

Plan de cuidados estandarizado postcesárea

Autores: Vidal Fernández, Susana (Enfermera especialista en enfermería obstétrico ginecológica/ Fisioterapeuta); Del Fresno Marqués, Lucía (Doctorando en Ciencias de la Salud. Especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud. Grado en Enfermería, Matrona); Vázquez González, Noelia (Diplomado Universitario en Enfermería); Llada Suárez, Rubén (Doctor en Investigación en Medicina. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Grado en Enfermería, Enfermero de Familia).

Público: Personal sanitario. **Materia:** Ciencias de la salud. **Idioma:** Español.

Título: Plan de cuidados estandarizado postcesárea.

Resumen

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en nuestro medio, presentando una prevalencia actualmente en torno al 20%. A pesar de su innegable utilidad, se ha demostrado su relación con un elevado número de complicaciones. Supone un elevado coste económico y social, por lo que es fundamental tanto limitar su empleo, como llevar a cabo un plan de cuidados estandarizado que evite la aparición de complicaciones a través de los diagnósticos e intervenciones de enfermería más adecuados. Por este motivo se propone este plan de cuidados estandarizado para pacientes tras la realización de una cesárea.

Palabras clave: Cesarea, cuidados, enfermería, complicaciones.

Title: Post-cesarean standardized care plan.

Abstract

Caesarean section is one of the most frequent surgical interventions in our environment, presenting a prevalence currently around 20%. Despite its undeniable usefulness, its relationship with a high number of complications has been demonstrated. It supposes a high economic and social cost, reason why it is fundamental both to limit its use, as well as to carry out a standardized care plan that avoids the appearance of complications through the most adequate diagnoses and nursing interventions. For this reason, this standardized care plan is proposed for patients after performing a cesarean section.

Keywords: Caesarean section, care, nursing, complications.

Recibido 2018-03-10; Aceptado 2018-03-15; Publicado 2018-04-25; Código PD: 094063

JUSTIFICACIÓN

Debido a la elevada tasa de cesáreas realizadas en nuestro medio, es frecuente que el personal de enfermería se enfrente a llevar a cabo los cuidados necesarios tras la realización de dicha cirugía.

Si bien se trata de una intervención quirúrgica (IQ) realizada de forma habitual, ha demostrado no estar, ni mucho menos exenta de riesgos y complicaciones; los cuales en muchos casos son infravalorados tanto por los profesionales sanitarios como por las propias pacientes, estando muchos de ellos relacionados de forma directa con los cuidados facilitados por el personal de enfermería.

Dado que enfermería es una profesión en contacto directo con estas pacientes, resulta fundamental un abordaje orientado a la prevención y detección precoz de complicaciones a través de un plan estandarizado de atención de calidad y basado en el rigor científico.

Por estos motivos, considero interesante la realización de este plan de cuidados estandarizado para la realización de una atención adecuada a mujeres tras la realización de una cesárea para el logro de los objetivos citados anteriormente.

CONCEPTO

La cirugía de cesárea es una IQ que consiste en la extracción de uno o varios fetos por vía abdominal a través de la incisión de la pared abdominal y de una incisión a través del útero. En sus inicios, su principal indicación era salvaguardar tanto la vida materna como la fetal en aquellos casos en los que el parto por vía vaginal no era posible (Schnapp C. 2014).

HISTORIA

El nacimiento mediante cesárea comienza en la época antigua, donde el nacimiento mediante esta técnica era considerado como algo misterioso y sobrenatural.

En la Lex Recia del año 715 AC se establecía que cualquier mujer con embarazo avanzado, debía ser operada poco después de su muerte si el niño estaba vivo. Antes del 1500 el Islam se oponía a esta práctica y consideraba al recién nacido como un descendiente del demonio, por el contrario la iglesia católica estaba a favor debido en gran parte a su preocupación por la salvación de vidas y almas.

La primera referencia histórica a la realización de una cesárea a una mujer viva fue la realizada por Nufer en el 1500, en los años siguientes fueron muy escasas las mujeres que lograron sobrevivir a esta práctica.

En esta época aún no estaba presente el uso de anestesia y la intervención era realizada en sentido vertical en el abdomen; no procediéndose al cierre de la pared uterina, lo cual contribuía de forma importante a la presencia de sepsis.

En 1799, Barlow fue el primer médico en realizar una cesárea con supervivencia materna, no registrándose otro caso en su país hasta 1834, momento hasta el cual eran realizadas a través de incisiones transversales y longitudinales.

Existe un tercer periodo en la historia de la cesárea, donde se toma conciencia de las causas más habituales de muerte y de las mejores técnicas a realizar. Es a partir de 1876 cuando se comienza a hacer énfasis en la infección como primera causa de muerte, siendo Kröing en Alemania en 1912 quien habla de la ventaja de practicar la incisión en el segmento uterino inferior.

Aunque muchas pacientes la solicitan y quizás algunos se dejen influir por ellas, resulta evidente que actualmente, ha logrado salvar muchas vidas, tanto del producto de la concepción, como de la propia madre, sin embargo, su morbilidad y mortalidad continúan presentes, por lo que la vigencia de este proceder radica en el cumplimiento estricto de sus indicaciones (Lugones BM, 2001).

INCIDENCIA

La cesárea constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada, siendo la más antigua y moderna de las operaciones y ha llegado a un grado de perfeccionamiento que ha motivado una confiabilidad excesiva y un uso irracional (Nápoles D, 2012), siendo un procedimiento quirúrgico que ha ido en aumento en los últimos años, suponiendo aproximadamente un 20% de todos los nacimientos en todo el mundo (Tessier E et al., 2013).

En la década del 60, la tasa de cesárea en los EE.UU. era de 4,5 % y entre 1988-1995 las cifras se elevaron de 23-25 %. Por esta fecha, en el Reino Unido, el número de cesárea alcanzó 20 % y en una buena parte de Europa ya los indicadores oscilaban entre 15 y 20 % .

Durante los últimos años, los profesionales de salud a nivel mundial han considerado que la tasa ideal de cesáreas debe oscilar entre el 10% y el 15%, no obstante, determinar la tasa de cesárea adecuada a nivel de población, es decir, la tasa mínima de cesárea requerida por motivos médicos a la vez que se evitan las intervenciones médicamente innecesarias se presenta como un desafío (Ye J et al, 2014).

El aumento de su incidencia es multifactorial, pero sin lugar a dudas, entre los determinantes figuran:

1. Una mentalidad de obstetras y neonatólogos, que justifica la cesárea como una intervención para reducir la morbilidad y mortalidad neonatales y maternas.
2. El valor social de la cesárea, la cual da status en diferentes clases sociales.
3. Las demandas medicolegales, muchas de las demandas formuladas, generalmente se basan en el hecho de realizar la cesárea tardíamente; pero nunca cuando se practica precozmente.
4. El aumento de los honorarios médicos.
5. El retroceso cada vez más en las últimas décadas en cuanto a las habilidades manuales del obstetra para asistir a las interpretaciones adecuadas de las desviaciones del trabajo de parto y a la realización de maniobras.
6. La pérdida de la sistematicidad en el uso del método clínico y utilización excesiva de tecnología poco precisa y mal interpretada en muchos casos (Nápoles D y Piloto M, 2012).

Con el logro de resultados maternos y perinatales más satisfactorios, esta IQ fue convirtiéndose en un procedimiento cada vez más frecuente, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo (Vogel J et al, 2015), sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea esta asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como cualquier embarazo futuro (Lumbiganon P et al, 2010).

COSTE ECONÓMICO Y HUMANO

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno-infantil (Victora CG y Barros FC, 2006), y no está demostrado los beneficios de la cesárea en pacientes donde este procedimiento es innecesario y que conlleva a riesgos inmediatos y posteriores afectando la salud del binomio madre niño y la futura salud reproductiva de la mujer (OMS, 2015), del mismo modo el coste económico también es un factor a tener en cuenta, ya que las cesáreas suponen un gasto significativo para los sistemas sanitarios, ya de por sí debilitados (Gibbons L et al, 2012).

CLASIFICACIÓN:

Se distinguen distintos tipos de cesáreas, según el momento en que se realizan:

1. Cesáreas electivas o programadas, que son aquellas que se realizan sin esperar al comienzo espontáneo del parto.
2. Cesáreas intraparto, que como su nombre expresa, se realizan durante el parto, debido a que durante el desarrollo del mismo tenga lugar alguna de las causas que supone una indicación para su realización (Gonzalez-Merlo, 2013).

INDICACIONES

La literatura menciona, de forma general, que las indicaciones de cesáreas que tienen evidencia científica que las sustente, incluyen la distocia, riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF), cicatriz uterina previa, presentación de nalgas, embarazo múltiple, enfermedad materna y macrosomía fetal (Cabeza PG et al, 2010).

Las causas que con más frecuencia suponen la indicación para la realización de una cesárea se citan a continuación:

Indicaciones fetales : distrés fetal o alteraciones del trazado de frecuencia cardíaca fetal, distocias de presentación , macrosomía fetal, malformaciones fetales, anomalías fetales como la hidrocefalia, que pueden hacer complicado un parto vaginal, retardo de crecimiento intrauterino severo.

Indicaciones maternas: obstrucción del tracto genital inferior (Condilomatosis, tumoraciones, malformaciones), cerclaje cervical, y cirugía vaginal reconstructiva previa (absoluta), embarazo múltiple, gemelos siameses (absoluta), cesárea previa, cirugía uterina previa que afecta la porción contráctil del útero (cesárea clásica previa, miomectomía), patología materna previa que indique cesárea, distocias óseas, embarazo de alto riesgo.

Indicaciones mixtas: placenta previa y presencia de vasa previa (absoluta), abruptio placentae, prolapso y pro cúbito de cordón, insuficiencia placentaria (Herane A y Driggers R, 2005)

COMPLICACIONES POTENCIALES

Realizando una comparación con un parto vaginal, la mortalidad y morbilidad materna relacionada con la realización de una cesárea es de aproximadamente el doble que en un parto por vía vaginal.

La tasa de mortalidad materna es de 622 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Parte de este aumento de la mortalidad está asociada al propio procedimiento quirúrgico y, en parte, relacionada con las condiciones que pueden haber llevado a la necesidad de realizar un parto por cesárea.

Las fuentes más importantes de morbimortalidad materna se pueden relacionar con complicaciones infecciosas, enfermedad tromboembólica, complicaciones anestésicas y de la herida quirúrgica.

Estas complicaciones se pueden dividir en:

Complicaciones intraoperatorias

- Laceraciones uterinas, de los uréteres, lesiones de la vejiga.
- Lesiones intestinales se producen en menos del 0,1% de todos los partos por cesárea, este tipo de complicaciones son más frecuentes en caso de existencia de cesáreas previas, debido a la existencia de adherencias.
- La atonía uterina es una complicación intraoperatoria que se presenta con mayor frecuencia en pacientes con gestación múltiple, polihidramnios, o un intento fallido de un parto vaginal en el que la gestante se encontraba en la estimulación con oxitocina durante un período prolongado.

Complicaciones postoperatorias

- Endometritis: las mujeres que han sido sometidas a un parto por cesárea tienen un riesgo de hasta 20 veces mayor que con el parto vaginal de endometritis, si bien esta complicación ha descendido al 5% en parte al empleo de profilaxis antibiótica.
- Infección: después de un parto por cesárea, el riesgo de una infección de la herida oscila entre 2,5% al 15%.
- ITU: otra de las causas de morbilidad febril pos cesárea es la infección del tracto urinario (ITU). La incidencia oscila entre el 2 y el 16%, y se asocia con el proceso de la colocación de sonda vesical para la cirugía.

Las complicaciones tromboembólicas se encuentran más elevadas en las pacientes sometidas a parto por cesárea; aproximadamente 0.5 -1 de cada 500 mujeres embarazadas experimentan trombosis venosa profunda (TVP), este riesgo se incrementa en 3 -5 veces en el postparto por cesárea que con el parto vaginal (Colegio americano de obstetras y ginecólogos, 2011).

Al mismo tiempo, se ha visto que tras las cesáreas existe un retraso en la interacción madre-hijo, puesto que no es habitual la realización del contacto piel con piel (Tessier E et al, 2013).

OBJETIVOS DEL PLAN ESTANDARIZADO DE CUIDADOS

Este plan estandarizado de cuidados tiene como principales objetivos:

- Adquirir los conocimientos para realizar una correcta valoración de los problemas reales y potenciales que pueden aparecer en mujeres tras la realización de una cesárea y realizar las intervenciones necesarias para atender sus necesidades.
- Plantear un plan estandarizado de cuidados específico que pueda ser aplicado a cualquier mujer que haya sido sometida a una cesárea teniendo en cuenta las características personales de cada una de ellas.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

Diagnósticos de enfermería reales o potenciales relacionados con estos dominios:

Dominio 3: Eliminación/Intercambio

Clase 1: Función urinaria Procesos de secreción, reabsorción y excreción de orina.

Diagnóstico:

00023 Retención urinaria

Clase 2: Función gastrointestinal. Absorción y excreción de los productos finales de la digestión

Diagnósticos:

00015 Riesgo de estreñimiento

Dominio 4: Actividad/Reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio. Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.

Diagnósticos:

00085 Deterioro de la movilidad física

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares. Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

Diagnósticos:

00206 Riesgo de sangrado

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4: Cognición. Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.

Diagnósticos:

00126 Conocimientos deficientes

Dominio 7. Rol/relaciones

Clase 3: Desempeño del rol. Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperados.

Diagnósticos:

00106 Lactancia materna eficaz

Dominio 8: Sexualidad

Clase 3: Reproducción. Cualquier proceso por el que se producen seres humanos.

Diagnósticos:

00208 Disposición para mejorar el proceso de maternidad.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento. Procesos para manejar el estrés ambiental.

Diagnósticos:

00146 Ansiedad

Dominio 11. Seguridad/protección

Clase 1: Infección. Respuestas del huésped tras una invasión por gérmenes patógenos.

Diagnósticos:

00004 Riesgo de infección

00044 Deterioro de la integridad cutánea

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico. Sensación de bienestar o comodidad y/o ausencia de dolor.

Diagnósticos:

00132 Dolor agudo

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS (NOC)	ACTIVIDADES (NIC)
00023 Retención urinaria relacionado con inhibición del arco reflejo debido a la anestesia	Control de la eliminación voluntaria de orina	<ul style="list-style-type: none"> -Observación y control de dolor e hipersensibilidad por turno hasta la primera micción voluntaria -Observación del aspecto de la orina por turno -Sondaje evacuador si transcurridas varias horas tras la retirada de la sonda vesical, no se logra la primera micción voluntaria
00015 Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente	Facilidad para la eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta progresiva rica en fibra - Control peristaltismo - Ingesta hídrica adecuada, a través del control de la ingesta de líquidos
00085 Deterioro de la movilidad física	Mantener el nivel de movilidad previo a la intervención	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo del dolor. - Ayuda al autocuidado: principalmente a la higiene en turno de mañana. - Enseñanza de la actividad/ejercicio prescrito. - Movilización lo más precozmente posible

<p>00206 Riesgo de sangrado relacionado con la herida quirúrgica y con la contracción uterina</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Evitar el sangrado en la medida de lo posible - Facilitar una perfusión tisular adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Control del sangrado - Control de signos vitales
<p>00106 Lactancia materna eficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de la lactancia materna -Mantenimiento de la lactancia materna 	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre técnica de succión correcta - Información sobre diferentes posturas de lactancia -Información sobre el cuidado de los pezones - Asesoramiento sobre la lactancia materna - Aportar información sobre grupos de apoyo a la lactancia materna
<p>00126 Conocimientos deficientes: autocuidado y cuidados del recién nacido relacionado con falta de exposición</p>	<p>Conocimientos sobre puerperio, lactancia materna y cuidados del lactante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre cuidados de la herida quirúrgica, cantidad y olor de los loquios - Instruir sobre lactancia materna - Proporcionar apoyo a los padres durante el aprendizaje de las habilidades de atención al bebé.
<p>00208 Disposición para mejorar el proceso de la maternidad: en este caso nos centraríamos en el puerperio y tras el nacimiento.</p>	<p>Poseer una buena preparación tanto física como psíquica ante la maternidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a responder todas las posibles dudas que puedan surgir - Explicar los distintos cambios que van a surgir en estas etapas
<p>00146 Riesgo de ansiedad relacionado con el proceso del</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observación de factores de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa del paciente - Ambiente que facilite la

ingreso	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la ansiedad - Verbalización de la ansiedad 	<p>confianza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar todos los procedimientos - Favorecer descanso confort
00004 Riesgo de infección relacionado con la intervención, la sonda vesical y el catéter endovenoso	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar infecciones - Observación de signos infecciones - Formación de cicatriz (cierre por primera intención) - Mantener la asepsia en todos los procedimientos 	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de temperatura - Valoración de signos de infección (flebitis, eritema, inflamación...) - Vigilar la herida quirúrgica - Vigilar los loquios (olor, características, cantidad) - Control de la altura y firmeza del útero, así como de posibles hemorragias.
00132 Dolor agudo relacionado con la intervención y con las contracción uterinas	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar el dolor en la medida posible - Control del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> - Observar características del dolor en todos los turnos - Administración de la correcta medicación analgésica pautada. - Vigilar efectividad de la analgesia. - Instruir en posturas antiálgicas.
00044 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la herida quirúrgica	<p>Curación de la herida por primera intención</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de la zona de cesárea: lavar la herida con agua y jabón a diario una vez al día - Mantener la herida seca - Retirada de grapas en su centro de salud transcurridos 10 días aproximadamente

Problemas de Colaboración:

PROBLEMAS COLABORACIÓN	DE	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
Ansiedad		Reducción del nivel de ansiedad Técnicas para aportar tranquilidad Terapia simple de relajación	- Control del miedo - Control de la ansiedad
Dolor		Vigilancia del dolor	- Nivel del dolor: Intensidad - Dolor: Respuesta psicológica, respuestas cognitivas y emociones al dolor físico.
Cuidados: - Catéter venoso - Catéter vesical		- Punción intravenosa - Vigilancia del acceso venoso - Mantenimiento de los dispositivos de acceso venoso. - Vigilancia del catéter vesical - Cuidados del catéter urinario	- Control de riesgos - Control de riesgos
Vigilancia y control: Bienestar materno		Flebotomía: muestra de sangre venosa. Monitorización de signos vitales. Gestión de muestras sanguíneas.	- Estado coagulación - Estado de signos vitales - Detección de riesgos.
Administración de tratamiento: Sueroterapia		Reposición de líquidos	- Hidratación

Bibliografía

- Cabeza PJ, Calvo A, Betran AP, Mas MDM, Febles MM, Alcácer PX, et al. Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. *Prog Obstet Ginecol.* 2010; 53 (10): 385-390.
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2011) "Parto por cesárea". Washington, American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merial-di M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(4):331-19.
- Gonzalez-Merlo, Gonzalez E. *Obstetricia y ginecología.* 2013. Pgn 660-669.
- Herane A, Driggers R. (2005) "Parto normal, parto quirúrgico y anomalías de la presentación fetal" Hopkins, J (ed), *Ginecología y Obstetricia.* Madrid. Marbán. 5: 88,89
- Lugones BM. La cesárea en la historia. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2001; 27: 53-6.
- Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet.* 2010;375:490-499.
- Napoles D, Piloto M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *Medisan* 2012;16(10):1579
- OMS, HRP. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Resumen ejecutivo. Suiza. Abril 2015. Número de referencia OMS: WHO/RHR/15.02.
- Schapp C, Sepúlveda E, Robert JA. Operación cesárea. *Rev Med Clin Condes.* 2014; 25(6) 987-992.
- Tessier E, Camaño I, Garcia A et al. Cesárea humanizada. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56(2):73-78.
- Victora CG, Barros FC. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. *Lancet.* 2006;367(9525):1796-1797.
- Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health* 2015;3(5):260-270.
- Ye J, Betran AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth.* 2014;41(3):237-43.