

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



**CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE DE CESÁREA, UNIDAD
DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA. HOSPITAL
RICARDO CRUZADO RIVAROLA NASCA 2020**

Trabajo académico presentado por:

Quispe Loayza, Luisa Carolina

Para optar el Título de Segunda Especialidad en
Enfermería, con mención en: Centro Quirúrgico

AREQUIPA – PERÚ

2021

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	4
II. OBJETIVO	6
III. DESCRIPCIÓN DEL CASO	7
IV. ANTECEDENTES DEL CASO	15
V. MARCO TEÓRICO	17
VI. RESULTADOS	39
VII. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	40
VIII. BIBLIOGRAFÍA	43
IX. ANEXO	45

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la importancia de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en paciente de cesárea de la URPA. Se desarrolla 5 etapas del proceso de enfermería, para lograr una atención holística de calidad, eficacia y de dimensión espiritual. Este proceso de atención, permite planificar intervenciones de cuidado en mujeres post cesareadas, fundamentando la disciplina con un método de trabajo realizado en beneficio de la paciente para restablecer su salud en un periodo breve. Actualmente, ya no es suficiente aplicar la teoría como un elemento principal, sino que es imprescindible emplear el pensamiento crítico, reflexivo como la base de intervenciones y actividades en las evidencias científicas. El análisis autónomo que realiza la enfermera(o) en este proceso es coherente con lo que realiza en la práctica diaria. Algunas veces existen ciertas complicaciones en la paciente y todo depende de los cuidados que brinda la enfermera al poner en práctica su plan de cuidados. Metodología: caso clínico descriptivo de la paciente, se obtuvieron datos informativos en la historia clínica; como resultado: la paciente se recupera de manera satisfactoria durante las primeras 2 horas, donde se le brindó cuidados de enfermería planteados en el Proceso de atención de enfermería. Conclusión: Para el caso clínico se tomó como referencia la teoría de Dorothea Orem, llevando a cabo una valoración completa de la puérpera, enfatizando los problemas de salud encontrados, que permitió realizar planes de cuidado personalizados orientados a darle solución a las necesidades de la usuaria y así proporcionarle las herramientas que la ayuden a obtener un bienestar biopsicosocial que le permita mejorar y mantener su salud en perfectas condiciones, tanto para ella y para su bebé.

Palabras Claves: Cuidados de enfermería, cesárea, unidad pos anestésica, plan de cuidados, NANDA.

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico Titulado, **Cuidado enfermero en paciente de cesárea, unidad de recuperación post anestésica. Hospital Ricardo Cruzado Rivarola Nasca 2020**, está basado en la descripción de un caso clínico sobre los cuidados post-operatorios que el profesional de Enfermería brinda a las pacientes operadas de cesárea.

De acuerdo a estudios e investigaciones en los últimos tiempos la cesárea se viene realizando frecuentemente a nivel mundial y cada día son más las cesáreas realizadas, suelen realizarse sin indicaciones clínicas debido a que en muchas ocasiones ha salvado la vida de la madre y del bebé, aunque otros estudios dan a conocer que pone en riesgo la vida de la gestante y del feto ya sea a corto, mediano o largo plazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1985, todos los profesionales a nivel mundial han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Las cesáreas suelen presentarse de manera más frecuente en países en vía de desarrollo y en países desarrollados. Según lo que manifiestan el personal médico, pues la cesárea es eficaz porque ayuda a prevenir la morbilidad materna perinatal. Hasta el momento no existen estudios que demuestren las ventajas de la cesárea sea para la madre o para el bebé, por ello la frecuencia de su práctica. Tal es así que, como en cualquier otra cirugía que se realiza, ésta es asociada a riesgos de corto y largo plazo que pueden permanecer por muchos años así como también a cualquier embarazo que se desarrolle a futuro. Últimamente, los diferentes gobiernos y personal de salud expresan su gran preocupación por el ascenso de partos realizados por cesárea y por las posibles consecuencias que puede ocasionar para la madre y el niño(a). La comunidad internacional informa sobre la imperiosa necesidad de revisar la tasa de cesáreas que se han

venido realizando en estos tiempos y que estén en relación al porcentaje recomendado en el año 1985. ⁽¹⁾

En el Perú, según la encuesta ENDES 2016, la prevalencia de cesáreas a nivel nacional se incrementó de 22,9% a 31,6% entre los años 2012 y 2016.⁽²⁾

En la nación peruana, la tasa de cesáreas cambia según el establecimiento de Salud, donde se dice que los hospitales cuentan con una tasa del 54% de cesárea practicada, siendo la causa más habitual el haberse sometido a una cesárea en el anterior parto. ⁽³⁾

Dentro de ese marco, el cuidado que realiza el profesional de enfermería está dirigido a la identificación de los diferentes problemas de salud que puede tener la persona y a priorizar cualquier necesidad que el individuo presente, claro está que todo ello se realiza siempre respetando sus valores sociales y culturales; para así proporcionar una mejor calidad de vida. La labor del personal de enfermería en los cuidados a las pacientes post cesareadas tiene mucha relevancia, ya que contribuye a la pronta recuperación y actuar oportunamente ante las posibles complicaciones que se pueden presentar en este periodo post operatorio que comienza cuando acaba la intervención quirúrgica y la paciente ingresa a la unidad de recuperación pos anestésica. El propósito del presente trabajo es describir la trascendencia de los cuidados post operatorios que realiza el profesional de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica, usando como herramienta la observación cefalocaudal y la priorización de necesidades físicas, biológicas, psicológicas o sociales de la persona con un plan de cuidados según las guías del lenguaje del enfermero a través de los diagnósticos de enfermería considerados en el NANDA, así como también las intervenciones de enfermería (NIC) y los resultados (NOC). Esperando así un resultado óptimo que beneficie la salud del paciente.

II. OBJETIVO

Conocer la importancia de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en paciente de cesárea de la Unidad de Recuperación Post Anestésica. Hospital Ricardo Cruzado Rivarola Nasca 2020.

III. DESCRIPCIÓN DEL CASO

1. ANAMNESIS

- Nombres y apellidos: E.J.V.V.
- Edad: 25 años.
- Sexo: Femenina.
- Fecha de nacimiento: 12 de setiembre de 1995.
- Lugar de nacimiento: Nasca.
- Lugar de procedencia: Nasca.
- Estado civil: Conviviente.
- Religión: Católica.
- Grado de instrucción: Secundaria.
- Ocupación: Su casa.
- N° de hijos: 01, parto por cesárea.
- N° de abortos: Niega.
- Afiliación o cobertura: Cuenta con Seguro Integral de Salud.
- Fecha de ingreso: 28/11/20.
- Hora de ingreso: 17:42 horas.
- Antecedentes Quirúrgicos: Cesárea anteriormente 1 vez.
- Prueba rápida de Covid-19: No reactivo, caso leve s/factores de riesgo o contactos.

Antecedentes patológicos

- Enfermedades congénitas: Niega.
- Asma, cáncer: Niega.
- Hipertensión arterial: Niega.
- Diabetes Mellitus: Niega.
- Transfusiones sanguíneas: Niega.
- Accidentes: Niega.
- Alergias a alimentos: Niega.
- Alergias a medicamentos: Niega.

Paciente con 38 semanas de gestación por FUR, ingresa al servicio de emergencia del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola en compañía de su pareja, por presentar una pequeña cantidad de líquido amniótico de 30 minutos, contracciones continuas y dolorosas, es evaluada por personal médico gineco-obstetra de turno, quién realiza la evaluación y diagnostica Ruptura Previa de Membrana, PIG corto y Cesárea Segmentaria Transversa. El gineco-obstetra indica la evaluación clínica céfalo caudal y algunos exámenes correspondientes, encontrando los siguientes resultados:

2. EXAMEN CLÍNICO: CEFALO CAUDAL

- **Cabeza:** Cráneo simétrico, cuero cabelludo con buena Implantación, higiénico.
- **Ojos:** Simétricos, reactivos a la luz, normales.
- **Oídos:** Normales, muestran respuesta al estímulo.
- **Boca:** Normal, simétrica, piezas dentarias completas.

- **Nariz:** Simétrica, normal.
- **Cuello:** Normal, no presenta edemas, ni tumoraciones.
- **Tórax:** Presencia de ruido Cardíaco dentro de parámetros normales, ruidos y simetría en ambos campos pulmonares, no hay presencia de edemas, ni presencia de inflamación, tampoco se palpa tumores.
- **Mamas:** Son simétricas.
- **Abdomen:** Ruidos hidroaéreos presentes normales, blando depresible, se evidencia presencia de producto fetal valioso, con LCF: 144 x min. Lado derecho, con signos de pródromos de trabajo de parto.
- **Miembros superiores:** Normales simétricos, móviles, se evidencia catéter abocat nro. 18 con solución salina de ClNa 9% 1000cc, 400cc por pasar.
- **Génito urinario:** Se evidencia presencia de sangre y líquido verdoso, refiere un RPM de 30 minutos.
- **Miembros Inferiores:** Simétricos normales, móviles, con leve edema a nivel de tobillo.
- **Funciones vitales:** FC: 72 x min., FR: 16 x min, P/A: 110/70mmHg., T: 36.8°C, SO: 93%. **Peso:** 63.00Kg, **Talla:** 1.60cm

3. EXAMENES DE LABORATORIO

a. Hemograma completo

- Hematocrito: 36%
- Hemoglobina: 11.8

- Leucocitos: 6500
- Abastionados: 02
- Segmentados: 76
- Eosinofilos: 01
- Basófilos: 01
- Monocitos: 04
- Linfocitos: 16
- Reencuentro de Plaquetas: 230,000/mm³

Perfil de coagulación

- Tiempo de coagulación: 7´
- Tiempo de sangría: 2´
- Tiempo de Protombina: 11´´
- INR: 1.00
- Tiempo de tromboplastina parcial activa: 26´´
- Fibrinógeno: 270 mg/dl

b. Bioquímicos

- Glucosa: 104 mg/dl
- Urea: 25 mg/dl
- Creatinina: 0.53mg/dl

4. RIESGO QUIRÚRGICO

Una vez completado los exámenes es evaluada por el anesthesiólogo

para determinar el riesgo quirúrgico donde califica II / IV.

5. CENTRO QUIRÚRGICO

Se aplica la ficha de lista de verificación de la seguridad de la cirugía según la OMS, el cual se aplica en 3 momentos:

- a. Al ingresar a Sala de operaciones.
- b. Antes de la incisión Quirúrgica.
- c. Antes de salir de Sala de operaciones.

INTRA OPERATORIO

Paciente ingresa a sala de operaciones con contracciones muy frecuentes, se muestra poco colaboradora por presentar dolores de contracciones. Se le indica anestesia raquídea, se observa vía periférica permeable de gran calibre pasando cloruro de sodio al 0.9%, se revisa el instrumental y los materiales para la cesárea y para la anestesia.

Se procede a realizar la cesárea sin complicaciones, en presencia del médico anestesiólogo, médico cirujano, enfermera instrumentista y circulante y técnico de sala.

Siendo las 20:42 horas, nace el bebé de sexo femenino con un peso de: 3360gr, talla: 49,5cm y PC: 32cm. AGPAR 8-9 Test Capurro, aparentemente sano sin ninguna complicación, es llevado al servicio de neonatología para recibir la atención inmediata del recién nacido, una vez recibida la atención inmediata, será llevado a la madre para fortalecer el vínculo afectivo.

ÁREA DE RECUPERACIÓN POST ANESTESICA (URPA)

Paciente sale de sala de operaciones e ingresa a URPA con vía permeable CINA 9% residual 50 cc por pasar, con terapia del dolor

Tramaldol 100mg y Metamizol 2gr por vía endovenosa, además de Metoclopramida 10gr EV, Ranitidina 50mgEV, se instala en su cama monitorizada cada 15 minutos con monitor multiparámetro, obteniendo los siguientes resultados:

A los 15 minutos

- P.A.: 139/87mmHg.
- F.C.: 69 x min.
- F.R.: 15 x min.
- SaO₂: 98%.
- T°: 36.0°C.

A los 30 minutos

- P.A.: 135/81mmHg.
- F.C.: 73 x min.
- F.R.: 13 x min.
- SaO₂: 98%.
- T°: 36.3°C.

A los 45 minutos

- P.A.: 120/70mmHg.
- F.C.: 80 x min.
- F.R.: 14 x min.
- SaO₂: 98%.
- T°: 36.2°C.

A los 60 minutos

- P.A.: 103/73 mmHg.
- F.C.: 82 x min.
- F.R.: 12 x min.
- SaO₂: 98%.
- T°: 36.4°C.

A las 2 horas

- P.A.: 114/73 mmHg.
- F.C.: 86 x min.
- F.R.: 15 x min.
- SaO₂: 98%
- T°: 36.8°C

Al despertar de la paciente se le realiza entrevista y se realizan masajes uterinos externos, control de sangrado vaginal 100 cc durante el turno, refiere sentir dolor en la herida quirúrgica y en el brazo donde se encuentra la vía, no puede movilizarse, ni asearse por sí sola, requiere apoyo de una persona, diuresis 500cc en URPA, a la vez se muestra ansiosa por ver a su hijo que se encuentra en el área de neonatología, se administra ácido tranxánico 1gr. ceftriaxona 2gr. y se coloca CIna 9% 1000cc más 20 UI oxitocina.

Inmediatamente se hace el proceso de Cuidado de enfermería, realizando la valoración con la Taxonomía de Diagnósticos de Enfermería, se describen los dominios y clases afectadas en el periodo postoperatorio inmediato, implementando el plan de cuidados de enfermería con diagnósticos, intervenciones y resultados según la

Taxonomía NANDA. Después de aplicar los planes de cuidados, la paciente evolucionó favorablemente encontrándose tranquila, en etapa más adaptativa, consciente, orientada en sus tres esferas, sin compromiso cardiorrespiratorio, con manejo de dolor positivo, después de 2 horas con útero contraído signos vitales estables es trasladada al área de hospitalización en compañía de su bebé.

Al finalizar la investigación del caso, se observó la importancia de aplicar el proceso del cuidado enfermero, como la metodología más apropiada para garantizar un cuidado humanizado y de calidad.

IV. ANTECEDENTES DEL CASO

BARRENA M., QUISPESARAVIA P. (2017). LIMA. En su trabajo de investigación titulado Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un Hospital público de Lima en el período Enero 2013 - Diciembre 2017, llegó a la conclusión que en el Hospital Cayetano Heredia, se excedió la tasa de cesárea que fue recomendada por la Organización Mundial de la Salud siendo éste <15%, ello sucedió en el periodo en que se realizó el estudio. La indicación más frecuente este periodo fue la presencia del antecedente de una cesárea previa. ⁽⁴⁾

ROJAS M., VARGAS C., (2018). LIMA. En su trabajo de investigación “Características epidemiológicas y factores que se asocian a la cesárea en el centro materno infantil José Carlos Mariátegui de agosto 2016 a julio 2017”, Concluye respecto a los factores maternos que se asocian a la cesárea, el 48.36% de pacientes ya contaban con una cesárea anterior y el 1.64% de identificó que tenían distocias en las partes blandas. En relación a los factores fetales asociados a la cesárea el 55.74% no poseen ninguna indicación fetal para la cesárea y el 1.64% tuvo malformaciones. En relación de factores mixtas asociados a la cesárea el 95.9% no poseen ninguna indicación mixta para la cesárea y el 0.82% tuvieron pre eclampsia. Por último en las complicaciones anestésicas, infecciosas, quirúrgicas y hemorrágicas el 100% de las pacientes cesareadas no tuvieron ninguna de ellas. ⁽⁵⁾

ALIAGA C, (2018). ANDAHUAYLAS. En su trabajo académico “Cuidado de enfermería en paciente post operada de cesárea e histerectomía por atonía uterina. Unidad de recuperación post anestésica. Andahuaylas 2018”, concluye que los cuidados de enfermería son de mucha relevancia y específicos con respecto a la ventilación, la circulación, la prevención de la infección y la disminución del dolor.⁽⁶⁾

PEZANTES E. (2018). En su trabajo de titulación “Proceso de atención de enfermería en pacientes poscesareada a causa de preclamsia severa de la Unidad de Recuperación Pos anestésica de un hospital de Lima, 2018.”, concluye que se logra realizar el PAE ejecutando las cinco etapas del mismo, se logra realizar la mayoría de las acciones propuestas en el plan de cuidados de enfermería. ⁽⁷⁾

ALAVE Z. (2018). JULIACA. En su trabajo académico “Proceso del cuidado de enfermería aplicado en la paciente con cesárea intraoperatorio en el centro quirúrgico del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón puno – 2017”, se ejecutó y evaluó el plan de cuidados de enfermería establecido para la atención de la usuaria y las intervenciones de enfermería (actividades) como tratamiento a las respuestas humanas mejorando su salud, cumpliendo de esta forma los objetivos trazados y logrando estabilizar a la paciente, a la vez que se participó en la atención inmediata del recién nacido, no habiendo complicaciones, recuperando su estado de salud que fue la evidencia del trabajo profesional, participo el equipo médico y de enfermería, luego es transferido al servicio de Ginecología para continuar con su tratamiento respectivo.⁽⁸⁾

V. MARCO TEÓRICO

1. DEFINICIÓN DE CESÁREA

Es un procedimiento quirúrgico a través del cual se realiza el parto, el cirujano realiza una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerotomía) de la mujer, esto sucede cuando el parto vaginal no es posible o cuando el parto conlleva algún riesgo para la madre o el feto. ⁽⁹⁾

2. HISTORIA DE LA CESÁREA

La primera mención de una operación de cesárea es del siglo VII a.C. Se da en una ley de Numa Pompilio, segundo rey de Roma, que vivió entre 715 y 672 a.c. Según esta ley (Lex Regia): “ninguna mujer embarazada muerta durante el parto podrá ser enterrada hasta que no se le haya extraído el niño mediante incisión abdominal”. El primer registro de un niño nacido mediante cesárea tuvo lugar en Sicilia en 508 a.C. A pesar de que la madre siempre moría, la expresión viene de Julio César, ya que se dice que nació de esta forma en el siglo I a.C., y su madre vivió aún muchos años. Como curiosidad, el santo catalán Raimundo Nonato se llamó así por haber nacido mediante cesárea en 1204. Se considera que el inventor de la cesárea es el alemán Jacob Nufer en el año 1500. Era un castrador de cerdos, que tuvo que intervenir a su esposa en un parto complicado. Tanto la madre como el bebé sobrevivieron con salud, a este procedimiento. Por tanto, en torno al 1500, se da el primer caso de un niño nacido vivo por cesárea sin que muera la madre. El veterinario, si es que puede llamarse así a este castrador de cerdos que se llamaba Jacob Nufer, empleó una navaja de afeitar y el niño nació vivo. En 1543, el anatomista flamenco Andrea Vesalio, el padre de la anatomía moderna, publica *De Humani Corporis Fabrica* donde se da una descripción concienzuda del aparato reproductor femenino. En torno al año 1600, se introduce el uso del fórceps para extraer vivo el feto del canal del parto. La primera cesárea

conocida y documentada que se realiza a una mujer viva la practica en 1610, el cirujano alemán Trautmann de Wittemberg, aunque la mujer murió por infección a los 25 días. James Miranda Stuart Barry, fue la primera mujer en practicar una cesárea. La realizó en 1820, en un hospital de África del Sur disfrazada de hombre. En el año 2000, por primera vez, una mujer indígena mexicana de la etnia zapoteca, Inés Ramírez, se practicó ella misma una cesárea. Bebió una cierta cantidad de alcohol para fricciones y se abrió el vientre con un cuchillo de cocina. Perdió la conciencia poco después de haber extraído el niño. Su hijo Benito de seis años fue a buscar ayuda y el médico no tuvo más que coser el vientre y llevarla al hospital. ⁽¹⁰⁾

3. TIPOS DE CESÁREA

- **CESÁREA ELECTIVA:** Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.
- **CESÁREA EN CURSO DE PARTO O DE RECURSO:** Suele indicarse y realizarse durante el curso del parto por diferentes problemas, usualmente suele realizarse por distocia. En esto incluyen: desequilibrio de la proporción pélvica fetal, incapacidad para inducir el trabajo de parto, trabajo de parto dilatado o disminuido y aborto. No existe algún peligro inminente para la mamá ni para el bebé.
- **CESÁREA URGENTE:** Este tipo de cesárea se realiza como consecuencia de una enfermedad aguda o grave de la mamá o del bebé, que pone en peligro la vida.

4. CLASIFICACIÓN DE INCISIÓN PARA LA CESÁREA

Hay varios tipos:

- **La incisión clásica** es longitudinal en la línea media (vertical), lo

que permite mayor espacio para el parto. A partir de finales del siglo XX, raramente se ha usado esta clase de incisión, porque es más propensa para la madre padecer posibles complicaciones.

- Actualmente la más común es la del **segmento inferior** (horizontal), donde se realiza un corte transversal exactamente por encima del borde de la vejiga. La pérdida del sangrado es menor y la reparación de la incisión es más fácil.
- La **cesárea histerectomía** viene a ser el parto que se realiza a través de la cesárea y luego de la cesárea el útero es extraído, se puede poner en práctica cuando existan casos de sangrado que no se puede tratar o cuando la placenta no se puede separar del útero.
- En ciertas ocasiones se han realizado otros tipos de incisión, entre ellas la extraperitoneal.

5. INDICACIONES PARA UNA CESÁREA

Estás pueden ser maternas, fetales y mixtas:

a. Maternas

- Distocia de partes blandas.- malformaciones congénitas, tumores de cuerpo, cérvix, cirugía previa del segmento, cérvix, vagina y vulva.
- Distocia de partes óseas.- estrechez pélvica, tumores óseos de pelvis y pelvis deformada.
- Distocia de la contracción.- hay presencia de hemorragia (desprendimiento de placenta) y patologías maternas como cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes.
- Cesárea anterior.- haber tenido en el embarazo anterior una cesárea.

b. Fetales

- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto como: hidrocefalia, onfalocele, gastroquisis, hidrocefalia, siameses, entre otros.

c. Mixtas

- Pre eclampsia: Se presenta cuando una mujer en embarazo desarrolla hipertensión arterial y proteína en la orina después de la semana 20 (finales del segundo trimestre o tercer trimestre) de gestación.
- Eclampsia: Es la existencia de crisis epilépticas (convulsiones) en la mujer gestante. Estas convulsiones no están relacionadas con enfermedades cerebrales preexistentes.
- Síndrome de desproporción cefalopélvica: es el desequilibrio proporcional entre la cabeza del bebé y la pelvis de la mamá. Las auténticas DCP prácticamente no existen y son debido a las malformaciones de la pelvis o a los accidentes que han originado la malformación.

6. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS DE LA CESÁREA

- **Hemorragia:** Suele producirse en el posoperatorio precoz por atonía. Requiere transfusión, evacuación de los coágulos del útero y el cuello y la administración de uterotónicos. La hemorragia tardía se asocia con endometritis y requiere

antibióticos de amplio espectro. La posibilidad de retención de tejido placentario es muy baja por lo que deberá evitarse la exploración uterina en presencia de una cicatriz. En el puerperio temprano, el examen de ultrasonido del útero no ayudará, porque el coágulo puede confundirse con tejido placentario residual.

- **Infecciones:** Incidencia $\leq 10\%$. Hay mucha evidencia de que una sola dosis de antibióticos en el momento de la cirugía reduce la incidencia de endometritis e infecciones de la herida y urinarias.
- **Tromboembolismo venoso:** La profilaxis posquirúrgica es importante. Se usan medias elásticas y heparina de bajo peso molecular. La duración de la profilaxis depende de los factores de riesgo y la dosis, del peso de la paciente.

7. ANESTESIA DE LA CESÁREA

Por lo general se le aplica a la madre una anestesia regional (espinal) o epidural, ello le permite poder estar lucida orientada en tiempo, espacio y persona durante el parto y evita la sedación del bebé. Actualmente en práctica moderna, la anestesia general que se utiliza para la cesárea es cada vez más rara debido a que se ha determinado científicamente las ventajas de la anestesia regional tanto para la madre como para el recién nacido.

8. BENEFICIOS Y RIESGOS DE UNA CESÁREA

BENEFICIOS DE LA CESÁREA

Beneficios para la madre

El mayor beneficio de la cesárea para la parturienta es que puede proteger el suelo pélvico, reduciendo así la incidencia de heces, incontinencia gastrointestinal y urinaria y prolapso de órganos pélvicos. El riesgo de someterse a una cirugía sea por prolapso o por incontinencia urinaria fue del 11,1%. Otro beneficio potencial para las

madres es evitar la cesárea de emergencia, porque la cesárea aumentará la incidencia y mejorará la conexión entre la madre y el hijo.

Beneficios para el feto

Si planea tener una cesárea a las 39 semanas de embarazo, puede evitar algunos resultados neonatales adversos. La mortalidad prenatal o intraparto a partir de la semana 39 fue de 2 casos de cada 1.000. Algunas de estas muertes se pueden prevenir organizando una cesárea. La propagación de enfermedades como el SIDA, la hepatitis B, la hepatitis C y el VPH ha aumentado durante el parto vaginal. Los estudios han demostrado que la falta de progreso en el trabajo puede conducir a una mayor incidencia de daño cerebral fetal. La parálisis cerebral también puede asociarse con eventos intraparto desfavorables. Sin embargo, el porcentaje atribuible a esto es muy bajo. La tasa de complicaciones fetales como, las fracturas y la alteración de nervios se reduce con la cesárea. Sin embargo, esta complicación es muy rara, excepto en casos de alto riesgo (como fetos enormes de madres con o sin diabetes). Para prevenir un caso de lesión permanente del plexo braquial, se deben realizar más de 400 cesáreas. Otra ventaja de planificar una cesárea es que aprovecha mejor los recursos humanos y evita el cansancio y los errores que ocasiona. Sin embargo, si se realiza un control de rutina, como monitorización intraparto, análisis prenatal del VIH, etc. Los eventos más desfavorables se pueden evitar sin recurrir a una cesárea planificada.

RIESGOS DE UNA CESÁREA

Riesgos para la madre

La muerte materna sigue siendo el punto más importante a tener en cuenta. La cesárea tiene un mayor riesgo de muerte materna. Esto es difícil de establecer ya que la tasa de muerte materna es baja y no

hay datos suficientes para poder establecer una tendencia. Por otra parte, la morbilidad asociada a la cesárea ha disminuido a nivel mundial. Las mujeres con el antecedente de una cesárea tienen mayor riesgo de tener rotura uterina, placenta previa, acreta, desprendimiento de placenta y embarazo ectópico. Dado que la tasa de cesárea aumentó en los últimos 50 años, la frecuencia de placenta acreta se incrementó unas 10 veces. Hay que considerar las complicaciones quirúrgicas como las infecciones, la hemorragia y el daño visceral. Incluso si se usan antibióticos después de una cesárea, hay un 10% de infecciones. Esta tasa es menor en pacientes que se han sometido a una cesárea o que no han dado a luz o han roto membranas. Es más común reingresar después del nacimiento debido a una infección uterina o sangrado después de una cesárea que después del parto, pero la diferencia es menor de 1 de cada 100 pacientes. Aún no se ha determinado la influencia de la formación de adherencias después de la cesárea y su relación con la infertilidad secundaria. La cesárea se asocia con una mayor incidencia de depresión posparto.

Riesgos para el Feto

Una cesárea realizada antes de las 39 semanas de gestación puede causar problemas pulmonares en el recién nacido. La dificultad respiratoria iatrogénica fue del 0,4%. La hipotensión materna causada por la anestesia puede causar acidosis respiratoria fetal transitoria. ⁽¹¹⁾

9. TEORÍA DE ENFERMERÍA: DOROTHEA OREM

Este caso clínico es fundamentado en la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem, esta teoría se contextualiza en los cuidados de enfermería, cuyo objetivo principal es contribuir en el mejoramiento de la salud del individuo quien debe realizar sus propios cuidados para conservar su salud, recuperarse de la enfermedad y poder enfrentar las consecuencias de la misma.

Ésta teoría generalmente está integrada de otras 3 teorías, quienes están relacionadas entre sí, para este caso se aplicó la *Teoría de los Sistemas de Enfermería*, los cuales se forman cuando las enfermeras utilizan su capacidad para prescribir, planificar y proporcionar cuidados a pacientes (como individuos o grupos), llevando a cabo sistemas de acción. En donde se pueden identificar tres tipos de sistemas:

- **Sistemas de enfermería totalmente Compensatorio:** La enfermera le ayuda al paciente a realizar acciones de autocuidado ya que el paciente no participa activamente.
- **Sistemas de enfermería parcialmente compensatoria:** los autocuidados son realizados por ambos, la enfermera y el paciente.
- **Sistema Educativo:** en esta teoría se define al usuario con una aptitud de aprendizaje y puede realizar sus autocuidados pero con asistencia del profesional de enfermería.

La aplicación de la teoría de Dorotea Orem es relevante como sustento científico para el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería, puesto que permite evaluar los tipos de autocuidado intencional que, en este caso, el paciente requerirá mejorar su salud. En general, los requisitos de autocuidado se clasifican en tres categorías: “los universales, los cuales están asociados con los procesos vitales y con el mantenimiento de la integridad de la estructura humana y su funcionamiento; los del desarrollo, asociados a los procesos del desarrollo humano y a las condiciones y acontecimientos que ocurren durante las etapas de la vida; y los de desviación de la salud que están presentes cuando la persona presenta una alteración de salud” (Orem, 1980, p. 62). El paciente puede aprender y aplicar el autocuidado de forma libre y permanente porque ayudaría a mejorar su propio estado de salud, pues el autocuidado viene a ser un sistema de acción para conservar o mantener la salud.

El término de autocuidado impulsa la colaboración activa de los individuos en el cuidado de su salud, como causantes de elecciones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con el objetivo de la promoción de la salud. Hace elemental la individualización de los cuidados y la implicación de los pacientes en su propio proyecto de cuidados, y proporciona protagonismo al sistema de preferencias del individuo.

Sin embargo, esto significa trabajar con perspectivas relacionadas con la motivación y el cambio de comportamiento, y tener en cuenta nuevas perspectivas a la hora de cuidar a los demás (conciencia del problema, capacidad para cuidarse a sí mismo, obstáculos o elementos encontrados en la dificultad, recursos para el autocuidado, etc.) y utilizar la educación para la salud como principal herramienta de trabajo.

Cuando una persona no puede cuidarse a sí misma por cualquier motivo, la enfermera tomará medidas. El método de asistencia de enfermería propuesto por Dorotea Orem se basa en la relación de ayuda y / o sustitución del enfermero con el paciente, y es:

- a. Reemplazar al paciente, por ejemplo en pacientes inconscientes.
- b. Ayudar o orientar a la persona a la que se ayuda, por ejemplo, en los consejos de salud para mujeres embarazadas.
- c. Brindar ayuda física y psicológica. Por ejemplo, aplicando tratamientos médicos según indicaciones médicas.
- d. Crear un entorno propicio para el desarrollo personal, como las medidas de higiene en el hogar y el cuidado personal.
- e. Enseñar a el individuo que se ayuda; ejemplificando, la enseñanza a una post cesareada, referente al baño e higiene del bebé y los cuidados que debe tener ella en su hogar para evitar

alguna infección o complicación en la zona de incisión.

Concepto de persona

Trata al hombre como un organismo biológico, racional y pensante. Por consiguiente, se ve perjudicado por el ámbito y es capaz de tomar acciones predeterminadas que tienen la posibilidad de afectarle a él mismo, a los demás y a su entorno, lo cual le posibilita realizar condiciones de autocuidado. En un sentido natural, también es un objeto complejo y unificado, por lo que se verá afectado por las fuerzas naturales.

Es una persona que tiene la función de conocerse a sí mismo, usar pensamientos, palabras y símbolos para pensar, comunicarse y orientar sus propios esfuerzos, y poder pensar sobre su propia vivencia y hechos incidentales para el autocuidado y el cuidado familiar.

Concepto de Salud

La salud es un estado, y para una persona, sus diferentes componentes tienen diferentes significados. Ello quiere decir que es la completa integridad física del ser humano, su integridad estructural y funcional; ausencia de defecto que implique desperfecto del individuo; desarrollo escalonado e incluido de la persona como una unidad personal, acercándose cada vez más a los elevados niveles de incorporación.

El ser humano trata de lograr la Salud usando sus facultades para realizar diferentes actividades que le permitan obtener su completo estado de salud con integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería

Es una profesión que tiene el arte de brindar cuidados a personas o grupos de personas, también brinda asistencia de autocuidado de manera directa debido a la incapacidad y según las necesidades de

cada persona ya que éstas son personalizadas porque todas las personas presentan diferentes situaciones, que requiere del apoyo del profesional de enfermería.

La enfermería como ciencia se fundamenta a través de los cuidados, los cuales se definen como acciones que benefician al ser humano a realizar y conservar, por sí mismo, las actividades de autocuidado que le permite a la persona mantener su salud y su vida, a recuperarse de la enfermedad que padece y a la vez afrontar las secuelas que ésta le pueda dejar. (12)

VI. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Paciente no registra antecedentes patológicos, intervenciones quirúrgicas previas: 1 cesárea. Niega tener hábitos nocivos y alergias a medicamentos.

Dominio no alterado.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Paciente en NPO, con vía periférica en miembro superior izquierdo pasando CINA al 9%, se observa piel y mucosas sin signos de deshidratación. A la observación se muestra nauseosa.

Dominio no alterado.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Paciente sin alteraciones en los exámenes de orina previa a la intervención quirúrgica, diuresis espontánea 500 cc y al control del sangrado vaginal 100cc durante su estadía en URPA. A la observación no presenta edema (retención de líquidos). Realizó deposición antes de su ingreso al hospital.

Dominio no alterado.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO

Paciente tiene dificultad para realizar las actividades de autocuidado de manera independiente.

Grado de dependencia para actividades.

Capacidad de autocuidado

0 = independiente.

1 = ayuda de otros.

2 = ayuda de personal, equipos.

3 = Dependiente incapaz.

ACTIVIDADES	0	1	2	3
MOVILIZACIÓN EN LA CAMA			X	
DEAMBULA			X	
BAÑO E HIGIENE			X	
VESTIRSE			X	

Dominio Alterado.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Paciente despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Conoce un poco sobre el procedimiento que se le ha realizado y refiere que cuando tuvo a su primer bebe recibió una sesión educativa sobre lactancia materna, pero ya se ha olvidado y solicita que nuevamente le enseñen.

Dominio alterado.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Paciente se muestra ansiosa por no ver a su bebé, refiere sentirse muy feliz con el alumbramiento y que ya quisiera tener a su bebé en sus brazos.

Dominio alterado.

DOMINIO 7: ROL/ RELACIONES

Paciente refiere que su estado civil es conviviente, es ama de casa y vive con su pareja y su otro hijo en casa de sus padres. Niega que existan problemas familiares y que sus padres estén muy felices por

la llegada de su bebé.

Dominio no alterado.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Tiene 1 hijos de 5 años de sexo masculino.

Dominio no alterado.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS

A la observación paciente presenta facies de angustiada y preocupación y ante la interrogante refiere estar preocupada por no estar cerca a su bebé para que pueda darle de lactar, ya que el bebé se encuentra en el servicio de neonatología.

Dominio alterado.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

La paciente es creyente de la religión católica, con toda su familia.

Dominio no alterado.

DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN

Paciente presenta vía periférica en miembro superior izquierdo pasando CINA al 9%, tiene una incisión quirúrgica cubierta con gasas estéril y refiere tener dificultad en los primeros días para realizar las actividades de autocuidado de manera independiente.

Dominio alterado.

DOMINIO 12: CONFORT

Paciente refiere tener dolor en la zona de la herida quirúrgica y dolor en el brazo, precisamente donde está ubicada la vía en una escala de EVA 6/10 y se muestra un poco inquieta y quejumbrosa.

Se controla signos vitales:

- P.A. 114/73 mmHg.
- F.C. 86 x min.
- F.R. 15 x min.
- SaO2: 98%.
- T°: 36.8°C.

Dominio alterado.

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

No registra datos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PRIORIZADOS

1. **Dolor agudo** R/C agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico)
M/P expresión facial de dolor, EVA: 6/10.
2. **Riesgo de infección** R/C procedimientos invasivos, M/P incisión operatoria y presencia de vía periférica.
3. **Ansiedad** R/C estado de salud M/P expresión de angustiada y preocupada por desvinculación materna.
4. **Deterioro de la integridad tisular** R/C incisión quirúrgica M/P Lesión de los tejidos cutáneo y subcutáneo.
5. **Déficit de autocuidado: baño/higiene** R/C existencia de herida quirúrgica M/P Incapacidad para realizar actividades de autocuidado.
6. **Déficit de conocimientos:** la lactancia materna y cuidados del recién nacido R/C Interpretación errónea de la información M/P solicitud de la información.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIGANÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN (NOC)
<p>DOMINIO 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p> <p>Código NANDA: 00132</p> <p>Dolor agudo r/c intervención quirúrgica m/p conducta expresiva.</p>	<p>Disminuir el dolor en la paciente.</p>	<p>1400 - Manejo del dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar al paciente del origen y del porqué de su dolor. ✓ Valorar las características del dolor, su duración, intensidad y localización. <p>2210 – Administración de analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar los analgésicos según prescripción médica a la hora adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener una comunicación adecuada con la paciente le ayuda a comprender mejor su situación actual de salud. ✓ Permite una correcta utilización de medidas terapéuticas. ✓ La administración de analgésicos ayudan a aliviar el dolor y evitar picos y valles de la analgesia impidiendo la formación de prostaglandinas que transmiten el dolor. 	<p>1605 – Control del dolor</p> <p>Paciente refiere que el dolor ha disminuido en una valoración de 2 en la escala del 0 al 10.</p>

		<p>5820 – Disminución de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñar técnicas de relajación al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las técnicas de relajación ayudan a disminuir la tensión, dado que la relajación promueve la liberación de endorfinas que también disminuyen la intensidad del dolor. 	
<p>DOMINIO 11: Seguridad/ protección</p> <p>Clase 1: Infección</p> <p>Código NANDA: 00004</p> <p>Riesgo de infección r/c herida quirúrgica y vía venosa</p>	<p>Controlar el riesgo de proceso infeccioso</p>	<p>6550 Protección contra las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de Signos vitales. ✓ Vigilar las heridas quirúrgicas y realizar los cuidados necesarios: asepsia y cambio de apósitos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El control de los signos vitales nos permite determinar el estado general de la paciente. El aumento de la temperatura corporal puede indicar un signo de infección. ✓ Ayuda a determinar presencia de inflamación, supuración y los cuidados adecuados mantienen a la paciente tranquila y relajada. 	<p>01902 - Control del riesgo de infección.</p> <p>No se produjo ningún tipo de infección, la herida está limpia, seca y protegida y se encuentra en un buen proceso de cicatrización.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Curación de herida con antiséptico adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reduce la diseminación de bacterias y otros agentes patógenos. 	
<p>DOMINIO 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento</p> <p>Código NANDA: 00146 Ansiedad r/c cambios en el estado de salud m/p preocupación por no tener a su bebé.</p>	Disminuir la ansiedad	<p>4920 - Escucha activa</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mostrar interés en el paciente. <p>5270- Apoyo emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comentar la experiencia emocional con el paciente. ✓ Ayudar al paciente a expresar su ansiedad, ira o tristeza. <p>5820 -Disminución de la Ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar todos los procedimientos, incluyendo las 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esto permitirá que el paciente perciba que nos preocupamos por su bienestar. ✓ Comentar alguna experiencia similar por la que atraviesa la paciente, permite generar confianza y demostrar empatía. ✓ Permite al paciente liberar la ansiedad y fomentar tranquilidad y paz. ✓ Brindar información objetiva a la paciente sobre los 	<p>1211- Nivel de ansiedad</p> <p>Paciente se muestra tranquila, refiere que su ansiedad ha disminuido después de haber sido informada sobre las sensaciones que se han de experimentar.</p>

		posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.	procedimientos y las sensaciones que se han de experimentar disminuyen la preocupación de la paciente.	
<p>DOMINIO 11: Seguridad/ protección Clase 2: Lesión física Código NANDA: 00044</p> <p>Deterioro de la integridad tisular R/C incisión quirúrgica M/P Lesión de los</p>	Lograr la integridad tisular. (piel y membranas).	<p>3440 - Cuidados del sitio de incisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. ✓ Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. ✓ Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia. ✓ Aplicar gasas estériles para proteger la incisión. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es importante valorar el sitio de la incisión para poder identificar cualquier signo de riesgo. ✓ La solución aséptica se agregará sólo al contorno de la herida para eliminar por completo los microorganismos vivos que puedan implicar alguna complicación para la cicatrización de la herida, la herida debe ser cubierta por 	<p>1101- Integridad tisular</p> <p>Se evidencia aproximación cutánea, integridad tisular de piel y membranas.</p>

tejidos cutáneo y subcutáneo.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o ducha. 	<ul style="list-style-type: none"> gasas estériles para evitar la contaminación de la herida. ✓ Es importante educar al paciente para el cuidado de la incisión durante el baño, ya que ésta debe estar cubierta en todo momento y no debe tener contacto con ningún producto de higiene. 	
DOMINIO 4: Actividad / Reposo Clase 5: Autocuidado. CODIGO NANDA: 00108 Déficit de autocuidado:	Mantener el estado de baño e higiene de la paciente.	1801 - Ayuda en los autocuidados: baño e higiene personal. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar el estado de higiene del paciente y proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. ✓ Realizar baño de esponja, lavado de cabello. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es importante porque permite conseguir bienestar, tener un aspecto agradable y evitar la aparición de infecciones. 	301 - 305 - Cuidados personales: baño e higiene Paciente mantiene su estado de aseo, además ya empezó a autoasearse.

<p>baño/higiene R/C existencia de herida quirúrgica M/P Incapacidad para realizar actividades de autocuidado.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar cambio de ropa. ✓ Brindar estrategias que le permitan auto asearse. ✓ Realizar las anotaciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las anotaciones de enfermería sirven para registrar el resultado de un proceso o una actividad realizada al paciente, además que permite ir evaluando su evolución. 	
<p>DOMINIO 5: Percepción/ cognición. Clase 4: Cognición. CODIGO NANDA: 00126 Déficit de conocimientos:</p>	<p>Fortalecer los conocimientos de la madre sobre lactancia materna y cuidados del recién nacido.</p>	<p>1054 - Ayuda en la lactancia materna</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Educar a la madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva. - Beneficios de la lactancia materna. - Técnica correcta de amamantamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La leche materna es el alimento ideal para el bebé. Contiene todos los elementos nutritivos que necesita para su crecimiento y desarrollo, así como las sustancias que lo protegen contra infecciones y alergias. ✓ Una adecuada técnica es muy 	<p>1800 - Conocimiento: lactancia materna Se realiza retroalimentación y madre describe la técnica adecuada para amamantar al</p>

<p>la lactancia materna y cuidados del recién nacido</p> <p>R/C</p> <p>Interpretación errónea de la información M/P solicitud de la información.</p>		<p>6880 - Cuidados del RN.</p> <p>✓ Educar a la madre sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curación del ombligo. - Cambio de pañales y baño del RN. - Signos de alarma en el RN. - Proporcionar material escrito para reforzar la enseñanza en casa. 	<p>importante; de hecho, la mayor parte de los problemas de la lactancia materna son por una mala técnica.</p> <p>✓ Tras el nacimiento y hasta que el cordón umbilical cicatriza, los gérmenes habituales de la piel pueden provocar una infección del cordón umbilical. Por ello es muy importante mantener las medidas higiénicas correctas para que se mantenga limpio y no se infecte.</p> <p>✓ Es importante aprender a identificar los signos de alarma en el recién nacido, incluso ello evitará complicaciones y la mortalidad.</p>	<p>bebé y menciona los beneficios de la lactancia materna.</p> <p>1819 -</p> <p>Conocimientos: asistencia de RN.</p> <p>Se realiza retroalimentación y madre describe cómo curar el ombligo, cómo balar al RN y menciona signos de alarma en el RN.</p>
--	--	--	---	---

VII. RESULTADOS

La señora E. J. V.V. de 25 años de edad, se encuentra en su unidad, lúcida orientada en tiempo, espacio y persona. Se re recupera de manera satisfactoria durante las primeras 2 horas, donde se le brindó los cuidados de enfermería planteados en el Proceso de atención de enfermería.

La paciente está tranquila y menos ansiosa porque será trasladada al área de neonatología donde estará junto a su bebé, el dolor disminuyo en la zona de la herida quirúrgica, se evidencia buena cicatrización de herida y no presenta signos de infección, gasas secas, vía periférica permeable sin signos de flebitis, ya no requiere de mucho apoyo para su aseo personal.

La paciente ha fortalecido sus conocimientos en cuanto a lactancia materna, técnica correcta de amamantamiento, cuidados del recién nacido, curación de ombligo y signos de alarma en el recién nacido, con la finalidad de brindar cuidados adecuados para su bebé. Paciente es trasladada al área de hospitalización y queda en compañía de su bebé.

VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. DISCUSIÓN

Diversas fuentes teóricas mencionan que la cesárea es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.

La Organización Mundial de la Salud recomienda su uso cuando sea necesaria para salvar la vida de las madres y los neonatos por razones médicas, pero puede aumentar el riesgo de complicaciones por ser un procedimiento de cirugía mayor y estima que el porcentaje de cesáreas en una región no debería superar el 15%.

En ese sentido, comparando con lo que manda la OMS, existe una estrecha relación los resultados que obtuvieron en estudio Barrena M., Quispesaravia P. de Lima donde concluyeron que en el Hospital Cayetano Heredia, se excedió la tasa de cesárea que fue recomendada por la Organización Mundial de la Salud siendo éste <15%, ello sucedió en el periodo en que se realizó el estudio.

Con relación a los cuidados de enfermería, desde sus orígenes la enfermería era considerada, una ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no se contemplaba el conocimiento científico de la profesión.

Un plan de cuidados estándar es el resultado de un trabajo fundamentado científicamente, en el que se definen las respuestas de una persona, familia o comunidad.

En este sentido, los cuidados de enfermería en pacientes pos cesárea están orientados a brindar atención bajo los efectos post anestésicos, el cual exigen tiempo, desencadenando todo ello, al no recibir una atención adecuada, un mal servicio al usuario.

Respecto a lo antes mencionado, en este estudio de caso, la paciente E.J.V.V con diagnóstico de emergencia ruptura previa de membrana y post cesárea, se concluye que los cuidados se dieron en forma fundamentada, lógica y sistemática a través del uso de opiniones, conocimientos y habilidades para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas evaluando cada uno de los cambios en la mejora del estado de bienestar de la persona.

Datos similares reporta Alave Z. de Juliaca donde hace mención que se cumplió los objetivos planteados, se ejecutó y evaluó el plan de cuidados de enfermería establecido para la atención de la usuaria y las intervenciones de enfermería (actividades) como tratamiento a las respuestas humanas mejorando su salud, cumpliendo de esta forma los objetivos trazados y logrando estabilizar a la paciente, a la vez que se participó en la atención inmediata del recién nacido, no habiendo complicaciones, recuperando su estado de salud que fue la evidencia del trabajo profesional.

Para ofrecer cuidados de enfermería de calidad, así como atención integral, en caso de cesárea, es necesario que el personal de enfermería esté altamente calificado y preparado para así proporcionarle a la puérpera, las herramientas que le ayuden a obtener un buen estado de salud, tanto para la ella como para su bebé.

2. CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se aplicó el proceso del cuidado de enfermería desarrollando las 5 etapas (Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) con la utilización del lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC en forma eficiente con calidad y calidez al paciente durante el pos operatoria donde la enfermera asume el cuidado como eje y objetivo de la profesión que exige profesionalismo y compromiso expresado en la identidad y la calidad de sus cuidados.

SEGUNDA.- Se brindó los cuidados de enfermería en forma inmediata y oportuna, centrado en las respuestas humanas de la paciente, realizando la primera etapa de la valoración según la obtención de datos relevantes que presentó. Los cuidados se dieron en forma fundamentada, lógica y sistemática a través del uso de opiniones, conocimientos y habilidades para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas evaluando cada uno de los cambios en la mejora del estado de bienestar de la persona.

TERCERA.- Se formuló los diagnósticos de enfermería reales y potenciales, luego se ha priorizado los diagnósticos según el riesgo de vida, lo que ha permitido establecer las intervenciones de enfermería a través de actividades respectivas que son los elementos determinantes en la atención del paciente, garantizando de esta manera su atención de calidad e individualizada del paciente, pues la enfermería como profesión es autónoma y el Proceso de Atención de Enfermería ayuda a aclarar, organizar y consolidar la actuación del profesional, según la valoración y el plan de cuidados.

CUARTA.- Se cumplió los objetivos planteados, se ejecutó y evaluó el plan de cuidados establecido para la atención de la paciente y las intervenciones de enfermería (actividades) como tratamiento a las respuestas humanas mejorando su salud, cumpliendo de esta manera los objetivos trazados, no habiendo complicaciones es trasladada al área de hospitalización y queda en compañía de su bebé.

QUINTA.- Para la realización de este trabajo se tomó como referencia la teorizante Dorothea Orem llevando a cabo una valoración completa de la puérpera enfatizándose en los problemas de salud encontrados que nos permitió realizar planes de cuidado personalizados orientados a satisfacer las necesidades de la paciente y así proporcionarle las herramientas que la ayuden a obtener un bienestar biopsicosocial que le permita mejorar y mantener un buen estado de salud, tanto para la puérpera como para su bebé.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de Salud. (2015) Boletín informativo sobre Cesáreas. Disponible en:

https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=696-boletin-informativo-sobre-cesareas&Itemid=235
2. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES - Salud Materna.(2016) Capítulo 8, pág. 250. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
3. Bobadilla Ubillús L., León Jiménez F. (2017). Cesáreas en el Perú: sólo un problema de cifras. Rev. Perú. Ginecol. Obst. [Internet]Julio [citado 16 diciembre del 2020]; 63(4): 659-660. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400022&lng=es
4. Barrera Neyra M, Quispe Saravia Ildelfonso P. (2020) Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un Hospital público de Lima en el período Enero 2013 - Diciembre 2017. Rev. Ginecol. Obstet. vol.66 no.2 Lima- Perú.
5. Rojas Morón M, Vargas Arzubiaga C. (2018). Características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el centro materno infantil José Carlos Mariátegui de agosto 2016 a julio 2017. Repositorio Wiener. Lima-Perú.
6. Aliaga Rosel C. (2019). Cuidado de enfermería en paciente post operada de cesárea e histerectomía por atonía uterina. Unidad de recuperación post anestésica. Andahuaylas 2018. Repositorio

unas. Arequipa-Perú.


7. Pezantes Lazo E. (2018). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente poscesareada por preclamsia severa de la Unidad de Recuperación Pos anestésica de un hospital de Lima. Repositorio Upeu. Lima-Perú.
8. Alave Ari Z. (2018). Proceso del cuidado de enfermería aplicado en la paciente con cesárea intraoperatorio en el centro quirúrgico del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno. Juliaca. Perú.
9. Ministerio de Salud: Instituto Nacional Materno Perinatal. (2016) “Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología”. 2014 – 2015. Pág. 139.
10. CurioSfera. (2020) Historia de la cesárea – Origen e inventor. [internet]. Setiembre. [citado: 18 enero del 2021]. Disponible en: <https://curiosfera-historia.com/historia-de-la-cesarea-inventor-origen/>
11. Patiño Mora D., Pineda Monge A., Polo Tapia D. (2010). Prevalencia y correlación clínico - quirúrgico de cesáreas en el hospital José Carrasco Arteaga. Ecuador.
12. Orem D. (1993) Modelo de Orem. 4 Ed. Edit. Masson-Salvat, México DC.
13. Bravo M. (2016). Guía Metodológica del PAE Taxonomía Nanda NOC NIC 4ta ed.
14. NANDA. (2011) Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2009 - 2011. Barcelona: Elsevier; 431 p.

X. ANEXOS

FOTOS: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Evelyn Velásquez Valdivia en calidad de paciente del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca servicio centro quirúrgico; autorizo que se utilicen los datos de mi historia clínica para estudio de caso.


.....
Firma paciente

FOTOS: Paciente post cesárea recibe cuidados de enfermería.

