

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Características institucionales relacionadas con infección de sitio
quirúrgico en puérperas post-cesareadas del Hospital Regional de
Loreto, 2016

Por:

Teresita De Jesus Casique Salas.

Ketty Rojas Saldaña.

Paulina Saboya Torrejón.

Maritza Torres Hu.

Asesora:

Mg. Zulema Sevillano Bartra

Lima, enero 2017

Cómo citar:

Estilo APA

Casique, T., Rojas, K., Saboya, P., & Torres, M. (2016). *Características institucionales relacionadas con infección de sitio quirúrgico en puérperas post-cesareadas del Hospital Regional de Loreto, 2016* (trabajo de investigación de especialidad). Universidad Peruana Unión, Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TIEF Casique Salas, Teresita De Jesús

2

**C32
2016**

Características institucionales relacionadas con infección de sitio quirúrgico en puérperas post-cesareadas en el Hospital Regional de Loreto, 2016 / Teresita De Jesús Casique Salas y otros 3 autores; Asesor: Mg. Zulema Sevillano Bartra. Lima, 2016.

42 páginas: anexos, tablas

Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2016.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Características Institucionales. 2. Infección de Sitio Quirúrgico. XX

CDD 362.11

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA



En Lima, Ñaña, Villa Unión, a los 17 días del mes de Enero del año 2017, siendo las 4:30 p.m., se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, el/la Señor/a presidente/a del Jurado:

el secretario: Mg. María Teresa Gabanillo Chávez, y el asesor: Dra. Zulma Devillano Bartra

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación del trabajo de investigación titulado: Características institucionales relacionadas con infección de sitio quirúrgico en puérperas post-cesareadas en el Hospital Regional de Arequipa 2016


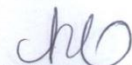

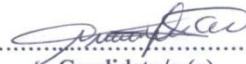
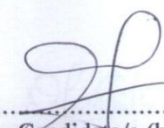

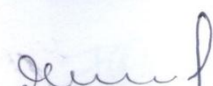
de los/las Licenciados/as a) Teresita De Jesus Canqui Salas b) Ketty Rojas Saldaña c) Paulina Saboya Torujon y d) Maritza Torres Hu

conducente a la obtención del Título de Especialista en Enfermería en Gineco Obstetricia

El/la Presidente/a inició el acto académico de sustentación invitando a los candidatos al título de especialistas a hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el/la Presidente/a invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, los cuestionamientos y las aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por los candidatos. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado. Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita de la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Aprobado por Unanimidad

En seguida, el/la Presidente/a del Jurado invitó a los candidatos a ponerse de pie, para recibir la felicitación respectiva, quedando concluido el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

 Presidente	 Secretario	 Asesor
 Candidato/a (a)	 Candidato/a (b)	 Candidato/a (c)
	 Candidato/a (d)	

Dedicatoria

A Dios como ser supremo y creador nuestro y de todo lo que nos rodea y por haberme dado inteligencia, paciencia y ser guía en mi vida.

A mis padres Alfonso y Elba porque ellos lo han dado razón a mi vida, por sus consejos, su apoyo incondicional y su paciencia, todo lo que hoy soy es gracias a ellos.

A mi esposo Jim Paul y a mis hijos Flavio Paul y Bella Domenika por su amor y por brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente.

Teresita

A Dios todopoderoso por la guía celestial permanente, que nos permite conducirnos en el camino de la vida.

A mi mamá y a mi esposo por el apoyo emocional y económico que me proporcionaron durante mis estudios en la universidad.

A todas las docentes de la especialidad por sus conducción y apoyo durante mi formación académica.

Ketty

A Dios nuestro padre por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hizo realidad este sueño anhelado y por darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi madre que siempre ha estado ahí, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi esposo y compañero de toda la vida, Ricardo, quien ha sido mi mano derecha durante todo este tiempo, por aportar considerablemente en mi proyecto y por los buenos momentos en los que convivimos junto a nuestro amado hijo Sebastián.

Maritza

A Dios nuestro padre celestial, por iluminar y ser guía de mi camino, por bendecirnos día a día y darme sabiduría y perseverancia, y así lograr este triunfo con mucho éxito.

Con mucho cariño y amor a mis queridos padres, y hermanas, que estuvieron conmigo siempre apoyándome en todo el trayecto de esta tesis, por su comprensión y sacrificio para poder culminar con éxito mi carrera profesional.

A las docentes por sus enseñanzas durante mi formación académica.

Paulina

Agradecimiento

Agradecemos a Dios quien nos guio y dio la fortaleza para seguir adelante y permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas.

A nuestras familias, por brindarnos su apoyo, confianza y comprensión en cada momento de nuestra formación; agradecemos el apoyo incondicional.

A la Dra. Lorena Reátegui del Castillo, por las orientaciones y aportes brindados en el desarrollo de la presente investigación.

A la Dra. Zulema Sevillano Bartra, por su asesoría en la planificación, ejecución y evaluación del trabajo de investigación.

A nuestros docentes María Teresa Cabanillas, Susana Asca Nakamatzu, Patricia Gómez Taguchi, Marco Medina, Zulema Sevillano Bartra, Eliseo Zapata, Juana Gutiérrez, Euler Portocarrero, por el constante aporte de ideas y sugerencias a lo largo de esta especialidad.

A las Licenciadas: Rosa Tuesta y Juliet Cachique por su paciencia y gran apoyo para la culminación de la presente investigación.

A la Universidad Peruana Unión, por la formación sustentada en valores y énfasis en la investigación.

Al Hospital Regional de Loreto, oficina de epidemiología y estadística; por permitir la utilización de las historias clínicas para la recolección de nuestros datos.

Resumen

La presente tesis, tuvo como objetivo determinar la asociación entre las características institucionales y la infección del sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto.

El método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional donde la muestra lo constituyo el 100% (29 puérperas) con infección en sitio quirúrgico reportadas por la oficina de Epidemiología. La técnica empleada fue la revisión documentaria de las historias clínicas y el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos para el grupo de estudio el cual fue elaborado por las investigadoras. Los datos fueron analizados con el SPSS versión 22.0. La prueba estadística inferencial fue el Chi Cuadrado, con $\alpha = 0.05$. Los resultados son los siguientes:

Del 100.0% (29) de puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto 2016, el 79% (23) puérperas presentaron infección de sitio quirúrgico superficial, mientras que 21 % (6) puérperas presentó infección de sitio quirúrgico profunda y/o Órgano espacio.

El mayor porcentaje (86%), de las puérperas post cesáreas consideradas para el estudio no registra baño pre operatorio; el 82.8%, no registra curación de herida. Con respecto a la profilaxis antibiótica, se observa que el un alto porcentaje (69%), si recibió antibiótico, y en relación a los días de hospitalización pre operatorio adecuado, podemos observar que el mayor porcentaje (65.5%), se hospitalizo más de un día, y el 58.6% permanecieron hospitalizadas más de 72 hrs.

Se encontraron resultados estadísticos significativos entre días de hospitalización, baño quirúrgico, profilaxis antibiótica, días de hospitalización y curación de herida con la infección de sitio quirúrgico para ($p < 0.05$).

Palabra claves: características institucionales, infección de sitio quirúrgico y cesárea.

Abstract

The present thesis aimed to determine the association between institutional characteristics and infection of the surgical site in post - partum postpartum patients treated at the Gynecology Service of the Regional Hospital of Loreto.

The method used was the quantitative and non - experimental descriptive correlational type, where the sample consisted of 100% (29 puerperae) with infection at a surgical site reported by the Epidemiology office. The data were analyzed with SPSS version 22.0. The inferential statistical test was Chi Square, with $\alpha = 0.05$. The results are as follows:

Of the 100.0% (29) postpartum postpartum women treated at the gynecological service of the Regional Hospital of Loreto 2016, 79% (23) puerperae presented superficial surgical site infection, while 21% (6) puerperae presented surgical site infection Deep and / or Organ space.

The highest percentage (86%) of postpartum postpartum women considered for the study did not register preoperative bath; 82.8%, does not record wound healing. With respect to antibiotic prophylaxis, it is observed that the high percentage (69%), if received antibiotic, and in relation to the days of adequate preoperative hospitalization, we can observe that the largest percentage (65.5%), was hospitalized more than One day, and 58.6% were hospitalized for more than 72 hours.

We found statistically significant results between days of hospitalization, surgical bath, antibiotic prophylaxis, and days of hospitalization and wound healing with surgical site infection for ($p < 0.05$)

Key words: institutional characteristics, surgical site infection and cesarean section.

Índice

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Índice.....	x
Introducción	13
Capítulo I	14
El Problema	14
1. Planteamiento del Problema	14
2. Formulación del Problema.....	15
3. Justificación.....	15
4. Objetivos de la Investigación.....	16
4.1. Objetivo General	16
4.2. Objetivos Específicos.....	17
Capítulo II	18
Marco Teórico.....	18
1. Antecedentes de la Investigación.....	18
2. Marco Teórico	20
2.1. Cesárea.....	20
2.1.1. Morbilidad materna en la operación cesárea	20
2.1.2. Técnica quirúrgica cuidadosa.....	21
2.1.3. Seguimiento posoperatorio.....	22
2.2. Epidemiología de las infecciones intrahospitalarias.....	24
2.2.1. Infecciones intrahospitalarias y factores de riesgo asociados objeto de Vigilancia epidemiológica.....	27
2.2.2. Infección de Sitio Quirúrgico.....	28
2.2.3. Clasificación	28
2.2.4. Recomendaciones para prevenir las infecciones del sitio quirúrgico.....	30
3. Definición de términos.....	32
4. Hipótesis de la investigación	32
4.1. Hipótesis General	32
4.2. Hipótesis específica	32

Capítulo III	34
Materiales y Métodos.....	34
1. Diseño y tipo de la Investigación	34
2. Variable de la Investigación definición operacional.....	34
3. Operacionalizacion de las variables.	35
4. Delimitación Geográfica y Temporal.....	38
4.1. Población y muestra	38
4.1.1. <i>Criterios de Inclusión y Exclusión.</i>	38
5. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	39
6. Proceso y Análisis de Datos.....	39
7. Consideraciones éticas.	40
Capítulo IV.....	41
Resultados y Discusiones.....	41
1. Resultados	41
2. Discusión	47
Capítulo V.....	48
Conclusiones y recomendaciones.....	48
1. Conclusiones.....	48
2. Recomendaciones.....	49
Referencias Bibliográficas	50
Anexos.....	53

Índice de tabla

Tabla 1	Características institucionales en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2016.....	28
Tabla 2	Clasificación de infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital regional de Loreto, Iquitos 2016.....	29
Tabla 3	Infección de sitio Quirúrgico según días de hospitalización pre operatorio en puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de ginecología del hospital regional de Loreto, Iquitos 2016	29
Tabla 4	Infección de sitio quirúrgico según registro de baño pre quirúrgico en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto,Iquitos 2016.....	30
Tabla 5	Infección de Sitio Quirúrgico según profilaxis antibiótica en puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, Iquitos,2016.....	31
Tabla 6	Infección de sitio quirúrgico según días de hospitalización post operatorios en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2016.....	32
Tabla 7	Infección de sitio quirúrgico según registro en historia clínica de curación de herida operatoria en puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2016	33

Introducción

Anualmente entre 2% a 5% de las intervenciones quirúrgicas se complican con el desarrollo de infección del sitio quirúrgico. Dos tercios de ellos son infecciones superficiales y el resto son infecciones profundas; se considera que el 77% de las mortalidades que ocurren luego de las operaciones quirúrgicas son atribuibles al desarrollo de infecciones del sitio quirúrgico. Las infecciones quirúrgicas son la segunda causa más común de infecciones nosocomiales. Representan entre un 15% a 18% de las infecciones de pacientes hospitalizados.

En la presente tesis se estudió las características institucionales y la infección del sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto. La estructura considerada es la siguiente: Capítulo I, comprende el planteamiento del problema que contiene el contexto de los problemas relacionados con la infección del sitio quirúrgico, la justificación que muestra la importancia del desarrollo del trabajo, el objetivo general y específicos que se busca alcanzar, la descripción del estudio en el ámbito nacional e internacional con respecto a las variables de estudio considerada en la parte de los antecedentes, el marco teórico que fundamenta los conceptos que engloba la investigación, las hipótesis de investigación y la operacionalización de las variables. El capítulo II contiene el tipo y diseño de estudio, la descripción de las características de los participantes atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión, así como los instrumentos de medición de las variables y las consideraciones éticas. En el capítulo III se considera los resultados mediante tablas, la interpretación de los hallazgos, asimismo el análisis y la discusión. El capítulo IV considera las conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del Problema

En los últimos 30 años la tasa de cesárea ha aumentado considerablemente, por ejemplo, en EE.UU. uno de cada tres nacimientos ocurre por esta vía y entre 2-4 % de las puérperas se infectan. En Cuba, en estudios realizados entre 2004-2013 se encontró que este proceder estuvo presente en 25 % de las causas directas de muerte materna. (Frias, 2016)

Por otro lado los datos de la Red Nacional de Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud de los Estados Unidos de América (NHSN), señalan que las Infecciones del sitio quirúrgico, representan entre el 15 y 18 % de todas las infecciones hospitalarias denunciadas, mientras que en algunos hospitales, ocupan el primer lugar con una distribución proporcional del 38 %. De este porcentaje, el 67 % corresponde a las infecciones del sitio quirúrgico incisionales y el 33% a las de órganos y espacios. (Acosta-Gnass Silvia, 2011)

En un estudio realizado en el Hospital Belén de Trujillo – Perú durante el periodo 2012 – 2013, la antibioticoterapia profiláctica resultó beneficioso para prevenir las infecciones, presentando una tasa de fracaso del 9.4%. (Quinde, 2013)

Desde hace más de 30 años se sabe que las Infecciones de sitio quirúrgico incrementan la estadía de los pacientes en el hospital y los costos de hospitalización. La mayoría de las Infecciones de Sitio Quirúrgico se originan durante el procedimiento quirúrgico y pocas de ellas son las que pueden adquirirse en el postoperatorio, especialmente si la herida ha sido

cerrada antes de que el paciente abandone la sala de operaciones (herida primaria cerrada). (Febre Vergara, Naldy Pamela, Brenner Friedmann Pola, Ramon Pilar, 2011)

Según datos estadísticos del Hospital Regional de Loreto de un total de 1156 intervenciones quirúrgicas por cesárea, 29 pacientes presentaron infección de sitio quirúrgico durante el año 2016.

A la fecha, se ha realizado una investigación operativa, cuyos resultados preliminares, fueron presentados, en ella se reportó importantes hallazgos, entre los que destacan: tacto vaginal mayor de 8, no preparación pre quirúrgica, inadecuado cumplimiento de protocolo de parto. Sin embargo, no fueron explorados aspectos relacionados con la limpieza de piel en el intraoperatorio, tiempo operatorio, días de hospitalización preoperatorio, y cuidados pos operatorios, (Reategui, 2016). Aspectos que de acuerdo a la literatura revisada también fueron considerados como factores de riesgo para infección de sitio quirúrgico.

Numerosos trabajos que demuestran que las infecciones de sitio quirúrgico incrementan los días de estadía del paciente y los costos hospitalarios. La mayoría de las infecciones de sitio quirúrgico se originan durante el procedimiento mismo. Después de la cirugía se producen pocas infecciones si ha habido cierre primario de la herida. El primer reservorio de microorganismo que causa infección de sitio quirúrgico es la flora endógena del paciente, la cual contamina la herida por contacto directo. (Tisne, 2004)

2. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre las características institucionales y la infección del sitio quirúrgico, en púerperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016?

3. Justificación

La Infección de Sitio Quirúrgico es una de las causas más frecuentes de infección hospitalaria, ocupando el segundo lugar en la mayoría de los estudios de infecciones nosocomiales, y la primera entre los pacientes quirúrgicos. Donde su incidencia varía de un cirujano a otro, de hospital en hospital, de un procedimiento quirúrgico a otro, y más importante de un paciente a otro (Quinde, 2013)

Es la cesárea la más antigua y a la vez la más moderna de las intervenciones "Obstétricas". No es este un proceder inocuo y libre de riesgo significativo, su práctica implica, más allá de sus beneficios, morbilidad y costo además de transformarse de solución, en problema. La historia de la obstetricia es la historia de la cesárea, este proceder tan antiguo se acompaña de un gran potencial de morbilidad. Mucho se ha especulado respecto a los acontecimientos que podían aumentar la frecuencia de infección de herida operatoria o gravedad de la sepsis en la cesárea, lo que debe incluir la valoración de los factores que sitúan a las gestantes para contraerla.

La infección post-cesárea sigue siendo motivo de preocupación ya que, a pesar del vigente programa nacional de reducción de la morbilidad materna y de las medidas establecidas para su cumplimiento, el índice de infección de herida operatoria continúa siendo alarmante. (Miranda, Alejandrina; Silvia, Velasquez, 2010)

Reportes de la oficina de vigilancia epidemiológica del Hospital Regional de Loreto, muestran que durante los últimos años la Infección de Sitio Quirúrgico, en pacientes pos cesárea, viene ocupando el primer lugar; tal es así que su disminución, fue un compromiso e indicador de gestión en el presente año. De ahí la relevancia del estudio. (Reategui, 2016)

Por otro lado, el presente trabajo de investigación tiene importancia teórica, ya que se proporcionará información actualizada, sobre las variables de estudio, que servirán de marco referencia a futuros investigadores en el tema.

La justificación metodológica se muestra por la sencillez en la colecta de datos, pues se utilizará como fuente primaria las historias clínicas del hospital, de fácil acceso, las mismas que serán presentadas en tablas y gráficos.

Los resultados tuvieron relevancia práctica y social, ya que, por tratarse de una investigación operativa, estos hallazgos, serán difundidos y socializados en forma inmediata a los directores, jefes de departamento y de servicio, a fin de implementar medidas de mejora en la calidad de atención y procurar una atención segura y libre de riesgos de infección, disminuyendo los días de hospitalización y favoreciendo el cuidado materno y del recién nacido en forma precoz.

4. Objetivos de la Investigación

4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre las características institucionales y la infección del sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

4.2. Objetivos Específicos

Determinar la relación entre los días de hospitalización pre operatoria y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Determinar la relación entre el baño pre quirúrgico y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Determinar la relación entre la profilaxis antibiótica y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Determinar la relación entre los días de hospitalización post operatoria y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Determinar la relación entre el cuidado de sitio quirúrgico (curación de herida) y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Antecedentes de la Investigación

A nivel internacional Frías et al (2016), realizaron un estudio titulado Infección del sitio quirúrgico post cesárea en Santiago de Cuba, estudio descriptivo y transversal de 21 puérperas cesareadas, con infección del sitio quirúrgico, ingresadas en el Hospital Gineco obstétrico, desde octubre del 2014 a octubre del 2015, a fin de caracterizarles según variables seleccionadas. En la serie predominaron el grupo etario de 20-29 años, la anemia (66,6 %) y la obesidad (42,8 %) como principales factores de riesgo, la cirugía urgente limpia contaminada (76,1 %), así como el *Staphylococcus aureus* y la *Escherichia coli* como los gérmenes más aislados; asimismo, utilizaron combinaciones de antibióticos de primera línea con resultados favorables en todas las pacientes. Concluyendo que la presencia de factores de riesgo y la identificación de bacterias como agentes causales importantes, exige mantener una vigilancia epidemiológica permanente para disminuir la infección en estas pacientes.

Otro estudio realizado por Aguiar da Cruz et al (2013), titulado: Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza, en Brasil, tuvo como objetivo caracterizar los casos de infección de herida operatoria tras cesárea en las mujeres que permanecieron hospitalizadas en el periodo 2008 a 2010 en un hospital público de Fortaleza. Fue un estudio documental retrospectivo, con enfoque cuantitativo, con 51 formularios de notificación de infección hospitalaria de mujeres por cesárea, siendo excluidos los que no se completaron correctamente. De los 51 formularios de notificación de las mujeres del hospital por infección de cesárea, 5 no cumplieron con los criterios de inclusión, lo que resulta en 46

formularios de información. La edad media de las pacientes fue de 26,57 años, con edades entre 14 y 40 años, mediana de 24 años y una desviación estándar de 8,1. En este estudio, 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 todas las pacientes evolucionaron al alta hospitalaria. Concluyeron en este trabajo, que incluso con técnicas avanzadas y cuidados de higienización por parte de los profesionales el número de mujeres que evolucionaron a infección del sitio quirúrgico después de una cesárea es aún importante.

Así mismo Carvalho et al (2014), en su estudio titulado “Factores de riesgo a infección de la herida quirúrgica después de la cesárea: una revisión integradora” realizado en Brasil, tuvo como objetivo estudiar los factores que predisponen al desarrollo de infecciones de la herida quirúrgica después de una cesárea; concluyendo que los estudios se centran en el uso de antibióticos profilácticos para la resolución de estas infecciones, pero no alude a los factores que rompen el proceso efectivo de cuidado pre , trans y postoperatorio, así como los responsables por la infección de la herida después de una cesárea.

Por su parte Ochoa et al (2014), en su estudio titulado, Comparación de la efectividad de la dosis única frente a la dosis triple de cefazolina como profilaxis antibiótica en cesárea, realizado en Perú, determinaron la efectividad de la dosis única comparada con la dosis triple de Cefazolina como profilaxis antibiótica para reducir las infecciones post-cesárea. Incluyeron 82 historias clínicas de pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen que recibieron dosis única o dosis triple de Cefazolina en el año 2011. De acuerdo al esquema recibido, evaluaron las complicaciones infecciosas. Tuvieron como resultados que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre la dosis única y la dosis triple en la incidencia de infecciones totales (9,3% vs 16,4%, $p= 0,422$), infección del sitio operatorio (7% vs 12,8%, $p= 0,793$), endometritis (0% vs 2,6%, $p= 1,116$) e infección del tracto urinario (2,3% vs 0%, $p= 0,918$). Concluyendo que la dosis única de Cefazolina como profilaxis antibiótica fue igual de efectiva como la dosis triple en la prevención de la morbilidad infecciosa post-cesárea.

2. Marco Teórico

2.1. Cesárea.

Extracción de un feto, vivo o muerto, a través de una incisión en abdomen (laparotomía) y en pared anterior del útero (histerotomía), después de las 20 semanas de gestación. Puede ser de emergencia o electiva. Puede ser segmentaria o corporal.

Cesárea electiva: Indicación determinada durante el control prenatal o la hospitalización y da tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones para la madre y el feto.

Cesárea de emergencia: Se decide de manera imprevista por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones. (Vasquez, Javier, 2011).

2.1.1. Morbilidad materna en la operación cesárea

La operación cesárea se acompaña de múltiples complicaciones, lo cual ha sido corroborado, incluso, a nivel internacional. A continuación se señalan algunos eventos que demuestran lo anterior:

- La cesárea se asocia con una incidencia de infecciones entre el 8 y el 27 %, mientras que en el parto vaginal es de 2 a 3 %.
- Los índices de transfusión debido a hemorragias en mujeres con cesárea alcanzan del 1 al 6 %.
- Al realizar la cesárea se observa una frecuencia de daño a órganos vecinos del 0,4 %; daño a vasos uterinos 0,5 % y extensión de la incisión uterina a estructuras cercanas (1 al 3 %).
- Complicaciones pulmonares, tales como tromboembolismo (0,1 a 0,2 %) y atelectasia (5 %), sobre todo cuando se emplea la anestesia general.
- La morbilidad materna es de 5 a 10 veces mayor en la operación cesárea y la mortalidad es 2 a 4 veces mayor en relación con el parto vaginal. (Vasquez J. , 2010).

2.1.2. Técnica quirúrgica cuidadosa.

- Antibioprolifaxis en cirugía de alto riesgo de infección (tracto digestivo, cesáreas o vías biliares) y en aquellas en que una infección pueda comprometer la vida del paciente o afectar profundamente el resultado de la intervención. Los antibióticos profilácticos deben proveer niveles sanguíneos eficientes durante el acto operatorio.
- Tratamiento preoperatorio de la obesidad.
- Preparación preoperatoria de la piel que incluye lavado con jabón y aplicación de un antiséptico antes del inicio de la intervención.
- Uso de técnica aséptica en todos los procedimientos durante la intervención.
- Uso de drenajes aspirativos en circuito cerrado y sacados por contrabertura.
- Uso de mascarilla de alta eficiencia durante el acto quirúrgico-
- Tratamiento de focos infecciosos distales previo a la intervención.
- Mejoría previa del estado nutricional.
- Evitar el rasurado dentro de lo posible y en caso de hacerlo debe ser lo más cercano posible a la intervención.
- Lavado de manos quirúrgico con productos yodados o a base de clorhexidina (u otro antiséptico de características equivalentes) antes de participar en la intervención.
- Uso de ropa quirúrgica impermeable.
- Recambios de aire de al menos 25 veces por hora y uso de aire filtrado con filtros absolutos en pabellones.
- Evitar turbulencias de aire en sala de operaciones durante la intervención.
- Las heridas de intervenciones clasificadas como contaminadas deben cerrarse por segunda intención.
- Aseo y desinfección de salas de operaciones entre intervenciones.
- Vigilancia epidemiológica por tipo de herida con retroalimentación de los resultados al equipo quirúrgico. (Ministerio de salud D. , 2004)

- Uso adecuado de antibióticos
- En el Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología está normada la administración de antibióticos preoperatorios en la cesárea, como obligada indicación en las posibles operaciones contaminadas y sucias.
- Clasificar toda cesárea antes de entrar la paciente al salón, con el fin de administrar el antibiótico recomendado para cada caso.
- Discutir con el colectivo médico la política de antibióticos a seguir en cada institución en particular.
- Identificar cuándo se debe usar la profilaxis y cuándo el tratamiento antibiótico. (Vasquez J. , 2010)

2.1.3. Seguimiento posoperatorio.

El posoperatorio es el periodo de mayor riesgo para la paciente intervenida por cesárea. Las más graves complicaciones, como por ejemplo la hemorragia, ocurren de forma inmediata durante las primeras 24 horas; la infección como complicación aparece más tardíamente, por ello no se debe olvidar que del 60 al 70 % de las muertes maternas ocurren en el puerperio. (Hoffman, 2014)

Manejo Postoperatorio.

- Mantener a paciente con cloruro de sodio al 9 por mil más oxitocina 30 UI, entre 12 a 24 horas post operación.
- Hielo o medios físicos fríos en fondo uterino, por 2 a 4 horas.
- En cesáreas no complicadas se puede iniciar dieta líquida después de 2 horas de haber terminado la operación.
- Analgésicos por vía intramuscular (metamizol 1gr o ketorolaco 30 a 60 mg), 3 veces al día las primeras 24 horas, luego pasar a ketorolaco 10 mg V.O cada 8 horas o paracetamol 500mg. VO cada 8 horas por 5 días.
- Deambulación debe ser precoz, en caso de anestesia epidural, a las 8 – 12 horas.
- El baño se debe realizar dentro de las 24 horas pos operación.
- La curación de la herida, si está seca, se realiza a las 48 horas post operación y se la deja descubierta preferentemente.

- El alta se da a las 72 horas postparto, con estabilidad hemodinámica y sin complicaciones. (Vasquez J. , 2011)

Atención del puerperio inmediato.

Comprende las dos primeras horas post parto la realiza en puerperio post quirúrgico el médico anestesiólogo, medico Gineco-obstetra, médico cirujano y profesional de enfermería. Durante este periodo se produce la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Realizar la vigilancia estricta de la puérpera cada 15 minutos durante estas dos primeras horas, controlando: signos vitales, contracción uterina, sangrado vaginal.
- Revisar la episiorrafia para descartar la formación de hematomas y/o edemas.
- En este periodo la puérpera debe estar con su recién nacida/o sino presenta complicaciones o signos de alarma.
- En caso de preclamsia severa/eclampsia, sepsis o hemorragia, dar la atención inmediata de acuerdo a cada clave, identificar la causa, estabilizar funciones vitales, iniciar el tratamiento y de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento o si el caso lo requiere, deberá ser referida a un nivel de mayor complejidad (FONE o FONI) y asegurar su recepción en el establecimiento a donde es referida.
- Si no se produce complicaciones al terminar este periodo, la puérpera debe trasladarse a la sala de hospitalización puerperio y garantizar el alojamiento conjunto.
- Sala de puerperio/internamiento/hospitalización (después de dos horas hasta completar el primer día).
- Debe ser atendida por profesional con competencias según nivel de capacidad resolutive del establecimiento.
- Vigilar durante este periodo hasta el alta, cada 30 minutos durante la tercera hora, y cada hora en la cuarta, quinta y sexta hora; y luego cada 6 horas, los: signos vitales, contracciones uterinas, sangrado vaginal.
- Episiorrafia o sutura perineal para descartar la formación de hematomas y/o edemas.

- Promover la deambulaci3n precoz.
- Informar sobre signos de alarma durante el puerperio de la madre.

Atenci3n del puerperio mediato.

Este periodo comprende desde las 24 horas hasta los 7 d3as postparto. Posterior al alta de la pu3rpera, esta atenci3n se realiza en consulta externa por profesional con competencias. Incluye las siguientes acciones:

- Vigilar y controlar la involuci3n uterina y caracter3sticas de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia e infecci3n puerperal, vigilando los signos vitales y detectando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, sub involuci3n uterina, hipersensibilidad a la palpaci3n uterina y loquios f3tidos.
- Informar sobre las medidas higi3nicas para prevenir infecci3n materna.
- Informar sobre los signos de alarma de la madre.
- Estimular el fortalecimiento de los v3nculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Alimentaci3n balanceada adecuada para la madre.
- Atenci3n durante el puerperio tard3o.
- Este periodo comprende despu3s de los 7 d3as hasta los 42d3as post parto. Atenci3n realizada en consulta externa por medico Gineco Obstetra, m3dico cirujano o profesional de obstetricia, seg3n nivel de atenci3n; para reforzar las buenas pr3cticas de higiene, alimentaci3n, lactancia materna y seguimiento del m3todo de planificaci3n familiar elegido o reforzar la orientaci3n/consejer3a en aquellas pu3rperas que a3n no optaron por alg3n m3todo. (MINSa, 2013).

2.2. Epidemiolog3a de las infecciones intrahospitalarias.

La epidemiolog3a de las enfermedades infecciosas comprende el estudio de los factores determinantes de las infecciones en el hu3sped, su aparici3n y los factores que desencadenan su propagaci3n en el 3mbito hospitalario.

Es conocido que el proceso salud y enfermedad es el resultado de una serie de complejas interacciones entre el agente causal, el hu3sped y el ambiente. A nivel hospitalario los

agentes causales son los microorganismos que producen las infecciones intrahospitalarias, el huésped es el paciente hospitalizado o los trabajadores de salud y el ambiente es el hospital.

Agente.

Los agentes en las infecciones intrahospitalarias son microorganismos que varían en tamaño y complejidad y comprenden desde virus hasta protozoarios y helmintos. Las bacterias, hongos y ciertos virus han sido los mayormente reconocidos y estudiados.

Para que se lleve a cabo la transmisión, estos microorganismos deben permanecer viables en el ambiente, siendo necesarias algunas propiedades intrínsecas tales como la capacidad para resistir los efectos del calor, sequedad, luz ultravioleta y agentes químicos; la capacidad para competir con otros microorganismos; y la capacidad para independientemente multiplicarse en el ambiente o desarrollarse y multiplicarse dentro de otro huésped. Los reservorios que le permiten sobrevivir o multiplicarse pueden ser animados, por ejemplo los trabajadores de salud, o inanimados como los sistemas de aire acondicionado.

Una vez que el microorganismo se encuentra en la superficie del huésped, podría multiplicarse, invadir, replicarse y producir la infección en el huésped; sin embargo también podría colonizar sin necesidad de invadir o desencadenar una respuesta inmune en el huésped. Así la presencia de microorganismos en la superficie del huésped no implica infección, pero estos pueden actuar como reservorios importantes para la transmisión hacia otros pacientes.

Huésped.

El desarrollo de la enfermedad dependerá no solo de los factores intrínsecos del agente, sino también de la interacción entre este y el huésped.

Entre los factores importantes para el desarrollo y severidad de la enfermedad se tienen la edad, estado nutricional, enfermedades concomitantes, sistema inmunológico, inmunización y el estado emocional del huésped.

Ambiente.

El ambiente constituye el medio en donde se producen las interacciones entre el agente y el huésped. El ambiente contiene factores físicos, biológicos y sociales que influyen en la propagación de la enfermedad. En el caso de los hospitales los cambios en los patrones de

atención a los pacientes y los avances tecnológicos en los cuidados médicos han incrementado enormemente el riesgo de los pacientes hospitalizados. Las unidades de terapia intensiva, unidad de quemados, trauma, trasplante y de quimioterapia, frecuentemente albergan pacientes con poca resistencia para la infección. En estos pacientes, basta pequeñas concentraciones de microorganismos para producir la infección, y ésta se desarrollará en sitios inusuales; siendo en su mayoría producidas por microorganismos no patógenos. Frecuentemente estas infecciones llamadas oportunistas requerirán terapias con múltiples antimicrobianos, incrementando así la flora microbiana residente, produciendo de esta manera la emergencia o reemergencia de un conjunto de agentes resistentes a la gran mayoría de antimicrobianos disponibles.

Mecanismos de transmisión.

La transmisión es el mecanismo por el cual un agente potencialmente infeccioso es diseminado a otro huésped. Para que se desarrolle la infección, el agente debe ser en número suficiente para su multiplicación. La transmisión puede ser directa o indirecta.

La transmisión directa puede producirse por contacto entre huéspedes, por la expulsión de gotas durante la tos o estornudo hacia otro huésped o por el contacto directo de un huésped susceptible con un reservorio ambiental del agente.

La transmisión indirecta es el mecanismo más común de propagación de los agentes infecciosos, siendo el transporte a través de las manos de los trabajadores de salud, el mecanismo más frecuente. La transmisión indirecta puede producirse por medio de vehículos, vía aérea, o por vectores.

Transmisión por vehículo: La transmisión podría ser llevado a través de alimentos, agua, fluidos biológicos, o mediante los dispositivos médicos contaminados. Como ejemplo podemos citar las especies de pseudomonas y otras bacterias gram negativas en los suministros de agua potable que pueden ser fácilmente diseminados por medio de las manos hacia los pacientes. Los dispositivos médicos como los catéteres venosos pueden ser contaminados con patógenos y ser transmitidos al torrente sanguíneo, asimismo a través de esta vía pueden transmitirse los virus de la hepatitis b y c y el virus de inmunodeficiencia humana.

Transmisión aérea: Los aerosoles que contienen pequeñas partículas (1-5 μ m) pueden estar suspendidas por largos periodos y ser inspirados hacia el sistema respiratorio; es la principal ruta de transmisión de la tuberculosis. Otro ejemplo producido por este mecanismo

es la diseminación de esporas de ciertos hongos desde reservorios depositados en la tierra y ciertas construcciones hacia los pulmones de pacientes inmunocomprometidos. Finalmente podemos citar la transmisión de la legionella a través de los sistemas de aire acondicionado y nebulizadores.

La transmisión a través de vectores como los artrópodos u otros insectos es otro mecanismo indirecto, principalmente en hospitales ubicados en lugares tropicales que presentan enfermedades endémicas transmitidas por vectores.

Eventos objeto de vigilancia.

Cada hospital en función de los servicios que presta y de la tasa de uso de procedimientos invasivos al interior de los mismos, determinara los eventos objeto de vigilancia.

2.2.1. Infecciones intrahospitalarias y factores de riesgo asociados objeto de Vigilancia epidemiológica.

Infección Intrahospitalaria	Factor de riesgo asociado	Servicio a vigilar
Infección de Tracto Urinario (ITU)	Catéter Urinario	Medicina Cirugía UCI
Neumonía	Ventilación Mecánica	UCI Neonatología
Infección de Torrente Sanguíneo (ITS)	Catéter Venoso Central (CVC) Catéter Venoso Periférico (CVP)	UCI Neonatología
Endometritis puerperal	Parto Vaginal Cesárea	Gineco Obstetricia
Infección de Herida operatoria	Colecistectomía Hernio plastia Inguinal	Cirugía
Infección de Herida operatoria	Parto por cesárea	Gineco Obstetricia

La infección intrahospitalaria se define como aquella que se adquiere luego de 48 horas de permanencia hospitalaria y que el paciente no portaba a su ingreso. Solo en caso de neonatos se considera como IIH a la infección que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria. (Ministerio de salud, 2004).

2.2.2. Infección de Sitio Quirúrgico.

Las infecciones que ocurren en una herida creada por un procedimiento quirúrgico invasivo son generalmente conocidas como infección del sitio quirúrgico, debido a que la piel esta normalmente colonizada por un número de microorganismos que pueden causar infección.

Definir una infección de herida quirúrgica requiere evidencia de signos y síntomas clínicos más que evidencia microbiológica por sí sola.

Sin embargo se tiende a subestimar las infecciones de herida quirúrgica ya que muchas de estas ocurren cuando el paciente fue dado de alta del hospital.

Los microorganismos que causan infección de sitio quirúrgico, usualmente provienen del mismo paciente (infección endógena), y pueden estar presentes en piel o en vísceras abiertas.

La infección exógena puede ocurrir por instrumental contaminado, por contaminación del ambiente operatorio, o cuando los microorganismos tienen acceso a la herida cuando esta ya ha sido cerrada, después de la operación.

Rara vez la infección puede prevenir de la diseminación hematógena o provenir de prótesis o implantes colocados en el sitio de la cirugía. (Consejo de salubridad general , 2011).

2.2.3. Clasificación

Siguiendo los lineamientos de los Centros de Control de la Enfermedad (CDC) las ISQ se clasifican en:

Infección del Sitio Quirúrgico Superficial: Infección que ocurre dentro los 30 días de la cirugía e involucra sólo infección de la piel o tejido celular subcutáneo y que debe cumplir al menos uno de los siguientes 4 criterios:

- Drenaje purulento, con o sin confirmación de cultivo por laboratorio.

- Aislamiento de organismos de un cultivo obtenido en forma aséptica de líquido o tejido de la incisión superficial.
- Al menos uno de los siguientes signos de infección: dolor, supuración, enrojecimiento o calor y apertura deliberada por el cirujano, pese a cultivo negativo.
- Diagnóstico de ISQ superficial realizado por cirujano tratante.

Infección del Sitio Quirúrgico Profunda: Infección que ocurre dentro los 30 días de la cirugía sin implante o dentro del año si se colocó implante y que involucra tejidos blandos profundos (por ejemplo, músculo o aponeurosis) de la incisión y que cumple al menos uno de los siguientes criterios:

- Drenaje purulento de incisión profunda (menos componente órgano/espacio).
- Dehiscencia espontánea de la incisión profunda o realizada deliberadamente por el cirujano cuando el paciente tiene al menos uno de los siguientes signos: fiebre >38°C, o dolor localizado pese a cultivo negativo.
- Absceso u otra evidencia de infección que involucre incisión profunda identificada a la observación directa, por examen histopatológico o radiológico.
- Diagnóstico de ISQ profunda realizado por cirujano tratante.

Infección del Sitio Quirúrgico de Órganos/Espacio: Infección que ocurre dentro los 30 días de la cirugía y que involucra infección en alguna parte de la anatomía (por ejemplo, órgano y espacios) diferentes a la incisión que fue abierta o manipulada durante la cirugía y que cumple al menos uno de los siguientes criterios:

- Descarga purulenta por el drenaje colocado dentro del órgano/espacio.
- Organismo aislado de un cultivo obtenido asépticamente que involucre órgano/espacio que es encontrado por examen directo, durante la re-intervención o por histopatología o examen radiológico.
- Diagnóstico de ISQ órgano/espacio realizado por cirujano tratante. (Claros Nataniel, Infeccion del sitio operatorio, 2003)
- Las infecciones se producen por contaminación del sitio quirúrgico con patógenos endógenos o exógenos:

- Fuente endógena: El primer reservorio de microorganismos que causan ISQ es la flora endógena del propio paciente. Muchas heridas pueden verse afectadas a partir de ella, por lo cual ha cobrado vital importancia la preparación pre quirúrgica con el fin de disminuir la carga microbiológica. Para ello se debe tener en cuenta el procedimiento quirúrgico a realizar y la flora endógena asociada (intestino, piel, tracto respiratorio, tracto genital, tracto urinario, entre otras).
- Fuente exógena: Las fuentes exógenas incluyen el medio ambiente del quirófano y el personal del hospital. La fuente primaria de bacterias aerobias en el quirófano la constituye el equipo quirúrgico.
- El personal que se desempeña en la sala de operaciones dispersa los microorganismos, especialmente Staphylococcus, a partir de su propia piel. Por tal razón, las medidas de control de infecciones deben estar dirigidas a minimizar esta posibilidad. (Febre Vergara, Naldy Pamela, Brenner Friedmann Pola, Ramon Pilar, 2011).

2.2.4. Recomendaciones para prevenir las infecciones del sitio quirúrgico.

- Las medidas de control de infecciones destinadas a disminuir los riesgos de infecciones del sitio quirúrgico se dividen en momentos diferentes:
- No rasurar el pelo antes de la cirugía, a menos que el pelo a nivel del sitio de incisión interfiera con la cirugía. Si el pelo debe ser removido, hacerlo inmediatamente antes del acto quirúrgico, preferentemente con afeitadora eléctrica.
- Requerir al paciente que se bañe o duche con jabón antiséptico, por lo menos la noche previa a la cirugía.
- Lavar y limpiar meticulosamente la zona anatómica de la cirugía y su alrededor, para remover contaminación grosera, antes de la preparación de la piel con antiséptico.
- Mantener al paciente internado, en el preoperatorio, únicamente el tiempo necesario para una preparación quirúrgica adecuada.
- Administrar un antibiótico profiláctico únicamente cuando este indicado y seleccionarlo en base a su eficacia frente a los patógenos más frecuentes

causales de las infecciones del sitio quirúrgico, según el tipo de procedimiento y según las normas locales si estuvieran disponibles.

- En las cesáreas de alto riesgo, administrar el antibiótico inmediatamente después del clampado del cordón umbilical.

Postquirúrgicas:

- Proteger la herida con cierre primario con un apósito estéril, las primeras 24 a 48 horas del postoperatorio.
- Lavarse las manos antes y después de cambiar los apósitos y en todo contacto con el sitio quirúrgico. (Acosta-Gnass Silvia, 2011)
- La curación de la herida, si está seca, se realizará a las 48 horas post operación y se la deja descubierta preferentemente. (Loreto, 2016)
- Usar técnica estéril para el cambio de los apósitos. El personal no debe tocar una herida abierta o reciente, directamente, a menos que estén usando guantes estériles o usen la técnica de “mirar y no tocar”.
- Los apósitos sobre las heridas quirúrgicas deben ser removidos o cambiados si están húmedos o si el paciente tiene signos y síntomas sugestivos de infección (fiebre o dolor inusual en la herida). Cualquier líquido que drene de una herida, que es sospechosa de estar infectada, debe ser cultivado.
- Educar al paciente y a su familia sobre el cuidado apropiado de la herida quirúrgica, los síntomas de las infecciones del sitio quirúrgico y la necesidad de informar al médico acerca de estos síntomas. (Acosta-Gnass Silvia, 2011)

En el presente estudio se utilizó la **Teoría de Evelyn Adam**, enfermera canadiense que empezó a publicar a mediados de la década de 1970. Gran parte de su trabajo se centra en modelos y teorías evolutivos sobre el concepto de enfermería. Utiliza un modelo que aprendió de Dorothy Johnson. En su libro *to be a nurse* (1980), aplica la definición de Virginia Henderson al modelo de Johnson que indica las asunciones, creencias y valores y los postulados. Es esta última categoría incluye el objetivo de la profesión, el beneficiario del servicio profesional, la función del profesional, el origen de la dificultad del beneficiario, la intervención del profesional y las consecuencias. Amplio su trabajo en la segunda edición de 1991. El trabajo de Adam es un buen ejemplo de la utilización de una base única de la

enfermería para su ampliación aclarando y explicando trabajos anteriores. (Barnhart Debora, 2011)

3. Definición de términos

Cesárea.Extracción de un feto, vivo o muerto, a través de una incisión en abdomen (laparotomía) y en pared anterior del útero (histerotomía), después de las 20 semanas de gestación. Puede ser de emergencia o electiva. Puede ser segmentaria o corporal.

Cesárea electiva: Indicación determinada durante el control prenatal o la hospitalización y da tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones para la madre y el feto. (Vasquez, Javier, 2011)

Infección de sitio quirúrgico (ISQ): Las infecciones que ocurren en una herida creada por un procedimiento quirúrgico invasivo son generalmente conocidas como infección del sitio quirúrgico, debido a que la piel esta normalmente colonizada por un número de microorganismos que pueden causar infección. (Consejo de salubridad general , 2011)

Características Institucionales: Referida a aquellas acciones realizadas por el profesional de la salud, durante el pre y postoperatorio, tendientes a prevenir las ISQ.

4. Hipótesis de la investigación

4.1. Hipótesis General

Ho: No existe asociación significativa entre las características institucionales y la infección del sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto.

Hi. Existe asociación significativa entre las características institucionales y la infección del sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto.

4.2. Hipótesis específica

Existe relación significativa entre los días de hospitalización pre operatoria y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Existe relación significativa entre el baño pre quirúrgico y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Existe relación significativa entre la profilaxis antibiótica y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Existe relación significativa entre los días de hospitalización post operatoria y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Existe relación significativa entre el cuidado de sitio quirúrgico (curación de herida) y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Diseño y tipo de la Investigación

El estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, puesto que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. De alcance correlacional porque nos permite analizar el tipo de relación que existe entre dos variables. De acuerdo a las características temporales de los datos, es de corte transversal ya que se levantarán los datos en un período de tiempo determinado (Hernández, Fernández y Baptista 2006).

2. Variable de la Investigación definición operacional

Variable 1: Características institucionales

Variable dependiente 2: Infecciones de sitio quirúrgico

3. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Características institucionales	Referida a aquellas acciones realizadas por el profesional de la salud, durante el pre, y postoperatorio, tendientes a prevenir las ISQ	Desde el día de internamiento de la paciente hasta la hora de la intervención quirúrgica. Se considera: Adecuado: Paciente operada a menos de un día de hospitalización No adecuado: Paciente operada a más de un día de hospitalización	Días de hospitalización, pre operatoria	Si adecuado No adecuado	Nominal
		Baño o ducha con jabón antiséptico, por lo menos la noche previa a la cirugía, registrada en notas de enfermería	Baño pre quirúrgico	SI NO	Nominal
		Paciente que recibe antibióticos según protocolo inmediatamente antes, de la cesárea. SI: Se administra antibiótico profiláctico NO: No se administra antibiótico profiláctico.	Profilaxis Antibiótica	SI NO	Nominal

		<p>Se considera desde el ingreso a sala de hospitalización proveniente de sala de recuperación hasta el alta.</p> <p>Adecuado: paciente hospitalizada en el post operatorio hasta 72 horas.</p> <p>No adecuado: paciente hospitalizada en el post operatorio más de 72 horas.</p>	<p>Días de hospitalización pos operatoria</p>	<p>Si adecuado</p> <p>No adecuado</p>	<p>Nominal</p>
		<p>Limpieza de la herida para eliminar los agentes contaminantes que puedan actuar como fuente infecciosa.</p> <p>SI: Realiza curación de herida.</p> <p>NO: No realiza curación de herida.</p>	<p>Cuidados de sitio quirúrgico (curación de herida)</p>	<p>SI</p> <p>NO</p>	<p>Nominal</p>

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Infección del Sitio Quirúrgico	Definida como, aquella infección que ocurre durante los 30 días posteriores al parto quirúrgico con presencia de signos clínicos.	Infección de herida operatoria registradas en el reporte de la unidad de vigilancia epidemiológica	Superficial	Presenta drenaje purulento de la incisión, cultivo positivo de una muestra tomada de la secreción por la herida operatoria. Así como al menos uno de los siguientes síntomas: dolor, eritema, calor, edema localizado, reportada en la historia clínica.	Nominal
			Profunda y/o Órgano o espacio	Aquella herida con pus en el sitio quirúrgico absceso u otra evidencia de infección profunda que involucra infección en alguna parte de la anatomía (por ejemplo órgano y espacios) diferentes a la incisión que fue abierta o manipulada durante la cirugía, registrada en la historia clínica.	Nominal

4. Delimitación Geográfica y Temporal

El Hospital Regional de Loreto cuenta con cuatro pisos (el primero destinado a consultorios externos, oficinas administrativas, servicios de apoyo y servicios auxiliares; el segundo, tercero y cuarto están destinados a servicios de hospitalización; siendo área geográfica de estudio el cuarto piso. Asimismo, cuenta con 37 camas totales. Tiene un área construida de 96 mil metros cuadrados (58 mil de ellos destinados a hospitalización). Posee 371 camas

Está catalogado en el nivel III-1 (alto nivel de complejidad). Fue construido por el Ministerio de Salud, e inaugurado en junio de 1985, pero recién inició actividades en agosto de 1990.

4.1. Población y muestra

La población estuvo constituida por todas las mujeres que fueron intervenidas por parto cesárea y presentaron infección en sitio quirúrgico, haciendo un total de 1156.

La muestra lo constituyó 29 puérperas con infección en sitio quirúrgico reportadas por la oficina de Epidemiología y que cumplieron el criterio de inclusión.

4.1.1. Criterios de Inclusión y Exclusión.

Formaron la muestra definitiva de estudio aquellas personas que reunían los siguientes criterios:

4.1.1.1. Criterios de Inclusión

Historias clínicas de pacientes cuyos registros consignados en las historias clínicas tuvieron la información suficiente para aplicar el instrumento de ficha de recolección de datos.

Pacientes con diagnóstico de infección de sitio quirúrgico post cesárea atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto cuya cesárea fue realizada en otra institución hospitalaria.

4.1.1.2. Criterios de Exclusión

Historias clínicas con registros incompletos e incorrectos.

5. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se empleó fue la revisión documentaria de las historias clínicas.

Instrumento:

El instrumento que se empleo fue la ficha de recolección de datos para el grupo de estudio, el cual permitió la recolección de la variable: Características Institucionales e Infección del Sitio Quirúrgico, conto con 7 ítems, el cual fue elaborado por las investigadoras.

Validez y Confiabilidad de los instrumentos:

Teniendo en consideración que la recolección de datos se realizó mediante revisión documentaria de historias clínicas, el instrumento no fue sometido a pruebas de validez y confiabilidad.

6. Proceso y Análisis de Datos.

Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Unión el documento en el cual acredito la autorización para realizar el proyecto de tesis.

Se solicitó al Director del Hospital Regional de Loreto el documento en el cual acreditó la autorización para la revisión de las historias clínicas seleccionadas que se encontraron archivadas en la oficina de Estadística.

Se visitó la oficina de Epidemiología a fin de obtener el reporte anual de Infecciones de Sitio Quirúrgico en pacientes de parto por cesárea.

Se solicitó y seleccionó la historia clínica de cada paciente operada por cesárea que presentó infección del sitio quirúrgico atendida en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016.

Se procedió posteriormente a la aplicación de la ficha de recolección de datos.

Asuntos de ética: Durante toda la recolección de datos se aplicaron los principios éticos y bioéticos.

La recolección de datos se realizó en el turno de la tarde en la oficina de Estadística.

Para la recolección de datos, los investigadores hicieron uso del uniforme de salud pública vigente.

El procesamiento de la información se realizó mediante la base de datos del paquete estadístico SPSS Versión 22.0 en español, la que permitió la aplicación de pruebas estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes) y la prueba estadística inferencial No paramétrica denominada Chi Cuadrada. Posteriormente se construyeron las tablas y/o gráficos respectivos.

7. Consideraciones éticas.

Los derechos humanos, y la aplicación de los principios bioéticos de los sujetos de estudio que participaron en el estudio fueron manejados teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

La ficha de recolección de datos fue anónimo.

Se tuvo en cuenta la confidencialidad de la información.

Se aplicó los siguientes valores: respeto, puntualidad y responsabilidad, así como los cuatro principios de la bioética.

La información fue procesada y analizada en forma agrupada.

Se evitó la difusión de la información de los casos estudiados.

Los datos obtenidos en la recolección de la información solo sirvieron para fines de la investigación.

Capítulo IV

Resultados y Discusiones

1. Resultados

Tabla 1

Distribución de frecuencias de características institucionales en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2016

Características institucionales	n	%
Días de hospitalización pre operatorio		
Adecuado (Menos de un día)	10	34.5
No Adecuado (Más de un día)	19	65.5
Registro en HC de baño Pre Operatorio		
SI	4	14
NO	25	86
Profilaxis antibiótica		
SI	20	69.0
NO	9	31.0
Días de hospitalización post Operatorio		
Adecuado (72 hrs)	12	41.4
No Adecuado (Mas 72hrs)	17	58.6
Registro en HC de curación de herida operatoria		
SI	5	17.2
NO	24	82.8

La tabla 1, muestra que el mayor porcentaje (86%), de las puérperas post cesáreas consideradas para el estudio no registra baño pre operatorio; el 82.8%, no registra curación de herida. Con respecto a la profilaxis antibiótica, se observa que el un alto porcentaje

(69%), si recibió antibiótico, y en relación a los días de hospitalización pre operatorio adecuado, podemos observar que el mayor porcentaje (65.5%), se hospitalizó más de un día, y el 58.6% permanecieron hospitalizadas más de 72 hrs.

Tabla 2

Clasificación de infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital regional de Loreto, Iquitos 2016

Infección del sitio quirúrgico	n	%
Superficial	23	79
Profunda	6	21
Total	29	100

En la tabla 2, se observa que el mayor porcentaje (79%), de puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y el 21% (6) presentó infección profunda, de sitio quirúrgico.

Tabla 3

Infección de sitio Quirúrgico según días de hospitalización pre operatorio en puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de ginecología del hospital regional de Loreto, Iquitos 2016

Días de Hospitalización Pre Operatorio	Infección del sitio quirúrgico				Total	
	Superficie		Profunda			
Adecuado	6	26%	4	67%	10	34%
Inadecuado	17	74%	2	33%	19	66%
Total	23	100%	6	100%	29	100%

En la tabla 3, se muestra que del 100% (29) de puérperas post cesareadas, el 74% (17) tuvieron días de hospitalización pre operatoria no adecuado y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y por otro lado el 67% (4) de puérperas post cesareadas

tuvieron días de hospitalización pre operatoria adecuada y presentaron infección profunda de sitio quirúrgico. Al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado, se tiene $\chi^2 = 121$, $> \chi^2_t = 3,8416$, $gl=1$, $\alpha=0.05$, por lo que se acepta la hipótesis que dice: Existe relación significativa entre los días de hospitalización pre operatoria y la infección de sitio quirúrgico, en púérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Tabla 4

Infección de sitio quirúrgico según registro de baño pre quirúrgico en púérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2016.

Baño pre-quirúrgico	Infección del sitio quirúrgico				Total	
	Superficie		Profunda			
Si	2	9%	2	33%	4	14%
No	21	91%	4	67%	25	86%
Total	23	100%	6	100%	29	100%

En la tabla 4, se muestra que del 100% (29), púérperas post cesareadas, el 91% (21) no tuvieron baño pre quirúrgico y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y por otro lado el 67% (4) de púérperas post cesareadas si tuvieron baño pre quirúrgico y presentaron infección profunda de sitio quirúrgico. Al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado, se tiene $\chi^2 = 115$, $> \chi^2_t = 3,8416$, $gl=1$, $\alpha=0.05$, por lo que se acepta la hipótesis que dice: Existe relación significativa entre el baño pre quirúrgico y la infección de sitio quirúrgico, en púérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Tabla 5

Infección de Sitio Quirúrgico según profilaxis antibiótica en puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2016.

Profilaxis antibiótica	Infección del sitio quirúrgico				Total	
	Superficie		Profunda			
Si	18	78%	2	33%	20	69%
No	5	22%	4	67%	9	31%
Total	23	100%	6	100%	29	100%

En la tabla 5, se muestra que del 100% (29) puérperas post cesareadas, el 78% (18) si recibieron profilaxis antibiótica y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y por otro lado el 67% (4), puérperas post cesareadas no recibieron profilaxis antibiótica y presentaron infección profunda de sitio quirúrgico. Al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado, se tiene $\chi^2_c = 6,8$, $> \chi^2_t = 3,8416$, $gl=1$, $\alpha=0.05$, por lo que se acepta la hipótesis que dice: Existe relación significativa entre la profilaxis antibiótica y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Tabla 6

Infección de sitio quirúrgico según días de hospitalización post operatorios en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2016.

Días de hospitalización post-operatorio	Infección del sitio quirúrgico				Total	
	Superficie		Profunda			
Adecuado	18	78%	2	33%	20	69%
Inadecuado	5	22%	4	67%	9	31%
Total	23	100%	6	100%	29	100%

En la tabla 6, se muestra que del 100% (29) puérperas post cesareadas, el 65% (15) tuvieron días de hospitalización post operatoria no adecuada y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y por otro lado el 67% (4), puérperas post cesareadas tuvieron días de hospitalización adecuada y presentaron infección profunda de sitio quirúrgico. Al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado, se tiene $\chi^2 = 96,8$, $> X^2_{\alpha} = 3,8416$, $gl=1$, $\alpha=0.05$, por lo que se acepta la hipótesis que dice: Existe relación significativa entre los días de hospitalización y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Tabla 7

Infección de sitio quirúrgico según registro en historia clínica de curación de herida operatoria en puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2016.

Registro en historia clínica de curación de herida operatoria	Infección del sitio quirúrgico				Total	
	Superficie		Profunda			
Si	4	17%	1	17%	5	17%
No	19	83%	5	83%	24	83%
Total	23	100%	6	100%	29	100%

En la tabla 7, se muestra que del 100% (29), puérperas post cesareadas, el 83% (19) si tuvieron registro en historia clínica curación de herida operatoria y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y por otro lado el 17% (5) de puérperas post cesareadas no tuvieron registro en historia clínica curación de herida operatoria y presentaron infección profunda de sitio quirúrgico. Al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado, se tiene $\chi^2 = 3,8416$, $> \chi^2_{\alpha} = 3,8416$, $gl=1$, $\alpha=0.05$, por lo que se acepta la hipótesis que dice: Existe relación significativa entre el cuidado de sitio quirúrgico (curación de herida) y la infección de sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

2. Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar las características institucionales, relacionadas con la infección del sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Los datos estadísticos del Hospital Regional de Loreto, reportan que, de un total de 1156 intervenciones quirúrgicas por cesárea, 29 pacientes presentaron infección de sitio quirúrgico durante el año 2016. Por lo que como profesionales del área realizamos el presente estudio.

Encontrando los siguientes resultados:

Del 100% (29), puérperas post cesareadas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto durante el año 2016, el 97%(23), puérperas post cesareadas presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, mientras que el 21%(6), puérperas post cesareadas presentaron infección profunda de sitio quirúrgico.

Estos resultados son compatibles con el estudio de Aguiar da Cruz et al (2013), quienes investigaron: “Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza” en Brasil, 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. Quienes concluyeron en este trabajo, que incluso con técnicas avanzadas y cuidados de higienización por parte de los profesionales el número de mujeres que evolucionaron a infección del sitio quirúrgico después de una cesárea es aún importante.

Del 100% (29), puérperas post cesareadas, el 78%(18), si recibieron profilaxis antibiótica y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y el 67%(4), no recibieron profilaxis antibiótica y presentaron infección profunda de sitio quirúrgico.

Así mismo guarda coherencia con el estudio de Carvalho et al (2014), en su estudio titulado “Factores de riesgo a infección de la herida quirúrgica después de la cesárea: una revisión integradora” realizado en Brasil, donde concluyeron que los estudios se centran en el uso de antibióticos profilácticos para la resolución de estas infecciones, pero no alude a los factores que rompen el proceso efectivo de cuidado pre , intra y postoperatorio, así como los responsables por la infección de la herida después de una cesárea.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

- El 74% de puérperas post cesareadas tuvieron días de hospitalización pre operatoria no adecuado y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y por otro lado el 67% de puérperas post cesareadas tuvieron días de hospitalización pre operatoria adecuada y presentaron infección profunda de sitio quirúrgico.
- El 91% de puérperas post cesareadas no tuvieron baño pre quirúrgico y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y por otro lado el 67% de puérperas post cesareadas si tuvieron baño pre quirúrgico y presentaron infección profunda de sitio quirúrgico
- El 78% de puérperas si recibieron profilaxis antibiótica y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y por otro lado el 67%, puérperas post cesareadas no recibieron profilaxis antibiótica y presentaron infección profunda de sitio quirúrgico.
- El 65% tuvieron días de hospitalización post operatoria no adecuada y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y por otro lado el 67%, puérperas post cesareadas tuvieron días de hospitalización adecuada y presentaron infección profunda de sitio quirúrgico.
- El 83% si tuvieron registro en historia clínica curación de herida operatoria y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y por otro lado el 83% puérperas post cesareadas no tuvieron registro en historia clínica de la curación de herida operatoria y presentaron infección profunda de sitio quirúrgico.

- Se encontraron resultados estadísticos significativos entre días de hospitalización, baño quirúrgico, profilaxis antibiótica, días de hospitalización y curación de herida con la infección de sitio quirúrgico para ($p < 0.05$)

2. Recomendaciones

Difundir los resultados de la investigación al jefe de departamento para la toma de decisiones estratégicas en relación a la disminución de infecciones quirúrgicas en pacientes post cesáreas basadas en evidencias científicas.

Trabajar coordinadamente con el equipo multidisciplinario a fin de facilitar cumplir con la programación de la intervención quirúrgica en el menor tiempo posible.

A la enfermera jefa del servicio, monitoreo del cumplimiento de la preparación pre quirúrgica, que incluya el baño preoperatorio.

A la enfermera y al médico jefe del servicio de ginecología, monitoreo de registros de enfermería, y evolución médica, a fin de que se evidencie información relacionada al cumplimiento y acciones que incluya el detalle y hallazgos de las características de la herida operatoria.

Referencias Bibliográficas

- Acosta-Gnass Silvia. (2011). *Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria*. Washington: Organización panamericana de la salud.
- Alejandrina, M. V. (2010). *Factores de riesgo asociados a infección de herida postcesarea, Hospital Regional de Occidente*. Guatemala.
- Alfonso, B. (2014). Proceso infeccioso o proceso salud enfermedad. *bvscuba*, 60.
- Barnhart Debora, B. P. (2011). Modelos y teorías en enfermería. En B. P. Barnhart Debora, *Modelos y teorías en enfermería* (págs. 250-252). España: S.A Elsevier España.
- Claros Nataniel, J. L. (2003). *Infección del sitio operatorio*. Bolivia.
- Claros Nataniel, J. L. (2003). *Infección del sitio operatorio*. Bolivia.
- Claros Nataniel, Jauregui Luis. (2003). *Infección del sitio operatorio*. Bolivia.
- Cometto Maria Cristina, G. P. (2011). Enfermería y seguridad de los pacientes. En B. F. Febre Vergara Naldy Pamela, *Prevención de la Infecciones asociadas con la atención en salud*. (pág. 270). Washington: Organización panamericana de la salud.
- Cometto Maria Cristina, Gomez Patricia Fabiana y otros. (2011). Enfermería y seguridad de los pacientes. En N. P. Febre Vergara, *Prevención de la Infecciones asociadas con la atención en salud*. (pág. 270). Washington: Organización panamericana de la salud.
- Consejo de salubridad general . (2011). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección en herida quirúrgica post cesarea en los tres niveles de atención. *Evidencias y recomendaciones*. Mexico, Mexico, Mexico.
- Febre Vergara, Naldy Pamela, Brenner Friedmann Pola, Ramon Pilar. (2011). Enfermería y seguridad de los pacientes. En G. P. Cometto Maria Cristina,

- Prevencion de la Infecciones asociadas con la atencìon en salud.* (pág. 270). Washington: Organizacion panamericana de la salud.
- Frias, N. (2016). Infeccion del sitio quirurgico poscesarea. *Medisan*, 1-9.
- Hoffman. (2014). Williams Ginecologia. En H. e. al, *Williams Ginecologia* (pág. 121). Dallas - Texas: Mc Graw - Hill Interamericana editores S.A DE C.V.
- I., A.-G. S. (2011). *Manual de control de infecciones y epidemiologia hospitalaria*. Washington: Organizacion panamericana de la salud.
- Loreto, H. R. (2016). *Guia de practicas clinicas*. Iquitos.
- Ministerio de salud. (08 de marzo de 2004). Norma tècnica N° 026 de vigilancia epidemiològica de las infecciones intrahospitalarias. *Norma tècnica N° 026 de vigilancia epidemiològica de las infecciones intrahospitalarias*. Lima, Lima, Perù.
- Ministerio de salud, D. (26 de Julio de 2004). Norma Tecnica N° 020 de prevencion y control de infecciones intrahospitalarias. *Medidas para la prevencion y control de las infecciones intrahospitalarias*. Lima, Lima, Peru.
- MINSA. (24 de Diciembre de 2013). Norma Tècnica de salud N° 105-MINSA/DGSP. *Norma Tecnica de salud N° 105-MINSA/DGSP*. Lima, Lima, Perù.
- Miranda, Alejandrina; Silvia, Velasquez. (2010). *Factores de riesgo asociados a infeccion de herida postcsarea, Hospital Regionsl de Occidente*. Guatemala.
- Quinde, R. (2013). *Factores de riesgo asociados a infeccion del sitio quirurgico en pacientes operadas de cesarea en el servicio de ginecologia y obstetricia del Hospital Belèn de Trujillo*. Trujillo.
- QUIRURGICA, E. M. (s.f.). *PRE TRANS POST OPERATORIO*.
- Reategui, L. (2016). *Factores de riesgo asociados a infeccion en el sitio quirurgico en puerperas pos cesareas del HRL. 2015-2016*. Iquitos.

Tisne, L. (2004). *Prevencion de infeccion de herida operatoria relacionadas con la intervencion quirurgica*. Santiago Oriente.

Vasquez, J. (2010). *Cesarea. Anàlisis crítico y recomendaciones para disminuir su morbilidad*. La Habana: Ciencias Mèdicas.

Vasquez, J. (2011). *Manual de Ginecologia y Obstetricia*. Iquitos: Tierra nueva editores.

Vasquez, Javier. (2011). Manual de Ginecologia y Obstetricia. En V. V. Javier, *Manual de Ginecologia y Obstetricia* (págs. 323 - 327). Iquitos: Tierra nueva editores.

Anexos

Anexo 1

INSTRUMENTO

FICHA DE REGISTRO

Características institucionales asociadas con infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas del Hospital Regional de Loreto 2016.

INFORMACION GENERAL:

Nº de historia clínica Código.....

Edad.....

I. CARACTERISTICAS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON CUIDADO PRE OPERATORIO.

1. Días de hospitalización pre-operatoria
 - a). Menos de un día.
 - b). Más de un día.
2. Se registra en la Historia clínica el baño del paciente pre operatorio?
 - a) Si ()
 - b) No ()
3. ¿Los antibióticos utilizados en el tiempo pre-operatorio se administran antes de la cirugía?
 - a). Si ()
 - b). No ()

II. CARACTERISTICAS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON CUIDADOS POST OPERATORIOS.

1. Días de hospitalización post operatorio.
 - a) 72 horas ()
 - b) Más de 72 horas ()

2. ¿Se Registra en historia clínica, curación de herida en el post operatorio?
- a) SI ()
 - b) NO ()

DATOS DE VARIABLE DEPENDIENTE:

1. Tipo de ISQ:
- a) Superficial.
 - b) Profunda