



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**Aplicación del protocolo de recuperación mejorada después de
la cirugía (ERAS) en cesáreas en el Hospital Regional de
Huacho, 2025**

**Application of enhanced recovery after surgery (ERAS)
protocol for caesarean section at Huacho regional hospital, 2025**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTOR

KELLY MERCEDES HERRERA SANTISTEBAN

ASESOR

RODOLFO CARLOS MUGRUZA BEDOYA

LIMA – PERÚ

2025


RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

ev.turnitin.com/app/carta/es/?o=2729246443&s=1&ro=103&u=1151562268&lang=es

turnitin

1 de 369: KELLY MERCEDES HERRERA SANTISTEBAN
Aplicación del protocolo de recuperación mejorada después...

Similitud 24% Marcas de alerta



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

6 Aplicación del protocolo de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS) en cesáreas en el Hospital Regional de Huacho, 2025

27 Application of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol for caesarean section at Huacho regional hospital, 2025

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTOR
KELLY MERCEDES HERRERA SANTISTEBAN

ASESOR
RODOLFO CARLOS MUGRUZA BEDOYA

LIMA – PERÚ
2025

Página 1 de 14 2881 palabras 159%

Informe estándar

Informe en inglés no disponible Más información

24% Similitud Filtros

estándar

1 Exclusión →

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

- 1 Internet hdl.handle.net 7%
13 bloques de texto 207 palabra que coinciden
- 2 Internet repositorio.unfsc.edu.pe 3%
7 bloques de texto 74 palabra que coinciden
- 3 Internet www.coursehero.com 2%
5 bloques de texto 45 palabra que coinciden
- 4 Internet pesquisa.bvsalud.org 1%
4 bloques de texto 40 palabra que coinciden
- 5 Internet

Mostrar escritorio

1. RESUMEN:

Introducción: El protocolo ERAS (Recuperación Mejorada Después de Cirugía), representa un cambio de paradigma en la atención quirúrgica centrado en la mejora de los resultados clínicos y la experiencia del paciente. En los últimos años, con el aumento de la tasa de cesáreas, la aplicación de este protocolo en la población obstétrica nos brinda mejores resultados posoperatorios. **Objetivo:** Analizar los resultados clínicos de la aplicación del protocolo ERAS en las pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Regional de Huacho en el año 2025. **Método:** Estudio de tipo observacional, de corte transversal y diseño retrospectivo. La población estará conformada por 1033 pacientes durante el 2025. Se utilizará un muestreo aleatorio simple, obteniéndose una muestra de 435 pacientes. Se llenará la ficha de recolección de datos a través de la revisión de las historias clínicas y aplicación de la Ficha de Recolección de Datos. Se emplearán pruebas estadísticas (Chi-cuadrado, t de Student) para establecer asociaciones entre las variables, considerando significancia estadística con $p < 0.05$.

Palabras clave: Cesárea, Recuperación Mejorada Después de la Cirugía, Atención Perioperativa.

2. INTRODUCCIÓN:

Los protocolos ERAS por sus siglas en inglés *Enhanced Recovery After Surgery*, que se traduce como recuperación mejorada después de la cirugía, representa un cambio de paradigma en la atención quirúrgica, basado en la evidencia científica y centrado en la mejora de los resultados clínicos y la experiencia del paciente. Este enfoque busca reducir el estrés quirúrgico, acelerar el proceso de recuperación y minimizar las complicaciones asociadas al procedimiento, mediante una atención multidisciplinaria que se inicia antes de la cirugía, continúa durante la intervención y se prolonga en el período postoperatorio inmediato. Aunque originalmente fue diseñado para procedimientos gastrointestinales mayores, con el tiempo ha sido adaptado a diferentes especialidades quirúrgicas, incluyendo la obstetricia, particularmente en los casos de cesárea, la cual es la intervención quirúrgica obstétrica más frecuente a nivel mundial.(1-3)

La cesárea, aunque inicialmente se origina como una opción para situaciones específicas en las que el parto vaginal aumenta la morbimortalidad materno-fetal, en las últimas décadas la tasa de partos por cesárea ha ido en incremento. Esto ha sido objeto de creciente preocupación debido a su práctica incluso en casos sin indicación médica justificada. Esta tendencia ha generado la necesidad de optimizar su manejo postoperatorio para reducir los riesgos inherentes a cualquier cirugía mayor. El protocolo ERAS aplicado a la cesárea ha demostrado beneficios clínicos significativos, como la reducción del dolor postoperatorio, la disminución en el uso de opioides, una recuperación funcional más rápida y una menor estancia hospitalaria, sin aumentar la tasa de complicaciones ni las readmisiones.(4)

Uno de los pilares fundamentales del protocolo ERAS es la educación preoperatoria del paciente, la cual tiene como propósito reducir la ansiedad, generar expectativas realistas sobre la cirugía y fomentar su participación en el proceso de recuperación. Informar a la paciente sobre los beneficios de la movilización precoz, la alimentación temprana y el uso racional de analgésicos no solo mejora la adherencia al protocolo, sino que fortalece la autonomía de la persona, elemento central en la medicina centrada en el paciente. Junto a esto, la optimización del estado nutricional antes de la cirugía es un punto clave. El ayuno prolongado, práctica común en los esquemas tradicionales, ha demostrado no ofrecer beneficios, en cambio sí múltiples desventajas, como mayor resistencia a la insulina, pérdida de masa muscular y retraso en la recuperación de la función intestinal. Por ello, uno de las prácticas que propone el protocolo ERAS es una reducción del tiempo de ayuno y la administración de líquidos ricos en carbohidratos hasta pocas horas antes del procedimiento, lo cual mejora el metabolismo postoperatorio.(5–8)

Durante el acto quirúrgico, el protocolo ERAS promueve técnicas anestésicas y quirúrgicas que minimicen el trauma tisular. Esto incluye el uso de anestesia regional o combinada, evitando anestesia general profunda cuando no es estrictamente necesario, así como técnicas quirúrgicas que reduzcan el sangrado y el dolor. Además, se recomienda evitar el uso excesivo de fluidoterapia intravenosa, que puede causar sobrecarga de volumen, edema intestinal y retraso en la recuperación gastrointestinal. (9,10) La administración cuidadosa de líquidos, guiada por parámetros fisiológicos individualizados, contribuye a mantener un equilibrio hidroelectrolítico adecuado y a evitar complicaciones postoperatorias frecuentes. (11)

A nivel mundial, la cesárea ha mostrado un incremento considerable en las últimas décadas. En 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportaba una tasa global cercana al 21 %, cifra que ha seguido aumentando de forma constante. En 2021, la misma organización estimaba que la tasa mundial de cesáreas ya se encontraba en alrededor del 23 %, con proyecciones que indican que para 2030 esta cifra podría alcanzar el 29 %, si no se interviene con políticas adecuadas. Esta tendencia se observa con particular énfasis en países de ingresos medios, donde la disponibilidad de servicios quirúrgicos ha mejorado, pero sin una adecuada regulación clínica. Así, por ejemplo, en países como Turquía, Irán o Egipto, las tasas superan el 50 %, mientras que en regiones como el Caribe y América del Sur se han observado porcentajes superiores al 45 %. Este crecimiento global ha generado preocupación, no solo por explotar este recurso, sino también por sus consecuencias clínicas, sociales y económicas. En este contexto, el protocolo ERAS surge como una estrategia clave para mitigar los efectos negativos del aumento de cesáreas, garantizando una recuperación más rápida y segura para la madre y el recién nacido.(9,12)

En América Latina, la situación no es diferente pues presenta una de las tasas de cesárea más altas del mundo, con un promedio superior al 30%. En países como Brasil y República Dominicana, se han reportado tasas que oscilan entre el 45% y el 59%, muy por encima del límite sugerido por la OMS. Este fenómeno se explica, en parte, por factores culturales, institucionales y económicos, así como por la preferencia de algunos profesionales de salud o pacientes por un parto programado y “sin dolor”. Sin embargo, esta alta frecuencia ha traído consigo un aumento proporcional en las complicaciones postoperatorias, lo cual ha motivado a varios países de la región a

buscar alternativas que mejoren los desenlaces clínicos sin incrementar los costos hospitalarios. Es así como, en los últimos años, varios hospitales de Chile, Argentina, Colombia y México han comenzado a implementar el protocolo ERAS en cesáreas, con resultados prometedores. Por ejemplo, en Chile, durante el año 2020 se realizó una encuesta a 153 médicos, donde se evidenció que 28% de los encuestados trabajan en hospitales donde ya se realiza la aplicación de por lo menos el 50% de los aspectos del protocolo ERAS, y consideraban que existía una mayor beneficio materno y menor complicaciones debido al protocolo.(13) En Brasil, algunas unidades obstétricas han reportado una adherencia al protocolo de hasta un 80 %, con reducción significativa en las tasas de infección de herida quirúrgica y complicaciones respiratorias.(6)

En Perú, la realidad refleja muchas de las características observadas en otros países latinoamericanos, pero con particularidades propias. En los últimos cinco años, se ha evidenciado un aumento sostenido en la tasa de cesáreas en el sector público y privado. Según datos del Ministerio de Salud, en el año 2019 la tasa nacional de cesáreas era del 48%, cifra que aumentó al 51% en 2020 y alcanzó picos de hasta 65% en algunos hospitales en 2021, en plena pandemia por COVID-19. Este incremento ha generado alarma entre los profesionales de salud pública, ya que la mayor parte de estas intervenciones no estuvo claramente justificada por indicaciones médicas. Este patrón se repite en hospitales regionales como el de Huacho, donde la cesárea se ha convertido en una práctica común incluso en contextos donde podría haberse optado por un parto vaginal seguro. La sobreutilización de esta cirugía no solo incrementa el riesgo de complicaciones maternas, como infecciones, hemorragias o reintervenciones, sino que también implica un gasto significativo para el sistema de salud, debido al uso de camas

hospitalarias, medicamentos, insumos quirúrgicos y personal de atención prolongada.(14)

La justificación en este contexto, la implementación del protocolo ERAS en cesáreas representa una oportunidad concreta para mejorar la calidad de la atención obstétrica en el Hospital Regional de Huacho. Este hospital, que atiende a una población diversa de la región Lima provincias, enfrenta desafíos estructurales como limitaciones en infraestructura, escasez de recursos humanos y alta demanda de servicios. Estas condiciones hacen que cualquier intervención quirúrgica, especialmente la cesárea, tenga un impacto significativo tanto en la capacidad operativa como en los resultados clínicos. La aplicación del protocolo ERAS permitiría disminuir el uso de opioides en el postoperatorio, mejorar la movilidad precoz de la paciente, fomentar la lactancia temprana y garantizar una mejor experiencia y satisfacción para la paciente. Todo ello con un enfoque centrado en la paciente y basado en una coordinación eficaz entre ginecología, anestesiología, enfermería y nutrición.(15)

Mundhra et al. en el 2024, propuso evaluar si la aplicación del protocolo ERAS en cesáreas de emergencia (≥ 34 semanas de gestación) reduce la duración de la estancia hospitalaria postoperatoria y mejora los primeros indicadores de recuperación materna. Se incluyeron 142 mujeres, asignadas aleatoriamente a dos grupos de 71: uno recibió el protocolo ERAS y el otro el cuidado convencional. El grupo ERAS presentó una estancia hospitalaria promedio significativamente más corta ($53,9 \pm 15,0$ días vs. $73,9 \pm 9,0$ días en el grupo convencional; $p < 0,0001$). Además, las pacientes del grupo ERAS mostraron puntuaciones de dolor medidas por escala visual analógica (EVA) significativamente menores durante la primera deambulacion y el reposo en los días 0

y 1 ($p < 0,05$). En conclusión, la implementación del protocolo ERAS en cesáreas de emergencia mejora los resultados maternos, reduciendo el tiempo de hospitalización, el dolor inicial y mejorando la calidad de vida postoperatoria.(16)

Ubom et al. en el 2022, realizó un estudio de cohorte retrospectivo en un solo centro, donde compararon dos cohortes de pacientes, una realizada previa a la aplicación del protocolo y la otra cohorte después de aplicar el protocolo ERAS. Se incluyeron los datos recopilados de las historias clínicas de 4903 pacientes, 1248 en el grupo pre-protocolo ERAS y 3478 pos-protocolo ERAS. En los resultados obtuvieron una diferencia significativa en el consumo de opioides posoperatorios, siendo menor el consumo en el grupo pos-protocolo ERAS ($p < 0,001$). También compararon los resultados de la escala de evaluación del dolor de 10 puntos de Wong-Baker, en el grupo pre-protocolo ERAS el puntaje mediano más alto fue de 8, mientras que en el grupo pos-protocolo fue de 7, obteniendo un resultado estadísticamente significativo incluso después de ajustar las variables confusoras ($P < .001$). (17)

Sordia-Pineyro et al. en el 2023 (publicado en 2024), en la investigación sobre el efecto de la implementación de un protocolo ERAS en los resultados clínicos de pacientes sometidas a cesárea electiva: un estudio comparativo retrospectivo. Se incluyeron 295 pacientes sometidas a cesárea electiva, divididas en dos grupos: 139 recibieron el protocolo ERAS (grupo 1) y 156 recibieron manejo convencional (grupo 2). Los resultados mostraron que el grupo 1 tuvo una duración de hospitalización significativamente menor, así como niveles de dolor a las 24 y 48 horas significativamente inferiores en comparación con el grupo control ($p < 0.001$). La tasa

global de complicaciones (cefalea, infección de herida, retención urinaria, reingreso) fue similar entre ambos grupos. Concluye que en entornos con recursos limitados, este protocolo puede optimizar los recursos del sistema de salud.(18)

En este contexto, el presente estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo influye la aplicación del protocolo ERAS en la mejora de los resultados clínicos en las pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Regional de Huacho durante el año 2025?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Analizar los resultados clínicos de la aplicación del protocolo ERAS en las pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Regional de Huacho en el año 2025.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la frecuencia de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea con aplicación del protocolo ERAS en el Hospital Regional de Huacho en el año 2025.
- Determinar el nivel de dolor reportado en pacientes sometidas a cesárea con aplicación del protocolo ERAS en el Hospital Regional de Huacho en el año 2025.
- Determinar el uso de medicamentos analgésicos en el manejo del dolor entre pacientes sometidas a cesárea con aplicación del protocolo ERAS en el Hospital Regional de Huacho en el año 2025.

4. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio:

De acuerdo con el momento en que ocurre el registro de los datos, el estudio es retrospectivo. Con respecto al nivel de profundidad del conocimiento, el estudio es observacional y de corte transversal.

b) Población:

La población del estudio consideró a los 1033 pacientes sometidos a cesárea en el Hospital Regional de Huacho en el año 2025 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

c) Muestra:

Se utilizó un muestreo aleatorio simple, utilizando la siguiente fórmula:

En donde,
$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

- N = tamaño de la población: 1033 pacientes
- Z = nivel de confianza, al 90%, 1.96
- P = proporción esperada: 0.5
- Q = probabilidad de fracaso: 0.5
- D = 0.03 precisión: 3%

El tamaño muestral es de **435 pacientes**.

Criterios de Inclusión

- Pacientes con gestación a término sometidas a cesárea electiva o de emergencia el Hospital Regional de Huacho durante el año 2025.

- Edad entre 18 y 45 años.
- Pacientes que recibieron atención bajo el protocolo ERAS durante el pre, intra y postoperatorio.
- Historias clínicas con información completa y legible para la evaluación de las variables del estudio.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con antecedentes de patologías crónicas descompensadas (como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, etc.) que puedan interferir con el protocolo ERAS.
- Pacientes con complicaciones obstétricas graves (preeclampsia con signos de severidad, desprendimiento prematuro de placenta, parto prematuro, etc.) que requirieron manejo especializado no contemplado en ERAS.
- Cesáreas realizadas fuera del Hospital Regional de Huacho.
- Historias clínicas incompletas o con pérdida de datos relevantes para la investigación.

d) Definición operacional de variables:

La operacionalización de variables se detalla en el Anexo 2.

La variable independiente principal es:

- Aplicación del protocolo ERAS: Implementación del conjunto de medidas clínicas pre, intra y postoperatorias dirigidas a optimizar

la recuperación de la paciente sometida a cesárea, basadas en el protocolo ERAS.

Otras variables que se incluirán en el análisis son:

- Variable Dependiente - Complicaciones postoperatorias: Presencia de eventos adversos tras la cesárea hasta 42 días posparto.
- Variable Dependiente - Dolor postoperatorio: Nivel de dolor reportado por la paciente en las primeras 24-48 horas posparto.
- Variable Independiente - Uso de analgésicos: Administración de medicamentos para el dolor en el postoperatorio inmediato.

e) Procedimientos y técnicas

Los datos serán obtenidos mediante la revisión de historias clínicas archivadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Huacho. Se seleccionarán aquellas historias clínicas correspondientes a pacientes sometidas a cesárea (electiva o de emergencia) durante el año 2025.

Se registrarán datos relacionados con la aplicación del protocolo ERAS en sus tres fases: preoperatoria (educación prequirúrgica, ayuno modificado), intraoperatoria (anestesia regional, profilaxis antibiótica, manejo de fluidos), y postoperatoria (deambulación y alimentación precoz, control del dolor, inicio de lactancia, retiro de sondas).

Asimismo, se recopilarán variables clínicas como edad materna, tipo de cesárea, complicaciones asociadas y nivel de dolor (según escala EVA).

Los datos recolectados serán tabulados en una ficha estructurada y posteriormente procesados para el análisis estadístico con el fin de evaluar el grado de aplicación del protocolo ERAS y su relación con los indicadores de recuperación postoperatoria.

f) Aspectos éticos del estudio:

Se garantizará la confidencialidad de la información de las pacientes, identificándolos únicamente a través de un código. No se registrarán datos personales que permitan la identificación directa, como nombres o documentos de identidad, para proteger su privacidad.

Dado que el presente estudio se basa en la revisión de datos retrospectivos de historias clínicas, no se requerirá la aplicación del consentimiento informado. Sin embargo, este estudio será sometido a la revisión y aprobación del comité de ética del Hospital Regional de Huacho para asegurar el cumplimiento de los principios éticos en la investigación.

g) Plan de análisis:

La información recopilada de las historias clínicas será ingresada en una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel. Posteriormente, el análisis estadístico se realizará empleando el software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 27.

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de las variables estudiadas. Para las variables cualitativas, se presentarán frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para las variables cuantitativas, se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar y

rango). Los resultados serán presentados mediante tablas y gráficos que faciliten la interpretación de los datos.

Con el fin de explorar la relación entre la aplicación del protocolo ERAS y los indicadores de recuperación postoperatoria, se aplicarán pruebas estadísticas de asociación. Para variables categóricas se utilizará la prueba de chi-cuadrado, y para variables continuas, pruebas paramétricas como la t de Student o ANOVA, previa comprobación de la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk.

Se considerará un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$ para determinar asociaciones estadísticamente significativas.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivera-Orna MÁ, Chávez-Ruiz I, Rivera-Orna MÁ, Chávez-Ruiz I. Propuesta de medicina perioperatoria en México: protocolo Enhance Recovery After Surgery aplicada a cesárea. *Revista mexicana de anestesiología*. diciembre de 2022;45(4):275-9.
2. Bisch SP, Gramlich L, Nelson G. Aplicación del programa ERAS® como una política de salud pública en el sistema de salud de Alberta, Canadá. *Revista Argentina de Cirugía*. junio de 2021;113(2):169–75.
3. Grant MC, Crisafi C, Alvarez A, Arora RC, Brindle ME, Chatterjee S, et al. Perioperative Care in Cardiac Surgery: A Joint Consensus Statement by the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Cardiac Society, ERAS International Society, and The Society of Thoracic Surgeons (STS). *Ann Thorac Surg*. abril de 2024;117(4):669-89.
4. Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M, et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *Am J Obstet Gynecol*. septiembre de 2019;221(3):247.e1-247.e9.

5. Pinho B, Costa A. Impact of enhanced recovery after surgery (ERAS) guidelines implementation in cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* enero de 2024;292:201-9.
6. Mugica A. Evaluación del protocolo ERAS en la cesárea. Implementing Enhanced recovery after surgery at caesarean delivery: an analysis [Internet]. 25 de mayo de 2023 [citado 15 de junio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/30512>
7. Toro-Huerta C, Palavecino-Aceituno NA, Campaña-Lara FC, Osorio-Quezada MV, Véjar-Díaz CA, Toro-Huerta C, et al. Factores asociados a cesárea en usuarias de una clínica privada en Chile, años 2018 a 2022. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* junio de 2024;89(3):158-63.
8. Matthews KC, White RS, Ewing J, Abramovitz SE, Kalish RB. Enhanced Recovery after Surgery for Cesarean Delivery: A Quality Improvement Initiative. *Am J Perinatol.* mayo de 2024;41(S 01):e362-8.
9. Shinnick JK, Ruhotina M, Has P, Kelly BJ, Brousseau EC, O'Brien J, et al. Enhanced Recovery after Surgery for Cesarean Delivery Decreases Length of Hospital Stay and Opioid Consumption: A Quality Improvement Initiative. *Am J Perinatol.* agosto de 2021;38(S 01):e215-23.
10. White RS, Matthews KC, Tangel V, Abramovitz S. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Programs for Cesarean Delivery Can Potentially Reduce Healthcare and Racial Disparities. *J Natl Med Assoc.* agosto de 2019;111(4):464-5.
11. Sorabella LL, Bauchat JR. Enhanced Recovery after Surgery: Cesarean Delivery. *Anesthesiol Clin.* diciembre de 2021;39(4):743-60.
12. Meyer JA, Alton S, Seung H, Pahlavan A, Trilling AR, Coghlan M, et al. Enhanced recovery after cesarean from the patient perspective: a prospective study of the ERAC Questionnaire (ERAC-Q). *J Perinat Med.* 29 de enero de 2024;52(1):14-21.
13. Jankelevich A, Lacassie H. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) para operación cesárea. In: *Curso de anestesia regional para cirugía ambulatoria* [Internet]. Sociedad de Anestesiología de Chile; 2020 [citado 15 de junio de 2025]. Disponible en: https://revistachilenadeanestesia.cl/book_chapter/carsach2020-14/
14. Fernández M. Manejo del dolor agudo post cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. *Repositorio Institucional - UPLA* [Internet]. 6 de

diciembre de 2024 [citado 15 de junio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/8597>

15. González Blanco M. Recuperación mejorada después de la cirugía. Aplicación de los protocolos ERAS en obstetricia y ginecología. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* [Internet]. 30 de julio de 2022 [citado 15 de junio de 2025];82(03):284–7. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/og/v82n3/0048-7732-og-82-03-284.pdf>
16. Mundhra R, Gupta DK, Bahadur A, Kumar A, Kumar R. Effect of Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) protocol on maternal outcomes following emergency caesarean delivery: A randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. junio de 2024;22:100295.
17. Ubom EO, Wang C, Klocksieben F, Flicker AB, Diven L, Rochon M, et al. Enhanced recovery protocol after cesarean delivery: impact on opioid use and pain perception. *AJOG Glob Rep*. agosto de 2023;3(3):100220.
18. Sordia Pineyro MO, Villegas-Cruz C, Hernandez-Bazaldúa M, Pineyro-Cantu A, Gaston-Lochin T, Sordia-Hernandez LH. Effect of the implementation of an enhanced recovery after surgery protocol (ERAS) in patients undergoing an elective cesarean section. *Ginekol Pol*. 2023;94(2):141-5.

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto

Recursos	Costo Unitario en soles	Cantidad	Total
PERSONAL			
Investigador	Ad Honorem		Ad Honorem
Asesor de la Investigación	Ad Honorem		Ad Honorem
BIENES			
Lapiceros	1	10	10.00
Papel	1000 hojas	2 paquetes	60.00
USB	30.00	2	60.00

SERVICIOS			
Asesoramiento	200.00	5	1000.00
Digitado e Impresión	0.10	1000	100.00
Horas de Internet	1	60 horas	60.00
Empastados	5	2	10.00
Movilidad y viáticos	30 x día	4	120.00
Otros			
TOTAL			S/. 1420.00

Cronograma

Actividades	2025			
	Set	Oct	Nov	Dic
1) Arqueo bibliográfico				
2) Elaboración del Marco Teórico				
3) Recolección de Datos				
4) Procesamiento de Datos				
5) Análisis de los Datos				
6) Revisión y corrección del borrador				
7) Presentación y publicación del informe				

7. ANEXOS

Anexo 1. Ficha de recolección de datos

Aplicación del protocolo ERAS (recuperación mejorada después de la cirugía) en cesáreas en el hospital regional de Huacho 2025

I. DATOS GENERALES:

Edad:	Grado de Instrucción:	Ocupación:
18 a 19 años ()	Primaria ()	Ama de casa ()

30 a 40 años ()	Secundaria ()	Obrero ()
41 a 50 años ()	Técnico ()	Técnico ()
	Profesional ()	Profesional ()

II. DATOS ESPECIFICOS

Variable	Valor / Registro
Presencia de complicaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de complicación (si aplica)	_____
Escala EVA de dolor (24 h)	_____/10
Uso de analgésicos	Tipo: _____ Dosis: _____

Protocolo ERAS

A. Fase Preoperatoria

Ítem	Aplicado	No aplicado
Educación preoperatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuno modificado (líquidos claros hasta 2 h antes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profilaxis antiemética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Fase Intraoperatoria

Ítem	Aplicado	No aplicado
Anestesia regional (raquídea o epidural)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiótico profiláctico oportuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso racional de líquidos (sin sobrecarga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Fase Postoperatoria

Ítem	Aplicado	No aplicado
Deambulación temprana (antes de las 12 h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reanudación de la alimentación oral temprana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control multimodal del dolor (sin opioides excesivos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lactancia precoz (primeras 2 h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retiro temprano de sonda urinaria (antes de 24 h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2. Operacionalización de variable

Variables	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	Registro
<p>Variable Independiente Aplicación del protocolo ERAS</p>	<p>Implementación del conjunto de medidas clínicas pre, intra y postoperatorias dirigidas a optimizar la recuperación de la paciente sometida a cesárea, basadas en el protocolo ERAS.</p>	<p>Fase preoperatoria: - Educación prequirúrgica - Ayuno modificado</p> <p>Fase intraoperatoria: - Anestesia regional - Uso racional de líquidos - Antibiótico profiláctico</p> <p>Fase postoperatoria: - Deambulación temprana (dentro de 6–12 h) - Reanudación precoz de alimentación oral - Control del dolor multimodal - Lactancia precoz - Retiro temprano de sondas o vías</p>	<p>-Nominal (Sí / No por ítem) -Nominal general (Aplicado / No aplicado)</p>	<p>Historia clínica de la paciente gestante.</p>
<p>Variable Dependiente Complicaciones postoperatorias</p>	<p>Presencia de eventos adversos tras la cesárea.</p>	<p>-Fiebre -Infección -Sangrado -Náuseas vómitos</p>	<p>Nominal</p>	<p>Historia clínica de la paciente gestante. Sistema de atención de emergencias.</p>

Variable Dependiente Dolor postoperatorio	Nivel de dolor reportado por la paciente en las primeras 24-48 horas post cesárea.	-Escala EVA (0–10)	Cuantitativa continua	Historia clínica de la paciente gestante. Evaluación EVA posoperatoria.
Variable Independiente Uso de analgésicos	Administración de medicamentos para el dolor postoperatorio.	-Tipo y cantidad de analgésicos	Cuantitativa discreta	Hoja de terapéutica del posoperatorio inmediato.
Covariable Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	-Días	Nominal	Historia clínica de la paciente gestante.