

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE CUIDADOS POST
OPERATORIOS EN PACIENTES CESAREADAS EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE
FEBRERO DEL 2015.”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

MAQUEY VARGAS, SERGIO

ASESORA:

DRA. PAOLA HEYDI ARIAS HUANACUNE

TACNA – PERÚ

2015

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

**A mi familia que siempre me apoyo
en todo momento y se mantuvo a mi lado.**

**A mis amigos que siempre estarán acompañándome
en esta carrera que recién inicia.**

**A mis maestros que nos ayudaron a convertirnos
en médicos y grandes personas con sus experiencias.**

**Dedico este trabajo a todas las personas que he
tenido el gusto de conocer y que me han ayudado
a ser la persona que soy.**

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimientos acerca de los cuidados post operatorios de las pacientes que han sido cesareadas en el servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el mes de febrero del año 2015.

MÉTODO: El estudio es de tipo transversal, descriptivo y relacional.

RESULTADO: Se encuestó a 109 pacientes puérperas quirúrgicas mediatas, en el momento del alta, de las cuales el 61,5% (67) se encuentra entre los 18 y 27 años, siendo en su mayoría (62,4%) de estado civil conviviente, y con un grado de instrucción de secundaria completa en un 49,5%. El 66,1% de las pacientes encuestadas refería no haber sido cesareadas con anterioridad; el 24,8% se encontraba en su segunda cesárea. El nivel de conocimientos acerca de los cuidados post operatorios en cesárea es alto en el 72,5%, siendo analizados de forma separada los aspectos en relación a uso de anestésicos y manejo del útero, ambos con resultados alto (92,7% y 45% respectivamente), a comparación del aspecto de manejo de herida operatoria en que se registró un nivel medio en el 38,5% seguido por un 33,9% de nivel bajo de conocimientos. Se realizó también la relación estadística no logrando conseguir valores estadísticamente significativos en los aspectos de efectos anestésicos y cuidados de la herida operatoria, relacionados con edad, grado de instrucción y número de cesáreas previas, caso contrario que ocurrió al relacionar el número de cesáreas con los conocimientos sobre manejo de útero donde se obtuvo un valor p significativo ($p:0.02$).

CONCLUSIONES: El nivel de conocimientos acerca de los cuidados post operatorios de las pacientes cesareadas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el mes de febrero del 2015, es alto, en todos los aspectos excepto los relacionados a herida operatoria.

PALABRAS CLAVES: Post operatorio, nivel de conocimientos, cesárea

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge about post operative care of patients who have had cesarean in the gynecology service in the Hipólito Unanue hospital of Tacna in February 2015

METHOD: The study is cross-sectional, descriptive and relational.

RESULT: He polled 109 surgical mediate postpartum patients at the time of discharge, of which 61.5% (67) is between 18 and 27 years, with the majority (62.4%) common law marriage, and with a level of education completed secondary 49.5%. 66.1% of surveyed patients reported not having been previously cesarean; 24.8% were in their second cesarean. The level of knowledge about post operative care in cesarean section is high in 72.5%, and were analyzed separately aspects of anesthetics and management aspects of the uterus, both with high results (92.7% and 45% respectively) to compare the appearance of operative wound management in a medium level was recorded in 38.5% followed by 33.9% low level of knowledge. The statistical relationship was also conducted failing to get statistically significant values in the aspects of anesthetic effects and surgical wound care, related to age, level of education and number of previous cesarean otherwise occurred when the number of caesarean sections with knowledge management uterus where a significant p ($: 0.02 p$) value was obtained.

CONCLUSIONS: The level of knowledge about post operative care of patients cesarean in the Department of Gynecology and Obstetrics Hospital Hipólito Unanue of Tacna in February 2015, is high in all aspects exceptos related to surgical wound.

KEY WORDS: Post operative, level of knowledge, cesarean.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	PAG. 10
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	PAG. 11
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.	PAG. 11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	PAG. 13
1.3 OBJETIVOS.	PAG. 13
1.3.1 GENERAL	PAG. 13
1.3.2 ESPECÍFICOS	PAG. 14
1.4 JUSTIFICACIÓN	PAG. 15
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	PAG. 16
CAPITULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	PAG. 18
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	PAG. 18
2.2 MARCO TEÓRICO	PAG. 21
1. CESAREA	PAG. 21
a. Tipos de Cesárea	PAG. 23
b. Cuidados Preoperatorios	PAG. 28
c. Cuidados Post operatorios	PAG. 28
CAPITULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL	PAG. 34
3.1 HIPÓTESIS	PAG. 34

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	PAG. 34
CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	PAG. 36
4.1 DISEÑO	PAG. 36
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	PAG. 36
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	PAG. 37
4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	PAG. 37
4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	PAG. 37
4.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	PAG. 37
CAPITULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	PAG. 41
CAPITULO VI: RESULTADOS	PAG. 43
CAPITULO VII: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	PAG. 54
CONCLUSIONES	PAG. 58
RECOMENDACIONES	PAG. 60
BIBLIOGRAFÍA	PAG. 61
ANEXOS	PAG. 64
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	PAG. 64

INTRODUCCIÓN

Las responsabilidades de la mujer, son mucho más complejas de lo que podríamos observar superficialmente, hoy en día tiene un rol importante en el desarrollo de su entorno, no solo desde el punto de vista familiar, como tradicionalmente es identificada, sino también en el laboral y muchas veces además en el social.

Estas responsabilidades van más allá aún, cuando se vinculan a su rol de madre, además de desarrollarse plenamente en cualquiera de los ámbitos que nos imaginemos, tienen la exclusividad del gestar, del parir y muchas veces de criar, por lo tanto, existe un nivel más alto de responsabilidad, sabiendo que en muchos casos, de ellas depende la infancia saludable y por tanto garantizar el futuro de su comunidad, muchas cosas se pueden investigar asociadas a estas realidades, muchas de ellas vinculadas a la salud. El presente estudio es muy puntual, y pretende evaluar en ellas el nivel de conocimientos sobre los cuidados que garanticen su bienestar, tras haber sido sometidas a una operación cesárea.

El bienestar materno, de ésta puérpera quirúrgica, redundará en el bienestar de ese recién nacido, el nivel de conocimientos alto, le permitirá al sector no agotar sus esfuerzos y medios en acciones recuperativas, ya que una mujer informada prevendrá y evitará las complicaciones de este estado peculiar de puerperio.

Este estudio pretende mostrar una realidad local, en un tema que no por ser de poca complejidad impacta no solo en la salud de una mujer, sino además en el bienestar de su recién nacido, sus resultados permitirán focalizar los esfuerzos en educar aquello que menos se sepa y de esta manera mejorar los indicadores de bienestar de este binomio tan importante.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.6 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.

Una herida operatoria o herida quirúrgica, es el resultado de la incisión o corte a través de la piel, que se desarrolla durante el acto operatorio. En una cesárea, ésta suele ser mediana infraumbilical o incisión tipo Pfannestiel, una laparotomía arqueada convexa por encima de la sínfisis pubiana, en ambos casos el objetivo de dicho abordaje será exponer la cavidad pélvica, acceder al útero y extraer a través de ella al feto. Tras lo descrito, se procede al cierre respectivo.¹ Los cuidados posteriores, evitar noxas y estar atentos a los signos de alarma, constituyen una parte importante para la evolución post quirúrgica. Muchos de los aspectos en esta etapa determinarán la correcta evolución o las complicaciones subsecuentes.

En la práctica hospitalaria, se ha visto, que las mujeres que son cesareadas, permanecen en el centro hospitalario hasta 3 días posteriores al acto quirúrgico, durante este periodo, el personal médico y no médico, está pendiente de la evolución de la paciente, uno de los aspectos que se observan con frecuencia, es la herida operatoria, y se suelen dar pautas con respecto a su cuidado una vez que se da alta. La presencia de complicaciones de la herida operatoria, cualquiera que

¹ Salinas H, Parra M, Valdés E, Carmona S, Opazo D, Obstetricia, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2005.

de ellas se trate,² muchas veces está vinculada a una mala recepción de estas indicaciones, recordemos que nos encontramos frente a una paciente que acaba de ser cesareada y que aún sufre los efectos propios de este periodo, además que tiene la responsabilidad del cuidado del recién nacido, y su escala de prioridades se ve alterada.

En la consulta externa, el tratante que evalúa la evolución de la paciente, se encuentra muchas veces con el resultado de un cuidado inadecuado de la herida y como resultado, observa sangrado, inflamación, dehiscencia o infección, y la recuperación se torna más compleja e imposibilita la actividad normal de la madre, estos problemas, se suelen ver con mayor frecuencia en aquellas madres primíparas, o que han sido cesareadas por primera vez y a nuestro entender, son problemas totalmente prevenibles, si partimos de una adecuada educación , o en todo caso si nos cercioramos de que el mensaje que damos antes del alta es el adecuado.

Actualmente, no existe una medición del nivel de la información que reciben las pacientes cesareadas con respecto a los cambios fisiológicos que sufrirá su organismo tras el parto, particularmente a aquellos referidos a sus sistema reproductor, ni a los cuidados que deben de tener con su herida operatoria, creemos que no saben qué cosas son aquellas que deben evitar hacer y por qué periodo, y de cuáles son los signos o síntomas que las deben hacer acudir a su médico para evitar que una complicación se torne más compleja y difícil de resolver.

² Aguiar da Cruz L, Vieira Freita L, Moura Barbosa R, De Souza Gomez L,Teixeira Vasconcelos C, Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza, Brasil, 2013.

Con esta información, es posible que podamos replantear nuestras indicaciones al alta,³ o dirigir nuestra educación a aquellos aspectos que determinemos deficientes y de esta forma garantizar una correcta evolución con una cicatrización adecuada.

1.7 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En consideración a lo descrito líneas arriba, podemos plantearnos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimientos acerca de los cuidados post operatorios de las pacientes cesareadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el mes de febrero del año 2015?

1.8 OBJETIVOS.

1.8.1 GENERAL:

- Determinar el nivel de conocimientos acerca de los cuidados post operatorios de las pacientes que han sido cesareadas en el servicio de ginecología del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el mes de febrero del año 2015.

³ Patiño Gabriel E, Nivel de conocimientos acerca de los cuidados postoperatorios de las pacientes adolescentes que serán cesareadas por primera vez en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Materno Perinatal 2005, Perú, 2012.

1.8.2 ESPECÍFICOS:

- Identificar los conocimientos acerca de la fisiología uterina en el puerperio inmediato de las pacientes que han sido cesareadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Identificar los conocimientos acerca del cuidado de la herida operatoria en el postoperatorio de las pacientes adolescentes que han sido cesareadas en el Servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Identificar los conocimientos acerca de los efectos anestésicos en el post operatorio de las pacientes cesareadas en el servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Comparar el nivel de conocimientos entre cesareadas previamente, y cesareadas por primera vez en el Servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Proponer la creación de un manual educativo para las pacientes que son cesareadas por primera vez según los resultados de la investigación.

1.9 JUSTIFICACIÓN

La preocupación por aquellos eventos que podrían interferir con el adecuado desarrollo de la etapa puerperal, es de relevante importancia, ya que sus consecuencias pueden alterar no solo el bienestar materno, sino también al neonato, quien depende exclusivamente de la madre en este periodo.

La cesárea es una condición particular, que de por sí, ya limita el actuar materno mientras se suceden los iniciales fenómenos de cicatrización, los cuidados en este periodo, garantizan la recuperación y el pronto retorno a las labores cotidianas con normalidad, por lo que los estudios de las condiciones que se puedan suceder durante esta etapa, revisten de importancia, para garantizar su prevención, dirigir la capacitación, y garantizar el bienestar de este binomio.

El estudio propuesto se justifica en consideración a que determinar el nivel de conocimientos sobre los cuidados de la herida operatoria de una paciente cesareada nos permitirán direccionar la educación de estas pacientes al momento del alta y de esta forma reducir la morbilidad vinculada a las complicaciones de éstas heridas operatorias.

No existen antecedentes de la investigación planteada y sus resultados serán de utilidad para el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

1.10 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a. Cesárea:⁴

Una cesárea es una intervención quirúrgica definida como un tipo de parto en el cual se practica una incisión abdominal (laparotomía) y en el útero (histerotomía) de una gestante para extraer uno o más productos. Suele practicarse como alternativa al parto vaginal.

b. Infección:⁵

Infección indica la invasión de microorganismos que condiciona una respuesta inmunológica y daño estructural en el hospedero, existe invasión con lesión tisular por los mismos agentes infectantes (hongos, bacterias, protozoos, virus, priones), sus toxinas o ambos a la vez. Esta infección usualmente inicia en un área definida y luego puede hacerse sistémica o iniciar como tal.

c. Conocimientos:

Se define como el conjunto de hechos o información adquiridos por una persona, sea esta adquisición a través de la experiencia o la educación transmitida de un medio a otro, también se puede definir como la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

⁴ Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse, Spong C. Williams Obstetrics, Edit. Mc Graw Hill, 24° edición, 2014.

⁵ Kumate J; Gutiérrez G; Muñoz O; Santos I; Solórzano Fontino M. Infectología Clínica Kumate-Gutiérrez . México: Méndez Editores. 17° Edición. 2009.

d. Herida:⁵

Es toda pérdida de continuidad de un tejido ("solución de continuidad"), pudiendo ser secundaria a un traumatismo incidental o también a una intención de acceder a otros tejidos del cuerpo usualmente más profundos.

e. Puerperio:⁴

El puerperio es el período definido luego del parto pudiendo comprender hasta 40 días, en donde el cuerpo materno, tanto anatómico como fisiológicamente vuelvan a las condiciones pregestacionales, reduciendo las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato.

f. Involución Uterina:⁴

Proceso por el cual el útero vuelve a su tamaño original previo al embarazo tras el parto, condicionado por la lactancia y la secreción de oxitocina.

g. Segmento Uterino:⁴

Zona del útero que se forma después de 12 semanas, por el adelgazamiento producto de la extensión del istmo uterino (0.5cm), el segmento uterino inferior llega a medir 10 cm de longitud al término de la gestación, esta zona se caracteriza por ser delgada y menos vascularizada que el resto del cuerpo uterino.

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Patiño Gabriel, Elisa. Nivel de conocimientos acerca de los cuidados postoperatorios de las pacientes adolescentes que serán cesareadas por primera vez en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Materno Perinatal 2005. Lima; 2012.

En el estudio prospectivo y de corte transversal de Patiño, plantearon determinar el nivel de conocimientos acerca de los cuidados postoperatorios de las pacientes adolescentes que serán cesareadas por primera vez en el Servicio de Centro Quirúrgico de INMP 2005. Concluyeron que la mayoría de las adolescentes que fueron cesareadas por primera vez tienen un nivel de conocimiento medio y bajo en relación a los cuidados postoperatorios que deben realizar; sin embargo se encuentra un significativo nivel alto de conocimiento. Predomina más el conocimiento medio y bajo en las dimensiones que se refieren a los efectos anestésicos y al manejo del útero, solo en el manejo de la herida operatoria se observó un mayor porcentaje de nivel de conocimiento alto.

Gádor Manrique M, González A, Aceituno L, González V, Redondo R, Aisa L, Delgado L. Incidencia de infección nosocomial quirúrgica en Ginecología y Obstetricia en un Hospital Comarcal. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2013.

Gádor y colaboradores, encontraron en su estudio que las infecciones nosocomiales son una causa importante de morbilidad y mortalidad, siendo la más frecuente de localización quirúrgica. Así mismo encontraron que las infecciones nosocomiales, en concreto las infecciones de localización quirúrgica, son un problema potencialmente grave y relativamente frecuente, que se relaciona con una mayor morbilidad, siendo importante realizar una profilaxis adecuada y una correcta vigilancia para el diagnóstico e instauración precoz del tratamiento.

Silva de Oliveira M, Lavinias Santos MC, Almeida PC, Sanches Panobianco M, Carvalho Fernandes AF. Evaluación de manual de educación como una estrategia para el conocimiento de las mujeres con mastectomía. Revista Latinoamericana de Enfermería. 2012.

Este estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, analizó el conocimiento de mujeres con mastectomía acerca de cuestiones relacionadas al cáncer de mama, mediante la lectura de manual educativo. La evaluación de conocimientos señaló resultados positivos después de la lectura, sugiriendo que el conocimiento es fundamental para comprensión y adhesión a las orientaciones, convirtiéndose en un recurso favorable para la rehabilitación de mujeres con mastectomía.

Aguiar da Cruz L, Vieira Freita L, Moura Barbosa R, De Souza Gomez L, Teixeira Vasconcelos C, Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza, Brasil, 2013.

Aguiar y colaboradores, en este estudio tiene como objetivo caracterizar los casos de infección de herida operatoria tras cesárea en las mujeres que permanecieron hospitalizadas en un hospital público brasileño, se observó que de 46 pacientes con infección de herida operatoria el diagnóstico de ingreso fue diversificado de forma que el diagnóstico del proceso del parto se destaca con 19 pacientes. 45 pacientes de esta población mostraron signos y síntomas característicos de este tipo de infección, el grupo de edad predominante con diagnóstico de infección en sitio quirúrgico fue de 20-29 años, las infecciones del sitio quirúrgico que se produjeron con mayor frecuencia fue la infección del sitio quirúrgico superficial con 31 mujeres afectadas y todos los pacientes evolucionaron al alta hospitalaria. Se concluye en este trabajo, que incluso con técnicas avanzadas y cuidados de higienización por parte de los profesionales el número de mujeres que evolucionan a infección del sitio quirúrgico después de una cesárea es aún importante.

2.2 MARCO TEÓRICO

2. CESAREA⁶

La cesárea se define como un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se culmina la gestación, pero donde la extracción del producto se realizará a través de una incisión a nivel abdominal.

La cesárea es la cirugía mayor más frecuente que se realiza en los Estados Unidos⁷. En este país, la tasa de cesáreas aumentó de alrededor del 5% en 1970 al 24% aproximadamente en 2001.⁸ Desde junio de 1997 hasta mayo de 1999, en un área urbana de la India, la tasa total de cesáreas en consultorios de los sectores público, privado y de caridad fueron del 20%, 38% y 47% respectivamente. En América Latina, Brasil informó una tasa de cesáreas del 32% en 1986, que alcanzó más del 70% en algunos centros de salud. Entre 2004 y 2005, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS (WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health) en 24 regiones de ocho países de América Latina. En la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para tener el parto en 120 instituciones seleccionadas al azar.⁹ La mediana de la tasa de partos por cesárea fue del

⁶ Mora F, Ruelas Barajas E, CESÁREA SEGURA - Lineamiento Técnico. Dirección General de Salud Reproductiva. México. 2002

⁷ Taffel SM, Placek PJ, Moien M, Kosary CL. 1989 US caesarean section rate steadies: VBAC rate rises to nearly one in five. *Birth* 1991;18:73-77.

⁸ Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park M, Sutton PD. Births: final data for 2001. *National Vital Statistics Reports* 2002;51:1-102.

⁹ Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G et al, for the WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the

33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%.

Muchos factores contribuyeron al aumento global de las tasas de cesáreas, entre ellos, mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, menor riesgo de complicaciones postoperatorias a corto plazo, factores demográficos y nutricionales, y la percepción de la seguridad del procedimiento por parte de los prestadores y las pacientes. En particular, este último es un factor que influye en el aumento de la cantidad de mujeres de todo el mundo que optan por una cesárea electiva sin indicación médica. Sin embargo, los resultados obtenidos en la Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal de la OMS indican que el aumento de las tasas de cesáreas se relaciona con un mayor riesgo de tratamiento antibiótico puerperal y mortalidad y morbilidad materna severa. El aumento en la tasa de nacimiento por cesárea está también asociado con un aumento en las tasas de mortalidad fetal y en la cantidad de recién nacidos que ingresan a la unidad de cuidados intensivos durante siete días. Dado que la operación se realiza con tanta frecuencia, es probable que cualquier intento para reducir los riesgos asociados a ella, incluso con alteraciones relativamente pequeñas en el procedimiento quirúrgico para un resultado en particular, arroje beneficios significativos en cuanto a costos y beneficios en la salud para las mujeres.¹⁰

2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367: 1819–29.

¹⁰ The CEASAR Study. National Perinatal Epidemiology Unit (NPEU), University of Oxford, Oxford, United Kingdom. <http://www.npeu.ox.ac.uk/caesar/> (accessed 10 March 2009).

d. Tipos de Cesárea:¹¹

- Según antecedente obstétrico:
 - Primera: Es la intervención quirúrgica que se realiza por primera vez, sea cual sea la indicación de esta.
 - Iterativa: Es la práctica de la tercera o subsiguiente cesárea por una causa común a las dos previas.
 - Previa: Es la práctica de una cesárea anterior sea cual fuera la causa de esta.

- Según indicaciones¹²
 - Electiva: Es una intervención programada, aquella operación en que la gestante posee una patología materna o fetal que contraindique o en la que no se recomienda el parto por vía vaginal.

¹¹ Instituto Peruano de Seguridad Social. Protocolo de la Operación Cesarea. Perú. 1994

¹² PROTOCOLOS MEDICINA FETAL I PERINATAL - SERVEI DE MEDICINA MATERNOFETAL – ICGON – HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA. 2013

Indicaciones:

- Presentación de nalgas, transversa y oblicua.
 - Macrosomía fetal.
 - Placenta previa.
 - Infecciones maternas.
 - Cesárea Iterativa.
 - Gestante sometida a cirugía uterina previa con apertura de cavidad endometrial.
 - Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerorrafia transversa ampliada en T.
 - Compromiso fetal que contraindique la inducción – monitorización de la frecuencia cardiaca fetal del parto.
 - Patología médica materna que desaconseje parto vaginal.
 - En algunos casos la prematuridad, CIR y gestaciones múltiples.
- En Curso de parto o de recurso: Se produce la indicación durante el curso de un parto vaginal, por distintos motivos, generalmente debido a una distocia, por ejemplo:

desproporción céfalo pélvica, inducción de parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionario.

Indicaciones:

- Fracaso de inducción.
 - Parto estacionado.
 - Desproporción céfalo pélvica.
 - Cesárea electiva que inician en trabajo de parto espontáneo.
 - Distocias de presentación detectadas durante el trabajo de parto.
- Urgente: Esta intervención es producto de una patología aguda en la que está en riesgo la vida de la madre o del feto o un mal pronóstico neurológico fetal, por lo que se indica la finalización del embarazo con prontitud.

Indicaciones:

- Alteración del Bienestar Fetal.
- Desprendimiento prematuro de placenta.

- Prolapso de Cordón.
- Ruptura Uterina.
- Patología de líquido amniótico (embolia).

- Según técnica quirúrgica^{13, 14, 15, 16}

- Corporal:

La incisión que se realiza durante el acto operatorio es en sentido vertical en el cuerpo uterino.

Indicaciones frecuentes:

- Cáncer cérvico – uterino invasor.
- Situación transversa con dorso inferior.
- Cirugía uterina corporal previa.

¹³ Albornoz Aliaga LL, Reátegui Tarazona NG, Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 - 2012

¹⁴ Schnapp C, Sepúlveda E, Robert JA, Operación cesárea. Revista Médica Clínica Las Condes Volume 25, Issue 6, November 2014, Pages 987–992.

¹⁵ Parellada Joa O, Sarria Castroll M. Cesárea Misgav-Ladach versus cesárea convencional con incisión Phannenstiel. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.39 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2013.

¹⁶ Hernández Carrasco ME, Rodríguez Torres A, Ortiz Pineda O, Rodríguez Torres J, Casas Patiño D. Experiencia clínica de una técnica quirúrgica de cesárea para pacientes con obesidad mórbida: serie de casos. Medwave 2014;14(6):e5978.

- Procesos adherencias o varicosos en segmento inferior.
- Placenta previa en cara anterior.
- Cesárea post mortem.
- Miomatosis uterina de grandes elementos.

Este tipo de apertura uterina atrae muchas desventajas, ya que la apertura y el cierre son más complicados, existe mayor sangrado, se crean adherencias con más frecuencias y la rafia del cuerpo uterino corre más riesgo de hacerse dehiscente en un embarazo nuevo.

○ Segmentaria:

También llamada de Kerr, en esta técnica, la incisión se realiza en de forma horizontal sobre el segmento inferior uterino, que se forma conforme va la expansión del miometrio por el aumento del tamaño del contenido uterino. Es la más usada debido a que ofrece múltiples ventajas, produce menos hemorragia y permite un acceso fácil a la cavidad uterina así como su cierre, la cicatriz uterina formada es muy resistente y con poca probabilidad de dehiscencia subsecuente.

e. Cuidados Preoperatorios¹⁷

- Evaluación preoperatoria anestésica.
- Riesgo Quirúrgico Cardiovascular si la paciente es mayor de 40 años.
- Ayuno pre operatorio de al menos 8 horas.
- Rasurado de zona suprapúbica y aseo completo, con especial énfasis en la vulva y perineo.
- Colocación de sonda vesical.

f. Cuidados Post operatorios^{18, 19, 20}

En las primeras dos horas de puerperio, se debe controlar los siguientes aspectos:

- Las pérdidas uterinas y la altura uterina (evaluación del Globo de Pinard).
- Valoración de la función circulatoria y respiratoria, con monitorización de funciones vitales de forma periódica.
- Control de la regresión del bloqueo neurológico por anestesia regional.

¹⁷ Guzmán E. Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010. Medwave 2012.

¹⁸ Texto de "Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud". Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), 2006

¹⁹ CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN. Madrid. Versión: 2. 2012

²⁰ Granero Pardo JL. PUERPERIO. España. Marzo 2008.

- Control de Sangrado Vaginal.
- Control de Diuresis Horaria.
- Control de Dolor.

Durante el primer día:

- Control de funciones vitales de forma rutinaria.
- Analgesia según indicaciones.
- Iniciar tolerancia oral luego de 6 horas de la cirugía.
- Retirar la sonda vesical luego de 6 horas de la cirugía y controlar las micciones espontaneas.
- En cuanto a la herida quirúrgica: mantener el apósito compresivo durante 24 horas, y realizar curación diaria de la herida. Evaluar el sangrado, dolor y signos de flogosis.²¹

Se recomienda la estancia hospitalaria por lo menos 3 a 4 días, se podrá indicar el alta temprana según la evolución de la paciente.

Se recomienda también el retiro de puntos a la semana de realizada la intervención.

²¹ Manrique M, González A, Aceituno L, González V, Redondo R, Mauro L, Delgado L. Incidencia de infección nosocomial quirúrgica en ginecología y obstetricia en un hospital comarcal. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.78 no.5 Santiago oct. 2013.

Signos clínicos Fisiológicos de puerperio

Pérdida de peso:

En el parto, con la salida del contenido uterino, se produce una disminución ponderal de alrededor de 5 a 6 Kg, luego durante el puerperio temprano la mujer pierde alrededor de 2 Kg y 1.5 Kg por semana en las semanas subsiguientes.

Involución Uterina:

El útero regresa a su tamaño normal entre las 5 y 6 semanas después del parto, en el décimo día de puerperio se palpa a nivel de la sínfisis o 1 o 2 traveses de dedo por encima de la misma.

La evaluación clínica de la involución uterina se realiza palpando el fondo uterino, se debe tener cuidado con la llenura de la vejiga al momento del examen.

Micción:

En el puerperio inmediato es muy importante la evaluación de la orina y las características de las mismas, evaluación la presencia de retención urinaria a través de la palpación de globo vesical, entre otras.

1. INFECCION DEL SITIO OPERATORIO²²

1.2 Definiciones de la Infección del Sitio Operatorio

1.2.1 Incisión Superficial

Ocurre hasta 30 días después del procedimiento o un año si se implantó prótesis e involucra la herida superficial o el tejido celular subcutáneo y el paciente presenta alguna de las siguientes características:

- Drenaje purulento con o sin confirmación del laboratorio a partir de la incisión superficial.
- Microorganismos aislados a partir de un cultivo obtenido asépticamente a partir de fluidos o tejidos de la incisión superficial.
- Uno de los siguientes signos de infección: dolor, tumefacción, enrojecimiento o calor, o apertura deliberada de la herida quirúrgica por un cirujano.
- Diagnóstico de infección superficial realizada por un cirujano o por el médico tratante.

1.2.2 Incisional Profunda

Ocurre hasta 30 días después del procedimiento o un año si se implantó prótesis e involucra fascia o músculo relacionados con la incisión y el paciente presenta alguna de las siguientes características:

- Drenaje purulento de la incisión profunda pero no del órgano/espacio comprometido por ella.

²² Guía para la prevención de la infección del sitio operatorio (ISO)
María Fernanda Jiménez MD., John Henry Moore MD.,
Gustavo Quintero MD., Carlos Lerma MD.
Julio Alberto Nieto MD., Roosevelt Fajardo MD.

- Dehiscencia espontánea de la incisión profunda o incisión abierta deliberadamente por un cirujano cuando el paciente tiene uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre > 38°C, dolor localizado o tumefacción.
- Un absceso u otra evidencia de infección que incluya la incisión profunda encontrada durante el examen directo, durante la reoperación o por confirmación histopatológica o radiológica.
- Diagnóstico de infección profunda realizada por un cirujano o por el médico tratante.

1.2.3 Órgano/espacio anatómico

Ocurre hasta 30 días después del procedimiento o un año si se implantó prótesis e involucra cualquier parte de la anatomía (órgano, espacio) diferente a la incisión, que ha sido abierto o manipulado durante una operación y al menos uno de los siguientes:

- Drenaje purulento a partir del dren dejado en el órgano/espacio.
- Organismo aislado de un cultivo tomado asépticamente a partir de un cultivo de un fluido o del tejido de un órgano/espacio.
- Un absceso u otra evidencia de infección que compromete el órgano o espacio durante el examen directo, en una reoperación o por examen histopatológico o evaluación radiológica. Diagnóstico

de infección de órgano/espacio realizado por un cirujano o por el médico que atiende el paciente.

CAPITULO III:
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL

3.1 HIPÓTESIS

El nivel de conocimientos acerca de los cuidados post operatorios en las cesareadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna es bajo, principalmente en las cesareadas por primera vez.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
SOCIO LABORALES	EDAD	18-27 28-37 38-47 47 a mas	ORDINAL
	NÚMERO DE CESAREAS PREVIAS	0 1 2 3	ORDINAL

		MAS DE 3	
	ESTADO CIVIL	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Conviviente - Viuda - Divorciada 	CUALITATIVO
	NIVEL EDUCATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeto - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Superior incompleta - Superior completa - Postgrado 	ORDINAL
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PUNTAJE OBTENIDA	<ul style="list-style-type: none"> - BAJO - MEDIO - ALTO 	ORDINAL

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

El estudio es de tipo transversal, descriptivo y relacional.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, hospital nivel II ubicado en la calle Blondell s/n del distrito, provincia y región Tacna.

Que actualmente cuenta con más de 200 camas de hospitalización en los departamentos de: Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Unidad de Cuidados intensivos y Emergencia.

El estudio se realizó en el servicio de Ginecología que pertenece al departamento de ginecoobstetricia, el servicio actualmente cuenta con alrededor de 30 camas, en donde se hospitalizan las pacientes que tienen patologías ginecológicas, gestantes con menos de 20 semanas de gestación, así como las puérperas inmediatas de parto por cesárea.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo integrada por las pacientes puérperas inmediatas y mediatas de hasta 72 horas, de parto por cesárea, hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital, durante el mes de febrero del año 2015.

La muestra se evaluó de acuerdo a los siguientes criterios:

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes en postoperatorio de cesárea en el momento del alta.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes menores de edad.

4.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de recolección de datos consta de una encuesta específica, la cual fue tomada de acuerdo a las variables que se operacionalizaron.

Las preguntas son de opción múltiple en la mayoría de los casos, encontrándose preguntas puntuales para completar, tales como, edad.

Se entregó cada encuesta al sujeto de estudio por un lapso de 30 minutos para que pueda responder de forma calmada y razonada, siendo esta totalmente anónima.

El estudio fue validado en el estudio de Patiño y colaboradores a través de Juicio de Expertos.

Para categorizar el nivel de conocimientos se utilizó la escala de Staninos y Stanones y la gráfica de distribución normal (la campana de Gauss).

En la medición de la variable Nivel de Conocimiento se utilizó la Escala de Staninos Stanones, cuya fórmula es la siguiente:

$$A = X + 0.75 \times D.S.$$

$$B = X - 0.75 \times D.S.$$

Donde:

X = Promedio.

D.S. = Desviación Estándar.

Cálculo para la Categorización de la Variable

Para hallar las mediciones se determinó primero el promedio y desviación estándar obteniéndose los siguientes valores:

$$\text{Promedio } X = 20.7$$

Reemplazando:

$$A = 20.7 + 0.75 \times 6.30 = 25.42$$

$$B = 20.7 - 0.75 \times 6.30 = 15.97$$

$$\text{BAJO} = 0 - 13$$

$$\text{MEDIO} = 14 - 24$$

$$\text{ALTO} = 25 - 50$$

Cálculo para la Categorización de la Variable Conocimiento acerca de los Efectos Anestésicos

$$\text{Promedio } X = 7.6$$

Reemplazando:

$$A = 7.6 + 0.75 \times 3.11 = 9.93$$

$$B = 7.6 - 0.75 \times 3.11 = 5.26$$

$$\text{BAJO} = 0 - 5$$

$$\text{MEDIO} = 6 - 8$$

$$\text{ALTO} = 9 - 24$$

Cálculo para la Categorización de la Variable Conocimiento acerca del Manejo del Útero

$$\text{Promedio } X = 6.1$$

Reemplazando:

$$A = 6.1 + 0.75 \times 2.23 = 7.77$$

$$B = 6.1 - 0.75 \times 2.23 = 4.42$$

$$\text{BAJO} = 0 - 5$$

$$\text{MEDIO} = 6 - 7$$

$$\text{ALTO} = 8 - 12$$

CAPITULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez consignado los datos en las tablas de información se procedió a ingresar en una base datos en Microsoft Excel, donde se codificará la información de acuerdo a la operacionalización de variables.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante frecuencia y de las variables cuantitativas como medias, ambas con sus respectivas medidas de dispersión. El análisis relacional de las variables cualitativas se hará mediante el test de ji al cuadrado de Pearson y el de las cuantitativas con el contraste de medias.

El programa estadístico utilizado será el SPSS. Se aceptó la significación estadísticas si $p < 0.05$.

Se aplicó los siguientes valores en cada pregunta de nivel de conocimientos:

Rpta. Correcta = 2

Rpta. Incorrecta = 0

Para la categorización de la variable general se consideró:

NIVEL ALTO: 24 - 50

NIVEL MEDIO: 14 - 23

NIVEL BAJO: 0 – 13

Para la categorización con respecto a efectos de la anestesia (preguntas 2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14), se consideró:

NIVEL ALTO: 9 - 24

NIVEL MEDIO: 6 - 8

NIVEL BAJO: 0 – 5

Para la categorización con respecto a conocimientos de fisiología uterina (preguntas 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21), se consideró:

NIVEL ALTO: 7 - 14

NIVEL MEDIO: 5 - 6

NIVEL BAJO: 0 – 4

Para la categorización con respecto a cuidados de la herida operatoria (preguntas 1, 11, 22, 23, 24, 25), se consideró:

NIVEL ALTO: 8 - 12

NIVEL MEDIO: 6 - 7

NIVEL BAJO: 0 – 5

Este método de evaluación fue tomado junto con el instrumento de recolección de datos que se consigna en el Anexo 01, al ser un instrumento validado por el estudio de Patiño²², tanto en la encuesta en sí, como en la forma de evaluación.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

TABLA N° 01

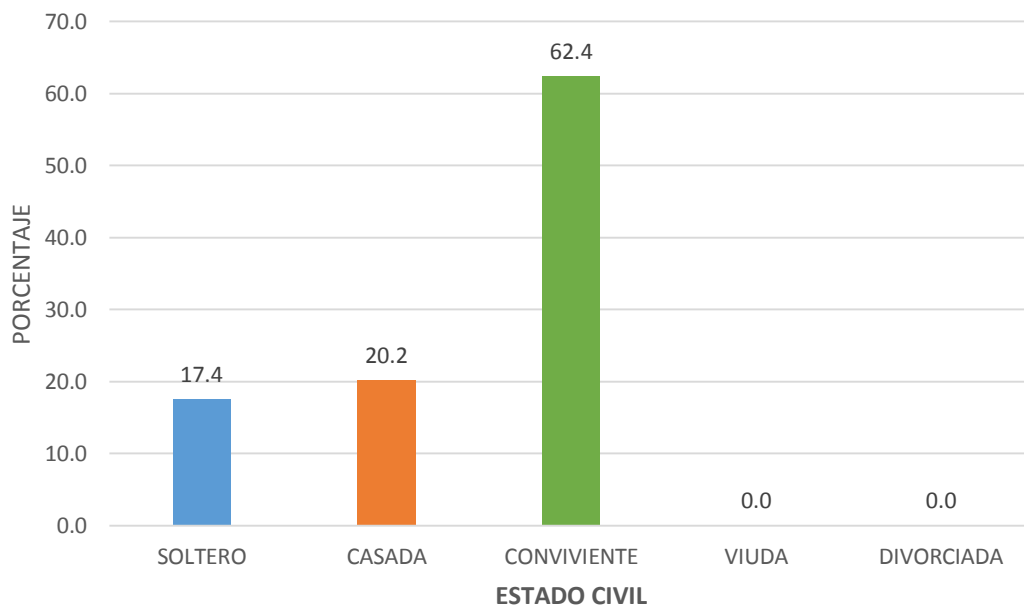
PACIENTES CESAREADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO –
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES
DE FEBRERO DEL AÑO 2015 SEGÚN EDAD.

RANGO DE EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTOS			TOTAL	%	VALOR P
	ALTO	MEDIO	BAJO			
18 - 27 AÑOS	52	13	2	67	61,5	0,415
28 - 37 AÑOS	22	14	0	36	33,0	
38 - 47 AÑOS	4	1	0	5	4,6	
MAS DE 48 AÑOS	1	0	0	1	0,9	
TOTAL	79	28	2	109	100,0	

Respecto a la edad de las pacientes cesareadas en el Departamento de Gineco – obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el 61.5% se encuentran dentro del grupo de 18 a 27 años de edad, encontrándose que no existe diferencia significativa ($p>0.05$).

GRAFICO N° 01

PACIENTES CESAREADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO –
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES
DE FEBRERO DEL AÑO 2015 SEGÚN ESTADO CIVIL.



Las pacientes cesareadas en el Departamento de Gineco – obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, son convivientes como estado civil más frecuente con un 62,4%.

TABLA N° 02

PACIENTES CESAREADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO –
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES
DE FEBRERO DEL AÑO 2015 SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTOS			TOTAL	%	VALOR P
	ALTO	MEDIO	BAJO			
ANALFABETA	0	0	0	0	0,0	0,127
PRIMARIA INCOMPLETA	2	3	0	5	4,6	
PRIMARIA COMPLETA	4	1	1	6	5,5	
SECUNDARIA INCOMPLETA	11	7	0	18	16,5	
SECUNDARIA COMPLETA	42	11	1	54	49,5	
SUPERIOR INCOMPLETA	4	0	0	4	3,7	
SUPERIOR COMPLETA	16	6	0	22	20,2	
POSTGRADO	0	0	0	0	0,0	
TOTAL	79	28	2	109	100,0	

De las pacientes cesareadas en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el 49.5% se encuentran con un grado de instrucción de Secundaria Completa, al relacionar esta variable con el nivel de conocimientos se encuentra que no existe diferencia significativa ($p>0.05$).

TABLA N° 03

NÚMERO DE CESAREAS PREVIAS EN LAS PACIENTES CESAREADAS EN
EL DEPARTAMENTO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2015.

CESAREAS PREVIAS	NIVEL DE CONOCIMIENTOS			TOTAL	%	VALOR P
	ALTO	MEDIO	BAJO			
0	53	18	1	72	66,1	0.086
1	22	5	0	27	24,8	
2	3	5	1	9	8,3	
3	1	0	0	1	0,9	
MAS DE 3	0	0	0	0	0,0	
TOTAL	79	28	2	109	100,0	

El 66.1% de las pacientes cesareadas en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital II Hipólito Unanue de Tacna, no tuvo ninguna cesarea previa a la efectuada en el momento de la recolección de datos, se obtuvo un valor p de 0.086, no siendo significativo.

TABLA N° 04

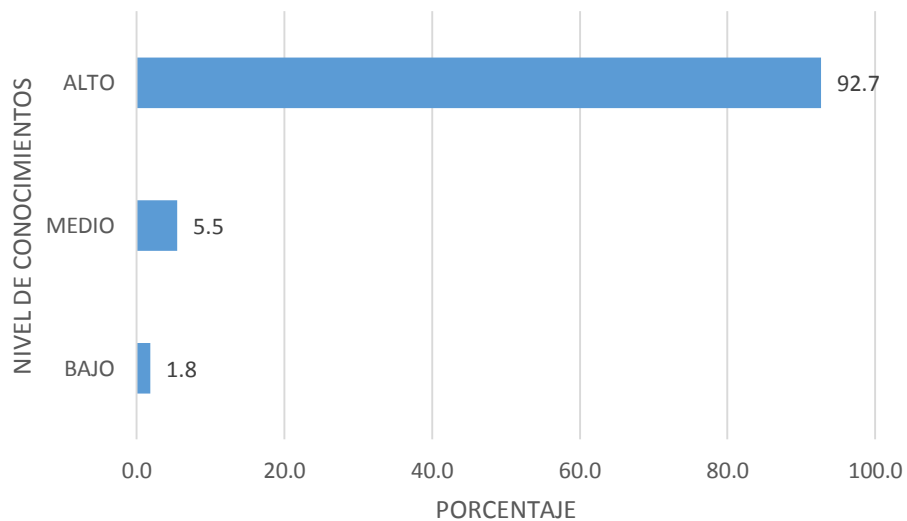
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS POST OPERATORIOS DE CESAREA EN LAS PACIENTES CESAREADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2015.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
ALTO	79	72,5
MEDIO	28	25,7
BAJO	2	1,8
TOTAL	109	100,0

El 72,5% de las pacientes cesareadas en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, obtuvo un promedio alto en cuanto a la evaluación de nivel de conocimientos sobre cuidados post operatorios de cesárea.

GRÁFICO N° 02

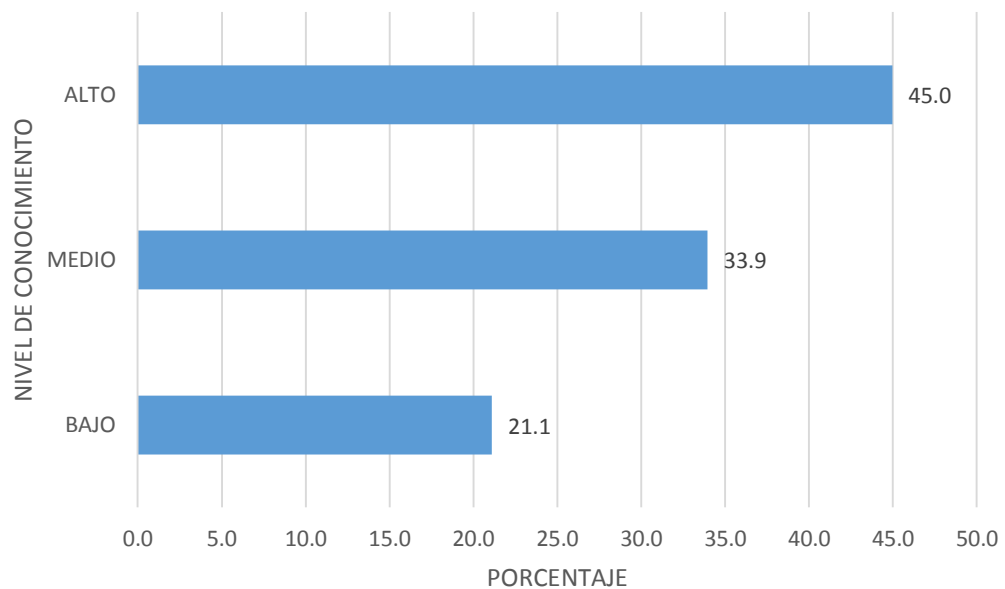
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EFECTOS ANESTÉSICOS EN LAS PACIENTES CESAREADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2015.



El 92,5% de las pacientes cesareadas en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, obtuvo un promedio alto en cuanto a la evaluación de nivel de conocimientos sobre efectos de la anestesia, en el test aplicado.

GRÁFICO N° 03

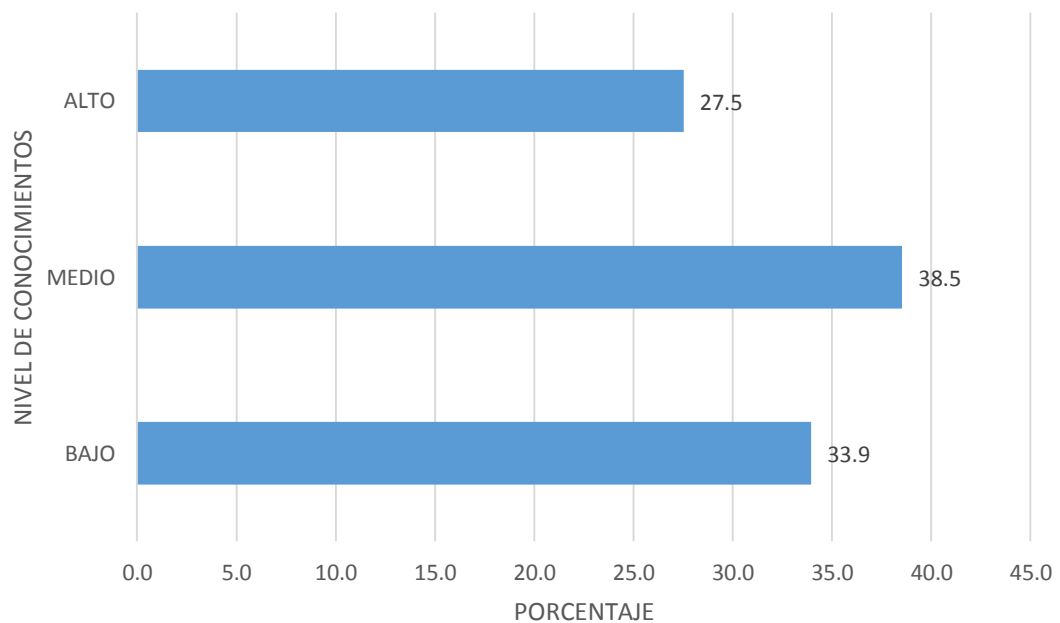
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MANEJO DEL ÚTERO EN LAS PACIENTES CESAREADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2015.



El 45,0% de las pacientes cesareadas en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, obtuvo un promedio alto en cuanto a la evaluación de nivel de conocimientos sobre manejo del útero, en el test aplicado.

GRÁFICO N° 04

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MANEJO DE LA HERIDA OPERATORIA EN LAS PACIENTES CESAREADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2015.



El 38,5% de las pacientes cesareadas en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, obtuvo un promedio medio en cuanto a la evaluación de nivel de conocimientos sobre manejo de la herida operatoria, en el test aplicado.

TABLA N° 05

RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CESAREAS PREVIAS, Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MANEJO DE ÚTERO EN LAS PACIENTES CESAREADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2015.

CESAREAS PREVIAS	NIVEL DE CONOCIMIENTOS			VALOR P
	ALTO	MEDIO	BAJO	
0	29	25	18	0,028
1	18	6	3	
2	2	6	1	
3	0	0	1	
MAS DE 3	0	0	0	
TOTAL	49	37	23	

Al asociar el número de cesáreas con el nivel de conocimientos sobre fisiología del útero en las pacientes cesareadas en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna, se obtiene el valor p de: 0,028, resultando este significativo, ($p < 0.05$), podemos entonces relacionar que a mayor número de cesáreas, mas elevado será el nivel de conocimiento con respecto a fisiología uterina. .

TABLA N° 06

EVALUACIÓN DE LAS PREGUNTAS CON RESPUESTA CORRECTA E INCORRECTA EN LAS PACIENTES CESAREADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2015.

PREGUNTA	RESPUESTA				TOTAL
	CORRECTA		INCORRECTA		
	N°	%	N°	%	
1) ¿Sabe Ud qué es la cesárea?	88	80,73	21	19,27	109
2) ¿Sabe Ud qué es el postoperatorio?	56	51,38	53	48,62	109
3) ¿Qué entiende Ud por anestesia?	84	77,06	25	22,94	109
4) ¿Sabe Ud que tipo de anestesia le van administrar para la cesárea?	25	22,94	84	77,06	109
5) ¿Cuando Ud. Sale de sala de operaciones debe hablar normalmente?	95	87,16	14	12,84	109
6) La dificultad para respirar en el postoperatorio puede deberse a:	44	40,37	65	59,63	109
7) ¿Al salir de sala de operaciones Ud se sentirá estar adormecida y el cuerpo pesado, esto es por?	81	74,31	28	25,69	109
8) ¿Qué puede ocasionar en los miembros inferiores la anestesia epidural?	84	77,06	25	22,94	109
9) ¿Por qué podría sentir Ud. escalofríos y temblores en el cuerpo?	69	63,30	40	36,70	109
10) ¿Qué debe hacer si siente escalofríos y temblores?	90	82,57	19	17,43	109
11) ¿Qué debe hacer Ud si siente dolor?	57	52,29	52	47,71	109
12) ¿Después de la operación Ud. puede beber agua normalmente?	78	71,56	31	28,44	109
13) ¿Después de la operación Ud debe orinar?	87	79,82	22	20,18	109

14) ¿La anestesia epidural tiene efectos en la eliminación de orina?	66	60,55	43	39,45	109
15) ¿Qué pasará con el útero después de la cesárea?	64	58,72	45	41,28	109
16) ¿Por qué debe contraerse el útero?	49	44,95	60	55,05	109
17) ¿A qué nivel debe realizar los masajes uterinos?	24	22,02	85	77,98	109
18) ¿Son importantes los masajes externos a nivel del útero?	86	78,90	23	21,10	109
19) ¿Qué cantidad de sangre se pierde por la vagina después de la cesárea?	9	8,26	100	91,74	109
20) ¿Qué color debe ser la sangre que sale por la vagina después de la cesárea?	68	62,39	41	37,61	109
21) ¿Cuántos días como promedio dura el sangrado vaginal después de la cesárea?	65	59,63	44	40,37	109
22) ¿Qué debe hacer si su gasa de la herida operatoria esta manchada de sangre?	75	68,81	34	31,19	109
23) ¿Qué debe hacer para evitar la infección de la herida operatoria?	51	46,79	58	53,21	109
24) ¿Cómo reconoce si su herida operatoria está infectada?	42	38,53	67	61,47	109
25) ¿Con qué debe curarse la herida operatoria?	6	5,50	103	94,50	109

Se observa que el mayor porcentaje de respuestas incorrectas se encuentra en las preguntas relacionadas a la herida operatoria.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Identificar el nivel de conocimientos que tienen las puérperas quirúrgicas sobre aquellos cuidados inmediatos y mediatos que deben tener respecto a la fisiología uterina, a los efectos de la anestesia, y a los cuidados de la herida operatoria, nos pueden permitir predecir su recuperación y garantizar de esta forma el bienestar no solo materno sino también del recién nacido; de esta manera, podríamos afirmar que una madre que desconoce de estos cuidados, tendría una evolución incierta y acudiría repetidamente o con complicaciones más severas a la consulta médica en busca de su recuperación, por el contrario si encontramos un alto nivel de conocimientos podríamos esperar que se traduzca en una recuperación post operatoria satisfactoria y las visitas al facultativo sean simplemente las requeridas para el control de una evolución favorable.

Entre estos dos escenarios, encontramos satisfactoriamente que la población estudiada tiene un alto nivel de conocimientos (72,5%) sobre aquellos cuidados que debe tener para consigo misma, lo que en términos generales se traduciría en un bajo porcentaje de complicaciones post cesárea, ya que es raro ver pacientes post cesareadas hospitalizadas por infección de herida operatoria, hematomas y dehiscencia de herida operatoria, endometritis, como si se reporta en la casuística nacional e internacional, si bien es cierto no hemos realizado una correlación a este nivel, consideramos que no sería precisa por la prácticamente ausencia de estos problemas médicos.

Los cuidados que debe tener la mujer tras haber sido sometida a una cesárea se han evaluado desde tres esferas, la primera de ellas está vinculada a cómo es que entiende los efectos de la anestesia, indagando sobre aquellas características consideradas normales dentro del proceso de recuperación del efecto anestésico, el que la mujer conozca el tiempo y los cambios que se van a ir presentando tras la anestesia regional, aquellos movimientos o cambios posturales que deberá incorporar progresivamente permitirán una mayor tranquilidad de la puérpera y evitarán falsas preocupaciones al tratante. En nuestro estudio el 92,7% de las mujeres evaluadas mostró un alto nivel de conocimientos sobre este aspecto, lo que nos indica de modo indirecto el nivel de información recibida, sobre este aspecto el estudio de Patiño tan solo un 30% presentaban un nivel de conocimientos altos acerca de este aspecto; si bien es cierto los grupos de estudio era distintos, en el nuestro no hemos encontrado diferencia significativa entre las gestantes, su paridad y edad.

Otra de las cosas que resultan importantes son aquellas vinculadas a que tanto comprende la mujer sobre aquellos cambios que le permitan retornar a un estado previo al de la gravidez. El hecho de que la mujer comprenda cuánto tarda el útero en retomar su tamaño inicial, aquellas características que acompañan este proceso, como el sangrado y sus características dentro de la normalidad, dolorabilidad; que sepa aquellas condiciones que favorecen esta involución (posturas, masajes), le permitirán realizar un automonitoreo y al mismo tiempo identificar condiciones patológicas para poder acudir de manera oportuna a ser evaluada por su tratante; a este respecto el nivel de conocimiento encontrado en nuestro estudio es alto (45%) y si guarda una asociación significativa entre aquellas mujeres que han sido cesareadas por primera vez y aquellas que han pasado por este proceso en más de una ocasión, siendo en este último grupo mejor ($p: 0.02$). En el estudio de Patiño, se evidenció que solo un 25%

de las encuestadas tuvo un nivel alto de conocimientos, agrupándose el 45% en un nivel medio de conocimientos en este aspecto.

Finalmente, el tercer aspecto evaluado, es aquel en que podrían existir las complicaciones más obvias, nos referimos a los cuidados que debe tener la mujer frente a los cuidados de la herida operatoria; en este aspecto nuestro nivel de conocimientos ha sido predominantemente medio y no ha existido diferencias entre las mujeres según su edad, su paridad o su grado de instrucción, es preciso entonces que se brinde una mayor información desde lo más elemental que significa explicarle a la madre que es una cesárea, hasta aquellas cosas más preocupantes como los cuidados frente al sangrado, los signos de una inflamación y/o infección, o con que debe realizar los cuidados básicos de la herida, estando en casa; esta calificación podría entenderse en consideración al impacto que significa para una mujer el apreciar con unos apósitos de una proporción significativa, del temor que infringe en ella para su movilización, de los mitos en torno a los cuidados (uso de fajas, reposo excesivo, aplicación tópica de compuestos alternativos, etc), o el simple temor de ignorar la evolución de la herida por su simple existencia. En el estudio de Patiño, encontramos que el nivel de conocimientos a este respecto es muy alto (60%), lo que refuerza la educación recibida por estas mujeres de manera puntual, acerca de los cuidados que deben tener frente a su herida operatoria.

Podríamos haber proyectado nuestros resultados, diciendo que aquellas mujeres con un nivel educativo más alto, o aquellas mujeres que han pasado por la experiencia de la cesárea previa, o incluso aquellas con mayor edad, podrían tener niveles de conocimientos más altos, ya que todas estas variables inciden de manera positiva por entenderse como “de experiencia”, pero para el caso de los resultados obtenidos, una mujer más preparada, de mayor edad, o con cesáreas previas, tiene un

nivel de conocimientos semejante a aquella primípara, menor y de bajo nivel educativo. Por lo que si se precisase alguna intervención, no habría necesidad de focalizar a un grupo en especial ni de generar una estrategia diferenciada en consideración a estas variables estudiadas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos acerca de los cuidados post operatorios de las pacientes cesareadas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el mes de febrero del 2015, es alto. Lo que niega nuestra hipótesis.
2. El 45% de las pacientes encuestadas, tiene un nivel de conocimientos sobre la fisiología uterina, alto.
3. El nivel de conocimientos sobre el cuidado de la herida operatoria en las pacientes cesareadas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en Febrero del 2015 es medio, destacando que este aspecto es el único que no es de un nivel alto.
4. El nivel de conocimientos sobre efectos anestésicos en la población en estudio, resulto dentro de todos los aspectos analizados como el más alto, con un 92,7%.
5. No existe diferencia significativa entre aquellas pacientes que fueron cesareadas por primera vez y quienes tienen cesáreas previas en cuanto a conocimientos globales de cuidados post operatorios en cesárea. Lo que niega nuestra hipótesis de estudio.

6. No existe asociación significativa entre nivel de conocimientos y edad, grado de instrucción y número de cesáreas, excepto sobre el nivel de conocimientos de los cuidados uterinos ($p: 0.02$).

RECOMENDACIONES

1. Recomendar a los responsables de la educación de los cuidados post quirúrgicos de la paciente cesareada, que debe informar con más énfasis aquellos aspectos vinculados a la herida operatoria de estas puérperas quirúrgicas.
2. Fomentar que la presente investigación se aplique en un mayor grupo de estudio y en diferentes áreas; y que se realicen estudios de correlación entre nivel de conocimiento y la existencia de complicaciones post cesarea.
3. Realizar estudio que sirvan de base para estructurar un programa de formación para las madres pre y post cesárea, para elevar su nivel de conocimientos.
4. Realizar estudios que sirvan de base para estructurar un programa de formación para las madres pre y post cesarea, para elevar su nivel de conocimientos.
5. Crear un protocolo de información acerca del post operatorio de la cesarea, con la finalidad de uniformizar los criterios de los cuidados para este momento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguiar da Cruz L, Vieira Freita L, Moura Barbosa R, De Souza Gomez L, Teixeira Vasconcelos C, Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza, Brasil, 2013.
2. Albornoz Aliaga LL, Reátegui Tarazona NG, Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012.
3. Cuidado Quirúrgico en el Hospital de Distrito(CQHD), que forma parte de la OMS Manejo Integrado de Cuidado Quirúrgico Esencial y de Emergencia(MICQEE) del juego de herramientas. (World Health Organization).
4. CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN. Madrid. Versión: 2. 2012
5. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse, Spong C. Williams Obstetrics, Edit. Mc Graw Hill, 24° edición, 2014.
6. Granero Pardo JL. PUERPERIO. España. Marzo 2008.
7. Guía para la prevención de la infección del sitio operatorio (ISO) María Fernanda Jiménez MD., John Henry Moore MD., Gustavo Quintero MD., Carlos Lerma MD. Julio Alberto Nieto MD., Roosevelt Fajardo MD.
8. Guzmán E. Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010. Medwave 2012.
9. Hernández Carrasco ME, Rodríguez Torres A, Ortiz Pineda O, Rodríguez Torres J, Casas Patiño D. Experiencia clínica de una técnica quirúrgica de cesárea para pacientes con obesidad mórbida: serie de casos. Medwave 2014;14(6):e5978.
10. Instituto Peruano de Seguridad Social. Protocolo de la Operación Cesarea. Perú. 1994.

11. Kumate J; Gutiérrez G; Muñoz O; Santos I; Solórzano Fontino M. *Infectología Clínica Kumate-Gutiérrez* . México: Méndez Editores. 17° Edición. 2009.
12. Manrique M, González A, Aceituno L, González V, Redondo R, Mauro L, Delgado L. Incidencia de infección nosocomial quirúrgica en ginecología y obstetricia en un hospital comarcal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* vol.78 no.5 Santiago oct. 2013.
13. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park M, Sutton PD. Births: final data for 2001. *National Vital Statistics Reports* 2002;51:1-102.
14. Mora F, Ruelas Barajas E, *CESÁREA SEGURA - Lineamiento Técnico*. Dirección General de Salud Reproductiva. México. 2002.
15. Parellada Joa O, Sarria CastroII M. Cesárea Misgav-Ladach versus cesárea convencional con incisión Phannenstiel. *Rev Cubana Obstet Ginecol* vol.39 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2013.
16. Patiño Gabriel E, Nivel de conocimientos acerca de los cuidados postoperatorios de las pacientes adolescentes que serán cesareadas por primera vez en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2005
17. *PROTOCOLOS MEDICINA FETAL I PERINATAL - SERVEI DE MEDICINA MATERNOFETAL – ICGON – HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA*. 2013
18. Salinas H, Parra M, Valdés E, Carmona S, Opazo D, *Obstetricia, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2005*
19. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert JA, Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes* Volume 25, Issue 6, November 2014, Pages 987–992.
20. Taffel SM, Placek PJ, Moien M, Kosary CL. 1989 US caesarean section rate steadies: VBAC rate rises to nearly one in five. *Birth* 1991;18:73-77.

21. Texto de “Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud”. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), 2006
22. The CEASAR Study. National Perinatal Epidemiology Unit (NPEU), University of Oxford, Oxford, United Kingdom. <http://www.npeu.ox.ac.uk/caesar/> (accessed 10 March 2009).
23. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G et al, for the WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367: 1819–29.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS²³

I. DATOS GENERALES:

- A. Edad:
- B. Estado civil:
- C. Grado de instrucción:
- D. Número de cesáreas previas.

II. INFORMACION ESPECÍFICA:

1) ¿Sabe Ud qué es la cesárea?

- a) Un parto normal.
- b) Un parto quirúrgico por incisión del abdomen y útero.
- c) No sé

2) ¿Sabe Ud qué es el postoperatorio?

- a) La preparación antes de una operación.
- b) El momento de la operación.
- c) Periodo después que la operación termina.

3) ¿Qué entiende Ud por anestesia?

- a) Un medicamento para los nervios.
- b) Un medicamento que le adormecerá y reducirá los dolores.

²³ Patiño Gabriel E, Nivel de conocimientos acerca de los cuidados postoperatorios de las pacientes adolescentes que serán cesareadas por primera vez en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2005

c) Un medicamento más para la cesárea.

4) ¿Sabe Ud que tipo de anestesia le van administrar para la cesárea?

- a) Epidural.
- b) General.
- c) No sé.

5) ¿Cuando Ud. Sale de sala de operaciones debe hablar normalmente?

- a) Si, porque no pasará nada.
- b) Si, porque hay muchas preguntas que realizar.
- c) No, porque se pueden acumular gases.

6) La dificultad para respirar en el postoperatorio puede deberse a:

- a) La posición.
- b) la nariz tupidada, la boca y garganta seca por la anestesia.
- c) El cansancio y los dolores.

7) ¿Al salir de sala de operaciones Ud se sentirá estar adormecida y el cuerpo pesado, esto es por?

- a) los efectos de la anestesia epidural.
- b) El cansancio y los dolores.
- c) Porque no ha dormido.

8) ¿Qué puede ocasionar en los miembros inferiores la anestesia epidural?

- a) Inmovilidad momentánea.
- b) Inmovilidad total.
- c) Ninguna.

9) ¿Por qué podría sentir Ud. escalofríos y temblores en el cuerpo?

- a) Porque ha estado muy expuesta durante la operación.
- b) Porque esta desabrigada.
- c) Por efectos de la anestesia.

10) ¿Qué debe hacer si siente escalofríos y temblores?

- a) Preocuparse porque no es normal sentir tanto frío.
- b) Llorar y gritar.
- c) Avisar a la enfermera.

11) ¿Qué debe hacer Ud si siente dolor?

- a) Pedir un medicamento para el dolor.
- b) Avisar a la enfermera.
- c) Gritar.

12) ¿Después de la operación Ud. puede beber agua normalmente?

- a) Si porque tiene sed.
- b) Si pero poquito.
- c) No porque me producirá vómitos.

13) ¿Después de la operación Ud debe orinar?

- a) No, porque no he tomado agua.
- b) SI.
- c) No, porque orine antes de la operación.

14) ¿La anestesia epidural tiene efectos en la eliminación de orina?

- a) Si, causa dolor.
- b) No.
- c) Si, causa dificultad para miccionar.

15) ¿Qué pasará con el útero después de la cesárea?

- a) Se contraerá solo.
- b) Necesita de masajes para contraerse.
- c) Queda pequeño que no se le siente.

16) ¿Por qué debe contraerse el útero?

- a) Porque se evita el sangrado. (Paño manchado)
- b) Por que se evita la infección.
- c) Por que se evita la hemorragia. (Sangrado que no cesa)

17) ¿A qué nivel debe realizar los masajes uterinos?

- a) Al nivel del abdomen.
- b) Al nivel del ombligo.
- c) En ambos.

18) ¿Son importantes los masajes externos a nivel del útero?

- a) Si.
- b) No.
- c) No sé.

19) ¿Qué cantidad de sangre se pierde por la vagina después de la cesárea?

- a) Abundante.
- b) Moderado.
- c) Escaso.

20) ¿Qué color debe ser la sangre que sale por la vagina después de la cesárea?

- a) Rojo ligeramente oscuro.
- b) Rojo oscuro.
- c) Rojo intenso.

21) ¿Cuántos días como promedio dura el sangrado vaginal después de la cesárea?

- a) De 12 – 15 días;
- b) De 8 – 10 días;
- c) Menos de 8 días.

22) ¿Qué debe hacer si su gasa de la herida operatoria esta manchada de sangre?

- a) Retirla.
- b) Avisar a la enfermera.
- c) Nada porque es normal.

23) ¿Qué debe hacer para evitar la infección de la herida operatoria?

- a) Lavarse las manos antes de tocarse las heridas;
- b) cambiarse la gasa diariamente;
- c) No tocar la herida.

24) ¿Cómo reconoce si su herida operatoria está infectada?

- a) Cuando está caliente y enrojecida.
- b) Cuando la gasa de la herida está húmeda.
- c) Cuando la herida arde y pica.

25) ¿Con qué debe curarse la herida operatoria?

- a) Con agua oxigenada.
- b) Con alcohol
- c) Solo es necesario el baño diario.