

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud



TESIS:

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE
INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN PUÉRPERAS POST-
CESAREADAS DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA “CARLOS
TUPPIA GARCIA GODOS”, 2014 – 2018”**

PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN EPIDEMIOLOGÍA

Autora:

Bach. DEL VILLAR RAMÍREZ, LISSET

AYACUCHO - PERÚ

2021

“FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN PUÉRPERAS POST-CESAREADAS DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA “CARLOS TUPPIA GARCIA GODOS”, 2014– 2018”

Bach. DEL VILLAR RAMÍREZ, LISSET

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo: Determinar los factores asociados a la prevalencia de infección del sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tuppia Garcia Godos”, 2014 – 2018. Es una investigación aplicada de enfoque cuantitativo no experimental; diseño transversal, relacional, la población estuvo constituida por historias clínicas de mujeres que fueron intervenidas por cesárea y presentaron infección en sitio quirúrgico, durante el periodo 2014 – 2018. Se utilizó la ficha de recolección de datos individuales para el grupo de estudio y la Ficha de notificación de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). Resultado: del 100% de puérperas post cesareadas que presentaron infección de sitio quirúrgico el 74.4% tuvieron más de un día de hospitalización pre operatoria, el 88.4% tuvieron más de tres días de hospitalización post operatoria y el 62.8% no tuvieron profilaxis antibiótica. En conclusión: la prevalencia de infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas, entre los años 2014 al 2018; es de 1.8% en promedio. Existe asociación ($p < 0.05$) entre el tiempo de hospitalización preoperatoria, post operatoria y ausencia de profilaxis antibiótica con la infección de sitio quirúrgico. La razón de la posibilidad de tener infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas versus la ausencia de infección de sitio quirúrgico es 19.1 veces mayor en las que están más de 1 día en hospitalización pre operatoria que en las que están menos de un día; es 39.5 veces mayor en las que están más de 3 días en hospitalización post operatoria que en las que están menos de 3 días; y 7.3 veces mayor en las que no recibieron profilaxis antibiótica que en las que si recibieron la profilaxis.

Palabras claves: Infección de sitio quirúrgico, Puérperas post cesareadas.

“FACTORS ASSOCIATED TO THE PREVALENCE OF QUIROSITE SITE INFECTION IN POST-CESARETED PUPERS OF HOSPITAL II OF HUAMANGA "CARLOS TUPPIA GARCIA GODOS", 2014 – 2018”

Lic. DEL VILLAR RAMÍREZ, LISSET

ABSTRACT

This research aimed to: Determine the factors associated with the prevalence of infection of the surgical site in post cesareous postpartums of Huamanga Hospital II "Carlos Tuppia Garcia Godos", 2014 – 2018. It is applied research with a non-experimental quantitative approach; transverse, relational design, the population consisted of medical records of women who were interventioned by C-section and had infection at surgical site, during the period 2014 – 2018. The individual data collection sheet for the study group and the Health Care Associated Infection Reporting Sheet (IAAS) were used. Result: 100% post-ceased postpartum postpartum patients who had surgical site infection 74.4% had more than one day of preoperative hospitalization, 88.4% had more than three days of postoperative hospitalization and 62.8% had no antibiotic prophylaxis. In conclusion: the prevalence of surgical site infection in post-ceased postpartum postpartums, between 2014 and 2018; is 1.8% on average. There is an association ($p < 0.05$) between preoperative hospitalization time, postoperative and absence of antibiotic prophylaxis with surgical site infection. The reason for the possibility of having surgical site infection in post-ceased postpartums versus the absence of surgical site infection is 19.1 times higher in those who are more than 1 day in preoperative hospitalization than in those less than one day; is 39.5 times higher in which they are more than 3 days in postoperative hospitalization than in those less than 3 days; and 7.3 times higher in those who did not receive antibiotic prophylaxis than if they received prophylaxis.

Key words: Surgical site infection, Post-cesaren pups.

DEDICATORIA:

Este trabajo está dedicado a Dios, de manera especial a mi familia y a mi hijo Leito, mi luz de todos los días, pero sobre todo hacer mención a Mi papá Walter, que ha sido mi conciencia día a día, mi fuerza y el empeño de lograr mis metas y seguir mi camino, de tenderme la mano para recorrer este camino, su ayuda me permite el poder brindar estas palabras de agradecimiento.

El tiempo no es limitante y, no puede existir excusas, solo debes cumplir tus objetivos trazados, porque detrás de ti está lo más importante, los seres queridos, con ese apoyo incondicional.

Lisset

AGRADECIMIENTO

A mi Alma Mater “Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga”, por haberme alojado en sus aulas durante mi formación en pregrado y ahora en postgrado.

A nuestro divino redentor Dios por sostener sobre su manto sagrado a cada uno de nuestros seres queridos, por brindarnos ese rocío de salud y bienestar para ponerle ganas, sacrificio y esmero, por ver realizada mis metas personales, familiares y laborales.

A mis docentes, por ser el Maestro de enseñanza en esta nueva carrera que decidí seguir.

A mi familia, que es mi coraje, fuerza y conocimiento por ver realizada esta meta trazada.

A mi asesor Mg. Edward Barboza Palomino, por guiarme, asesorarme, brindarme el apoyo y la amistad, pero sobre todo ser mi guía y lograr hoy la realidad de la Maestría.

Por todo este conglomerado de emociones muchas gracias a todos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

“Las infecciones quirúrgicas, causadas por bacterias que penetran a través de la incisión, ponen en peligro la vida de millones de personas cada año, y contribuyen a la propagación de la resistencia a los antimicrobianos. Según la OMS, en los países de ingresos bajos y medianos, un 11% de los pacientes operados sufren infecciones. En África, hasta un 20% de las mujeres sometidas a cesárea sufren infecciones de la herida que comprometen su salud y su capacidad para cuidar a los hijos”. (1)

“La simple realización de una incisión realizada durante la cesárea puede ser una puerta de entrada para los gérmenes llevando al paciente a evolucionar a una infección inicialmente local. La infección de herida postquirúrgica se define como aquella infección que se presenta durante la hospitalización de un paciente que ha sido sometido a cirugía dentro de un lapso de 48 horas después de la cirugía”. (2)

“La infección de herida operatoria post cesárea varía de acuerdo a las poblaciones estudiadas. Según la Organización Panamericana de la Salud la infección de sitio quirúrgico se presenta desde el 1,46 % al 10 % de las

cesáreas, según el país de que se trate”. (3) la calidad y satisfacción de vida de los pacientes que sufren la infección del sitio quirúrgico se ve mermado incrementándose la morbilidad de estos y por ende el tiempo de hospitalización. A partir de ello se entiende que, el inicio de una infección de la herida que genera una cirugía incrementa duplicando el tiempo de hospitalización y también los costos que se derivan de estos por la intervención quirúrgica. El disminuir las infecciones post operatorias con todas las medidas, entre ellas las de asepsia y antisepsia entre otros, es un reto desde hace varios años; sin embargo, también es importante saber que los pacientes presentan condiciones que se convierten en factores, los cuales es importante conocerlos, con la finalidad de prevenirlos. A pesar de que se han mejorado e incrementado mecanismos y procedimientos para disminuir y prevenir los factores de riesgo, así como el uso de nuevos y mejores antibióticos, la infección puerperal se mantiene como una de las más importantes causas de morbilidad de las usuarias obstétricas.

El Hospital II de Huamanga “Carlos Tupppia García Godos” – ESSALUD, viene realizando la vigilancia de las Infecciones Intrahospitalarias; aplicando la DIRECTIVA N° 16-GCPS-ESSALUD-2016 “VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD EN ESSALUD” identificándose en años anteriores una Incidencia Acumulada de ISQ de 1.34 a 1.6, es decir 2 de cada 100 pacientes post-cesareadas presentan Infección de Sitio Quirúrgico, encontrándonos por encima del promedio nacional de 1.16 x 100.

“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. 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 sitio quirúrgico continúa siendo alarmante”. (5)

Con la finalidad de lograr disminuir y también prevenir la infección de sitio quirúrgico post cesárea, es muy importante identificar los factores de riesgo que favorecen la infección después de la cesárea; en tal sentido se realizó la presente investigación con el objetivo de, Determinar los factores asociados a la prevalencia de infección del sitio quirúrgico, en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tupia Garcia Godos”, 2014 – 2018.

Teniendo como objetivos específicos:

- a) Identificar la prevalencia de infección de sitio quirúrgico asociados a días de hospitalización pre operatorio en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tupia Garcia Godos”, 2014 - 2018

- b) Identificar la prevalencia de infección de sitio quirúrgico asociados a profilaxis antibiótica en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tuppia Garcia Godos”, 2014 – 2018.
- c) Identificar la prevalencia de infección de sitio quirúrgico asociado a días de hospitalización post operatoria en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tuppia Garcia Godos”, 2014 – 2018.
- d) Identificar la prevalencia de infección de sitio quirúrgico asociado al cuidado de sitio quirúrgico (curación de herida) en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tuppia Garcia Godos”, 2014 – 2018.

La Hipótesis propuesta fue: Existe asociación significativa entre los días de hospitalización pre y postoperatoria, profilaxis antibiótica, cuidado de sitio quirúrgico con la prevalencia de infección del sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tuppia Garcia Godos” 2014 – 2018.

Con respecto a los materiales y métodos, el enfoque es de tipo cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, relacional: la población estuvo constituida por las historias clínicas de mujeres que fueron intervenidas por cesárea y presentaron infección en sitio quirúrgico, durante el periodo 2014 – 2018, el tipo de muestreo fue censal. Se utilizó la ficha de recolección de datos individuales para el grupo de estudio y la Ficha de notificación de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), tomada de la Directiva N° 16-GCPS-

EsSalud-2016. “Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud en EsSalud”.

Los resultados nos muestran que; del 100% de puérperas post cesareadas que presentaron infección de sitio quirúrgico el 74.4% tuvieron más de un día de hospitalización pre operatoria, el 88.4% tuvieron más de tres días de hospitalización post operatoria y el 62.8% no tuvieron profilaxis antibiótica; asimismo todas las puérperas recibieron cuidado del sitio quirúrgico (curación de herida operatoria). Se concluye que la prevalencia de infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tuppia Garcia Godos”, entre los años 2014 al 2018; es de 1.8% en promedio y se identifica un aumento en 3,2% en el año 2018. Existe asociación ($p < 0.05$) entre el tiempo de hospitalización preoperatoria, el tiempo de hospitalización post operatoria y la ausencia de profilaxis antibiótica con la infección de sitio quirúrgico.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes de Estudio

2.1.1. Nivel internacional.

Aguiar da Cruz et al. (7) hacen la referencia que:

“La 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”.

Carvalho et al. (8) 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”.

Frías et al. (6) realizaron un estudio con el objetivo de:

“Determinar la 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”.

2.1.2. Nivel nacional.

En el año 2016, Richter (9) realizó un estudio con el objetivo de:

“Identificar los factores de riesgo asociados a la infección de herida operatoria post cesárea en pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte-Lima durante el periodo 2013 a junio 2015. Ejecuto un estudio analítico, retrospectivo, observacional de caso y control pareado. El tamaño muestral fue de 29 pacientes para los casos y 29 para los controles atendidas durante 2013 a junio del 2015. Se analizó los factores de riesgo para adquirir infección de herida operatoria post

cesárea para esto los datos ingresados a la ficha de recolección de datos fueron ingresados a una base de datos de SPSS versión 23 donde se realizó los siguientes análisis: un análisis descriptivo de las variables que consiste en análisis de tendencia central y medidas de dispersión de las variables cuantitativas, se calculó las frecuencias de las variables cualitativas. Luego se realizó un análisis bivariado usando chi cuadrado o exacta de Fisher buscando los factores asociados a infección de herida operatoria para un $p < 0.05$. Luego de encontrar diferencias significativas se procedió a realizar una regresión logística bivariada y multivariada buscando riesgo. Resultado: El promedio de edad de las pacientes fue 24.93 años (DS \pm 7,497). Además, el 70.76% tuvo una edad menor o igual que 29 años y 29.3% mayor de 29 años. El promedio de índice de masa corporal (IMC) en las pacientes estudiadas fue de 29.57 kg/m² (DE \pm 19 3.99). Además, el 56.9 6% tuvo un IMC”.

En el año 2013, Ames (10) realizó un estudio que consistía en:

“Determinar los factores asociados a endometritis puerperal y/o infección de herida operatoria en pacientes post operadas de cesárea en el Servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche. Arequipa-Perú. Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles en el servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2012. Se revisaron historias clínicas y se analizaron los factores: Edad, Ocupación, Estado civil, Paridad, Obesidad, Rotura Prematura de Membranas, Número de tactos vaginales, Edad Gestacional, Infecciones en el Tercer Trimestre,

empleo de Antibiótico como profilaxis, Primera Cesárea, Cesárea de urgencia y programada, Tiempo Operatorio, Sangrado intra operatorio, anemia pre operatoria y Post operatoria. Para el análisis estadístico se utilizó análisis bivariado y multivariado de 21 regresión logística. Resultados: Durante el tiempo de estudio se realizaron 6637 partos, de los cuales un 39,5% (2 622) corresponde a las cesáreas. Se detectó una tasa de endometritis post cesárea de 1.1% (18 pacientes), una tasa de infección de herida operatoria de 1% (17 pacientes). De los factores analizados, cuatro se encuentran asociados a endometritis: Ruptura Prematura de Membranas [OR 24,24(IC 95% 1,35-434,34)], primera cesárea [OR 4,65(IC 95% 0,65-4,21)], obesidad pre operatoria [OR 7,02(IC 95% 0,95-1,1)] y anemia post operatoria [OR 3,44(IC 95% 0,82-1,06)]. De los factores analizados, tres se relacionaron con la infección de herida operatoria: Infecciones en el tercer trimestre (Infecciones del Tracto Urinario y Vaginitis) [OR 4,54 (IC 95% 0,88- 23,37)], Primera cesárea [OR 8,31(IC 95% 1,36-189,78)] y ausencia de antibiótico profilaxis [OR 5,65(IC 95% 0,63-63,74)], y por último los factores asociados a endometritis e Infección de Herida Operatoria son: anemia post operatoria [OR 4,1(IC 95% 0,05- 2,98)] y ausencia de Antibiótico profilaxis [OR 7,54(IC 95% 0,04-24,42)]. Conclusión: La ruptura prematura de membranas, la primera cesárea, obesidad pre operatoria, la anemia post operatoria, infecciones en el tercer trimestre y la ausencia de antibiótico profilaxis son factores de riesgo para desarrollar

endometritis y/o infección de herida operatoria en pacientes post cesareadas”.

Salazar. (11) realizó un estudio, cuyo objetivo fue:

“Determinar los factores de riesgo asociados a infecciones del sitio quirúrgico en pacientes operadas de cesárea en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca 2013-2014. Estudio de casos y controles, retrospectivo. El tamaño muestra fue de 53 pacientes para los casos y 53 para los controles”.

“En el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2013 y el 31 de diciembre del 2014. Se analizó las características sociodemográficas y gineco-obstétricas, así como factores de riesgo para adquirir la infección de herida operatoria en pacientes operadas de cesárea. Para la descripción de variables categóricas se usó la frecuencia y para las variables cuantitativas, el promedio y desviación estándar. Para el Análisis inferencia se utilizó el Odds ratio y la prueba Chi cuadrado. Resultados: La edad promedio de los casos fue de 27 años, el 71.7 % era conviviente, el 32.08 % tenía grado de instrucción secundaria y en paridad el número de partos promedio fue de 0,79. Se encontró como factores de riesgo: Obesidad OR 5.44 (IC 2.08- 14.23) $p = 0.0003$, RPM prolongado OR= 4.53 (IC 0.91 - 22.46) y $p = 0.0462$, el número de tactos vaginales con $p = 0.000$ y la cesárea de emergencia con OR 14.64 (IC 0.8 - 266.87) y $p = 0.019$. No se identificó como factores de riesgo a la corioamnionitis y tiempo quirúrgico prolongado. Conclusiones: Tanto la obesidad, RPM prolongado, el número de tactos

vaginales y la cesárea de emergencia son factores de riesgo para adquirir una infección del sitio quirúrgico luego de una cesárea. No se halló asociación significativa entre las variables corioamnionitis y tiempo quirúrgico prolongado”.

2.1.3. Nivel local

A nivel local no se identificaron ninguna investigación que presente variables similares o problemática similar abordada.

2.2 MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.

2.2.1. CESAREA

“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”. (12)

- 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.

A. Morbilidad materna en la operación cesárea: La 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. (12)

- “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”.

B. Técnica quirúrgica cuidadosa:

- “Administración de antibióticos profilácticos, se emplea 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”. (12)
- “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”.
- 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”.
- “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”.

C. 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”. (13)

D. Manejo Postoperatorio:

- “Mantener a paciente con cloruro de sodio al 9 por mil más oxitocina 30 UI, entre 12 a 24 horas post operación”.
- “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”.
- “Deambulacion 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”.
- “El alta se da a las 72 horas postparto, con estabilidad hemodinámica y sin complicaciones”.

E. Atención del puerperio inmediato.

- “Comprende las dos primeras horas post parto la realiza en puerperio post quirúrgico el médico anesthesiólogo, 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”. (14)
- “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 demás”.
- “En este periodo la puérpera debe estar con su recién nacida/o si no 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 deambulacion precoz”.
- “Informar sobre signos de alarma durante el puerperio de la madre.

F. Atención del puerperio mediato.

- “Este periodo comprende desde las 24 horas hasta los 7 días postparto. Posterior al alta de la puérpera, esta atención se realiza en consulta externa por profesional con competencias”.
- Incluye las siguientes acciones:
- “Vigilar y controlar la involucion uterina y características de los loquios”.
 - “Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando los signos vitales y detectando la

presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, sub involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos”.

- “Informar sobre las medidas higiénicas para prevenir infección materna”.
- “Informar sobre los signos de alarma de la madre”.
- “Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar”.
- “Alimentación balanceada adecuada para la madre”.

G. Atención durante el puerperio tardío.

- “Este periodo comprende después de los 7 días hasta los 42 días post parto. Atención realizada en consulta externa por medico Gineco Obstetra, médico cirujano o profesional de obstetricia, según nivel de atención; para reforzar las buenas prácticas de higiene, alimentación, lactancia materna y seguimiento del método de planificación familiar elegido o reforzar la orientación/consejería en aquellas puérperas que aún no optaron por algún método”. (14)

F. Puntuación ASA: “Es la clasificación que brinda la Sociedad Americana de Anestesiólogos (American Society of Anesthesiologists)”.

(14) califica al paciente que va a ser operado en:

- “Clase 1: Paciente sano”.
- “Clase 2: Paciente con enfermedad sistémica leve”.
- “Clase 3: Paciente con enfermedad sistémica severa que limita su actividad pero que no lo incapacita”.

- “Clase 4: Paciente con enfermedad sistémica incapacitante que constituye un riesgo de vida constante”.
- “Clase 5: Paciente moribundo que no se espera sobreviva 24 horas con o sin Cirugía”.

G. Tiempo operatorio: “Es el tiempo que transcurre desde que se inicia la incisión hasta el cierre de la herida operatoria”.

H. Índice de riesgo (ÍNDICE NNIS PARA ISQ): “Describe el grado de complejidad del riesgo que implica una intervención quirúrgica, en su cálculo intervienen tres elementos: La clasificación ASA, el tipo de Herida y el tiempo de duración de la cirugía, y se define como la suma de los valores predeterminados que se da a cada uno de ellos. Asume cuatro valores enteros que van del 0 a los 3 puntos (de menor a mayor riesgo)”.

- Herida limpia (L): “Son las incisiones quirúrgicas no infectadas en las cuales no hay infección y no hay penetración de vías respiratorias, gastrointestinales, genitourinarias o de la cavidad bucofaríngea. Los métodos operatorios son planeados y las incisiones fundamentalmente se cierran y si es necesario se drenan por técnicas cerradas. No hay trasgresión de las técnicas asépticas”.
- Herida limpia contaminada (LC): “En este tipo de incisiones operatorias, se penetra en las vías respiratorias, gastrointestinales o genitourinarias en situaciones controladas y sin contaminación significativa”.

“En la categoría mencionada se incluyen intervenciones en las vías biliares, apéndice, vagina o bucofaringe y cirugía de urgencia o de emergencia como un método por lo demás limpio, a condición de que no haya signos de infección y no haya transgresiones graves en la técnica aséptica”.

- Herida contaminada (C): “Las heridas de este tipo incluyen las abiertas, recientes y accidentales; las incisiones de heridas quirúrgicas en caso que haya graves transgresiones de la técnica aséptica o dispersión profusa de material salido de las vías gastrointestinales, traumatismos penetrantes que tienen menos de 4 horas de ocurrido e incisiones en los cuales se topa el operador con una inflamación aguda purulenta. La cifra calculada de infección en el sitio quirúrgico es de 15%. En los métodos para heridas contaminadas conviene la profilaxis con antimicrobianos en algunos pacientes con inflamación no purulenta aguda circunscrita a una víscera hueca inflamada o contenida en su interior (como apendicitis o colecistitis aguda)”.
- Herida infectada o sucia (I): “Las heridas de esta categoría incluyen los traumatismos penetrantes que han durado más de 4 horas, heridas en que hay tejido debilitado, retenido y otras que incluyen alguna infección clínica o perforación de vísceras huecas existentes. La definición sugiere que los microorganismos que causaron infección postoperatoria estaban presentes en el campo quirúrgico antes de operar. La cifra calculada de infección en el sitio

quirúrgico es de 40%. En procedimientos de heridas sucias o infectadas, como sería alguna víscera abdominal, una fractura compuesta o un desgarro atribuible a una mordedura de animal o ser humano o si hay trasgresión grave de la técnica estéril, se administrará antimicrobianos con fin terapéutico y no profiláctico”.

2.2.2. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

“La proliferación epidémica que afecta la salud pública a nivel mundial, ha hecho que los investigadores del campo médico, hayan buscado vías y fórmulas para luchar contra estos flagelos y en este sentido, la literatura especializada presenta una serie de lineamientos sobre el particular”.

(14)

En el año 1991, Ponce dictamina lo siguiente:

“A finales de 1989, la Organización Panamericana de la Salud conjuntamente con la Sociedad de Epidemiología Hospitalaria de Estados Unidos de América, realizó una conferencia regional sobre prevención y control de infecciones nosocomiales. Los objetivos de dicha conferencia fueron formulados para estimular la implementación de mecanismos para retomar la preparación de normas e instrumentos homogéneos, sobre la prevención y control de infecciones nosocomiales. El objetivo fundamental por el que se instituyó el control de las infecciones nosocomiales fue garantizar la calidad de la atención médica. Ahora bien conviene definir el concepto de vigilancia epidemiológica de la cual la Organización Panamericana de Salud

(OPS) y la Organización Mundial de la Salud (2002), señalan que: Consiste en el análisis, interpretación y disfunción sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en el tiempo, lugar y persona, como lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control (p.7). Como se desprende de esta definición la vigilancia epidemiológica involucra un proceso continuo y sistemático, lo que significa que no es una actividad aislada en el tiempo, y se puede ejecutar sin métodos, sino que es un proceso escrutador de tendencias que permite la prevención. Por ello, siendo esta herramienta de gran valía en este campo, se amerita de promoverla, difundirla y digerirla en estos contextos. Es de hacer notar que Ponce al referirse a la vigilancia epidemiológica, refiere que esta no es una actividad de monitoreo, si no de indagación, seguimiento y control con miras a la prevención”. (14)

En el año 1995, Gomes Pereira señala que:

“La vigilancia epidemiológica es un proceso de “recolección, análisis, interpretación, diseminación continua y sistemática de datos sobre la salud. El concepto de vigilancia en salud pública no incluye la administración de programas de prevención y control, aunque si incluye un vínculo intencionado con tales programas” (p.8). Lo anteriormente expresado evidencia que la vigilancia epidemiológica tiene que ver con la observación sistemática de todo lo relacionado a la recolección de

datos que pueden ser analizados, sistematizados con el fin de conocer si están llevados a cabo acciones para evitar y prevenir riesgos de este tipo". (15)

2.2.3. Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y factores de riesgo asociados objeto de vigilancia epidemiológica

Infección de sitio quirúrgico: "La infección del sitio quirúrgico (ISQ) se define como una infección relacionada con un procedimiento quirúrgico, aquella que ocurre en o cerca de la incisión quirúrgica dentro de los 30 días del procedimiento o dentro de 90 días si se implanta material protésico durante la misma. Las ISQ son consideradas como infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) según la Directiva N°16 -GCPS-ESSALUD-2016 "Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud en EsSalud".

"Las IAAS son definidas como aquella infección que no esté presente ni incubándose en el momento de la admisión, pero que se observa durante la estadía hospitalaria o al alta del paciente. También se consideran asociadas a la atención de salud las infecciones del recién nacido adquiridas como consecuencia del pasaje por el canal del parto y las infecciones tardías asociadas a implantes". (16)

Aspectos epidemiológicos

"Las infecciones del sitio quirúrgico son una causa común de Infección Asociada a la Atención de Salud, siendo de las entidades que más

cuestan al sistema de salud, calculándose que el 2% - 5% de los pacientes que son sometidos a cirugía presentan ISQ. En el Perú, las ISQ representan el 11% de las IAAS y tienen una frecuencia del 10%-15% en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos”. (16)

Factores de riesgo asociados

“La guía SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) identifica los siguientes factores de riesgo para infección de sitio quirúrgico”.

Factor de riesgo	
Relacionados al paciente	Extremos de edad
	Pobre estado nutricional
	Obesidad (>20% peso ideal)
	Diabetes mellitus
	Fumador
	Infecciones co-existent en otros sitios.
	Colonización bacteriana (ej. en fosas nasales con S. aureus)
	inmunosupresión (uso de esteroides u otras drogas)
	Estadía post-operatoria prolongada.
Relacionados a la cirugía	Duración del lavado quirúrgico de manos
	Antisepsia dérmica.
	Rasuramiento pre-operatorio
	Preparación dérmica pre-operatoria
	Duración de la cirugía
	Profilaxis antibiótica
	Ventilación de la sala quirúrgica
	Esterilización inadecuada del instrumental quirúrgico
	Material extraño en el sitio operatorio
	Drenajes quirúrgicos
	Técnicas quirúrgicas; incluyendo hemostasia, cierre
	Hipotermia post operatoria

2.2.4. Definición de términos operativos

- **Infección:** Se considera infección a la reacción adversa localizada, producida por la presencia de microorganismos o sus toxinas. El diagnóstico clínico por el médico tratante, sin otra evidencia, es un criterio aceptable siempre que se encuentre registrado en la historia clínica del paciente.
- **Infección Asociada a la Atención de Salud (IAAS):** Es aquella que no está presente ni incubándose en el momento de la admisión, pero que se observa durante la estadía hospitalaria o al alta del paciente. También se consideran asociadas a la atención de salud las infecciones del recién nacido adquiridas como consecuencia del pasaje por el canal del parto y las infecciones tardías asociadas a implantes.
- **Vigilancia epidemiológica de las IAAS:** Se refiere al proceso continuo de recolección activa, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la frecuencia y distribución de las IAAS de notificación obligatoria y otras optativas según prioridad del IPRESS.
- **Factor de riesgo:** Es un atributo o característica que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una IAAS.
- **Paciente - Día:** Es una unidad de medida de hospitalización, establece los días en que las camas de un servicio determinado se encuentran ocupadas por los pacientes hospitalizados, una cama genera un paciente-día. Si bien un paciente-día se registra como cada

lapso de 24 horas en el que una cama se encuentra ocupada, en la práctica, cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día, se debe contar como una unidad paciente- día, siempre que ocupe una cama y se prepare una historia clínica; mientras que, para pacientes hospitalizados por más de un día y otro periodo menor de 24 horas, no debe registrarse este último como unidad paciente-día adicional.

- **Cesárea:** Es una intervención quirúrgica que se realiza a través del abdomen de la gestante para extraer al feto del útero materno.
- **Tiempo operatorio:** Es el tiempo que transcurre desde que se inicia la incisión hasta el cierre de la herida operatoria.
- **Índice de riesgo (índice NNIS para ISQ):** Describe el grado de complejidad del riesgo que implica una intervención quirúrgica, en su cálculo intervienen tres elementos: La clasificación ASA, el tipo de Herida y el tiempo de duración de la cirugía, y se define como la suma de los valores predeterminados que se da a cada uno de ellos. Asume cuatro valores enteros que van del 0 a 3 puntos (de menor a mayor riesgo).
- **Prevalencia (P):** La prevalencia proporciona una estimación de la probabilidad o del riesgo que un individuo tiene de una determinada enfermedad la desarrolle durante un periodo especificado de tiempo. Como cualquier proporción suele expresarse en términos de porcentaje. Además, al no ser una tasa, es imprescindible que se acompañe del periodo de observación para poder ser interpretada. Este indicador es aplicable para Infecciones Asociadas a la Atención

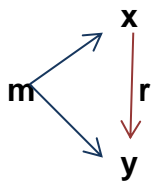
de Salud, respecto a PROCEDIMIENTOS, por ejemplo, para intervenciones quirúrgicas (cesáreas) y partos vaginales.

Cálculo: **P**= Número de pacientes infectados / Número de pacientes expuestos * 100

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

- 3.1 ENFOQUE:** Cuantitativo; porque la recolección de datos se realizó con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías". (26)
- 3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Aplicativa, es un estudio que permite la aplicación de los conocimientos adquiridos en la investigación. (26)
- 3.3 NIVEL DE INVESTIGACION:** Es descriptivo – explicativo.
- 3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:** El diseño de estudio es de tipo transversal, retrospectivo; porque los datos e información fueron recolectados en un solo momento, permitiendo la identificación de los casos; retrospectivo, porque los datos corresponden a casos registrados desde el año 2014 al año 2018, y correlacional por considerar la identificación de asociación entre las variables independientes y dependientes.



Donde:

m= Muestra

x= Factor de riesgo

y= Prevalencia de infección de sitio quirúrgico

r= Relación

3.5 ÁREA DE INVESTIGACIÓN.

La investigación se realizó en el Servicio de Ginecología del Hospital II de Huamanga “Carlos Tupia García Godos”, 2014 – 2018 (Área de archivos).

3.6 POBLACIÓN: La población estuvo conformada por las historias clínicas de mujeres que fueron intervenidas por cesárea y presentaron infección en sitio quirúrgico, durante el periodo 2014 - 2018.

3.7 MUESTRA Y MUESTREO.

3.7.1 Unidad de análisis. Historias clínicas

3.7.2 Unidad de Muestreo. La unidad seleccionada fue la unidad de análisis (Historias clínicas).

3.7.3 Tamaño de la muestra. 100% de historias clínicas de casos que presentaron infección en sitio quirúrgico, durante el periodo 2014 - 2018.

3.7.4 Tipo de muestreo. Conglomerado.

3.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

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

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos individuales para el grupo de estudio y la Ficha de notificación de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), el cual permitió la recolección de casos, ésta fue tomada de la Directiva N° 16-GCPS-EsSalud-2016. “Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud en EsSalud” (15); la cual es válida y confiable.

Con respecto al proceso de recolección de información, se solicitó la autorización correspondiente a la Dirección del Hospital, con ella se procedió a identificar y recopilar las Historias clínicas del área de archivo del servicio de Ginecobstetricia; una vez compilado las historias clínicas se procedió con la revisión sistemática teniendo en cuenta los objetivos y el instrumento para la recolección de información para el presente estudio.

3.10. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Para la presentación de datos, se utilizó la Estadística Descriptiva, que permitió calcular las medidas descriptivas. Se realizó la Estadística Inferencial con la finalidad de hacer inferencias y sacar conclusiones de las relaciones observadas. En el análisis de los resultados se utilizaron la prueba estadística de chi cuadrada (X^2) y Odds Ratio (OR); con la finalidad de identificar asociación entre las variables y de expresar la

posibilidad de ocurrencia de un evento de interés o de presencia de una exposición, respectivamente, decidiéndose con un nivel de significancia de $p=0.05$.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla N° 01. PREVALENCIA DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN PUÉRPERAS POST CESAREADAS DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA “CARLOS TUPPIA GARCÍA GODOS”, 2014 - 2018.

Año	N° Cesáreas	N° Casos	Prevalencia
2014	524	07	1.3%
2015	425	06	1.4%
2016	466	06	1.3%
2017	510	09	1.8%
2018	461	15	3.2%
Total	2386	43	1.8%

Fuente: Ficha de notificación de IAAS. Oficina de planeamiento e inteligencia sanitaria.

EsSalud

En la Tabla N° 01 se puede identificar la prevalencia de infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tuppia Garcia Godos”, entre los años 2014 al 2018; se puede identificar que entre los años 2014 al 2016 la tendencia es constante; mientras que los casos se incrementan en el 2017 (1.8%) y mucho más en el 2018 (3.2%).

Tabla N° 02. PREVALENCIA DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADO A DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN PRE OPERATORIO EN PUÉRPERAS POST CESAREADAS DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA “CARLOS TUPPIA GARCIA GODOS”, 2014 - 2018.

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN PREOPERATORIA	INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO			
	PRESENTE		AUSENTE	
	N°	%	N°	%
Mayor a un día	32	74.4	309	13.2
Menor a 1 día	11	25.6	2034	86.8
TOTAL	43	100.0	2343	100.0

Fuente: Ficha de notificación de IAAS. Oficina de planeamiento e inteligencia sanitaria. EsSalud.

	Exposed	Unexposed	Total	Proportion Exposed
Cases	32	309	341	0.0938
Controls	11	2034	2045	0.0054
Total	43	2343	2386	0.0180
	Point estimate		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	19.14916		9.268417	42.47066 (exact)
Attr. frac. ex.	.9477784		.8921067	.9764543 (exact)
Attr. frac. pop	.0889411			

chi2(1) = 129.24 Pr>chi2 = 0.0000

En la tabla N° 02 se puede apreciar que del 100% de puérperas post cesareadas que presentaron infección de sitio quirúrgico el 74.4% tuvieron más de un día de hospitalización pre operatoria y el 25.6% menos de un día. Del 100% de puérperas post cesareadas que no presentaron infección de sitio quirúrgico el 86.8% tuvieron menos de un día de hospitalización pre operatoria y solo el 13.2% más de un día de hospitalización preoperatoria.

La prueba estadística de chi cuadrada nos muestra que existe asociación ($p < 0.05$) entre ambas variables; es decir a mayor tiempo de hospitalización preoperatoria mayor riesgo de presentar infección de sitio quirúrgico.

De igual manera la prueba estadística Odds Ratio (OR); nos permite inferenciar que, la razón de la posibilidad de tener infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas versus la ausencia de infección de sitio quirúrgico es, 19.1 veces mayor en las que están más de 1 día en hospitalización pre operatoria que en las que están menos de un día.

TABLA N° 03. PREVALENCIA DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADO A DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN POST OPERATORIA EN PUÉRPERAS POST CESAREADAS DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA “CARLOS TUPPIA GARCIA GODOS”, 2014 – 2018.

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN POSOPERATORIA	INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO			
	PRESENTE		AUSENTE	
	N°	%	N°	%
Mayor de 3 días	38	88.4	378	16.1
Menor de 3 días	5	11.6	1965	83.9
TOTAL	43	100.0	2343	100.0

Fuente: Ficha de notificación de IAAS. Oficina de planeamiento e inteligencia sanitaria. EsSalud.

	Exposed	Unexposed	Total	Proportion Exposed
Cases	38	378	416	0.0913
Controls	5	1965	1970	0.0025
Total	43	2343	2386	0.0180
	Point estimate		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	39.50794		15.35639	129.1461 (exact)
Attr. frac. ex.	.9746886		.9348805	.9922568 (exact)
Attr. frac. pop	.0890341			

chi2(1) = 153.07 Pr>chi2 = 0.0000

En la tabla N° 03 se puede apreciar que del 100% de puérperas post cesareadas que presentaron infección de sitio quirúrgico el 88.4% tuvieron más de tres días de hospitalización post operatoria y el 11.6% menos de tres días. Del 100% de puérperas post cesareadas que no presentaron infección de sitio quirúrgico el 83.9% tuvieron menos de tres días de hospitalización post operatoria y solo el 16.1% tuvieron más de tres días de hospitalización

preoperatoria. El tiempo prolongado de hospitalización por encima de los tres días, en muchos casos se debió a comorbilidades que presentaban las gestantes cesareadas.

La prueba estadística de chi cuadrada nos muestra que existe asociación ($p < 0.05$) entre ambas variables; es decir a mayor tiempo de hospitalización post operatoria mayor riesgo de presentar infección de sitio quirúrgico.

De igual manera la prueba estadística Odds Ratio (OR); nos permite inferenciar que, la razón de la posibilidad de tener infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas versus la ausencia de infección de sitio quirúrgico es 39.5 veces mayor en las que están más de 3 días en hospitalización post operatoria que en las que están menos de 3 días.

TABLA N° 04. PREVALENCIA DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADOS A PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PUÉRPERAS POST CESAREADAS DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA “CARLOS TUPPIA GARCIA GODOS”, 2014 – 2018.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA	INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE		N°	%
	N°	%	N°	%		
No	27	62.8	441	18.8	468	19.6
Si	16	37.2	1902	81.2	1918	80.4
TOTAL	43	100.0	2343	100.0	2386	100

Fuente: Ficha de notificación de IAAS. Oficina de planeamiento e inteligencia sanitaria. EsSalud.

	Exposed	Unexposed	Total	Proportion Exposed
Cases	27	441	468	0.0577
Controls	16	1902	1918	0.0083
Total	43	2343	2386	0.0180
	Point estimate		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	7.278061		3.741246	14.5705 (exact)
Attr. frac. ex.	.8626008		.7327094	.9313682 (exact)
Attr. frac. pop	.0497654			

chi2(1) = 51.77 Pr>chi2 = 0.0000

En la tabla N° 04 se puede apreciar que del 100% de puérperas post cesareadas que presentaron infección de sitio quirúrgico el 62.8% no tuvieron profilaxis antibiótica y el 37.2% si tuvieron dicha profilaxis. Del 100% de puérperas post cesareadas que no presentaron infección de sitio quirúrgico el 81.2% tuvieron profilaxis antibiótica y solo el 18.8% no tuvieron profilaxis antibiótica.

La prueba estadística de chi cuadrada nos muestra que existe asociación ($p < 0.05$) entre ambas variables; es decir, el no tener profilaxis antibiótica presenta mayor riesgo de presentar infección de sitio quirúrgico.

De igual manera la prueba estadística Odds Ratio (OR); nos permite inferenciar que, la razón de la posibilidad de tener infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas versus la ausencia de infección de sitio quirúrgico es 7.3 veces mayor en las que no recibieron profilaxis antibiótica que en las que si recibieron la profilaxis.

La profilaxis antibiótica es indicada antes de la cesárea, con la finalidad de reducir el riesgo de complicaciones infecciosas e infecciones postoperatorias.

Respecto al cuidado de sitio quirúrgico (curación de herida operatoria), se identificó en el estudio que todas las puérperas cesareadas recibieron el cuidado de la herida quirúrgica; la información tabular correspondiente (Tabla N° 05) se encuentra en el anexo.

CAPITULO V

DISCUSION

Los resultados de la presente investigación, nos muestran que la prevalencia de infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tupppia Garcia Godos”, entre los años 2014 al 2018 se ha incrementado, siendo en el 2018 el 3.2% (Tabla N° 01). Según la Organización Panamericana de la Salud “la infección de sitio quirúrgico se presenta desde el 1,46 % al 10 % de las cesáreas, según el país de que se trate. La incidencia de Infección de sitio operatorio tras la cesárea varía entre 2.8% a 10%, en el Instituto Materno Perinatal- Perú (INMP) para el año 2017 fue de 2.44%. La infección de sitio quirúrgico afecta significativamente la calidad de vida del paciente mediante el aumento de la morbilidad y ampliar las estancias hospitalarias”. (3)

En el año 2013 Ames, realizó un estudio cuya función fue:

“Determinar los factores asociados a endometritis puerperal y/o infección de herida operatoria en pacientes post operadas de cesárea en el Servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche. Arequipa-Perú. Se detectó una tasa de endometritis post cesárea de 1.1% (18

pacientes), una tasa de infección de herida operatoria de 1% (17 pacientes). (10) Podemos concluir que la prevalencia de las infecciones de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tupia Garcia Godos”; está dentro de los valores que la Organización Panamericana de la Salud menciona.

Con respecto a la tabla N° 02 y 03, podemos identificar que existe asociación entre los días de hospitalización previas y posteriores con la prevalencia de las infecciones de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tupia Garcia Godos”. Al respecto:

Mecías K y Rodríguez L., en Ecuador, efectuaron el estudio denominado “Infección de Heridas Quirúrgicas en Procedimientos Ginecológicos y Obstétricos en Relación con el Índice de Masa Corporal, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Pablo Arturo Suarez y Hospital San Francisco de Quito en el Periodo de Junio 2014 a Junio del 2016”, el cual fue de diseño observacional, retrospectivo, de cohorte histórica, examinándose historias clínicas de las pacientes que pasaron por intervenciones quirúrgicas, en las que se valoró las particularidades sociodemográficas, tiempo quirúrgico, índice de masa corporal, tiempo de hospitalización, días de incapacidad y complicaciones intra y postoperatorias. Como resultado el estudio demostró que, de una población de 1328 mujeres con infección de herida quirúrgica, se presentaron 1176 (97,59%) con Índice de masa corporal mayor de 25 (sobrepeso). La cantidad de días de hospitalización fueron en 766 (57,68%) casos de 9 a 11 días. (17)

Ramírez Y. y cols. en Cuba, en su estudio denominado “Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea”, cuyo objetivo consistió en determinar microbiológica y epidemiológicamente las pacientes con cesárea, con infección de herida quirúrgica y cultivo bacteriológico positivo; utilizaron para ello el método consistente en un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en el Hospital "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" cuyo periodo temporal abarcó desde noviembre de 2013 hasta noviembre de 2014. El universo de la investigación estuvo formado por 69 puérperas con cesárea, heridas infectadas y estudios bacteriológicos realizados. Se tuvieron en cuenta los agentes etiológicos y su resistencia antimicrobiana. Como resultado el análisis reveló infección de la herida en 4,9% del total de cesáreas realizadas. Los más importantes factores de riesgo reconocidos fueron la anemia (87,1%), estadía preoperatoria mayor de tres días (82,3 %), insuficiente aumento de peso (33,9%) y diabetes mellitus (27,4%). Predominaron las cesáreas urgentes (91,9%), con heridas limpias contaminadas (93,5 %) e infecciones incisionales superficiales (53,2%). Se señaló además dehiscencia de la herida en 74,2 % de las pacientes. (18)

Por lo que se concluye que la estancia hospitalaria antes y después de la cesárea está asociado a la prevalencia de las infecciones de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tupia Garcia Godos”. Asimismo, para los resultados presentados en la tabla N° 02, la prueba estadística Odds Ratio (OR); nos permite inferenciar que, la razón de la posibilidad de tener infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas versus la ausencia de infección de sitio quirúrgico es 19.1 veces

mayor en las que están más de 1 día en hospitalización pre operatoria que en las que están menos de un día. Con respecto a la Tabla N° 03 la prueba estadística Odds Ratio (OR); nos permite inferenciar que, la razón de la posibilidad de tener infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas versus la ausencia de infección de sitio quirúrgico es 39.5 veces mayor en las que están más de 3 días en hospitalización post operatoria que en las que están menos de 3 días.

En relación a la tabla N° 04, se identifica que existe asociación ($p > 0.05$) entre la no administración de profilaxis antibiótica con la prevalencia de infección de sitio quirúrgico. La profilaxis antibiótica es indicada antes de la cesárea, con la finalidad de reducir el riesgo de complicaciones infecciosas e infecciones postoperatorias.

Al respecto; Bolaños M. en Nicaragua; en su investigación titulada “Factores de Riesgo Asociados a las Infecciones del Sitio Quirúrgico, en las Pacientes que Fueron Sometidas a Cesárea en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello año Octubre 2008 a Octubre 2010” concluye entre otros en lo siguiente: Los factores de riesgo de origen operatorio asociados estadísticamente a la infección de la herida quirúrgica fueron el uso profiláctico de antibióticos, las cesáreas realizadas de urgencia y la incisión Pfannestiel.
(19)

Mamani CD. En Puno en su tesis “Factores de Riesgo Asociados a Infección de Sitio Operatorio en Post Cesareadas del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca. 2016- 2017”. Llegó a las siguientes conclusiones: La ausencia de profilaxis antibiótica es un factor de riesgo para la infección de sitio operatorio

post cesárea en el Hospital Carlos Monge Medrano en el periodo de enero del 2016 a diciembre del 2017. (20)

Quinde R. en Trujillo, en su tesis "Factores de Riesgo más Frecuentes que se Relacionan con Infección del Sitio Quirúrgico en Pacientes Atendidas en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2012-2013". Llegó a las siguientes conclusiones: La tasa de prevalencia de pacientes con infección del sitio quirúrgico fue de 19.39 por cada 1000 cesáreas. La RPM prolongada es un factor de riesgo para infección del sitio quirúrgico en operadas de cesárea. El tiempo operatorio no influye para el desarrollo de la infección del sitio quirúrgico en pacientes operadas de cesárea. La administración de profilaxis antibiótica post cesárea resulto beneficioso para prevenir las infecciones. (21) Nuestros hallazgos coinciden con las investigaciones realizadas por las mencionadas líneas arriba, por ello es importante el uso de la profilaxis antibiótica.

"La Revisión Cochrane titulada "Profilaxis antibiótica para la cesárea", analiza una gran cantidad de estudios clínicos controlados aleatorizados. Se comprobó que el uso de la profilaxis antibiótica en mujeres sometidas a cesárea resulta en un menor riesgo de complicaciones relacionadas con infecciones, entre las que se incluyen fiebre, endometritis, infección de la herida, infección del tracto urinario e infección grave postoperatoria. Además, se registró una pequeña reducción en la duración de la hospitalización materna. No obstante, se observó un mayor riesgo de ciertos efectos secundarios, aunque no fueron graves ni se registraron de manera constante. El efecto protector de los antibióticos profilácticos fue homogéneo en todas las

pacientes sometidas a cesárea (registrada en los estudios clínicos como electiva, no electiva o no especificada), independientemente del tratamiento antibiótico utilizado y las diferencias entre las poblaciones incluidas en el estudio. Teniendo en cuenta la reducción significativa en la morbilidad infecciosa postoperatoria (de dos tercios aproximadamente), los revisores recomiendan la administración de profilaxis antibiótica a todas las mujeres que deban someterse a una cesárea". (22,23)

Se concluye que que existe asociación ($p < 0.05$) entre ambas variables; es decir, el no tener profilaxis antibiótica presenta mayor riesgo de presentar infección de sitio quirúrgico. De igual manera la prueba estadística Odds Ratio (OR); nos permite inferenciar que, la razón de la posibilidad de tener infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas versus la ausencia de infección de sitio quirúrgico es 7.3 veces mayor en las que no recibieron profilaxis antibiótica que en las que si recibieron la profilaxis.

Los resultados presentados en el presente informe final, resulta un antecedente muy importante para la toma de decisiones. Esta información debe de ser utilizada para la evaluación del impacto de programas de intervención que se están implementando y se implementarán en nuestra Región.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas del Hospital II de Huamanga “Carlos Tupppia Garcia Godos”, entre los años 2014 al 2018; es de 1.8% en promedio; y se identifica un aumento en 3,2% en el año 2018.
- Existe asociación ($p<0.05$) entre el tiempo de hospitalización y la infección de sitio quirúrgico (ISQ); a mayor tiempo de hospitalización preoperatoria y post operatoria mayor posibilidad de presentar infección de sitio quirúrgico.
- La razón de la posibilidad de tener infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas versus la ausencia de infección de sitio quirúrgico es 19.1 veces mayor, en las que están más de 1 día en hospitalización pre operatoria que en las que están menos de un día.
- La razón de la posibilidad de tener infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas versus la ausencia de infección de sitio quirúrgico es 39.5 veces mayor, en las que están más de 3 días en hospitalización post operatoria que en las que están menos de 3 días.
- Existe asociación ($p<0.05$) entre la infección de sitio quirúrgico con la ausencia de profilaxis antibiótica; es decir, el no tener profilaxis

antibiótica presenta mayor riesgo de presentar infección de sitio quirúrgico.

- La razón de la posibilidad de tener infección de sitio quirúrgico en puérperas post cesareadas versus la ausencia de infección de sitio quirúrgico es 7.3 veces mayor en las que no recibieron profilaxis antibiótica que en las que si recibieron la profilaxis.

RECOMENDACIONES

- Desarrollar protocolos de profilaxis antibiótica antes de la cesárea en los centros de hospitalización para minimizar la infección de sitio operatorio.
- Capacitar al profesional de salud responsable de la atención prenatal en el proceso de identificación anticipada de los factores de riesgo, para proponer el tratamiento temprano y oportuno, así como consejería permanente para disminuir los riesgos que pueda presentarse durante el embarazo y puerperio.
- Mejorar en calidad los procesos de asepsia y antisepsia, de igual manera el procedimiento de esterilización de los instrumentales en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II de Huamanga “Carlos Tuppia Garcia Godos”, con la finalidad de minimizar y disminuir la infección de la herida operatoria.
- Disminuir los tiempos de hospitalización pre y post operatoria, para prevenir la posibilidad del riesgo de infección de herida operatoria.
- Desarrollar más estudios de cohorte que permitan la comparación de casos y resultados con otros estudios; así mismo identificar otros factores de riesgo y/o profundizar los revisados en el presente estudio.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

1. Organización Mundial de la Salud. Guía global de la OMS para la prevención de infecciones de la herida quirúrgica, 2016.
<http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf?ua=1>
2. Ortiz H. Factores contribuyentes y determinantes de infección de herida operatoria realizado en un periodo de 6 meses, del 9 de enero al 9 de julio del 2001, en el Hospital Nacional de Puerto Barrios Kjell Eugenio Laugerud Garcia.u
3. Tesis para obtener el título de médico. Guatemala. Universidad De San Carlos de Guatemala 2002
4. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud en el puerperio. Módulo V. PAHO. 2018.
5. EsSalud. Directiva N°16-GCPS-EsSalud-2016 “Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud en EsSalud”. Lima 2016.
6. Miranda, Alejandrina; Silvia, Velásquez. Factores de riesgo asociados a infección de herida post cesarea, Hospital Regional de Occidente. Guatemala 2010.

7. Frias, N. 2016. Infección del sitio quirúrgico pos cesárea. Medisan, 1-9. Cuba. 2016
8. Aguiar de Cruz, et al. Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza. Enfermería Global. ISSN 1695-6141. Brasil 2013.
9. Carvalho et al. "Factores de riesgo a infección de la herida quirúrgica después de la cesárea: una revisión integradora" J. res.: fundam. care. online 2014. abr./jun. 6(2):812-820. Brasil
10. Richter Soto L. factores de riesgo asociados a infección de herida operatoria post cesárea en el Hospital Vitarte, periodo 2013 a junio 2015. Universidad Ricardo Palma; 2016.
11. Ames Guerrero G. Factores obstétricos y quirúrgicos asociados a endometritis puerperal e infección de herida operatoria en pacientes post operadas de cesárea en el Hospital Goyeneche durante el periodo 2010-2012. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2013.
12. Salazar Guerrero, O. Factores de riesgo de infección de sitio quirúrgico en pacientes sometidas a cesárea en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca 2013- 2014. Perú, repositorio de la UNC; Universidad Nacional de Cajamarca; 2015
13. Vásquez, J. Cesárea. Análisis crítico y recomendaciones para disminuir su morbilidad. La Habana: Ciencias Médicas. 2010.
14. Hoffman. Williams Ginecología. En H. e. al, Williams Ginecología (pág. 121). Dallas - Texas: Mc Graw - Hill Interamericana editores S.A DE C.V. 2014.

15. MINSA. Norma Técnica de salud N° 105- MINSA/DGSP. Norma Técnica de salud N° 105-MINSA/DGSP. Lima, Lima, Perú. 2013.
16. EsSalud. Directiva N° 16 -GCPS-ESSALUD-2016 “Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud en EsSalud”. Lima 2016.
17. EsSalud. Guía de práctica clínica para la profilaxis antibiótica en procedimientos quirúrgicos. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e investigación. Lima 2017.
18. Mecias K y Rodriguez L. Infección de Heridas Quirúrgicas en Procedimientos Ginecológicos y Obstétricos en Relación con el Índice de Masa Corporal, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Pablo Arturo Suarez y Hospital San Francisco de Quito en el Periodo de Junio 2014 a Junio del 2016 [Internet]. Ecuador, 2017.
19. Ramírez Y, Zayas A, Infante S, Ramirez Y, Mesa I y Montoto V. Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea [Internet]. Cuba, 2015.
20. Bolaños Mariana. su investigación titulada “factores de riesgo asociados a las infecciones del sitio quirúrgico, en las pacientes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello. octubre 2008 a octubre 2010”. Nicaragua 2011. tesis.pdf.
21. Mamani Vizcarra, Cesar Darri. Factores de riesgo asociados a infección de sitio operatorio en postcesareadas del Hopital Carlos Monge Medrano Juliaca-Puno. 2016-2017. <http://www.repositorio.unap.edu.pe>.
22. Quinde Núñez Ricardo. “Factores de riesgo más frecuentes que se relacionan con infección del sitio quirúrgico en pacientes atendida en el

Hospital Belen de Trujillo periodo 2012-2013.tesis.pdf. <http://repositorio.upao.edu.pe/handleupaorep/482>.

23. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, Huttly SRA. Epidemic of Caesarean sections in Brazil. *The lancet* 1991;338:167-169.
24. Faundes A, Cecatti JG. Which policy for Caesarean section in Brazil? An analysis of trends and consequences. *Health policy and planning* 1991;8:33-42.
25. Ministerio de Salud. 2015. Comité de Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias. Informe del I Trimestre 2015. Lima – Perú.
26. Ministerio de Salud. 2014. Protocolo de estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias. Perú.
27. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México D.F.: Mcgraw-HILL / Interamericana Editores, S.A. de C.V.

ANEXOS

Anexo N.º 01

Ficha de registro de Infección de sitio quirúrgico de usuarias cesareadas en el Servicio de Ginecología del Hospital II de Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”.

A. Información general:

1. N° de Historia clínica _____ Edad _____ años

2. Diagnóstico: Infección de sitio quirúrgico () No ()

3. Fecha de ingreso al servicio _____ Fecha de inicio de IIH _____

4. Tipo de cesárea: Emergencia () Programada ()

5. Clasificación ASA: 1() 2() 3() 4() 5()

B. Factores de riesgo:

6. Días de hospitalización pre operatoria:

- Menor de 1 día ()
- De 1 a más días ()

7. Profilaxis antibiótica: Si () No () ATB _____

8. Días de hospitalización post operatoria:

- Menor de 3 días ()
- Mayor de 3 días ()

9. Cuidado del sitio quirúrgico (curación): Si () No ()

Frecuencia de curación: Diario () Interdiario () Ocasional ()

10. Tipo de infección de sitio quirúrgico: Superficial () Profunda ()

Fuente: Ficha de notificación de infecciones asociadas a la atención de salud. Oficina de inteligencia sanitaria, EsSalud. 2016¹⁹.

ANEXO 02

TABLA N° 05. PREVALENCIA DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADO AL CUIDADO DE SITIO QUIRÚRGICO (CURACIÓN DE HERIDA) EN PUÉRPERAS POST CESAREADAS DEL HOSPITAL II “CARLOS TUPPIA GARCIA GODOS”, 2014 – 2018.

CUIDADO DE SITIO QUIRÚRGICO (CURACIÓN DE HERIDA)	INFECCION DE SITIO QUIRÚRGICO				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	43	100.0	2343	100.0	2386	100
No	0	0.0	0	0.0	0	0
TOTAL	43	100.0	2343	100.0	2386	100

Fuente: Ficha de notificación de IAAS. Oficina de planeamiento e inteligencia sanitaria.
EsSalud.

En la tabla N° 05 se puede apreciar que del 100% de puérperas post cesareadas que presentaron infección de sitio quirúrgico todos tuvieron curación de herida operatoria. Del 100% de puérperas post cesareadas que no presentaron infección de sitio quirúrgico; también todas tuvieron curación de herida operatoria.

**UNSCH**ESCUELA DE
POSGRADO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD 088-2021-UNSCH-EPG/EGAP

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajo de tesis de Posgrado en segunda instancia para la **Escuela de Posgrado - UNSCH**; en cumplimiento a la Resolución Directoral N^º 198-2021-UNSCH-EPG/D, Reglamento de Originalidad de trabajos de Investigación de la UNSCH, otorga lo siguiente:


CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

Autor:	BACH. DEL VILLAR RAMÍREZ, LISSET
Maestría:	EPIDEMIOLOGIA
Título de tesis:	FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN PUÉRPERAS POST-CESAREADAS DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA "CARLOS TUPPIA GARCIA GODOS", 2014 – 2018
Evaluación de originalidad:	23%
N^º de trabajo:	1736307349
Fecha:	29-dic.-2021

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es procedente otorgar la constancia de originalidad con depósito.

Se expide la presente constancia, a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 29 de diciembre del 2021.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA
ESCUELA DE POSGRADO

B/Ing. Edith Geovana Asto Peña
Responsable Area Académica

FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN PUÉRPERAS POST- CESAREADAS DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA "CARLOS TUPPIA GARCIA GODOS", 2014 – 2018

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	3%
3	gestionydesarrollordr.files.wordpress.com Fuente de Internet	3%
4	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	extranet.who.int Fuente de Internet	2%
6	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	www.essalud.gob.pe Fuente de Internet	1%

repositorio.puce.edu.ec

8	Fuente de Internet	1 %
9	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	www.bvsde.paho.org Fuente de Internet	<1 %
14	1library.co Fuente de Internet	<1 %
15	revGINECOBstetricia.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
17	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	riul.unanleon.edu.ni:8080 Fuente de Internet	<1 %

FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN PUÉRPERAS POST- CESAREADAS DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA "CARLOS TUPPIA GARCIA GODOS", 2014 – 2018

por Lisset Del Villar Ramírez

Fecha de entrega: 29-dic-2021 11:34a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1736307349

Nombre del archivo: LISSET_ULTIMO_SUSTENTACI_N_2021_-_corregido.pdf (477.38K)

Total de palabras: 10939

Total de caracteres: 58873