



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Factores de riesgo asociados a la infección de sitio
operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis
Negreiros Vega - 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Javier Luis León Larico

ASESOR:

Dr. Noel Alcas Zapata

SECCIÓN:

Ciencias Medicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de la Salud

PERÚ - 2018



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): LEON LARICO, JAVIER LUIS

Para obtener el Grado Académico de *Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud*, ha sustentado la tesis titulada:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO EN POSTCESAREADAS EN EL HOSPITAL II LUIS NEGREIROS VEGA - 2017

Fecha: 1 de setiembre de 2018

Hora: 12:30 m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Luis Nuñez Lira

Firma: 

SECRETARIO: Mg. Santiago Aquiles Gallarday Morales

Firma: 

VOCAL: Dr. Noel Alcas Zapata

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobar por UNANIMIDAD

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....
.....
.....
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

Mejor redacción APA

.....
.....
.....

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

A mi padre Pablo que siempre lo tengo presente; a mi madre Cecilia por darme educación, valores y amor. A mi hijo Diego que es mi motivo de seguir avanzando.

Agradecimiento

A toda mi familia que me apoyaron en esta nueva etapa; al Hospital Il Luis Negreiros Vega por darme las facilidades del caso y al Dr. Noel Alcas Zapata por sus conocimientos invaluable que me brindo para llevar a cabo la presente investigación.

Declaración de Autoría

Yo, **Javier Luis León Larico**, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado “Factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017” presentada, en 104 folios para la obtención del grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría. De conformidad con la Resolución de Vicerrectorado Académico N° 00011-2016-UCV-VA. Lima, 31 de marzo de 2016.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 04 de agosto del 2018

Javier Luis León Larico
DNI: 10195540

Presentación

Señor presidente

Señores miembros del jurado

Presento la Tesis titulada: Factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para optar el grado académico de Maestro en Gestión Pública.

Esperamos que nuestros modestos aportes contribuyan con algo en la solución de la problemática de la gestión pública en especial en los aspectos relacionados con Factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017

La información se ha estructurado en siete capítulos teniendo en cuenta el esquema de investigación sugerido por la universidad.

En el primer capítulo se expone la introducción, la misma que contiene Realidad problemática, los trabajos previos, las teorías relacionadas al tema, la formulación del problema, la justificación del estudio, las hipótesis y los objetivos de investigación. Asimismo, en el segundo capítulo se presenta el método, en donde se abordan aspectos como: el diseño de investigación, las variables y su operacionalización, población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, los métodos de análisis de datos y los aspectos éticos. Los capítulos III, IV, V, VI, y VII contienen respectivamente: los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias.

El Autor

Índice

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de Autoría	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	
1.1 Realidad problemática	15
1.2 Trabajos previos	16
1.3 Teorías relacionadas al tema	19
1.4 Formulación del problema	31
1.5 Justificación del estudio	32
1.6 Hipótesis	33
1.7 Objetivos	34
II. Método	
2.1 Diseño de investigación	37
2.2 Variables, operacionalización	39
2.3 Población y muestra	42
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	44
2.5 Métodos de análisis de datos	46
2.6 Aspectos éticos	47
III. Resultados	
IV. Discusión	62
V. Conclusiones	64
VI. Recomendaciones	66
Referencias	68
Anexos	

Anexo 1. Artículo Científico	78
Anexo 2. Matriz de consistencia	90
Anexo 3. Validación del instrumento	93
Anexo 4. Base de datos	99
Anexo 5. Instrumento	104

Índice de tablas

Tabla 1.	Operacionalización de la variable factores de riesgo	41
Tabla 2.	Operacionalización de la variable infección de sitio operatorio	42
Tabla 3.	Jurados expertos	46
Tabla 4.	Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio según grupo de Edad en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.	49
Tabla 5.	Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio según IMC en Hospital Luis Negreiros Vega – 2017.	50
Tabla 6.	Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.	50
Tabla 7.	Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por ruptura prematura de membrana.	51
Tabla 8.	Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por corioamnionitis.	53
Tabla 9.	Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital Luis Negreiros Vega – 2017 por trabajo de parto.	54
Tabla 10.	Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital Luis Negreiros Vega – 2017 por Expulsivo prolongado.	56
Tabla 11.	Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital Luis Negreiros Vega – 2017 por cesárea de emergencia.	57

Tabla 12. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por patología materna.	59
Tabla 13. Variables en la ecuación	60
Tabla 14. Resumen del modelo	61

Índice de figuras

	Pág
Figura 1. Esquema de diseño de investigación	39
Figura 2. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio según grupo de Edad.	49
Figura 3. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio según IMC.	50
Figura 4. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio.	51
Figura 5. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por ruptura prematura de membrana.	52
Figura 6. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por corioamnionitis.	53
Figura 7. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por trabajo de parto.	55
Figura 8. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por Expulsivo prolongado.	56
Figura 9. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por cesárea de emergencia.	58
Figura 10. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por patología materna.	59

Resumen

En el presente estudio se identificaron los factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 y de esta manera hacer posible la formulación de probables estrategias de prevención de este tipo de complicaciones.

Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, observacional de casos y controles. De una población de 1514 pacientes se tomó una muestra representativa aleatoria de 118 pacientes postcesareadas en el año 2017 a quien se aplicó el instrumento validado para el presente estudio, se hizo un análisis estadístico de prueba Chi cuadrado y la regresión logística ambas con un nivel de significancia del 5%.

Se concluyó que los factores asociados a la infección de sitio operatorio son: la ruptura prematura de membranas ($p = 0.029$), la corioamnionitis ($p = 0.016$), el trabajo de parto ($p = 0.003$), el expulsivo prolongado ($p = 0.020$) y la cesárea de emergencia ($p = 0.007$). No se pudo demostrar que la asociación con la patología materna: obesidad ($p = 0.697$), anemia ($p = 0.454$), diabetes gestacional ($p = 0.442$), infección urinaria ($p = 0.603$) estén asociados a la variable dependiente. Además, mediante el análisis de regresión logística, el inicio del trabajo de parto ($p = 0.012$) y la menor edad materna ($p = 0.000$) aumentan la probabilidad de presentar infección de sitio operatorio.

Palabras clave: Factores de riesgo, infección de sitio operatorio, postcesárea.

Abstract

In the present study, the risk factors associated with the infection of the surgical site in post-cessation were identified in the Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017 and in this way make possible the formulation of probable prevention strategies for this type of complications.

An analytical, retrospective, observational study of cases and controls was carried out. From a population of 1514 patients, a random representative sample of 118 post-cessation patients was taken in 2017, to whom the instrument validated for the present study was applied, a Chi-square test statistical analysis and logistic regression were performed, both with a level of 95% significance.

It was concluded that the factors associated with surgical site infection are: premature rupture of membranes ($p = 0.029$), chorioamnionitis ($p = 0.016$), labor ($p = 0.003$), prolonged expulsive ($p = 0.020$) and emergency cesarean section ($p = 0.007$). It was not possible to demonstrate that the association with maternal pathology: obesity ($p = 0.697$), anemia ($p = 0.454$), gestational diabetes ($p = 0.442$), urinary tract infection ($p = 0.603$) are associated to the dependent variable. In addition, through logistic regression analysis, the onset of labor ($p = 0.012$) and lower maternal age ($p = 0.000$) increase the probability of presenting infection of the operative site.

Keywords: Risk factors, operative site infection, post cesarean section.

I. Introducción

1.1 Realidad problemática

A nivel mundial anualmente hay millones de cirugías que se realizan para cierto tipo de patologías, la infección del sitio quirúrgico (ISO) es una complicación frecuente. En los Estados Unidos el 32% de partos son por cesárea y de estas el 2 a 4% se infectan siendo esta complicación causa del 3 al 15% de las muertes maternas.

Las infecciones puerperales a nivel internacional oscilan entre 3 y 20 %, con un promedio de 9 %; en Brasil entre 1-7.2%; en Norte América y Canadá 0.16-3.2% con una tasa de incidencia de 2.7 -16% y cuando se administra antibiótico terapia profiláctica la incidencia reduce a 2% después del parto por cesárea.

En el Instituto Materno Perinatal (Imape) considerado como el tercer centro perinatal latinoamericano, se encontró que la infección más frecuente fue la de herida operatoria (IHO) con 39.5 % del total de caso de infecciones hospitalarias.

Asimismo, hay factores de riesgo relacionados a la ISO que pueden ser agrupados como factores maternos (obesidad, diabetes mellitus, infecciones del tracto urinario, anemia) y factores intraparto (corioamnionitis, rotura prematura de membranas, expulsivo prolongado, cesárea de emergencia, perdida excesiva de sangre). (Tetsuya y Helain, 2017).

La ISO postcesárea nos lleva estancia hospitalaria prolongada y genera un mayor gasto institucional. Se considera que la ISO duplica la estancia hospitalaria y los costos. En los Estados Unidos la estancia prolongada por ISO es 7.3 días promedio con un incremento diario de 3,200 dólares. (Santalla, et al, 2007).

El conocimiento de estos factores de riesgo de ISO, así como los datos epidemiológicos nos permitirán desarrollar estrategias de prevención ajustadas a nuestra realidad para disminuir la frecuencia de la ISO, hecho que se está consiguiendo en muchas instituciones de salud. La vigilancia epidemiológica es la mejor medida de prevención para conseguir nuestros objetivos con respecto al ISO.

A pesar de los avances en el conocimiento de los factores de riesgo, del empleo de antibióticos y de medidas profilácticas, la ISO es aún una causa importante de morbimortalidad.

Por lo expuesto anteriormente, se pretende investigar cuales son los Factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital Luis Negreiros Vega -2017, con el propósito de elaborar conclusiones y recomendaciones que ayuden a solucionar el problema objeto del presente estudio.

1.2 Trabajos previos

1.2.1 Trabajos previos internacionales

Tetsuya y Helain (2017) publicaron *Infecciones del sitio quirúrgico después del parto por cesárea: epidemiología, prevención y tratamiento* en donde epidemiológicamente se ve la relación de múltiples factores de riesgo con las infecciones de herida operatoria de las postcesareadas en relación con el índice de masa corporal mayor a 30 o 35 kg/m², diabetes gestacional, tiempo operatorio, longitud de incisión, medidas profilácticas previas a la cirugía como la antibioticoterapia, etc. Se concluye que las infecciones de sitio quirúrgico representan situaciones clínicas complejas y son causadas por muchos factores, como las características del paciente y el manejo perioperatorio y postoperatorio.

Ramírez, Zayas, Infante del Rey, Ramírez Salinas, Mesa y Montoto (2016) publicaron *Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea* que es un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en 69 puérperas por cesárea en el Hospital Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso desde noviembre 2013 hasta noviembre 2014. El estudio reveló infección de herida en 4,9% del total de cesáreas. Se evidencian infecciones por microorganismos siendo el predominante el *Staphylococcus aureus* 42,02%. La anemia, la ganancia insuficiente de peso y la diabetes mellitus fueron los principales factores de riesgo. Se concluye que los factores de riesgo modificables y controlables en gestantes condicionan la aparición de infecciones.

Megmet, et al (2016) publicaron *La asociación entre la rotura prematura de membranas e infección del sitio quirúrgico después de la cesárea* quienes con este estudio transversal se realizó en el Hospital de investigación y salud para mujeres Tahir Burak con una población de 3177 cesáreas de las cuales 197 tuvieron complicaciones con infección de sitio quirúrgico. Concluyendo que son factores de

riesgo para infección de sitio quirúrgico: edad más joven, la obesidad, preeclampsia, diabetes gestacional, la rotura prematura de membranas

Frías, Begué, Martí, Leyva y Méndez (2016) publicó un artículo *Infección del sitio quirúrgico poscesárea* que fue un estudio descriptivo y transversal de 21 puérperas cesareadas con infección de sitio quirúrgico en el Hospital Nelia Irma Delfín Ripoll en Cuba – 2014 en donde se concluye que los factores de riesgo (grupo etario de 20 – 29 años; anemia y obesidad) y la identificación de bacterias (*Staphylococcus aureus* y la *Escherichia coli*) como agentes causales importantes, exige mantener una vigilancia epidemiológica permanente para disminuir la infección de estas pacientes.

Sarduy, Sánchez, Rodríguez (2016) publicaron *Sepsis en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino* que fue un estudio observacional retrospectivo y de corte transversal en el 2008. Se revisó 33 historias clínicas en el Hospital Ginecobstétrico Ramón Gonzales Coro de La Habana, Cuba y el instrumento fue una plantilla de recolección de datos y concluyeron que la anemia es el factor de riesgo más frecuente y que la cesárea en pacientes con ruptura prematura de membranas está asociada al incremento de sepsis.

La Organización Mundial de la Salud (2015) publica *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea* donde concluyen que la tasa ideal de cesáreas debe de ser entre el 10 - 15%; son eficaces para salvar la vida de las gestantes y neonatos cuando tienen indicación estricta médica; las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes y hasta la muerte.

Pineda y Pineda (2014) en su tesis doctoral *Factores de riesgo de sepsis de herida postcesárea, en pacientes que reingresan al servicio de la Unidad Materno Infantil del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Agüello, León 01 Enero 2006 al 01 Enero 2013* realizaron un estudio analítico de casos y controles, no pareado con 106 casos y 212 controles en donde concluyeron que la ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas, el trabajo de parto prolongado, la anemia postquirúrgica, obesidad, cesárea de urgencia y tiempo operatorio mayor de 30 min, tienen significancia estadística.

1.2.2 Trabajos previos nacionales

Alarcón y Ramos (2016) publicaron el artículo *Infecciones en ginecología y obstetricia: producción científica de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología en sus setenta años de vida institucional* donde hace una recopilación de los estudios sobre las diferentes entidades infecciosas, tal es así que en 1993, los doctores Gabriela Shigyo, Luis Kobayashi, Andrés Lucen y Roxana Aliaga, del instituto Nacional Materno Perinatal, determinaron 21% de cultivos positivos de líquido amniótico de 100 pacientes sometidas a cesárea por rotura de membranas, a predominio de *Acinetobacter sp.* Y *Staphylococcus aureus*.

Pacheco, Romero (2016) publicaron *Del editor sobre la obesidad en el embarazo* en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia mencionan que según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (Acog) que la obesidad es el problema de salud más común en las mujeres en edad reproductiva. La población peruana con sobrepeso y obesidad entre los 30 y 59 años representa más del 63%. En la altura, la prevalencia de obesidad es entre 9% y 18%, menor que en la costa y selva del Perú.

Puma, Díaz y Caparó (2015) realizaron el artículo *Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú* el cual era un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de casos en el Hospital Cayetano Heredia 2011 – 2012, en 67 gestantes cesareadas en periodo expulsivo teniendo como complicaciones la hipotonía uterina (11.9%), atonía uterina (2%), desgarros del segmento (7.4%), laceración de arteria uterina (5.9%), anemia postoperatoria (83.5%), endometritis (1.5%) e infección de herida operatoria (4.5%) concluyendo que la cesárea en expulsivo ocasiona complicaciones frecuentes.

Suarez, et al (2015) pertenecientes al ministerio de salud (Minsa) publican los *Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud* donde la vigilancia epidemiológica notifica que los establecimientos que reportan infecciones intrahospitalarias desde el año 2005 a la fecha se ha ido incrementando cada año, de las 4404 infecciones asociadas a la atención de salud en el año 2012, la mayor correspondió a las infecciones de herida

operatoria de parto por cesárea (28.8%), en el periodo 2009-2012 entre los servicios de obstetricia, a nivel nacional, el promedio de la tasa de incidencia acumulada de endometritis puerperal de parto por cesárea y vaginal fue de 0,50 x 100 partos y 0,29 x 100 partos respectivamente. El promedio de la tasa de incidencia acumulada de infecciones de herida operatoria de partos por cesárea fue de 1,36 x 100 partos.

Campos, Canchucaja y Gutarra (2013) publicaron *Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes* que fue un estudio realizado en el Hospital Daniel Alcides Carrión Callao-Perú caso control incidente entre julio del 2010 a junio 2011 en donde se realizó un estudio con gestantes con urocultivo positivo y sin síntomas de infección urinaria (308 casos) y de gestantes con urocultivo negativo y sin síntomas de infección urinaria (308 controles). Concluyendo que la bacteriuria asintomática fue 3 veces más frecuente en gestantes que retuvieron la orina y las que tenían actividad sexual diaria tuvieron 70% más de bacteriuria asintomática.

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Variable factores de riesgo

Teorías relacionadas a la variable factores de riesgo

Moreno (2013) concluye que “El factor de riesgo es aquel elemento, generalmente expresado como una exposición ambiental o determinante genético, que se asocia con una probabilidad de inicio del proceso etiológico”. Para el éxito de los sistemas de salud es de suma importancia determinar los factores de riesgo y de esta manera poder disminuir la incidencia de patologías en la población.

La organización mundial de la salud (OMS) menciona que los factores de riesgo son rasgos o características de un individuo que hace que sea más propenso a contraer una enfermedad.

Según Rodríguez, Castillo y Aguilar (1995) es un “determinante que puede ser modificado por medio de la intervención y que por lo tanto permite reducir la

probabilidad de que aparezca una enfermedad u otros resultados específicos. Para evitar confusión, se le puede referir como factor modificado de riesgo”.

Se puede tener en cuenta que el factor de riesgo también tiene que ver con la salud física en general de un paciente y las condiciones de inmunosupresión para poder tener una respuesta adecuada o deficiente ante la injuria de una enfermedad (Wiley, et al, 2018).

Despaigne, et al (2013) afirma que hay factores dependientes del huésped que pueden conllevar a una infección las cuales se pueden clasificar en modificables como la anemia, malnutrición, hematomas, los potencialmente modificables como la sepsis, inmunosupresión, diabetes y los no modificables como la radiación, edad etc. El ambiente también es considerado como condición para la aparición. Algunos autores afirman que la obesidad y la desnutrición incrementan la probabilidad de contraer una infección, mas no son determinantes para desencadenarlos.

Definiciones de la variable factores de riesgo

Deza (2015) menciona que la condición de estar en riesgo se define por “la interacción de factores externos con vulnerabilidades individuales que sensibilizan a ciertos individuos que se encuentran más expuestos ante estos”, donde podemos deducir que hay individuos con vulnerabilidades y al exponerlos a factores externos tendrán mayor riesgo a cierta condición.

Moreno (2013) refiere que “el factor de riesgo es aquel elemento, generalmente expresado como una exposición ambiental o determinante genético, que se asocia con una probabilidad de inicio del proceso etiológico”. Se concluye que el proceso etiológico del factor de riesgo puede tener su origen en la exposición ambiental o un factor genético del individuo que lo hace más propenso a desencadenar una enfermedad.

Echemendía (2011) lo define: “un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la posibilidad de estar expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Sus

características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente”. Por tanto, las personas o grupo de personas que tiene ciertas características al estar expuestas a alguna condición externa aumentan la probabilidad de compromiso de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (2002) “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. Podemos afirmar que el individuo que tiene ciertos rasgos o características al estar expuesto a ciertas condiciones aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad.

Nutbeam (1998) otro concepto es: “son condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones”. Son múltiples factores que incluyen condiciones biológicas, económicas y sociales que incrementan la susceptibilidad para padecer una enfermedad.

Importancia de la variable factores de riesgo

Es de suma importancia por que determinan los factores epidemiológicos, biológicos, nutricionales y patológicos que aumentan el riesgo de un problema de salud. Desde la perspectiva de promoción de la salud nos da pautas para la identificación de los factores de riesgo más importantes relacionados al desencadenamiento de la infección del sitio operatorio.

Dimensiones de la variable factores de riesgo

Ruptura prematura de membranas

Cifuentes (2009) menciona que la ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad en las membranas ovulares (corion y amnios) que permite la salida del líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto independiente de la edad gestacional siendo una de sus complicaciones más frecuentes el trabajo de parto pretérmino y la infección fetoamniótica. Su frecuencia puede llegar del 8 al 20%. Los factores predictores de riesgo de RPM son las

infecciones cervico-uterinas, un cérvix menor de 15mm, antecedente de parto pretérmino por RPM y fibronectina fetal positiva (a las 24 semanas de gestación). El diagnóstico es evidenciando pérdida de líquido por vía vaginal con olor a lejía; el uso del test de nitrazina siendo positivo si vira del color naranja al azul; el test de helecho; otros métodos son las pruebas de madures fetal: células anaranjadas, fosfatidil glicerol, cuerpos lamelares, la relación surfactante/albumina (se toma muestras de fondo de saco vaginal). Se considera RPM prolongado cuando tiene más de 24horas.

Corioamnionitis

Fahey (2008) define a la corioamnionitis como “un hallazgo histopatológico de inflamación del amnios o el corion” donde hay infección de la placenta o la decidua, el cordón umbilical, las membranas y el líquido amniótico en el embarazo. La frecuencia de corioamnionitis clínica es del 1-2% en las gestaciones a término y de 5-10% en gestaciones pretérmino y la histología se da en 20 % en partos a término y 50% en los partos prematuros (Incerpi 2010). La etiología es polimicrobiana siendo los más frecuentes el *Ureoplasma urealyticum* (Tita 2010), *Micoplasma hominis*, *Garnerella vaginalis* y *Estreptococo* del grupo B, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* *Escherichia coli* y anaerobios. La principal teoría es la infección ascendente por vía vaginal, también puede haber infección por vía hematogena (sepsis), por continuidad (infección de cavidad abdominal y/o trompas), intrauterinas y por procedimientos invasivos en útero (amniocentesis). El proceso inflamatorio es de la corioamnionitis es una cascada de acontecimientos donde en la etapa temprana la respuesta inflamatoria es por los neutrófilos materno y en la tardía por los neutrófilos fetales por lo cual tienen peor pronóstico (funisitis y/o angiitis de la cara fetal del corión) pudiendo provocar asfixia perinatal, isquemia, daño cerebral, hemorragia intraventricular y leucomalacia periventricular la cual es la lesión que frecuentemente se asocia a parálisis cerebral. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) (2017) la categoriza en: fiebre materna aislada, sospecha de infección intraamniótica e infección intraamniótica confirmada. Cifuentes (2009) menciona que clínicamente se caracteriza por fiebre > 37.8 °C, taquicardia materna > 100 latidos / min, taquicardia fetal > 160 latidos / minuto, descarga vaginal fétida o purulenta, sensibilidad uterina y con exámenes de

laboratorio principales una leucocitosis > 15000 cel / mm³ y elevación de la proteína C reactiva. Las gestantes con corioamnionitis incrementan su riesgo de cesárea en 2 a 3 veces más y hasta 3 a 4 veces el riesgo a endometritis, infección de herida operatoria, absceso pelviano bacteriemia y hemorragia posparto.

Trabajo de parto

Williams (2014) define que el parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. Consta de tres periodos:

Dilatación: se inicia con las contracciones uterinas y los cambios cervicales, se divide en:

Fase latente: es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación < 4 cm y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 12 horas.

Fase activa: contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas.

Expulsivo: es la dilatación de 10 cm (completa) y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos, máximo 2 horas con analgesia y de 60 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica y de 2 horas si tiene analgesia.

Alumbramiento: período comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración aproximada de 30 minutos.

Expulsivo prolongado

El expulsivo prolongado es el intervalo de tiempo que transcurre entre la dilatación completa (10 cm) borramiento cervical (100%) y el nacimiento del neonato la cual es considerada mayor de 2 horas.

Según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) el expulsivo prolongado es cuando sobrepasa las 3 horas en nulíparas con epidural y 2 horas sin epidural; y en multíparas es mayor de 2 horas con epidural y 1 hora sin epidural.

Un estudio de Moon, Smith, Raybum (1990) realizaron un estudio “Resultado perinatal después de una segunda etapa prolongada de trabajo de parto” con 1432 gestantes concluye que hay relación entre una segunda etapa del parto prolongado con mayores índices de cesáreas y de partos instrumentales. No hubo evidencia de asociación con resultados adversos neonatales.

Cesárea de emergencia.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero, la cual puede ser electiva (programada) o de emergencia en la cual se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o el feto poniendo en riesgo el binomio materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal debiendo terminar la gestación dentro de los 30 min desde el momento de la toma de decisión.

Patologías maternas

Obesidad

La OMS indica que el aumento del peso varía dependiendo del índice de masa corporal (IMC) el cual es un indicador de la división entre el peso (kg) y la talla (m) al cuadrado. Hay 4 categorías:

< 18,5 considerado bajo peso

18,5 – 24,9 considerado normo peso

25 – 29,9 considerado sobrepeso

> 30 obesidad

El aumento de peso en la gestante es debido a múltiples factores como el feto en crecimiento, retención de líquidos, aumento de grasa corporal y aumento de

la masa muscular uterina. Las mujeres obesas y con sobrepeso tienen mayor riesgo de tener productos macrosómicos (> 4 kg) y culminar la gestación en cesárea y por su condición aumentar la incidencia de ISO por una alteración en la inmunidad celular, el deterioro de la capacidad de proliferación de los linfocitos y un estado inflamatorio crónico evitando el funcionamiento apropiado de la respuesta inmune y promueva el desarrollo de infecciones. En la publicación de Marchi, Dencker, Olander, Begley (2015) "Riesgos asociados con la obesidad en el embarazo, para la madre y el bebé: una revisión sistemática de las revisiones", realizando un cribado de texto completo usando la herramienta AMSTAR y los pasos de extracción de datos parejas. La diabetes gestacional, la preeclampsia, la depresión, el parto instrumental y por cesárea, la infección de sitio quirúrgico es más probable que se de en gestantes obesas que en las que tienen un peso saludable. Asimismo, la obesidad está relacionada con mayor riesgo de parto prematuro, macrosomía, defectos fetales y muerte perinatal. Todos estos eventos adversos aumentan la estadía hospitalaria y recursos usados.

Anemia:

Según los criterios de la OMS se definió como la concentración de hemoglobina menor a 11 g/dl y su gravedad se estratifico de la siguiente manera: anemia severa (< 7 g/dl), moderada (7 a 9 g/dl) y leve (> 9 a < 11).

Diabetes gestacional.

Cifuentes (2009) concluye que es la complicación metabólica más frecuente del embarazo asociada a un mayor riesgo de morbilidad materna y neonatal. Se caracteriza por la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono de severidad variable, pudiendo haber déficit absoluto o relativo de insulina resultando en una hiperglicemia que se inicia o pesquisa por primera vez durante el embarazo. El diagnóstico se da con una glicemia postprandial de > 200 mg/dL confirmada con una segunda muestra o glicemia en ayunas > 126 mg /dl en dos ocasiones.

Infección del tracto urinario (ITU)

El protocolo del Hospital Clínica Barcelona (2017) asevera que el embarazo es el

factor de riesgo más importante de las ITU. El 5 – 10 % de gestantes la presentaran. Está asociado al aumento de las ISO en postcesareadas. Los cambios fisiológicos durante el embarazo como el hidroureter fisiológico inducido por la progesterona sobre el musculo liso, hay disminución del tono vesical aumentando el volumen premiccional. El microorganismo más frecuente relacionado es la Escherichia Coli, seguido del Proteus Mirabilis y la Klepsiella Pneumoniae. El gold estándar para su diagnóstico es el urocultivo.

1.3.2 Variable infección de sitio operatorio

Teorías relacionadas a la variable infección de sitio operatorio

La cesárea es uno de los procedimientos más comunes que se realizan en los Estados Unidos y representa el 32% de todas las cirugías. La infección del sitio quirúrgico (ISO) es causa de estadía prolongada en el hospital y representa una carga para el sistema de atención médica.

La Organización Mundial de la Salud (2016) hizo un estudio con el título “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea” en la cual en base a datos disponibles internacionalmente concluyen que las tasas superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal y que solo son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos cuando son indicadas por motivos estrictamente médicos.

Schnapp, Sepúlveda (2015) definen que la operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. La ISO se da en 2 a 7% de las postcesareadas dándose con mayor frecuencia entre el 4 a 7 día de la cirugía pudiendo presentarse hasta 30 primeros días de la cirugía. Clínicamente se presenta con eritema, secreción e induración de la incisión operatoria y fiebre. Los gérmenes asociados a la ISO suelen ser A o B Streptococcus hemolítico, el Ureaplasma urealyticum, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Escherichia coli y Proteus mirabilis. Se han descrito múltiples factores asociados a ISO en cesareadas como el hematoma subcutáneo, ruptura de membranas, corioamnionitis, comorbilidades de la gestante, uso del tabaco en la gestación, control prenatal inadecuado, índice

de masa corporal (IMC) > 30 o 35 kg/m², el no uso de antibioticoterapia profiláctica, diabetes pregestacional, tiempo prolongado de la cirugía, preeclampsia, trabajo de parto prolongado, pérdida sanguínea abundante, etc.

Según Buitrón (2016) las ISO comprometen la incisión y los órganos con los espacios maniobrados en 2/3 y 1/3 respectivamente aumentando la estancia hospitalaria en promedio 10 días con lo cual aumentan costos para el paciente y del estado. El riesgo de ISO se incrementa al estar relacionados con el estado del paciente, con el acto quirúrgico, con el manejo preoperatorio y con el microambiente de la herida quirúrgica.

Según Santalla, et al (2007) en la revisión “Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento” las ISO se pueden clasificar en:

Superficiales:

Se caracterizan por que compromete únicamente la piel y los tejidos blandos subcutáneos a la incisión. Es necesario como mínimo una de las siguientes condiciones:

Drenaje purulento, con o sin confirmación microbiológica por la incisión superficial.

Aislamiento del microorganismo en un fluido o tejido.

Mínimo uno de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor, inflamación, eritema, calor o que el cirujano haya abierto deliberadamente la herida quirúrgica, excepto si el cultivo es negativo.

Diagnóstico de IHQ por el cirujano.

No se incluyen:

Inflamación o secreción del sitio donde entra el punto.

Infección en la episiotomía o en la circuncisión de un recién nacido.

Infección de una quemadura.

Si la incisión compromete planos más profundos y se extiende a la fascia o al músculo.

Profunda:

IHQ es aquella en la que se dan las siguientes condiciones:

Infección que ocurre en los 30 días después de la cirugía si no existe un implante.

Hasta un año después si hay implante relacionado con la cirugía.

La infección envuelve tejidos blandos profundos (fascia y músculo).

Mínimo una de las siguientes condiciones:

Drenaje purulento de esta zona, sin que comprometa infecciones de órgano y espacio del sitio operatorio.

Dehiscencia de suturas profundas espontáneas o deliberadamente por el cirujano cuando el paciente tiene, al menos, uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$), dolor localizado, irritabilidad a la palpación, a menos que el cultivo sea negativo.

Absceso u otra evidencia de infección que afecte la incisión profunda al examen directo, durante un reintervención, por histopatología o examen radiológico.

Diagnóstico de infección incisional profunda hecha por el cirujano o por la persona que lo esté atendiendo.

No se incluye:

Infecciones que comprometan el plano superficial y profundo se catalogan como profundas.

Infecciones de órgano y espacio que drenen a través de la incisión.

Infección de órgano y espacio: es aquella en la que se dan las siguientes condiciones:

La infección ocurre en los 30 días siguientes a la cirugía, sin implante.

La infección ocurre al año siguiente de la cirugía, cuando hay un implante en el lugar quirúrgico.

La infección puede relacionarse con la cirugía y compromete cualquier órgano o espacio diferente de la incisión, que fue abierto o manipulado durante el procedimiento quirúrgico.

Mínimo una de las siguientes condiciones:

Drenaje purulento que es sacado de un órgano o espacio por la incisión.

Microorganismos aislados de un cultivo tomado en forma aséptica de un líquido o tejido relacionado con órgano y espacio.

Un absceso u otra evidencia de infección que envuelva el órgano o el espacio, encontrado en el examen directo durante re intervención, por histopatología o examen radiológico.

Diagnóstico de infección de órgano y espacio por el cirujano que lo está atendiendo.

Importancia de la variable infección de sitio operatorio

La ISO es una de las principales complicaciones de la paciente obstétrica y su incidencia varía según el país de que se trate conllevando a un incremento de la morbimortalidad materna y una estancia hospitalaria prolongada aumentando los costos en desmedro de la institución y salud del paciente.

Definiciones de la variable infección de sitio operatorio

Perea y Aznar (2015) que según el Comité de control de infecciones quirúrgicas del American College of Surgeons de Estados Unidos “la infección de una herida quirúrgica es como consecuencia del ingreso, desarrollo y actividades metabólicas de los microorganismos en el interior de los tejidos, lo cual produce efectos fisiopatológicos, esta puede ser de manera localizado de órganos o sistemas y así mismo de manera alejados, y que posteriormente causan traumas o intervenciones quirúrgicas. Las infecciones son la causa más frecuente de complicaciones

postquirúrgicas tanto en cirugía general como gineco-obstétricas”. Por tanto, el ingreso de microorganismos a la región del sitio quirúrgico conllevará a infecciones postoperatorias.

Amancio (2015)” las infecciones quirúrgicas son complicaciones que se manifiestan en el postoperatorio. En la actualidad se denominan infección del sitio quirúrgico, que incluye la contaminación de cualquiera de los sitios donde se realizó el procedimiento”. Son complicaciones en el sitio quirúrgico postcirugía debido a contaminación.

Ángeles, et al (2014) la ISO “es la infección de los tejidos involucrados y manipulados en un procedimiento quirúrgico que afectara planos superficiales, profundos o de órganos y espacios que ocurriera durante los 30 días después de la cirugía sin implante”. En las infecciones de sitio operatorio hay compromiso de planos superficiales y profundos en los actos quirúrgicos y se pueden presentar hasta 30 días después del acto operatorio.

Dimensiones de la variable infección de sitio operatorio

La Centers for Disease Control and Prevention (Hicpac 1999) clasifica a las heridas de la siguiente manera:

Limpias:

Son heridas operatorias no infecciosas y sin inflamación, no hay ingreso al tracto respiratorio, digestivo, genitourinario ni orofaríngeo. Tienen cierre primario y son cirugías electivas.

Limpias / contaminadas:

Hay ingreso al tracto respiratorio, digestivo, genital o urinario en condiciones controladas y sin contaminación. Son cirugías del tracto biliar, apéndice, vagina y la orofaringe.

Contaminadas:

Son heridas accidentales que derivan de cirugías con derrame importante del tracto gastrointestinal e incisiones con inflamación aguda no purulenta.

Sucias:

Son heridas traumáticas antiguas con tejido desvitalizado retenido y heridas infectadas o víscera perforada.

1.4 Formulación del problema**1.4.1 Problema general**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017?

1.4.2 Problemas específicos**Problema específico 1**

¿Es la ruptura prematura de membranas un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017?

Problema específico 2

¿Es la corioamnionitis un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017?

Problema específico 3

¿Es el trabajo de parto un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017?

Problema específico 4

¿Es el expulsivo prolongado un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017?

Problema específico 5

¿Es la cesárea de emergencia un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017?

Problema específico 6

¿Es la patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria) un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017?

1.5 Justificación del estudio**1.5.1 Justificación teórica**

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea ha sido uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido, indiscutiblemente, un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. La infección de sitio operatorio (ISO) como expresión de infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS), es una de las principales complicaciones de la paciente obstétrica y su incidencia varía según el país de que se trate; en nuestro medio las ISO se da en 2 a 7% de las cirugías en postcesareadas.

1.5.2 Justificación práctica

El propósito de este estudio es identificar los factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 y de esta manera poder formular probables estrategias de prevención y consecuentemente la disminución de esta complicación postquirúrgica que es frecuente en nuestra institución.

1.5.3 Justificación metodológica

La elaboración y aplicación de la ficha de recolección de datos los cuales se tomarán de las historias clínicas pudiendo de esta manera tener una base de datos confiable y actualizado la cual nos indicara cuales son los factores de riesgo de

infección de sitio operatorio en nuestra institución y que se pueda extrapolar a otras instituciones de salud.

1.5.4 Justificación social

Este estudio tiene como objetivo identificar los factores de infección de sitio operatorio en postcesareadas y de esta manera realizar medidas preventivas que disminuyan la incidencia de esta complicación quirúrgica, dado que esta patología provoca una alteración funcional y emocional del paciente y del entorno familiar dando de esta manera una mejor calidad de atención a los pacientes.

1.5.5 Justificación institucional:

Este estudio será de gran valor al identificar los factores de riesgo que aumentan el riesgo de infección en postcesareadas y así poder realizar medidas preventivas que incidan en la disminución de la tasa de infecciones que es objeto de nuestro estudio y por consecuencia la disminución de costos que se generan por el uso de personal asistencial, estancia hospitalaria prolongada, insumos médicos y de laboratorio; mejorando de esta manera los indicadores de la institución.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis general

La ruptura prematura de membranas, la corioamnionitis, el trabajo de parto, el expulsivo prolongado, la cesárea de emergencia, la patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria) son factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017

1.6.2 Hipótesis específica:

Hipótesis específica 1

La ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Hipótesis específica 2

La corioamnionitis es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Hipótesis específica 3

El trabajo de parto es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Hipótesis específica 4

El expulsivo prolongado es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Hipótesis específica 5

La cesárea de emergencia es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Hipótesis específica 6

La patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria) es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

1.7 Objetivos**1.7.1 Objetivo general**

Determinar los factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017

1.7.2 Objetivos específicos**Objetivo específico 1**

Determinar si la ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros

Vega – 2017.

Objetivo específico 2

Determinar si la corioamnionitis es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Objetivo específico 3

Determinar si el trabajo de parto es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Objetivo específico 4

Determinar si el expulsivo prolongado es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Objetivo específico 5

Determinar si la cesárea de emergencia es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Objetivo específico 6

Determinar si la patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria) es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

II. Método

2.1 Diseño de investigación

Enfoque

El estudio de investigación tiene un enfoque cuantitativo dentro de la cual aplico el método científico, el análisis estadístico es necesario para poder cuantificar y evidenciar las relaciones entre variables. El presente trabajo se apoya en métodos adecuados a la naturaleza y escala de nuestras variables o factores que permitan alcanzar los objetivos planteados. (prueba de independencia Chi cuadrado de Pearson y Regresión Logística Binomial).

Al final, con los estudios cuantitativos se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías (Hernández et al, 2014, p.15).

Tipo de estudio

El tipo de estudio de la investigación según las variables aplicadas es básico el cual pretende adentrarse en los conocimientos determinados. La investigación básica busca el progreso del conocimiento, así como también emite resultados de utilidad práctica y siempre recoge datos de la realidad de nuestro trabajo de investigación y nos brinda soluciones prácticas. Tamayo (2005) expresó que “la investigación básica, se conoce como investigación teórica, o pura fundamental, la misma no produce resultados inmediatos, su aporte radica en enriquecer el conocimiento teórico – científico orientado fundamentalmente al descubrimiento de principios y leyes” (p.64).

Diseño correlacional - Causal

Según Hernández (2014):

El diseño correlacional causal tiene la finalidad de describir la relación entre dos o más variables, estos estudios lo que mide- analiza, (enfoque cuantitativo), o evalúa o analiza (enfoque cualitativo), tiene como objetivo asociar variables mediante un patrón predecible para un grupo o población,

ya que, su propósito es conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables, ya que se cuantifican y vinculan más conceptos, busca ver la interacción de las variables entre sí, de manera que se evidencia un cambio entre ellas. Este tipo de diseños también puede precisar sentido de causalidad". (p.157)

En mi estudio de investigación hay un diseño correlacional de variables dado que existe dependencia entre ambas variables.

Diseño Transversal

El estudio de investigación es de diseño transversal porque las variables se tomaron en un solo momento. Hernández, et al (2014) concluyen que "diseños transeccionales (transversales) van a describir los hechos tal y como se presentan en un tiempo y espacio determinado. (p.155)

Diseño no experimental

El estudio de investigación no se ha manipulado los datos de las variables. Observamos diferentes fenómenos en sus contextos naturales y luego podemos analizarlos. Por tanto, se busca conocer casos de personas con cierta condición en algún momento dado sin tomar en cuenta por cuanto tiempo y también cuando la adquirieron. Hernández, et al. (2014) afirman que:

En cambio en la investigación no experimental estamos más cerca de las variables formuladas hipotéticamente como "reales" y, en consecuencia, tenemos mayor validez externa (posibilidad de generalizar los resultados a otros individuos y situaciones comunes)". (p.163)

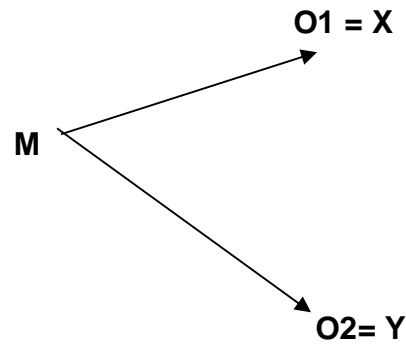


Figura 1. Esquema de diseño de investigación

Donde:

M: Muestra

O1, O2: Observaciones de las variables

X: factores asociados (Independiente)

Y: infección de herida operatoria en postcesareadas (dependiente)

2.2 Variables, operacionalización

Variable

Hernández et al (2010) concluyen que “una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (p.93). En el presente estudio tendremos 2 variables, la independiente (factores de riesgo) y la dependiente (infección de sitio operatorio).

2.2.1 Variable factores de riesgo

Definición conceptual de la variable factores de riesgo

Según Echemendía (2011) “un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la posibilidad de estar expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente.

Definición Operacional de la variable factores de riesgo

Conjunto de condiciones previas (condición del paciente), intraoperatorias (acto operatorio) y postoperatorias (cuidados posteriores) que se interrelacionan pudiendo provocar la complicación de la cirugía, aumento de la morbimortalidad y un mayor costo institucional.

Definición conceptual de la variable infección de sitio operatorio

Según Ángeles, et al (2014) la ISO “es la infección de los tejidos involucrados y manipulados en un procedimiento quirúrgico que afectara planos superficiales, profundos o de órganos y espacios que ocurriera durante los 30 días después de la cirugía sin implante”.

Definición Operacional de la variable infección de sitio operatorio

La presencia de calor, dolor, rubor, edema y secreción purulenta, en heridas quirúrgicas posteriores a una cesárea en los 30 primeros días del acto operatorio.

2.2.2 Operacionalización

Hernández, et al (2010) definiendo la operacionalización de las variables, afirman que es: “el proceso que sufre una variable (o un concepto en general) de modo tal que a ella se le encuentran los correlatos empíricos que permiten evaluar su comportamiento en la práctica” (p.77).

Tabla 1.

Operacionalización de la variable factores de riesgo

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición y valores
Ruptura prematura de membranas	0 – 24 horas	2	
Corioamnionitis	Fiebre > 38.5°C FCF>100 X MIN FCF>160 X MIN Leucocitos > 15000	3	
Trabajo de parto	Dilatación 1–10 cm	4	
Expulsivo prolongado	> de 2 horas	5	
Cesárea de emergencia	< 30 min	6	0 = No 1 = Si
Patología materna: Obesidad	IMC: < 18,5 bajo peso 18,5 – 24,9 normo peso 25 – 29,9 sobrepeso > 30 obesidad	7	
Anemia	Hemoglobina < 11		
Diabetes gestacional	Glucosa ayuna > 127 Glucosa postprandial > 200		
Infección urinaria	Leucocitos en orina > 10		

Tabla 2.

Operacionalización de la variable infección de sitio operatorio

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición y valores
Infección de sitio operatorio	Calor, dolor, rubor, edema y secreción purulenta	8	0 = No 1 = Si

2.3 Población y muestra**2.3.1 Población**

Según Hernández, et al (2010), “la población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, de lugar y en el tiempo”. La población del estudio de investigación está constituida por 1514 pacientes postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 que cumplen los criterios de inclusión.

2.3.2 Muestra

Según Bisquerra (2015), explica la muestra: “Es un subconjunto de la población, seleccionada por algún método sobre el cual se realizan las observaciones y se recogen los datos”. La muestra del presente estudio de investigación fue probabilística y estuvo constituida por 118 postcesareadas, dicho tamaño fue determinado con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 90%.

Debido que en el presente trabajo se compararán porcentajes se utilizó la siguiente ecuación tomando como fuente a Marrugat, Vila, Pavesi y Sanz “Estimacion del Tamaño de la Muestra en la Investigación Clínica y Epidemiológica” Med Clin (Barc) 1998; 111: 267-276 para determinar el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{\left[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$Z_{\alpha} = 1.96$ Es una constante de la distribución Normal usada para que la estimación tenga un nivel de seguridad o confianza del 95%

$Z_{\beta} = 1.28$ Es una constante de la distribución Normal usada para que la potencia de la prueba sea del 90%

$p_1 = 0.36$ estimación previa de los casos de infección en el grupo de pacientes que presentan corioamnionitis (1)

$p_2 = 0.09$ estimación previa de los casos de infección en el grupo de pacientes que no presentan corioamnionitis (2)

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0.225$$

Reemplazando tenemos $n = 48$

Luego tenemos 2 grupos de tamaño 48 que hacen un total de 96 unidades elementales (pacientes) en total.

Luego el tamaño de la muestra que garantiza detectar diferencias significativas entre los porcentajes con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 90% son en total 96 pacientes como mínimo. Al ser la muestra un subconjunto de la población, este cumple con los mismos criterios de inclusión y exclusión.

Los valores de p_1 y p_2 han sido tomados considerando la información del artículo original MEDISAN 2016;20(5):596 Infección del sitio quirúrgico poscesárea y Regímenes antibióticos para el tratamiento de la infección intraamniótica (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 12. Art. No.: CD010976. DOI: 10.1002/14651858.CD010976.

2.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

Pacientes postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega

Cesárea realizada en el año 2017.

Historias clínicas completas.

Exclusión:

Pacientes postcesareadas en otras instituciones.

Que allá sido operada en la institución, pero su seguimiento no.

Historias clínicas incompletas.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Según Hernández, et al (2006) señala que:

Para recolectar información implican tres actividades que se encuentran estrechamente vinculadas entre sí que son: Seleccionar un instrumento o método de recolección de datos. Aplicar ese instrumento o método para recolectar datos. Preparar observaciones, registros y mediciones obtenidas

En el presente trabajo se utilizaron fuentes secundarias, es decir se recolecto la información de las postcesareadas en base a la revisión de las historias clínicas que cumplieran con los criterios de inclusión. Estas unidades de muestreo fueron seleccionadas de manera aleatoria.

Instrumento:

En el estudio de investigación recolecto información de las historias clínicas a través de una ficha de recolección de datos (ver anexo). Este instrumento fue elaborado por el autor de este estudio y validado por un grupo de expertos. La ficha de recolección de datos contiene 6 dimensiones para la variable independiente: ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, trabajo de parto, expulsivo prolongado, cesárea de emergencia, patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria) y una única variable dependiente: la infección del sitio operatorio. En este instrumento se recolecto la información en escala nominal (afirmaciones o negaciones).

Sánchez y Reyes (2015) mencionan que “las técnicas de recolección de datos son los medios por los cuales el investigador procede a recoger información requerida de una realidad o fenómenos en función de los objetivos del estudio. Asimismo, estas técnicas pueden ser directas o indirectas” (p.151).

Para no tener distorsión de la realidad es de gran importancia que la creación del instrumento sea de gran calidad.

Ficha técnica del instrumento

Nombre del instrumento: Ficha técnica de factores de riesgo asociados a infección de sitio operatorio.

Autor y Año: León Larico Javier Luis 2018

Procedencia: Perú

Institución: Hospital II Luis Negreiros Vega

Universo de estudio: postcesareadas del Hospital Luis Negreiros Vega 2017

Nivel de confianza: 95%

Margen de error: 5%

Tamaño muestral: 118

Tiempo utilizado: 4 días

Tipo de técnica: recolección de datos

Tipo de instrumento: ficha técnica

Fecha de trabajo en el campo: julio 2018

Escala de medición: 0 = No 1 = Si

Validación del instrumento:

Validez

Para Hernández, et al (2010), “la validez es el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que pretende medir.” (p.201)

En razón a que la consistencia de los resultados de una investigación presenta un valor científico, los instrumentos de medición deben ser confiables y válidos, por ello, para determinar la validez de los instrumentos antes de aplicarlos fueron sometidos a un proceso de validación de contenido

En el presente estudio se ha realizado el proceso de validación de contenido, en donde se han tenido en cuenta tres aspectos: relevancia, pertinencia y claridad de cada uno de los ítems de los instrumentos.

Tabla 3.

Jurados expertos

Experto	Experto	Aplicabilidad
Mg. Wilfredo Zevallos Vílchez	Temático	Aplicable
Mg. Mery Bravo Peña	Temático	Aplicable
Dr. Noel Alcas Zapata	Metodólogo	Aplicable

Para probar la validez se usará el criterio de la V de Aiken.

Fuente: Elaboración propia del autor

2.5 Métodos de análisis de datos

Los datos registrados en el instrumento fueron trasladados a un archivo digital en Excel 2016, luego de revisar su consistencia se exporto a un fichero SPSS para su procesamiento estadístico.

De este modo con el software estadístico SPSS V.24.0 se elaboraron las tablas de frecuencia simples y de doble entrada.

Para probar las hipótesis específicas se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%, en la prueba de la hipótesis general se utilizó la regresión logística también con nivel de significancia del 5%.

Además, se elaboraron gráficos de barras y sectores circulares para ilustrar y describir los resultados los cuales fueron editados con Excel 2016 por su gran versatilidad.

2.6 Aspectos éticos

Este trabajo de investigación ha cumplido con los criterios establecidos por el diseño de investigación cuantitativa de la Universidad César Vallejo, el cual sugiere a través de su formato el camino a seguir en el proceso de investigación. Asimismo, se ha cumplido con respetar la autoría de la información bibliográfica, por ello se hace referencia de los autores con sus respectivos datos de editorial y la parte ética que éste conlleva.

Las interpretaciones de las citas corresponden al autor de la tesis, teniendo en cuenta el concepto de autoría y los criterios existentes para denominar a una persona “autor” de un artículo científico. Además de precisar la autoría de los instrumentos diseñados para el recojo de información, así como el proceso de revisión por juicio de expertos para validar instrumentos de investigación, por el cual pasan todas las investigaciones para su validación antes de ser aplicadas.

III. Resultados

Estadísticos descriptivos:

Tabla 4.

Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio según grupo de Edad en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
17-24	14	12%
25-34	68	58%
35-42	36	31%
Total	118	100%

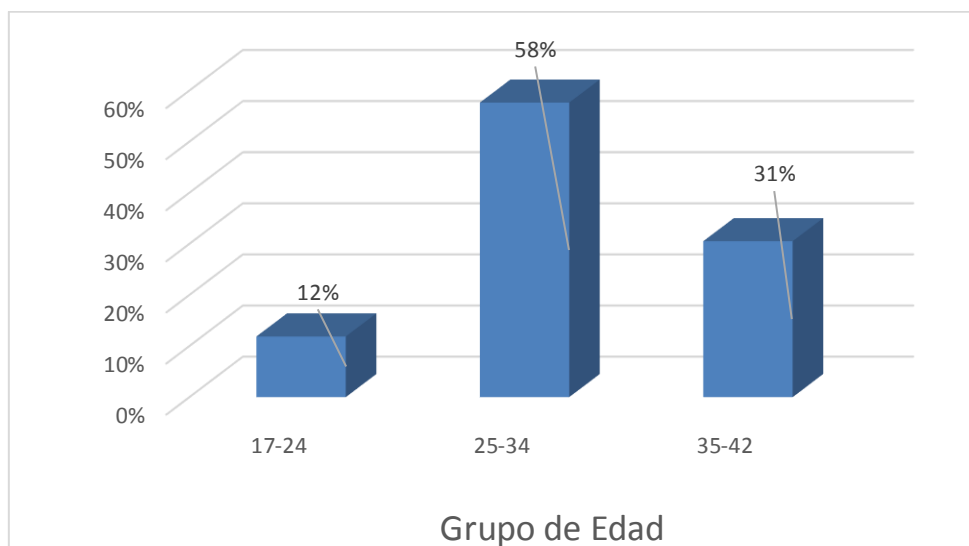


Figura 2. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio según grupo de Edad.

La tabla 4 nos indica que la muestra estuvo constituida por un total de 118 pacientes, de los cuales el 12% (14) tuvieron edades entre 17 a 24 años, seguidos de un 58% (68) de casos con edades entre 25 a 34 años y un restante 31%(36) para las edades de 35 a 42 años.

A continuación, la figura 01 ilustra este resultado.

Tabla 5.

Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio según IMC en Hospital Luis Negreiros Vega – 2017.

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Normal	53	45%
Sobrepeso	38	32%
Obesidad	27	23%
Total	118	100%

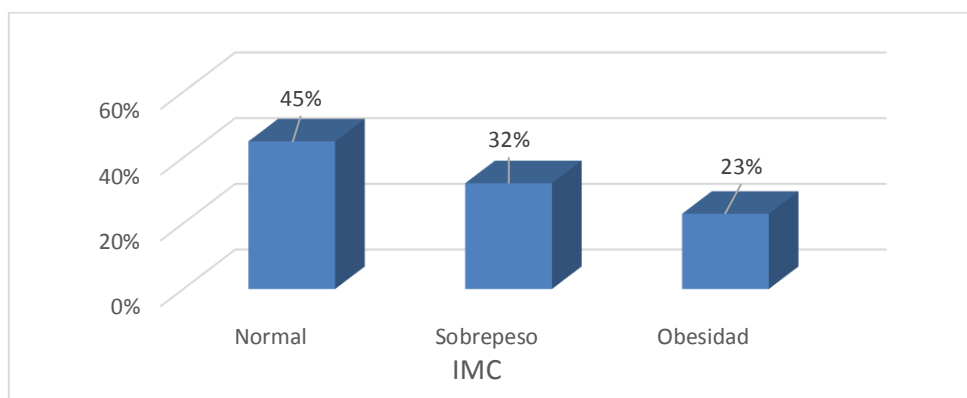


Figura 3. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio según IMC.

La tabla 5 nos indica que en la muestra se observó que el 45%(53) presentaron niveles normales de IMC, mientras que un 23%(27) presentaron Obesidad. A continuación, la figura 2 ilustra este resultado.

Tabla 6.

Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Infección del sitio operatorio	Frecuencia	Porcentaje
No presenta infección	99	84%
Si presenta infección	19	16%
Total	118	100%

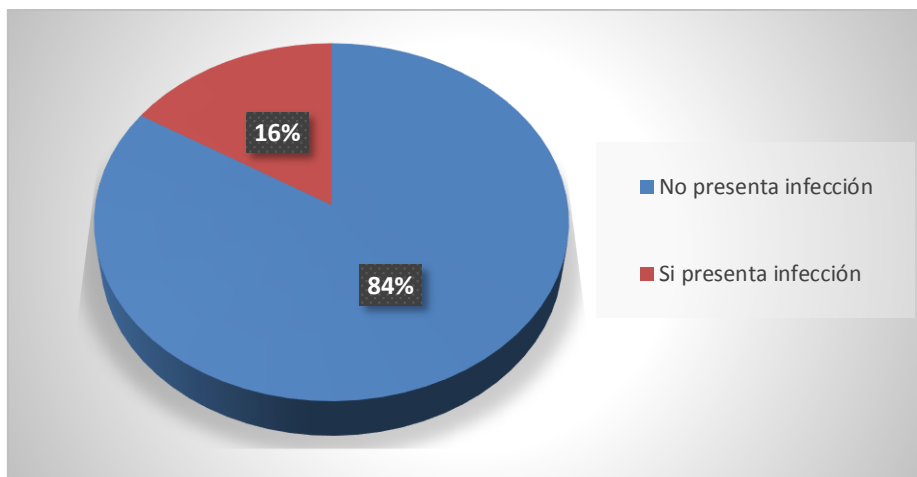


Figura 4. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio.

La tabla 6 nos indica que en la muestra se observó que el 16%(19) de los casos presentaron infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

A continuación, la figura 3 ilustra este resultado.

Tabla 7.

Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por ruptura prematura de membrana.

		Infección del sitio operatorio						Chi-cuadrado		
		No presenta ISO		presenta ISO		Total		Valor	gl	p valor
		n	%	n	%	n	%			
Ruptura de membrana	No	80	88%	11	12%	91	100%	4.743	1	0.029
	Si	19	70%	8	30%	27	100%			
Total		99	84%	19	16%	118	100%	----	----	----

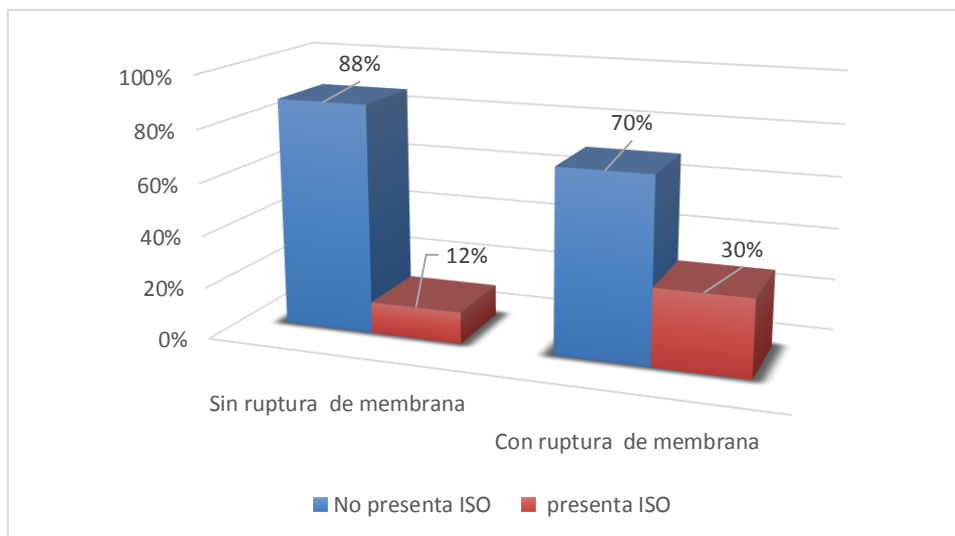


Figura 5. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por ruptura prematura de membrana.

La tabla 7 presentan la distribución de los porcentajes para los casos con y sin ruptura prematura de membrana. Además, se acompaña la prueba de independencia Chi-cuadrado y su p valor generados mediante el SPSS, en la cual se establecen las hipótesis estadísticas H0 (Hipótesis Nula) y H1 (Hipótesis Alterna)

H0: La ruptura de membrana no está asociado con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

H1: La ruptura de membrana si está asociado con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Regla de decisión:

Si el p valor <0.05 , rechaza H0 y se acepta H1

Si el p valor >0.05 , se acepta H0.

Con respecto a la figura 4 sobre ruptura prematura de membranas, se observan diferencias muy claras en la prevalencia de infección, 30% (8) para el grupo que presento ruptura prematura de membranas versus un 12% para los que no presentaron dicha condición, lo cual permite sospechar una relación entre este factor y la infección de sitio.

El p valor en la prueba de independencia Chi cuadrado resulta ser menor a 0.05 (p valor = 0.029) por lo cual rechazamos la H0 a favor de H1 y podemos afirmar que la ruptura prematura de membranas está asociada con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Tabla 8.

Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por corioamnionitis.

	Infección del sitio operatorio						Chi-cuadrado		
	No presenta ISO		Si presenta ISO		Total		Valor	gl	p valor
	n	%	n	%	n	%			
Sin corioamnionitis	98	85%	17	15%	115	100%	5.826	1	0.016
Con corioamnionitis	1	33%	2	67%	3	100%			
	99	84%	19	16%	118	100%	----	----	----

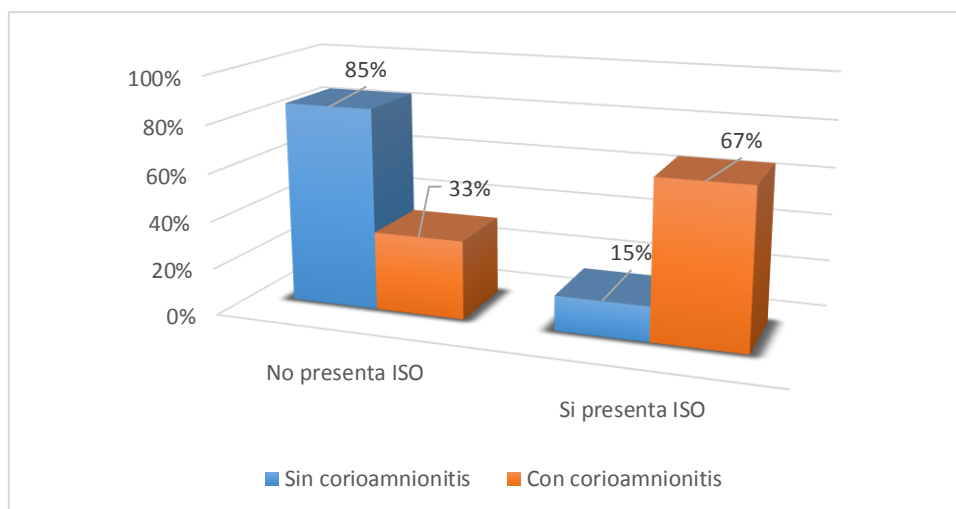


Figura 6. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por corioamnionitis.

La tabla 8 presentan la distribución de los porcentajes para los casos con y sin corioamnionitis.

Además, se acompaña la prueba de independencia Chi-cuadrado y su p valor generados mediante el SPSS.

H0: La corioamnionitis no está asociado con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

H1: La corioamnionitis si está asociado con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Regla de decisión:

Si el p valor <0.05, rechaza H0 y se acepta H1

Si el p valor >0.05, se acepta H0.

Al analizar la figura 5 notamos que el 67% (2) de los pacientes con Corioamnionitis presentaron infección del sitio operatorio mientras que dicho porcentaje es de solo 15% (17) para los que no padecieron de corioamnionitis.

En cuanto a la prueba Chi cuadrado el p valor es menos a 0.05 (p valor = 0.016) por lo cual se dice que la prueba es significativa, lo que lleva a rechazar Ho y concluir que la corioamnionitis está asociada con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Tabla 9.

Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital Luis Negreiros Vega – 2017 por trabajo de parto.

	Infección del sitio operatorio						Chi-cuadrado		
	No presenta ISO		Si presenta ISO		Total		Valor	gl	p valor
	n	%	n	%	n	%			
Sin trabajo de parto	40	98%	1	2%	41	100%	8.682	1	0.003
Con trabajo de parto	59	77%	18	23%	77	100%			
	99	84%	19	16%	118	100%	----	----	----

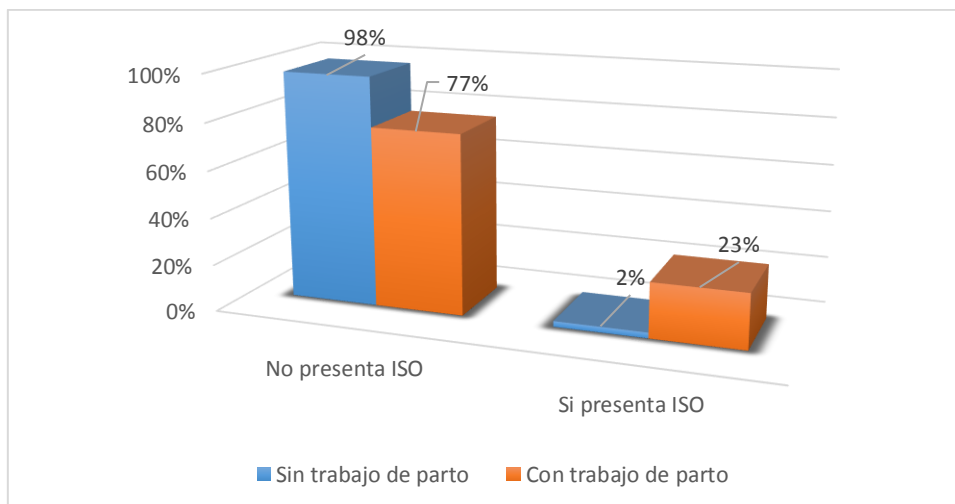


Figura 7. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por trabajo de parto.

La tabla 9 presentan la distribución de los porcentajes para los casos con y sin trabajo de parto

Además, se acompaña la prueba de independencia Chi-cuadrado y su p valor generados mediante el SPSS.

H0: El trabajo de parto no está asociado con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

H1: El trabajo de parto si está asociado con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Regla de decisión:

Si el p valor <0.05, rechaza H0 y se acepta H1

Si el p valor >0.05, se acepta H0.

En cuanto a este factor la tabla 6 y la figura 6 nos muestran que el 23%(18) de los que tuvieron trabajo presentaron infección de sitio operatorio, mientras que en el grupo que no tuvo esta actividad la prevalencia a la infección fue solo del 2%(1).

Con respecto a la prueba Chi cuadrado el p valor es menor a 0.05 (p valor =

0.003) por lo cual se dice que la prueba es significativa, lo que lleva a rechazar H_0 y concluir que el trabajo de parto está asociado con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Tabla 10.

Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital Luis Negreiros Vega – 2017 por Expulsivo prolongado.

	Infección del sitio operatorio						Chi-cuadrado		
	No presenta ISO		Si presenta ISO		Total		Valor	gl	p valor
	n	%	n	%	n	%			
No hubo Expulsivo prolongado	96	86%	16	14%	112	100%	5.377	1	0.020
Si hubo Expulsivo prolongado	3	50%	3	50%	6	100%			
	99	84%	19	16%	118	100%	----	----	----

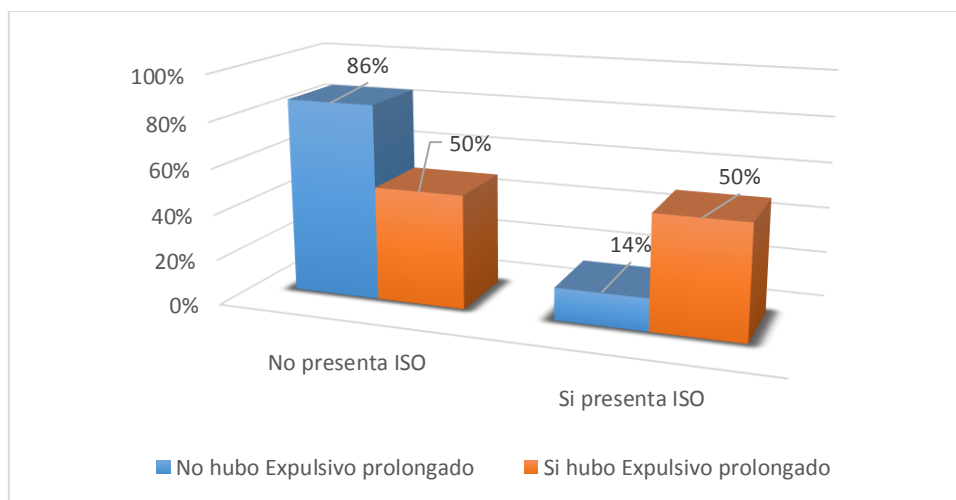


Figura 8. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por Expulsivo prolongado.

La tabla 10 presentan la distribución de los porcentajes para los casos con y sin expulsivo prolongado. Además, se acompaña la prueba de independencia Chi-cuadrado y su p valor generados mediante el SPSS.

H_0 : La condición de expulsivo prolongado no está asociado con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

H1: La condición de expulsivo prolongado si está asociado con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Regla de decisión:

Si el p valor <0.05, rechaza H0 y se acepta H1

Si el p valor >0.05, se acepta H0.

Los casos observados revelan que en el caso de las gestantes con expulsivo prolongado la prevalencia de infección del sitio operatorio fue del 50% (3) mientras que en el grupo que no tuvo esta exposición la incidencia fue solo del 14% (16).

En la figura 7 se ilustran estos resultados.

El p valor en la prueba de independencia Chi cuadrado resulta ser menor a 0.05 (p valor = 0.020) por lo cual rechazamos la Ho a favor de H1 y podemos afirmar que la condición de Expulsivo prolongado está asociada con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Tabla 11.

Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital Luis Negreiros Vega – 2017 por cesárea de emergencia.

	Infección del sitio operatorio						Chi-cuadrado		
	No presenta ISO		Si presenta ISO		Total		Valor	gl	p valor
	n	%	n	%	n	%			
No fue cesárea de emergencia	29	100%	0	0%	29	100%	7.379	1	0.007
Si fue cesárea de emergencia	70	79%	19	21%	89	100%			
	99	84%	19	16%	118	100%	----	----	----

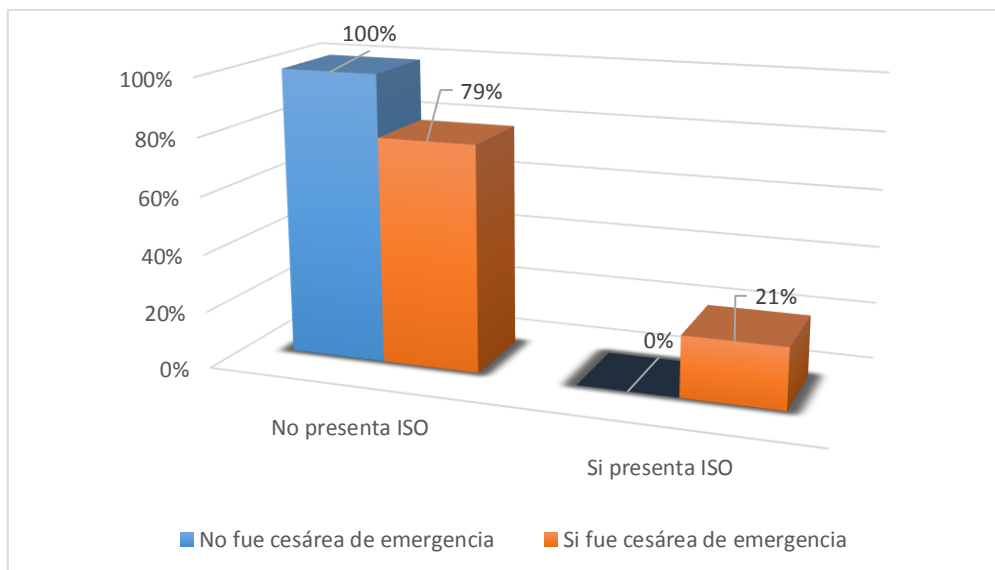


Figura 9. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por cesárea de emergencia.

La tabla 11 presentan la distribución de los porcentajes para los casos considerados cesárea de emergencia. Además, se acompaña la prueba de independencia Chi-cuadrado y su p valor generados mediante el SPSS.

H0: La condición de cesárea de emergencia no está asociado con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

H1: La condición de cesárea de emergencia si está asociado con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017

Regla de decisión:

Si el p valor <0.05 , rechaza H0 y se acepta H1

Si el p valor >0.05 , se acepta H0.

Los casos observados revelan que en el caso de las gestantes que tuvieron cesárea por emergencia la prevalencia de infección del sitio operatorio fue del 21%(19) mientras que en el grupo que no tuvo esta condición la incidencia fue del 0%.

En la figura 08 se ilustran estos resultados.

En la figura 8 el p valor en la prueba de independencia Chi cuadrado resulta ser

también menor a 0.05 (p valor = 0.007) por lo cual rechazamos la H_0 a favor de H_1 y podemos afirmar que la condición de cesárea por emergencia está asociada con la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.

Tabla 12.

Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por patología materna.

Patología materna		Infección del sitio operatorio						Chi-cuadrado		
		No presenta ISO		Si presenta ISO		Total		Valor	gl	p valor
		n	%	n	%	n	%			
Obesidad	No	77	85%	14	15%	91	100%	0.151	1	0.697
	Si	22	81%	5	19%	27	100%			
Anemia	No	71	86%	12	14%	83	100%	0.560	1	0.454
	Si	28	80%	7	20%	35	100%			
Diabetes G.	No	96	83%	19	17%	115	100%	0.591	1	0.442
	Si	3	100%	0	0%	3	100%			
ITU	No	92	84%	17	16%	109	100%	0.270	1	0.603
	Si	7	78%	2	22%	9	100%			
Total		99	84%	19	16%	118	100%	----	----	----

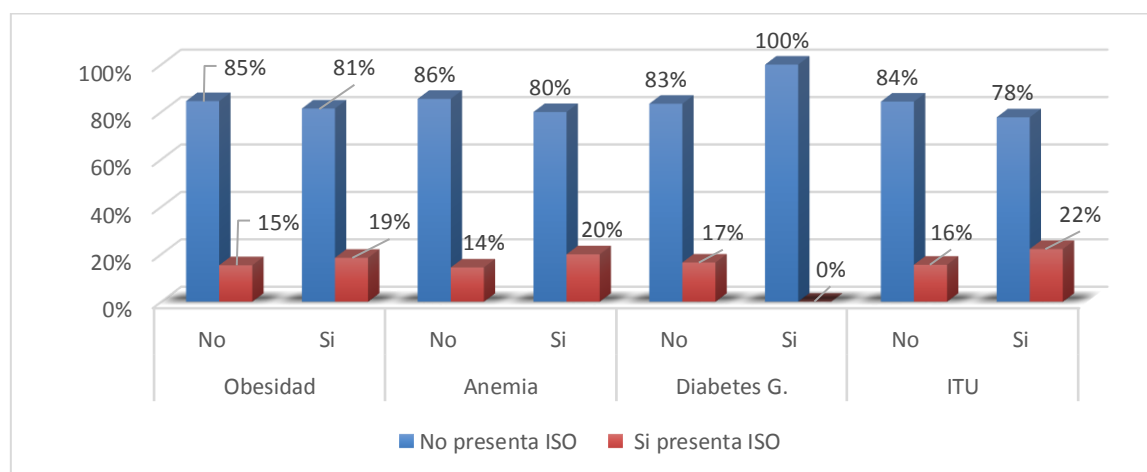


Figura 10. Distribución de las pacientes postcesareadas según infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 por patología materna.

La tabla 12 presenta los valores de la prevalencia a la infección del sitio operatorio para cada característica considerada dentro de la patología materna: Obesidad, Anemia, Diabetes gestacional, Infección del tracto urinario.

En estos casos observamos que la incidencia de infección es muy cercana al caso general, es decir al 16%, esta escasa variación nos lleva a conjeturar que dichas características no están relacionadas con la infección. La figura siguiente ilustra este comportamiento.

Tomando los resultados de la prueba Chi cuadrado referente a la obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección del tracto urinario no podemos afirmar que sean factores que puedan estar asociados a la infección de sitio operatorio en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 toda vez que el p valor resulta ser mayor a 0.05.

Tabla 13.

Variables en la ecuación

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Trabajo de parto (1)	1.850	0.741	6.240	1	0.012	6.363
Edad	-0.102	0.024	18.697	1	0.000	0.903

Finalmente, para determinar qué factores pueden explicar la presencia de infección del sitio operatorio se buscó ajustar los resultados a un modelo de regresión logística binaria mediante el SPSS.

Se aplicó el método de inclusión condicional hacia adelante y hacia atrás, en ambos el modelo final incluye como factores significativos el haber realizado trabajo de parto (p valor = 0.012), y la edad (p valor = 0.000).

Como vemos en la Tabla 13, el coeficiente B (-0.102) para la edad es negativo, es decir a menores edad hay más probabilidad de presentar Infección del sitio operatorio.

En el caso del trabajo de parto el coeficiente es positivo (1.850) y significativo lo cual indica que el haber realizado trabajo de parto aumenta la probabilidad de desarrollar una infección del sitio operatorio.

Tabla 14.

Resumen del modelo

Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
93,583 ^b	0.447	0.597

Según el criterio del R cuadrado Cox y Snell y Nagelkerke el modelo explica entre el 44.7 y 59.7 % la variabilidad en la presencia de Infección del sitio operatorio, el porcentaje restante de 40.3% se debe a otros factores no considerados en el presente estudio.

Se concluye que existe evidencia estadística suficiente para decir que valores bajos de la edad y la condición de haber recibido trabajo de parto son factores que aumentan la probabilidad de presentar infección en el sitio operatorio.

IV. Discusión

La ruptura prematura de membranas según Pineda, Pineda H. (2014) así como Sarduy, Sánchez, Rodríguez (2016) están asociados al igual que en los resultados de nuestro trabajo donde la $p < 0.05$ reafirmando su asociación con la infección de sitio operatorio.

En los estudios de Sarduy, Sánchez y Rodríguez (2016) se evidencia la relación de la corioamnionitis con la infección de sitio operatorio, al igual que nuestro estudio donde la ($p = 0.016$) tiene significancia estadística.

Con respecto al expulsivo prolongado, cesárea de emergencia y trabajo de parto el estudio de Puma, Díaz, Caparó (2015) encontraron relación de estas dimensiones con la infección de sitio operatorio al igual que nuestro estudio donde se encontró asociación significativa.

A diferencia de nuestro estudio en el cual no se pudo demostrar la asociación de la patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria) con la infección de sitio operatorio. Tetsuya y Helain (2017) al igual que Ramírez, et al (2016) y Marchi (2015) encontraron relación con la infección de sitio operatorio; para explicar estas diferencias se recomendaría ampliar el tamaño de muestra.

V. Conclusiones

Primera:

La ruptura prematura de membranas es factor de riesgo asociado ($p = 0.029$) a las infecciones de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega 2017.

Segunda:

La corioamnionitis es factor de riesgo asociado ($p = 0.016$) a las infecciones de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega.

Tercera:

El trabajo de parto es factor de riesgo asociado ($p = 0.003$) a las infecciones de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega.

Cuarta:

El expulsivo prolongado es factor de riesgo asociado ($p = 0.020$) a las infecciones de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega.

Quinta:

La cesárea de emergencia es factor de riesgo asociado ($p = 0.007$) a las infecciones de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega.

Sexta:

De acuerdo a las evidencias estadísticas, no se pudo demostrar la asociación de la patología materna (obesidad p valor = 0.697, anemia p valor = 0.454, diabetes gestacional p valor = 0.442, infección urinaria p valor 0.603) como factor de riesgo de las infecciones de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega.

Septima:

Existe evidencia estadística suficiente para decir que valores bajos de la edad (p valor = 0.000) y la condición de haber iniciado trabajo de parto (p valor = 0.012) son factores que aumentan la probabilidad de presentar infección de sitio operatorio.

VI. Recomendaciones

- Primera. En nuestro estudio no se pudo probar la asociación de patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria) con la infección de sitio operatorio debido tal vez a un reducido tamaño de muestra por lo que se recomendaría tomar una muestra de tamaño mayor en próximos trabajos.
- Segunda. Se recomendaría incluir en estudios posteriores a la preeclampsia y la profilaxis antibiótica como un factor de riesgo asociado a infección de sitio operatorio.
- Tercera. Los resultados del presente estudio pueden servir como referencia a otros hospitales de nuestra institución para las implementar medidas preventivas con el objetivo de disminuir los casos de infección de herida operatoria.
- Cuarta. Se recomienda hacer estudio del efecto de la implementación del servicio de planificación familiar en el 2do nivel atención en el seguro social en relación a disminuir la tasa global de infecciones de herida operatoria.
- Quinta. Se debe realizar un examen físico completo a la paciente en busca de factores de riesgo, y si ha de encontrarse un foco de proceso infeccioso, darle el mejor manejo posible y disminuir la posibilidad de infección de sitio operatorio.

Referencias

Ángeles,U., Morales,L. (2014), *Factores de riesgo relacionados con infección del sitio quirúrgico en cirugía electiva*. Rev. Cir 4,(82),48-62.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc141g.pdf>

Abebe,K., Mulat, A.Aweke, Hailemichael ,F., Wondimeneh,B.y Bewket ,L Z.(2017). *Surgical site infection and its associated.Factors following cesarean section: a cross sectional study from a public hospital in Ethiopia*. Rev Patient Safety in Surgery,11(18),1-8.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5469177/>

ACOG (2017). *Committee opinión: Intrapartum Management of Intraamniotic Infection*. Rev. Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología n°712

Disponible en:

<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Intrapartum-Management-of-Intraamniotic-Infection>

Blumenfeld,Y.J, El-Sayed,Y.Y., Lyell,D.J,, Lorene M. Nelson, L.M y. Butwick,A.J, (2015). *Risk Factors for Prolonged Postpartum Length of Stay Following Cesarean Delivery*.Rev. Am J Perinatol. 32 (9): 825-832.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25594218>

Bond, D.M, Middleton, P, Levett, K.M, Van Der Ham, D.P, Crowther, C.A, y Buchanan, S.L. (2017). *Parto temprano programado versus conducta expectante para mujeres con rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación para mejorar el resultado del embarazo* .Rev. Cochrane.,3,1- 3.

Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/CD004735/parto-temprano-programado-versus-conducta-expectante-para-mujeres-con-rotura-prematura-de-membranas>

Camacho, M., Cantu,K.,Hilton y Mendoza ,M.(2011). *Guía de Práctica Clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección en herida quirúrgica post cesárea en los tres niveles de atención*. México: Secretaría de Salud.

Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/527_GPC_Infeccixn_en_HxQxpostcesxrea/GPC_EVR_PREV_DIAG_TRAT._HxQx_POSTCESAREA.pdf

Campos,T., Canchucaja ,L.,Gutarra, R. B. (2013). *Factor es de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes*. Rev Peru Ginecol Obstet ,59, 267-274.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000400006

Chapman, E. Reveiz, L. Illanes,E. y Cosp,X. (2014). *Regímenes antibióticos para el tratamiento de la infección intraamniótica*. Rev Cochrane ,12,2-7.

Disponible en:

<https://www.cochrane.org/es/CD010976/regimenes-antibioticos-para-el-tratamiento-de-la-infeccion-intraamniotica>

Grupo de Trabajo de Vigilancia de las IRAS (2016). *Protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica (Protocolo-ILQ)*. Madrid.

Disponible en:

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2016/Protocolo-ILQ.pdf

Espitia, Orozco (2013). *Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse*. revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander;26(3):45-50.

Disponible en:

<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/3920>

Franco,T.C., Dalléb,J., Monteiroc.V., Würdig C.Z , AntonelloB.S.(2015). *Risk factors for surgical site infection following cesarean section in a Brazilian Women’s Hospital: a case–control*.Rev. Braz J Infect Dis,19 (2),113-117.

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25529364>

Franco,R. Alons, E. Medecigo, A. y Velásquez.(2014).*Guía De Práctica Clínica Vigilancia y Manejo Del Trabajo De Parto En Embarazo De Bajo Riesgo*. Mexico: Secretaria de Salud.

Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf

Gonzales, O.M., Pardo,J. Yáñez E. y Salazar ,P.(2016). *Infecciones asociadas a la atención de Salud en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. Rev Perú Investig Matern Perinat ,5(2):22-30.

Disponible en:

[file:///C:/Users/Javier/Downloads/22y30_Infecciones_Asociadas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Javier/Downloads/22y30_Infecciones_Asociadas%20(1).pdf)

Hussein,H.y Azhar ,S. Sulaiman,(2017). *Incidence and Risk Factors of Surgical Site Infection Among Patients Undergoing Cesarean Section*. Rev. Latino-Am. Enfermagem,(9)25 .1-7

Disponible en:

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1179559X17725273>

Kawakita.T y Landy,H. J (2017).*Surgical site infections after cesarean delivery: epidemiology, prevention and treatment*. Rev. Matern Health Neonatol Perinatol ,3(12),1-9.

Disponible en:

<https://mhnjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40748-017-0051-3>

Ketcheson, F. y Woolcott,C.(2017). *Risk factors for surgical site infection following cesarean delivery: a retrospective cohort study*. Rev.CMAJ Open,5(3),546-556.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28698181>

López,M., Cobo,T., Palacio,M. y Goncé,A.(2017). *Protocolo: infección vías urinarias. – ICGON –Rev. Hospital Clínic*. Barcelona.1-8.

Disponible en:

https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/infecciones%20urinarias%20y%20gestaci%F3n.pdf

Liu ,Z., Dumville ,J.C., Norman, G., Westby, M.J, Blazeby,J., Farlane, E., Welton N.J. y Cheng ,H .(2018). *Intervenciones intraoperatorias para la prevención de la infección del sitio quirúrgico*: Rev. Cochrane, 2,1-7

Disponible en:

<https://www.cochrane.org/es/CD012653/revision-global-de-las-revisiones-cochrane-de-las-intervenciones-utilizadas-durante-la-cirugia-para>

Marrugat, Vila, Pavesi y Sanz (1998). *Estimación del Tamaño de la Muestra en la Investigación Clínica y Epidemiológica, Unidad de Lípidos y Epidemiología Cardiovascular. Unidad de Informática Médica. Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM)*, Med Clin (Barc), 1998; 111: 267-276.

Mascarellol,K.y Less.,B.(2017). *Complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis*. Rev de Salud Pública,51(105) ,1-12.

Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2017.v51/105/pt/>

Megías,C., Lorenzo,J.,Rodríguez-Blanque,R y Sánchez-García,J.C (2018). *El IMC durante el embarazo y su relación con el peso del recién nacido*. Journal NNPR,3(3),215-224.

Disponible en: <http://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2173>

Megmet, et al (2016). *The Association Between Preterm Premature Rupture of Membranes and Surgical Site Infection Following Cesarean Section* Rev. Gynecol Obstet Reprod Med 2016;22(3):139-143 DOI: 10.21613/GORM.2016.439

Disponible en:

https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.com.pe&sl=en&sp=nmt4&u=http://gorm.com.tr/index.php/GORM/article/download/439/591&xid=25657,15700023,1570012

4,15700149,15700186,15700190,15700201&usg=ALkJrhgUFQr-VsDAA20kR9Ahsyc8YDS05g

Ovalle, A., Martínez, M.A., Fuentes, A., Marques, X., Vargas, F. Vergara y Kakarieka, E. (2016). *Obesidad, factor de riesgo de infección bacteriana ascendente durante el embarazo*. Rev Med Chile 144: 476-482.

Disponible en:

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/141080/Obesity-a-risk-factor-for-ascending-bacterial.pdf?sequence=1>

Parra, V. (2011). *Shock Hemorrágico*. Rev. Med. Clin. Condes, 22(3), 255-264.

Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-shock-hemorragico-S0716864011704242>

Paredes, M. (2008). *Manual De Hemoterapia*. 1° Edición Lima.

Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3178.pdf>

Pineda, Pineda H. (2014). *Factores de riesgo de sepsis de herida postcesárea, en pacientes que reingresan al servicio de la Unidad Materno Infantil del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Agüello, León 01 Enero 2006 al 01 Enero 2013*. Tesis doctoral

Disponible en:

<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/4949/1/230213.pdf>

Puma, Díaz, Caparó (2015). *Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú*. Rev. Medica Herediana Vol. 26, Num.1

Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/2343>

Ramírez, et al (2016). *Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea*. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.42 n°1 2016

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100005

Ros, C, Bellart, J . Hernández, S.(2010). *Protocolo de Cesárea.*– ICGON – Rev Hospital Clínic Barcelona.1-9.

Disponible en:

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>

Santalla, A., López-Criado, M. Ruiz, S. Fernández-Parra, J y Gallo, J.L(2007). *Infección de la Herida Quirúrgica: Prevención y tratamiento. Clin Invest Gin Obst,34(5),189-96.*

Disponible en:

http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/images/Articulos_casos/Tema_4/Articulo_12.pdf

Saeed, K.B y Greene, R.A., Corcoran, P. y O'Neill, S. (2017). *Incidence of surgical site infection following caesarean section: a systematic review and meta-analysis protocol Rev.BMJ journals ,7,1-5*

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5253548/>

Schnapp ,C., Sepúlveda .E. y Robert ,J.A (2014). *Operación Cesárea.* Rev. Clínica Las Condes, (25)(6,) 987-992

Disponible en:

https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/20-schnapp.pdf

Sarduy, Sánchez y Rodríguez (2016). *Sepsis en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología 2016;42(3)*

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2016/cog163h.pdf>

Sayed, H.y Hassan,S. (2015). *Vaginal Preparation with Antiseptic Solution before Cesarean Section for Reducing Post partum Morbidity*. Journal of Nursing and Health Science , 4(3), 75-80.

<https://pdfs.semanticscholar.org/e36c/d8a7b688d9ef87946b73a3be99060468bf34.pdf>

Tetsuya y Helain (2017). *Infecciones del sitio quirúrgico después del parto por cesarea: epidemiología, prevención y tratamiento*. Rev. PubMed 2017 5(7), 3:12

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28690864>

Virgen, N.y Begué,N.(2016). *Infección del sitio quirúrgico poscesárea*. Rev.MEDISAN,20(5),596-603.

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000500002

Villanueva, G. (2014). *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba. Diagnóstico de la diabetes mellitus gestacional: evaluación de los nuevos criterios*. Edición: 1.^a .1-112.

Disponible en: http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-778/es/contenidos/informacion/biblioteca_central/es_9528/scp/215918.pdf

Wloch C y Wilso,J.(2012). *Risk factors for surgical site infection following caesarean section in England: results from a multicentre cohort study*. REV.BJOG An International Journal of Obstetrics and Gyna ecology. 119(11),1324-1333.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22857605>

Yomayusa,N., Gaitán,H. Martí,L., Leyva ,N. y Méndez, L. (2008). *Validación de Índices Pronósticos de Infección del Sitio Quirúrgico en Hospitales de Colombia*. Rev. salud pública. 10 (5):744-755.

Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=511448&indexSearch=ID>

Anexos

Anexo 1. Artículo Científico

1. TITULO

Factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017

2. AUTOR

Br. Javier Luis León Larico

3. RESUMEN

En el presente estudio se identificaron los factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017 y de esta manera hacer posible la formulación de probables estrategias de prevención de este tipo de complicaciones.

Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, observacional de casos y controles. De una población de 1514 pacientes se tomó una muestra representativa aleatoria de 118 pacientes postcesareadas en el año 2017 a quien se aplicó el instrumento validado para el presente estudio, se hizo un análisis estadístico de prueba Chi cuadrado y la regresión logística ambas con un nivel de significancia del 95%.

Se concluyó que los factores asociados a la infección de sitio operatorio son: la ruptura prematura de membranas ($p = 0.029$), la corioamnionitis ($p = 0.016$), el trabajo de parto ($p = 0.003$), el expulsivo prolongado ($p = 0.020$) y la cesárea de emergencia ($p = 0.007$). No se pudo demostrar que la asociación con la patología materna: obesidad ($p = 0.697$), anemia ($p = 0.454$), diabetes gestacional ($p = 0.442$), infección urinaria ($p = 0.603$) estén asociados a la variable dependiente. Además, mediante el análisis de regresión logística, el inicio del trabajo de parto ($p = 0.012$) y la menor edad materna ($p = 0.000$) aumentan la probabilidad de presentar infección de sitio operatorio.

4. PALABRA CLAVE:

Factores de riesgo, infección de sitio operatorio, postcesárea.

5. ABSTRACT

In the present study, the risk factors associated with the infection of the surgical site in post-cessation were identified in the Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017 and in this way make possible the formulation of probable prevention strategies for this type of complications.

An analytical, retrospective, observational study of cases and controls was carried out. From a population of 1514 patients, a random representative sample of 118 post-cessation patients was taken in 2017, to whom the instrument validated for the present study was applied, a Chi-square test statistical analysis and logistic regression were performed, both with a level of 95% significance.

It was concluded that the factors associated with surgical site infection are: premature rupture of membranes ($p = 0.029$), chorioamnionitis ($p = 0.016$), labor ($p = 0.003$), prolonged expulsive ($p = 0.020$) and emergency cesarean section ($p = 0.007$). It was not possible to demonstrate that the association with maternal pathology: obesity ($p = 0.697$), anemia ($p = 0.454$), gestational diabetes ($p = 0.442$), urinary tract infection ($p = 0.603$) are associated to the dependent variable. In addition, through logistic regression analysis, the onset of labor ($p = 0.012$) and lower maternal age ($p = 0.000$) increase the probability of presenting infection of the operative site.

6. KEYWORDS

Risk factors, operative site infection, post cesarean section.

7. INTRODUCCION

A nivel mundial anualmente hay millones de cirugías que se realizan para cierto tipo de patologías, la infección del sitio quirúrgico (ISO) es una complicación frecuente. En los Estados Unidos el 32% de partos son por cesárea y de estas el 2 a 4% se infectan siendo esta complicación causa del 3 al 15% de las muertes maternas.

Asimismo, hay factores de riesgo relacionados a la ISO que pueden ser agrupados como factores maternos (obesidad, diabetes mellitus, infecciones del tracto urinario, anemia) y factores intraparto (corioamnionitis, rotura prematura de membranas, expulsivo prolongado, cesárea de emergencia, perdida excesiva de sangre). (Tetsuya y Helain, 2017).

La ISO postcesárea nos lleva estancia hospitalaria prolongada y genera un mayor gasto institucional. Se considera que la ISO duplica la estancia hospitalaria y los costos. En los Estados Unidos la estancia prolongada por ISO es 7.3 días promedio con un incremento diario de 3,200 dólares. (Santalla, et al, 2007).

El conocimiento de estos factores de riesgo de ISO, así como los datos epidemiológicos nos permitirán desarrollar estrategias de prevención ajustadas a nuestra realidad para disminuir la frecuencia de la ISO, hecho que se está consiguiendo en muchas instituciones de salud. La vigilancia epidemiológica es la mejor medida de prevención para conseguir nuestros objetivos con respecto al ISO.

Por lo expuesto anteriormente, se pretende investigar cuales son los Factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital Luis Negreiros Vega -2017, con el propósito de elaborar conclusiones y recomendaciones que ayuden a solucionar el problema objeto del presente estudio.

8. METODOLOGIA

Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, observacional de enfoque cuantitativo. El muestreo fue de 118 pacientes postcesareadas en el año 2017. Se analizó los datos recolectados de las historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos la cual fue validada para el presente estudio, posteriormente se realizó un análisis con el software estadístico SPSS V.24.0 se elaboraron las tablas de frecuencia simples y de doble entrada, pruebas T para comparar promedios. Para probar las hipótesis específicas se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%, en la prueba de la hipótesis general se utilizó la regresión logística también con nivel de significancia del 5%. Además, se elaboraron gráficos de barras y sectores circulares para ilustrar y describir los resultados los cuales fueron editados con Excel 2016 por su gran versatilidad.

9. RESULTADOS

De los factores analizados mediante Chi-cuadrado y su p valor generados mediante SPSS tenemos a la ruptura prematura de membranas p valor = 0.029; la corioamnionitis p valor = 0.016; el trabajo de parto p valor = 0.003; el expulsivo

prolongado p valor = 0.020; cesárea de emergencia p valor = 0.007 y la patología materna (obesidad p valor = 0.697, anemia p valor = 0.454, diabetes gestacional p valor = 0.442, infección urinaria p valor 0.603). Finalmente, para determinar qué factores pueden explicar la presencia de infección del sitio operatorio se buscó ajustar los resultados a un modelo de regresión logística binaria mediante el SPSS aplicándose el método de inclusión condicional hacia adelante y hacia atrás, en ambos el modelo final incluye como factores significativos el haber realizado trabajo de parto (p valor = 0.012) y la edad (p valor = 0.000).

10. DISCUSION

La ruptura prematura de membranas según Pineda, Pineda H. (2014) así como Sarduy, Sánchez, Rodríguez (2016) están asociados al igual que en los resultados de nuestro trabajo donde la $p < 0.05$ reafirmando su asociación con la infección de sitio operatorio.

En los estudios de Sarduy, Sánchez y Rodríguez (2016) se evidencia la relación de la corioamnionitis con la infección de sitio operatorio, al igual que nuestro estudio donde la ($p = 0.016$) tiene significancia estadística.

Con respecto al expulsivo prolongado, cesárea de emergencia y trabajo de parto el estudio de Puma, Díaz, Caparó (2015) encontraron relación de estas dimensiones con la infección de sitio operatorio al igual que nuestro estudio donde se encontró asociación significativa.

A diferencia de nuestro estudio en el cual no se pudo demostrar la asociación de la patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria) con la infección de sitio operatorio. Tetsuya y Helain (2017) al igual que Ramírez, et al (2016) y Marchi (2015) encontraron relación con la infección de sitio operatorio; para explicar estas diferencias se recomendaría ampliar el tamaño de muestra.

11. CONCLUSIONES

Se concluyó que hay asociación como factor de riesgo para infección de sitio operatorio en postcesareadas del Hospital Luis Negreiros Vega a la ruptura prematura de membranas, la corioamnionitis, el trabajo de parto, el expulsivo prolongado, la cesárea de emergencia, pero no se pudo demostrar la asociación de la patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria).

Además, existe evidencia estadística suficiente para decir que valores bajos de la edad y la condición de haber iniciado trabajo de parto son factores que aumentan la probabilidad de presentar infección de sitio operatorio.

12. REFERENCIAS

Ángeles,U., Morales,L. (2014), *Factores de riesgo relacionados con infección del sitio quirúrgico en cirugía electiva*. Rev. Cir 4,(82),48-62.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc141g.pdf>

Abebe,K., Mulat, A.Aweke, Hailemichael ,F., Wondimeneh,B.y Bewket ,L Z.(2017).Surgical site infection and its associated.Factors following cesarean section: a cross sectional study from a public hospital in Ethiopia.Rev Patient Safety in Surgery,11(18),1-8.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5469177/>

ACOG (2017) ACOG Committee opinión: Intrapartum Management of Intraamniotic Infection. Rev. Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología n°712

Disponible en:

<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Intrapartum-Management-of-Intraamniotic-Infection>

Blumenfeld,Y.J, El-Sayed,Y.Y., Lyell,D.J,, Lorene M. Nelson, L.M y. Butwick,A.J, (2015). Risk Factors for Prolonged Postpartum Length of Stay Following Cesarean Delivery.Rev. Am J Perinatol. 32 (9): 825-832.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25594218>

Bond, D.M, Middleton, P, Levett, K.M, Van Der Ham, D.P, Crowther, C.A, y Buchanan, S.L.(2017).Parto temprano programado versus conducta expectante para mujeres con rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación para mejorar el resultado del embarazo .Rev. Cochrane.,3,1- 3.

Disponible en:

<https://www.cochrane.org/es/CD004735/parto-temprano-programado-versus-conducta-expectante-para-mujeres-con-rotura-prematura-de-membranas>

Camacho, M., Cantu, K., Hilton, J., Mendoza, M. (2011). Guía de Práctica Clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección en herida quirúrgica post cesárea en los tres niveles de atención. México: Secretaría de Salud.

Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/527_GP_C_Infeccxn_en_HxQxpostcesxrea/GPC_EVR_PREV_DIAG_TRAT._HxQx_POSTCESAREA.pdf

Campos, T., Canchucaja, L., Gutarra, R. B. (2013) Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes. Rev Peru Ginecol Obstet, 59, 267-274.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000400006

Chapman, E., Reveiz, L., Illanes, E. y Cosp, X. (2014). Regímenes antibióticos para el tratamiento de la infección intraamniótica. Rev Cochrane, 12, 2-7.

Disponible en:

<https://www.cochrane.org/es/CD010976/regimenes-antibioticos-para-el-tratamiento-de-la-infeccion-intraamniotica>

Grupo de Trabajo de Vigilancia de las IRAS (2016). Protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica (Protocolo-ILQ). Madrid.

Disponible en:

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2016/Protocolo-ILQ.pdf

Espitia, Orozco (2013). Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander; 26(3):45-50.

Disponible en:

<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/3920>

Franco,T.C., Dalléb,J., Monteiroc.V., Würdig C.Z , AntonelloB.S.(2015). Risk factors for surgical site infection following cesarean section in a Brazilian Women's Hospital: a case-control. *Rev. Braz J Infect Dis*,19 (2),113-117.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25529364>

Franco,R.Alons,E.Medecigo,A.y Velasquez,L.(2014).Guía De Práctica Clínica Vigilancia y Manejo Del Trabajo De Parto En Embarazo De Bajo Riesgo.Mexico:Secretaria de Salud.

Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GP_C_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf

Gonzales, O.M., Pardo,J. Yañez E.y Salazar ,P.(2016).Infecciones asociadas a la atención de Salud en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev Perú Investig Matern Perinat* ,5(2):22-30.

Disponible en:

[file:///C:/Users/Javier/Downloads/22y30_Infecciones_Asociadas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Javier/Downloads/22y30_Infecciones_Asociadas%20(1).pdf)

Hussein,H.y Azhar ,S. Sulaiman,(2017).Incidence and Risk Factors of Surgical Site Infection Among Patients Undergoing Cesarean Section. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* ,(9)25 .1-7

Disponible en:

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1179559X17725273>

Kawakita.T y Landy,H.J (2017).Surgical site infections after cesarean delivery: epidemiology, prevention and treatment.*Rev. Matern Health Neonatol Perinatol* ,3(12),1-9.

Disponible en:

<https://mhnpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40748-017-0051-3>

Ketcheson ,F. y Woolcott ,C.(2017). Risk factors for surgical site infection following cesarean delivery: a retrospective cohort study. Rev.CMAJ Open,5(3),546-556.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28698181>

López,M., Cobo,T., Palacio,M.y Goncé,A.(2017). Protocolo: infección vías urinarias. – ICGON –Rev. Hospital Clínic Barcelona.1-8.

Disponible en:

https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/infecciones%20urinarias%20y%20gestaci%F3n.pdf

Liu ,Z., Dumville ,J.C., Norman, G., Westby, M.J, Blazeby,J., Farlane, E., Welton N.J., Cheng ,H .(2018).Intervenciones intraoperatorias para la prevención de la infección del sitio quirúrgico: Rev. Cochrane, 2,1-7

Disponible en:

<https://www.cochrane.org/es/CD012653/revision-global-de-las-revisiones-cochrane-de-las-intervenciones-utilizadas-durante-la-cirugia-para>

Marrugat, Vila, Pavesi y Sanz, “Estimación del Tamaño de la Muestra en la Investigación Clínica y Epidemiológica”, Unidad de Lípidos y Epidemiología Cardiovascular. Unidad de Informática Médica. Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM), Med Clin (Barc), 1998; 111: 267-276.

Mascarellol,K.y Less.,B.(2017). Complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. Rev de Salud Pública,51(105) ,1-12.

Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2017.v51/105/pt/>

Megías,C., Lorenzo,J.,Rodríguez-Blaque,R. Sánchez-García,J.C(2018).El IMC durante el embarazo y su relación con el peso del recién nacido. Journal NNPR,3(3),215-224.

Disponible en: <http://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2173>

Megmet, et al (2016) The Association Between Preterm Premature Rupture of Membranes and Surgical Site Infection Following Cesarean Section Rev.

Gynecol Obstet Reprod Med 2016;22(3):139-143 DOI:
10.21613/GORM.2016.439

Disponible en:

https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.com.pe&sl=en&sp=nmt4&u=http://gorm.com.tr/index.php/GORM/article/download/439/591&xid=25657,15700023,15700124,15700149,15700186,15700190,15700201&usg=ALkJrhgUFQr-VsDAA20kR9Ahsyc8YDS05g

Ovalle, A., Martínez, M.A., Fuentes, A., Marques, X., Vargas, F., Vergara, Kakarieka, E. (2016). Obesidad, factor de riesgo de infección bacteriana ascendente durante el embarazo. Rev Med Chile 144: 476-482.

Disponible en:

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/141080/Obesity-a-risk-factor-for-ascending-bacterial.pdf?sequence=1>

Parra, V. (2011) *Shock Hemorrágico*. Rev. Med. Clin. Condes, 22(3), 255-264.

Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-shock-hemorragico-S0716864011704242>

Paredes, M. (2008). Manual De Hemoterapia. 1° Edición Lima.

Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3178.pdf>

Pineda, Pineda H. (2014). Factores de riesgo de sepsis de herida postcesárea, en pacientes que reingresan al servicio de la Unidad Materno Infantil del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Agüello, León 01 Enero 2006 al 01 Enero 2013. Tesis doctoral

Disponible en:

<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/4949/1/230213.pdf>

Puma, Díaz, Caparó (2015). Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Rev. Medica Herediana Vol. 26, Num.1

Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/2343>

Ramírez, et al (2016) Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.42 n°1 2016

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100005

Ros, C, Bellart, J . Hernández, S.(2010).Protocolo de Cesárea.– ICGON – Rev Hospital Clínic Barcelona.1-9.

Disponible en:

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>

Santalla, A., López-Criado, M. Ruiz, S. Fernández-Parra, J. Gallo, J.L(2007). Infección de la Herida Quirúrgica: Prevención y tratamiento. Clin Invest Gin Obst,34(5),189-96.

Disponible en:

http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/images/Articulos_casos/Tema_4/Articulo_12.pdf

Saeed, K.B y Greene, R.A., Corcoran, P. y O'Neill, S. (2017). Incidence of surgical site infection following caesarean section: a systematic review and meta-analysis protocol Rev. BMJ journals ,7,1-5

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5253548/>

Schnapp, C., Sepúlveda, E. y Robert, J.A (2014). Operación Cesárea. Rev. Clínica Las Condes, (25)(6,) 987-992

Disponible en:

https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/20-schnapp.pdf

Sarduy, Sánchez, Rodríguez (2016). Sepsis en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología 2016;42(3)

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2016/cog163h.pdf>

Sayed, H.y Hassan,S. (2015), Vaginal Preparation with Antiseptic Solution before Cesarean Section for Reducing Post partum Morbidity. Journal of Nursing and Health Science , 4(3), 75-80.

<https://pdfs.semanticscholar.org/e36c/d8a7b688d9ef87946b73a3be99060468bf34.pdf>

Tetsuya y Helain (2017) Infecciones del sitio quirúrgico después del parto por cesarea: epidemiología, prevención y tratamiento. Rev. PubMed 2017 5(7), 3:12

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28690864>

Virgen, N.y Begué,N.(2016). Infección del sitio quirúrgico poscesárea. Rev.MEDISAN,20(5),596-603.

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000500002

Villanueva ,G.(2014). Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba. Diagnóstico de la diabetes mellitus gestacional: evaluación de los nuevos criterios. Edición: 1.^a .1-112.

Disponible en:

http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-778/es/contenidos/informacion/biblioteca_central/es_9528/scp/215918.pdf

Wloch C, Wilso,J.(2012) Risk factors for surgical site infection following caesarean section in England: results from a multicentre cohort study .REV.BJOG An International Journal of Obstetrics and Gyna ecology ,119(11),1324-1333.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22857605>

Yomayusa,N., Gaitán,H. Martí,L., Leyva ,N. y Méndez, L. (2008).Validación de Índices Pronósticos de Infección del Sitio Quirúrgico en Hospitales de Colombia. Rev. salud pública. 10 (5):744-755.

Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi->

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=511448&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=511448&indexSearch=ID)

Anexo 2. Matriz de consistencia

Título: Factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017

Autora: Javier Luis León Larico

Objetivo	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Fuente
<p>Objetivo general: Determinar los factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017</p> <p>Objetivo específico 1: Determinar si la ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p> <p>Objetivo específico 2: Determinar si la corioamnionitis es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p> <p>Objetivo específico 3: Determinar si el trabajo de parto es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio</p>	<p>Hipótesis general: La ruptura prematura de membranas, la corioamnionitis, el trabajo de parto, el expulsivo prolongado, la cesárea de emergencia, la patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria) son factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017</p> <p>Hipótesis específica 1: La ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p>	<p>Factores de riesgo.</p>	<p>Ruptura prematura de membranas.</p> <p>Corioamnionitis.</p> <p>Trabajo de parto.</p>	<p>0- 24 horas.</p> <p>Fiebre</p> <p>FCM > 100</p> <p>FCF > 160</p> <p>Leucocitosis > 15000.</p> <p>Dilatación de 1 – 10 cm</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Historia clínica.</p>

<p>en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p> <p>Objetivo específico 4: Determinar si el expulsivo prolongado es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p> <p>Objetivo específico 5: Determinar si la cesárea de emergencia es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p> <p>Objetivo específico 6: Determinar si la patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria) es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p>	<p>Hipótesis específica 2: La corioamnionitis es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p> <p>Hipótesis específica 3: El trabajo de parto es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p> <p>Hipótesis específica 4: El expulsivo prolongado es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p> <p>Hipótesis específica 5: La cesárea de emergencia es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p>		<p>Expulsivo prolongado.</p> <p>Cesárea de emergencia.</p> <p>Patología materna:</p> <p>- Obesidad</p> <p>- Anemia.</p> <p>- Diabetes gestacional.</p>	<p>> de 2 horas.</p> <p>< 30 minutos desde el momento de la indicación.</p> <p>IMC:</p> <p><18,5 bajo peso.</p> <p>18,5–24,9 normo peso.</p> <p>25–29,9 sobrepeso.</p> <p>>30 obesidad</p> <p>Hemoglobina < 11</p> <p>Glucosa</p> <p>>200 postprandial.</p> <p>>127 ayunas</p>	<p>Nominal.</p> <p>Nominal.</p> <p>Nominal.</p> <p>Nominal.</p> <p>Nominal.</p>	
---	---	--	--	---	---	--

	<p>Hipótesis específica 6: La patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria) es un factor de riesgo asociado a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega – 2017.</p>	<p>Infección de sitio operatorio.</p>	<p>- Infección urinaria.</p> <p>Infección de sitio operatorio</p>	<p>Leucocitos en orina > 10.</p> <p>Calor, dolor, rubor, edema y secreción purulenta.</p>	<p>Nominal</p> <p>nominal</p>	<p>Historia clínica</p>
--	--	--	---	--	-------------------------------	-------------------------

Anexo 3. Validación del instrumento



ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE INFECCION DE SITIO OPERATORIO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Infeción de sitio operatorio	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] 'Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./Mg.: Wilfredo Zavallos Valdez DNI: 7276555

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

24 de 08 del 2018


Firma del Experto Informante.

Especialidad

Dr. WILFREDO ZEVALLOS VALCHEZ
«Especialista en Planificación y Gestión»
HOSPITAL D.L.V.C. «LAS RECREADORAS VEGA»
RED ASISTENCIAL SARGOL
EoSaber!



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE FACTORES DE RIESGO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN PREPARATORIA PARA LA EJECUCIÓN							
1	Ruptura prematura de membranas	/		/		/		
2	Corioamnionitis	/		/		/		
3	Trabajo de parto	/		/		/		
4	Expulsivo prolongado	/		/		/		
5	Cesárea de emergencia	/		/		/		
6	Patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria)	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./Mg: Wilfredo Zevallos Vilchez DNI: 21276555

Especialidad del validador: ginecología

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

24 de 08 del 2018

Firma del Experto Informante.

Especialidad





ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE FACTORES DE RIESGO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN PREPARATORIA PARA LA EJECUCIÓN							
1	Ruptura prematura de membranas	/		/		/		
2	Corioamnionitis	/		/		/		
3	Trabajo de parto	/		/		/		
4	Expulsivo prolongado	/		/		/		
5	Cesárea de emergencia	/		/		/		
6	Patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria)	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/(Mg): Mery Bravo Peña DNI: 10474708

Especialidad del validador: Temático

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

24 de 08 del 2018

Firma del Experto Informante.

Especialidad

Lic. Mery Bravo Peña
CEP 10364
Coordinadora del Área de Calidad
División de Planeamiento y Calidad
HLLNC "Luis Negreiros Vega"
M&EsSalud.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE INFECCION DE SITIO OPERATORIO

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Infeción de sitio operatorio	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg: Mery Bravo Peña DNI: 10474708

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

24 de 08 del 2018



Firma del Experto Informante.

Especialidad

Lic. Mery Bravo Peña
CEP 16364
Coordinadora del Área de Calidad
División de Planeamiento y Calidad
HLLNC "Luis Negreiros Vega"
EsSalud

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE INFECCION DE SITIO OPERATORIO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Infeción de sitio operatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: *ALVARO ZAPATA NORC* DNI: *06167282*

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

28 de *08* del 20 *18*.


 Firma del Experto Informante.
 Especialidad

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE FACTORES DE RIESGO

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN PREPARATORIA PARA LA EJECUCIÓN							
1	Ruptura prematura de membranas	✓		✓		✓		
2	Corioamnionitis	✓		✓		✓		
3	Trabajo de parto	✓		✓		✓		
4	Expulsivo prolongado	✓		✓		✓		
5	Cesárea de emergencia	✓		✓		✓		
6	Patología materna (obesidad, anemia, diabetes gestacional, infección urinaria)	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: *NOEL AZCAR ZAPA* DNI: *06167282*

Especialidad del validador: *Metodólogo*

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

31 de 08 del 2018



Firma del Experto Informante.

Especialidad

Anexo 4. Base de datos

N°	Edad	Edadgest	N° Cesarea	Peso	Talla	IMC	IMC_Cod	Rom	Corio	W.Parto	Exp_prol Cesarea_em er	Hb_preoper	Obesidad	Anemia	Diabetes	ITU	ISO	
1	36	39	1	53	1.5	23.56	Normal	No	No	No	No	No	11.2	No	No	No	No	No
2	33	38	1	65	1.55	27.06	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	12.2	No	No	No	No	No
3	39	40	1	65	1.46	30.49	Obesidad	No	No	No	No	No	12.4	Si	No	No	No	No
4	27	41	0	56	1.65	20.39	Normal	Si	No	Si	No	Si	12.4	No	No	No	No	No
5	36	39	0	54	1.45	25.68	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	11	No	No	No	No	No
6	27	39	2	58	1.45	27.59	Sobrepeso	Si	No	Si	No	Si	12.3	No	No	No	No	No
7	33	38	2	56	1.52	24.24	Normal	No	No	No	No	No	11.2	No	No	No	No	No
8	35	38	1	92	1.6	35.94	Obesidad	No	No	No	No	No	13	Si	No	No	No	No
9	28	38	2	52	1.56	21.37	Normal	No	No	No	No	No	10.8	No	Si	No	No	No
10	34	37	0	74	1.51	32.45	Obesidad	Si	No	Si	No	Si	14.3	Si	No	No	No	No
11	28	37	2	59	1.57	23.94	Normal	No	No	Si	No	Si	11.4	No	No	No	No	No
12	24	39	1	55	1.61	21.22	Normal	No	No	Si	No	Si	12.2	No	No	No	No	No
13	23	40	0	58	1.53	24.78	Normal	No	No	Si	No	Si	11.5	No	No	No	No	No
14	35	40	0	52	1.5	23.11	Normal	No	No	No	No	No	10.3	No	Si	No	No	No
15	32	40	1	76	1.6	29.69	Sobrepeso	No	No	No	No	No	12.5	No	No	No	No	No
16	19	40	0	48	1.56	19.72	Normal	No	No	No	No	No	11.7	No	No	No	No	No
17	33	39	0	71	1.48	32.41	Obesidad	No	No	Si	No	Si	12.5	Si	No	No	No	No
18	31	41	0	84	1.57	34.08	Obesidad	No	No	No	No	No	12	Si	No	Si	No	No
19	15	39	0	49	1.5	21.78	Normal	No	No	Si	No	Si	11.8	No	No	No	No	No
20	28	40	0	50	1.47	23.14	Normal	No	No	Si	No	Si	10.4	No	Si	No	No	No
21	32	40	1	62	1.5	27.56	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	11.5	No	No	No	No	No
22	35	38	2	62	1.65	22.77	Normal	No	No	No	No	No	12	No	No	No	No	No
23	17	37	0	55	1.54	23.19	Normal	No	No	No	No	Si	9.7	No	Si	No	No	No
24	34	39	2	70	1.57	28.4	Sobrepeso	No	No	No	No	No	12.5	No	No	No	No	No
25	29	41	0	51	1.54	21.5	Normal	No	No	Si	No	Si	10.9	No	Si	No	No	No
26	33	40	1	54	1.45	25.68	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	10	No	Si	No	No	No
27	28	39	1	78	1.58	31.24	Obesidad	No	No	Si	No	Si	12.3	Si	No	No	No	No
28	27	38	0	92	1.65	33.79	Obesidad	No	No	No	No	No	10.6	Si	Si	No	No	No
29	29	40	1	70	1.5	31.11	Obesidad	No	No	Si	No	Si	10.5	Si	Si	No	Si	No

N°	Edad	Edadgest	N° Cesarea	Peso	Talla	IMC	IMC_Cod	Rom	Corio	W.Parto	Exp prol	Cesarea_emer	Hb_preoper	Obesidad	Anemia	Diabetes	ITU	ISO
30	29	41	0	52	1.61	20.06	Normal	No	No	Si	No	Si	12.5	No	No	No	No	No
31	37	39	2	68	1.57	27.59	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	10.9	No	Si	No	No	No
32	37	39	1	70	1.48	31.96	Obesidad	No	No	No	No	No	13.7	Si	No	No	No	No
33	23	42	0	75	1.54	31.62	Obesidad	No	No	Si	No	Si	10.8	Si	Si	No	No	No
34	29	41	1	80	1.57	32.46	Obesidad	No	No	Si	No	Si	11.9	Si	No	No	No	No
35	31	41	1	58	1.55	24.14	Normal	No	No	Si	No	Si	11.7	No	No	No	No	No
36	30	39	0	75	1.58	30.04	Obesidad	No	No	No	No	No	12.9	Si	No	No	No	No
37	33	39	1	74	1.6	28.91	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	11.6	No	No	Si	No	No
38	37	36	1	60	1.48	27.39	Sobrepeso	Si	No	Si	No	Si	9.8	No	Si	No	No	No
39	29	39	1	50	1.51	21.93	Normal	No	No	Si	No	Si	9.4	No	Si	No	No	No
40	37	37	1	62	1.56	25.48	Sobrepeso	Si	No	No	No	Si	12.6	No	No	No	No	No
41	32	40	1	60	1.46	28.15	Sobrepeso	Si	No	Si	No	Si	10.4	No	Si	No	No	No
42	27	40	0	48	1.55	19.98	Normal	No	No	No	No	No	10.8	No	Si	No	No	No
43	38	41	0	52	1.53	22.21	Normal	Si	No	Si	Si	Si	12	No	No	No	No	No
44	33	41	1	82	1.65	30.12	Obesidad	No	No	Si	No	Si	11.5	Si	No	No	No	No
45	29	40	1	80	1.51	35.09	Obesidad	No	No	Si	No	Si	12.9	Si	No	No	No	No
46	27	40	1	55	1.44	26.52	Sobrepeso	Si	No	Si	No	Si	11.7	No	No	No	No	No
47	27	35	0	78	1.6	30.47	Obesidad	No	No	No	No	No	10.8	Si	Si	No	Si	No
48	34	39	1	70	1.55	29.14	Sobrepeso	Si	No	Si	No	Si	12.9	No	No	No	No	No
49	28	37	0	52	1.6	20.31	Normal	No	No	No	No	Si	12	No	No	No	No	No
50	33	37	0	52	1.6	20.31	Normal	No	No	No	No	Si	12.9	No	No	No	No	No
51	40	41	1	66	1.63	24.84	Normal	No	No	Si	No	Si	11.9	No	No	No	No	No
52	32	39	1	70	1.52	30.3	Obesidad	Si	No	Si	No	Si	10.3	Si	Si	No	Si	No
53	35	39	1	57	1.55	23.73	Normal	No	No	No	No	No	12.1	No	No	No	No	No
54	28	39	0	52	1.54	21.93	Normal	No	No	No	No	No	10.1	No	Si	No	No	No
55	34	41	0	51	1.47	23.6	Normal	No	No	Si	No	Si	12.9	No	No	No	Si	No
56	34	39	1	76	1.5	33.78	Obesidad	No	No	No	No	No	11.2	Si	No	No	No	No
57	30	40	0	71	1.57	28.8	Sobrepeso	No	No	No	No	Si	13.5	No	No	No	No	No
58	34	39	0	64	1.66	23.23	Normal	Si	No	Si	No	Si	12.4	No	No	No	Si	No

N°	Edad	Edadgest	N° Cesarea	Peso	Talla	IMC	IMC_Cod	Rom	Corio	W.Parto	Exp prol	Cesarea_emer	Hb_preoper	Obesidad	Anemia	Diabetes	ITU	ISO
59	28	36	2	89	1.54	37.53	Obesidad	Si	No	Si	No	Si	11.6	Si	No	No	No	No
60	25	41	0	59	1.55	24.56	Normal	No	No	Si	No	Si	11.1	No	No	No	Si	No
61	28	40	1	56	1.47	25.92	Sobrepeso	No	No	No	No	No	11.9	No	No	No	No	No
62	28	39	2	45	1.43	22.01	Normal	No	No	No	No	No	11.4	No	No	No	No	No
63	26	37	2	58	1.58	23.23	Normal	No	No	Si	No	Si	12.5	No	No	No	No	No
64	40	41	1	64	1.53	27.34	Sobrepeso	No	No	No	No	No	11.4	No	No	No	No	No
65	28	39	0	53	1.55	22.06	Normal	No	No	Si	No	Si	11.8	No	No	No	Si	No
66	42	41	0	63	1.6	24.61	Normal	No	No	Si	No	Si	12.5	No	No	No	No	No
67	32	39	1	50	1.5	22.22	Normal	No	No	No	No	No	11.5	No	No	No	No	No
68	35	41	0	60	1.39	31.05	Obesidad	Si	No	Si	No	Si	12	Si	No	No	No	No
69	35	40	0	52	1.55	21.64	Normal	No	No	Si	No	Si	10.4	No	Si	No	No	No
70	34	37	0	65	1.63	24.46	Normal	Si	No	Si	No	Si	10.5	No	Si	No	No	No
71	35	38	0	71	1.67	25.46	Sobrepeso	No	No	No	No	No	9	No	Si	No	No	No
72	26	41	1	59	1.48	26.94	Sobrepeso	Si	No	Si	No	Si	9.9	No	Si	No	No	No
73	40	41	0	64	1.6	25	Sobrepeso	No	No	No	No	No	14.7	No	No	No	No	No
74	26	41	0	67	1.54	28.25	Sobrepeso	No	No	No	No	Si	13.1	No	No	No	No	No
75	32	39	0	56	1.45	26.63	Sobrepeso	No	No	No	No	Si	12	No	No	No	No	No
76	35	41	0	56	1.55	23.31	Normal	No	No	Si	No	Si	12.1	No	No	No	No	No
77	38	39	0	64	1.67	22.95	Normal	No	No	Si	No	Si	12.7	No	No	No	No	No
78	35	40	0	48	1.6	18.75	Normal	No	No	No	No	No	11.4	No	No	No	No	No
79	27	40	0	68	1.65	24.98	Normal	No	No	No	No	Si	12.3	No	No	No	No	No
80	34	39	1	78	1.53	33.32	Obesidad	No	No	No	No	Si	12.8	Si	No	No	No	No
81	29	37	1	70	1.5	31.11	Obesidad	No	No	Si	No	Si	12.1	Si	No	No	No	No
82	20	40	0	60	1.6	23.44	Normal	No	No	No	No	Si	10.6	No	Si	No	No	No
83	29	37	0	55	1.55	22.89	Normal	No	No	Si	No	Si	9.5	No	Si	No	No	No
84	37	40	1	58	1.56	23.83	Normal	No	No	No	No	No	13.8	No	No	No	No	No
85	35	38	1	70	1.6	27.34	Sobrepeso	No	No	No	No	No	7.6	No	Si	Si	No	No
86	35	39	1	68	1.53	29.05	Sobrepeso	Si	No	Si	No	Si	13.1	No	No	No	No	No
87	30	39	0	64	1.45	30.2	Obesidad	Si	No	Si	Si	Si	11.8	Si	No	No	No	No

N°	Edad	Edadgest	N° Cesarea	Peso	Talla	IMC	IMC_Cod	Rom	Corio	W.Parto	Exp prol	Cesarea_emer	Hb_preoper	Obesidad	Anemia	Diabetes	ITU	ISO
88	28	37	2	72	1.6	28.13	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	13.3	No	No	No	No	No
89	23	40	0	65	1.52	28.13	Sobrepeso	No	Si	Si	Si	Si	8.2	No	Si	No	No	No
90	23	41	0	65	1.53	27.77	Sobrepeso	Si	No	Si	No	Si	11.4	No	No	No	No	No
91	38	39	1	67	1.58	26.84	Sobrepeso	No	No	No	No	Si	10.2	No	Si	No	No	No
92	36	37	0	64	1.57	25.96	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	10.2	No	Si	No	No	No
93	31	38	1	60	1.65	22.04	Normal	No	No	Si	No	Si	10.6	No	Si	No	No	No
94	38	37	2	52	1.54	21.93	Normal	No	No	Si	No	Si	11.7	No	No	No	No	No
95	38	40	1	62	1.56	25.48	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	13.1	No	No	No	No	No
96	36	37	0	61	1.6	23.83	Normal	Si	No	Si	No	Si	12.2	No	No	No	No	No
97	26	40	0	60	1.48	27.39	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	14.4	No	No	No	No	No
98	31	40	0	69	1.52	29.86	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	13.7	No	No	No	No	No
99	41	38	1	60	1.58	24.03	Normal	No	No	No	No	No	12.5	No	No	No	No	No
100	38	41	1	64	1.49	28.83	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	10.1	No	Si	No	No	Si
101	36	38	0	52	1.56	21.37	Normal	No	No	No	No	Si	10.4	No	Si	No	No	Si
102	34	41	0	62	1.55	25.81	Sobrepeso	Si	No	Si	Si	Si	13.1	No	No	No	No	Si
103	24	38	0	59	1.52	25.54	Sobrepeso	Si	No	Si	No	Si	12.1	No	No	No	No	Si
104	29	40	0	53	1.54	22.35	Normal	Si	No	Si	No	Si	12.5	No	No	No	No	Si
105	36	39	1	55	1.55	22.89	Normal	Si	No	Si	No	Si	12.7	No	No	No	No	Si
106	33	38	1	86	1.65	31.59	Obesidad	Si	No	Si	No	Si	11.8	Si	No	No	No	Si
107	23	39	0	77	1.6	30.08	Obesidad	No	No	Si	No	Si	9.7	Si	Si	No	No	Si
108	26	38	0	61	1.53	26.06	Sobrepeso	Si	Si	Si	No	Si	11.8	No	No	No	Si	Si
109	27	40	0	81	1.6	31.64	Obesidad	No	No	Si	No	Si	12.5	Si	No	No	No	Si
110	38	38	0	55	1.56	22.6	Normal	No	No	Si	No	Si	10.9	No	Si	No	No	Si
111	38	37	0	56	1.52	24.24	Normal	No	No	Si	No	Si	13.2	No	No	No	No	Si
112	30	38	0	70	1.5	31.11	Obesidad	No	No	Si	No	Si	12.2	Si	No	No	No	Si
113	28	38	1	70	1.52	30.3	Obesidad	No	No	Si	No	Si	11.9	Si	No	No	No	Si
114	29	39	1	65	1.59	25.71	Sobrepeso	Si	No	Si	Si	Si	10.1	No	Si	No	No	Si
115	30	39	1	61	1.55	25.39	Sobrepeso	No	No	Si	No	Si	10.6	No	Si	No	No	Si
116	19	40	0	57	1.53	24.35	Normal	No	Si	Si	No	Si	11.2	No	No	No	Si	Si

N°	Edad	Edadgest	N°Cesarea	Peso	Talla	IMC	IMC_Cod	Rpm	Corio	W.Parto	Exp_prol Cesarea_em er	Hb_preoper	Obesidad	Anemia	Diabetes	ITU	ISO	
117	24	39	0	64	1.65	23.51	Normal	No	No	Si	No	Si	11.6	No	No	No	No	Si
118	17	40	0	57	1.59	22.55	Normal	Si	No	Si	Si	Si	10.8	No	Si	No	No	Si

Anexo 5. Instrumento

Instrumento: Ficha de recolección de datos a partir de expedientes clínicos

Tema: Factores de riesgo asociados a infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017

Tutor: Dr. Noel Alcas Zapata

Fecha:

Ficha N°:

1.- DATOS GENERALES:

Edad materna:

Edad gestacional:

G:

P:

N° Cesáreas:

Peso:

Talla:

IMC:

2.- RUPTURA PREMATURA DE MENBRANAS: Si () No ()

3.- CORIOAMNIONITIS: Si () No ()

4.- TRABAJO DE PARTO: Si () No ()

5.- EXPULSIVO PROLONGADO: Si () No ()

6.- CESAREA DE EMERGENCIA: Si () No ()

7.- MORBILIDAD MATERNA:

Obesidad: Si () No ()

Anemia: Si () No ()

Diabetes gestacional: Si () No ()

Infección urinaria: Si () No ()

8.- INFECCION DE HERIDA OPERATORIA: Si () No ()

Otras complicaciones:



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Noel Alcas Zapata, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado "**Factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017**" del estudiante **Javier Luis León Larico**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 25% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 11 de setiembre del 2018

Dr. Noel Alcas Zapata

DNI: 06167282

Feedback Studio - Mozilla Firefox
https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?u=1075786362&lang=es&o=989200701&is=1

feedback studio Factores de riesgo asociados a la infección de sitio operati... /0 9 de 15

Factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesarizadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud,

AUTOR:
Br. Javier Luis León Larico

ASESOR:
Dr. Noel Alcas Zapata

SECCIÓN:
Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Resumen de coincidencias

25 %

1	cybertesis.urp.edu.pe	4 %
2	docplayer.es	3 %
3	prezi.com	2 %
4	www.cenetec.salud.go...	1 %
5	www9.euskadi.net	1 %
6	cybertesis.unmsm.edu...	1 %
7	repositorio.une.edu.pe	1 %

Página: 1 de 60 Número de palabras: 11032 Text-only Report High Resolution Activado

05:10 p. m. 11/08/2018



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

LEÓN LARICO JAVIER LUIS

D.N.I. : 10195540

Domicilio :

Teléfono : Fijo : 5553949 Móvil : 989268975

E-mail : javier.leon.121@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

[] Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

[x] Tesis de Posgrado

[x] Maestría

[] Doctorado

Grado : MAESTRO

Mención : GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

LEÓN LARICO JAVIER LUIS

Título de la tesis:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO EN POSTCESARIANAS EN EL HOSPITAL II LUIS NEGREIROS VEGA - 2017.

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

[x]

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

[]

Firma :

[Handwritten signature]

Fecha:

12/12/18



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

LEÓN MARICO JAVIER LUIS

INFORME TITULADO:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO
EN POSTCESAREADAS EN EL HOSPITAL II LUIS NEGREIROS VEGA - 2017

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SUSTENTADO EN FECHA: 01/09/18

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por unanimidad.



[Firma manuscrita]

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN