



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA**

TEMA: Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado post cesárea en pacientes atendidas del Hospital San Vicente de Paúl, diciembre 2016- febrero 2017

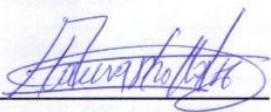
AUTORA: Sandoval Simbaña Magaly Lizbeth
DIRECTORA DE TESIS: Mgtr. Laura Mafla Herrería

Ibarra, 2017

APROBACIÓN DE DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO POST CESÁREA EN PACIENTES ATENDIDAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017”** de autoría de Magaly Lizbeth Sandoval Simbaña, para obtener el Título de Licenciado en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 11 días del mes de Septiembre de 2017



Mgtr. Laura Mafla Herrería

C.C.: 0400800793

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	100376440-2
Apellidos y Nombres:	Magaly Lizbeth Sandoval Simbaña
Dirección:	Ibarra
Email:	smagalylizbeth@yahoo.com
Teléfono fijo:	2660-128
Teléfono móvil:	0967782585

DATOS DE LA OBRA	
Título:	Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado post cesárea en pacientes atendidas del Hospital San Vicente de Paúl, diciembre 2016- febrero 2017
Autor:	Magaly Lizbeth Sandoval Simbaña
Fecha:	11/09/2017
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciatura en Enfermería
Director:	Mgtr. Laura Mafla Herrería

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

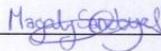
Yo, **Magaly Lizbeth Sandoval Simbaña**, con cédula de ciudadanía Nro. **100376440-2**; en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 11 días del mes de Septiembre de 2017

AUTOR:



Magaly Lizbeth Sandoval Simbaña

AUTOR C.I.: 100376440-2



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Magaly Lizbeth Sandoval Simbaña**, con cédula de ciudadanía Nro.100376440-2; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO POST CESÁREA EN PACIENTES ATENDIDAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte

En la ciudad de Ibarra, a los 11 días del mes de Septiembre de 2017

Magaly Lizbeth Sandoval Simbaña

C.I.: 1003764402

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

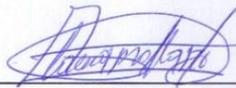
Fecha: Ibarra, 11 de septiembre de 2017

Magaly Lizbeth Sandoval Simbaña “Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado post cesárea en pacientes atendidas del Hospital San Vicente de Paúl, diciembre 2016- febrero 2017”, / TRABAJO DE GRADO. Licenciado en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Septiembre de 2017. 85 pp. 4anexos.

DIRECTORA: Mgtr. Laura Mafla Herrería.

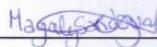
El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado post cesárea en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl. Entre los objetivos específicos se encuentran: Conocer las características sociodemográficas de las pacientes intervenidas de cesárea en el Hospital San Vicente de Paúl. Identificar los conocimientos sobre autocuidado post cesárea. Detallar las actitudes y prácticas de las pacientes que facilitan o limitan el proceso de recuperación. Difundir prácticas saludables a través de una guía de capacitación dirigida a la mujer post cesárea.

En la ciudad de Ibarra, a los 11 días del mes de Septiembre de 2017



Mgtr. Laura Mafla Herrería

Directora de Tesis



Magaly Lizbeth Sandoval Simbaña

Autor

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme guiado en todas las etapas de mi vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, por ser el pilar más importante de mi vida, por demostrarme siempre su cariño, por haberme apoyado en todo momento con sus consejos, inculcándome valores los mismos que me han permitido ser una persona de bien, siempre velado por mi bienestar y educación, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir malos y bueno momentos.

Magaly Sandoval

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por protegerme siempre y darme fuerzas para seguir adelante.

A la Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, a los docentes que formaron parte de mi formación por haberme permitido ser parte de esta prestigiosa institución y haber logrado convertirme en profesional.

A mi directora de tesis Mgtr. Laura Mafla Herrería por su valiosa guía y asesoramiento para la culminación de este proyecto de tesis.

A mi madre quien a lo largo de mi vida siempre ha confiado y me ha apoyado en todo momento, A mi familia por el apoyo que siempre me han brindado, que fue un impulso para lograr la culminación de este trabajo y dar inicio a mi vida profesional.

Magaly Sandoval

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DE DIRECTORA DE TESIS	i
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN.....	ii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO	iv
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN.....	xii
SUMMARY	xiii
TEMA	xiv
CAPITULO I.....	15
1. El problema de la Investigación.....	15
1.1 Planteamiento del problema.....	15
1.2 Formulación del problema	16
1.3 Justificación	17
1.4 Objetivos	19
1.4.1 Objetivo General.....	19
1.4.2 Objetivos Específicos.....	19
1.5 Preguntas de la investigación.....	20
CAPITULO II.....	21
2. Marco teórico	21
2.1 Marco Referencial.....	21
2.1.1 Cesárea: tendencias y resultados.....	21
2.1.2 Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia	21
2.1.3 Infección del sitio quirúrgico post cesárea.....	22
2.1.4 Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales	23
2.1.5 La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería.....	24
2.2 Marco Contextual.....	25
2.2.1 Antecedentes	25

2.2.2	Ubicación del Hospital San Vicente De Paúl.....	26
2.2.3	Infraestructura.....	26
2.2.4	Talento Humano.....	27
2.3	Marco Conceptual.....	28
2.3.1	Historia de la cesárea.....	28
2.3.2	Concepto de cesárea.....	29
2.3.3	Indicaciones de la cesárea.....	30
2.3.4	Complicaciones.....	31
2.3.5	Complicaciones en el recién nacido por cesárea.....	36
2.3.6	Mortalidad materna post cesárea.....	37
2.3.7	Cambios anatómicos y fisiológicos post cesárea.....	38
2.3.8	Cuidados post operatorios.....	39
2.3.9	Conocimientos actitudes y prácticas de autocuidado.....	44
2.4	Marco Legal.....	48
2.4.1	Constitución de la República del Ecuador.....	48
2.4.2	Plan Nacional del Buen Vivir.....	49
2.4.3	Modelo de atención integral de salud (MAIS).....	50
2.5	Marco Ético.....	51
2.5.1	Código de Helsinki.....	51
2.5.2	Ley de derechos y amparo del paciente.....	51
2.5.3	Modelo de autocuidado de Dorotea Orem.....	52
CAPITULO III.....		55
1.	Metodología de la Investigación.....	55
3.1	Tipo de la Investigación.....	55
3.2	Diseño de la Investigación.....	56
3.3	Localización y ubicación del estudio.....	56
3.4	Población.....	56
3.4.1	Criterios de inclusión.....	57
3.4.2	Criterios de exclusión.....	57
3.5	Métodos.....	57
3.6	Técnicas e instrumentos.....	58
3.7	Variables.....	58
3.8	Procedimiento.....	58
CAPITULO IV.....		60
4.	Resultados de la investigación.....	60

CAPITULO V.....	74
5. Conclusiones y recomendaciones	74
5.1. Conclusiones	74
5.2. Recomendaciones	76
BIBLIOGRAFÍA.....	77
ANEXOS.....	81

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1: Población distribuida por Edad.....	60
Gráfico 2: Población distribuida por estado civil.....	61
Gráfico 3: Población distribuida por Identificación étnica	62
Gráfico 4: Número de Hijos de las pacientes realizadas la cesárea en el Hospital San Vicente de Paúl	63
Gráfico 5: Población distribuida por Escolaridad	64
Gráfico 6: Según sus conocimientos, los signos de alarma reconocidos por las pacientes post cesárea atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl son:	65
Gráfico 7: Higiene General: según el conocimiento de las mujeres post cesárea, en cuanto tiempo consideran correcto que se debe de tomar un baño.	66
Gráfico 8: Según su conocimiento, consideran necesario el uso de faja la mujer post cesárea atendida en el Hospital San Vicente de Paúl.....	67
Gráfico 9: Según su conocimiento, qué tipo de alimentación consume las pacientes post cesárea en su domicilio.....	68
Gráfico 10: Tiempo en el cual la mujer post cesárea consideran propicio para la recuperación del proceso quirúrgico, relacionado con la edad	69
Gráfico 11: Según prácticas de las mujeres post cesárea, con que creen que es correcto bañarse.	70
Gráfico 12: Según las prácticas de las mujeres post cesárea en el hogar cuantas veces cree que se debe limpiar la herida quirúrgica.....	71
Gráfico 13: Dentro de las prácticas realizadas por las pacientes post cesáreas, que utilizan para la limpieza de la herida quirúrgica	72
Gráfico 14: Tiempo en que la mujer post cesárea consideran correcto realizar actividad física.	73

RESUMEN

Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado post cesárea en pacientes atendidas del Hospital San Vicente de Paúl, diciembre 2016- febrero 2017

Sandoval Simbaña Magaly Lizbeth

Universidad Técnica del Norte, Carrera de Enfermería

smagalylizbeth@yahoo.com

La cesárea es una epidemia mundial que va en aumento, la cual se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad materna, el incremento de esta intervención ha sido motivo de estudios debido al índice de tener posibles complicaciones durante y después del procedimiento. Dentro de las principales causas es la falta de conocimientos. El objetivo principal de esta investigación es determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado post cesárea en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl; se realizó la investigación con un diseño no experimental, cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y analítico. Se utilizó como instrumento la encuesta con 14 preguntas, las cuales fueron aplicadas a 64 mujeres que se encontraban internadas en el hospital. Como resultados se establece que, dentro de los conocimientos que poseen las pacientes post cesárea, solo reconocen a las complicaciones referentes a la herida quirúrgica como signo de alarma, dejando de lado otros como fiebre, dolor abdominal, cefalea y el sangrado vaginal; en lo referente a la “dieta” que no es más que el cuidado general post parto en un determinado tiempo, las pacientes establecen diferentes preferencias en lo que concierne al periodo de práctica. Dentro de las prácticas de la limpieza de la herida quirúrgica, existe un desconocimiento por parte de las pacientes post cesárea, refieren que se debe realizar varias veces al día, con la utilización de soluciones que según normas establecidas no están permitidas como es el uso de alcohol, o no son recomendadas como el agua de plantas medicinales; en lo referente a la actividad física, describen que se debe realizar después de 24 horas, sin tomar en cuenta las condiciones en las que se encuentran. Debido a estos resultados el aporte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte, con la elaboración de la Guía de prácticas saludables de autocuidado, aportara a las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl, para la construcción de conocimiento, con lo que se espera bajar los índices de complicaciones post cesárea.

Palabras calves: Cesárea, cuidado, conocimiento, actitudes, prácticas

SUMMARY

Knowledge, attitudes and practices of post-caesarean self-care in patients treated at “San Vicente de Paúl” Hospital, December 2016, February 2017

Sandoval Simbaña Magaly Lizbeth

“Técnica del Norte” University, Nursing Career

smagalylizbeth@yahoo.com

Caesarean is a very common procedure increasing worldwide, which has been associated with a high level of maternal morbidity and mortality the increase of this intervention has been a reason for this study due to the rate of possible complications during and after the procedure. The lack of knowledge is one of the main causes and the principal objective of this research is to determine knowledge, attitudes and practices of post-caesarean self-care in patients treated at “San Vicente de Paúl” Hospital; it was a non-experimental, quantitative, descriptive, cross-sectional and analytical research. The survey had 14 questions, which was applied to 64 women who were hospitalized at the hospital. As results of the study, it was established that post-caesarean patients only recognize the complications related to surgical wound as a sign of alarm, leaving aside others such as: fever, abdominal pain, headache and vaginal bleeding; in relation to the "diet", is no more than general postpartum care during a determinate time, patients establish different preferences regarding to this time. Within the practice of the surgical wound cleaning, there is a lack of knowledge about this, they said, that it must be done several times a day, according to established norms, these are not allowed or they are not recommended, such as water of medicinal plants; in regard to physical activity, they describe that it should be done within the first 24 hours, regardless of the conditions in which they are. Due to these results, the contribution of the Nursing Career of the “Técnica del Norte” University with the development of the Healthy Self-Care Practices Guide, will contribute to the patients care in the Gynecology service at “Hospital San Vicente de Paúl” Hospital, to build knowledge, it is expected to lower the rates of post-caesarean complications.

Keywords: Caesarean section, care, knowledge, attitudes, practices

TEMA

Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado post cesárea en pacientes atendidas del Hospital San Vicente de Paúl, diciembre 2016- febrero 2017

CAPITULO I

1. El problema de la Investigación

1.1 Planteamiento del problema

La cesárea es una epidemia mundial que va en aumento, se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad materna, generalmente con beneficios no cuantificados para el feto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la tasa de nacimientos por cesárea en un país debe de estar en un rango del 5 y 15% del total, si este porcentaje está por debajo del 5% indica inaccesibilidad a la cirugía; mientras que una tasa mayor del 15% señala un abuso del porcentaje no sustentado por indicaciones médicas (1).

Actualmente en los países más desarrollados existe un aumento creciente en el porcentaje de cesáreas. Tan sólo en los Estados Unidos de América (EUA) el porcentaje de nacimientos por vía abdominal fue del 31.1%, con un incremento del 50% en la última década, en Europa se reporta una incidencia de 21%. En los países emergentes como China, la cesárea representa un porcentaje cercano al 40% de los nacimientos, de manera semejante a Corea del Sur.

En países de América Latina el porcentaje de cesáreas se sitúa alrededor del 38,9% durante el año 2015, en 12 de 19 países examinados excedió el porcentaje máximo recomendado por la OMS, aproximadamente cuatro de cada diez partos son por cesárea, cifras que superan al ideal de uno de cada diez; Chile tiene el mayor porcentaje de cesáreas con el 40%, mientras que en Brasil alcanzan una proporción del 77%, México no es ajeno a este incremento, 46% respecto al total de nacimientos.

En el Ecuador, según datos del Ministerio de Salud Pública durante el año 2015, el parto único por cesárea representó el 48,97% del total de nacimientos que se dieron ese año. El mayor porcentaje de cesárea (> 50%) se reportaron en las provincias de El Oro, Guayas, Los Ríos y Manabí. En la provincia de Imbabura representa el 31,09%

del total de partos (2). Dado que la operación se realiza con tanta frecuencia, es probable que cualquier intento para reducir los riesgos asociados a ella, contribuyan beneficios significativos en cuanto a costos y mejores resultados de salud para las mujeres. Se estima que la cesárea lleva un alto riesgo de mortalidad materna 6 veces mayor al parto vaginal y que la mortalidad peri natal en las cesáreas suele ser casi el doble que en los partos vaginales.

Los partos por cesárea se están convirtiendo en un método más utilizado tanto a nivel mundial como en el país, esta operación abarca un sinnúmero de complicaciones que se pueden presentar posteriormente de realizarse la misma; se ha reportado que la frecuencia de infecciones en partos vaginales es de 1.3%, cifra que contrasta con 15% observado entre mujeres con cesárea. Siendo la infección del sitio quirúrgico la complicación más frecuente que se presenta en estos casos se debe tomar mucho en cuenta, ya que es una complicación seria y una causa importante de morbilidad postparto, estancia hospitalaria prolongada y genera mayores gastos de atención (3).

Entre los factores que han sido señalados como propicios para el desarrollo de infección post cesárea están un mal cuidado por parte de las pacientes y la escasa educación que se da dentro de los centros hospitalarios sobre su cuidado, de manera que es necesario establecer medidas que garanticen una atención de calidad, con el fin de reducir complicación post cesárea. La infección de la herida no es la única complicación vinculada a la cesárea. La dehiscencia de ésta puede provocar hemorragia postparto o ruptura uterina, la endometritis también ha sido asociada con la práctica de cesárea. Dentro de las complicaciones que se pueden presentar la mayoría se pueden prevenir con los cuidados brindados por el personal de salud, además de los que debe poner en práctica la mujer luego del alta hospitalaria.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado post cesárea en pacientes atendidas del Hospital San Vicente de Paúl?

1.3 Justificación

El incremento de la cesárea, que constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada, ha sido motivo de estudios debido al aumento en el porcentaje recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). A nivel mundial la cesárea es realizada en un alto porcentaje de embarazadas, en Estados Unidos se reporta un 31,1%, en Europa un 21%; en Latinoamérica (Chile, Brasil y México) el porcentaje se sitúa alrededor del 38,9%, en Ecuador el parto por cesárea representó el 48,97%.

Teniendo en cuenta que el incremento de la cesárea comenzó a generar un aumento en la morbilidad y mortalidad materna, debido al índice de presentar complicaciones durante y después del procedimiento, se tiene que implementar un plan especial sobre las acciones que se pueden realizar con el fin de tratar a las pacientes y prevenir cualquier tipo de complicación, ya que se consideran como algunas causas la falta de conocimiento, la práctica de hábitos no saludables basados en creencias de las propias pacientes al no tener el acceso a una información adecuada sobre su condición y el cuidado de la herida quirúrgica, la prevención se puede lograr a través de la educación para implementar prácticas saludables que ayuden al mejoramiento y rápida inserción de las madres a sus actividades diarias.

Las principales beneficiarias de esta investigación son las mujeres que han sido realizadas la cesárea; se tiene como fin identificar el nivel de conocimiento de las pacientes realizadas la intervención quirúrgica y los cuidados que deben tener después de este procedimiento, centrándose en las creencias o posibles prácticas de salud propias de las pacientes sobre la cesárea, además de implementar buenas prácticas a través de la promoción de la salud.

En este proceso el personal de salud, en especial el de enfermería que se encuentra en contacto directo con la paciente en todo su proceso de recuperación tiene que estar a cargo de esta función, tanto a nivel intrahospitalario como en el trabajo extramural, verificando los conocimientos sobre hábitos y prácticas saludables, respetando la medicina ancestral.

La investigación está fundamentada legalmente por la Constitución del Ecuador, en el cual se hace referencia a los enunciados sobre salud en los artículos 32, 358, 360 y 363; además del Plan Nacional del Buen Vivir con el objetivo 3 y el Modelo de Atención Integral de Salud.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado post cesárea en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Conocer las características sociodemográficas de las pacientes intervenidas de cesárea en el Hospital San Vicente de Paúl.
- Identificar los conocimientos sobre autocuidado post cesárea.
- Detallar las actitudes y prácticas de las pacientes que facilitan o limitan el proceso de recuperación.
- Difundir prácticas saludables a través de una guía de capacitación dirigida a la mujer post cesárea.

1.5 Preguntas de la investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes intervenidas de cesárea en el Hospital San Vicente de Paúl?

¿Cuáles son los conocimientos sobre autocuidado post cesárea?

¿Cuáles son las actitudes y prácticas de las pacientes que facilitan o limitan el proceso de recuperación?

¿Para qué difundir prácticas saludables dirigida a la mujer post cesárea?

CAPITULO II

2. Marco teórico

2.1 Marco Referencial

2.1.1 Cesárea: tendencias y resultados

Se realizó un estudio en el año 2014 en la ciudad de México con el objetivo de establecer estrategias para disminuir el índice de cesáreas en una población y así también disminuir la morbilidad y mortalidad materna. El autor del estudio Joaquín Ruiz realizó una revisión bibliográfica actual sobre el proceso que se lleva a cabo en la toma de decisiones con respecto a la vía de nacimiento y llegó a la conclusión de que la cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo en mujeres que se encuentran en edad reproductiva; sin embargo, aún existe discusión en cuanto a las indicaciones de la misma. Las entidades con mayor presencia internacional no han conseguido unificar el criterio de los médicos en relación con cuándo indicar la vía abdominal para la finalización del embarazo; esto ha provocado un aumento en la práctica de la cesárea, situación que se ha acentuado en los últimos años. Es de vital importancia el establecimiento de criterios precisos para la indicación de una cesárea, como también determinar con claridad los beneficios y el riesgo de esta intervención que permitan tener un sustento más amplio que soporte su indicación como primera elección (1). En relación con este estudio, los resultados demuestran que existen un porcentaje de mujeres entre la edad de 15 a 35 años que se han realizado la cesárea, que corresponde a una de las indicaciones maternas que determinan la vía de nacimiento.

2.1.2 Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia

Se realizó una investigación en el año 2015 en la ciudad de México con el objetivo de describir y precisar diversas características históricas y éticas con relación a la cesárea,

se ejecutó una revisión sistemática señalando algunos aspectos referentes a su comportamiento epidemiológico, siendo este último una problemática de actualidad y de suma importancia que debe tratarse de forma integral, se ha dado prioridad a la prevención e identificación de los factores que hacen posible el crecimiento en las tasas de incidencia. Según el autor de la investigación Gerardo Martínez, hoy en día, esta “epidemia” reporta tasas que superan el 50%, causa por la cual se ha considerado un problema de salud pública a nivel mundial. Consecuentemente, en distintos países como en México se han implementado estrategias que ayuden a su disminución, no obstante, los factores económicos, socioculturales, médico-legales y biomédicos son aspectos que dificultan disminuir las tasas de cesárea. En la proporción en que se reduzca el porcentaje de cesárea en pacientes primigestas, disminuirá secundariamente el número de cesáreas interactivas y sus complicaciones asociadas, meta que debe alcanzarse por medio del apego a las guías que promueven el interés por la vigilancia y atención del parto en las instituciones de salud de los países (4). Las tasas de cesárea realizadas en Ecuador siguen en aumento, en lo referente a el número de hijos de las pacientes del estudio, se demuestra un porcentaje alto en mujeres primíparas, lo que contrasta con las recomendaciones de reducir las cesáreas en pacientes primigestas.

2.1.3 Infección del sitio quirúrgico post cesárea

Durante el año 2014 y 2015 se realizó un estudio descriptivo y transversal con una población de 21 mujeres cesareadas, que presentaron infección del sitio quirúrgico, ingresadas en el Hospital Gineco obstétrico Dra. "Nelia Irma Delfín Ripoll" de Palma Soriano, provincia de Santiago de Cuba, con el fin de caracterizarles según variables seleccionadas. En la serie predominaron el grupo etario de 20-29 años, la anemia (66,6 %) y la obesidad (42,8%) como principales factores de riesgo, la cirugía urgente limpia contaminada (76,1%), así también el *Staphylococcus aureus* y la *Escherichia coli* como los organismos más aislados; asimismo, se utilizaron combinaciones de antibióticos de primera línea con resultados favorables en todas las pacientes. El autor del estudio Norlan Frias concluye que la presencia de factores de riesgo y la identificación de bacterias como agentes causales importantes, exige mantener una vigilancia epidemiológica permanente para disminuir complicaciones como son infecciones del

sitio quirúrgico en estas pacientes (3). Se plantea que la infección del sitio quirúrgico es una de las principales complicaciones de las pacientes realizadas la cesárea, estos son eventos adversos, que incrementan considerablemente los costos. Cerca de la mitad de las infecciones de la herida quirúrgica se presentan durante la primera semana después de la cirugía, por lo que un porcentaje significativo se manifiesta cuando ya la paciente ha dejado el hospital. El conocimiento sobre los signos de alarma en estos casos es fundamental, en los resultados del estudio se evidencia que la mayoría de las pacientes conoce sobre las infecciones, sin embargo, tienen un conocimiento deficiente sobre los signos de alarma.

2.1.4 Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales

En el año 2013 en Colombia se realizó un estudio que tiene como objetivo describir el significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio, a partir de sus prácticas y creencias. El estudio tiene un abordaje cualitativo de tipo etnográfico, realizado en Tunja, en el que participaron ocho puerperas con parto normal y cuatro informantes generales, entre profesionales de enfermería y familiares de las puerperas. Los datos fueron analizados utilizando la guía de cuatro pasos de etno enfermería de Leininger, y por medio de esta se identificaron códigos, patrones recurrentes, y temas principales. La autora del estudio Brigitte Prieto llegó a la conclusión de que el significado que le asigna la madre al cuidado cultural en el puerperio a partir de sus prácticas es diverso y está representado en cada uno de los cinco temas que emergieron del estudio: el poder secreto de las plantas, el peligro de la recaída, descubriendo el mundo de su hijo, el cuidado de sí misma y alimentos protectores. Los factores de la estructura social que tuvieron mayor influencia corresponden a las creencias, valores culturales y estilos de vida; así como el factor social de parentesco. (5). En relación con el estudio se toma en cuenta las creencias y prácticas presentes en la mujer durante el puerperio, esto permite fomentar efectivamente las intervenciones de cuidado encaminadas a garantizar el bienestar y

mejorar la adaptación del binomio madre-hijo., enfocándose en los aspectos más importantes y en donde se encontró mayor problema.

2.1.5 La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería

El estudio se realizó en el año 2014 en Colombia con el objetivo de reconocer y analizar las necesidades de la mujer en post parto, como base para la construcción de herramientas para la planeación del cuidado y auto cuidado de la diada, que fomenten la activación del rol maternal y la disminución de la morbimortalidad materno perinatal; a partir de la revisión sistemática e integrativa de literatura científica. Se realizó una revisión de bases de datos, se seleccionaron 70 artículos y se realizó la lectura exploratoria para la selección de textos para el análisis. A partir de la revisión y como herramienta para la planeación del cuidado y auto cuidado de la diada se propone una intervención de enfermería que concluyen en la falta de estructuración, desarrollo y aplicación del programa post parto donde las instituciones de salud no cuentan con programas post parto que realicen seguimiento activo y favorezcan la correcta evolución del puerperio mediante la educación para la salud y detección precoz de las situaciones de riesgo para la madre, el recién nacido y el proceso de convertirse en madre. Como conclusión Claudia Moreno autora de la investigación plantea que enfermería debe estructurar intervenciones sustentadas en teoría disciplinar que permitan actuar sobre las necesidades de la mujer en post parto a partir del apoyo social que hace referencia a la cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (enfermería) que la proporcionan, el cual permitirá brindar cuidado humanizado, individual, personalizado de reciprocidad a la mujer, recién nacido, pareja y/o familia como medio para disminuir la morbi-mortalidad al mejorar su calidad de vida (6). Dada la importancia que tiene para las mujeres el periodo de post parto, se pone en práctica diferentes costumbres. Según los resultados del estudio, todavía se toma en cuenta prácticas como la “dieta” o el uso de la faja, además de aquellas que pueden poner en riesgo la vida de la madre, por estas razones se debe fortalecer prácticas seguras y aclarar conceptos específicos de algunas de estas.

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Antecedentes

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura. Tiene una trayectoria formal y bien definida en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca a nuestra provincia, principalmente, y parte de las provincias de Esmeraldas, Carchi y Pichincha, es un hospital de referencia y contra referencia.

En la madrugada de 1868, Ibarra fue destruida por un terrible terremoto, por la actitud y la fuerza de voluntad del Doctor Gabriel García Moreno, es reconstruida la Ciudad de Ibarra y el Hospital de Ibarra es reconstruido bajo los planos del Hermano Benito Aulin, de las escuelas cristianas, con el nombre de Hospital San Vicente De Paúl, entidad que fue considerad en su época como uno de los mejores de América. Este edificio antiguo que se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas de la ciudad de Ibarra, en la actualidad es utilizado como centro de educación Superior de la Universidad Técnica del Norte.

En el año 1979, se comienza a conversar del nuevo edificio del Hospital, entre los legisladores y autoridades del Hospital de esa época, y se coloca la primera piedra el 23 de enero de 1981, después de 10 años de intenso trabajo, el 23 de abril de 1991 es inaugurado el nuevo edificio del Hospital durante la Presidencia del Doctor Rodrigo Borja y siendo director del Hospital el Doctor José Albuja, siendo un hito de gran relevancia para la comunidad de las provincias del norte del país (7).



Fuente: Página web Hospital San Vicente de Paúl

2.2.2 Ubicación del Hospital San Vicente De Paúl

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura misma que está ubicada en la región Sierra Norte del Ecuador, limita con las provincias de Esmeraldas al Noreste, con Carchi al Norte, y al Sur con la provincia de Pichincha. Pertenece al Cantón Ibarra, parroquia El Sagrario, al suroeste de la ciudad de Ibarra entre las calles Luis Vargas Torres y Luis Gómez Jurado

2.2.3 Infraestructura

El hospital San Vicente De Paúl cuenta con un edificio de aproximadamente 15.000 metros cuadrados distribuidos en cinco pisos, cuenta con 344 camas, es un hospital de referencia y contra referencia, calificado en el segundo nivel de atención. En la planta baja funcionan los servicios de Emergencia, Consulta Externa, Estadística, Trabajo social, Laboratorio, Imagenología, Rehabilitación, Dietética y nutrición, farmacia, información. En el primer piso se encuentra el área administrativa, centro quirúrgico, esterilización y terapia intensiva. En el segundo piso funciona ginecología, centro obstétrico y la unidad de neonatología. En el tercer piso cirugía y traumatología. En el cuarto piso medicina interna, la unidad de docencia y endoscopia. En el quinto piso pediatría y auditorio.

Dentro de estos servicios se encuentra el área de ginecología el cual se encarga de prestar servicios a las mujeres, teniendo como objetivo procurar la más alta calidad de servicios en el área desde el punto de vista científico, tecnológico, humano, a fin de educar, prevenir y recuperar la salud de las usuarias.

2.2.4 Talento Humano

El Hospital San Vicente de Paúl cuenta con 66 médicos residentes, 67 médicos generales, 56 especialistas y 136 profesionales de enfermería; entre el personal de salud y administrativo, esta casa de salud trabaja con un total de 627 personas.

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 Historia de la cesárea

El origen de la cesárea, no son del todo conocidos, se reportan los primeros casos en el siglo XV D. C. En Roma a los recién nacidos por cesárea se les llamaba caesares, pero el verdadero origen de su nombre ha sido objeto de múltiples y discutibles versiones. La más popular se desprende del nacimiento de Julio César, quien fue nombrado así debido al útero dividido de su madre, que quiere decir cortado (4).

La historia de la obstetricia se encuentra relacionada a una de las operaciones quirúrgicas más antiguas que se conoce y en la actualidad es una de las más frecuentes en el campo de la obstetricia. Por su etimología, el nacimiento por corte de las paredes abdominales viene del verbo latino caedere que significa cortar. A los recién nacidos por esa vía se les llamaba casones, precisamente debido a la indicación de la operación. Desde la antigüedad se puede apreciar de qué este tipo de intervenciones eran comunes ya que incluso los niños nacidos por este método se les reconocían como Caesones haciéndonos pensar que se realizaban con mucha frecuencia.

La cesárea en la antigüedad tenía éxito en la mayoría de los casos en los que se practicó a pesar de las limitaciones, de los pocos estudios que se tenían en la época, y de las creencias de la población que muchas veces estaban en contra de esta práctica. Durante esta época no había anestesia; la incisión solía hacerse en el abdomen por fuera de los músculos rectos, en el sitio hacia el que se rotara el útero, con el fin de proteger la vejiga además de que el recién nacido se extraía por los costados de la madre.

Existen antecedentes de fines de 1700 y comienzos de 1800 de cesáreas realizadas en casos de partos difíciles con el objeto de intentar salvar las vidas de madre e hijo, sin embargo el éxito de este procedimiento eran extremadamente bajas. Sólo estaba de acuerdo con la cesárea si es que la madre había muerto y, sobre su pensamiento, Burton escribió en su libro: “Negarse a salvar a una persona cuando está en tu poder es facilitar la muerte, en este caso facilitar la muerte de dos personas es imperdonable (8).

La cesárea se convirtió en la técnica ideal en el siglo XX que, junto con la introducción de los antibióticos, las transfusiones sanguíneas y la anestesia segura, permitieron disminuir dramáticamente la tasa de mortalidad materna. Las medidas claves en la reducción de la mortalidad fueron:

- Acogida de los principios de la asepsia.
- La introducción de la sutura uterina por Max Sänger en 1882.
- Cesárea extra peritoneal (extracción quirúrgica del feto a través de una incisión en el segmento inferior del útero, sin penetrar en la cavidad peritoneal) y después mudanza a la incisión transversal baja (Krönig, 1912).
- Avances en la anestesia, transfusión de sangre y el uso de antibióticos.

Todas estas medidas fueron adoptadas por seguridad tanto de la madre como la del recién nacido, y así se fue optimizando cada vez más con los diferentes estudios y avances médicos la técnica para reducir las muertes y las complicaciones que tanto afectaban, convirtiendo a la cesárea en una de las operaciones obstétricas más usadas en la actualidad.

2.3.2 Concepto de cesárea

La cesárea es un procedimiento que permite el nacimiento del feto y la extracción de anexos ovulares a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), cuando este se dificulta por vía vaginal (4).

Se considera que la cesárea solo se realiza en casos en los cuales la vida del feto como de la madre están en peligro, otros autores también consideran que otro factor muy importante para la realización de la cesárea es en los casos en los cuales no se puede dar un parto normal o están contraindicado el mismo por diferentes causas tanto maternas como fetales. Además de que un punto muy importante es la edad gestacional la cual tiene que ser más de 28 semanas para ser considerada como una cesárea de lo contrario se considerara como otra intervención quirúrgica.

2.3.3 Indicaciones de la cesárea

Cuando se considera la decisión de una operación cesárea, se debe discutir con la paciente sobre los riesgos y beneficios de esta, comparados con el parto por vía vaginal. Las indicaciones para realizar el procedimiento de cesárea se categorizan atendiendo a criterios de absolutas y relativas (9).

- Causas absolutas

Incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo-parto o asociadas a la gestación que la medicina evidencial ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal y no realizarse la cesárea en el tiempo requerido. Como ejemplo placenta previa, desproporción cefalopélvica (10).

Se consideran absolutas ya que en el caso de no realizarse se pone en peligro la vida tanto materna como fetal y tiene que ser considerada como una intervención urgente que se tiene que realizar en el menor tiempo posible

- Causas Relativas

Se incluyen las patologías en las cuales se necesitan condiciones de atención (infraestructura, recurso humano, apoyos diagnósticos, etc.) que, en el caso de no contar con ellas, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal. Como ejemplo tenemos trastornos hipertensivos del embarazo (THE), distocias de rotación (DR), detención de la dilatación, descenso de la cabeza y fracaso de la inducción (11).

Entre las indicaciones más comunes para realizarse la cesárea se encuentran paciente padece VIH, tiene hasta 2 cesáreas previas, situación transversa, distocia de la presentación pélvica, placenta previa total o parcial, antecedente de cirugía uterina, cardiopatía clase III y IV, estado fetal inestable, hidrocefalia fetal, malformaciones,

fetales que no permiten parto vaginal, embarazo gemelar, primer gemelo pélvico, herpes genital activo, tumor que obstruya el canal de parto, cerclaje vía abdominal, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (12).

2.3.4 Complicaciones

La cesárea es una de las operaciones que conlleva una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y XX con el uso de la anestesia, la cuidadosa asepsia y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente. En la actualidad se trata en lo posible disminuir la tasa de mujeres cesareadas, pero en los casos que se requieren también se pone sumo cuidado en prevenir las complicaciones que son unas de las causas de muertes maternas más comunes. La cesárea es una intervención importante ya que esta ayuda a disminuir la morbilidad y mortalidad tanto de la madre como del recién nacido (13).

Ningún proceso quirúrgico es 100% seguro, aun si contamos con toda la experiencia médica a través de los años. Resulta de vital importancia reducir al mínimo las agresiones al binomio materno-fetal. Todas las complicaciones maternas son mayores en la cesárea que en el parto (hemorragia que necesite histerectomía, complicaciones anestésicas, paro cardíaco, tromboembolismo e infección puerperal mayor) (14)

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma trans operatorias y Postoperatorias.

- Complicaciones trans operatorias

El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre un 1 y un 2 %. Se presentan con mayor frecuencia en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas. Durante este procedimiento las complicaciones pueden ser de causa materna, anestésica o fetal (15) :

Maternas: se pueden presentar hemorragias, lesiones intestinales, lesiones de vejiga y/o uréteres y embolismo del líquido amniótico.

Anestésicas: se presentan complicaciones respiratorias (hipoventilación, depresión, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción y paro) y cardiovasculares (hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia y paro). Por eso, los médicos deben conocer los aspectos específicos de este manejo anestésico. La estrategia anestésica depende, evidentemente, de las características maternas y obstétricas, pero principalmente del grado de urgencia de la cesárea (16).

Fetales: como son traumas, muerte súbita, broncoaspiración y depresión.

No obstante, este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto para prevenir las hemorragias que son muy comunes causando una gran incidencia de muertes maternas durante la intervención.

- Complicaciones post operatorias

En las complicaciones que se dan después de la operación se pueden presentar:

Complicaciones infecciosas

Luego de la cesárea, la complicación más común es la infección que se presenta en alrededor de 19,7 %, con un riesgo entre 5 a 10 veces mayor que en un parto vaginal. A pesar de los avances de la ciencia y el conocimiento de los factores de riesgo, del empleo de modernos y potentes antibióticos, la infección puerperal es una de las principales causas de morbilidad; debido a esto, es necesario establecer parámetros que garanticen una atención de calidad, con el fin de reducir la infección post cesárea (3).

Las mujeres que reciben antibióticos inmediatamente antes, durante o después de una cesárea, tienen menos probabilidades de desarrollar una infección uterina y de la herida. Todas estas medidas deben ser seguidas correctamente ya que así se disminuye el riesgo de una infección postoperatoria, como son la profilaxis con ayuda de medicamentos, usando la técnica apropiada y sobre todo con todas las normas de asepsia (17).

Entre las complicaciones infecciosas más frecuente se puede encontrar:

- Endometritis: La endometritis postparto comprende la inflamación del revestimiento endometrial del útero, que además del endometrio, también puede implicar el miometrio y ocasionalmente los parametrios. La infección del endometrio se produce por el ascenso de gérmenes a través del tracto urogenital bajo (18).

El caso de Endometritis aumenta cuando se realiza una cesárea especialmente después de un trabajo de parto o ruptura prematura de membranas seguida de trabajo de parto prolongado. Si a estas condiciones se le suman otras como la presencia de vaginitis o vaginosis, en la cual se pueden arrastrar microorganismo hacia el ambiente uterino, la probabilidad de endometritis se incrementa hasta 15 veces en comparación con el parto vaginal (19).

- Infección del tracto urinario: Su frecuencia de 2-16%. En todos los casos que se tiene, además de que puede ser una patología anterior ya que las infecciones del tracto urinario son muy comunes en las mujeres embarazadas.

Las causas son cateterización uretral y el sondaje vesical continuo durante la intervención y las primeras horas del postoperatorio. También guarda relación con los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación (hidronefrosis fisiológica con aumento de orina en la pelvis renal) normalmente deben desaparecer a las 2 semanas del parto. Esta no es una complicación muy grave, sin embargo, tenemos que prestarle atención ya que

las molestias causada por esta puede ser muy alta y si no es tratada a tiempo puede acarrear a otra complicación más grave con el tiempo.

- Infección de la herida quirúrgica: Se plantea que la infección del sitio quirúrgico es una de las principales complicaciones de las pacientes expuestas a cesárea, cuya incidencia oscila entre 1,46-30 % de las operaciones, según el país de que se trate (3).

Se ha descrito que el riesgo de infección de la herida quirúrgica es muy variable y depende del procedimiento quirúrgico y de la presencia de diferentes factores, entre los cuales deben considerarse aquellos con significación en el desarrollo de una infección, tales como la obesidad, que está asociada a trastornos circulatorios, mayor tiempo quirúrgico y problema en la cicatrización de la herida; la anemia presentada durante la gestación que provoca alteración del sistema inmunológico, y la hiperferremia causada por el tratamiento temprano con hierro, que satura la transferrina sérica e incrementa el hierro libre, que es usado por la bacteria y promueve mayor supervivencia. Otro de los factores es el sangrado intraoperatorio, que actúa como agente irritante y favorece la proliferación de microorganismos.

Los cuidados son muy importantes sobre todo del personal de salud para actuar rápidamente ante un signo de infección de la herida reconociendo rápidamente los mismo y actuando de una manera apropiada frente al caso.

Complicaciones Hemorrágicas

En relación con la hemorragia puerperal, las mujeres sometidas a cesárea tienen 3,1% más probabilidades de sufrir la pérdida de sangre mayor de 1000 ml y tienen 2,9% más probabilidades de ser trasfundidas (13).

Como definición de hemorragia post parto se puede decir que es la pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la

pérdida del 50% del volumen), puede presentarse durante la etapa del embarazo o puerperal, que supera los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea (20).

Pueden estar causadas por inercia uterina (el útero no se contrae), retención de restos placentarios, desgarros del cuello del útero, endometritis, miomas submucosos (tumores benignos, que se originan en la capa muscular del útero). Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida de sangre que un parto por vía vaginal. La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Aumentando los casos notablemente en los casos de cesárea.

Por su tiempo de aparición distinguimos entre:

- Hemorragia post parto precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto.
- Hemorragia post parto tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto.

Complicaciones tromboembólicas

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Son poco frecuentes, entorno al 0'52%, pero continúan siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países. En el período posparto, la cesárea constituye el factor de riesgo fundamental, pues esta cirugía incrementa las pérdidas sanguíneas y el daño endotelial, es 9 veces mayor la probabilidad de enfermedad tromboembólica venosa cuando se realiza la cesárea (21).

El embarazo lleva un aumento del riesgo trombótico venoso, debido a la presencia de los 3 elementos de la triada de Virchow: hipercoagulabilidad (aumentan los factores de coagulación I, II, VII, IX, X y disminuye la fibrinólisis), lesión del endotelio

vascular durante el parto (tanto vaginal como cesárea) y estasis venosa producido por un aumento de la capacidad venosa unido a una disminución del flujo sanguíneo venoso por compresión del útero gravídico (22).

Actualmente con la profilaxis tromboembólica utilizada en todas las pacientes que son sometidas a una cesárea, el riesgo de accidente tromboembólico ha disminuido notablemente. No obstante, sigue siendo una causa de mortalidad materna, a veces, difícil de prevenir.

2.3.5 Complicaciones en el recién nacido por cesárea

La incidencia de nacimientos por medio de cesárea ha aumentado significativamente en los últimos años. Una de las razones es debido al incremento de la práctica de cesáreas sin indicación médica o por petición de la madre. La cesárea, aun electiva y hecha en embarazos a término, implica mayores riesgos y complicaciones que afecta tanto a la madre como al niño y no debe ser ofrecida como una vía de nacimiento más segura que el parto vaginal. La morbilidad neonatal más significativa relacionada a la cesárea está dada por las complicaciones respiratorias que se presentan, con una severidad variable que va desde procesos benignos de taquipnea transitoria a casos graves de insuficiencia respiratoria hipóxica y muerte. Existe evidencias consistentes de que la prevención de cesáreas electivas antes de las 39 semanas puede reducir los riesgos neonatales relacionados con esta vía de nacimiento (23).

El aumento mundial de las cesáreas no se ha acompañado de una mejoría de los índices de mortalidad perinatal. Un estudio comparativo sobre pronóstico perinatal en hospitales con tasas altas y bajas de cesáreas documentó que las bajas tasas de cesáreas no estuvieron relacionadas con un aumento de la mortalidad perinatal. Se debe mencionar que más de dos tercios de las muertes perinatales ocurren antes de las 38 semanas de gestación y estas no son prevenibles a través de cesáreas electivas.

La tasa de mortalidad neonatal es 2,4 veces más alta entre niños nacidos por cesárea electiva que en los nacidos por vía vaginal. De hecho, luego de una cesárea existe un

riesgo 2 veces mayor de ingreso a cuidados intensivos, tanto en nacidos de cesáreas electivas como de cesáreas urgentes.

Esta vía del parto también se encuentra relacionada con la aparición de hipertensión pulmonar persistente, edema pulmonar, estrés respiratorio transitorio y broncoaspiración de líquido amniótico meconial. Al examinar la relación que existe entre el tipo de parto y la aparición de síndrome de dificultad respiratoria en el neonato, se evidencia que la cesárea está presente en casi el doble con relación a los partos eutócicos. No cabe duda de que múltiples afecciones maternas, obstétricas, relacionadas con el trabajo de parto y tipo de parto y del propio neonato, constituyen factores de riesgo que incrementan la morbilidad del recién nacido (24).

2.3.6 Mortalidad materna post cesárea

La operación cesárea es un procedimiento razonablemente seguro para la madre y para el feto, sin embargo, ni es inocua, ni sus complicaciones son siempre previsibles o evitables. La mortalidad materna (MM) es una de las grandes preocupaciones dentro de la salud pública y representa un buen indicador para medir la calidad asistencial, indicador que permite, además, establecer las diferencias socioeconómicas entre los países (20).

Las complicaciones más comunes se pueden prevenir con un correcto manejo de la paciente realizada la cesárea, brindándole los cuidados adecuados, sin embargo, la cesárea en si ya es una complicación que tiene la mujer en el parto ya que esta no es una forma natural. En ocasiones es difícil evaluar si la muerte materna tras la cesárea se debe a la intervención o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal, como son patologías que aparecieron en el embarazo o patologías que padecía la madre con anterioridad como es la Diabetes mellitus complicada, Preeclampsia, alteración cardiaca o renal

Actualmente, gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de la volemia, las

complicaciones que llevan con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorragias) son menos frecuentes. Sí es cierto que la mortalidad materna es mayor en el parto por cesárea que en el parto vía vaginal, incluso de 5 a 7 veces superior, pero también esta intervención es de mucha ayuda en pacientes en las cuales es imposible el parto vaginal.

2.3.7 Cambios anatómicos y fisiológicos post cesárea

Se le denomina “puerperio” al período de tiempo que va desde el alumbramiento hasta los 42 días posparto. Durante este período se producen una serie de cambios que hacen que la mujer vuelva a su estado de no gravidez (25).

Clínicamente el puerperio se divide en tres periodos:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.
- Puerperio temprano: incluye la primera semana postparto.
- Puerperio tardío: abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pre gestacional.

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto presentan modificaciones que los retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pre gestacionales.

- Modificación de los órganos genitales

Útero: Después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas. Estas contracciones son esenciales para la hemostasia al comprimir los vasos sanguíneos del lecho placentario y lograr su obstrucción. El resultado de las contracciones fisiológicas es la disminución de peso y tamaño del útero con regresión de su gran masa muscular.

A las 24 horas después del parto, el útero se palpa a nivel del ombligo. En los 10 días siguientes, desciende clínicamente alrededor de un través de dedo por día. Al 5° día del puerperio se palpa a la mitad de distancia entre el ombligo y la sínfisis pubiana. En el 10° día se palpa a nivel de la sínfisis o 1-2 traveses de dedo por encima de ella. Posteriormente no debe palparse por el examen abdominal. El útero regresa a su tamaño normal entre 4 y 6 semanas después del parto.

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

- Peso

En el parto, con la salida del niño/a y la placenta, la pérdida del líquido amniótico y la pérdida insensible, se produce una disminución ponderal de 5 a 6 Kg, la mujer pierde alrededor de 2 Kg durante el puerperio temprano y alrededor de 1.5 Kg por semana en las semanas siguientes.

2.3.8 Cuidados post operatorios

El apoyo a la paciente es muy importante, ya que así se podrá reducir el nivel de estrés por el que está cruzando además de brindar educación para aclarar sus dudas. Dentro de los objetivos de los cuidados de enfermería son fomentar la autonomía del paciente y la readaptación a su medio sin ninguna complicación. La cesárea es un acto quirúrgico que requiere de una recuperación postoperatoria y de una hospitalización más prolongada, generalmente entre dos y cuatro días (5).

Los cuidados de enfermería en el Pre operatorio, Trans-operatorio y Post operatorio, son los que se le proporcionan al paciente desde que ingresa a la unidad del quirófano, durante la cirugía, así como la recuperación sin complicaciones hasta que egresa del centro hospitalario para así poder brindar a la paciente la seguridad que necesita

- Cuidados de la Herida Quirúrgica

Durante las primeras horas después de la cesárea, la paciente puede sentir la zona de la incisión adormecida y adolorida, además de que la cicatriz está ligeramente levantada, edematizada y presenta una coloración más oscura que la piel natural.

Se debe realizar un conjunto de técnicas sobre una herida, considerando la misma desde la valoración y seguimiento, limpieza y aplicación de antisépticos, hasta la colocación del apósito. Estos cuidados son esenciales para prevenir una de las mayores complicaciones como son las infecciones (26). Se realiza lo siguiente:

- No levantar el apósito de la herida quirúrgica durante las primeras 24-48 horas, siempre que sea posible
- Si es preciso levantar el apósito, realizar la cura de la herida con suero fisiológico
- Después de 48 horas, no es necesario cubrir la herida.
- No deben aplicarse antisépticos, ni antibióticos tópicos en la herida quirúrgica.
- Como norma general, los pacientes pueden ducharse a partir de las 48 horas tras la cirugía, limpiándose la herida con agua y jabón.
- Si hubiera signos de sangrado, rotular el área del apósito que esté impregnada de sangre para posteriores valoraciones.
- Vigilar los signos de infección de la herida quirúrgica.
- El apego precoz de la madre con su hijo es muy importante ya que así se creará un vínculo, es muy importante realizarlo lo más pronto posible.

- Control del dolor

El dolor postoperatorio es el que se presenta en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de los dos factores, se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. Su mal control afecta negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional, aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, y se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costes, aumentando el riesgo de desarrollar dolor crónico persistente (27).

El manejo inadecuado del dolor postoperatorio en postparto o post cesárea afecta de forma significativa el bienestar del binomio madre-hijo; esto es debido a que en presencia de dolor: se retrasa la deambulaci3n precoz, adem3s del tiempo de inicio de la ingesta y la ventilaci3n presenta un patr3n restrictivo que condiciona a la acumulaci3n de secreciones. Estas alteraciones, en conjunto, favorecen el desarrollo de complicaciones como lo son el 3leo, atelectasias, neumon3a, tromboembolismos; as3 mismo, la liberaci3n de catecolaminas inhibe la secreci3n de oxitocina, con lo cual la producci3n de leche materna disminuye o se suspende (28).

Todas estas medidas est3n encaminadas a brindar confort a la paciente, para que este lo m3s c3moda posible y a disminuir el nivel de estr3s que puede causar el dolor. Los medicamentos contra el dolor ayudaran a que la paciente se sienta lo suficientemente c3moda para moverse, alimentar y cuidar al beb3.

El medicamento contra el dolor funciona mejor si la paciente lo pide antes de tener un dolor muy intenso. Se requerir3 una menor cantidad de analg3sicos si se adelanta al dolor tomando el medicamento por anticipado. En este caso es obligaci3n del personal de enfermer3a de comunicar con qu3 frecuencia deber3 tomar este medicamento, normalmente cada 3 o 4 horas.

- Nivel de actividad

Es importante cambiar de posición en la cama después de la cirugía. Aproximadamente 10 a 12 horas después de la cirugía, se tiene que ayudar a la deambulación precoz para prevenir complicaciones. Dentro de 18 a 24 horas, la paciente tiene que levantarse y caminar por la habitación y luego por el pasillo. Debido a que la paciente podría sentirse mareada, se debe cuidar de la paciente ayudándola a ponerse de pie o a caminar.

El papel de la enfermera en el cuidado del paciente que fue realizada la cesárea es fundamental para ayudar tanto a la recuperación y para que la persona disfrute de la maternidad normalmente sin ninguna complicación, en este proceso la enfermera cumple una gran responsabilidad ante el paciente ya que tiene que ayudarlo en la administración de medicamentos y también educarlo sobre los cuidados que tiene que tener tanto para sí misma como para el bebé.

Si bien es esencial que después del alta la mujer pase mucho tiempo descansando, también será necesario que camine con frecuencia. Caminar contribuye a la cicatrización de la herida y ayuda a prevenir complicaciones tales como coágulos de sangre. Sin embargo, no debe excederse. Se comienza despacio e incrementar la actividad de forma gradual. Dado que la mujer está recuperándose de una importante cirugía abdominal, los músculos abdominales estarán adoloridos por algún tiempo, evita levantar cosas que pesen más que el bebé durante unas ocho semanas.

En seis a ocho semanas estarás en condiciones de empezar a hacer ejercicio de forma moderada. Podrán transcurrir varios meses hasta que la madre vuelva a tener el mismo estado físico que antes.

- Indicaciones para el alta hospitalaria

Se tiene que educar a la paciente sobre todos los cuidados que tiene que tener en el hogar para evitar posibles complicaciones:

Se recomienda reposo relativo. Régimen liviano de comidas, a tolerancia mientras se amplía gradualmente, además de una dieta balanceada y que ayude a mantener el peso corporal adecuado. Educar sobre el aseo genital frecuente y se informara a la paciente que es permitido el aseo completo con ducha, sin restregar la herida y secarla muy bien luego del baño. Control por el medico después de los 3 días del alta, en el centro de salud. Retiro de puntos en el consultorio a los 7-10 días de operada. Es muy importante comunicar a la paciente que puede acudir al servicio de Urgencia Hospitalario, ante la presencia de alteraciones en su salud (29).

Explicar a la paciente que el dolor y el eritema de una herida operatoria que evoluciona favorablemente siempre van en disminución. En caso contrario y/o ante la aparición de secreción entre los puntos deberá consultar ya sea en su centro de atención primaria o en el servicio de urgencia.

- Signos de alarma

Al ser dado de alta, el médico o la enfermera tienen que informar cuando y donde la paciente tiene que acudir para las revisiones posteriores de la herida (urgencias, centro de salud o consulta externa) (26).

Un sangrado escaso que sólo mancha el apósito es normal. Si la herida comienza a sangrar y no se detiene el sangrado, se tiene que informar a la paciente que puede acudir de inmediato a urgencias. Para el retiro de puntos la paciente puede acudir al centro de salud o consulta externa, en la fecha que el médico indica.

Cuando se observe en la herida alguno de los siguientes problemas o complicaciones se debe acudir rápidamente al médico:

- Separación de los bordes de la herida o pérdida de la sutura.
- Inflamación excesiva: aumento de volumen y enrojecimiento.

- Signos de infección como: aumento del calor, dolor excesivo, aumento de la dureza en la zona, salida de pus por la herida (líquido espeso, verde-amarillento y maloliente).
- Problemas de circulación: piel con coloración blanquecina-violácea, fría y con pérdida de sensibilidad en dedos de las manos o pies.
- Fiebre (mayor de 38°C).
- Si después del primer mes, la cicatriz se enrojece o se engruesa.

2.3.9 Conocimientos actitudes y prácticas de autocuidado

Durante el puerperio, ya sea por parto normal o por cesárea diversos cambios biopsicosociales afectan significativamente la estabilidad de la madre y del recién nacido, etapa que se ha visto influenciado por prácticas y creencias culturales transmitidas de generación en generación. Para el ejercicio de enfermería, conocer los mitos, creencias, valores y significados practicados por la mujer durante el puerperio, permite fomentar efectivamente las intervenciones de cuidado que brinda y que están enfocadas a garantizar el bienestar y optimizar la adaptación del binomio madre-hijo, dentro de su contexto social y cultura (30).

Es así como los cuidados culturales toman en consideración la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyendo la estructura social, visión del mundo, valores culturales, contextos, expresiones lingüísticas y sistemas de cuidado popular y profesional; un aspecto importante para garantizar un cuidado adecuado con la cultura es conocerla, examinarla y reflexionar sobre la influencia que ejerce en el cuidado. Igualmente, poner en práctica los modos de acción (preservar, negociar y reestructurar), permite establecer un diálogo de saberes que conduzca, de manera sensible, a un cuidado culturalmente congruente.

Cada práctica y creencia que influye en los comportamientos de la puerpera en el cuidado de sí misma y de su hijo, están influenciadas por el conocimiento adquirido o aprendido de otras personas y la actitud que muestra a las mismas.

- Conocimiento

El conocimiento es un proceso en el que el sujeto construye y reconstruye la realidad, pero también suponemos que este proceso no solo transforma la realidad, sino también el sujeto cognoscente se ve transformado en este proceso. Son hechos o información adquiridos por un individuo a través de la experiencia o la educación (31).

Antiguamente las prácticas de cuidado en relación al puerperio han tenido una influencia cultural significativa. Así mismo, el cuidador, representado por un integrante de la familia, ya sea el esposo, madre o cualquier familiar cercano, ejerce una gran influencia en este cuidado, ya que ellos tienen un sinnúmero de conocimientos sobre el cuidado que se tiene que tener después del parto.

- Actitud

Un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones (32)

- Práctica

Práctica es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrolla una persona. Las estrategias para la promoción de la salud deben considerar e incluir el aspecto cultural que, además de ser determinante en el proceso salud-enfermedad, permite un mayor acercamiento a la realidad de la mujer durante la fase de puerperio, en los que se evidencia el significado de los cuidados que realiza la puérpera basados en prácticas y creencias adquiridas. Entre las practicas más comunes se encuentra: (33)

Uso de plantas medicinales: Durante el periodo de postparto se ha documentado el amplio uso de plantas medicinales para diferentes fines relacionados con el cuidado de

la madre y el recién nacido. Una de las características en el uso de estas plantas, es que este ocurre por tradición o porque ha sido enseñado de generación en generación, desconociendo muchas veces el efecto específico de estas (34).

- Autocuidado

Este es uno de principales aspectos durante el puerperio, pues la madre practica diferentes cuidados que le permitirán conservar su salud, tanto en la actualidad como en el futuro. El autocuidado son las acciones establecidas en prácticas originarias de la cultura o la ciencia que son realizadas con total libertad por los individuos. Estas prácticas están dirigidas a la persona o a situaciones u objetos en su ambiente. Se ejecutan a favor de la vida de la misma persona, su salud o bienestar (35)

Para las mujeres en post parto es fundamental recuperar la figura corporal que tenían antes de la gestación, y por esto muchas realizan prácticas de cuidado dirigidas a este fin. Esta práctica es muy frecuente en el periodo postparto, pues las mujeres consideran que además de ayudar a recobrar la figura, impide que el estómago o el útero queden sueltos. Volver a recobrar el aspecto físico anterior al parto es un motivo para tomar la decisión de realizar esta práctica.

Otra práctica de autocuidado es la comúnmente llamada dieta, para algunas mujeres el día cuarenta de la dieta es especial y se considera el día clave del cuidado, pues de los cuidados que se realizan este día dependerán varios de los efectos de la salud en el futuro. El día cuarenta es tan significativo que incluso se considera más importante que todo el cuidado realizado durante los días anteriores. Estudios describen cómo en el día cuarenta la mujer se debe resguardar y realizar ciertas prácticas de cuidado; por ejemplo, permanecer todo el día en la cama y tranquila, no salir al frío, realizar baños corporales de siete hierbas y consumir caldos de gallina.

El significado que le asigna la mujer a su cuidado durante el puerperio es diverso y está influenciado en mayor grado por el componente cultural, ya que las prácticas y creencias se originan de esta dimensión. Los factores socioculturales que influyen en

forma significativa corresponden a los valores, conocimientos, creencias, actitudes y estilos de vida; así como los factores sociales y de parentesco. Cada uno de ellos está vinculado a los comportamientos de la puérpera en torno al cuidado de sí misma, y en una pequeña proporción se hallan los factores religiosos, políticos y económicos.

Algunas investigaciones coinciden en afirmar que la cultura es un factor determinante en muchos de los cuidados que la madre realiza para sí misma y para su recién nacido. Aunque algunas de estas prácticas son favorecedoras y simbolizan una tradición en torno a una cultura la cual debe respetarse, otras representan un riesgo para el neonato y la madre, debido a eso es muy importante la educación por parte del personal de salud, para ayudar al paciente a diferenciar las practicas más saludables y las que en lo posible deben evitar.

2.4 Marco Legal

2.4.1 Constitución de la República del Ecuador

En el año 2008 se aprueba la constitución de vigente del país, en la cual se hace referencia a los principales enunciados sobre salud (36):

Art 32: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria

de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

2. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

3. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

4. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

5. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

2.4.2 Plan Nacional del Buen Vivir

Dentro del plan del buen vivir del Ecuador, se contemplan el siguiente objetivo referente a salud (37):

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las

capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. En el caso de la tasa de mortalidad materna, esta fue de 69,5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, en 2010; sin embargo, no se ha logrado impactar en este indicador, que ha oscilado entre 48,5 y 69,7 entre 2001 y 2010.

- *Políticas, lineamientos y metas*

Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas: Desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal, con enfoque integrado e intercultural. Dentro de la meta se encuentra reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%

2.4.3 Modelo de atención integral de salud (MAIS)

En el enfoque intercultural del MIAS se plantea (38):

Para el sector salud el reto fundamental es incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión, y que los recursos de la medicina tradicional y medicinas alternativas sean complementarios

Se ha implementado importantes avances en cuanto a la incorporación del enfoque intercultural y la adecuación cultural de los servicios, particularmente de los servicios de atención a la mujer embarazada y la atención del parto con resultados muy positivos en cuanto a acceso y disminución de complicaciones y riesgos para la madre y el/la niña

2.5 Marco Ético

2.5.1 Código de Helsinki

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente (39).

El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

2.5.2 Ley de derechos y amparo del paciente

Dentro de la ley de derechos y amparo del paciente del Ecuador se contempla los siguientes artículos (40):

Art. 2.- Derecho a una atención digna. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo con la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse.

- *Art. 6.- Derecho a decidir. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.*

2.5.3 Modelo de autocuidado de Dorotea Orem

Las teorías y modelos conceptuales no son desconocidos para la enfermería, existen desde que Florence Nightingale enunció su idea acerca de la enfermería en 1859. Dentro de las clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos, encontramos a una de las representantes más importante, Dorotea E Orem, quien ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres sub teorías relacionadas (41):

- Teoría de autocuidado

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. El autocuidado es una acción asimilada por los individuos, encaminada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en circunstancias concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su adecuado desarrollo y funcionamiento a favor de la vida, salud o bienestar. En su teoría se aborda

al individuo de forma completa en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida.

- Teoría de déficit de autocuidado

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones, con ella no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera, establece que las personas están sujetas a las condiciones relacionadas de su salud, que los inhabilitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no quiere iniciar las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

- Teoría de los sistemas de enfermería

En la que se exponen los modos en que las enfermeras/os consiguen atender a los individuos, identificando tres características de sistemas:

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

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

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

Orem define el objetivo de la enfermería como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar

compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

CAPITULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1 Tipo de la Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, analítico.

- Descriptivo

Se realizó un estudio descriptivo debido a que se describe cada una de las variables utilizadas sin cambiar el entorno (es decir, no hay manipulación). Este tipo de estudio ofrece información acerca del comportamiento, actitudes, prácticas u otras características de las mujeres en post cesárea.

- Transversal

La investigación es de tipo transversal debido a que se realizó en las mujeres post cesárea durante un tiempo determinado. Mide a la vez las causas y efectos de un fenómeno de la población en un solo momento temporal, lo que permite extraer conclusiones acerca del mismo.

- Analítico

La investigación es de tipo analítico debido a que este método permite conocer más del objeto de estudio, además de analizar cada uno de los elementos que comprende el cuidado post cesárea, cuál es el comportamiento del objeto de estudio ante este fenómeno, con lo cual se puede explicar y comprender mejor su comportamiento.

3.2 Diseño de la Investigación

El presente estudio tiene como diseño no experimental y cuantitativo

- No experimental

Se implementó este diseño ya que no se van a manipular las variables, ni el comportamiento de las mujeres. El estudio se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos para analizarlos con posterioridad y así emitir nuestras propias conclusiones. En esta investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio si no que son observados en su ambiente natural sin intervenir directamente en la forma de actuar.

- Cuantitativo

Es de diseño cuantitativo, debido a el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de la población que se está estudiando, como es el nivel de conocimientos que tienen las mujeres. El conocimiento resultante es basado en la medición e interpretación cuidadosa de datos cuantitativos de la realidad mostrada para obtener conclusiones.

3.3 Localización y ubicación del estudio

El presente estudio se realizó en la ciudad de Ibarra, en el servicio de ginecología del Hospital San Vicente de Paúl.

3.4 Población

La población lo constituyen 64 mujeres que fueron realizadas la cesárea en el Hospital San Vicente de Paúl. Se realizó un muestreo a conveniencia de las pacientes que se encontraban al momento de aplicar la encuesta.

3.4.1 Criterios de inclusión

Pacientes que se encuentran hospitalizadas en el servicio de Ginecología, luego de la intervención quirúrgica de cesárea y que aceptaron formar parte del estudio.

3.4.2 Criterios de exclusión

Pacientes que no aceptaron formar parte del estudio y que en ese momento se encontraban en exámenes complementarios de diagnóstico.

3.5 Métodos

- Deductivo

Se implemento el método deductivo ya que se siguió una secuencia lógica desde lo general para llegar a las conclusiones. Partiendo desde el tema central de la investigación desglosando estas en los respectivos capítulos y temas que corresponden.

- Bibliográfico

Debido a que se realizó una amplia búsqueda de información bibliográfica de documentos que contienen información pertinente sobre el tema de investigación a través de herramientas como son Scielo, EBSCO, ProQues, lo cual permitió la construcción del marco teórico.

- Empírico

Se implemento este método debido a que se obtuvo información de las mujeres del estudio en base a sus conocimientos obtenidos por medio de la experiencia propia creando su propio conocimiento.

3.6 Técnicas e instrumentos

- Técnicas

Encuesta: como técnica se utilizó la encuesta para recolectar la información de las mujeres que formaron parte de la investigación.

- Instrumento

Se realizó un cuestionario de 14 preguntas cerradas y de opción múltiple para obtener la información en base a los objetivos planteados.

3.7 Variables

- Características sociodemográficas
- Conocimientos
- Actitudes
- Prácticas saludables

3.8 Procedimiento

En el procedimiento se abordan todos los detalles que caracterizan a la investigación que servirá para conocer en detalle cómo se realizó el estudio, en primer lugar, se eligió el tema de investigación para proceder a la búsqueda de información bibliográfica relacionado con el problema planteado, en la que se recurre a diferentes fuentes de información para la elaboración de un marco teórico. Después se procedió al planteamiento de los objetivos y variables para así tener las bases necesarias para la aprobación del tema con la presentación del anteproyecto. Inmediatamente se seleccionó el instrumento que se van a utilizar y se procedió a la elaboración de la encuesta según los objetivos planteados; se determinó la población y muestra a la cual va dirigida la investigación, para posteriormente aplicar la misma y proceder a la recolección y a la construcción de la base de datos. Los datos recolectados pasaran por un programa estadístico

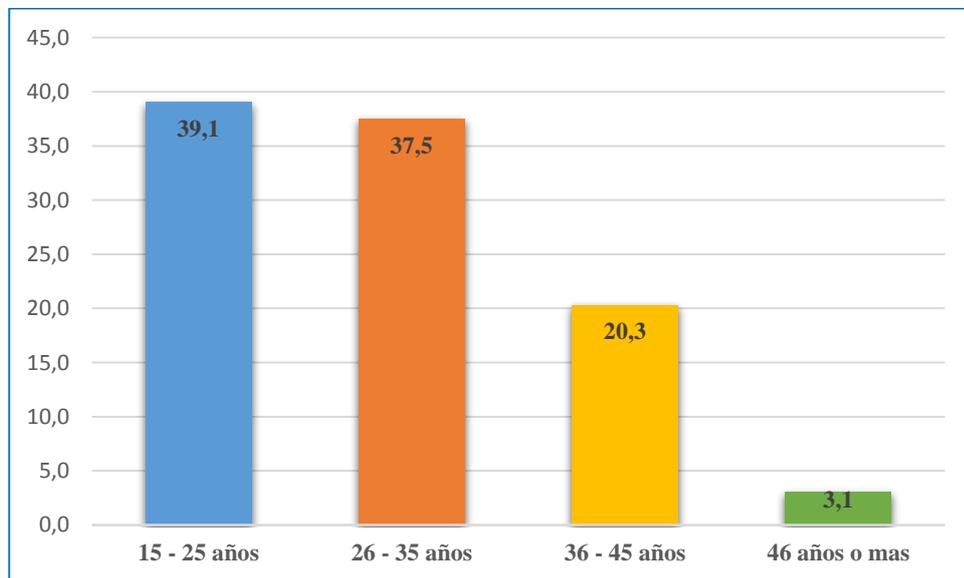
llamado SPSS, para posteriormente realizar los gráficos y el análisis de los datos estadísticos y obtener los resultados. Por último, se procede a la realización de las conclusiones y recomendaciones y de ser el caso en el planteamiento de una propuesta como es la elaboración de una guía.

CAPITULO IV

4. Resultados de la investigación

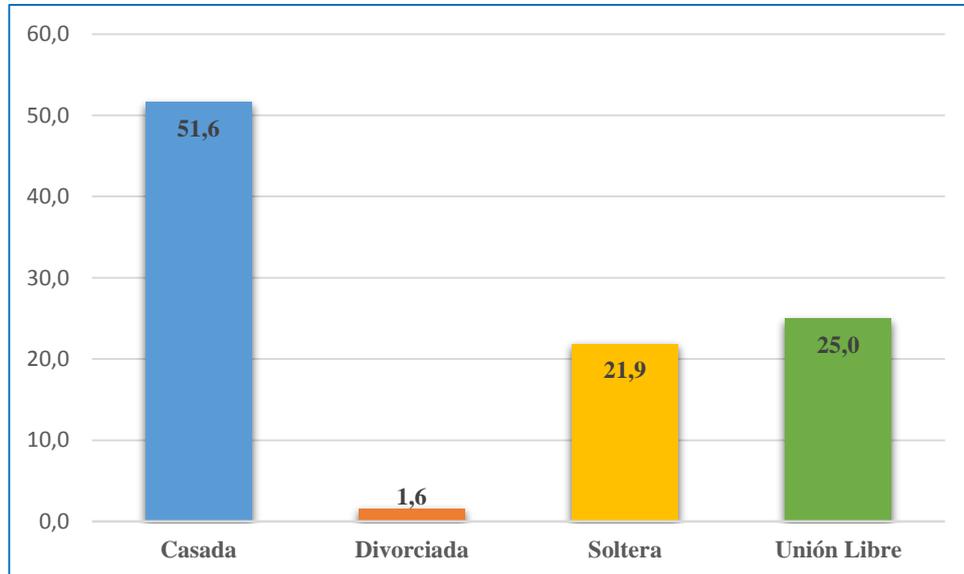
4.1 Características sociodemográficas de las pacientes realizadas la cesárea del Hospital San Vicente de Paúl

Gráfico 1: Población distribuida por Edad



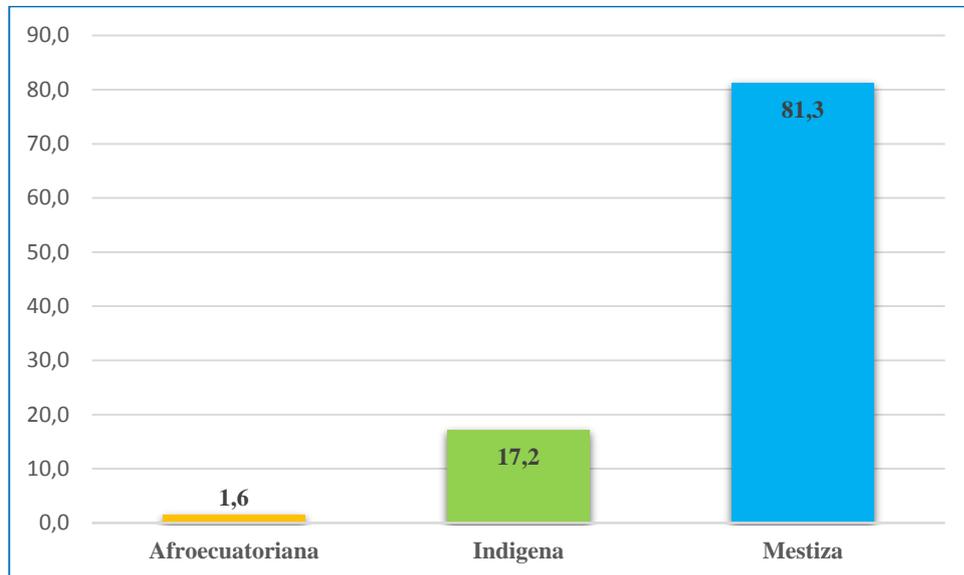
Se determinó que los grupos de edad que se encuentran entre los 15 a 25 y de 26 a 35 años, alcanzan un porcentaje entre el 37,5% y 39,1%, a diferencia del grupo de entre 36 a 45 años que obtiene el 20,3%. De las condiciones maternas que determinan la vía de nacimiento, destacan la edad materna como un factor determinante, en diferentes estudios se puede evidenciar un aumento de la tasa de cesárea relacionada con la edad materna, así mismo en pacientes adolescentes que culminan de forma distócica (1). La incidencia de cesáreas se ha incrementado en mayor parte en mujeres adolescentes, a diferencia de las mujeres de mayor edad.

Gráfico 2: Población distribuida por estado civil



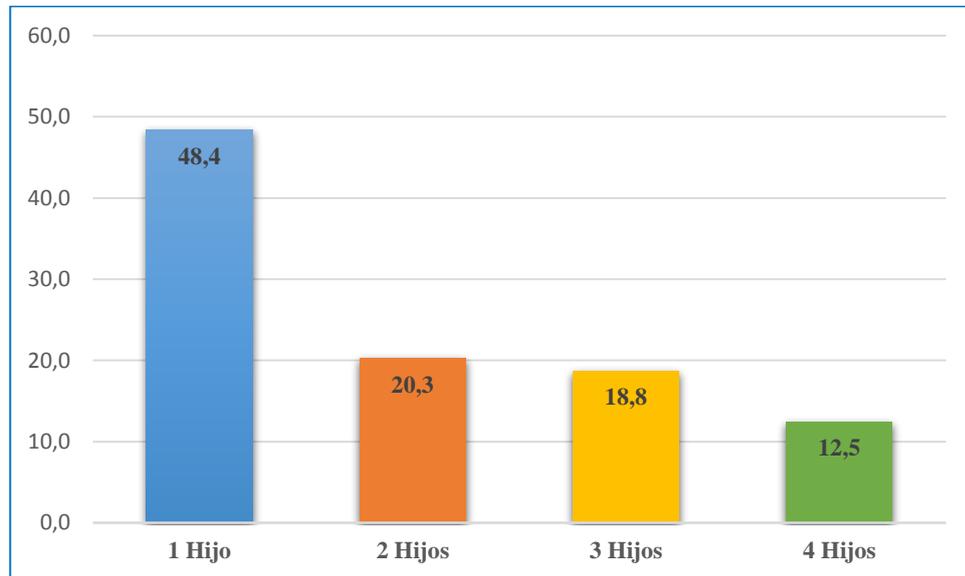
El 51.6% corresponde a mujeres casadas siendo este el mayor porcentaje, se obtienen porcentajes similares entre un 21,9% y 25% de las mujeres que se encuentran en unión libre y solteras. En mucho de los casos es posible pensar que el estado civil, y más específicamente el hecho de tener un sustento emocional-familiar (pareja) conlleve a una mejora de la salud de los componentes familiares (debido a cambios de hábitos, mejora económica) (42). Es una variable considerada como un marcador demográfico que ha sido vinculado con la salud poblacional, sin embargo, la magnitud del efecto que tiene sobre las mujeres durante el postparto y su autocuidado no es lo suficientemente fuerte como para permitir una relación directa ya que esta actúa a diferentes niveles en el desarrollo de prácticas.

Gráfico 3: Población distribuida por Identificación étnica



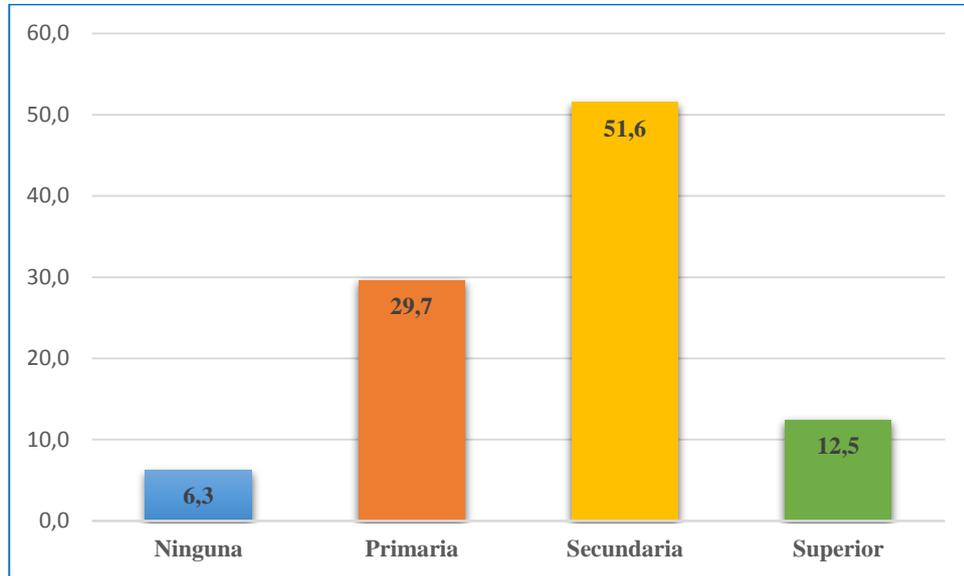
El 81,3% de las pacientes encuestadas se identificó como mestiza, un porcentaje menor con el 17,2% se consideró indígena. Según las estimaciones de la OMS, al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria (43). El comportamiento de los seres humanos, el entorno cultural y las creencias se asocian con la identificación étnica, ya que el estado de salud de los pueblos indígenas es muy diferente al de las poblaciones no indígenas. En este caso la población mestiza que predominó tendría diferentes conocimientos sobre cómo debe ser su autocuidado post cesárea, sin embargo, estas también pueden tener prácticas que pueden ser influenciadas por diferentes culturas.

Gráfico 4: Número de Hijos de las pacientes realizadas la cesárea en el Hospital San Vicente de Paúl



El 48.4% de las mujeres encuestadas solo tenían un hijo, porcentajes similares que se encuentran entre el 18,8% y el 20,3% se obtienen entre las mujeres que tienen 2 o 3 hijos. Una de las condiciones maternas que determinan la vía de nacimiento es la paridad. Según un estudio realizado en México, las mujeres primigestas tienen una mayor proporción de partos por cesárea (43.3%), en comparación con las mujeres que tienen el antecedente de un hijo previo (34.9%), o bien, dos o más hijos (27.5%), cifras que son similares con el estudio realizado (1). El número de hijos también influye en el conocimiento sobre los cuidados que tiene que tener la mujer después de la cesárea, ya que las que tienen más de dos hijos tienen experiencia previa de cómo deben ser los mismos, a diferencia de las mujeres que han sido sometidas a este procedimiento por primera vez.

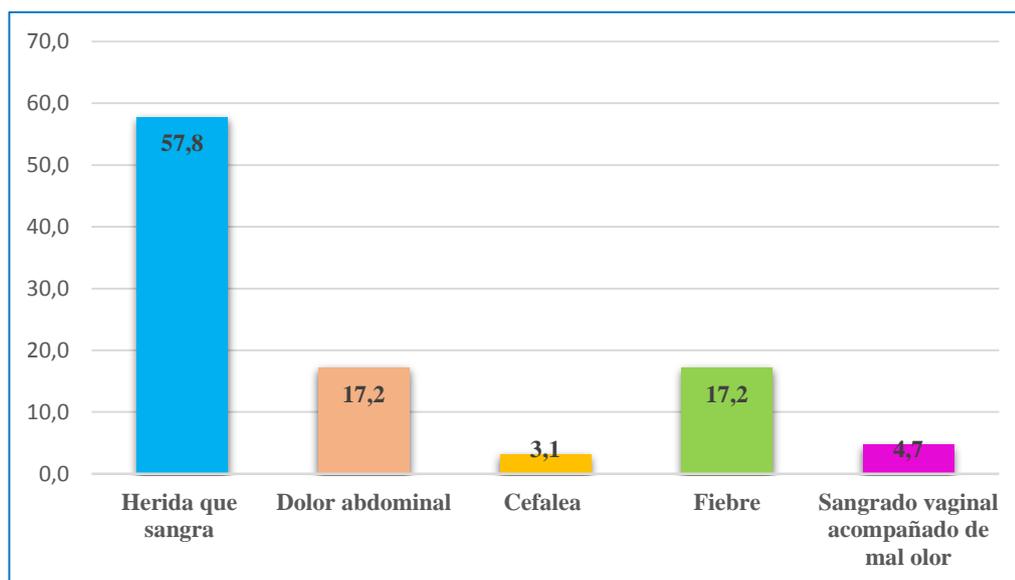
Gráfico 5: Población distribuida por Escolaridad



En el caso de la escolaridad el 51,6% señalo que sus estudios son secundarios, a diferencia del 29,7% que tienen estudios primarios. La educación es el método primordial para mejorar la condición de vida, en especial en el aspecto de salud, las madres con menor nivel de escolaridad y sus hijos tienen resultados de salud menos favorables que las madres con mayor nivel de educación (44). El nivel educativo está relacionado directamente con el nivel de conocimiento que tienen las pacientes en general sobre cómo deben ser su autocuidado, ya que esto ayuda a una mejor comprensión de los riesgos y beneficios de los cuidados.

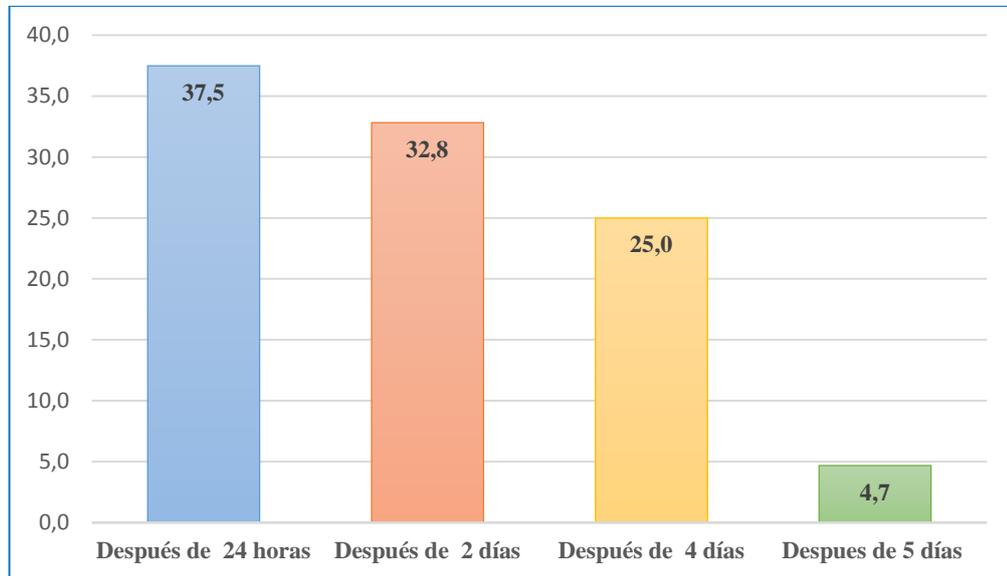
4.2 Conocimientos sobre autocuidado post cesárea de las pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl.

Gráfico 6: Según sus conocimientos, los signos de alarma reconocidos por las pacientes post cesárea atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl son:



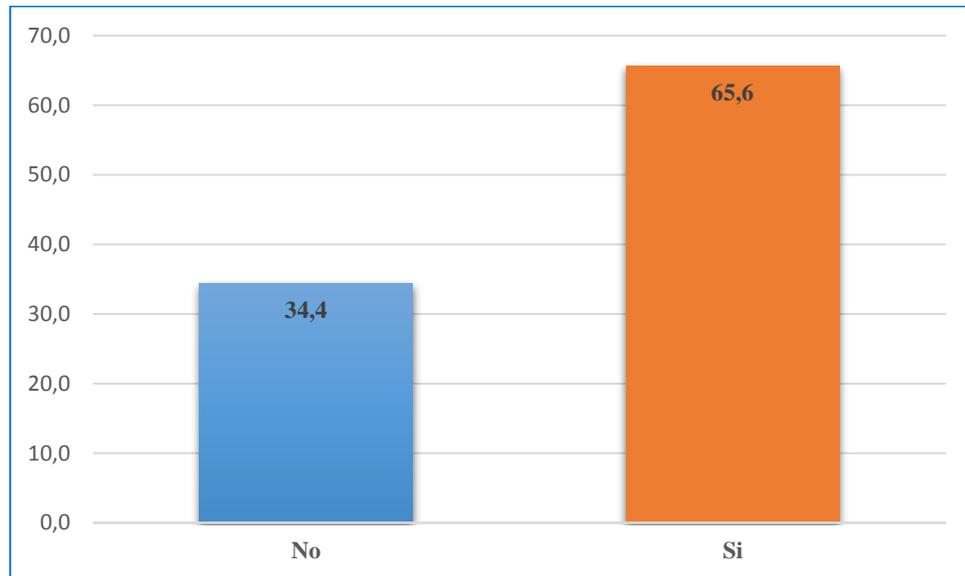
El 57.8% considero como un signo de alarma de gran importancia en el caso de una complicación, es que la herida quirúrgica sangre, un menor porcentaje del 17,2% considero que el dolor abdominal y la fiebre se presenta como signo de alarma más importante. En un estudio realizado en Murcia, con la finalidad de caracterizar los casos de complicaciones post cesárea, una de las más comunes fue la infección de la herida operatoria, se determinó que suele aparecer sólo alrededor del 5 día después de la cirugía, en principio presentando como signo principal la fiebre (45). La identificación oportuna de signos de alarma muestra buena gestión respecto a las actividades de educación en salud de la madre y su familia durante los diferentes contactos que las pacientes tienen con los servicios de salud.

Gráfico 7: Higiene General: según el conocimiento de las mujeres post cesárea, en cuanto tiempo consideran correcto que se debe de tomar un baño.



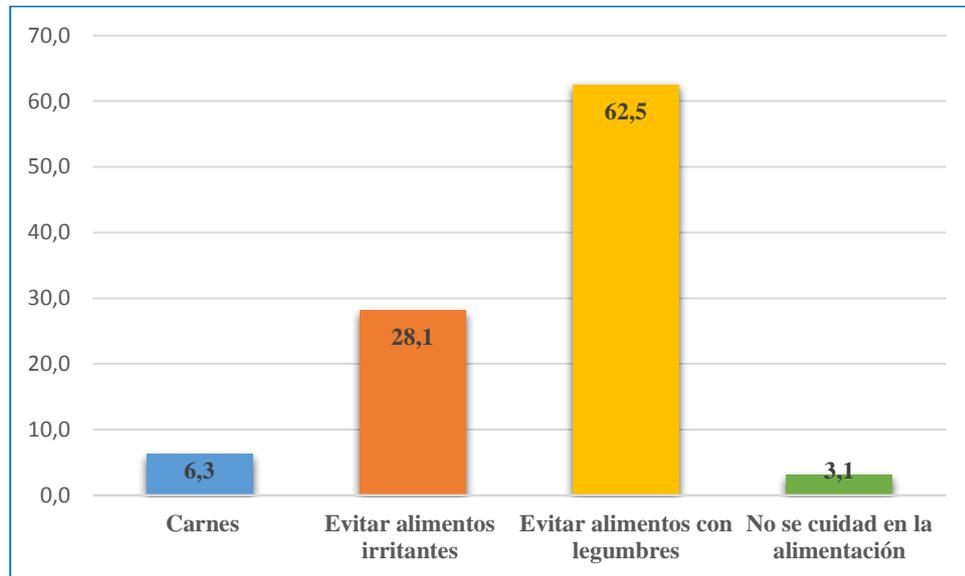
El 37,5% menciono que lo hacen después de las 24 horas, seguido de un 32,8% que menciono que lo hacen pasando 2 días. En el grupo de cuidados post cesárea, se encuentran prácticas como el baño del cuerpo el cual se realiza cada día utilizando agua caliente, además de que se da el uso de plantas medicinales, la higiene de la región perianal se realiza todos los días de forma cuidadosa para reducir el riesgo de infección de la herida (6). Estas prácticas pueden variar dependiendo de cada persona, ya que en otros casos se espera para el baño hasta el quinto día debido a que se cree que el cuerpo todavía no está preparado y puede afectar la salud.

Gráfico 8: Según su conocimiento, consideran necesario el uso de faja la mujer post cesárea atendida en el Hospital San Vicente de Paúl



El 65,6% dijo que si ha utilizado o va a utilizar una faja durante el periodo de postparto y el 34,4% aseguro que no la utilizan porque no conocen sus benéficos o no lo creen necesario. El uso de fajas no ha demostrado tener valor en la prevención de la flaccidez de la pared abdominal o de favorecer la involución uterina, pero, en algunas mujeres, tiene un valor psicológico importante y no están contraindicadas, afirman que permite mejorar el proceso de cicatrización ya que ayuda a cerrar los músculos y la recuperación más rápida, también a reducir la posible inflamación y posible dolor que se pueden dar en la herida quirúrgica (5).

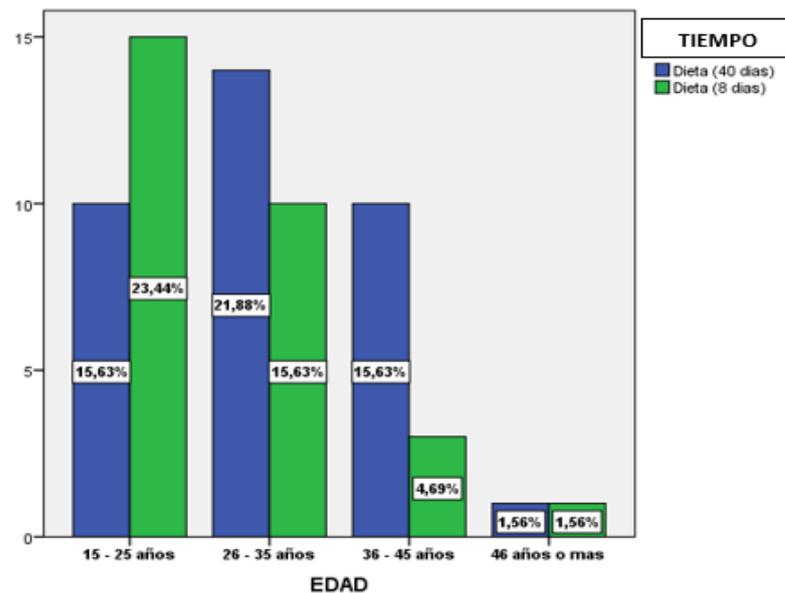
Gráfico 9: Según su conocimiento, qué tipo de alimentación consume las pacientes post cesárea en su domicilio



El 62,5% asegura que se cuidan en la alimentación sobre todo en evitar consumir alimentos con legumbres; 28,1% señala que no consumen los alimentos irritantes. Alrededor de la alimentación también se genera una serie de creencias y prácticas de cuidados especiales, según el contexto cultural, Según estudios realizados, se identificó la importancia que le dan a la alimentación de la puérpera, pues se considera que esto contribuye a recuperar la sangre perdida durante el parto, recuperar energías, y garantizar una recuperación más rápida. Algunos alimentos son considerados no apropiados por la puérpera y por tanto suprimidos de la dieta, lo que concuerda con los resultados obtenidos. (5). En efecto, la cultura ejerce una gran influencia en las creencias que giran alrededor de la alimentación durante el puerperio. La dieta debe ser completa y sobre todo sin restricciones, las madres que van a amamantar deben incrementar la ingesta de leche o sus derivados.

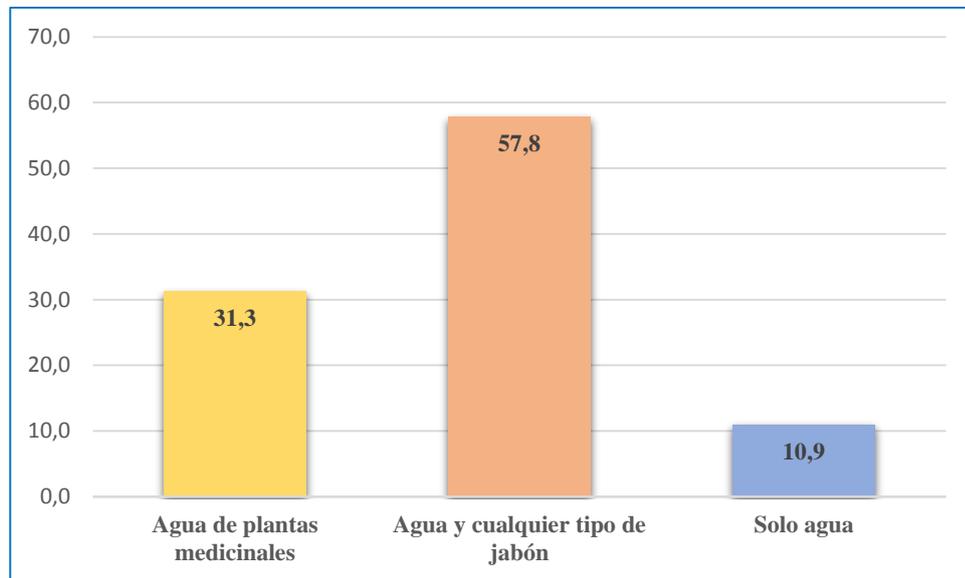
4.3 Prácticas y actitudes sobre autocuidado post cesárea de las pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl

Gráfico 10: Tiempo en el cual la mujer post cesárea consideran propicio para la recuperación del proceso quirúrgico, relacionado con la edad



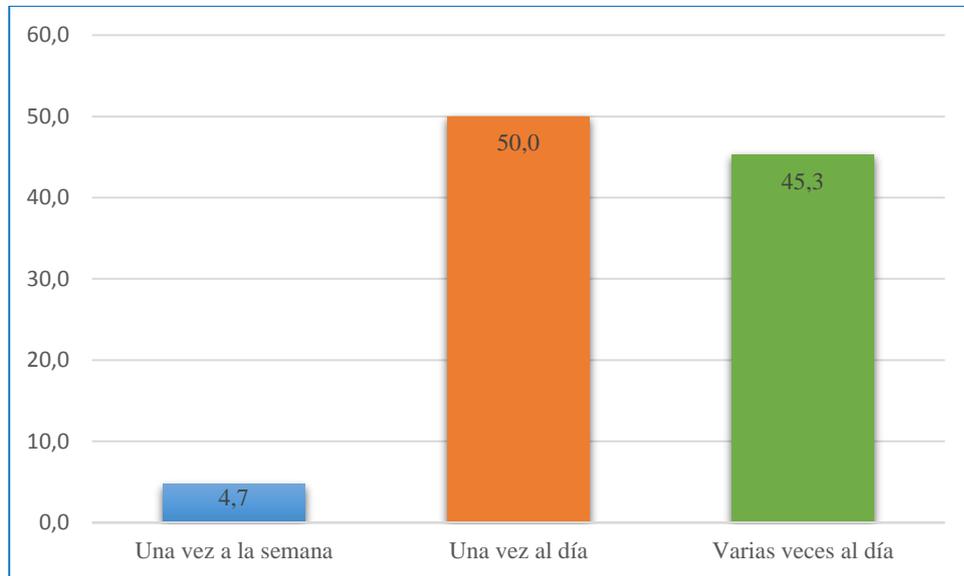
Como se puede observar en el gráfico existe una gran diferencia en la actividad que realizan después de la cesárea con la edad de las pacientes, entre las mujeres de 15-25, el 23,4% señala que es necesarios los cuidados por los primeros 8 días, contrario a lo que se da en el otro grupo de edad que comprende las mujeres de entre 26-35 años, en la cual el 21,8% señalan que es necesario la dieta por 40 días, se da el mismo caso entre las mujeres de 36-45 años, dándose una diferencia más grande entre la preferencia de esta práctica. Las mujeres en esta etapa de la vida refieren formas propias de cuidado, donde desempeñan una función importante el apoyo de la familia, quienes inculcan a la mujer en puerperio sus saberes basados en la experiencia (6). Las mujeres con menor edad no le dan mucha importancia a los cuidados post cesárea que se dan en los 40 días, esto puede estar relacionado a diferentes factores como el cultural ya que no están tan influenciadas por costumbres como lo están las mujeres de mayor edad

Gráfico 11: Según prácticas de las mujeres post cesárea, con que creen que es correcto bañarse.



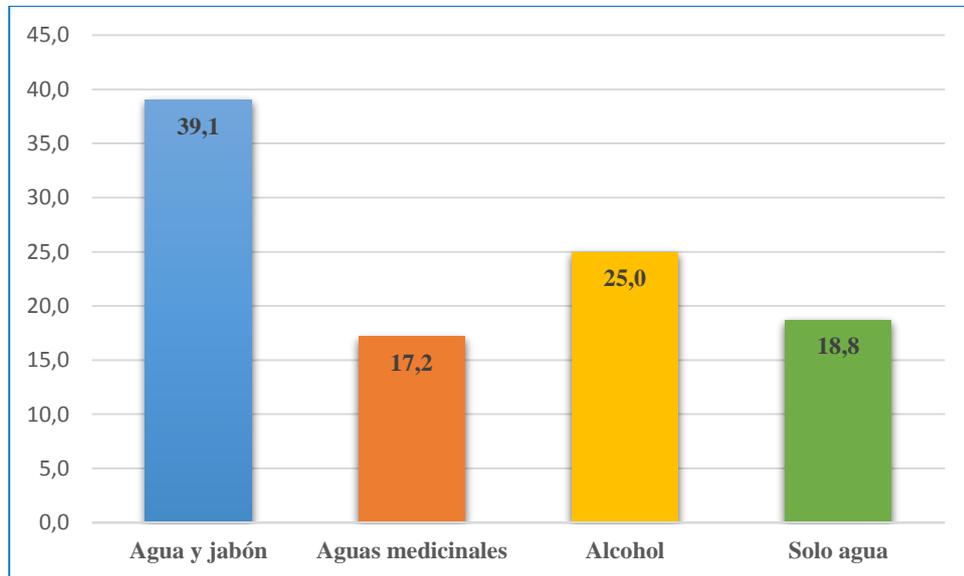
El 57,8% señaló que durante el baño solo utiliza agua y cualquier tipo de jabón, el 31,3% señaló que utilizan agua de plantas medicinales. Durante el periodo de postparto se ha documentado el amplio uso de plantas medicinales para diferentes fines relacionados con el cuidado de la madre, y es así como en este periodo las utiliza en abundancia. Una de las características en el uso de estas plantas es que este sucede por tradición o porque ha sido enseñado de generación en generación, desconociendo muchas veces el efecto específico de estas (5). La mayoría del personal de salud recomienda hacerlo solo con agua y jabón como lo hacen diariamente; es importante tomar en cuenta las prácticas que tiene cada paciente para no interferir en las mismas y buscar lo mejor para el bienestar de la paciente.

Gráfico 12: Según las prácticas de las mujeres post cesárea en el hogar cuantas veces cree que se debe limpiar la herida quirúrgica



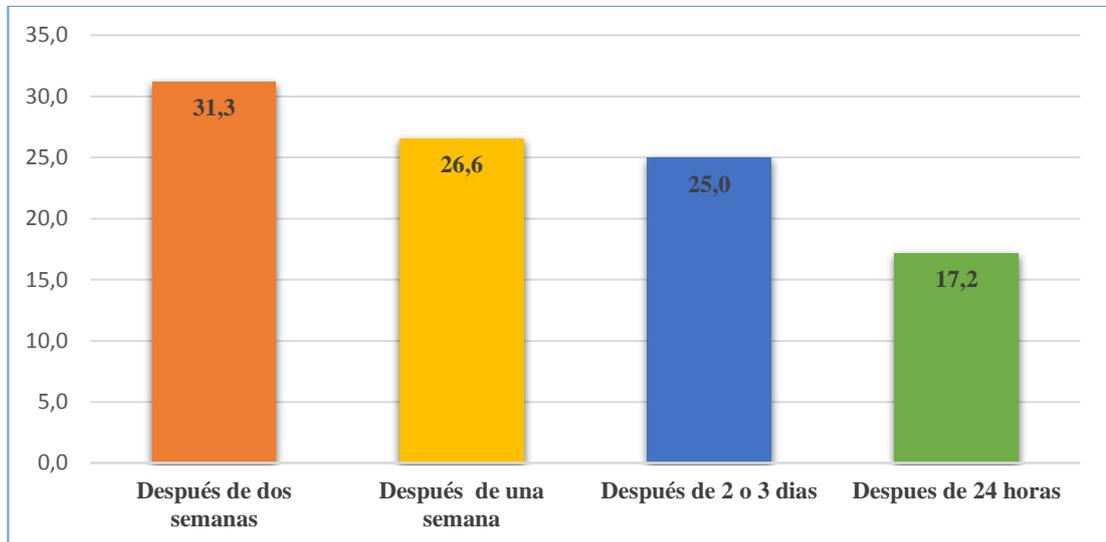
En el aspecto del cuidado de la herida quirúrgica el 50,3% señaló que es necesario la limpieza una vez al día, mientras que el 45,3% señaló que es necesario varias veces al día. Recuperarse de una cesárea pasa por varios aspectos y uno de ellos supone cuidar la herida externa que se produce tras la intervención y procurar que tenga la mejor cicatrización posible. Según la guía práctica de atención del parto por cesárea, el mejor cuidado que se puede realizar en este tipo de heridas es limpiar y secar diariamente, además de evaluar esta para detectar posibles señales de infección, datos que contrastan con los obtenidos en la investigación (12). Como la mayoría del personal de salud recomienda que la limpieza de cualquier tipo de herida quirúrgica debe ser diario, ya que si lo hacemos con más frecuencia puede que la piel cercana a la herida se irrite o incluso se lastime causando malestar e incluso dolor, la educación es un punto clave en este aspecto ya que si la paciente cuida debidamente la herida, la recuperación será más rápida, mejorará el estado general y evitará posibles reingresos al hospital.

Gráfico 13: Dentro de las prácticas realizadas por las pacientes post cesáreas, que utilizan para la limpieza de la herida quirúrgica



El 39,1% de las pacientes conocen que para la limpieza de la herida quirúrgica solo se debe utilizar agua con jabón, seguido de un 25% que lo hace con alcohol, porcentajes similares se obtuvieron entre las mujeres que utilizan solo agua o agua de plantas medicinales para la limpieza de la herida. La indicación cada vez más habitual es curar la herida simplemente manteniendo una correcta higiene, lavándola con agua y jabón, teniendo cuidado de no frotar, pero secándola adecuadamente y dejarla sin cubrir (12). Sin embargo, esta práctica puede verse influenciada por las creencias de las pacientes, como en el uso de plantas medicinales que tienen propiedades antiinflamatorias que ayudara a la recuperación rápida.

Gráfico 14: Tiempo en que la mujer post cesárea consideran correcto realizar actividad física.



El 31,3% de las mujeres cree que pueden realizar actividad física después de cuatro semanas de la cesárea, un porcentaje similar se puede observar entre las pacientes que creen que pueden realizar actividad física después de una semana, y pasando 2 y 3 días, y con un 17,2% cree que lo mejor es realizar actividad física después de 24 horas. La deambulación precoz y la ingesta temprana de líquidos hacen que la recuperación sea cada vez más rápida. Como hay una herida que está en proceso de cicatrización y eso produce dolor y molestias físicas, se debe posponer el inicio de los movimientos hasta que la paciente deje de sentir dolor en la herida (46). Lo recomendable es que la paciente inicie realizando actividad suave con lo que se sientan seguras. Se recomienda la deambulación precoz, porque disminuye la incidencia de problemas vasculares de los miembros inferiores como trombosis venosa, adherencias y embolismo pulmonar, el estreñimiento, la retención de orina y se acelera la recuperación del estado general.

CAPITULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La cesárea es un procedimiento quirúrgico que se realiza en mujeres de edad reproductiva, las que son sometidas a cesárea en el Hospital San Vicente de Paúl, en su mayoría son primíparas, su edad oscila entre 15 a 35 años, el estado civil predominó las casadas y unión libre, correlacionándose con la étnica que prevaleció la mestiza, asociando que también por la residencia de la población el porcentaje del 17,2% corresponde a la etnia indígena, su nivel de escolaridad esta entre secundaria y superior, concluyendo que la incidencia de cesáreas se considera como un problema de salud pública.
- En cuanto a los conocimientos que poseen las pacientes post cesárea, solo reconocen a las complicaciones referentes a la herida quirúrgica como signo de alarma, dejando de lado a otros como fiebre, dolor abdominal, cefalea y el sangrado vaginal; al igual que el tiempo en que debe tomar un baño y el uso de la faja, en lo referente a la “dieta” que no es más que el cuidado general post parto en un determinado tiempo, las pacientes establecen diferentes preferencias en lo que concierne al periodo de práctica.
- Dentro de las prácticas de la limpieza de la herida quirúrgica, existe un desconocimiento por parte de las pacientes post cesárea, refieren que se debe realizar varias veces al día, con la utilización de soluciones que según normas establecidas no están permitidas como es el uso de alcohol, o no son recomendadas como el agua de plantas medicinales, en lo referente a la actividad física, describen que se debe realizar inmediatamente, sin tomar en cuenta las condiciones en las que se encuentran.

- Un porcentaje alto de mujeres que fueron realizadas la cesárea no poseen los conocimientos sobre los cuidados; por lo tanto, el aporte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte, con la elaboración de la Guía de prácticas saludables de autocuidado, aportara a las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl, para la construcción de conocimiento, con lo que se espera bajar los índices de complicaciones post cesárea.

5.2. Recomendaciones

- Al personal de salud del hospital tomar en cuenta las características de cada paciente al momento de brindar educación, ya que cada una de ellas cuenta con diferentes niveles de instrucción educativa y necesidades
- Al personal, estudiantes e internos de enfermería, deben proporcionar a las mujeres post cesárea información clara y precisa sobre los cuidados que tienen que tener, los signos de alarma y como reconocerlos, con mayor énfasis en las primíparas, como también acoplarse a las costumbres y prácticas propias de las mujeres, guiándolas en la toma correcta de decisiones.
- Estimular a las mujeres que están pasando por este periodo para que se adhieran a prácticas saludables brindadas sobre todo por el personal de salud mediante charlas educativas y consejería.
- A los directivos del servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl, se solicita que se implemente la guía de prácticas saludables de autocuidado como instrumento de apoyo educativo, dirigido a las pacientes post cesárea, a fin de prevenir complicaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Sánchez , Espino y Sosa S, Vallejos Parés , Durán Arenas. Cesárea: Tendencias y resultados. Scielo. 2014 Marzo; 28(1).
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Boletín nacimientos por cesárea. Ministerio de Salud Pública. 2015.
3. Frias Chang V, Begué Dalmau NdIM, Martí Rodríguez LA. Infección del sitio quirúrgico poscesárea. Scielo. 2016 Mayo; 20(5).
4. Martínez Salazar GJ, Grimaldo Valenzuela PM, Vázquez Peña G, Reyes Segovia , Escudero Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social. 2015 Mayo; 53(5).
5. Prieto B. BM, Ruiz CH. Significados durante el puerperio: a partir de practicas y creencias culturales. Scielo. 2013 Abril; 13(1).
6. Moreno Mojica , Rincón VillaMil , Arenas Cárdenas YM, Sierra Medina , Cano Quintero ÁP, Cárdenas Pinzón DL. La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. Revista Cuidarte. 2014 Diciembre; 5(2).
7. Ministerio de Salud Pública. Hospital San Vicente de Paúl. [Online].; 2015 [cited 2017 Junio 10. Available from: <http://hsvp.gob.ec/index.php/2012-08-26-14-30-20/historia>.
8. Sedano , Sedano , Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Noviembre; 25(6).
9. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Reducción de la frecuencia de la operación cesárea. Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2014.
10. Borrero Zamudio P, Cubillos Prada , Orjuela Téllez LJ, Rojas Lozada. Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano. Revista Facultad de Salud. 2014 Junio; 6(1).
11. Martínez Salazar GG. Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. Revista mexicana de anestesiología. 2014 Julio; 36(1).
12. Ministerio de Salud Pública. Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica. Ministerio de Salud Pública. 2016.
13. Javier Puma , Jorge Díaz , Carlos Caparó. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Scielo. 2015 Enero; 16(1).
14. Cópola. Cesárea en Uruguay. Scielo. 2015 Marzo; 31(1).
15. UNICEF. Morbilidad materna. UNICEF. 2014 Abril.

16. Gouez L, Bonnet MP. Anestesia para cesárea. Elsevier. 2016 Febrero; 42(1).
17. Rodríguez Caravaca G, Albi González M, RubioCirilo. Adecuación de la profilaxis antibiótica en el parto por cesárea. Elsevier. 2014 Marzo; 57(3).
18. Vásquez Teevin VA, Flores Noriega ML, Lazo Porras MdlÁ. Endometritis posparto: experiencia en un hospital general. Scielo. 2014; 60(1).
19. Torres LJ, Rodríguez Ortiz JA. Factores de riesgo para Endometritis Puerperal en pacientes que asisten para terminación del embarazo. Scielo. 2017 Febrero; 82(1).
20. Asturizaga P, Toledo Jaldin. Hemorragia Obstétrica. Scielo. 2014; 20(2).
21. Ferreiro Hernández LB, Díaz Jiménez MM, Nápoles Méndez , García Gomez O. Trombosis venosa profunda bilateral en una puérpera. Medisan. 2015; 19(5).
22. Rojas-Sánchez AG, Rosa GNdl. Tromboembolia pulmonar en el embarazo y puerperio. Medigraphic. 2014 Mayo; 73(1): p. 42-48.
23. Furzán JA. Nacimiento por cesárea y pronóstico neonatal. Scielo. 2014 Junio; 77(2).
24. Hernández Núñez J, Valdés Yong , López Quintana MdlC. Factores maternos y perinatales influyentes en la morbilidad neonatal. Medwave. 2015 Julio; 15(6).
25. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Norma General Técnica N° 00179 para la Atención Integral en el Puerperio.. MINSAL. 2015 Septiembre;(558).
26. San Martín Loyola. Cura de heridas quirúrgicas. Universidad de Navarra. 2014 Junio.
27. Pérez Guerrero AC, Aragón MC, Torres LM. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? Scielo. 2017 Febrero; 24(1).
28. Covarrubias Gómez , Landín Alanís AA. Dolor postoperatorio en gineco-obstetricia. Revista Mexicana de anestesiología. 2014 Junio; 37(1).
29. Ministerio de salud de Chile. Orientación técnica para la atención integral en el postparto. Ministerio de salud de Chile. 2014.
30. Del Toro Rubio , Fernandez Aragón , González Ruiz , Díaz Pérez A. Aspectos culturales de la puérpera que influyen en el cuidado del primer hijo. Revista Cubana de Enfermería. 2016 Junio; 32(1).
31. González Sánchez. Niveles del Conocimineto. scielo. 2014 Agosto; 14(65).
32. Ubillos , Mayordomo , Pérez D. Componentes de la Actitud, modelos de la acción razonada. Universidad del País Vasco. 2014.
33. Montero Rivas. El Concepto de Intervención Social desde una Perspectiva Psicológico Comunitaria. MEC-EDUPAZ. 2015 Marzo; 1(1).

34. Prieto BM, Ruiz CH. Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. Scielo. 2013 Abril; 13(1).
35. Carrillo Algarra AJ. Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis. Scielo. 2015 Marzo; 18(1).
36. Asamblea Nacional del Ecuador . Constitución de la República del Ecuador. 1st ed. Rojas A, editor. Quito : Editorial Jurídica del Ecuador ; 2008.
37. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional del Buen Vivir . 1st ed. Quito ; 2013.
38. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de atención inetgral de salud Quito; 2013.
39. Asociación médica mundial. Asociación médica mundial. [Online].; 2013 [cited 2017 Junio 10. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
40. Ministerio de Salud Pública. Ley de derechos y amparo del paciente. 1st ed. Quito ; 2006.
41. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Scielo. 2014 Diciembre; 36(6).
42. Aguilar Alarcón S, Zaguma Serna , García Heredia M, Meléndez De la Cruz. Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima. Revista de enfermería Herediana. 2014 Noviembre ; 7(2).
43. Organización Mundial de la Salud. La salud de los pueblos indígenas. Organización Mundial de la Salud. 2015 Octubre.
44. UNICEF. UNICEF. [Online].; 2016 [cited 2017 Agosto 25. Available from: https://www.unicef.org/lac/media_35076.html.
45. Aguiar da Cruz L, Vieira Freitas , Moura Barbosa R. Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público. Enfermería Global. 2013 Enero;(29).
46. Redondo Aguilar , Aceituno Velasco L, Manrique Fuentes , Delgado Martínez , González Acosta V, Leonardo Mauro Aisa Denaroso LM. Seguridad del alta a las 48 horas en las mujeres intervenidas de cesárea. Scielo. 2017 Febrero; 82(1).
47. Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas. CEPAL. 2014 Noviembre; 2.
48. Cegarra Cipres , Bou Llusar. Concepto, tipo y dimensiones del conocimiento. Revista de Economía y Empresas. 2014;(52).
49. Schnapp , Sepúlveda , Robert JA. Cesárea. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Octubre ; 25(6).

50. Organización Mundial de la Salud. La salud de los pueblos indígenas. Organización Mundial de la Salud. 2015 Octubre.
51. Pérez Guerrero AC. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? Sociedad española del dolor. 2017 Enero; 24(1).

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las variables

Objetivo: Conocer las características sociodemográficas de las pacientes intervenidas de cesárea en el Hospital San Vicente de Paúl.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características sociodemográficas	Conjunto de características socioeconómicas, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles (47)	Grupo de edad	Edad	Menor de 20 años 21 a 30 años 31 a 39 años 40 a 49 años 50 en adelante
		Establecido por la cedula de identidad	Estado civil	Soltera Casada Divorciada Unió libre
		Autodefinición	Etnia	Blanca Mestiza indígena Afro ecuatoriana
		Número de hijos	Hijos	Uno Dos Tres Más de tres
		Nivel de escolaridad	Escolaridad	Ninguna Primaria Secundaria Superior

Objetivo: Identificar los conocimientos sobre autocuidado post cesárea.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Conocimiento	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la observación. (48)	Complicación post cesárea	¿Cuál de los siguientes son signos de alarma en el caso de una complicación post cesárea?	Fiebre Cefalea Dolor abdominal La cicatriz sangra sangrado vaginal acompañado de mal olor
		Dieta o cuidados específicos del post parto	¿Cuál sería la actividad correcta después de la cesárea?	No descansar Dieta por 40 días Dieta por 8 días No hacer dieta
		Baño	¿Después de la cesárea, a los cuantos días cree que es correcto bañarse?	Inmediatamente Después de 2 días Después de 4 días Después de 5 días
		Uso de la Faja	¿Usted cree que es necesario el uso de la faja?	Si No

		Alimentación	¿Qué tipo de alimentación se tiene que tener después de la cesárea?	Evitar alimentos irritantes (ají, condimentos) Evitar alimentos ácidos (naranja, limón) Evitar alimentos que contengan granos (frejol, arveja, chochos) Alimentación rica en carnes (res, pollo, pescado) No se cuida en la alimentación
--	--	--------------	---	--

Objetivo: Detallar las actitudes y prácticas de las pacientes que facilitan o limitan el proceso de recuperación				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Actitudes	Un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que influye en la respuesta del individuo (32)	Baño	¿Con que cree que es correcto bañarse en la recuperación de la cesárea?	Solo agua Agua y cualquier tipo de jabón Agua de plantas medicinales
		Cuidado de la herida	En el hogar cuantas veces cree que es necesario la limpieza de la herida de la cesárea.	Varias veces al día Una vez al día Una vez a la semana Nunca.
Practica	Conjunto de comportamientos o actitudes saludables que desarrolla a persona (33)			Para la limpieza de la herida de la cesárea, que cree que se debe utilizar
		Deambulaci3n precoz	¿En qué tiempo cree que se puede realizar actividad física?	Inmediatamente Después de pasado 2 o 3 días Después de pasado una semana

				Después de pasado más de dos semanas
--	--	--	--	--------------------------------------

Anexo 2. Encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Responsable: Magaly Sandoval

Tema: Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado post cesárea en pacientes atendidas del Hospital San Vicente de Paúl, diciembre 2016- febrero 2017

Objetivo: Establecer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado post cesárea en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl.

Esta investigación tiene fines académicos y es netamente confidencial, los resultados van a ser utilizados para cumplir con un objetivo de educación. No he sido obligada a responder, ni amenazada para lo cual firmo con mi absoluta responsabilidad.

FIRMA

Instrucciones:

Lea detenidamente las preguntas y marque con una X la respuesta de acuerdo a su criterio

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.1. Años cumplidos

1.2. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Unió libre

1.3. Auto identificación étnica

- a) Blanca
- b) Mestiza
- c) Indígena
- d) Afro ecuatoriana

1.4. Número de hijos

- a) Uno
- b) Dos
- c) Tres
- d) Más de tres

1.5. Nivel de escolaridad

- a) Ninguna
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

2. CONOCIMIENTO

2.1. ¿Cuál de los siguientes son signos de alarma que se presentan en una complicación post cesárea?

- a) Fiebre
- b) Dolor fuerte de cabeza
- c) Dolor abdominal
- d) La cicatriz sangra
- e) Sangrado vaginal acompañado de mal olor

2.2. ¿Según su opinión cual sería la actividad correcta después de la cesárea?

- a) No descansar
- b) Dieta (40 días)
- c) Dieta (8 días)
- d) No hacer dieta

2.3. ¿Después de la cesárea a los cuantos días usted cree que es correcto bañarse?

- a) Inmediatamente
- b) Después de 2 día
- c) Después de 4 días
- d) Después de 5 días

2.4. ¿Usted cree que es necesario el uso de una faja?

- a) Si
- b) No

2.5. ¿Qué tipo de alimentación se tiene que tener después de la cesárea?

- a) Evitar alimentos irritantes (aji, condimentos)
- b) Evitar alimentos ácidos (naranja, limón)
- c) No comer alimentos que contengan granos (frejol, arveja, chochos)
- d) Alimentación rica en carnes (res, pollo, pescado)
- e) No se cuida en la alimentación

3. ACTITUDES Y PRÁCTICAS

3.1. ¿Según su opinión con que cree que es correcto bañarse en la recuperación de la cesárea?

- a) Solo agua
- b) Agua y cualquier tipo de jabón
- c) Agua de plantas medicinales

3.2. ¿En el hogar cuantas veces cree que es necesario la limpieza de la herida de la cesárea?

- a) Varias veces al día.
- b) Una vez al día
- c) Una vez a la semana
- d) Nunca

3.3. ¿Para la limpieza de la herida de cesárea que cree usted que se debe utilizar?

- a) Solo agua
- b) Agua y jabón
- c) Aguas medicinales
- d) Alcohol
- e) Ninguna

3.4. En el hogar después de la cesárea en que tiempo cree usted que puede realizar actividad física (caminar)

- a) Inmediatamente
- b) Después de pasados unos días (2 o 3)
- c) Después de pasado una semana
- d) Después de pasado más de dos semanas

Anexo 3. Permiso para aplicar la encuesta y Acuerdo de Confidencialidad



Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL



Nro. 03

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EN EL TRABAJO DE GRADO "CONOCIMIENTO ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO POSTCESAREA EN PACIENTES ATENDIDAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, DICIEMBRE 2016-FEBRERO 2017"

Comparecen a la celebración del presente Acuerdo de Confidencialidad, por una parte el Hospital San Vicente de Paúl – Ibarra representado por el Dr. Lyther Reyes López, en calidad de Gerente Hospitalario, a quien en adelante se le denominará **REVELADOR**, y por otra parte la señorita Magaly Lizbeth Sandoval Simbaña Estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte, a quien en adelante se le denominará **RECEPTOR**. El suscriptor del presente Acuerdo se compromete a mantener la confidencialidad en relación a toda la documentación e información obtenida en el proceso de trabajo de grado "CONOCIMIENTO ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO POSTCESAREA EN PACIENTES ATENDIDAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, DICIEMBRE 2016-FEBRERO 2017", del cual participe y declara que está de acuerdo y se sujeta a las siguientes cláusulas y condiciones:

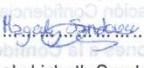
CONSIDERACIONES:

Debido a la naturaleza del trabajo, se hace necesario que se maneje información confidencial perteneciente a pacientes del Hospital San Vicente de Paúl - Ibarra que no debe alcanzar el dominio público, de ahí que deba guardarse confidencialidad, entendiéndose que el incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones que consten en presente documento, intencionadamente, o por negligencia, podrían implicar en su caso, las sanciones de tipo legal vigentes; por lo que, se procede a establecer y regular las condiciones en las que se produce la divulgación de la información, el procedimiento que regirá la custodia y no transmisión a terceros de la información entregada por el Hospital San Vicente de Paúl - Ibarra y las obligaciones y responsabilidades que las partes suscriben en el marco de este Acuerdo.

ANTECEDENTES:

El Hospital San Vicente de Paúl-Ibarra es una Institución pública sujeta al cumplimiento estricto de las normas legales establecidas en las distintas leyes, reglamentos y mandatos vigentes en la legislación ecuatoriana; en el citado contexto le serán de aplicación los siguientes preceptos legales: de conformidad al Art. 362 de la Constitución de la República; en el Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud expedido mediante Acuerdo Ministerial No. 5216-A del Ministerio de Salud Pública, que establece las condiciones operativas de la aplicación de los principios de manejo y gestión de la información confidencial de

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes por triplicado ejemplar y a un solo efecto en Ibarra, a los 22 de días del mes de febrero de 2017.

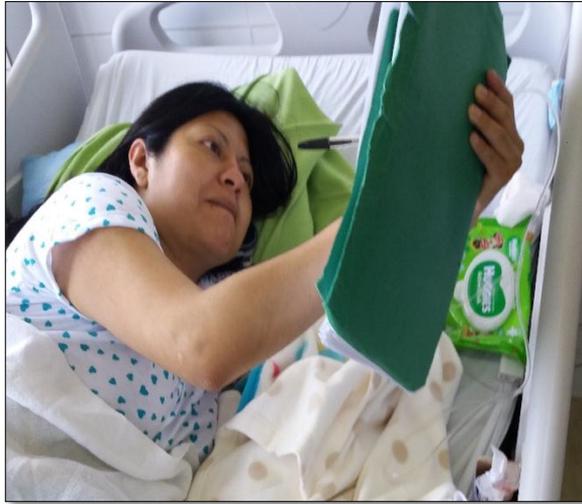
Dr. Lyther Reyes López
GERENTE HOSPITAL
"SAN VICENTE DE PAUL"
IMBABURA - SALUD

Srta. Magaly Lizbeth Sandoval Simbabaña
ESTUDIANTE CARRERA ENFERMERIA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Elaborado	Abg. Gisselle Bravo	Asesoría Jurídica
Aprobado	Dr. Lyther Reyes	Gerente Hospitalario

Anexo 4. Evidencia fotográfica





Anexo 5. Datos estadísticos sobre el número de cesárea

Ibarra, 2 de agosto de 2017

CERTIFICACIÓN

A petición verbal de la srta. MAGALY SANDOVAL, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte, tengo a bien certificar:

QUE la información detallada a continuación es veraz y confiable, reposa en los archivos de la unidad de Estadística del Hospital San Vicente de Paúl.

Número de partos

	Normales	Por cesárea
Enero	197	88
Febrero	150	101
Marzo	172	89
Abril	183	113
Mayo	205	96
Junio	186	92

Atentamente,


Ing. Jorge E. Viteñez



COORDINADOR DE ADMISIONES DEL HOSPITAL

SAN VICENTE DE PAÚL.

Anexo 6. Guía



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Guía de prácticas saludables de autocuidado en
mujeres realizadas la cesárea**

AUTORA: Sandoval Simbaña Magaly Lizbeth
DIRECTORA DE TESIS: Mgtr. Laura Mafla Herreria



TABLA DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	2
2. Justificación.....	3
3. Objetivos.....	4
3.1. Objetivo general.....	4
3.2. Objetivos específicos.....	4
4. Cesárea.....	5
4.1 ¿Qué es la cesárea?.....	5
5. Post parto.....	6
5.1 Signos de alarma en el post parto.....	7
6. Cuidados post cesárea.....	9
6.1 Cuidados de la herida quirúrgica.....	9
6.2 Cuidados en el domicilio luego de la operación.....	14
6.3 Alimentación.....	15
6.4 Lactancia materna.....	16
6.5 Actividad Física.....	17
6.6 Evite las siguientes prácticas.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	21

1. INTRODUCCIÓN

El incremento de la cesárea, que constituye la operación más comúnmente realizada, ha sido motivo de estudios en los últimos años debido al índice que tiene esta intervención de tener posibles complicaciones durante y después del procedimiento. Dentro de las principales causas de estas complicaciones es por falta de conocimiento o por la práctica de hábitos no saludables basados en creencias de las propias pacientes al no tener el acceso a una información adecuada sobre su condición, esto se puede confirmar ya que las complicaciones aparecen después del alta hospitalaria. Debido a esto se realiza esta guía sobre las acciones que se pueden realizar con el fin de implementar practicas saludables que ayuden al mejoramiento y rápida inserción de las madres a sus actividades diarias.



2.JUSTIFICACIÓN

El principal beneficiario de esta guía son las mujeres que han sido realizadas la cesárea y se encuentran en proceso de recuperación; el mismo que ha sido diseñado como material de apoyo que permita tratar de manera metodológica el tema proporcionando información básica y actualizada sobre los cuidados que deben tener después de este procedimiento, además de implementar buenas prácticas a través de la promoción de la salud que permita a las mujeres incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se contribuya a optimizar la calidad de vida y el disfrute pleno del desarrollo humano.



3.OBJETIVOS

3.1.Objetivo general

- ❖ Fortalecer los conocimientos actitudes y prácticas saludables sobre autocuidados en pacientes realizadas la cesárea.

3.2.Objetivos específicos

- ❖ Informar a las mujeres realizadas la cesárea sobre todos los cuidados que tienen que tener en el hogar.
- ❖ Fomentar prácticas saludables sobre los cuidados post cesárea.
- ❖ Incentivar a las mujeres realizadas la cesárea a seguir los consejos dados por el personal de salud sobre sus cuidados para prevenir complicaciones.

4. CESÁREA

4.1 ¿Qué es la cesárea?

La cesárea es una cirugía para el nacimiento de un bebé. El bebé se saca a través de una incisión en el abdomen de la madre. (1)



En algunos casos, la cesárea se programa por anticipado, y en otros, se realiza cuando surgen complicaciones imprevistas durante el trabajo de parto.

Hoy en día, la cesárea se considera el procedimiento más seguro para resolver las complicaciones del parto vaginal y mantener la seguridad de vida del niño por nacer y de la madre(2).



5. POST PARTO

El puerperio o posparto es el periodo después del parto en el que el organismo recupera la situación previa al embarazo (3).

Se trata del periodo que transcurre hasta que mujer se recupera después de un parto o cesárea.

Dura aproximadamente 42 días o 6 semanas



Los cambios durante el embarazo desaparecerán poco a poco y nuevamente el cuerpo pasara por muchas transformaciones.

5.1 Signos de alarma en el post parto



Los signos de alarma son aquellos signos y síntomas que indican la presencia de enfermedades en el cuerpo. Los síntomas que se pueden presentar son claras alertas que pueden poner en riesgo la vida. Deben ser evaluadas por un especialista lo antes posible

Cuando observe alguno de los siguientes problemas o complicaciones:

- ❖ Fiebre mayor a 38°C (temperatura) y escalofríos.



- ❖ Dolor intenso de cabeza que comienza inmediatamente después del nacimiento y no da tregua en intensidad (por más de 72 horas)



Alerta con fluidos y sangrado

- ❖ Sangrado abundante que empapa una toalla sanitaria en una hora, o el paso de grandes coágulos (8).
- ❖ Mal olor del flujo vaginal



Alerta con el dolor

- ❖ Comienzo repentino de dolor en la zona abdominal.
- ❖ Dolor en el área de la incisión que puede incluir una secreción de pus
- ❖ Dolor y ardor al orinar o sangre en la orina



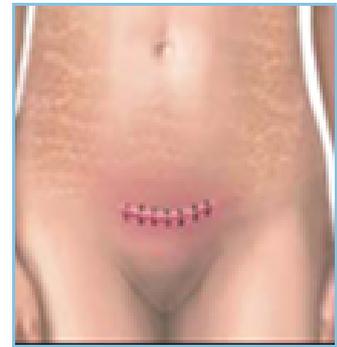
6. Cuidados post Cesárea

6.1 Cuidados de la herida quirúrgica

Estos cuidados son esenciales para prevenir una de las mayores complicaciones como son las infecciones (4).

Características de la herida quirúrgica

Casi siempre la herida se abulta ligeramente y se enrojece durante la primera semana después de la cirugía, sin que esto represente ningún problema.



Después de cuatro días de la cirugía, los bordes deben permanecer unidos, libres de secreciones



o

Revisar siempre la zona de la herida quirúrgica para observar posibles signos de infección como son:

- ❖ Separación de los bordes de la herida o pérdida de la sutura (9).
- ❖ Inflamación excesiva: aumento de volumen y enrojecimiento de la herida quirúrgica.



- ❖ Signos de infección como: aumento del calor, dolor excesivo, aumento de la dureza en la zona, salida de pus por la herida (líquido espeso, verde-amarillento y maloliente).
- ❖ Problemas de circulación: piel con coloración blanquecina-violácea, fría y con pérdida de sensibilidad.



Para el cuidado de la herida quirúrgica se realizará lo siguiente:

No levantar el apósito de la herida durante las primeras 24-48 horas.

Después de 48 horas, no es necesario cubrir la herida hasta que esta cicatrice.

Curación de la herida una vez al día.

Tomar un baño general diario con jabón antibacterial.



Limpieza de la herida quirúrgica post cesárea

Antes de efectuar el aseo de la herida, es importante:

Lavarse muy bien las manos.

Utilizar una mesa limpia donde pueda colocar todo lo necesario para la realización de la curación

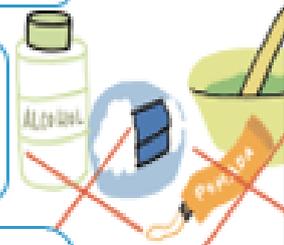
Se debe observar el estado en que se encuentra la herida

La limpieza de la herida debe hacerse con agua y jabón líquido, de preferencia nuevo, con movimientos suaves y sin frotar

Retire el exceso de jabón dejando caer sobre la herida un pequeño chorro de agua limpia, preferentemente hervida; también puede emplear agua embotellada, solución salina o agua estéril.

Una vez limpia la herida séquela suavemente con gasas, no utilizar algodón.

Cuando termine, lávese nuevamente las manos y guarde el equipo y los materiales en un lugar limpio y fresco.



Recomendaciones para el cuidado de la herida quirúrgica

No deben aplicarse, antibióticos, ni cualquier tipo de cremas en la herida quirúrgica.



No utilizar antisépticos como es el para la limpieza, ya que este puede retrasar el proceso de cicatrización de la herida.

Mantener la herida siempre limpia y seca sobre todo después de una ducha.

Vigilar los posibles signos de infección de la herida quirúrgica.



6.2 Cuidados en el domicilio luego de la operación.

Aseo

Baño general diario

Sobre el aseo genital tiene que ser frecuente y es permitido el aseo completo.



Control del dolor

En lo que representa al control del dolor según necesidad e indicación médica el cual le dará las respectivas indicaciones antes del alta hospitalaria (5).

Control Médico

Control por el medico después de los 3 días del alta. Retiro de puntos a los 7-10 días de operada en el centro de salud (6).



6.3 Alimentación

Régimen liviano de comidas.



Consumir líquidos claros y alimentos livianos como tostadas, arroz o fideos. Evite los alimentos que le provocan malestar (10).

Dieta balanceada y que la ayude a mantener su peso corporal adecuado.



Tiene que recibir suficientes líquidos para mantenerse hidratada y comer comidas saludables para restaurar su energía y prevenir el estreñimiento.



Para contribuir a evitar el estreñimiento, coma frutas, verduras y alimentos integrales y beba de 6 a 8 vasos de agua cada



Es posible que necesite ablandadores de deposiciones o un laxante suave si no tiene deposiciones dentro de 3 días después de la cirugía. Llame al médico para obtener más instrucciones

6.4 Lactancia materna



Amamanta a demanda y no limites el tiempo que el niño permanece al pecho

A medida que la herida sane y pueda moverse con más facilidad, la lactancia será más fácil

6.5 Actividad Física

Aproximadamente 10 a 12 horas después de la cirugía, se tiene que iniciar la deambulacion precoz

Dentro de 18 a 24 horas, tiene que levantarse y caminar. Esto ayudará a iniciar el proceso de curación.



Debido a que podría existir mareos siempre pedir ayuda al momento de levantarse

En el hogar e recomienda reposo relativo.



El nivel de actividad debe mantenerse bajo hasta que el médico sugiere un aumento de la actividad.

Evite la actividad que someta a esfuerzos la zona de la incisión durante al menos 6 semanas.



Nivel de Actividad



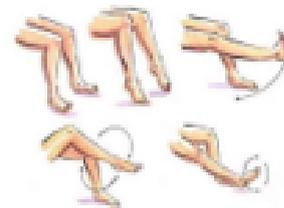
Inicialmente, se debe evitar levantar nada más pesado que al bebé y evitar la mayoría de las tareas domésticas.

No levante más de 10 a 15 libras durante las primeras 2 semanas.



Se recomienda caminar, aumentando gradualmente el tiempo y la distancia que camina cada día

Mantenerse activo y caminar ayuda a prevenir coágulos de sangre que puede formarse después de la cirugía.



No conduzca, regrese al trabajo, practique deportes ni realice actividad intensa hasta que su médico lo permita.

6.6 Evite las siguientes prácticas

- ❖ Las relaciones sexuales hasta que el médico le indique que es seguro (7).
- ❖ El uso de tampones o duchas vaginales.
- ❖ No usar bañeras hasta que la incisión sea curada y ya no sangre.
- ❖ Las piscinas públicas y jacuzzis.
- ❖ Repetidamente usar escaleras.
- ❖ El ejercicio, al menos hasta que el médico le de permiso.



Si se cuida debidamente en el proceso de recuperación, realizando prácticas saludables, esta será más rápida, mejorará el estado general y evitará posibles reingresos al hospital.



Por mi familia y por mí,
¡Yo me cuido!

A circular illustration showing a woman from the side, hugging a baby. The woman has brown hair and is wearing a brown top. The baby is wearing a brown onesie. The text "Por mi familia y por mí, ¡Yo me cuido!" is written around the circle in a teal, stylized font.

En el cuidado de la piel, no solo cuida su imagen, cuida la salud.
ES SU COMPROMISO

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Salazar GJ, Grimaldo Valenzuela PM, Vázquez Peña G, Reyes Segovia , Escudero Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social*. 2015 Mayo; 53(5).
2. Ruiz Sánchez , Espino y Sosa S, Vallejos Parés , Durán Arenas. Cesárea: Tendencias y resultados. *Scielo*. 2014 Marzo; 28(1).
3. Moreno Mojica , Rincón VillaMil , Arenas Cárdenas YM, Sierra Medina , Cano Quintero AP, Cárdenas Pinzón DL. La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista Cuidarte*. 2014 Diciembre; 5(2).
4. San Martín Loyola. Cura de heridas quirúrgicas. Universidad de Navarra. 2014 Junio.
5. Pérez Guerrero AC, Aragón MC, Torres LM. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? *Scielo*. 2017 Febrero; 24(1).
6. Ministerio de salud de Chile. Orientación técnica para la atención integral en el posparto. Ministerio de salud de Chile. 2014.
7. Del Toro Rubio , Fernandez Aragón , González Ruiz , Díaz Pérez A. Aspectos culturales de la puérpera que influyen en el cuidado del primer hijo. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016 Junio; 32(1).
8. Asturizaga P, Toledo Jaldín. Hemorragia Obstétrica. *Scielo*. 2014; 20(2).
9. Frias Chang V, Begué Dalmau NdIM, Martí Rodríguez LA. Infección del sitio quirúrgico poscesárea. *Scielo*. 2016 Mayo; 20(5).
10. Prieto B. BM, Ruiz CH. Significados durante el puerperio: a partir de practicas y creencias culturales. *Scielo*. 2013 Abril; 13(1).

