f1-b986-223dfb0fe8c3/Paper/p7838>
- Alvarado, L. Y., y Georgina, B. F. (2021). Caracterización de las púerperas con anemia de partos vaginales y por cesárea atendidas en el hospital de Lircay de Huancavelica, 2020 [Universidad Nacional de Huancavelica].<http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/4052>
- Alvir, A., Bejarano, P., Hernandez, M., Vicente, M., y Leyre Ruiz. (2016). Etiología de la hemorragia postparto. En Manejo de la hemorragia postparto (p. 17). Liber Factory. https://www.google.com.ec/books/edition/Manejo_de_la_hemorragia_postparto/Rv64CwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=hemorragia+posparto+por+cesarea&printsec=frontcover
- Archie, C. L., y Roman, A. S. (2014a). Hemorragia Posparto y puerperio anormal. En *Diagnosticos y Tratamientos Ginecoobstetricos* (pp. 361–363). McGRAWHILL.
- Archie, C. L., y Roman, A. S. (2014b). Trabajo de parto y partos normales y anormales. En *Diagnosticos y Tratamientos Ginecoobstetricos* (pp. 154–162). McGRAWHILL.
- Batalla, I., y Chuco, Y. (2016). Causas y Consecuencias de la Cesárea en los Hospitales a nivel Nacional, Latinoamericano e Internacional. 1–24. http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/62/1/T102_46351731_T.pdf
- Bonilla, M. E. A. (2023). *Pérdida sanguínea y anemia post cesárea en mujeres adultas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2021*. http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2078/1/echevarria_pv.pdf
- Campoverde, V., y Quispe, V. (2019). *Causas y prevalencia de cesárea de emergencia. Hospital General Ambato. Enero – agosto, 2019*. [http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6160/1/Causas y prevalencia de cesarea de emergencia. Hospital General Ambato. Enero - agosto%2C 2019.pdf](http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6160/1/Causas%20y%20prevalencia%20de%20cesarea%20de%20emergencia.%20Hospital%20General%20Ambato.%20Enero%20-%20agosto%202019.pdf)
- Carvalho, N., Costa, B., Fortunato, C., Cavalcante, T., Ferreira, B., y Varanda, L. (2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea Dor pós-operatória. *Revista electronica*

- trimestral de enfermería*, 48, 354–363. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>
- Casanova, R., Chuang, A., Nancy, H., Weiss, P., Beckmann, C., Ling, F., Herbert, W., Laube, D., y Smith, R. (2019). *Ginecología y Obstetricia*.
- Cedeño, A. A., Galeano, G. A., Fernández, D. A., Chito, K. L., y Coronado, V. (2015). Hipertensión postparto: una revisión de la literatura y los protocolos de manejo TT - Postpartum hypertension: literature review and management protocols. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(2), 243–250. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000200010&lang=en%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n2/v63n2a10.pdf
- Cisneros, F. (2016). Proceso de atención de enfermería. Universidad del Cauca, 1–35.
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., y Spong, C. Y. (2019). Complicaciones puerperales. En *Williams Obstetricia* (vigésimoquinta edición, pp. 666–679). McGRAWHILL.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., y Spong, C. Y. (2019). Complicaciones Obstetricas. En *Williams Obstetricia*, 25e. McGraw-Hill Education. <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1166846223>
- Evelyn, S. G. (2018). Frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018 [Universidad Nacional del Altiplano]. En *Renati*. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3225724>
- Gleason, C., y Juul, S. (2019). Alteraciones del crecimiento fetal. En *Enfermedades del recién nacido* (10 edición, p. 69). Elsevier. https://www.google.com.ec/books/edition/Avery_Enfermedades_del_recien_nacido/DDwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=cesarea+por+macrosomia+fetal&pg=PA152&printsec=frontcover
- Gonzalez, L. M., y Gomez, J. C. (2013). Anemia en el embarazo. En *Aspectos Claves Obstetricia* (1 edición, pp. 319–339). Fondo editorial.
- Hernández, S., Basteiro, E., Meler, E., Cobo, T., Figueras, F., Parra, J., Pagès, P., Gómez, L., Caballero, A., Plaza, A., Solà, A., y Rodríguez-Miguélez, J. (2020). Medicina Materno Fetal, Barcelona. Protocolo de Cesárea. *Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona*, 1–26. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>

- Hornby, B. E., Barkved, O. I., Askim, O. J., Knudsen, S., Bostick, F. X., y Williams, B. A. (2014). Clasificación de Enfermería NIC. En *Workshop Passive Seismic - Passive Seismic: Exploration and Monitoring Applications*. <https://doi.org/10.2523/iptc-11789-abstract>
- Loor, G. M., León, G. C., y Menéndez, M. M. (2018). Causas y manejo del dolor postoperatorio de la paciente obstétrica. *Polo del Conocimiento*, 3(6), 336. <https://doi.org/10.23857/pc.v3i6.580>
- López, R., Ahued, R., Karchmer, S., y Urzúa, A. (2018). Distocias. *Revista Medica Herediana*, 4–17. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/jrodriguezmartinez,+1978.21.07.0004-1.pdf>
- Lozano, S. (2015). *Caracterización de los pacientes con infección de herida y operadas de cesarea*. <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/bitstream/20.500.12930/4525/1/MED014194.pdf>
- Lucas, M., y Quiroz, M. (2019). *Rol de la enfermera en pacientes con complicaciones postquirúrgicas renales y de las vías urinarias Role of the nurse in patients with postoperative renal and. 1.* <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/506/740>
- Miguel Angel Guzman. (2016). Hipertension y embarazo. En *Matron/a* (3a ed., p. 468). Editorial Cep. https://www.google.com.ec/books/edition/Matrón_a_Servicio_Andaluz_de_Salud_SA_S/fR0_DwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=problemas+hipertensivos+cesarea&pg=PA494&printsec=frontcover
- Miguel, J. R. de, Quintana, C., y Odriozola, J. (2021). Técnicas Quirúrgicas. En *La Cesarea Como, cuando y porque* (pp. 105–112). Editorial de la Universidad de Cantabria. <https://doi.org/https://doi.org/10.22429/Euc2021.049>
- Moorhead, S., Marion, J., y Elizabeth, S. (2013). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medicación de Resultados en Salud. En *Elsevier*. <http://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf>
- Moreno, N., Chavez, A., Sanchez, E., y Fierros, G. (2015). Mirada del estudiante de enfermería sobre el aprendizaje y la aplicación del proceso de atención de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(2), 65–74. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2015/eim152c.pdf>
- MSP. (2016). *Ministerio de Salud Pública. Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Atencion-del-parto-por-cesarea.pdf>

- MSPS. (2019). *Guía para la elaboración y control de documentos del SIGI*. [https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/SIG-G01 Guía para la elaboración y control de documentos del SIGI.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/SIG-G01_Guía_para_la_elaboración_y_control_de_documentos_del_SIGI.pdf)
- NANDA International. (s/f). *Libro NANDA15-17 (completo).pdf* (H. Herdman y S. Kamitsuru (eds.)). Elsevier.
- OMS. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Performance Research. <https://doi.org/10.1080/13528165.2001.10871770>
- Ortiz, J. I. B. (s/f). Puerperio. Topicos selectos. En *Obstetricia y ginecología* (7a ed., pp. 27–36). <https://booksmedicos.org/obstetricia-y-ginecologia-balandra-ortiz-7a-edicion/>
- Ortiz Martínez, R. A., Moreno Urrea, E., Mambuscay Solarte, J., y Muñoz Daza, J. (2019). Prevalencia de complicaciones en pacientes sometidas a cesárea en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2016 en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia 2016. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(6), 435–448. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262019000600435>
- Oyarzun, E. (2019). Operacion Cesarea. *scielo*, 84(3). <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000300167>
- Pacheco, L. (2018). Atencion De Enfermeria En El Periodo Post Cesarea Inmediato. En *PhD Proposal* (Vol. 1). <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4197/1/TUAMEQ010-2016.pdf>
- Paneque, J. C., Olivera, Y., Olivera, E. M., Moreno, O., y Denis, R. (2020). La Concepción Filosófica De Virginia Henderson Basado En El Modelo De Enfermería Cubano. *I Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas de Granma*, 6. <http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/view/402/476%0Ahttp://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/view/402>
- Pérez Viltres, M., Lorente Viltres, K., Rodríguez Puebla, E., Herriman Olivera, D. L., y Verdecia Olivera, N. (2016). Nivel de conocimientos sobre proceso de atención de enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3), 295–302. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n3/enf030316.pdf>
- Puma, J., Díaz, J., y Caparó, C. (2015). Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. *Revista Medica Herediana*, 26(1), 17. <https://doi.org/10.20453/rmh.v26i1.2343>
- Roura, L. C., Bajo, J., Calaf, J., Cararach, V., Davi, E., y Fabre, E. (2014). Finalizacion del embarazo con cesarea. En *Tratado de Ginecologia y Obstetricia* (2a ed., pp. 1593–

1604). Panamericana.

Sanidad, M. de. (2014). Guía De Práctica Clínica en embarazo y puerperio. *Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad*, 494. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf

Timbian, D. R. H., y Rodríguez, Á. J. C. (2020). *Complicaciones materno perinatales en parto vaginal después de una cesárea y en parto cesárea por cesárea anterior en el Hospital Gineco Obstétrico pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi desde enero de 2018 a diciembre de 2019*. (Vol. 21, Número 1) [Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <http://journal.umsurabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>

Vázquez, O., Ginto, L., Zubikarai, M., Aristegui, O., Navarrina, J. Á., y Lekuona-artola, A. (2020). Desenlaces materno-fetales según la comparación entre intento de parto o cesárea programada en embarazos gemelares Materno-fetal outcomes comparing vaginal delivery and planned caesarean section in twin pregnancies . *Ginecol Obstet Mex*, 88(11), 735–744. <https://doi.org/10.2424>

11. Anexos

Anexo 1. Oficio de pertinencia.

Loja, 08 de noviembre 2021

Lcda. Denny Ayora Apolo Mg. Sc.

DIRECTORA LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL.

Ciudad.

Con un cordial y atento saludo me permito informar que, luego de haber revisado el proyecto titulado **COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN PACIENTES DE CESÁREA EN EL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA** de autoría de la **Srta. Andrea Elizabeth Rodríguez Granda**, al respecto debo señalar que el mismo corresponde a una temática que se enmarca en las líneas de investigación de Carrera, y cumple con la estructura señalada en el Reglamento de Régimen Académico Institucional citado en el Art. 226 cuyo texto señala "Estructura del proyecto de investigación.- En su estructura, el proyecto o plan de investigación en la Universidad Nacional de Loja, contendrá al menos los siguientes elementos: 1. Título; 2. El problema de investigación; 3. Objetivos de la investigación; 4. Marco teórico; 5. Metodología; 6. Cronograma; 7. Presupuesto y financiamiento; 8. Bibliografía; 9. Anexos. Por lo tanto, considero salvo su mejor criterio que es **pertinente**, y puede continuar con el desarrollo y trámite administrativo.

Particular que pongo a su conocimiento, para los fines pertinentes

Atentamente,



MAURA MERCEDES
GUZMAN CRUZ

Lic. Maura Guzmán Cruz

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA FSH-UNL

Anexo 2. Designación de director del Trabajo de Integración Curricular



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE ENFERMERÍA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO Nro. UNL-FSH- DCE 2023-017
Loja, 19 de enero de 2023

DE: Licenciada
Denny Ayora Apolo Mg Sc
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL

PARA: Licenciado.
Paúl David Zula Riofrío Mg Sc
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL.

ASUNTO: DESIGNACIÓN COMO DIRECTOR DE TESIS.

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el **Art. 228** del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el informe **Favorable de Pertinencia** del Proyecto de Tesis titulado: **“COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN PACIENTES DE CESÁREA, EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA”** de autoría de la **Srta. ANDREA ELIZABETH RODRÍGUEZ GRANDA**. Me permito designarle **DIRECTOR DE TESIS** y autorizo su ejecución, en reemplazo de la Mg Maura Guzmán Cruz, misma que se acogió al derecho de jubilación.

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de Titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes. Con mis sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**DENNY CARIDAD
AYORA APOLO**

Lic. Denny Ayora Apolo. Mg. Sc
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA FSH-UNL
C.c. Archivo
DAA/kiv

072 -571379 Ext. 102
Calle Manuel Monteros,
tras el Hospital Isidro Ayora • Loja - Ecuador

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

Ficha de recolección de datos

Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de cesárea, en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital General Isidro Ayora

Cesárea	
Edad	11 – 20 años 21- 30 años 31-40 años >41 años
Nivel de Instrucción	Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>
Lugar de Residencia	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Tipo de Cesárea	Tipo de incisión
	Incisión Pfannestiel <input type="checkbox"/> Incisión Joel Cohen <input type="checkbox"/> Incisión Vertical o media infraumbilical <input type="checkbox"/> Incisión en forma de T <input type="checkbox"/> Incisión clásica <input type="checkbox"/>
	Según la decisión
	Electiva <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/>
	Antecedentes obstétricos
	Primera <input type="checkbox"/> Previa <input type="checkbox"/> Iterativa <input type="checkbox"/>

Causas de una cesárea	Distocias	<input type="checkbox"/>
	Presentación de nalgas	<input type="checkbox"/>
	Parto múltiple	<input type="checkbox"/>
	Problemas Hipertensivos	<input type="checkbox"/>
	Sufrimiento fetal	<input type="checkbox"/>
	Oligohidramnios	<input type="checkbox"/>
	Macrosomia fetal	<input type="checkbox"/>
	Cesaria anterior	<input type="checkbox"/>
Complicaciones Postquirúrgicas		
Hemorragia	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Atonía Uterina	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Dolor posparto (EVA>7)	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Fiebre posparto	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Infección de la herida	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Infección del tracto urinario	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Endometritis	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Tromboflebitis	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Anemia posparto	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

Modificado por: Andrea Rodríguez

Anexo 4. Autorización del Hospital General Isidro Ayora.



Ministerio de Salud Pública
Hospital General Isidro Ayora
Proceso de Docencia e Investigación

Loja, 5 de Enero del 2022

Oficio Nro. MSP-CZ7-HIAL-PDI-2022-03-M

Srta. Andrea Elizabeth Rodríguez Granda.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES DE CESÁREA EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA", lo encuentro PERTINENTE Y FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo de la misma en esta Casa de Salud, para lo cual se comunicará al Responsable de Estadística para que se le preste las facilidades del caso para su realización.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:

Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL .

 **HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA**
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Anexo 5. Certificación de Traducción del Resumen

Loja, 16 de mayo de 2023

Yo, Rosario Veintimilla Álvarez, con numero de cedula de identidad 1103411706, Licenciada en Ciencias de la Educación en la Especialidad de Idioma de Ingles

CERTIFICO:

Que he realizado la traducción al Idioma de Ingles del resumen del Trabajo de Integración Curricular denominado “Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital General Isidro Ayora”, elaborado por la Srta. Andrea Elizabeth Rodriguez Granda con numero de cedula de identidad 1150585600, egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Loja.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo la interesada hacer uso del presente documento cuando lo considere conveniente.



Rosario Veintimilla Álvarez

ENGLISH TEACHER

Nro. Reg. Senecyt: 1008-09-946645



Universidad Nacional de Loja

Bajo la autoría de:

**Andrea Elizabeth
Rodriguez Granda**

Presentan:

**GUIA BASADA
EN EL PROCESO
DE ATENCION
DE
ENFERMERIA
EN PACIENTES
POSTQUIRURGI
CAS DE
CESAREA**



INDICE

INTRODUCCION.....	3
OBJETIVOS.....	4
FUNDAMENTACION TEORICA.....	5
Cesárea.....	5
Tipos de cesárea.....	6
Complicaciones.....	7
Proceso de Atención de Enfermería (PAE).....	10
Modelo de cuidados de Virginia Henderson.....	11
Las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	12
DESARROLLO DE LA GUÍA DE ATENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICAS DE CESÁREA.....	13
HEMORRAGIA POSTPARTO.....	14
HIPERTENSION.....	16
DOLOR POSTOPERATORIO.....	18
ANEMIA POSTPARTO.....	20
FIEBRE POSTQUIRURGICA.....	22
INFECCION DE LA HERIDA.....	24
INFECCION URINARIA.....	26
PUERPERIO.....	28
BIOGRAFIA.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	31

INTRODUCCION

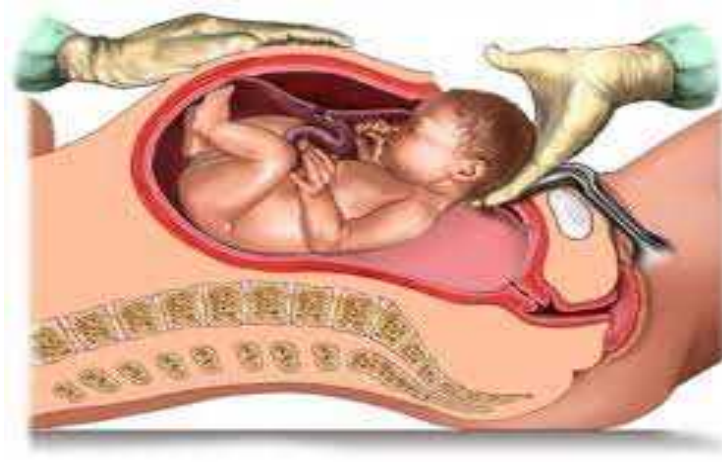
En los últimos años enfermería ha tenido un evidente cambio que genera el crecimiento como ciencia, replanteando sus ideas fundamentales, desde lo metodológico, para un lenguaje coherente en su saber y su hacer; y la necesidad de definir un ámbito de actuación propio y con el que se identifique la aportación específica de la enfermería a los cuidados de salud. El profesional de enfermería juega un papel muy importante en la recuperación de la salud de las personas, pues se requiere de habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua en el paciente, además se basa en sus principios de promoción, prevención curación y rehabilitación (Pérez Viltres et al., 2016).

En el presente estudio denominado "Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora, durante el periodo agosto-octubre 2021 se determinó que las complicaciones más frecuentes son el dolor postquirúrgico, hemorragia postparto, fiebre postparto e infección de la herida, convirtiéndose en una problemática que genera preocupación, debido a que se prolonga la estancia hospitalaria y la recuperación de la salud, generando más costos económicos y afectando el bienestar de las mujeres sometidas a este procedimiento. Es por ello la importancia de desarrollar una guía basada en el proceso de atención de enfermería con la finalidad de prevenir complicaciones postquirúrgicas y mejorar la calidad de atención en las pacientes con cesárea. Para el desarrollo de la guía de cuidados de enfermería se utilizó el modelo de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades fisiológicas del ser humano, así como también las taxonomías NANDA, NIC y NOC que nos permitieron establecer los diagnósticos, resultados e intervenciones que cada complicación requiere.

OBJETIVOS

-) Establecer una guía basada en el Proceso de atención de enfermería para el personal que labora en el servicio de Gineco-Obstetricia con la finalidad de prevenir de complicaciones postquirúrgicas de cesárea.
-) Desarrollar los cuidados de enfermería en pacientes postcesarea utilizando las taxonomías Nanda, Nic y Noc.

FUNDAMENTACION TEORICA



Cesárea

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. La operación dura alrededor de una hora o una hora y media, en este tipo de partos por cesárea, la madre necesita permanecer en el hospital alrededor de 3 a 5 días después de dar a luz, donde recibirá atención y cuidados para asegurar a una buena recuperación (Casanova et al., 2019).

Tipos de cesárea

Según la incisión quirúrgica

Incisión horizontal o transversal.

Es la más común por las ventajas que ofrece, ya que la hemorragia es menor, la apertura es fácil, se dañan menos fibras, y deja una cicatriz más resistente y menos visible (Barbara L. Hoffman et al., 2008).

Incisión vertical o media infraumbilical.

Este corte fragmenta más fibras con mayor apertura y cierre más difícil, además provoca una hemorragia mayor (Roura, 2012).

Incisión en forma de T invertida.

implica un doble corte, horizontal y vertical. Se realiza cuando es necesario contar con más espacio para poder extraer al bebé.

Incisión clásica o corporal.

Se realiza de forma longitudinal en la línea media y atraviesa la musculatura uterina, lo que permite mayor espacio para la cesárea, implica una hemorragia más grande y una cicatriz más frágil (Barbara L. Hoffman et al., 2008).

Según cuando se tome la decisión.

Cesárea electiva. Es aquella intervención programada que se realiza antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal (Vázquez et al., 2020).

Cesárea urgente. Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal (profilaxis pérdida del bienestar fetal).

Cesárea emergente. Se indicará en situaciones en las que exista un riesgo vital para la madre y/o el feto. La extracción fetal se tendrá que realizar en <15min (Campoverde y Quispe, 2019).

Según antecedentes obstétricos de la paciente

Cesárea Primera. Es la que se realiza por primera vez.

Cesárea Previa. Es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior

Cesárea Iterativa. Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas (Pacheco, 2015).



Complicaciones

La cesárea, a pesar de su alta seguridad, no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación de cesárea, aunque otras derivan de la técnica en sí. El postoperatorio es mucho más molesto y prolongado, con alto riesgo de tener que abandonar la lactancia materna, por tal motivo en la presente guía se describirán las más frecuentes acorde a las revisiones bibliográficas (Roura, 2012)

Fiebre postquirúrgica: El aumento de la temperatura en las primeras 24 h se asocia, por lo general, a la liberación sistémica de mediadores de respuesta inflamatoria y como consecuencia de la actividad corporal presentada durante el parto. Las causas de fiebre puerperal pueden ser múltiples, aunque la etiología más común comprende a las infecciones del aparato urinario (Ortiz, s/f)



Dolor posparto: Es de tipo nociceptivo, o sea, proviene de lesión en tejidos u órganos, cuyos estímulos nociceptivos son percibidos como dolorosos, cuando existe lesión directa de nervios, o incluso estiramiento o compresión, el dolor neuropático también puede estar presente. El dolor postoperatorio de elevada intensidad también es un factor predictor para la cronicidad de esa experiencia (Carvalho et al, 2017).

Atonía uterina: es cuando se produce un defecto de la contracción de las fibras musculares que forman parte de la pared del útero. Esto hace que los vasos sanguíneos del útero no dejen de sangrar tras el parto por la presión de estos músculos, lo que lleva a que exista una hemorragia con la salida de sangre al exterior desde el útero a la vagina y genitales.



LAS 4TS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

TONO
(ATONIA UTERINA)
TRAUMA
(LESIONES DEL CANAL DEL PARTO)
TEJIDO
(RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS)
TROMBINA
(ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN)



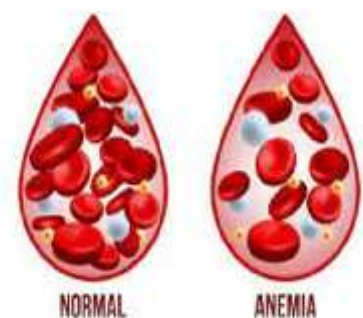
Hemorragia posparto. Hace referencia a cualquier pérdida hemática mayor de 500ml que sobreviene a partir del final del alumbramiento hasta la conclusión de la etapa puerperal que requiere ingreso hospitalario. Las principales causas de hemorragia se pueden agrupar en las denominadas, como regla nemotécnica "las cuatro T (Roura, 2012).

Infección de la herida. Según los factores de riesgo y si se practicó una cesárea de emergencia, se puede tener mayor riesgo de sufrir una infección en la incisión. Es más frecuentes en mujeres obesas y con diabetes (Lozano, 2015).

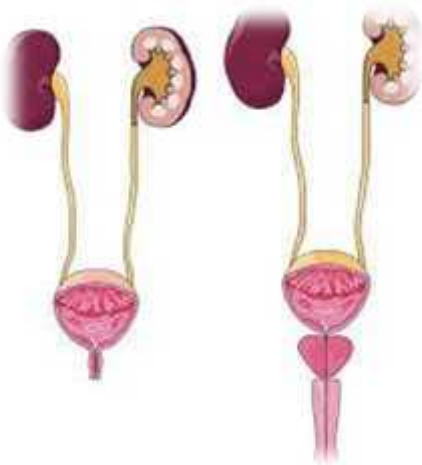


Endometritis. Después de una cesárea, se puede correr el riesgo de contraer una infección en el revestimiento del útero más conocida como endometritis, que se caracteriza por la aparición de fiebre, en general en las primeras horas después del parto, así mismo puede presentar dolor abdominal bajo, inflamación, sub-involución uterina y loquios de mal olor (Archie y Roman, 2014).

Anemia posparto. afecta al 20% y 30% de las púerperas sin suplementación de hierro previo al parto, lo que lo transforma en un problema frecuente de este período. La anemia puede ser el resultado de insuficiencia dietética previa, infección puerperal o más frecuentemente debido a la pérdida sanguínea excesiva durante el parto (Gonzalez Duque & Gomez Hoyos, 2013).



Hipertensión posparto. El trastorno hipertensivo afecta del 6 al 10% de las gestantes, siendo una de las principales causas de aumento de la morbimortalidad materno perinatal, en el postparto se lo observa más frecuentemente en mujeres con preeclampsia prenatal, hipertensión gestacional, hipertensión crónica preexistente, aquellas con parto pretérmino, niveles altos de uratos, obesidad, diabetes y embarazos múltiples (Cedeño-Burbano et al., 2015).

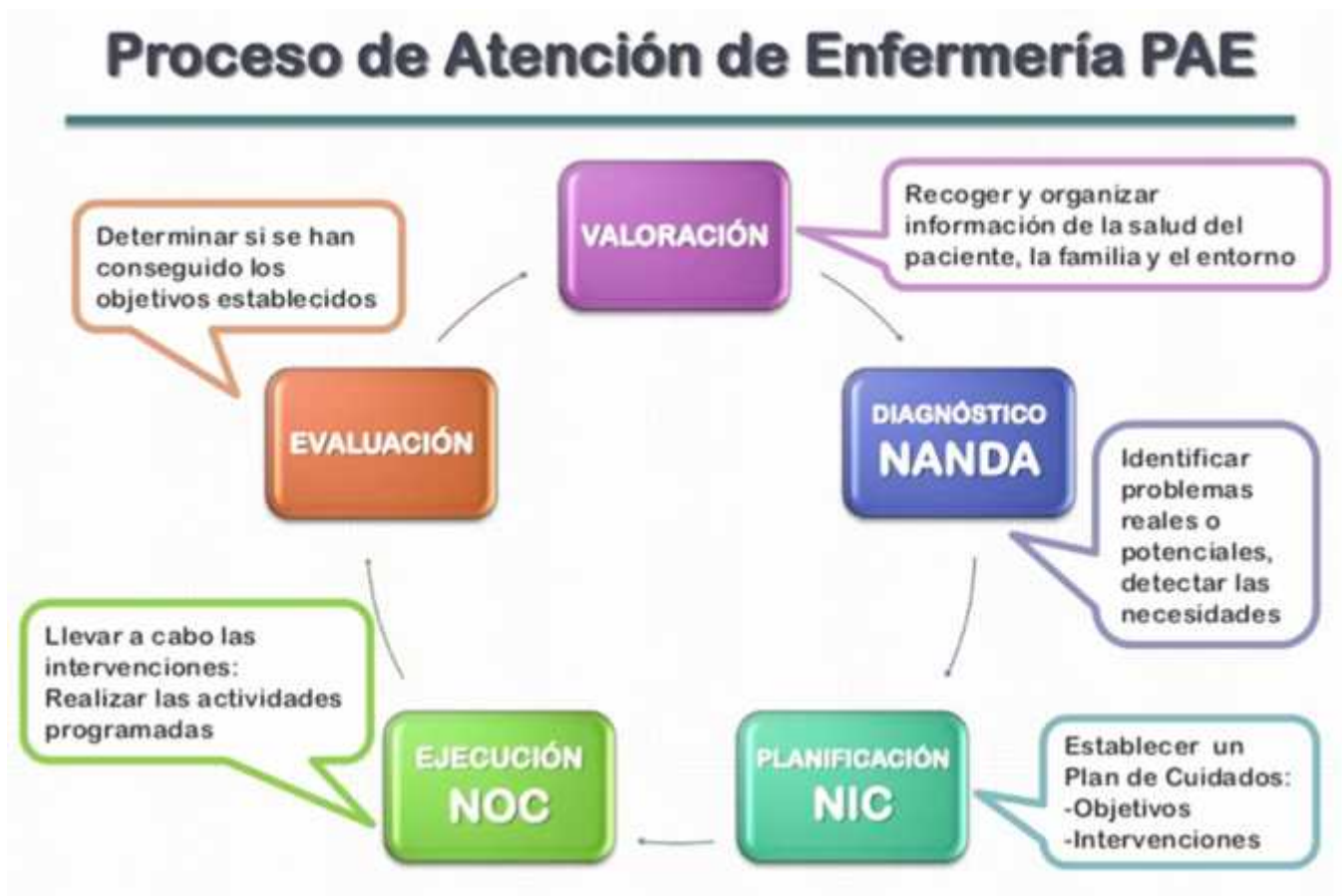


Infección del tracto urinario. Diferentes factores favorecen y propician el desarrollo de infecciones en el tracto urinario: hipotonía vesical, estasis urinaria, traumatismo intraparto, y exploraciones vaginales frecuentes. Existen otros factores asociados que influyen en su incidencia y prevalencia como la diabetes mellitus, obesidad, enfermedades neurológicas y la cateterización vesical mediante sonda (Ortiz, s/f).

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el conjunto de actividades sucesivas e interdependientes del personal de enfermería dirigidas a ayudar al hombre sano a mantener su equilibrio con el medio y al enfermo a restaurar su equilibrio, acelerando su retorno al bienestar, físico y mental (Pérez Viltres et al, 2016).

El PAE está basado en el pensamiento lógico y en el método científico, regido por un código ético, se ocupa de la salud de los seres humanos y de la evolución de la práctica basada en la teoría. Este método científico de actuación constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, y se basa en las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, con el objetivo de cubrir las necesidades de las personas, la familia y su interrelación con el entorno, así mismo consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Moreno et al., 2015).



Modelo de cuidados de Virginia Henderson

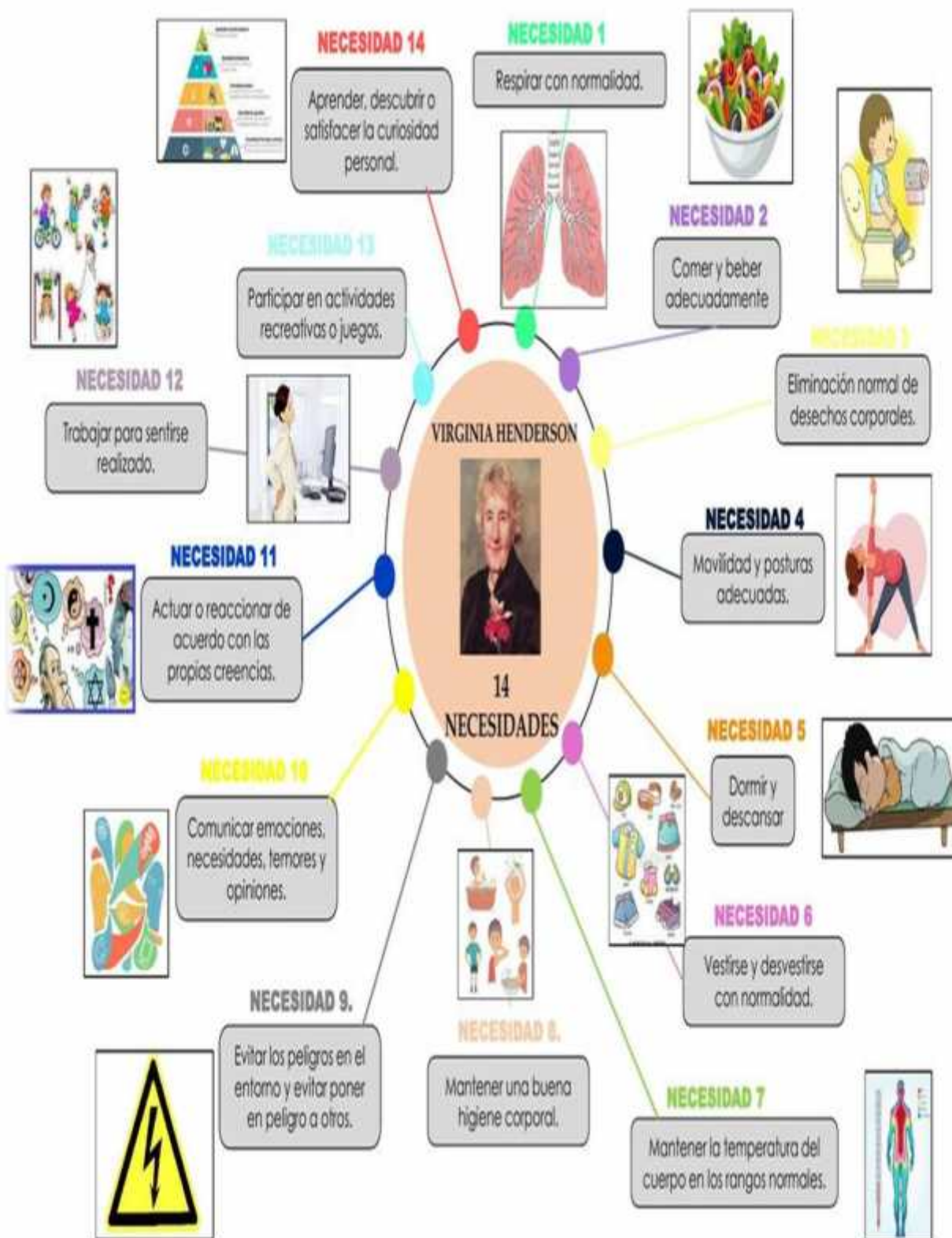


La filosofía de Virginia Henderson se basó en el trabajo de Thorndike (psicólogo estadounidense), en sus experiencias de estudiante con la Henry House Visiting Nurse Agency, en su experiencia en enfermería de rehabilitación y en la conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando. Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera

como una síntesis de numerosas influencias, proponiendo de esta forma las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería (Raile y Marriner, 2011).

Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia. Además, identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente como: sustituta, colaboradora y compañera del paciente. A través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, la enfermera debe “meterse en la piel” de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué ayuda necesitan, también afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el usuario (Raile y Marriner, 2011).

Las 14 necesidades de Virginia Henderson



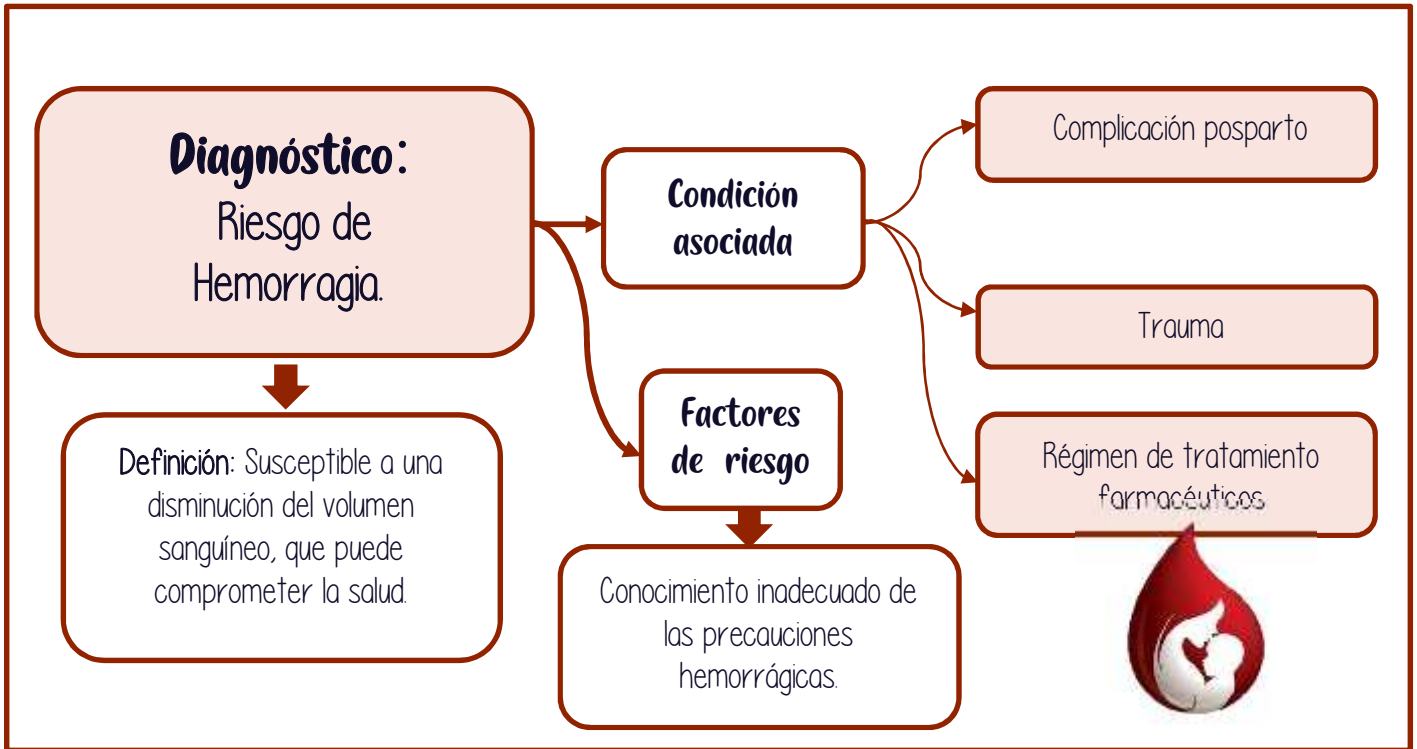
DESARROLLO DE LA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICAS DE CESÁREA

La presente guía se desarrolló en base a las complicaciones más frecuentes que se presentaron en el trabajo de investigación realizado en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, entre ellas tenemos las siguientes: anemia postparto, hipertensión, hemorragia postparto, fiebre, dolor postquirúrgico, infección de la herida quirúrgica e infección de las vías urinarias.

VALORACIÓN INTEGRAL BASADA EN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON			
NECESIDADES	ALTERAD O	NO ALTERAD O	MANIFESTACIONES
Oxigenación	X		Anemia postparto Hipertensión
Alimentación- Hidratación		X	
Eliminación	X		Hemorragia postparto
Movilidad y Postura adecuada		X	
Reposo y sueño		X	
Vestirse y desvestirse		X	
Temperatura corporal	X		Fiebre postquirúrgica
Higiene corporal e integridad de la piel		X	
Evitar los peligros del entorno	X		Dolor Postquirúrgico Infección de la herida Infección urinaria
Comunicación		X	
Creencias y valores Religión		X	
Autorrealización - Trabajo		X	
Ocio – Actividades recreativas		X	

HEMORRAGIA POSTPARTO

DIAGNOSTICO NANDA



RESULTADOS NOC



INTERVENCIONES NIC

Intervención:

Prevención de hemorragias



ACTIVIDADES

- J Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragias
- J Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado
- J Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente
- J Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa
- J Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), según corresponda
- J Administrar medicamentos si está indicado
- J Evitar levantar objetos pesados

Intervención:

Disminución de la hemorragia: útero postparto



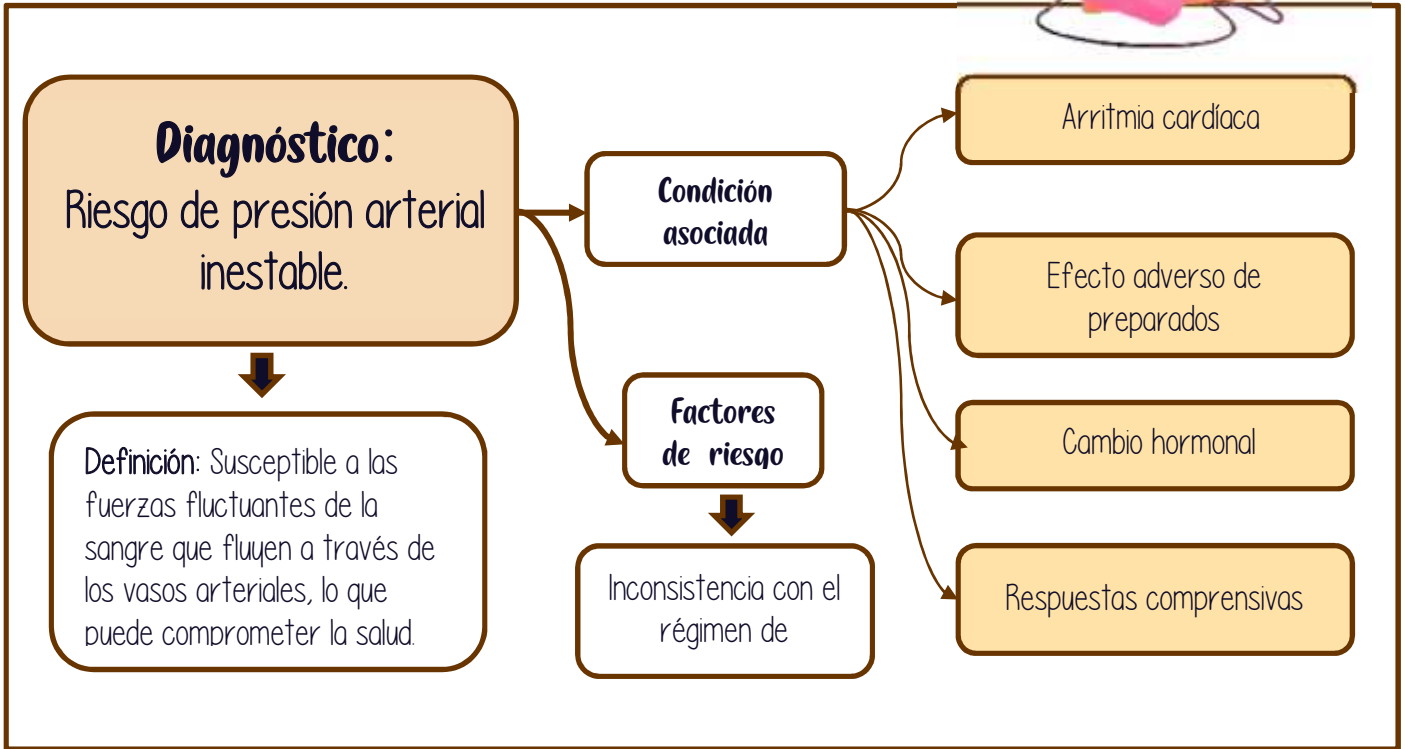
ACTIVIDADES

- Revisar el historial obstétrico y el registro de partos para ver los factores de riesgo de hemorragia posparto
- Aplicar hielo en el fondo uterino
- Aumentar la frecuencia de masajes en el fondo uterino
- Evaluar la distensión de la vejiga
- Observar las características de los loquios
- Elevar las piernas
- Controlar los signos vitales cada 15 minutos o con mayor frecuencia según corresponda
- Cubrir con mantas calientes

HIPERTENSION



DIAGNOSTICO NANDA



RESULTADOS NOC



INTERVENCIONES NIC

Intervención:
Monitorización de
signos vitales.



ACTIVIDADES

- J Monitorizar la presión sanguínea, el pulso, la temperatura y el estado respiratorio, si procede.
- J Observar si hay tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- J Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos
- J Observar si hay cianosis central o periférica.
- J Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar según corresponda.
- J Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente

Intervención:
Regulación
hemodinámica.

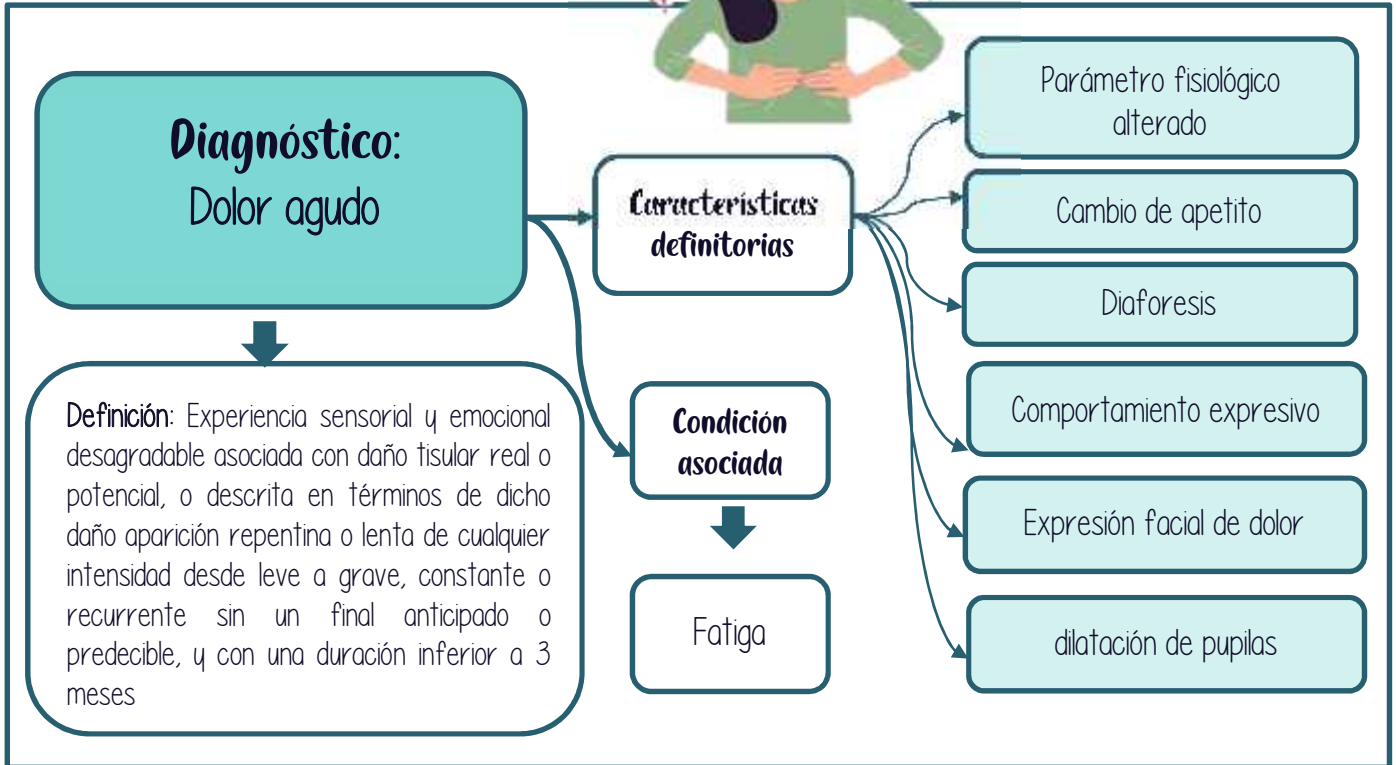


ACTIVIDADES

- J Reconocer la presencia de alteraciones en la tensión arterial.
- J Observar la aparición de edemas periféricos.
- J Vigilar las entradas y salidas, la diuresis y el peso del paciente, según corresponda.
- Realizar un sondaje vesical, si corresponde.

DOLOR POSTOPERATORIO

DIAGNOSTICO NANDA



RESULTADOS NOC



INTERVENCIONES NIC

Intervención: Manejo del dolor



ACTIVIDADES

Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.

Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.

Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor según corresponda.

Disminuir o eliminar los factores que precipitan o aumentan la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).

Intervención: Administración de analgésicos



ACTIVIDADES

Comprobar la respuesta previa del paciente frente a los analgésicos (si la medicación no opiácea es tan eficaz como la opiácea)

Comprobar las dosis anteriores y las vías de administración del analgésico para evitar el tratamiento deficiente o excesivo.

Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo.

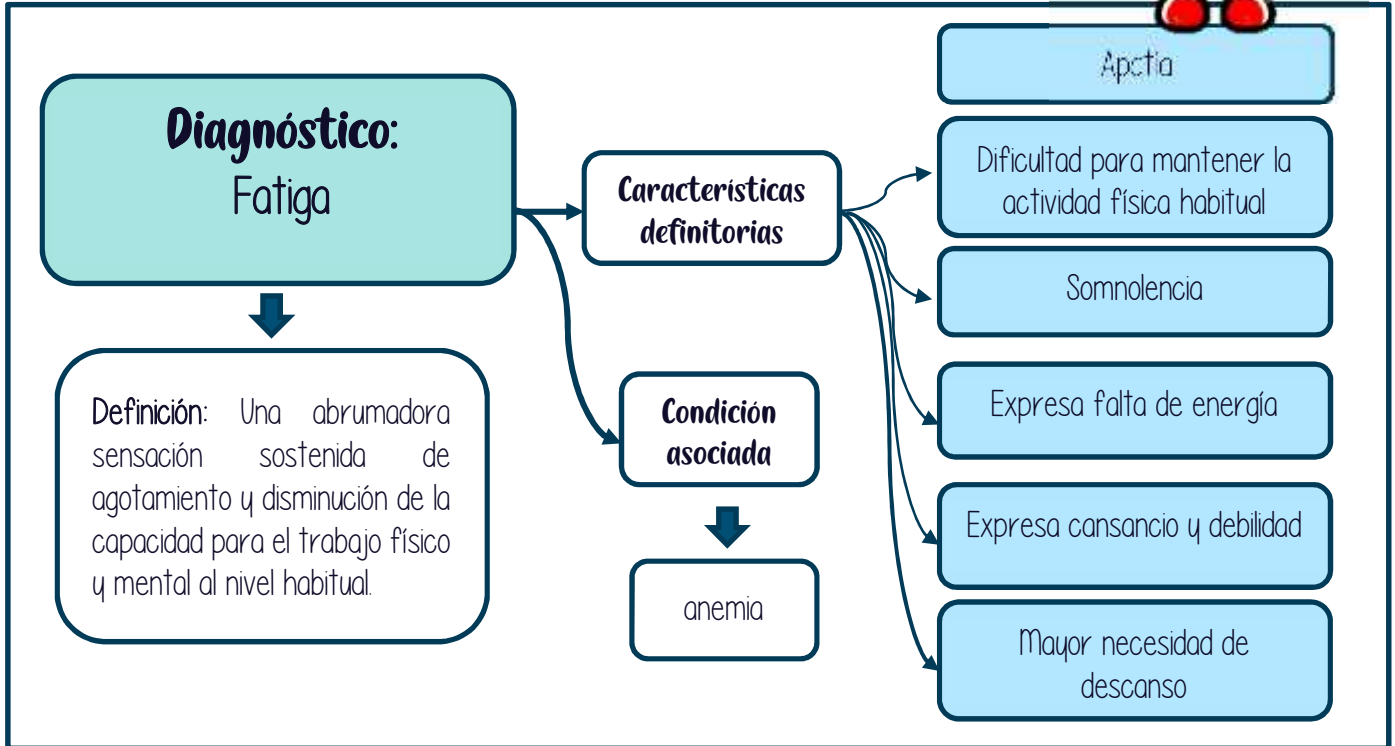
Comprobar el historial de alergias a medicamentos

Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.

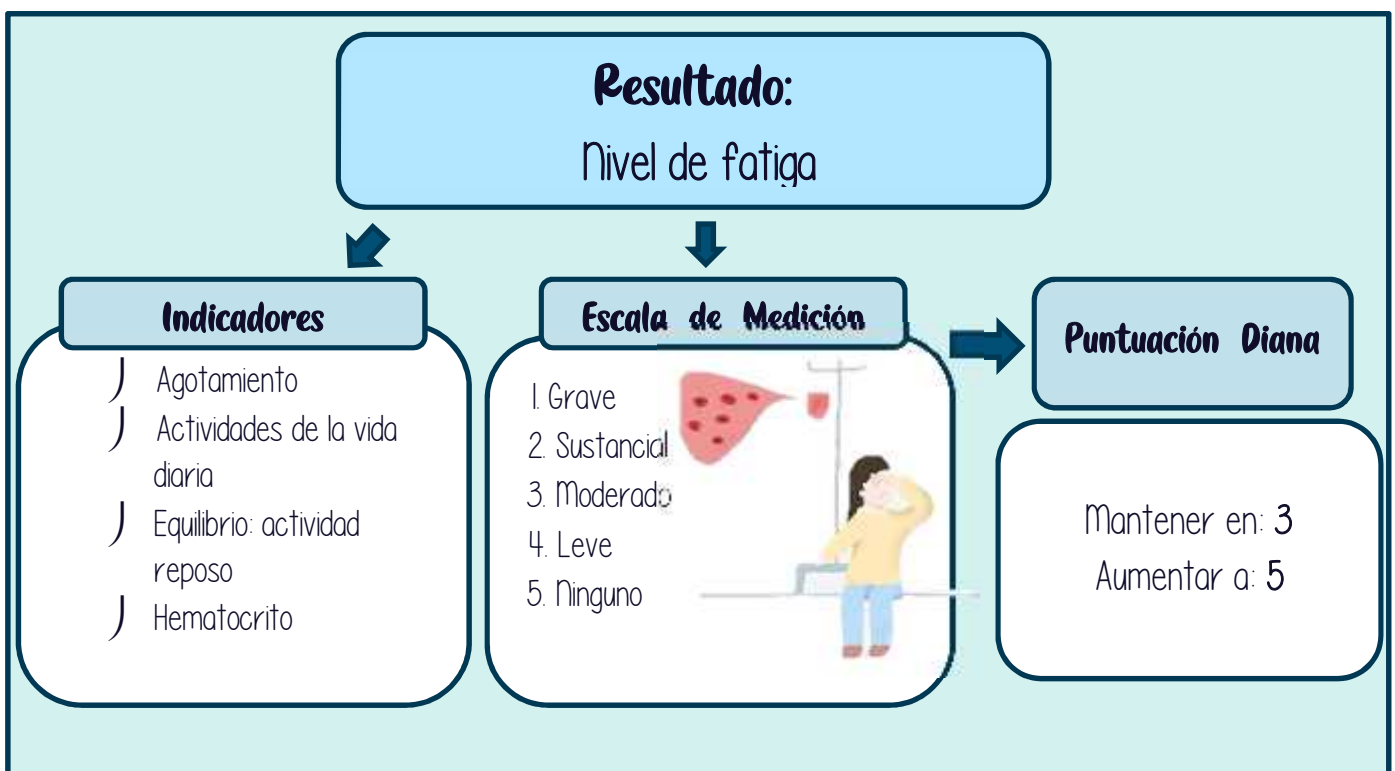
ANEMIA POSTPARTO



DIAGNOSTICO NANDA



RESULTADOS NOC



INTERVENCIONES NIC

Intervención:
Manejo de la
energía



ACTIVIDADES

- J Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- J Corregir los déficits del estado fisiológico (p. ej., anemia) como elementos prioritarios.
- J Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- J Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.
- J Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.

Intervención:
Administración de
hemoderivados

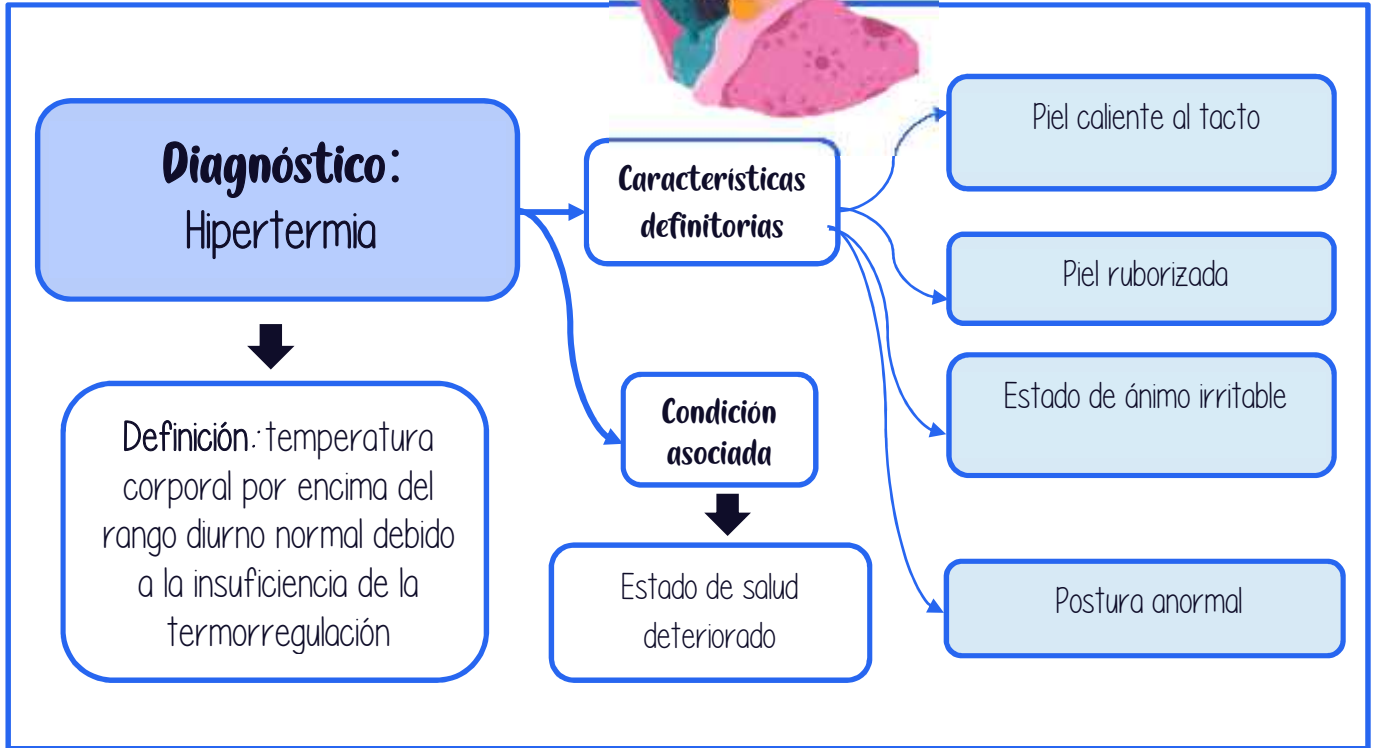


ACTIVIDADES

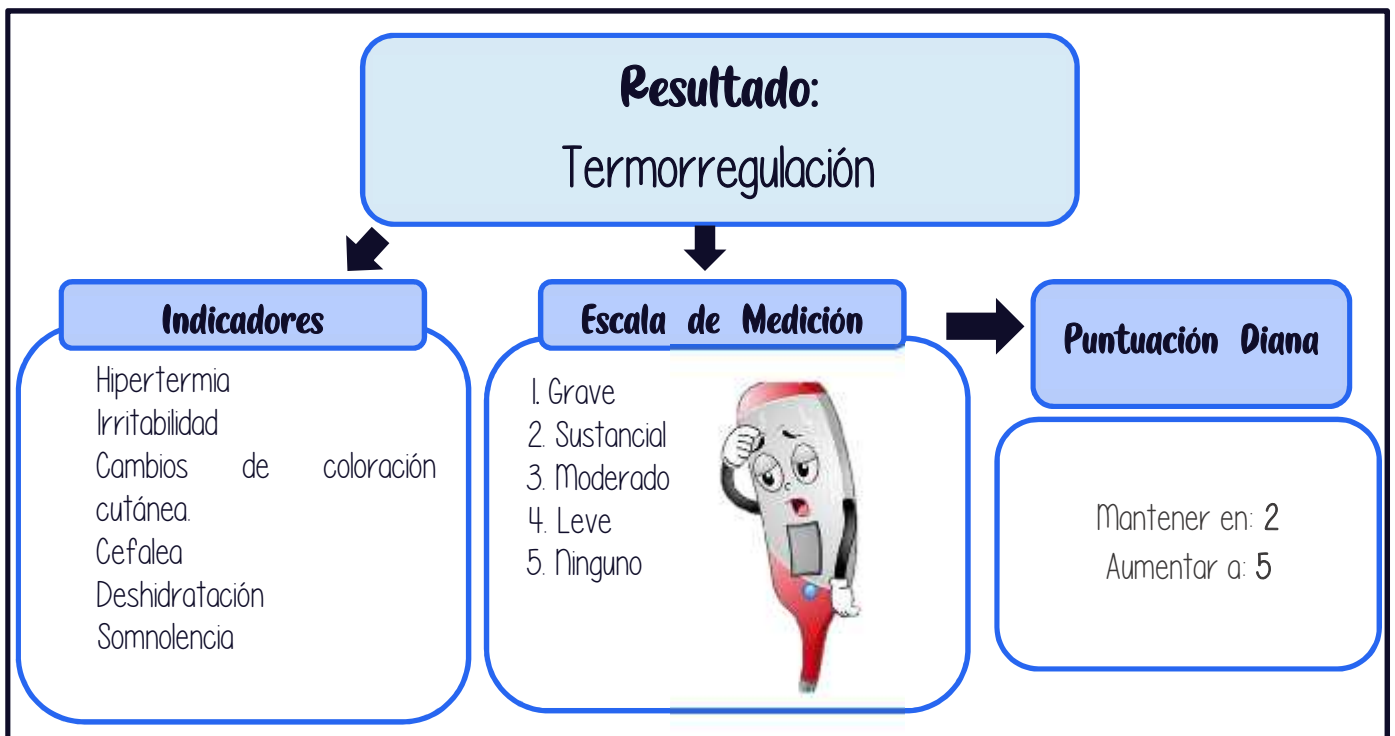
- J Verificar que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad, y registrar según el protocolo del centro
- J Enseñar al paciente los signos y síntomas de una reacción transfusional (prurito, mareo, disnea y dolor torácico).
- J Acoplar el sistema de administración con el filtro adecuado para el hemoderivado y el estado inmunitario del receptor.
- J Monitorizar los signos vitales (p. ej., estado basal, durante y después de la transfusión).
- J Registrar todo lo realizado durante la transfusión.

FIEBRE POSTQUIRURGICA

DIAGNOSTICO NANDA



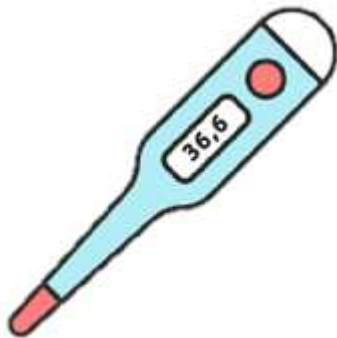
RESULTADOS NOC



INTERVENCIONES NIC

Intervención:

Regulación de la temperatura

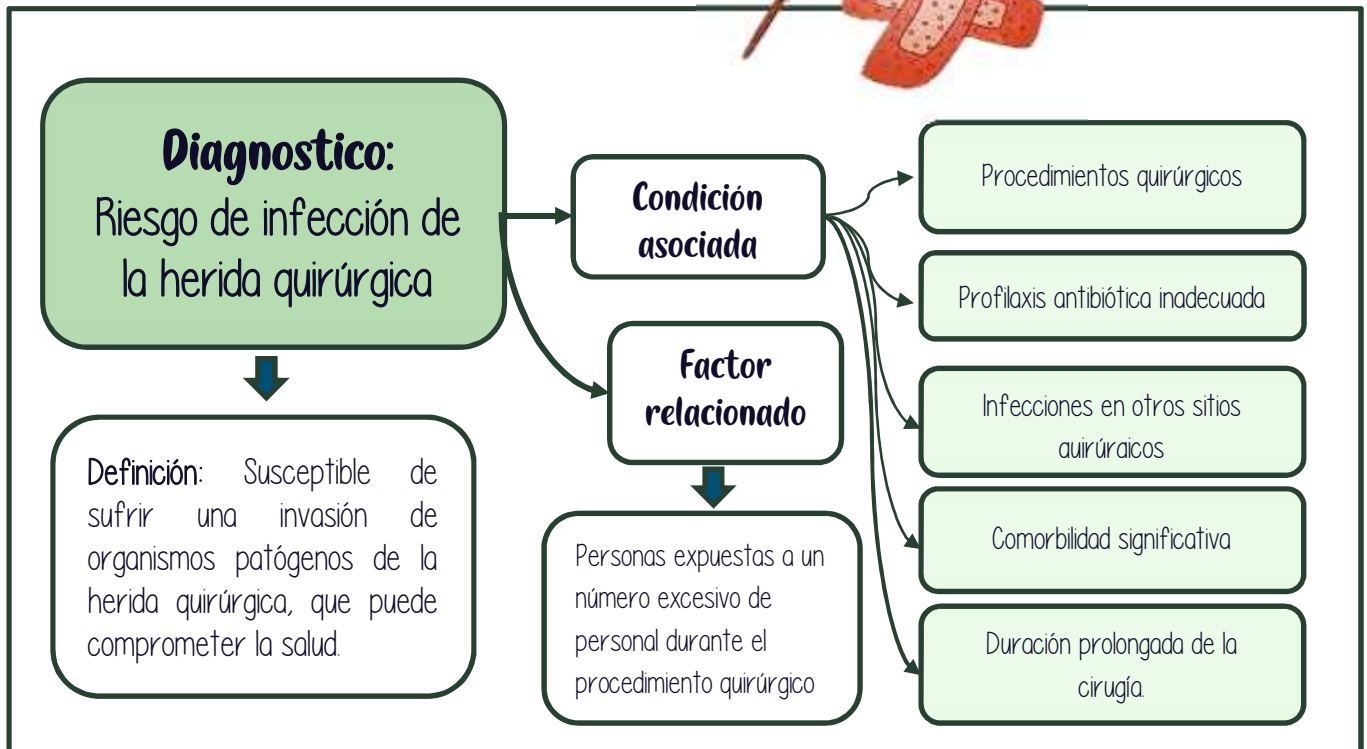
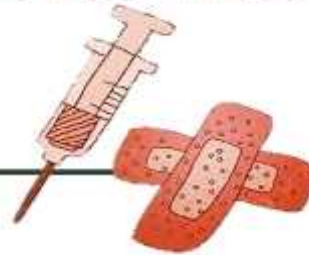


ACTIVIDADES

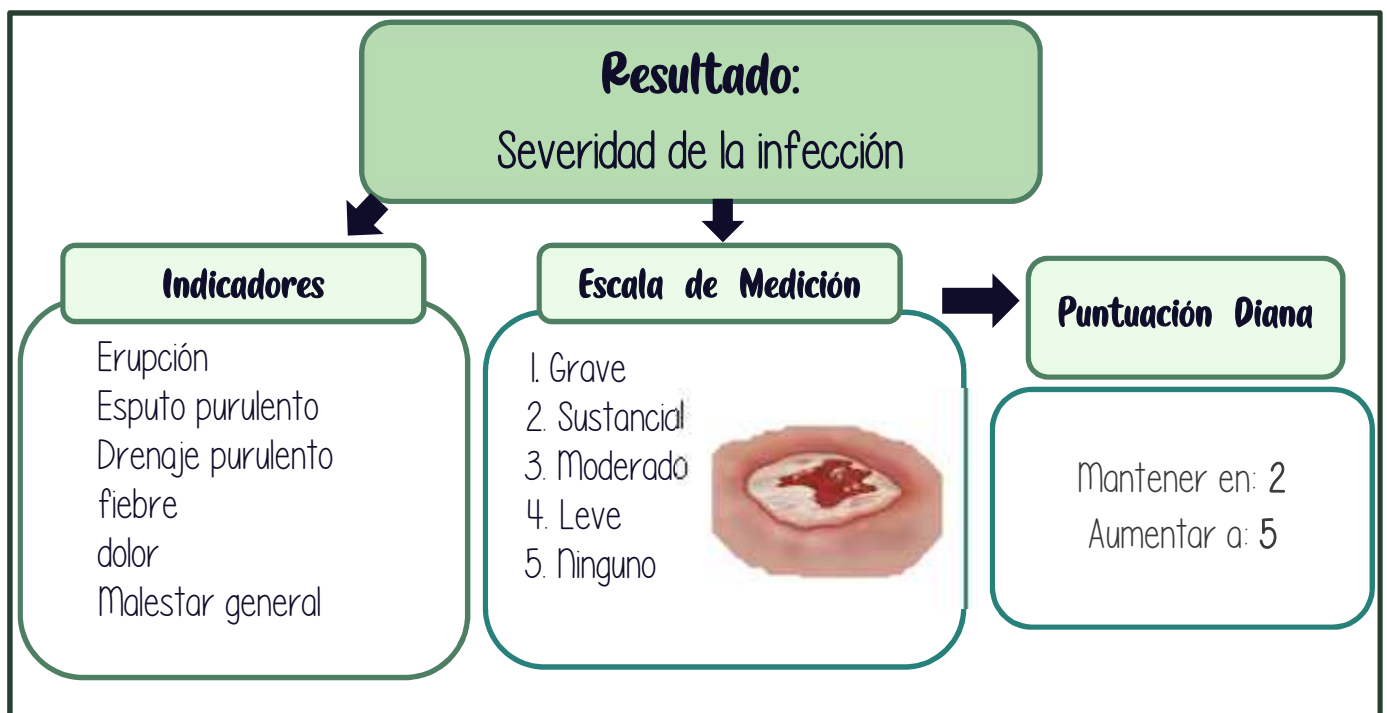
Monitorizar la temperatura corporal y color de piel.
Comprobar la temperatura al menos cada dos horas, según corresponda.
Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración.
Observar el color y la temperatura de la piel.
Utilizar un colchón de enfriamiento, mantas de agua circulante, paños fríos, compresas de hielo, según corresponda.
Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
Administrar la medicación adecuada.
Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuados.

INFECCION DE LA HERIDA

DIAGNOSTICO NANDA



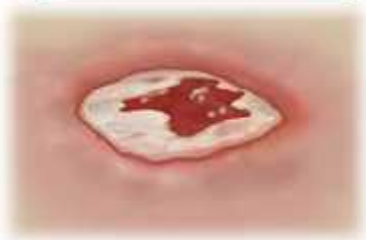
RESULTADOS NOC



INTERVENCIONES NIC

Intervención:

Cuidado de las
heridas



ACTIVIDADES

Despegar los apósitos y el esparadrapo
Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario
Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor
Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico según corresponda
Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida
Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión, según corresponda
Cambiar el apósito según el exudado y drenaje
Fomentar la ingesta de líquidos según corresponda
Remitir al dietista según corresponda

Intervención:

Control de
infecciones



ACTIVIDADES

Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro
Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado
Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos apropiado
Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes
Usar guantes estériles según corresponda
Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado
Administrar un antibiótico cuando sea adecuado
Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada

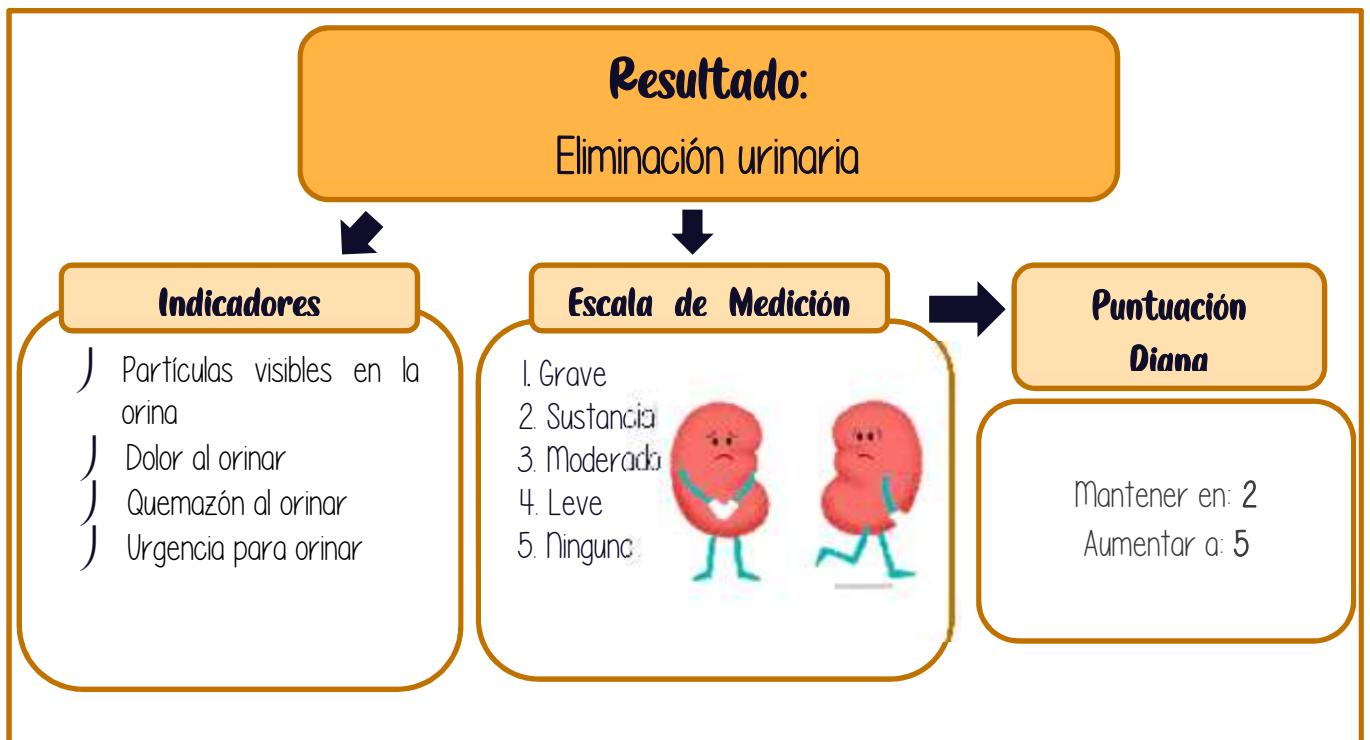
INFECCION URINARIA



DIAGNOSTICO NANDA



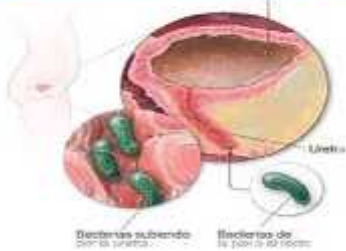
RESULTADOS NOC



INTERVENCIONES NIC

Intervención:

Manejo de la eliminación urinaria



ACTIVIDADES

- J Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.
- J Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
- J Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.
- J Enseñar al paciente a beber 250 ml de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer

Intervención:

Protección contra las infecciones



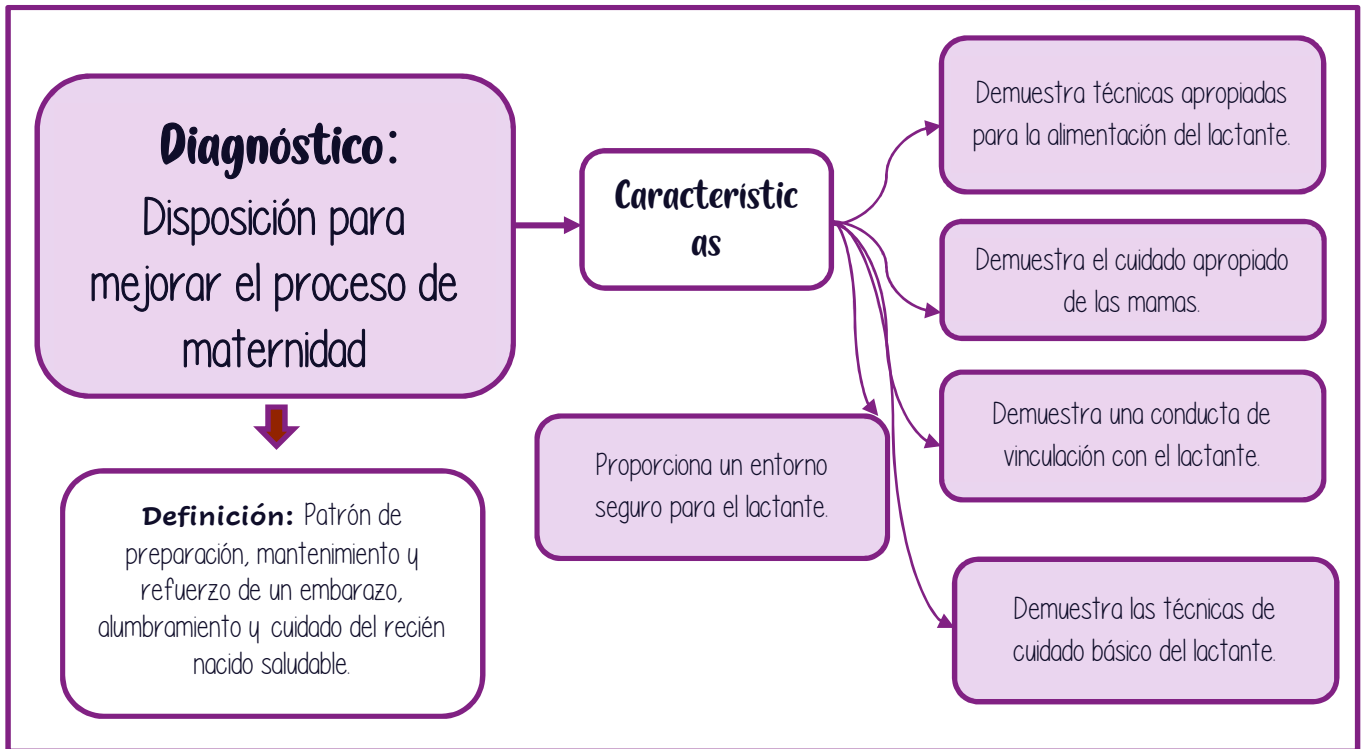
ACTIVIDADES

- J Mantener la asepsia para el paciente de riesgo
- J Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito
- J Utilizar los antibióticos con sensatez
- J Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones

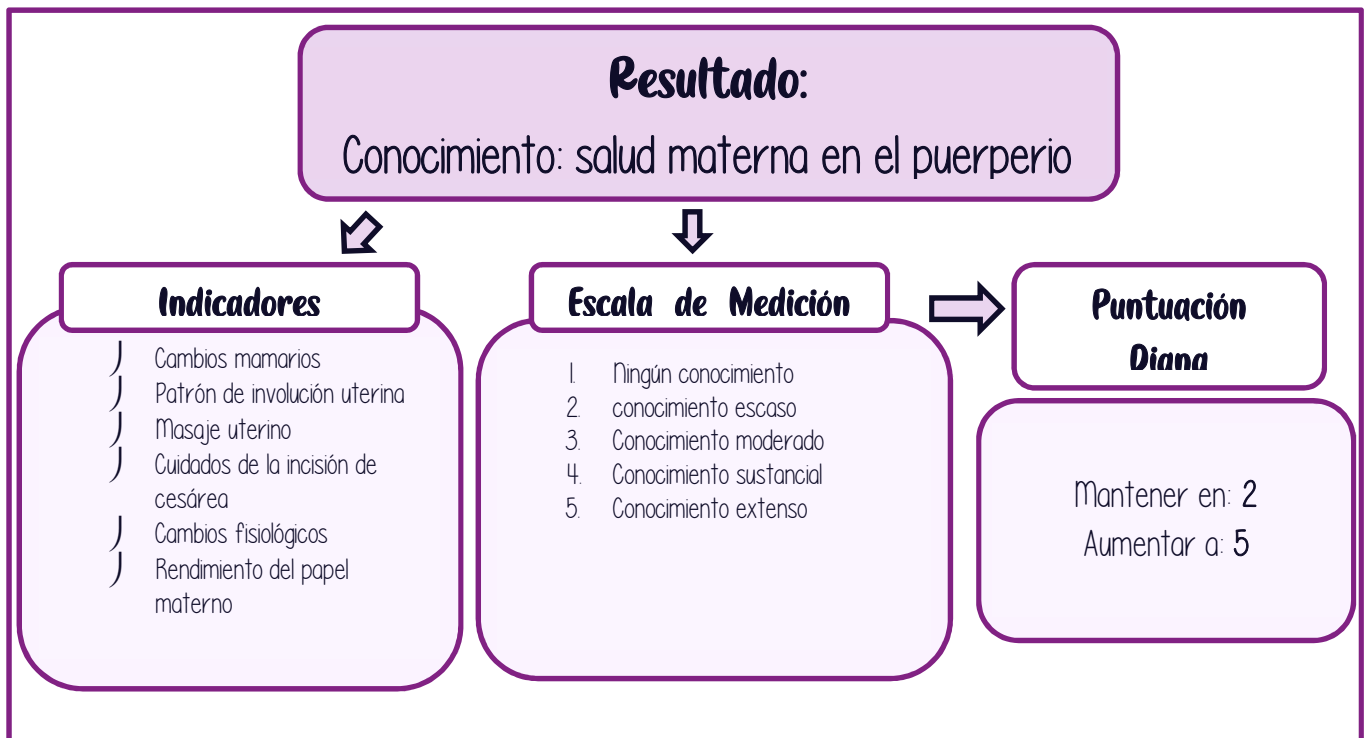
PUERPERIO



DIAGNOSTICO NANDA



RESULTADOS NOC



INTERVENCIONES NIC

Intervención:

Cuidados
postparto



ACTIVIDADES

-) Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.
-) Controlar la incisión quirúrgica, así como el tejido circundante.
-) Fomentar una deambulación precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario.
-) Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones
-) Instruir a la paciente sobre los cambios mamarios.
-) Monitorizar la función intestinal.
-) Monitorizar el estado emocional de la paciente.
-) Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de si misma y del lactante.

BIOGRAFIA



Mi nombre es Andrea Elizabeth Rodríguez Granda, nací en Loja-Ecuador el 8 de mayo de 1997, tengo 25 años, mis estudios primarios los realice en la escuela 18 de noviembre, los secundarios en el colegio nocturno Manuel Ignacio Monteros, desde muy pequeña anhele ser profesional de la salud, es por ello que inicie mis estudios de enfermería en la Universidad Nacional de Loja, actualmente estoy cursando mi internado rotativo en el Hospital Isidro Ayora de Loja, sin duda Enfermería me cambio la vida, me ha enseñado tantas experiencias bonitas e inolvidables, y a su vez me ha permitido conocer personas maravillosas que me han hecho replantear mis objetivos de vida a futuro, tengo tanta satisfacción de poder ayudar

a los demás y así mismo ganas de seguir avanzando y seguir preparándome profesionalmente en esta hermosa rama de la salud.

Me considero una persona muy sociable, me gusta conocer personas y crear momentos, me encanta escuchar música y bailar, aprovechar mi tiempo al máximo en actividades que aporten algo positivo en mi crecimiento personal, mi pilar fundamental siempre será Dios y mi familia, pues gracias a ellos he logrado muchas cosas.

BIBLIOGRAFIA

- Archie, C. L., y Roman, A. S. (2014). HEMORRAGIA POSPARTO Y PUERPERIO ANORMAL. En *Diagnosticos y Tratamientos Ginecoobstetricos* (pp. 361–363). McGRAWHILL.
- Barbara L. Hoffman, M., Schorge, J. O., Schaffer, J. I., Halvorson, L. M., Bradshaw, K. D., y Cunningham, F. G. (2008). Atlas de cirugía ginecológica. En *Williams Ginecología* (2 edición).
- Campoverde, V., y Quispe, V. (2019). *Causas y prevalencia de cesárea de emergencia Hospital General Ambato Enero – agosto, 2019*. [http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6160/1/Causas y prevalencia de cesarea de emergencia. Hospital General Ambato. Enero - agosto / 2019.pdf](http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6160/1/Causas%20y%20prevalencia%20de%20cesarea%20de%20emergencia%20Hospital%20General%20Ambato%20Enero%20-%20agosto%202019.pdf)
- Carvalho, N., Costa, B., Fortunato, C., Cavalcante, T., Ferreira, B., y Varanda, L. (2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea Dor pós-operatória. *Revista electronica trimestral de enfermería*, 48, 354–363. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.164.267721>
- Casanova, R., Chuang, A., Nancy, H., Weiss, P., Beckmann, C., Ling, F., Herbert, W., Laube, D., y Smith, R. (2019). *Ginecología y Obstetricia*
- Cedeño-Burbano, A. A., Galeano-Triviño, G. A., Fernández-Bolaños, D. A., Chito-Castro, K. L., y Coronado-Abella, V. (2015). Hipertensión postparto: una revisión de la literatura y los protocolos de manejo TT - Postpartum hypertension: literature review and management protocols. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(2), 243–250. http://www.scielo.org.co/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000200010&lang=en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n2/v63n2a10.pdf>
- Gonzalez Duque, L. M., y Gomez Hoyos, J. C. (2013). Anemia en el embarazo. En *Aspectos Claves Obstetricia* (1 edición, pp. 319–339). Fondo editorial.
- Lozano, S. (2015). *Caracterización de los pacientes con infección de herida y operadas de cesarea* <https://repositorioinstitucionaluabc.mx/bitstream/20500.12930/4525/1/MEDO14194.pdf>
- Moreno, N., Chavez, A., Sanchez, E., y Fierros, G. (2015). Mirada del estudiante de enfermería sobre el aprendizaje y la aplicación del proceso de atención de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(2), 65–74. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim152c.pdf>
- Ortiz, J. I. B. (s/f). Puerperio. Tópicos selectos. En *Obstetricia y ginecología* (7a ed., pp. 27–36). <https://booksmedicos.org/obstetricia-y-ginecologia-balandra-ortiz-7a-edicion/>
- Pacheco, L. (2015). Atención De Enfermería En El Periodo Post Cesarea Inmediato. En *PhD Proposal* (Vol. 1). <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4197/1/TUAMEQ010-2016.pdf>
- Pérez Viltres, M., Lorente Viltres, K., Rodríguez Puebla, E., Herriman Olivera, D. L., y Verdecia Olivera, N. (2016). Nivel de conocimientos sobre proceso de atención de enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3), 295–302. <http://scielosldcu/pdf/enf/v32n3/enf030316.pdf>
- Raile, M., y Marriner, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. En *Modelos y teorías en enfermería* (7 edición). Elsevier.
- Roura, L. C. (2012). Finalización del embarazo con cesarea. En *Tratado de Ginecología y Obstetricia* (2a ed., pp. 1593–1604). Panamericana.
- Vázquez, O., Ginto, L., Zubikarai, M., Aristegui, O., Navarrina, J. Á., y Lekuona-artola, A. (2020). Desenlaces materno-fetales según la comparación entre intento de parto o cesárea programada en embarazos gemelares Maternofetal outcomes comparing vaginal delivery and planned caesarean section in twin pregnancies. *Ginecol Obstet Mex*, 88(11), 735–744. <https://doi.org/10.2424>