

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA
ESCUELA UNIVERSITARIA CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS PACIENTES CON
DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA POST CESAREA

PRESENTADO POR:

SARA MARJORIE RAMOS BANEGAS

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESOR:

METODOLOGICO: DR. MARVIN RODRIGUEZ PhD

SAN PEDRO SULA

HONDURAS C.A.

14 NOVIEMBRE 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA

ESCUELA UNIVERSITARIA CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS PACIENTES CON
DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA POST CESAREA**

PRESENTADO POR:

SARA MARJORIE RAMOS BANEGAS

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESORES:

METODOLOGICO: DR. MARVIN RODRIGUEZ PhD

SAN PEDRO SULA

HONDURAS C.A.

14 NOVIEMBRE 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH

RECTOR:

DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO

VICERRECTORA ACADÉMICA

MSc. BELINDA FLORES

SECRETARIA GENERAL

ABG. EMNA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y POSTGRADOS

MSC. LETICIA SALOMON

DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADOR GENERAL POSTGRADOS DE MEDICINA FCM

OCTAVIO RUBEN SANCHEZ MIDENCE

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH-VS

DIRECTOR UNAH-VS

MSC. ISBELA ORELLANA RAMIREZ

SUBDIRECTOR ACADEMICO

MSc. ADA CANTARERO

SUBDIRECTOR VINCULACION UNIVERSIDAD SOCIEDAD

DR. FRANCISCO JAVIER SANCHEZ

SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y

DEPORTE

MSC. RAFAEL ENRIQUE MEJIA

SECRETARIA

DRA. JESSICA PATRICIA SANCHEZ MEDINA

COORDINADOR DE POSTGRADO

MSc. ISBELA ORELLANA RAMIREZ

DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

DR. JOSÉ RAÚL ARITA CHAVEZ

JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA CLINICA INTEGRAL

DR. MARCO ANTONIO MOLINA SOTO

COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA

DR. JOSÉ PASTOR LAINEZ MACIS

COORDINADORA GENERAL DE INVESTIGACION CIENTIFICA

POSTGRADO DE MEDICINA. EUCS

DRA. TANIA SOLEDAD LICONA

COORDINADOR POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DRA. FRESIA MARIA ALVARADO GAMEZ

AGRADECIMIENTO

A Dios por sobre todas las cosas por acompañarme durante todo este camino.

A mis padres por su apoyo incondicional.

A mi esposo por ser mi compañero de vida.

A todos los maestros que ayudaron a mi formación.

DEDICATORIA

A mi familia, mis padres, mi esposo y hermanos por su apoyo incondicional y
ser el apoyo idóneo para mí.

A mi hijo Franklin David porque es el motor que me impulsa cada día.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	4
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
C. JUSTIFICACIÓN.....	6
D. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS.	9
E. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE INVESTIGACIÓN	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
A. PARTO.....	11
B. PARTO POR CESÁREA	14
C. COMPLICACIONES DE OPERACIÓN CESÁREA	23
D. DEHISCENCIA DE HERIDA POST CESARÉA.....	26
E. PREVENCIÓN	39
F. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS.....	41
G. INVESTIGACIONES RELACIONADAS	44
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	50
A. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	50
C. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	50
D. ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	50
E. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	50
G. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
H. PLAN DE ANÁLISIS.....	57
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	58
A. PRINCIPIOS ÉTICOS.....	58
CAPITULO V: RESULTADOS.....	60
A. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACION.....	60
CAPITULO VI: DISCUSIÓN.....	102
CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	105

A. CONCLUSIONES.....	105
B. RECOMENDACIONES.....	107
CAPITULO VIII: REFERENCIAS	108

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de Variables.....	51
Tabla # 2 Edad de las Pacientes.	61
Tabla # 3 Raza de las Pacientes	62
Tabla # 4 Ocupación de las Pacientes.....	63
Tabla # 5 Estado Civil de las Pacientes	64
Tabla # 6 Escolaridad de las Pacientes	65
Tabla # 7 Hábitos de las Pacientes.....	66
Tabla # 8 IMC de las Pacientes	67
Tabla # 9 Gestas de las Pacientes	68
Tabla # 10 Número de Partos.....	69
Tabla # 11 Número de Cesáreas	70
Tabla # 12 Número de Abortos	71
Tabla # 13 Número de Hijos Vivos.....	72
Tabla #14 Número de Hijos Muerto.	73
Tabla # 15 Edad Gestacional al Parto.....	74
Tabla # 16 Control Prenatal de las Pacientes	75
Tabla # 17 Antecedentes Personales Patológicos	76
Tabla # 18 Trabajo de Parto Prolongado	77

Tabla # 19 Numero de Exámenes Vaginales.....	78
Tabla # 20 Ruptura Prematura de Membranas.....	79
Tabla # 21 Indicación de la Cesárea.....	80
Tabla # 22 Profilaxis Antibiótica Antes de la Cesárea.....	81
Tabla # 23. Cesárea de Emergencia o Electiva de las Pacientes.....	82
Tabla # 24. Síntomas de las Pacientes: Fiebre.....	83
Tabla # 25. Síntomas de las Pacientes: Dolor.....	84
Tabla # 26 Síntomas de las Pacientes: Prurito.....	85
Tabla # 27 Síntomas de las Pacientes: Eritema.....	86
Tabla # 28 Síntomas de las Pacientes: Inflamación.....	87
Tabla # 29 Síntomas de las Pacientes: Secreción.....	88
Tabla # 30 Síntomas de las Pacientes: Induración.....	89
Tabla # 31 Síntomas de las Pacientes: Cambios de Coloración.....	90
Tabla # 32 Extensión de la Dehiscencia de la Herida Quirúrgica.....	91
Tabla # 33 Cultivo de Herida Quirúrgica de las Pacientes.....	92
Tabla # 34 Hemoglobina de las Pacientes.....	93
Tabla # 35 Tratamiento que Recibieron las Pacientes.....	94
Tabla # 36 Lugar de Procedencia de las Pacientes.....	95
Tabla # 37 Unidad de Salud Donde Recibió Control Prenatal.....	96
Tabla # 38 Unidad de Salud de Referencia de las Pacientes.....	97
Tabla # 39 Días Intrahospitalarios de las Pacientes.....	98
Tabla # 40 Tratamiento Quirúrgica de las Pacientes.....	99

Tabla # 41 Jornada en la que se Realizó la Cesárea.....	100
---	-----

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico # 1 Edad de las Pacientes.....	61
Gráfico # 2 Raza de las Pacientes.....	62
Gráfico # 3 Ocupación de las Pacientes.....	63
Gráfico # 4 Estado Civil de las Pacientes.....	64
Gráfico # 5 Escolaridad de las Pacientes.....	65
Gráfico # 6 Hábitos de las Pacientes.....	66
Gráfico # 7 IMC de las Pacientes.....	67
Gráfico # 8 Gestas de las Pacientes.....	68
Gráfico # 9 Número de Partos.....	69
Gráfico # 10 Número de Cesáreas.....	70
Gráfico # 11 Número de Abortos.....	71
Gráfico # 12 Número de Hijos Vivos.....	72
Gráfico # 13 Número de Hijos Muertos.....	73
Gráfico # 14 Edad Gestacional al Parto.....	74
Gráfico # 15 Control Prenatal de las Pacientes.....	75
Gráfico # 16 Antecedente Personal Patológico.....	76
Gráfico # 17 Trabajo de Parto Prolongado de las Pacientes.....	77
Gráfico # 18 Numero de Exámenes Vaginales.....	78
Gráfico # 19 Ruptura Prematura de Membranas.....	79
Gráfico # 20 Indicación de la Cesárea.....	80

Gráfica 21. Profilaxis Antes de la Cesárea.....	81
Gráfica # 22. Cesárea de Emergencia o Electiva de las Pacientes.....	82
Gráfico # 23. Fiebre en las Pacientes	83
Gráfico # 24 Dolor en las Pacientes.....	84
Gráfico # 25 Prurito en las Pacientes.....	85
Gráfico # 26 Eritema en las pacientes.	86
Gráfica # 27 Inflamación en las pacientes.	87
Gráfico # 28 Secreción de Herida Quirúrgica.....	88
Gráfico # 29 Induración de la Herida.	89
Gráfico # 30 Cambios de Coloración de la Herida.	90
Gráfico # 31 Extensión de la Dehiscencia de la Herida Quirúrgica.	91
Gráfico # 32 Cultivo de secreción de Herida Quirúrgica.....	92
Gráfico # 33 Hemoglobina de las Pacientes.	93
Gráfico # 34 Tratamiento que Recibieron las Pacientes.	94
Gráfico # 35 Lugar de Procedencia de las Pacientes.....	95
Gráfico # 36 Unidad de salud Donde Recibió Control Prenatal.....	96
Gráfico # 37 Lugar de Referencia de las Pacientes.	97
Gráfico # 38 Días Intrahospitalarios de las Pacientes.....	98
Gráfico # 39 Tratamiento Quirúrgico de las Pacientes.....	99
Gráfico # 40 Jornada en la que se Realizó la Cesárea.	100
Gráfico # 41 Distribución de casos por mes.....	101

INTRODUCCIÓN

La dehiscencia de herida quirúrgica es una complicación que se presenta con una frecuencia de 1 - 8% y representa un problema de salud principalmente en países donde las condiciones de la atención médica son precarias y no cumplen con protocolos o normas de bioseguridad y en donde la población presenta una serie de características que contribuyen a la presencia de esta situación.

La trascendencia de esta complicación radica en que afecta de manera significativa la salud física y mental de la paciente, porque tiene que ser hospitalizada nuevamente y en algunos casos graves se puede presentar exposición de órganos internos que requerirán de largas estancias hospitalarias o que pueden poner en riesgo la vida, además las instituciones de salud se ven afectadas por la mala imagen institucional y por el consumo de presupuesto. x

Se ha documentado que existen factores intrínsecos que se han relacionado con esta complicación dentro de los que podemos mencionar edad, raza, factores inmunológicos como anemia, desnutrición, patologías agregadas como diabetes y obesidad, también tenemos factores extrínsecos como tiempo quirúrgico, y medidas de asepsia y antisepsia.

El objetivo principal de esta investigación fue describir las características epidemiológicas de las pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea de la sala de maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, durante el 2016, encontrándose una prevalencia de 1.83%, el promedio de edad

fue de 24 años \pm 5 años, de raza mestiza, solteras, amas de casa, el lugar más frecuente de procedencia fue San Pedro Sula, recibieron su atención prenatal en Hospital Leonardo Martínez Valenzuela siendo referidas en su mayoría de Villanueva.

Esta tesis se divide en IX capítulos, que se describen a continuación:

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, se realiza una narración del problema de investigación y como se manifiesta en la población en estudio.

CAPITULO II: MARCO TEORICO, se presenta el marco referencial que es una forma de contextualizar de manera organizada el problema de investigación planteado y de sustentar teóricamente el estudio, provee el marco de referencia para el análisis de los resultados. Al cual se llega mediante la obtención, consulta, extracción y recopilación de la literatura científica más importante y la más reciente posible.

CAPITULO III: METODOLOGIA, se describe detalladamente las fases o etapas que fueron necesarias realizar para desarrollar la investigación y alcanzar los objetivos planteados.

CAPITULO IV: CONSIDERACIONES ETICAS, se pretende señalar las consideraciones éticas que se deben de tomar en cuenta cuando se realiza un proceso de investigación con el fin de garantizar y proteger los derechos de las personas que están siendo sujeto de estudio, maximizando los beneficios y minimizando los riesgos.

CAPITULO V: RESULTADOS, se presenta la información obtenida del análisis los datos recolectados durante el desarrollo de la investigación, con lo que se da respuesta a los objetivos y a la pregunta principal.

CAPITULO VI: DISCUSION, se comparan los resultados obtenidos en la investigación con estudios similares internacionales.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, se presentan las conclusiones con base a los resultados obtenidos en la investigación y se hacen recomendaciones pertinentes a los hallazgos.

CAPITULO VIII: REFERENCIAS, se presenta una lista de libros, artículos científicos, revistas, tesis que se utilizaron para el desarrollo de la investigación.

CAPITULO IX: ANEXOS, se proporciona información adicional relacionada con el contenido del trabajo de investigación.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen múltiples complicaciones en el puerperio quirúrgico, una de las más frecuentes y que encontramos a nivel de la cicatriz operatoria es la dehiscencia de la herida que puede presentarse en cualquier momento de este período, siendo más frecuente a nivel del séptimo día o en el momento de retirar los puntos cutáneos, constituyendo un problema no solo físico sino que también psicológico, porque la paciente tiene que ser hospitalizada y separada del recién nacido, además de la ansiedad causada por la estancia hospitalaria y los factores estéticos post cierra de la herida, y el problema económico que esto genera a la paciente, su familia y las instituciones públicas.

En América Latina las estadísticas afirman que dada la alta tasa de cesáreas también van en aumento sus complicaciones entre éstas la dehiscencia de herida quirúrgica, cuya tasa varía según la población en estudio y va desde 1% hasta un 8% dependiendo de las condiciones locales de la herida. Una revisión de un artículo en los Archivos de Ginecología y Obstetricia en el 2010 en la ciudad de México (Ibáñez 2011) informó que el 1,2 % de cesáreas se complican por dehiscencia durante el período post-operatorio.

Algunas de las características epidemiológicas que se han relacionado con la dehiscencia de herida quirúrgica son mujeres jóvenes en la segunda década de la vida, aunque aún la evidencia no es concluyente se ha descrito que las mujeres de raza negra tienen una mayor probabilidad de presentar esta complicación, se

trata también de mujeres multíparas con antecedentes de cesáreas anteriores, residentes de las zonas urbanas, alfabetas y con estado civil de unión libre.

Las mujeres que presentan una mayor probabilidad son las que tienen sobrepeso, fuman, toman esteroides por vía oral o intravenosa o sufren de enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades del riñón y del sistema inmunológico) son las más propensas a desarrollar dehiscencia de la herida que aquellas mujeres sin estos factores de riesgo. El pujo debido a la tos, el esfuerzo con las deposiciones, esfuerzos durante las actividades domésticas y vómitos también contribuyen a que se presente esta complicación.

Dentro de las consecuencias de una dehiscencia de herida quirúrgica encontramos infecciones nosocomiales ya sea de piel, tejido celular subcutáneo hasta cuadros de infecciones abdominales como perforaciones de vísceras huecas, peritonitis que secundariamente produce problemas de cicatrización anormal, también puede llevarnos a estados de sepsis graves y shock séptico, causando morbi- mortalidad materna, La mortalidad directa por Infección de herida quirúrgica es del 0,6% y la mortalidad asociada , del 1,9%. generando aumento en el consumo de recursos hospitalarios al hacer uso en algunas ocasiones de las unidades de cuidados intensivos, según datos del CDC las estancias hospitalarias por dehiscencias de herida quirúrgica aumentan hasta 8 días extra por paciente y los costos hospitalarios se incrementan hasta 2100 dólares de gasto adicional por infección, como primer componente de este gasto

corresponde el alargamiento de la estancia hospitalaria seguido del consumo de antimicrobianos.

La dehiscencia de herida quirúrgica se puede prevenir y depende mucho del personal de salud, en dar adecuada información acerca del cuidado de la herida, el tiempo que debe transcurrir antes del retiro de las suturas, la adecuada limpieza de esta tener precauciones en cuanto a la actividad física una dieta adecuada rica en proteínas dar información detallada sobre el estado nutricional de la paciente.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características epidemiológicas de las pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea de la sala de maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, durante el año 2016?

C. JUSTIFICACIÓN

1. Conveniencia.

Conociendo que en las pacientes quirúrgicas son diversos los factores que influyen en la dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea el estudio servirá para identificar y detallar características epidemiológicas en pacientes que presentaron dehiscencia post quirúrgica y tomando en cuenta los resultados implementar medidas de apoyo que sirvan para dar una atención integral a las pacientes tanto en el pre como post parto y reducir así la morbilidad materna.

2. Relevancia.

Se beneficiarán del estudio todas aquellas pacientes en edad fértil de las zonas de influencia de san pedro sula que reciban atención en centros hospitalarios en donde los resultados podrán ser sociabilizados, en donde se podrá conocer el impacto económico, en días hospitalarios que genera la estancia de pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica y las implicaciones con la ausencia materna y de la recuperación de la salud física, psicológica y emocional de la madre, además del compromiso que se adquiere como cirujanos para hacer gestiones para su disminución.

3. Implicaciones prácticas

Al conocer los resultados y estos al poder ser sociabilizados ya sea en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela o en otras unidades prestadores de salud se podrá dar consejería a las pacientes sobre características individuales que predisponen a dehiscencia de herida post Cesárea y reconocer signos y síntomas tempranos de esta patología.

4. Valor teórico.

Este trabajo servirá para documentar y recopilar datos estadísticos y epidemiológicos actualizados de la población en estudio que podrán servir de apoyo a futuras investigaciones ya que no contamos con estos registros de salud en nuestro país acerca de esta patología (BVS), y sobre todo en zona de influencia Nor Occidental.

5. Utilidad metodológica.

El instrumento de recolección de datos también servirá de base para futuros estudios de seguimiento acerca de la patología, y valdrá de base estadística a las autoridades del hospital Leonardo Martínez donde se llevará a cabo el estudio.

D. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS.

1. Objetivo general:

Describir las características epidemiológicas de las pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea de la sala de maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, durante el 2016.

2. Objetivos específicos:

- a) Determinar la prevalencia de dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea en la sala de maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela.
- b) Describir las características personales de las pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea
- c) Detallar las características del lugar de las pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica.
- d) Determinar la tendencia en tiempo de la dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea.

E. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE INVESTIGACIÓN

- a. ¿Cuál es la prevalencia de dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea en la sala de maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela?
- b. ¿Cuál es procedencia de las pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica?
- c. ¿Cuál es la tendencia en tiempo de la dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea?

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. PARTO

El parto lo definimos como la cadena de eventos fisiológicos que permiten el nacimiento de un feto desde el útero hasta el mundo exterior. La duración media de un embarazo único es de 40,0 semanas (280 días), contados desde el primer día de la fecha de última regla. Se considera embarazo a término desde las 37 semanas hasta las 42 semanas.

El trabajo de parto es un diagnóstico que se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas, que van en aumento de frecuencia e intensidad, asociándose con un progresivo borramiento y dilatación de cérvix. Más específicamente, se asocia con un cambio en el patrón de contractilidad del miometrio desde las «contracturas» irregulares (actividad de larga duración y baja frecuencia) a las «contracciones» regulares (actividad de alta intensidad y alta frecuencia). Es importante constatar que aquellas contracciones uterinas, por sí solas, en ausencia de cambios cervicales, no son suficientes para establecer el diagnóstico. La expulsión del tapón mucoso puede preceder en varios días el inicio de parto, pero no definitivo ni diagnóstico para decir que ha iniciado el trabajo de parto. En el trabajo de parto normal a término, parece existir una relación temporal entre los cambios bioquímicos en el tejido conjuntivo del cérvix, que preceden a las contracciones uterinas, que, a su vez, preceden a la dilatación

cervical. Las membranas fetales se rompen clásicamente durante el curso del parto o antes llamándose ruptura prematura de membranas (Liao, 2012).

Desde la clínica del trabajo de parto se dice que este ha iniciado cuando existe contracciones uterinas regulares (3-5 contracciones en 10 minutos) que son capaces de producir maduración y dilatación cervical (3-2 cm). Sin embargo, existen diferentes factores que pueden afectar a la evolución normal del trabajo de parto; entre las que se encuentran el tamaño, la presentación, la posición, la situación y la actitud fetal, así como la morfología del canal del parto. Para facilitar su estudio y organizar su manejo, el trabajo de parto se ha dividido tradicionalmente en tres etapas:

1. Primera Etapa del Parto (Periodo de dilatación): se divide a su vez de dos fases:
 - a) Fase Latente: Se inicia desde el momento en que la madre percibe “dolor” o actividad uterina y finaliza con la presencia de un cérvix borrado y con dilatación de a 3-5 centímetros. En este período las contracciones son de baja intensidad y no siguen un patrón regular, lo que no produce grandes modificaciones en la dilatación cervical. Puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas.
 - b) Fase Activa: Periodo de tiempo comprendido entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. En este lapso se producen dos cambios significativos: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece una duración media de 4 horas en multíparas y 6 en nulíparas.

2. Segunda Etapa del Parto llamado también Período de expulsivo. Se inicia cuando hay una dilatación completa del cérvix y finaliza con el nacimiento del feto. La duración promedio según la SEGO es de 2 horas en nulíparas y 1 hora en multíparas, pero suele ser muy variable y depende de muchos factores durante el trabajo de parto.
3. Tercera Etapa del Parto (o período del alumbramiento). Ocurre entre el nacimiento del recién nacido (RN) y la expulsión de la placenta. Puede durar hasta 45 minutos en nulíparas y un máximo de 30 minutos en multíparas (Fuentes, 2010).
4. La definición de fase latente prolongada es de 14 horas en las multíparas y 20 horas para nulípara, que corresponde al percentil 95 de la escala de Friedman, valores muy alejados de los tiempos promedios encontrados por él. En otro sentido, se ha planteado que la fase latente prolongada era benigna, que el feto la toleraba bien y que su extensión no influía en la ejecución de cesáreas afirmaciones que carecen de credibilidad en los momentos actuales. Koontz y Bishop señalaron que no existían justificaciones clínicas válidas para establecer límites estrictos en la curva de Friedman.

La fase latente es un periodo que sirve en la preparación uterina para el parto, cuyos aspectos a destacar son el reblandecimiento del cuello, el aumento de receptores de oxitocina en las células endometriales, un aumento sustancial

de los puentes de unión, del número de conexinas en el miometrio y, por consiguiente, una mayor sensibilidad a los agentes uterotónicos.

Durante los últimos años, la fase latente del trabajo de parto ha sido objeto de estudio por parte de muchos autores, con el fin de dar un mejor diagnóstico y seguimiento. Así, la OMS propuso incorporar el uso del partograma en el seguimiento de la mencionada fase, pues no hay contraindicaciones para que este puede utilizarse, si se considera que es un instrumento adecuado para precisar la evolución del trabajo de parto, el diagnóstico de las distocias y la actuación rápida, con vistas a evitar resultados adversos tanto en la madre como en el feto (Napoles, 2012).

B. PARTO POR CESÁREA

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que se realiza con el fin de dar nacimiento al feto a través de la vía abdominal realizando una incisión en piel a través de los planos anatómicos y en útero (histerotomía). inicialmente su indicación era cuando la vía vaginal no era posible y con fin de proteger la vida del producto y de la madre aun cuando la mortalidad de esta era cerca del 100%. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna, así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente.

1. Técnica

Paciente en posición supina con ligera lateralización uterina hacia izquierda que permite mejor retorno venoso. Esto se logra por desplazamiento uterino por compresión manual lateral o uso de cuña en región lumbar derecha que habitualmente se retira al inicio de la cirugía.

- a. Laparotomía de Pfannenstiel: Se realiza incisión transversa de 10-12 cm de extensión por sobre el pubis. Sección del celular subcutáneo y aponeurosis también en forma transversa. Disección del plano muscular sub-aponeurótico partiendo por la línea media, teniendo especial cuidado con la hemostasia de vasos perforantes. Se separan en sentido vertical los rectos abdominales hasta identificar el peritoneo parietal y se penetra a la cavidad peritoneal identificándose la zona del segmento uterino.

Histerotomía: la más frecuentes utilizada es la que se realiza en la zona trasversa baja a nivel del segmento (de menor grosor y con adherencia laxa al peritoneo visceral) dentro de las ventajas de esta incisión es el menor riesgo de sangrado y menor riesgo de ruptura en embarazos futuros. se abre transversalmente el peritoneo visceral y se desciende la vejiga disecando esta. La incisión uterina se realiza de manera transversa y arciforme para evitar la lesión de los vasos del ligamento ancho. Una vez expuesto, el amnios se secciona y se procede con la extracción fetal, siendo las maniobras de extracción dependientes del tipo de presentación.

Se puede postergar el pinzamiento del cordón por alrededor de 30-60 segundos con el fin de dar beneficio al neonato con los niveles hematológicos, esto no cabe en aquellos casos de emergencia donde el pinzamiento debe ser inmediato.

Histerorráfía: existen múltiples técnicas que se pueden utilizar para el cierre de la pared uterino se puede hacer uso de una sutura continua en uno o dos planos o una sutura con puntos invaginantes ya sea separados o continuos.

El cierre del peritoneo visceral es un tiempo que puede o no realizarse. Si se realiza se utiliza una sutura corrida o con puntos separados con material reabsorbible. Al terminar la histerorráfía debe realizarse una adecuada revisión para asegurar la hemostasia, así como de los anexos, recuento de agujas y compresas y lavado detallado de la cavidad pélvica-abdominal.

Cierre peritoneo parietal, afrontamiento de músculos rectos abdominales y cierre de aponeurosis: El cierre del peritoneo parietal se realiza con una sutura continua con material reabsorbible o con puntos separados y se puede realizar en conjunto con afrontamiento muscular o por separado. La fascia aponeurótica se cierra habitualmente con material reabsorbible (vicril) # 0 con sutura corrida. Se debe ser cuidadoso en la hemostasia por la posibilidad de sangrado de perforantes y la formación de un hematoma subaponeurótico.

Cierre plano celular y piel: algunos autores mencionan que el cierre del tejido celular subcutáneo debe realizarse cuando es mayor de 2cm se realiza una adecuada hemostasia y se hace con sutura corrida o puntos separados con

material reabsorbible # 00. La piel puede aproximarse con sutura subdérmica o con puntos separados. Si se utiliza material no reabsorbible debe retirarse a los 7-10 días posterior a la operación (SCHNAPP, 2014).

Cierre de pared: La ausencia del cierre del peritoneo no se asocia a una mayor morbilidad postoperatoria ni parece que incremente la tasa de dehiscencias posteriores, además se ha asocia con menor tiempo quirúrgico y el tiempo de íleo paralítico y disminuye la irritación peritoneal y la fiebre post cesárea (Fuentes M. G., 2009).

También se encuentran otras técnicas de cesárea dentro de ellas tenemos La técnica Joel-Cohen:

- b. Ésta técnica se diferencia de la técnica descrita Pfannestiel en varios aspectos. Se utiliza la incisión abdominal "Joel-Cohen". Ésta es una incisión transversal derecha únicamente a través de la piel, a 3 cm por debajo del nivel de las espinas ilíacas superiores anteriores (más elevada que la incisión Pfannenstiel). Los tejidos subcutáneos se abren únicamente en el centro a 3 cm. Se realiza una incisión a la fascia de forma transversal en la línea media y luego se extiende lateralmente con una disección del dedo sin corte (Joel-Cohen 1977; Wallin 1999). La disección del dedo se utiliza para separar los músculos rectos de forma vertical y abrir el peritoneo. Todas las capas de la pared abdominal se estiran manualmente para extender la incisión de la piel. La vejiga se refleja hacia abajo. Se realiza una incisión al miometrio de forma transversal en la línea media, pero sin cortar el saco amniótico, luego se abre

y se extiende lateralmente con la disección del dedo. Las suturas interrumpidas se utilizan para el cierre del miometrio. Los estudios retrospectivos han sugerido que estos métodos reducen el tiempo de operación, la pérdida de sangre y la estancia hospitalaria postoperatoria.

- c. La técnica Misgav-Ladach: Ésta es una modificación de la técnica Joel-Cohen, desarrollada por Stark y colegas. La incisión abdominal Joel-Cohen se utiliza, excepto para la fascia en donde se utiliza una tijera levemente entre abierta y se va deslizando de extremo a extremo. El útero se abre como con el método Joel-Cohen. La placenta se retira manualmente. El útero se extrae del cuerpo. La incisión del miometrio se cierra con una sutura continua en una sola capa. Las capas peritoneales no se suturan. La fascia se cierra con una sutura continua. La piel se cierra con dos o tres suturas de colchonero. Entre estas suturas, los bordes de la piel se acercan con las pinzas de Allis, que se dejan en el lugar durante cinco minutos mientras se retiran los pliegues. Las ventajas que se han reportado son menor tiempo quirúrgico, menor uso de sutura, menor pérdida de sangre, menos dolor postoperatorio, menor riesgo de infección de la herida, y menores adherencias en cirugías posteriores. Una comparación retrospectiva descubrió que la clásica incisión Joel-Cohen estaba asociada con una menor acumulación de sangre postoperatoria en la pared abdominal, el saco de Douglas y el segmento uterino inferior que la incisión modificada, pero las diferencias eran mínimas (GJ, 2013).

2. Etimología:

El término “cesárea” se ha atribuido al emperador cesar ya que se supone habría nacido mediante esta vía, sin embargo se duda de esta teoría ya que su madre estaba viva durante su gobierno y esto parece improbable ya que la mortalidad en esa época era del cien por ciento. Otra, proviene de una ley romana denominada “Ley Regia o Ley César”, la que obligaba a cortar el abdomen y extraer al feto de toda mujer embarazada fallecida. Por último, se argumenta que el verbo latino “caedere” que significa cortar o simplemente se haya adaptado al nacimiento de un niño mediante corte de las paredes.

3. Epidemiología:

En los últimos 50 años la tasa de nacimientos por cesárea ha aumentado en todo el mundo hasta en un 30% en comparación con las cifras obtenidas en los años 60 que era de un 5%, el aumento en la tasa de inducciones o ingreso a la maternidad en etapas precoces del trabajo de parto, también han sido asociadas a mayor número de esta práctica quirúrgica.

En efecto, el diagnóstico “Falta de Progreso del Trabajo de Parto” ha pasado a ser la primera causa de esta intervención (S, 2014).

4. Tipos

De acuerdo a sus indicaciones las cesáreas pueden ser:

- a. Cesárea de emergencia: Es la que se practica para solventar o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica, cuando la gestante está ya en trabajo de parto.
 - b. Cesárea electiva: son aquellas cesáreas que se realizan en una fecha programada y en la que la paciente aun no inicia trabajo de parto.
5. Indicaciones: La indicación para realizar una operación cesárea puede ser:
- a. Causas maternas
 - i. Distocia de partes óseas (desproporción céfalo-pélvica):
 - ii. Estrechez pélvica
 - iii. Pelvis asimétrica o deformada
 - iv. Tumores óseos de la pelvis
 - v. Distocia de partes blandas
 - vi. Malformaciones congénitas
 - vii. Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto
 - viii. Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas
 - ix. Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto
 - x. Distocia de la contracción:
 - xi. Hemorragia asociados a trastornos placentarios como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta.

- xii. Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.

b. Causas fetales:

- i. Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica
- ii. Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- iii. Prolapso de cordón umbilical
- iv. Sufrimiento fetal
- v. Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
- vi. Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal

c. Causas mixtas:

- i. Síndrome de desproporción cefalopélvica
- ii. Pre-eclampsia/eclampsia
- iii. Embarazo múltiple
- iv. Infección amniótica
- v. Isoinmunización materno-fetal (REGALADO, 2015).

- d. El Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido ha hecho una publicación en abril del 2004; llamadas “las guías para la operación cesárea” siendo su principal objetivo hacer énfasis en algunos aspectos de éstas que pueden tener implicaciones para el personal de anestesiología y así diferenciar entre una verdadera emergencia en donde está en riesgo la vida de la madre o el feto y situaciones en las cuales no es una amenaza inminente a la vida.

Esta la clasifica en 4 puntos con base en el bienestar del producto:

Categoría I. cuando hay una amenaza directa e inminente para la vida de la madre o el feto. Se debe realizar la operación cesárea por bradicardia fetal severa, prolapso de cordón, ruptura uterina y pH fetal menor de 7.2.

Categoría II. Compromiso materno o fetal que no es una amenaza inminente para la vida. Hay un grado de urgencia para la finalización del embarazo a fin de evitar un mayor deterioro futuro de las condiciones ya sea de la madre o del feto. Por ejemplo, la hemorragia previa al parto, la falta en el progreso de trabajo de parto con compromiso materno o fetal.

Categoría III. No hay compromiso materno o fetal, pero se requiere interrumpir el embarazo. Ruptura prematura de membranas y cesárea programada con trabajo de parto.

Categoría IV. No hay amenaza a la vida de la madre o el feto debe de haber Interrupción programada del embarazo adaptándose a la paciente y al personal hospitalario, esta se puede realizar en cualquier momento siempre y cuando sea un producto de termino.

Cesárea electiva. En la cesárea urgente el tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no deberá superar los 30 minutos (estándar internacional). En el caso de cesárea urgente o emergente el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la intervención no debería ser superior a los 15 minutos (Salazar, 2013).

C. COMPLICACIONES DE OPERACIÓN CESÁREA.

Las cesáreas se han convertido en un procedimiento de rutina y muy frecuente a la hora de realizar procedimientos obstétricos, pero como toda intervención no está exenta de complicaciones que están pueden ser inmediatas y tardías.

1. Inmediatas. Son las que se presentan durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato. Las más frecuentes son las que se detallan a continuación:
 - a. Prolongación de la incisión hacia los ángulos que puede ocasionar lesión de los grandes vasos uterinos con la posterior formación de hematomas.
 - b. Las lesiones de vejiga estas lesiones son frecuentes cuando se realiza este tipo de incisiones abdominales y se hace disección de la vejiga también ocurre en aquellas pacientes que tienen algún tipo de adherencia. También durante la apertura del útero cuando la vejiga ha quedado suspendida y adherida al segmento uterino. Las lesiones pueden ser desde laceraciones de grado variable hasta la perforación. Cuando existe duda es importante hacer una revisión para delimitar la extensión de la lesión colocando la vejiga entre los dedos; también se puede inyectar una solución de azul de metileno a través de la sonda vesical para identificar el sitio de la perforación. La identificación de estas lesiones es elemental porque pueden pasar desapercibidas lesiones que luego ocasionan fístulas vesico-uterinas, mientras que con una detección

precoz estas no pasaran a mayores y pueden ser reparadas durante el operoatorio

- c. Cuando a nivel pélvico hay dilataciones vasculares en la reflexión vesico-uterina o hacia las porciones laterales del útero pueden presentarse sangrados importantes. Para evitarlo hay que practicar una hemostasia cuidadosa ligando los grandes vasos y electrocoagulando los pequeños con especial cuidado en revisar el lecho antes de realizar la síntesis de la pared abdominal.
 - d. Complicaciones respiratorias tipo embolismo pulmonar que puede ser de tipo vascular o las que se relacionan con el líquido amniótico.
 - e. Las lesiones intestinales estas son poco frecuentes y se presentan cuando hay algún tipo de adherencias.
 - f. Usualmente no se produce íleo paralítico en pacientes jóvenes sin antecedentes quirúrgicos, a menos que se haya hecho una manipulación excesiva del intestino. En caso de suceder, se presenta en el postoperatorio inmediato con distensión abdominal, ausencia o ruidos intestinales lentos y dificultad respiratoria.
2. Tardías. Son las que se presentan en el puerperio tardío o inclusive meses después de la operación. Las más frecuentes se enumeran a continuación:
 - a. Existe riesgos de hematomas en la pared abdominal cuando quedan vasos sangrantes en algunas de las capas que se han incidido. Se debe localizar de

nuevo el vaso sangrante para ligarlo o electrocoagularlo y, a veces, se necesita hacer una nueva aproximación de los planos de la pared abdominal.

- b. Se ha descrito que hay menor número de dehiscencias y/o eventraciones con incisiones transversales que longitudinales.
- c. La infección de la herida quirúrgica es una complicación poco frecuente que depende mucho de otros factores generales como: deficiencias nutricionales, bajo nivel socioeconómico, falta de control prenatal, obesidad, anemia y diabetes. Factores preoperatorios como: ruptura prolongada de membranas, número de tactos vaginales, técnica de asepsia y antisepsia y factores intraoperatorios como: tipo de incisión que se realiza, mala técnica quirúrgica, tiempo operatorio prolongado y habilidad del cirujano. La infección es, generalmente, el resultado de la contaminación por gérmenes que proceden ya sea de la misma paciente, en cirujano, el asistente o con el quirófano, de una antisepsia inadecuada durante el acto quirúrgico, etc. y suele estar asociada con un hematoma de la herida.

Los microorganismos que causan Infección de herida quirúrgica, usualmente provienen del mismo paciente (infección endógena), y pueden estar presentes en piel o en vísceras abiertas. La infección exógena puede presentarse cuando hay material operatorio contaminado, contaminación en el ambiente o cuando ya cerrada la herida operatoria los microorganismos tienen acceso a esta, después de la operación. Rara vez la infección puede provenir de

diseminación hematológica o provenir de prótesis o implantes colocados en el sitio de la cirugía (Tomás de Jesus Martinez , 2011).

- d. Las fístulas del recto o de la vejiga son también complicaciones poco frecuentes que se manifiestan en el puerperio tardío (un mes o más)
- e. La endometritis es una entidad infecciosa que se presenta en la cavidad uterina y se caracteriza por presentar fetidez en los loquios, fiebre, sub involución uterina y elevación de los valores de leucocitos (Aller, s.f.).

D. DEHISCENCIA DE HERIDA POST CESARÍA

Estos términos implican la separación sintomática o asintomática de los bordes de las incisiones quirúrgicas, con o sin signos de infección. Existen algunos síntomas y signos prodrómicos, especialmente un drenaje seroso o serosanguinolento por la herida. La incidencia es del 0 al 3%.

Para producirse una dehiscencia es preciso que exista una infección, junto con factores mecánicos asociados a complicaciones abdominales y pulmonares.

Los factores pueden ser: tipo de incisión, técnica y material de sutura utilizada; demasiadas suturas excesivamente juntas o con tensión excesiva; aumento de presión abdominal (tos, vómito, íleo), las complicaciones de la herida (abscesos sobre todo si hay peritonitis, hematoma o serosa), o la obesidad mórbida. La edad, caquexia, déficit de vitaminas, grados de anemia y ciertos medicamentos tienen una implicación más controvertida.

La elección de la incisión y de la técnica de cierre apropiada ayudan a prevenir la dehiscencia y eventración. Las características de las pacientes nos orientarán para tomar medidas convenientes para prevenir la complicación (Recari, 2009).

1. CLASIFICACION

Las Infecciones del Sitio Operatorio se clasifican según la profundidad del tejido que se compromete y el tiempo de aparición que presenta. El CDC por consenso de NNIS ha desarrollado los criterios estandarizados para la vigilancia de la infección del sitio operatorio y su correcta clasificación:

- a. Infección del Sitio Operatorio Superficial: Ocurre dentro de los 30 días siguientes a la cirugía. La infección implica solo piel o tejido subcutáneo y por lo menos uno de los siguientes criterios:
 - i. Secreción purulenta a través de la incisión que se ha confirmado por laboratorio.
 - ii. Identificación de microorganismos que se obtienen mediante cultivo de la herida o algunos de los tejidos adyacentes.

Al menos uno de los siguientes signos o síntomas de infección:
 - iii. Dolor y/o sensibilidad de la zona.
 - iv. Edema local
 - v. Eritema o calor
- b. Infección del Sitio Operatorio Profunda: Ocurre dentro de los 30 días posteriores a la cirugía si no se ha dejado un implante o dentro de un año se ha dejado un implante, aparentemente la infección se relaciona con el

procedimiento quirúrgico involucra los tejidos blandos profundos (fascia o planos musculares) de la incisión y el paciente presenta al menos uno de los siguientes hallazgos:

- i. Secreción purulenta profunda de la herida quirúrgica que no compromete ningún espacio ni órgano.
- ii. Dehiscencia espontánea de la incisión profunda o cuando se abre intencionalmente por el cirujano cuando el paciente presenta algunos de los siguientes signos o síntomas:

Temperatura mayor a 38°C.

Dolor localizado o sensibilidad de la zona.

Presencia de absceso u otro signo de infección que involucra la incisión profunda, detectado por examen directo durante la revisión quirúrgica, histología o radiología.

- c. Infección de Órgano/ Espacio. Ocurre en los siguientes 30 días posteriores a la cirugía si no se ha dejado un implante o dentro de un año si se ha dejado un implante y la infección podría estar relacionada con el procedimiento quirúrgico. La infección excluye la piel, fascia y capas musculares abiertas o manipuladas durante el procedimiento quirúrgico y el paciente presenta al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - i. Secreción purulenta a través de un dreno colocado en la herida quirúrgica en la cavidad u órgano.

- ii. Microorganismo aislado de cultivo de líquido o tejido del órgano o cavidad obtenidos mediante adecuadas medidas de asepsia.
- iii. Hallazgo de un absceso u otra evidencia de la infección de órgano/espacio por medio de visualización directa al re intervenir o por examen histopatológico o radiológico.

En la infección de la herida quirúrgica están involucrados muchos factores de riesgo, estos factores son muy variables y pueden depender del procedimiento quirúrgico y aquellos que tienen una relación directa con la paciente. El conocimiento de dichos factores permite hacer una adecuada estratificación de las diferentes intervenciones que realizamos y así, controlar las infecciones de una forma más racional.

Esto facilita la adopción de medidas preventivas que irán dirigidas a disminuir la posibilidad de contaminación de la herida (medidas de asepsia y antisepsia), a mejorar el estado local y general de la paciente (CANIZALES, 2014).

2. FACTORES DE RIESGO

Diferentes estudios han identificado una serie de factores de riesgo que pueden influir en la aparición de la infección de la herida quirúrgica; entre otros cabe destacar:

- a. Intrínsecos (relacionados con el paciente)
 - i. Desnutrición y depleción proteica.

Malnutrición: con el déficit de calorías, proteínas, vitaminas y minerales que se observado que se retrasa incluso inhibe la cicatrización. Recepción de productos sanguíneos: el hecho de transfundir previamente sangre total o algunos de sus componentes favorecería las infecciones del sitio quirúrgico, pero esto no se ha comprobado (Loyola, 2013-2014).

ii. Edad avanzada y raza.

- Edad

Estudios realizados revelan que las edades extremas de la vida son un factor de riesgo para infección de sitio quirúrgico, porque en estas etapas hay una disminución natural y fisiológica de las defensas, con deterioro tanto de la inmunidad celular como de la inmunidad humoral.

- Raza

Esta aún no está definida como un factor de riesgo, sin embargo, pocos estudios han mencionado que la infección de herida se ha presentado con alguna frecuencia en pacientes de raza negra ya que predisponen a la formación de queloides (VILLACRES, 2015).

iii. Enfermedades asociadas (diabetes, cáncer, enfermedad vascular crónica y obesidad).

Diabetes y riesgo asociado a dehiscencia

La hiperglicemia se ha relacionado con riesgo de infección de herida quirúrgica ya que compromete el organismo por medio de los granulocitos y su capacidad para combatir la infección en la adherencia y la fagocitosis de las bacterias, los

niveles que se han relacionado con este riesgo. Son glucometrías por encima de 200 mg/dl, más en el post operatorio inmediato. En cuanto a la infección nosocomial y del sitio quirúrgico se ha observado que los pacientes diabéticos tienen un riesgo de 3 veces más que aquellos pacientes con niveles de glucosa normal, lo ideal es mantener niveles de 80-120mg/dl y evitar la hiperglicemia tanto en el pre, peri y post operatorio (Jiménez, 2013).

- Obesidad

En un estudio prospectivo donde se estudiaron mujeres con normopeso frente a pacientes con obesidad y obesidad mórbida se observó que era mayor la tasa de cesáreas en pacientes obesas incrementando se en hasta un 39%. Además, se observó que esta tasa está relacionada con el índice de masa corporal, a mayor índice mayor probabilidad de cesáreas y de complicaciones como rupturas uterinas y dehiscencia de herida quirúrgica. El aumento de peso excesivo antes o durante la gestación contribuyen independientemente del peso fetal. la talla materna incrementa el índice de cesáreas con indicaciones como desproporción céfalo- pélvico y parto estacionado. El depósito de tejido graso en la pelvis materna se ha sugerido como factor favorecedor de distocia en estas mujeres obesas (obesidad y embarazo , 2011).

iv. Alteración de la función inmune por enfermedad o regímenes terapéuticos.

- Estado inmunitario

El estado inmunitario del paciente es fundamental en la génesis de la infección de herida quirúrgica, se da en aquellos estados de inmunosupresión

permanentes, como VIH o inmunodeficiencias congénitas o inmunodeficiencias transitorias como tratamientos como corticoides o con quimioterapéuticos, predisponen a una mala respuesta a la colonización microbiana normal de la herida quirúrgica y, por tanto, al desarrollo y extensión sistémica de una Infección Herida Quirúrgica (Santalla, 2007).

v. Perfusión tisular disminuida.

- Anemia

La anemia como factor de riesgo aun no es concluyente algunos estudios demuestran que está relacionado mientras otros desmienten esta teoría. Los estudios experimentales que se han realizado tanto en animales como in vitro han concluido que las deficiencias de hierro no predisponen a dehiscencia de herida quirúrgica , e incluso algunos autores creen que esto podría ser un factor protector, esto se ve sustentado debido a que la transferrina, la cual tiende a aumentar en la anemia por deficiencia, parece tener una importante acción antibacteriana; además que se ha observado que el crecimiento de una variedad de bacterias patógenas in vitro es inhibido por la carencia de hierro. Es así que la evidencia no demuestra claramente cuál es la relación de la anemia con la infección del sitio operatorio en pacientes sometidas a cesárea (REYES, 2015).

vi. Hábito de fumar.

Tabaquismo: la nicotina enlentece el proceso de cicatrización, lo que favorece el desarrollo de infección del sitio quirúrgico. Consumo de esteroides: impide la

cicatrización y las heridas persisten abierta con escaso tejido de granulación (LANDACAY, 2015).

vii. Infección en otro sitio.

- Ruptura prematura de membranas

Estudios recientes han documentado un incremento en la infección y dehiscencia de herida quirúrgica a mayor tiempo de evolución de la rotura de membranas, a mayor duración del parto y a mayor número de tactos vaginales, así mismo la corioamnionitis (GUERRERO, 2015).

b. Extrínsecos (relacionados con la cirugía y el ambiente hospitalario)

i. Lavado de manos para el acto quirúrgico.

Utilizar aproximadamente 1ml de solución antiséptica como clorhexidina al 1%, solución jabonosa de iodopovidona al 5 %, haciendo un lavado enérgico desde la yema de los dedos hasta por encima del pliegue del codo, enjuagando y repitiendo el procedimiento tres veces, teniendo las manos siempre hacia arriba. Puede efectuarse utilizando esponja estéril de un solo uso o friccionando las manos. El tiempo de lavado es de 5 minutos en la primera cirugía y entre 1 a 3 minutos entre cada operación.

i. Rasurado.

Se recomienda que aquellas pacientes que van a ser sometidas a algún procedimiento quirúrgico, El vello no se removido, solo en aquellos casos donde sea absolutamente necesaria y en ese caso debe ser removido con un

cli clipper, el rasurado está contraindicado en tanto previo a la cirugía como en el peri operatorio.

ii. Vestuario quirúrgico.

recomendamos el uso de campos y batas estériles durante la cirugía sin importar sean desechables o tela para disminuir el riesgo de infecciones de sitio quirúrgico siempre y cuando este material sea estéril. También hacer uso de una mascarilla y gorro que cubran la nariz, boca y pelo, para ingresar a la de operaciones.

El equipo quirúrgico usará guantes estériles los cuales se colocan justo después de la bata quirúrgica, Usar materiales para la ropa y campos quirúrgicos que mantengan su eficacia contra la contaminación cuando se mojen.

iii. Antisepsia de la piel.

Se aconseja el uso de antiséptico a base de alcohol o soluciones basadas en gluconato de clorhexidina para preparación previa de la piel en el sitio quirúrgico en pacientes que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgico (Orozco, 2017).

iv. Preoperatorio prolongado.

Además de factores de riesgo como trabajo de parto ya iniciado (el de mayor relevancia) o urgencia de la intervención, las complicaciones infecciosas se relacionan con la ruptura de membranas, también cabe destacar las infecciones del tracto urinario, que se presentan con frecuencia de 2-16%, Se

relaciona con la colocación de sonda vesical durante en tras operatorio y su permanencia en el postoperatorio, también se ha relacionado con la hidronefrosis que es fisiológica durante el embarazo y desaparecen a las 2 semanas del parto (LANDACAY, 2015).

v. Duración de la cirugía.

Reducir al mínimo la duración de los procedimientos. pasada las cuatro horas, aumenta el riesgo de infección.

vi. Climatización.

Mantener sala de operaciones con ventilación por presión positiva, en pasillos y áreas adyacentes. Se recomienda un estándar de 15-20 recambios de aire por hora. Filtrar todo el aire, tanto el que se circula como el aire fresco El circuito de aire debe poseer filtros terminales de alta eficacia o filtros HEPA (en quirófanos de alto riesgo). La temperatura debe oscilar entre 18-24°C, y el grado de humedad ha de estar entre un 40-60 (Brenner, s.f.).

vii. Instrumental.

- Tipos de suturas

Durante una investigación realizada en Venezuela en el año 2001, con el objetivo de evaluar la frecuencia de complicaciones de la pared abdominal anterior en varios grupos de pacientes con diversas técnicas y materiales disponibles para el cierre de las paredes abdominales, e identificar la evolución de las pacientes post cesárea según el tipo y material de la sutura utilizada. El estudio se realizó con una muestra de 160 pacientes post cesárea, según el tipo de sutura utilizado.

El material de sutura utilizado para el cierre de fascia, fueron realizadas con hilo cromado, vicryl, prolene y seda y para el cierre de piel nylon y seda. Se mostraron los resultados de la evolución de 160 pacientes, según el tipo y material de sutura, en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Venezuela, de enero a junio de 1999. los resultados encontrados fueron que el perfil socio-demográfico de las pacientes que acuden al hospital, son mujeres generalmente de 20 a 34 años, frecuentemente adolescentes, de procedencia urbana, de baja escolaridad y mayormente desocupada. Casi todas las pacientes post cesárea presentaron embarazo de término y no había iniciado su labor de parto al momento de ingreso. Los 9 procedimientos en su mayoría se realizaron con una técnica quirúrgica estándar, con una incisión abdominal infraumbilical media, y la incisión uterina en el segmento inferior fue la más usada, a no ser que esta estuviese contraindicada. El tiempo quirúrgico promedio fue de aproximadamente una hora, siendo mayor en las pacientes en que se utilizó hilo crómico para el cierre de la fascia, debido probablemente a que las técnicas de cierre de la fascia, usando este material, son con puntos interrumpidos en cruz; en cambio con los materiales de sutura estudiados, la técnica puede ser continua. El material de sutura vicryl para el cierre de la fascia mostro una mayor efectividad, pues las pacientes presentaron menores complicaciones de la herida y pared abdominal anterior, seguido del prolene y crómico. La sutura de la fascia con hilo de seda tuvo una tasa de mayores complicaciones hasta de 8 veces con respecto al vycril (VELASQUEZ, 2013).

viii. Técnica quirúrgica.

La incisión de Pfannestiel esta que se ha asociado a menor número de complicaciones, tanto infecciosas como en cuanto a evisceraciones posteriores. Cuando el tejido celular subcutáneo es mayor de 2cm se recomienda su cierre, para disminuir el riesgo de dehiscencia de la herida quirúrgica, suturándose mediante puntos separados con agujas cilíndricas a traumáticas con hilo trenzado reabsorbible nº 0. No se recomienda el uso de drenajes. o Profilaxis antibiótica sistemática (protocolo por SEGO).

ix. Antibióticos profilácticos.

En aquellas pacientes que no se administra tratamiento profiláctico antibiótico se ha observado mayor número de endometritis en un 20 hasta 85% hay evidencia clara que apoya el beneficio de los antibióticos profilácticos a quienes se les realiza una cesárea. y las tasas de infección de la herida operatoria y de complicaciones infecciosas graves pueden alcanzar hasta un 25% en aquellas que no recibieron tratamiento.

Con la llegada del uso de la profilaxis antibiótica se puede reducir hasta un 75% la incidencia de las infecciones postoperatorias post cesáreas, tales como fiebre, infección del sitio operatorio, endometritis, bacteriemia, infección urinaria y otros tipos de infecciones graves absceso pélvico, shock séptico, fascitis necrotizante.

En lo que respecta a la práctica clínica se ha demostrado la eficacia aplicando ya sea 1 gr de cefazolina o 2g de ampicilina sin variaciones en los resultados post operatorios.

La Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) en su Clinical Practice Guideline del 2010, recomienda el uso de una sola dosis de cefalosporina de primera generación salvo en las pacientes con antecedentes de alergia a la penicilina donde sugiere Clindamicina o Eritromicina. (Allemant, 2014).

x. Esterilización

La esterilización se define como la destrucción de cualquier carga microbiana o reducción de cualquier microorganismo con una proporción de 10^{-6} esta esterilización puede lograrse por medios físicos o químicos.

- Esterilización térmica

Esterilización húmeda: exposición a vapor saturado con agua a 121 °C por 30 minutos o a 134 °C por 13 minutos en una autoclave: (134 °C durante 18 minutos para priones.

Esterilización en seco: exposición a 160 °C por 120 minutos o a 170 °C por 60 minutos; este se considera a menudo menos fiable que el proceso húmedo, particularmente para los dispositivos médicos huecos.

- Esterilización química

El óxido de etileno y el formaldehído para esterilización se ha descontinuado su uso del mercado paulatinamente en muchos países por razones de seguridad y

por preocupación por la emisión de gas con efectos de invernadero. Se usa ampliamente el ácido peracético en los Estados Unidos y en algunos otros países en sistemas automáticos de esterilización (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012).

E. PREVENCIÓN

- a) El conocimiento acerca de la prevención, diagnóstico y manejo de la infección de heridas quirúrgicas se ha reconocido como una herramienta muy importante, para la reducción en la infección desde 1980.
- b) Todas las mujeres programadas para cesárea deben de recibir información completa del procedimiento y los cuidados postoperatorios y adecuada consejería acerca de la identificación de signos y síntomas de infección quirúrgica.
- c) El antibiótico de elección como ya se ha discutido previamente en la profilaxis antibiótica para la operación cesárea puede ser ampicilina (2gr) o una cefalosporina de 1ª (cefalotina 2gr). Generación en dosis única, si la paciente es alérgica a la penicilina se puede utilizar clindamicina o eritromicina.
- d) El tiempo en que debe de administrarse el antibiótico como profilaxis es de 15-60 minutos previos a la cirugía y no deberá de administrarse dosis adicionales.
- e) Si el procedimiento quirúrgico sobrepasa las 3 horas, o la pérdida hemática es mayor de 1,500 ml, se debe aplicar una dosis adicional de antibiótico de 3 a 4 horas posterior a la primera dosis (Tomás de Jesus Martinez , 2011).

- f) Identificar y tratar antes de cualquier procedimiento todas las infecciones se encuentran lejanas al territorio quirúrgico como ejemplo infecciones del tracto urinario, posponiendo la intervención, de ser posible, hasta la curación de las mismas.
- g) Mantener adecuados niveles de glicemia en las pacientes diabéticas antes de una cesárea electiva y mantenerla por debajo de 200 mg/dl durante la intervención y en las primeras 48 horas del postoperatorio.
- h) No hay evidencia que indique que se debe de suspender el tratamiento con corticoides previos a la realización de una intervención.
- i) No se recomienda aumentar el aporte nutricional en pacientes para evitar el riesgo de infecciones de herida quirúrgica.
- j) No hay recomendación de administrar mupirocina en el preoperatorio para prevenir infecciones por *Staphylococcus aureus*.
- k) No se recomienda la administración de aumentar el aporte de oxígeno antes de la intervención para prevenir infecciones de herida.
- l) Se indica tratar los tejidos con mucha delicadeza principalmente los tejidos desvitalizados, mantener siempre una adecuada hemostasia, evitar espacios muertos, en aquellas pacientes que han tenido contaminación se deberá de dejar un drenaje de tipo aspirativo y ser retirado lo antes posible (VELASQUEZ, 2013).

F. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

1. DEFINICIONES:

La epidemiología se define como parte del estudio de la distribución de la enfermedad, o de una condición fisiológica, en una población de personas y de los factores que influyen en ella, podemos decir entonces que la investigación epidemiológica se encuentra vinculado fundamentalmente trabajo con seres humanos, pero, lo contrario a lo que es la clínica, el interés epidemiológico está en el grupo más que en el individuo por sí solo.

La diferencia citada entre los enfoques clínico y epidemiológico de ninguna manera resulta excluyente, ya que por el contrario esta se complementa. Esto se demuestra atendiendo a los que han sido reconocidos como propósitos generales de los estudios epidemiológicos y que son los siguientes:

- a) situación de salud de un grupo o comunidad.
- b) Evaluación del conocimiento sobre la etiología de una enfermedad, o de un grupo de ellas, con lo que se contribuye a mejorar el conocimiento de la historia natural de la enfermedad (Los Estudios Epidemiológicos, 2011).

MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO

Proceso por etapas que permite realizar una investigación, con la característica de que una etapa sigue a la otra y no puede alterarse el orden y sucesión. El fracaso de una etapa podría llevar al fracaso del estudio, pues se fracciona la continuidad en el trabajo.

a. Fases del método epidemiológico

Las fases del método epidemiológico determinan la profundidad del conocimiento del fenómeno de salud-enfermedad estudiado. Se distinguen:

i. Fase descriptiva

Se refiere a la descripción detallada de los fenómenos de salud-enfermedad, basada en la observación cuidadosa y el registro objetivo de los acontecimientos. Organiza y resume la información de eventos o de los casos de una enfermedad de acuerdo con las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona. Las cuales responde las preguntas: ¿qué ocurrió?, ¿quiénes son los afectados?, ¿dónde ocurrió? Y ¿cuándo ocurrió?

2. DIMENSIONES: PERSONA, LUGAR Y TIEMPO

a. Variables de tiempo: hora del día, estaciones del año, meses, años, fenómenos de masa en el tiempo, tendencia secular, (es decir las variaciones en la frecuencia de enfermedad que se producen de una generación a otra, o de un decenio o más a otro, tendencias estacionarias etc.

b. Variables de lugar: características demográficas, zona de residencia, Urbano rural, lugar de nacimiento, temperatura, humedad, suelo, vegetación, fauna, población que la habita, etc.

c. Variables de persona: se otorgan atributos biológicos, sociales o culturales que intervienen en la presencia de enfermedad, tales como el sexo, edad, etnia, nivel de estudios, nivel socioeconómico, estado civil, características familiares o genéticas características endógenas, estilos de vida.

3. INDICADORES DE CADA DIMENSIÓN

- b. Las Personas: ¿Por qué algunas personas enferman y otras no? Según el problema en estudio, importa conocer características de las personas como ser su edad, el sexo, la raza, nivel de instrucción, su situación económica o condiciones genéticas. Estas características personales pueden agrupar diferente nivel de daño en algunas poblaciones
- c. El tiempo (variable temporal) Es esta una variable de gran importancia en epidemiología. De ella interesa observar la frecuencia con la que ocurre un evento de acuerdo en función del tiempo; la existencia de variaciones estacionales, de ciclos o períodos en la aparición del problema
- d. El lugar El área comprometida, su clima, flora, fauna, y otras variables que puedan guardar relación con el fenómeno observado, como la geografía de la zona, la ubicación de los asentamientos humanos en relación con su entorno geográfico, requieren ser consideradas y detallados. En ocasiones, las condiciones geográficas están en correspondencia con las características de los sujetos que la habitan (Merino, 2007).

G. INVESTIGACIONES RELACIONADAS

En un estudio realizado en el hospital "Dr. Juan Bruno Zayas", de tipo descriptivo, prospectivo, trasversal en el periodo comprendido entre noviembre del 2013 a noviembre del 2014, el universo estuvo constituido por 69 pacientes con infección del sitio quirúrgico (ISQ) que fueron estudiadas con cultivo bacteriológico y la muestra de 62 pacientes con ISQ con cultivos bacteriológicos positivos, en las que identificó el agente infeccioso. Los factores de riesgo presentes en las pacientes fueron en orden de frecuencia: anemia 87,1%, estadía pre-operatoria mayor de 3 días con 82,3%, ganancia insuficiente de peso 33,9% y diabetes mellitus con 27,4%. La dehiscencia de la herida fue la complicación observada y se encontró en 74,2% de las pacientes. Los factores de riesgo de ISQ se suelen dividir en relacionados con el paciente (preoperatorios), con el procedimiento (peri operatorios) y con el manejo postoperatorio (Salinas & Zayas Illas).

Los datos estadísticos del Hospital Regional de Loreto, reportan que, de un total de 1156 intervenciones quirúrgicas por cesárea, atendidas en el servicio de gineco-obstetricia 29 pacientes presentaron infección de sitio quirúrgico durante el año 2016. 23 de ellas presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, mientras que el 21%(6), de las puérperas post cesáreas presentaron infección profunda de sitio quirúrgico, Estos resultados son compatibles con el estudio de Aguiar da Cruz et al (2013), quienes investigaron: "Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza" en Brasil, las infecciones del

sitio quirúrgico que se produjeron con mayor frecuencia fue la infección del sitio quirúrgico superficial con 31 mujeres afectadas y todos los pacientes evolucionaron al alta hospitalaria. Quienes concluyeron en este trabajo, que incluso con técnicas desarrolladas y cuidados de asepsia y antisepsia por parte de los profesionales el número de mujeres en las que se presenta infección del sitio quirúrgico después de una cesárea es aún significativo.

Del 100% de las púerperas post cesáreas con infección del sitio quirúrgico el 78% (6) recibieron profilaxis antibiótica y presentaron infección superficial de sitio quirúrgico, y el 67%(4), no recibieron profilaxis antibiótica y la infección del sitio quirúrgica era profunda.

Así mismo guarda coherencia con el estudio de Carvalho et al (2014), en su estudio titulado “Factores de riesgo a infección de la herida quirúrgica después de la cesárea: una revisión integradora” realizado en Brasil, donde concluyeron que los estudios se centran en el uso de antibióticos profilácticos para la prevención de estas infecciones, pero no alude a los factores que rompen el proceso efectivo de cuidado pre, intra y postoperatorio, así como los responsables por la infección de la herida después de una cesárea (Salas., 2017).

Se realizó un estudio el Hospital Gineco-obstétrico Dra. “Nelia Irma Delfín Ripoll” de Palma Soriano, de tipo descriptivo y transversal de 21 pacientes post cesáreas en provincia de Santiago de Cuba, de octubre de 2014 a octubre de 15, quienes

presentaron infección del sitio quirúrgico, a fin de hacer una caracterización según variables seleccionadas.

el universo era de 28 pacientes de las cuales se tomó una muestra de 21 pacientes post cesárea que tuvieran cultivos positivos en los que se idéntico el agente causal. Para la recolección de la información se elaboró un formulario con las variables de interés y los datos principales fueron obtenidos de las historias clínicas individuales, de los registros operatorios de sala de operaciones, de los comités de cesáreas, de prevención y control de la infección asociada a la asistencia sanitaria y de los resultados microbiológicos.

Entre las variables estudiadas fueron: edad, factores de riesgo, perfil de la cirugía, si hubo contaminación, microorganismos aislados y antimicrobianos utilizados, la frecuencia de edad de las pacientes fue de 20 y 29 años (52,3 %). Entre los factores de riesgo predominantes, estaban la anemia (66,6%) y la obesidad (42,8 %); resultados que no se corresponden con el total de pacientes infectados, Las cesáreas limpias contaminadas urgentes y electivas, resultaron ser las más frecuentes (76,1%) los gérmenes aislados más frecuentes son *Staphylococcus aureus* (23,9 %) y la combinación de este con *Escherichia coli* (38,0 %) (Chang, 2016).

d. En otro estudio con título “factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en pacientes operadas de cesárea atendidas en el hospital belén de Trujillo 2012 – 2013” Se analizó las características sociodemográficas y gineco obstétricas, así como factores de riesgo para adquirir la ISQ en pacientes

operadas de cesárea. Para la descripción de variables categóricas se usó la frecuencia y para las variables cuantitativas, el promedio y desviación estándar. Resultados: La edad promedio de los casos fue de 26,61 años, el 75 % eran pacientes en unión libre y en paridad, el número de partos promedio fue de 0,97 partos. Se encontró como factores de riesgo: Obesidad OR 9.533 (IC 4.196 – 21.658), RPM prolongado OR= 4.480 (IC 1.389 - 14.451) y P= 0.007. No se calificó como factores de riesgo a la Corioamnionitis y tiempo quirúrgico prolongado. La administración de dosis profilácticas de antibiótico resulto beneficioso para la prevención de las infecciones, presentando una tasa de fracaso del 9.4% (quinde 2012-2013).

c. En un estudio realizado en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo Iquitos de julio 2014 a junio 2015 que tiene como título: “Factores predisponentes de la infección puerperal post cesárea”, El diseño fue no experimental descriptivo, retrospectivo de corte transversal, obteniéndose los datos mediante historial clínico de pacientes con diagnóstico de infección puerperal post cesárea, los datos fueron obtenidos mediante un instrumento de recolección previamente elaborado. La muestra estaba constituida por todas las puérperas post cesáreas del Hospital Apoyo Iquitos Resultados: De 982 pacientes que ingresaron a sala de operaciones para realizar cesárea se encontraron 32 casos de infección puerperal post cesárea, dando como resultado una frecuencia de casos del 3,3%. Entre las características sociodemográficas encontradas tenemos la edad promedio de 20,9 años, aquellas menores de 20

años con el 59,4%, las de 20 a 35 años con el 31,3%, mayores de 35 años el 9,4%, las solteras el 31,3% y las convivientes el 68,8%, aquellas sin nivel de instrucción el 15,6%, las de instrucción primaria el 12,5%, las de nivel secundario el 68,8%, las de nivel técnico el 3,1%, de zona urbana el 50%, de la zona urbano-marginal el 34,4%, de la zona rural el 15,6%, de nivel socioeconómico bajo el 90,6%, de nivel socioeconómico medio el 9,4%, nulíparas el 65,6%, primíparas el 18,8%, secundíparas el 9,4%, múltiparas el 6,3%, de menos de 6 controles el 25%, de 6 a más controles el 75%, edad gestacional a término el 100%, con antecedentes de cesárea el 31,3%, de cesárea electiva el 78,1%, de cesárea de emergencia el 21,9%, .con anemia el 21,9%, con hipertensión arterial el 6,3%, desnutridas el 3,1%, con mioma el 3,1%, .sin comorbilidad el 65,6%, Dentro de las infecciones puerperales encontradas fueron el absceso mamario (9,4%), grietas y fisura de pezón (9,4%), mastitis (18,8%), dehiscencia de herida operatoria (9,4%), Infección de herida operatoria (40,6%) y endometritis (12,5%). No se encontró ninguna relación significativa (valor $p < 0,05$) entre las características sociodemográficas y obstétricas con los tipos de infección puerperal (AGUILA, 2015).

d. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo, cuantitativo con el objeto de determinar los factores de riesgo que se encuentran asociados a complicaciones infecciosas de sitio quirúrgico en usuarias post-cesáreas del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda durante octubre 2014 a marzo 2015, considerando que toda intervención quirúrgica significa un riesgo. En el presente estudio se utilizó como

método de recolección de datos un instrumento que contiene las variables a investigar, además se le realizó la encuesta a las usuarias que se habían realizado cesáreas y que habían tenido algún signo de infección para verificar la información recopilada en el área de estadística, a la vez descifrar datos que no teníamos. Constando 52 usuarias del subproceso de ginecología que habían sido sometidas a cesáreas y que habían presentado signos de infección los más prevalentes la fiebre y el malestar general; la principal complicación es el absceso, el factor de riesgo que presentaban en su mayoría era la anemia y las infecciones de vías urinarias, además cabe destacar que en su mayoría las cesáreas fueron realizadas como procedimiento de emergencia.

En lo que respecta a la complicación mayormente presentada después de la cesárea las usuarias manifestaron que mayoritariamente se les presentó la fiebre con un porcentaje de 23.1% seguido de malestar general, absceso y pus con un 17.3 % cada uno la presentación de celulitis con 8 casos representado en un 15.4% en menos porcentaje la dehiscencia de sutura con un 5.8% y con apenas un caso representado en 1.9% tenemos al dolor abdominal y otros síntomas sin especificar (ADELAIDA, 2015).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

A. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo: Se hace énfasis en la medición numérica y análisis estadístico (Sampieri, 2010)

B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: se estudió una situación ya existente que ocurre en la naturaleza donde no se tiene control de las variables y tampoco se puede influir o manipular las mismas.

La investigación es de corte transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y en un período de tiempo determinado.

C. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo: tiene como finalidad estudiar el problema tal como se observa en la naturaleza, sin manipulación de las variables en estudio ni de las condiciones de la investigación, (Sampieri, 2014).

D. ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable en estudio: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

E. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Consiste en especificar las características fundamentales de las variables, describiendo sus cualidades, relaciones, formas de medición, dimensiones e indicadores a través de un proceso de abstracción de la general a lo particular.

Tabla 1 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	<p>La epidemiología es la ciencia que estudia la frecuencia de aparición de la enfermedad y de sus determinantes en la población, Las características personales que interesan a la epidemiología y al epidemiólogo son:</p> <p>Características demográficas</p> <p>Características biológicas: Factores sociales y económicos (Merletti, s.f.)</p>	<p>Índice sumativo de los indicadores de las dimensiones de la variable: persona, lugar y tiempo</p>	<p>1. Persona</p>	<p>a) características generales.</p> <p>b) antecedentes obstétricos</p>	<p>Edad</p> <p>Raza</p> <p>Ocupación</p> <p>Estado civil</p> <p>Escolaridad</p> <p>Hábitos</p> <p>Talla</p> <p>Peso</p> <p>HGO</p> <p>Edad gestacional al parto</p> <p>Control prenatal</p> <p>Número de controles</p>

			c. antecedentes personales patológicos.	Diabetes Obesidad Desnutrición Anemia Infecciones Enfermedades respiratorias VIH
			d. antecedentes de la cesárea	TDP prolongado Número de tactos RPMO Indicaciones de la cesárea Profilaxis antibiótica Eventos adversos Emergencia o electiva.
			e. razonamiento clínico	Síntomas Signos

			2. Lugar	<ul style="list-style-type: none"> a. procedencia de la paciente. b. U.S. de control prenatal c. U.S. de referencia. 	Clasificación: Superficial Profunda Laboratorio Cultivo HB
			3. Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> a. Días intrahospitalarios b. tiempo quirúrgico c. jornada 	

F. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. Definición de población

Selltiz (1974) la define como el conjunto de todos los casos que concuerdan como una serie de especificaciones.

La población está constituida por 61 pacientes con diagnóstico de dehiscencia de herida quirúrgica hospitalizadas en la sala de séptico del hospital Leonardo Martínez Valenzuela en el periodo de enero a diciembre 2016

2. Unidad de análisis:

“Quienes van hacer medidos ” (Sampieri, Fernández Baptista, 2010)

La unidad de análisis fue constituida por las pacientes

3. Método de muestreo

Probabilístico, porque todos los casos tenían la misma probabilidad de participar en la investigación.

4. Criterios de inclusión

Pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica atendidas en sala de séptico de HLMV durante año 2016.

5. Criterios de exclusión:

Historias clínicas incompletas.

G. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Método de recolección

Se utilizó la encuesta que es un “procedimiento que consiste en hacer las mismas preguntas a la población en estudio obteniéndose información sobre

un hecho de interés a través de la interrogación escrita” (Zacarías Ortez, 2001)

2. Técnica de recolección:

La técnica de la encuesta es el cuestionario, es un conjunto de preguntas preparadas cuidadosamente sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación (Zacarías Ortez, 2001)

3. Instrumento de recolección:

Es la herramienta del método, tiene como propósito recolectar la información en forma organizada y que ésta sea útil para alcanzar los objetivos de la investigación (Zacarías Ortez, 2001)

Para recolectar los datos se utilizó un formulario que contiene un total de 36 preguntas las cuales son cerradas.

Las variables y sus dimensiones se midieron de la siguiente manera:

Variables demográficas, datos generales: preguntas 1 a la 8.

Antecedentes obstétricos: preguntas 9-12

Antecedentes personales patológicos: preguntas 13-19

Antecedentes del embarazo actual: preguntas 20-25

Datos de razonamiento clínico: pregunta 26-30

Datos de procedencia y referencia: 31-33

Datos de hospitalización: 34-36

4. Validez del instrumento:

Es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández Sampieri, 2010).

Se determinó la evidencia relacionada con la validez de contenido, que es el grado en que la medición representa el concepto medido, mediante el juicio de expertos que evaluaron y analizaron las preguntas del cuestionario, basándose en una matriz de adecuación que contiene los criterios:

- a. Induce a una respuesta determinada
- b. Sencillez en la redacción
- c. Ambigüedad
- d. Relación con el tema
- e. Claridad
- f. Adaptada al contexto de aplicación

Sin propuesta de cambios por parte de los jueces, el instrumento antes de su aplicación fue aprobado por el asesor metodológico.

5. Confiabilidad

Se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Hernández Sampieri, 2010). Se determinó la confiabilidad en relación con el calificador, donde dos expertos calificaron los resultados obtenidos y se calculó la proporción de coincidencia entre ambos observadores que fue de 0.85

H. PLAN DE ANÁLISIS

1. Procesamiento de los datos:

Los datos recolectados se organizaron, clasificaron y resumieron mediante una base de datos que se construyó con el programa estadístico SPSS versión 18

2. Presentación de los datos:

Los datos se presentan en de tablas de distribución de frecuencias y gráficos: las variables cuantitativas en gráficos de barra.

3. Análisis e interpretación de los datos:

Se utilizaron medidas de resumen estadístico para investigaciones descriptivas de acuerdo a lo siguiente:

a. Para las variables cualitativas: medidas de frecuencia como el porcentaje y una medida de tendencia central (moda).

b. Para las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (moda, mediana y media) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar).

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES ÉTICAS

A. PRINCIPIOS ÉTICOS

Como toda investigación en seres humanos esta se realizó de acuerdo con tres principios éticos fundamentales:

1. Respeto por la dignidad humana:

Se basa en reconocer la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones, es decir, su autonomía. A partir de su autonomía protegen su dignidad y su libertad. El respeto por las personas que participan en la investigación, mejor “participantes” que “sujetos”, puesto esta segunda denominación supone un desequilibrio.

2. Beneficencia:

Se refiere a la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación (relación riesgo/beneficio). Este principio da origen a normas, para que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que el diseño de la investigación sea acertado y que los investigadores sean competentes, tanto para realizar la investigación como para salvaguardar el bienestar de las personas que participan en ella.

3. Justicia:

En la ética de la investigación con seres humanos, es especialmente aplicable el principio aristotélico de la justicia distributiva, que exige la distribución equitativa tanto de los costos como de los beneficios de la participación en actividades de investigación. La equidad puede ser vista de distintas maneras, pero parece más

cercana a nuestra visión solidaria de la sociedad el "dar a cada cual según su necesidad"

B. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

a. Categoría I (sin riesgo):

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

CAPITULO V: RESULTADOS

A. DESCRIPCION DE LA POBLACION.

La población objeto de estudio fue de 61 pacientes con diagnóstico de dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea que fueron seleccionadas mediante de una definición estandarizada según la Recari 2009, atendidas en la sala de séptico del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela.

B. VARIABLE CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS.

1. DIMENSION PERSONA

a. Prevalencia de dehiscencia de herida quirúrgica:

$$P = \frac{\text{TOTAL DE CASOS}}{\text{TOTAL, DE CESAREAS}} \times 100$$

$$P = \frac{61}{3328} \times 100 = 1.83 \%$$

La tasa de prevalencia de dehiscencia de herida quirúrgica de este estudio es similar al encontrado en la literatura con respecto a los países de Latino América que va desde 1-8%.

b. Índice de cesáreas

$$\frac{\text{TOTAL, DE CESAREAS}}{\text{TOTAL, DE PARTOS}} \times 100$$

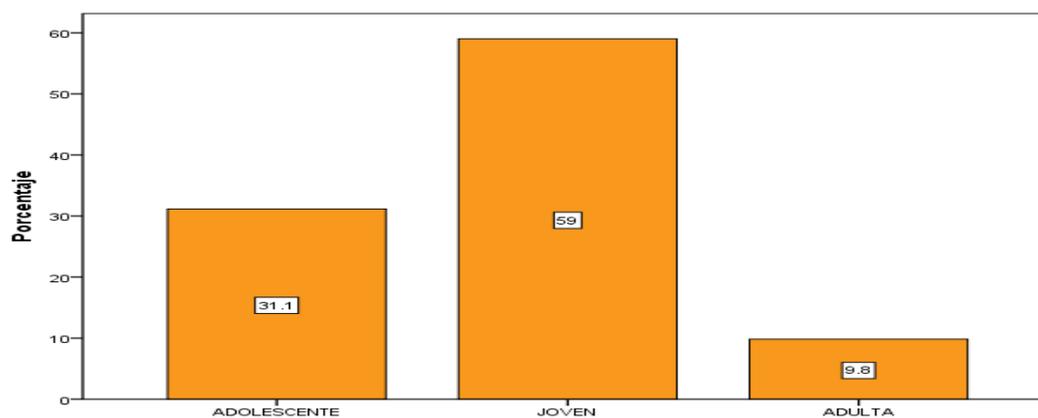
$$\frac{3328}{15,531} \times 100 = 21.4 \%$$

c. Edad de las pacientes.

Tabla # 2 Edad de las Pacientes.

			Estadístico
EDAD DE LAS PACIENTES	Media		23.75
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	22.39
		Límite superior	25.12
	Media recortada al 5%		23.49
	Mediana		23.00
	Varianza		28.555
	Desv. típ.		5.344
	Mínimo		15
	Máximo		40
	Rango		25
	Amplitud intercuartil		7
	Asimetría		.826
	Curtosis		.402

Gráfico # 1 Edad de las Pacientes



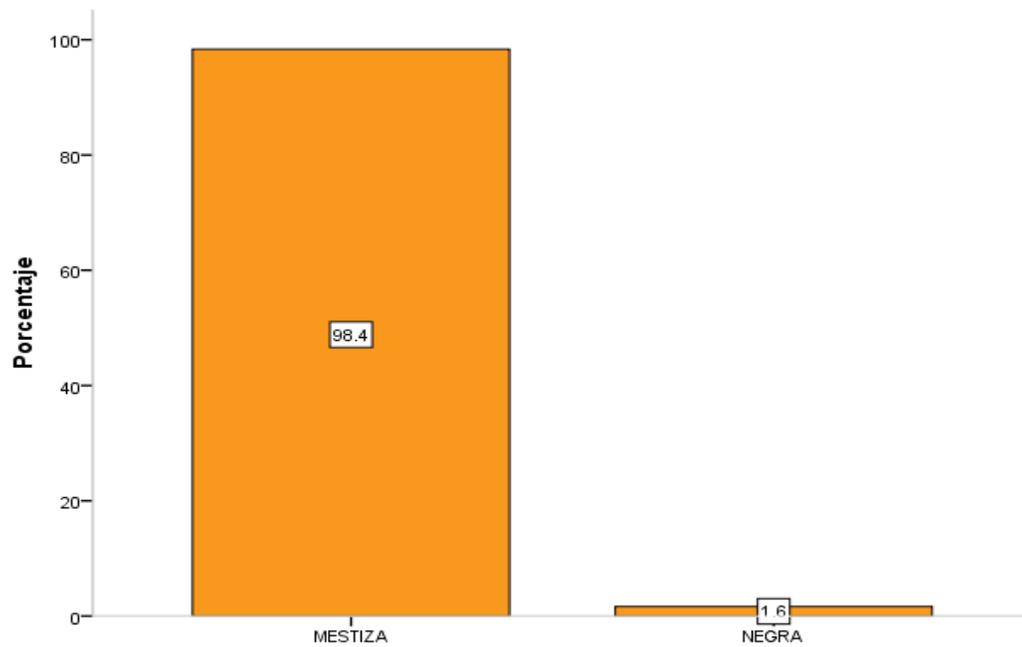
El promedio de edad fue de 24 más o menos 5 años, el 50% de las pacientes tenía más de 23 años y el otro 50% menos de 23 años, las pacientes más jóvenes tenían 15 años y las de mayor edad 40 años con un rango de 25 años.

d. Raza de las pacientes.

Tabla # 3 Raza de las Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MESTIZA	60	98.4	98.4	98.4
	NEGRA	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 2 Raza de las Pacientes



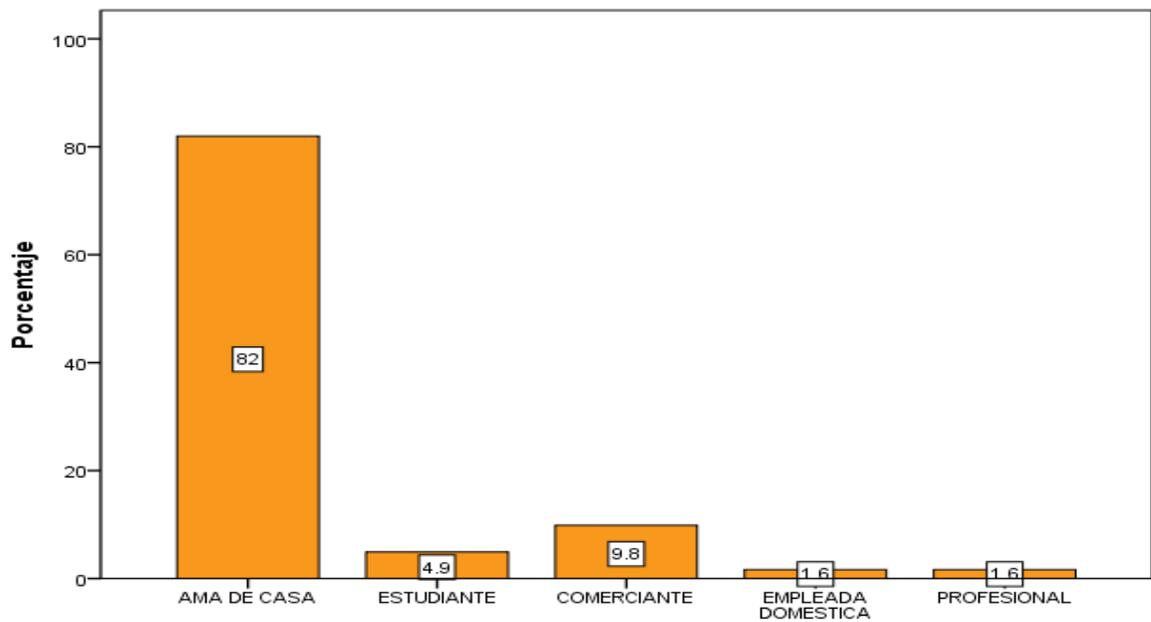
El 98.4% de las pacientes es de raza mestiza y el 1.6% correspondió a pacientes de raza negra.

e. Ocupación de las pacientes

Tabla # 4 Ocupación de las Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AMA DE CASA	50	82.0	82.0	82.0
	ESTUDIANTE	3	4.9	4.9	86.9
	COMERCIANTE	6	9.8	9.8	96.7
	EMPLEADA DOMESTICA	1	1.6	1.6	98.4
	PROFESIONAL	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 3 Ocupación de las Pacientes



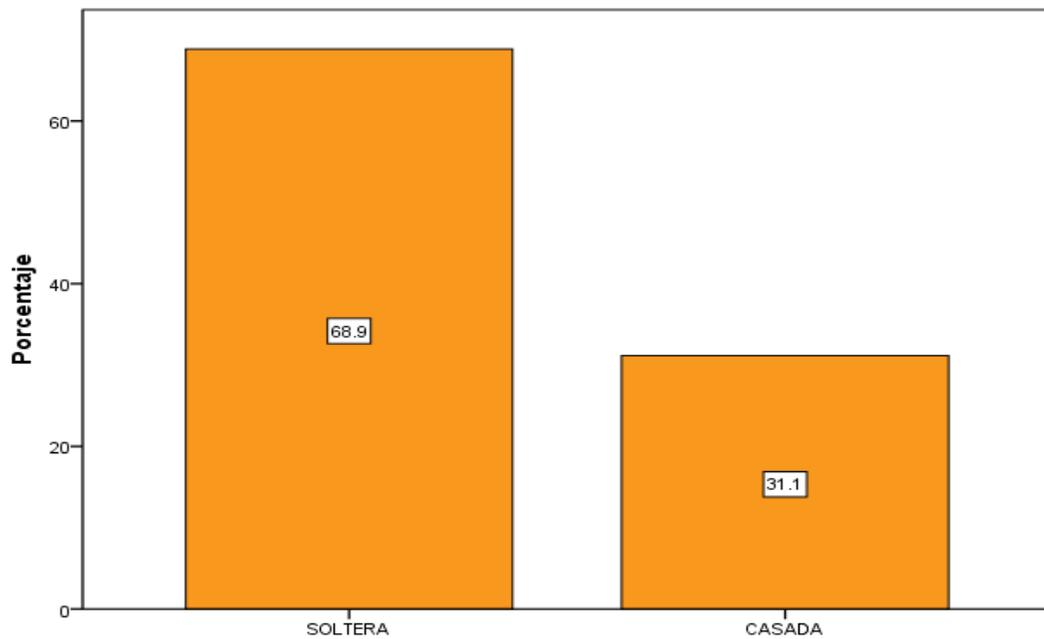
EL 82% de las pacientes tienen como ocupación ama de casa seguido de comerciante con el 9.8%

f. Estado civil de las pacientes.

Tabla # 5 Estado Civil de las Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLTERA	42	68.9	68.9	68.9
	CASADA	19	31.1	31.1	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 4 Estado Civil de las Pacientes



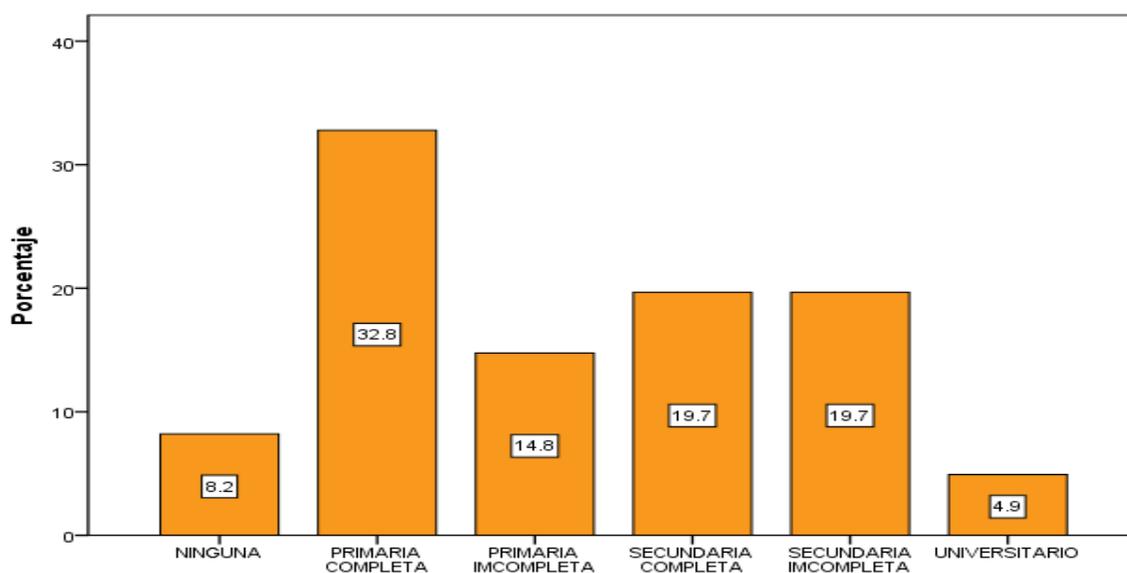
EL 68.9% de las pacientes están solteras y el 31.1% casadas.

g. Escolaridad de las pacientes.

Tabla # 6 Escolaridad de las Pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NINGUNA	5	8.2	8.2	8.2
PRIMARIA COMPLETA	20	32.8	32.8	41.0
PRIMARIA INCOMPLETA	9	14.8	14.8	55.7
SECUNDARIA COMPLETA	12	19.7	19.7	75.4
SECUNDARIA INCOMPLETA	12	19.7	19.7	95.1
UNIVERSITARIO	3	4.9	4.9	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 5 Escolaridad de las Pacientes



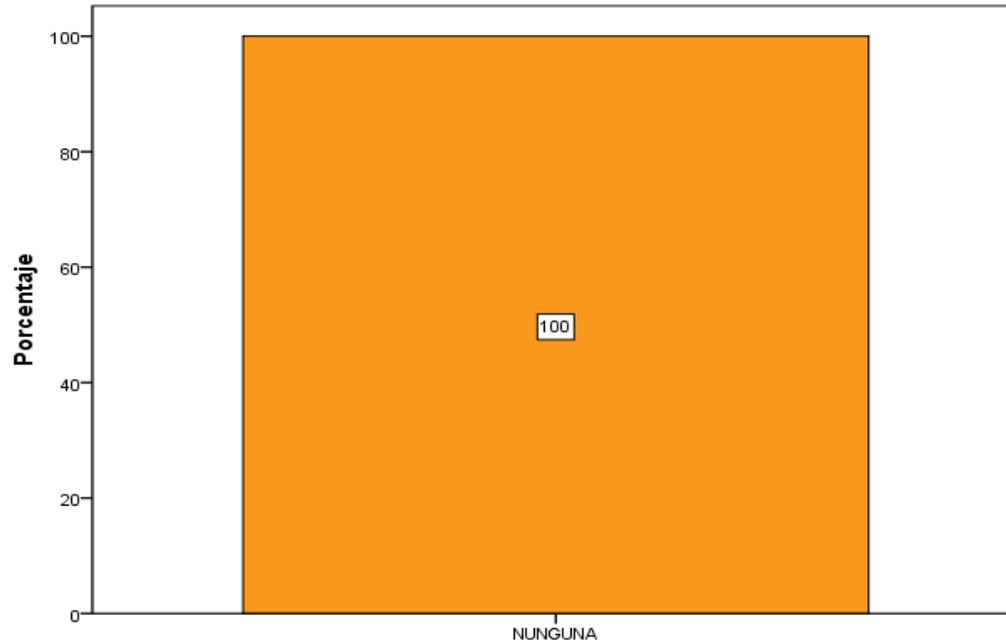
La escolaridad más frecuente fue primaria completa (32.8%) y el 5% de las pacientes tenían grado académico universitario.

h. Hábitos de las pacientes.

Tabla # 7 Hábitos de las Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NUNGUNA	61	100.0	100.0	100.0

Gráfico # 6 Hábitos de las Pacientes



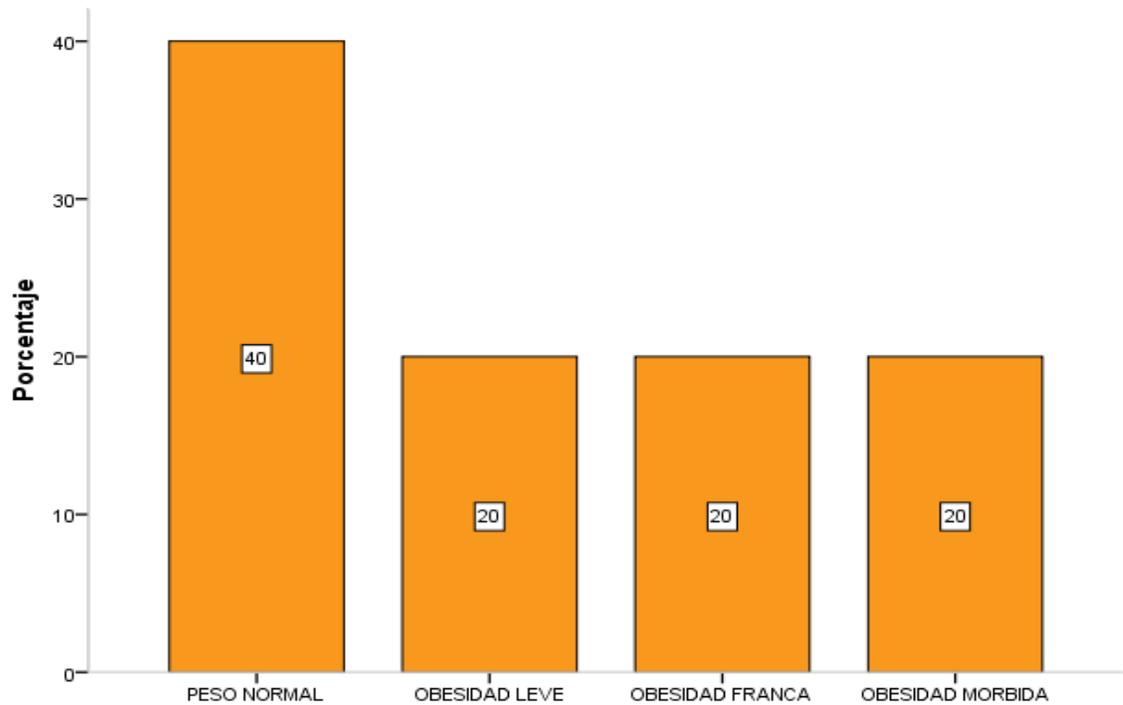
El 100% de las pacientes no tiene ningún hábito tóxico.

i. Índice de masa corporal de las pacientes.

Tabla # 8 IMC de las Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PESO NORMAL	2	40.0	40.0	40.0
	OBESIDAD LEVE	1	20.0	20.0	60.0
	OBESIDAD FRANCA	1	20.0	20.0	80.0
	OBESIDAD MORBIDA	1	20.0	20.0	100.0
	Total	5	100.0	100.0	

Gráfico # 7 IMC de las Pacientes



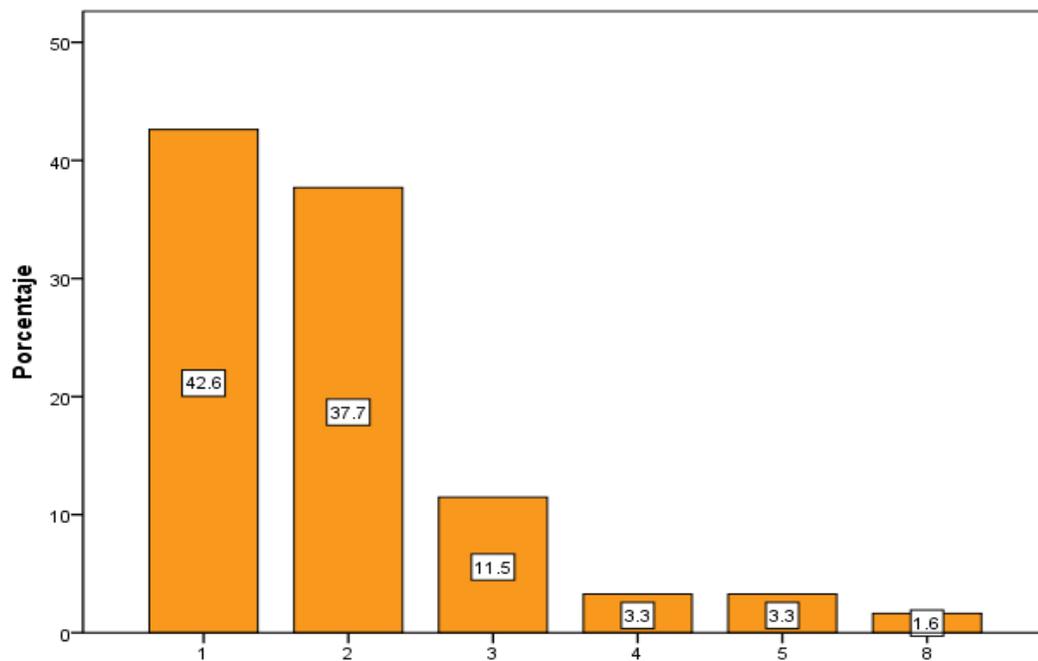
El 60% de las pacientes tenía algún grado de obesidad.

j. Gestas de las pacientes.

Tabla # 9 Gestas de las Pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	26	42.6	42.6	42.6
2	23	37.7	37.7	80.3
3	7	11.5	11.5	91.8
4	2	3.3	3.3	95.1
5	2	3.3	3.3	98.4
8	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 8 Gestas de las Pacientes



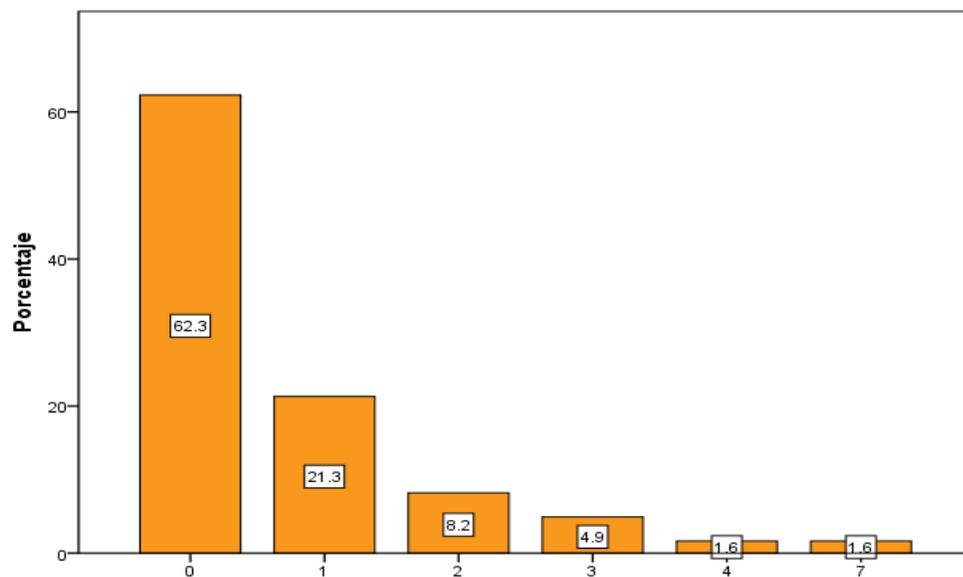
De las pacientes el 42.6 % eran primigestas, y el 1.6% tenía más de 8 hijos.

j.1 Partos de las pacientes.

Tabla # 10 Número de Partos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	38	62.3	62.3	62.3
	1	13	21.3	21.3	83.6
	2	5	8.2	8.2	91.8
	3	3	4.9	4.9	96.7
	4	1	1.6	1.6	98.4
	7	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 9 Número de Partos



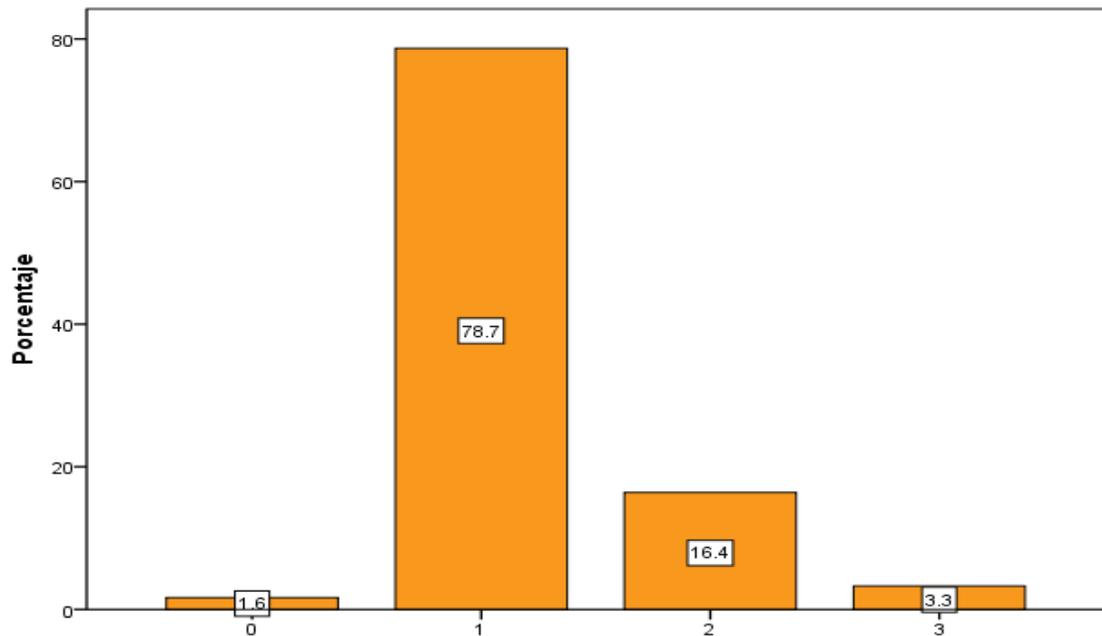
El 62.3% de las pacientes no tienen ningún parto previo y el 47.7% tenían 1 o más partos vaginales previos.

j.2 Antecedente de cesárea en las pacientes.

Tabla # 11 Número de Cesáreas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	1.6	1.6	1.6
	1	48	78.7	78.7	80.3
	2	10	16.4	16.4	96.7
	3	2	3.3	3.3	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 10 Número de Cesáreas



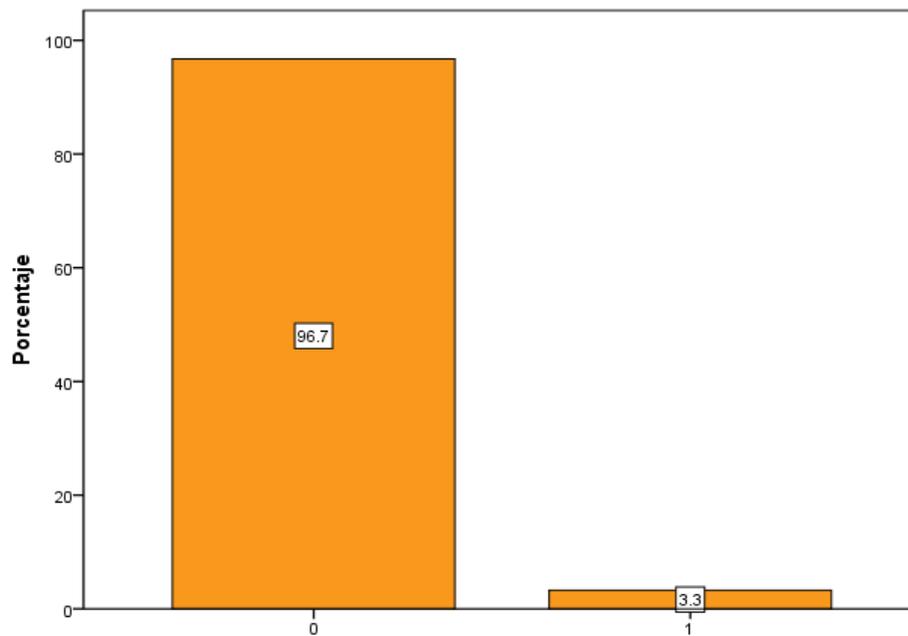
El 78.7% de las pacientes tiene una cesárea, el 16.6% ya tenían una cesárea previa y el 3.3% tenían 2 cesáreas anteriores.

j.3 Antecedentes de aborto en las pacientes.

Tabla # 12 Número de Abortos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	59	96.7	96.7	96.7
	1	2	3.3	3.3	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 11 Número de Abortos



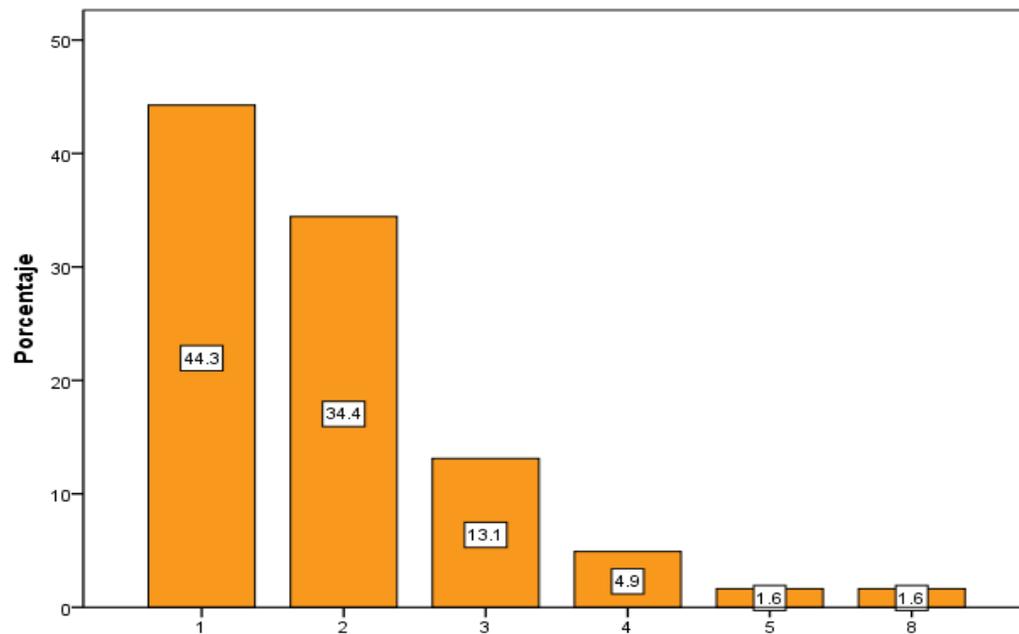
El 3.3 % de las pacientes tenían antecedente previo de aborto.

j.4 Hijos vivos de las pacientes.

Tabla # 13 Número de Hijos Vivos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	27	44.3	44.3	44.3
	2	21	34.4	34.4	78.7
	3	8	13.1	13.1	91.8
	4	3	4.9	4.9	96.7
	5	1	1.6	1.6	98.4
	8	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 12 Número de Hijos Vivos.



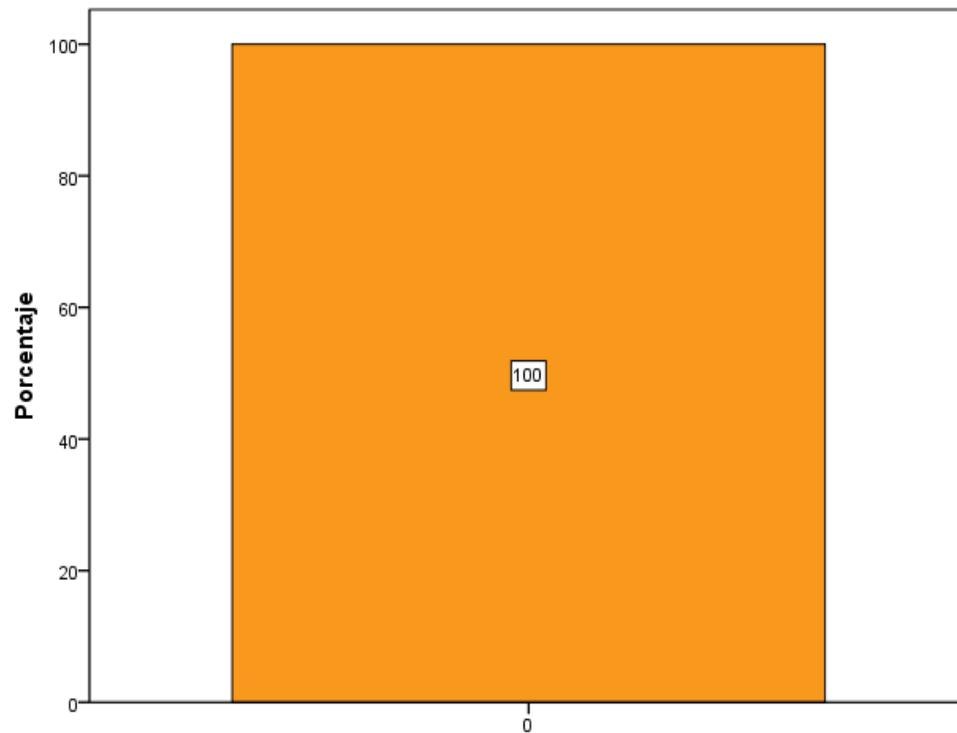
El 44.3% De las pacientes tienen un hijo vivo. Y el 65% tenían más de un hijo vivo.

j.5 Hijos muertos de las pacientes.

Tabla #14 Número de Hijos Muerto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	61	100.0	100.0	100.0

Gráfico # 13 Número de Hijos Muertos.



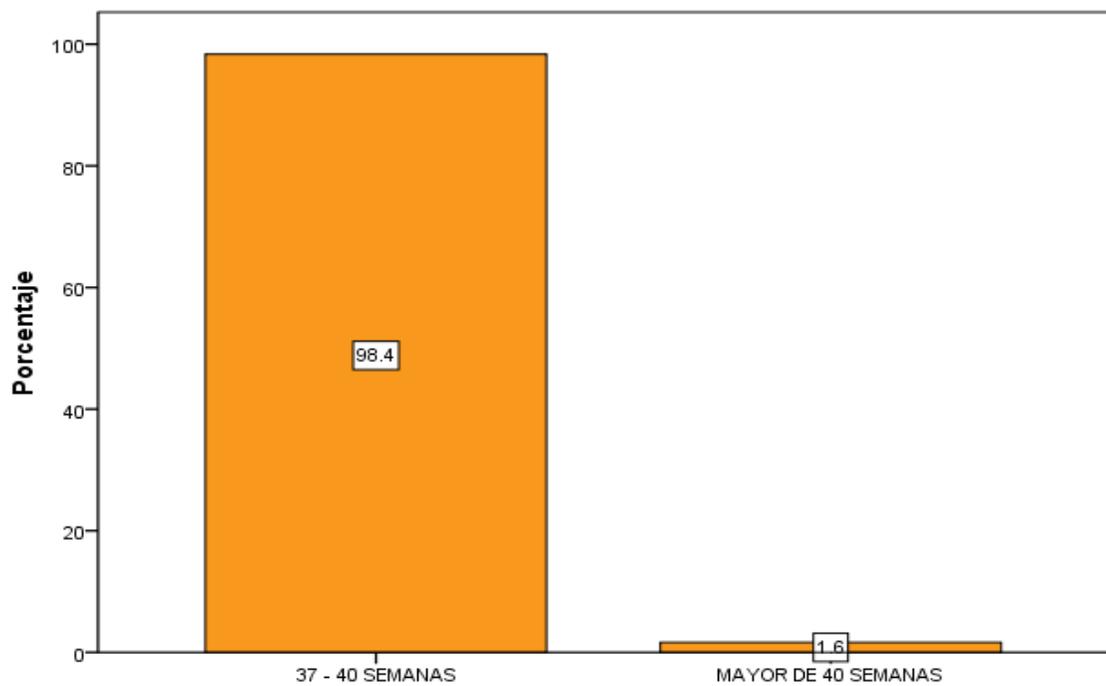
EL 100% de las pacientes no tenía hijos muertos.

k. Edad gestacional de las pacientes al momento del parto

Tabla # 15 Edad Gestacional al Parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	37 - 40 SEMANAS	60	98.4	98.4	98.4
	MAYOR DE 40 SEMANAS	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 14 Edad Gestacional al Parto



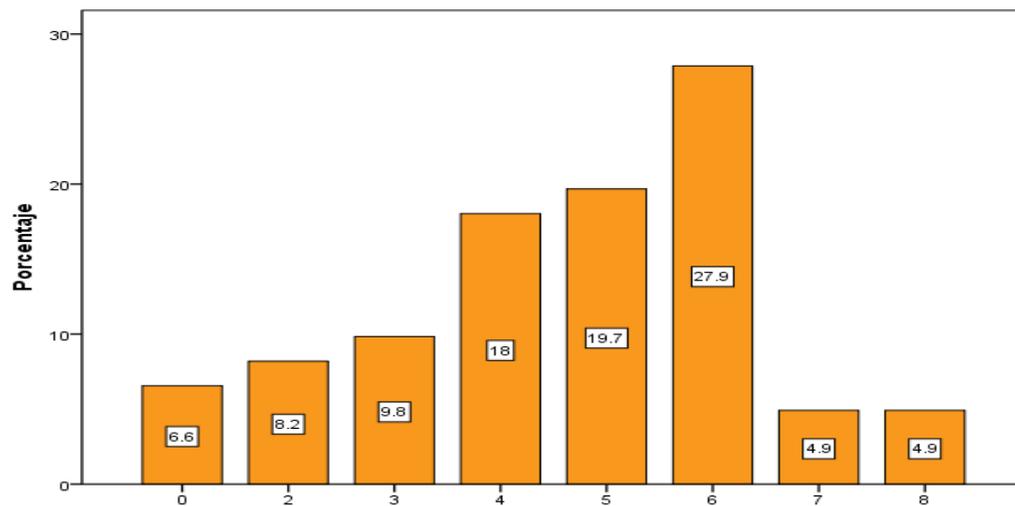
EL 98.4% de las pacientes eran embarazos de término.

I. Control prenatal de las pacientes

Tabla # 16 Control Prenatal de las Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	4	6.6	6.6	6.6
	2	5	8.2	8.2	14.8
	3	6	9.8	9.8	24.6
	4	11	18.0	18.0	42.6
	5	12	19.7	19.7	62.3
	6	17	27.9	27.9	90.2
	7	3	4.9	4.9	95.1
	8	3	4.9	4.9	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 15 Control Prenatal de las Pacientes.



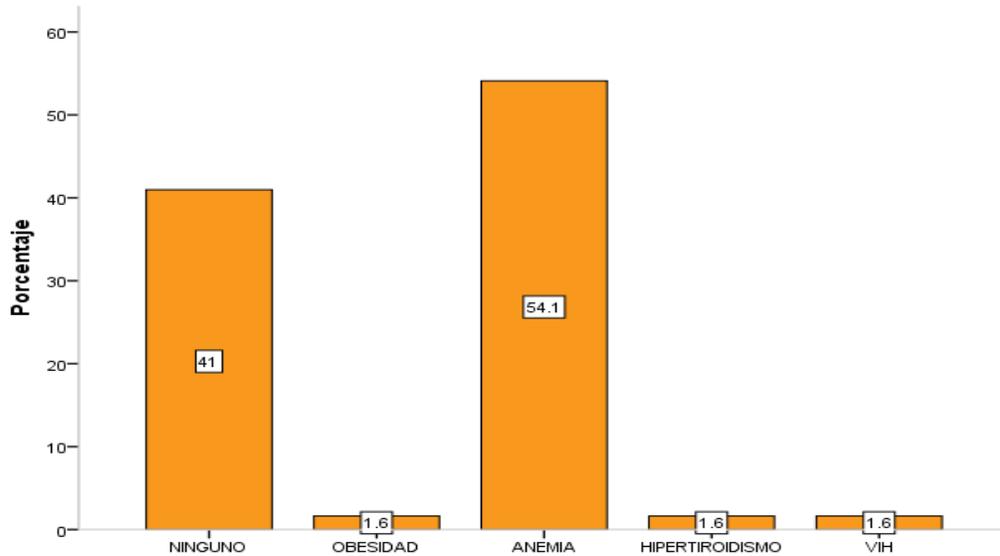
EL 27.9% De las pacientes tuvo al menos 5 controles prenatales y 6.6% no asistió a ningún control prenatal.

m. Antecedentes personales patológicos de las pacientes.

Tabla # 17 Antecedentes Personales Patológicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNO	25	41.0	41.0	41.0
	OBESIDAD	1	1.6	1.6	42.6
	ANEMIA	33	54.1	54.1	96.7
	HIPERTIROIDISMO	1	1.6	1.6	98.4
	VIH	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 16 Antecedente Personal Patológico



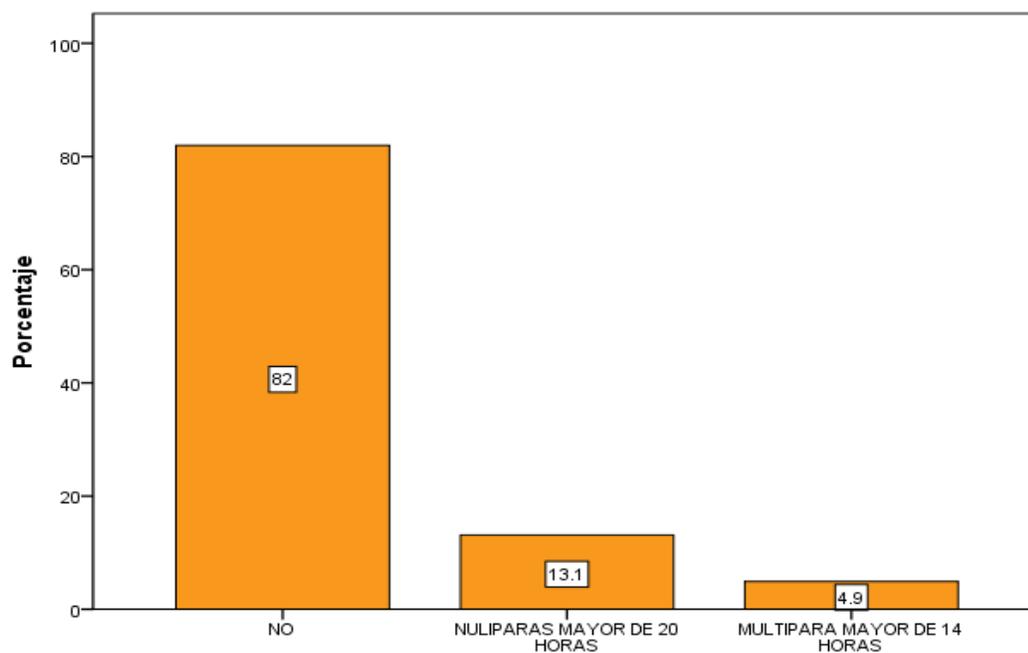
El antecedente personal más frecuente fue anemia con 54.1%.

n. Trabajo de parto prolongado de las pacientes

Tabla # 18 Trabajo de Parto Prolongado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	50	82.0	82.0	82.0
NULIPARAS MAYOR DE 20 HORAS	8	13.1	13.1	95.1
MULTIPARA MAYOR DE 14 HORAS	3	4.9	4.9	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 17 Trabajo de Parto Prolongado de las Pacientes.



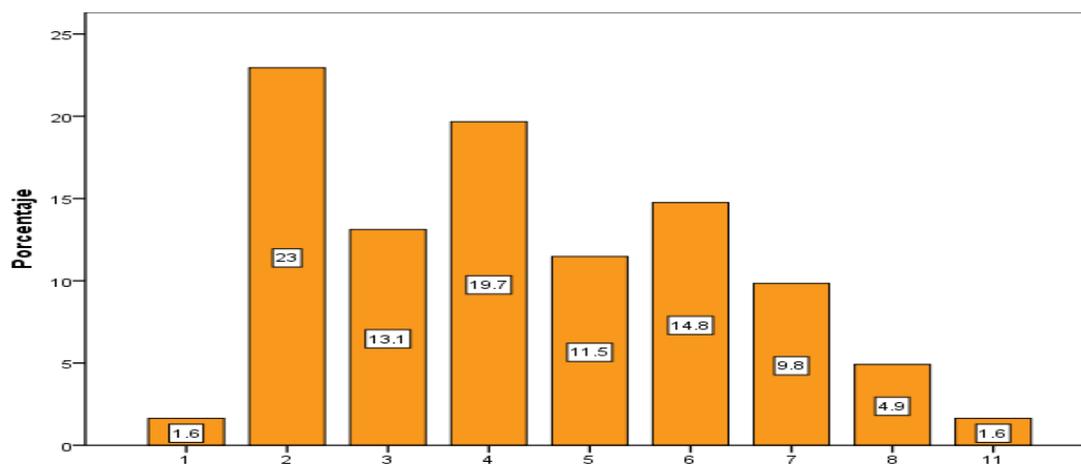
El 13.1 de las nulíparas o y el 4.9% de las multíparas presentaron prolongación del trabajo de parto.

o. Número de exámenes vaginales de las pacientes.

Tabla # 19 Numero de Exámenes Vaginales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1.6	1.6	1.6
	2	14	23.0	23.0	24.6
	3	8	13.1	13.1	37.7
	4	12	19.7	19.7	57.4
	5	7	11.5	11.5	68.9
	6	9	14.8	14.8	83.6
	7	6	9.8	9.8	93.4
	8	3	4.9	4.9	98.4
	11	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 18 Numero de Exámenes Vaginales



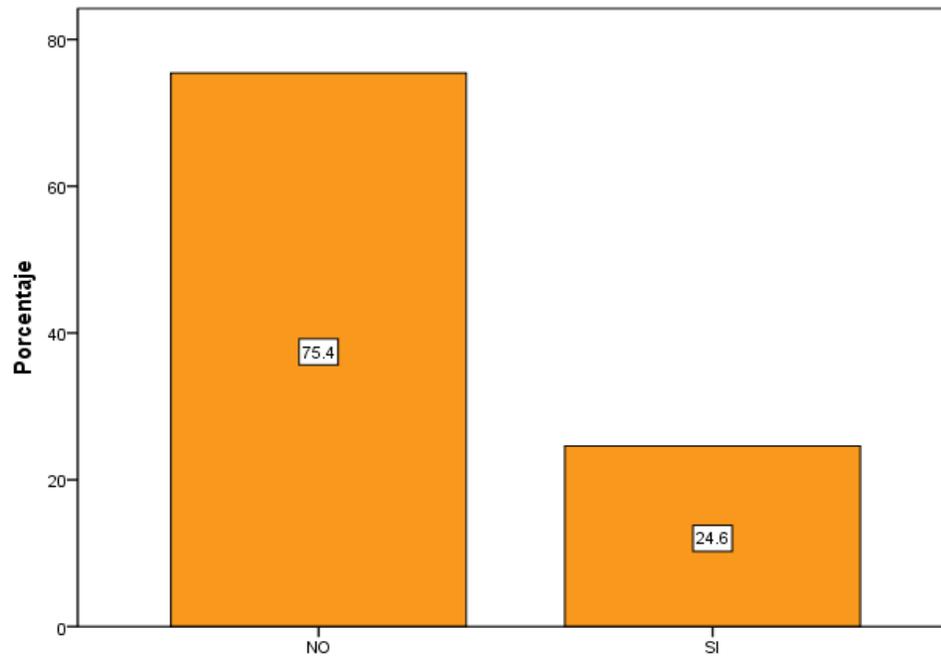
Al 42.5% de las pacientes se le hizo 5 o más tactos vaginales, el máximo de tactos vaginales fue de 11.

p. Ruptura prematura de membrana de las pacientes.

Tabla # 20 Ruptura Prematura de Membranas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	46	75.4	75.4	75.4
	SI	15	24.6	24.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 19 Ruptura Prematura de Membranas.



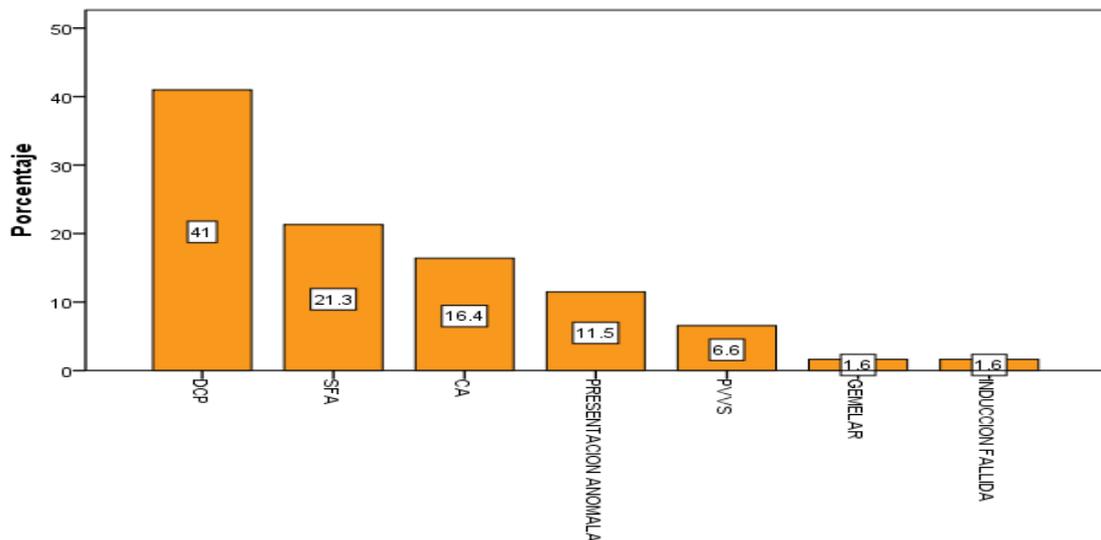
El 24.6% de las pacientes presento ruptura prematura de membranas antes del parto.

q. Indicación de cesárea de las pacientes.

Tabla # 21 Indicación de la Cesárea.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DCP	25	41.0	41.0	41.0
	SFA	13	21.3	21.3	62.3
	CA	10	16.4	16.4	78.7
	PRESENTACION ANOMALA	7	11.5	11.5	90.2
	PVVS	4	6.6	6.6	96.7
	GEMELAR	1	1.6	1.6	98.4
	INDUCCION FALLIDA	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 20 Indicación de la Cesárea



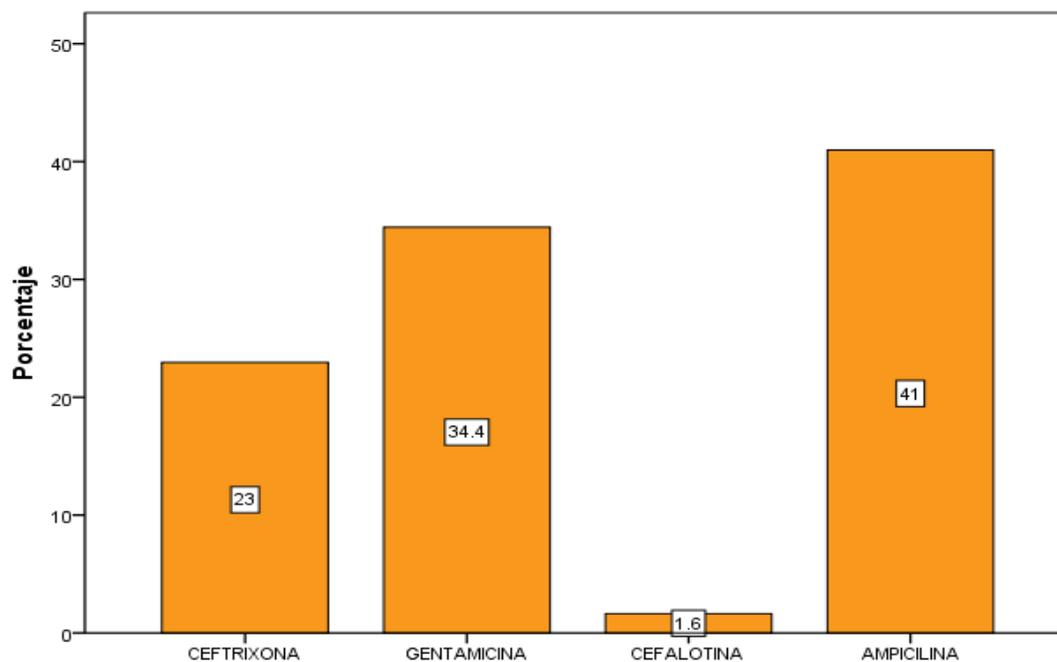
La indicación más frecuente de cesárea fue DCP con 41% seguido de SFA con 21.3%

r. Profilaxis antibiótica antes de la cesárea.

Tabla # 22 Profilaxis Antibiótica Antes de la Cesárea

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CEFTRIXONA	14	23.0	23.0	23.0
	GENTAMICINA	21	34.4	34.4	57.4
	CEFALOTINA	1	1.6	1.6	59.0
	AMPICILINA	25	41.0	41.0	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfica 21. Profilaxis Antes de la Cesárea



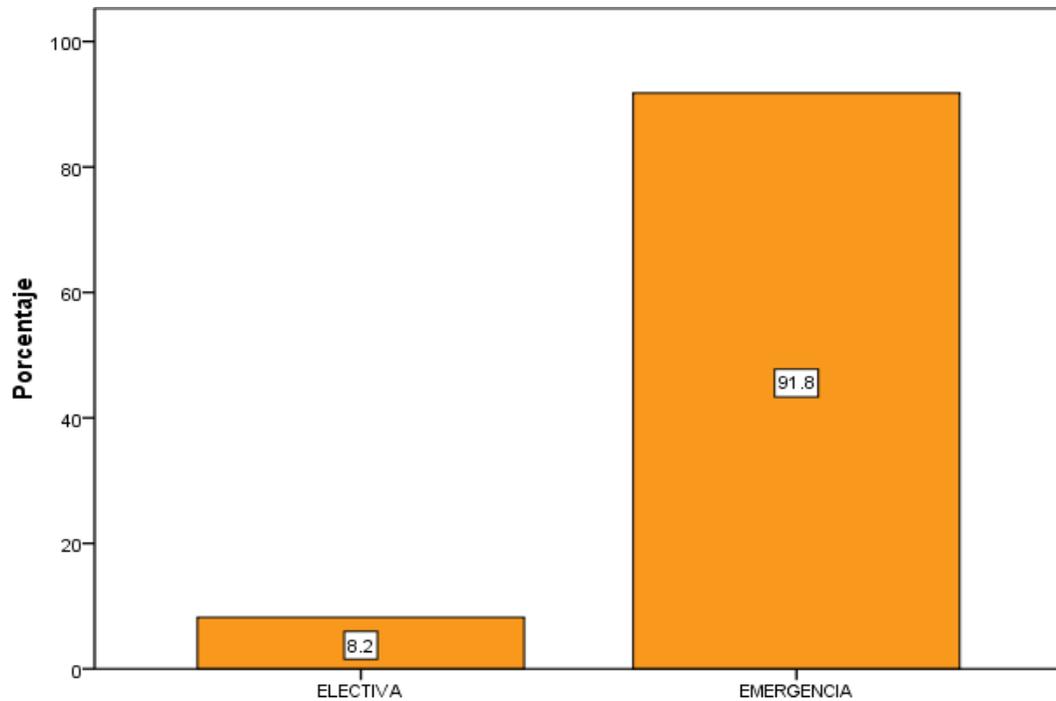
El antibiótico más utilizado como profilaxis fue ampicilina (41%)

s. Cesárea de emergencia o electiva de las pacientes.

Tabla # 23. Cesárea de Emergencia o Electiva de las Pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ELECTIVA	5	8.2	8.2	8.2
EMERGENCIA	56	91.8	91.8	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Gráfica # 22. Cesárea de Emergencia o Electiva de las Pacientes.



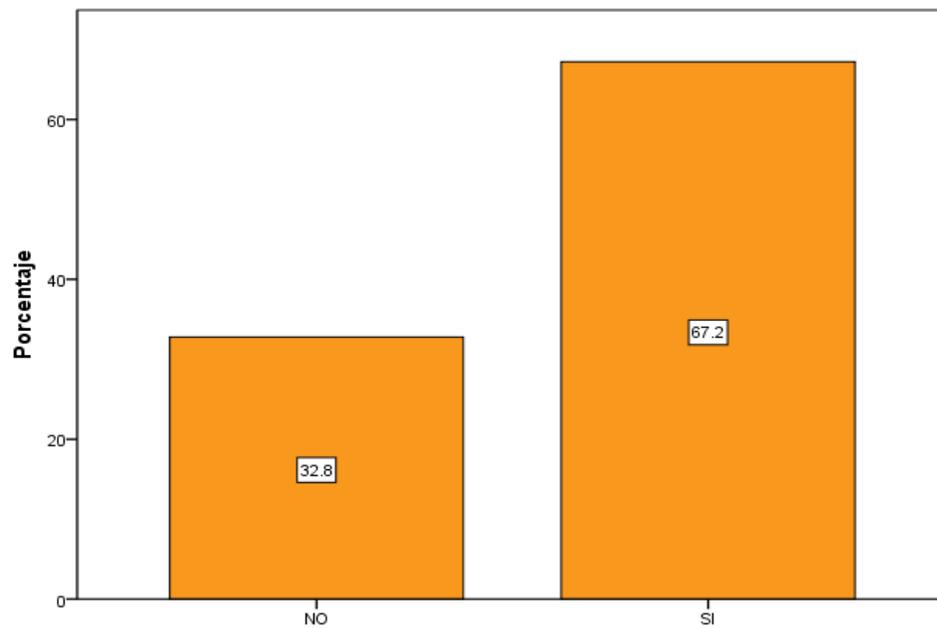
El 91.8% de las cesáreas realizadas en las pacientes fueron cesáreas de emergencia.

t. Fiebre en las pacientes.

Tabla # 24. Síntomas de las Pacientes: Fiebre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	20	32.8	32.8	32.8
	SI	41	67.2	67.2	100.0
Total		61	100.0	100.0	

Gráfico # 23. Fiebre en las Pacientes



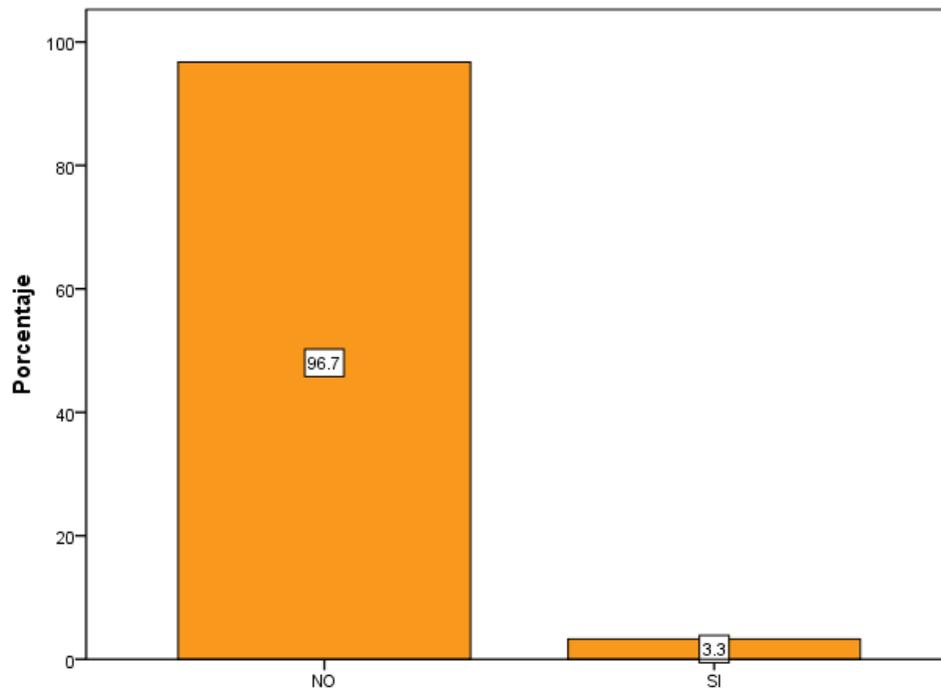
EL 67.2% de las pacientes presento fiebre.

t.1 Dolor en las pacientes.

Tabla # 25. Síntomas de las Pacientes: Dolor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	59	96.7	96.7	96.7
	SI	2	3.3	3.3	100.0
Total		61	100.0	100.0	

Gráfico # 24 Dolor en las Pacientes



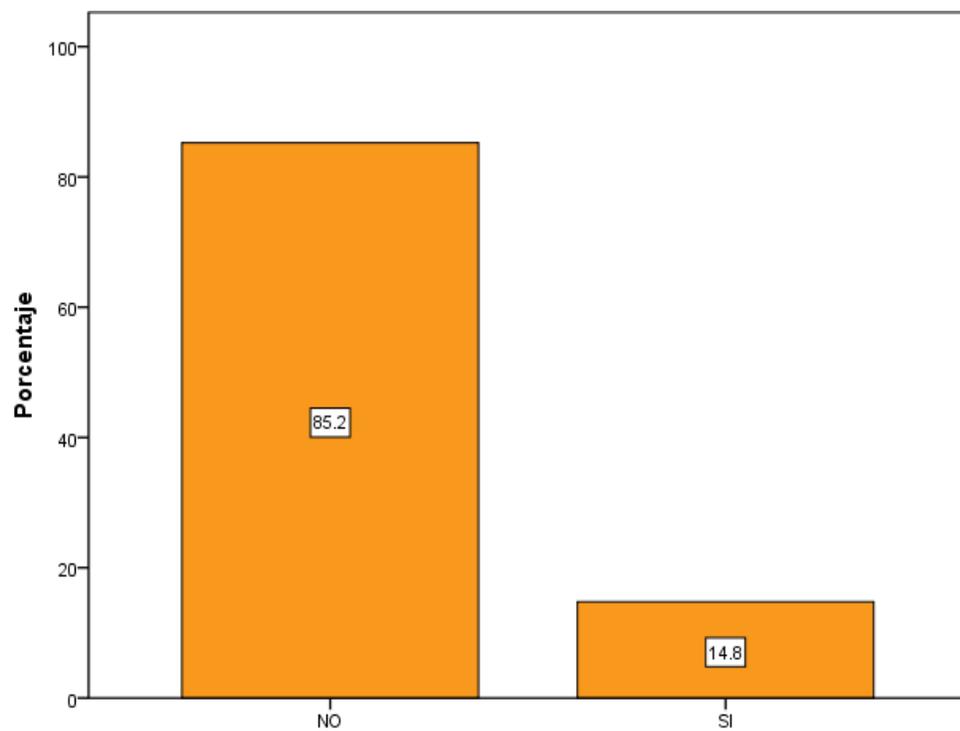
El 3.3 % de las pacientes presento dolor en el área quirúrgica.

t.2 Prurito en las pacientes.

Tabla # 26 Síntomas de las Pacientes: Prurito

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	52	85.2	85.2	85.2
SI	9	14.8	14.8	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 25 Prurito en las Pacientes.



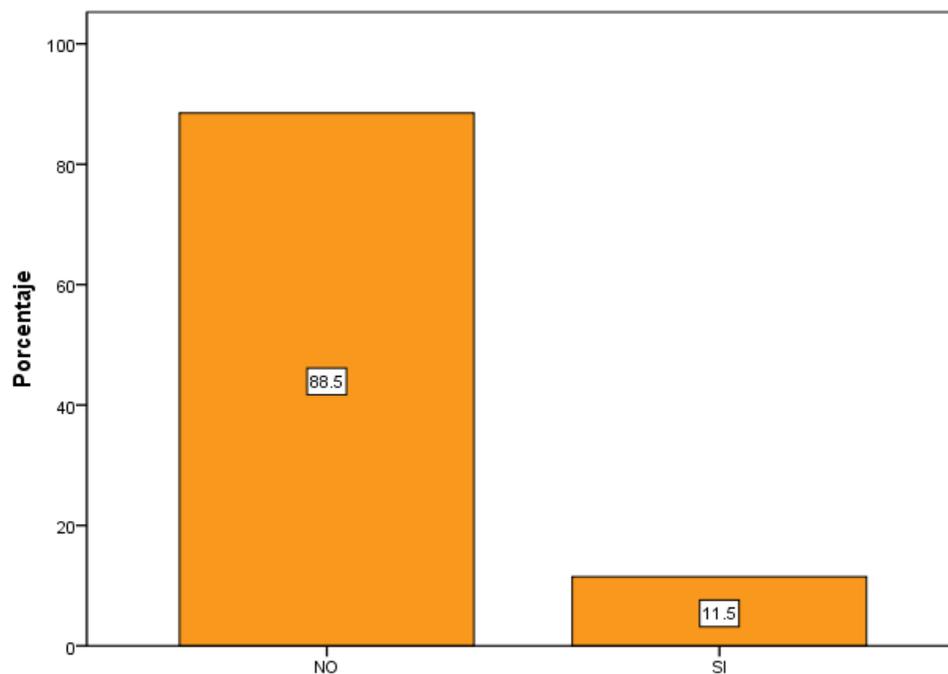
El 14.8% de las pacientes presento prurito en el área quirúrgica.

t.3 Eritema en las pacientes.

Tabla # 27 Síntomas de las Pacientes: Eritema

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	54	88.5	88.5	88.5
	SI	7	11.5	11.5	100.0
Total		61	100.0	100.0	

Gráfico # 26 Eritema en las pacientes.



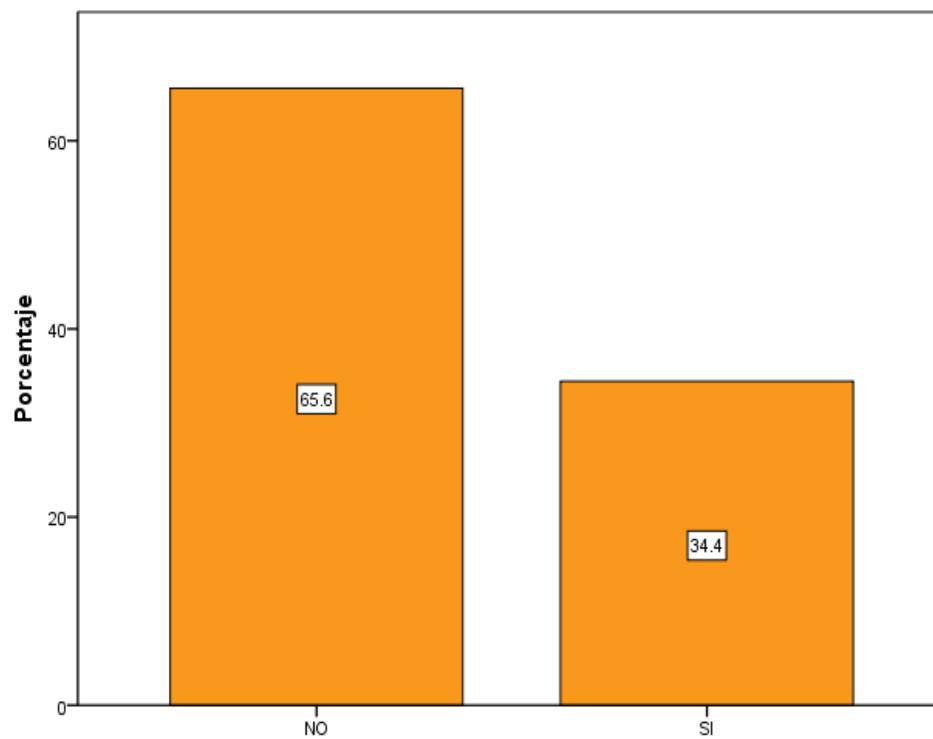
El 11.5% de las pacientes presento eritema en el área quirúrgica

t.4 Inflamación de las pacientes.

Tabla # 28 Síntomas de las Pacientes: Inflamación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	40	65.6	65.6	65.6
	SI	21	34.4	34.4	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfica # 27 Inflamación en las pacientes.



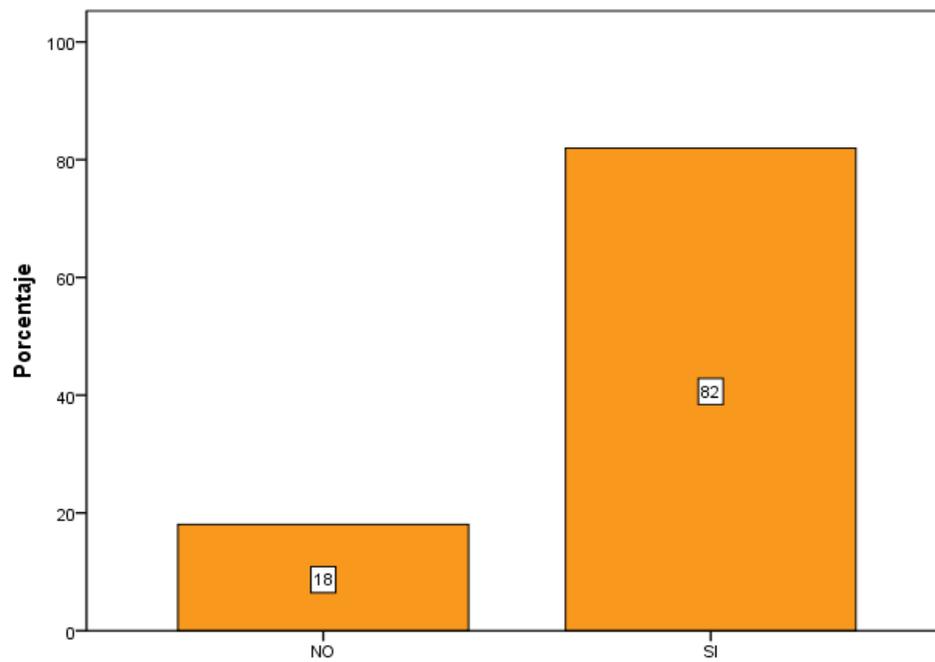
El 34.4% de las pacientes presento inflamación en el área quirúrgica.

t.5 Secreción en las pacientes.

Tabla # 29 Síntomas de las Pacientes: Secreción.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	11	18.0	18.0	18.0
	SI	50	82.0	82.0	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 28 Secreción de Herida Quirúrgica.



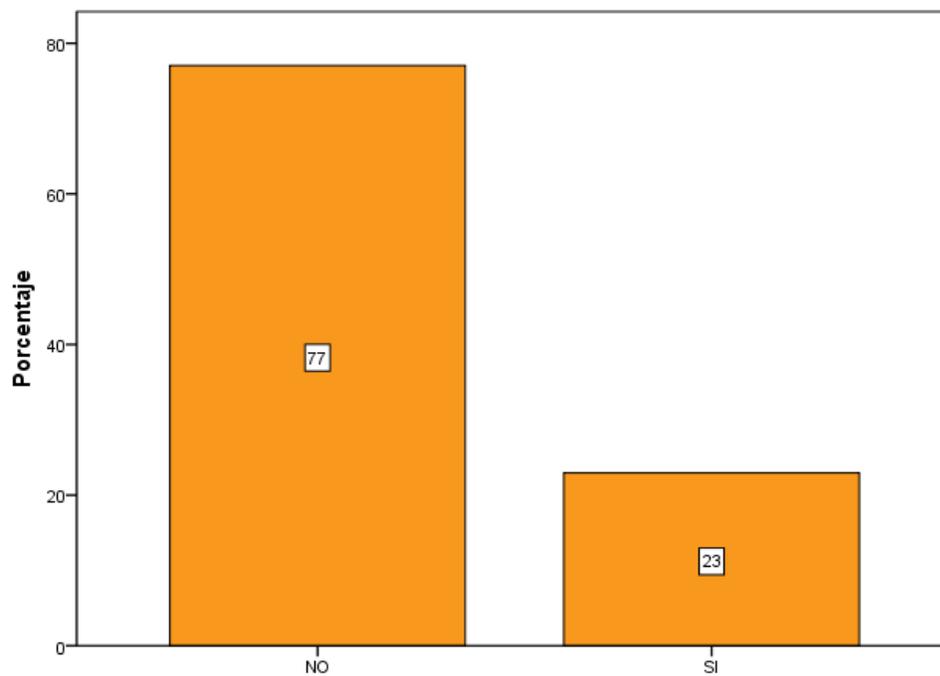
El 82% de las pacientes presento secreción por la herida.

t.6 Induración en el área quirúrgica de las pacientes

Tabla # 30 Síntomas de las Pacientes: Induración

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	47	77.0	77.0	77.0
	SI	14	23.0	23.0	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 29 Induración de la Herida.



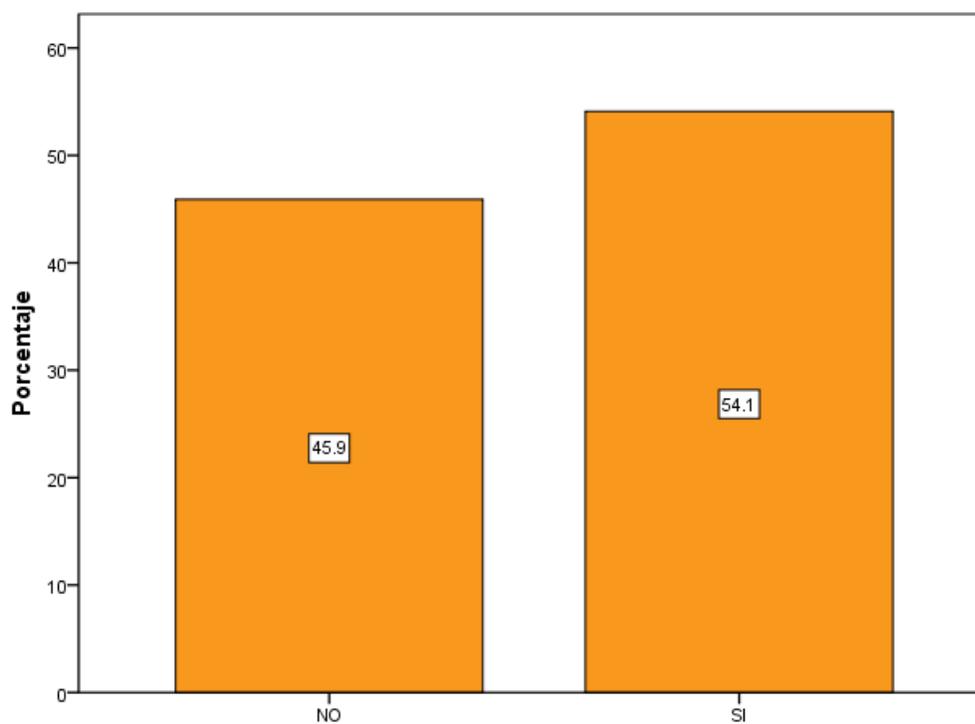
El 23% de las pacientes presento induración en el área quirúrgica.

t.7 Cambios de coloración en la herida de las pacientes.

Tabla # 31 Síntomas de las Pacientes: Cambios de Coloración.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	28	45.9	45.9	45.9
	SI	33	54.1	54.1	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 30 Cambios de Coloración de la Herida.



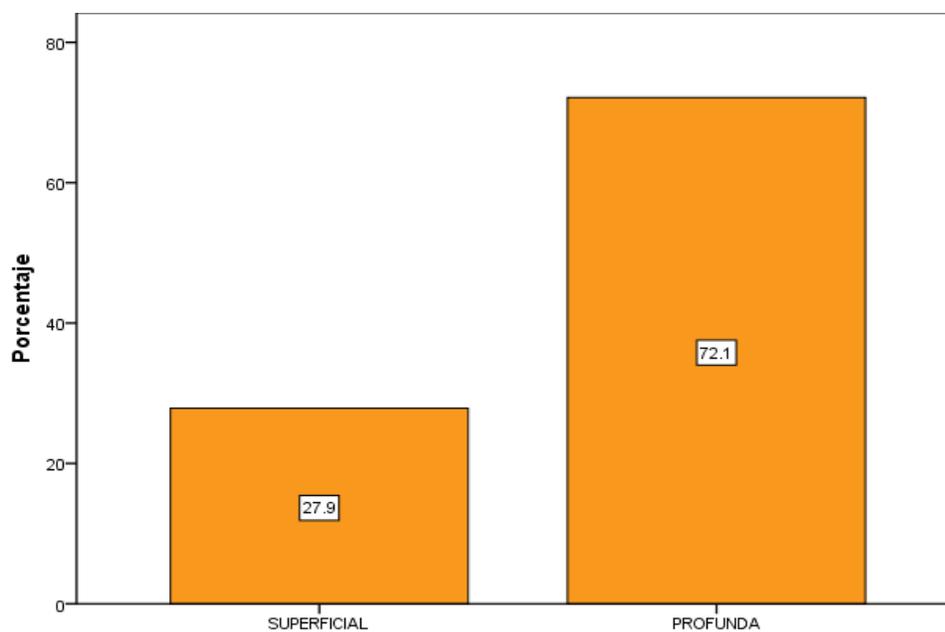
El 54.1% de las pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica presento cambios de coloración.

t.8 Extensión de la dehiscencia de la herida quirúrgica de las pacientes.

Tabla # 32 Extensión de la Dehiscencia de la Herida Quirúrgica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SUPERFICIAL	17	27.9	27.9	27.9
	PROFUNDA	44	72.1	72.1	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 31 Extensión de la Dehiscencia de la Herida Quirúrgica.



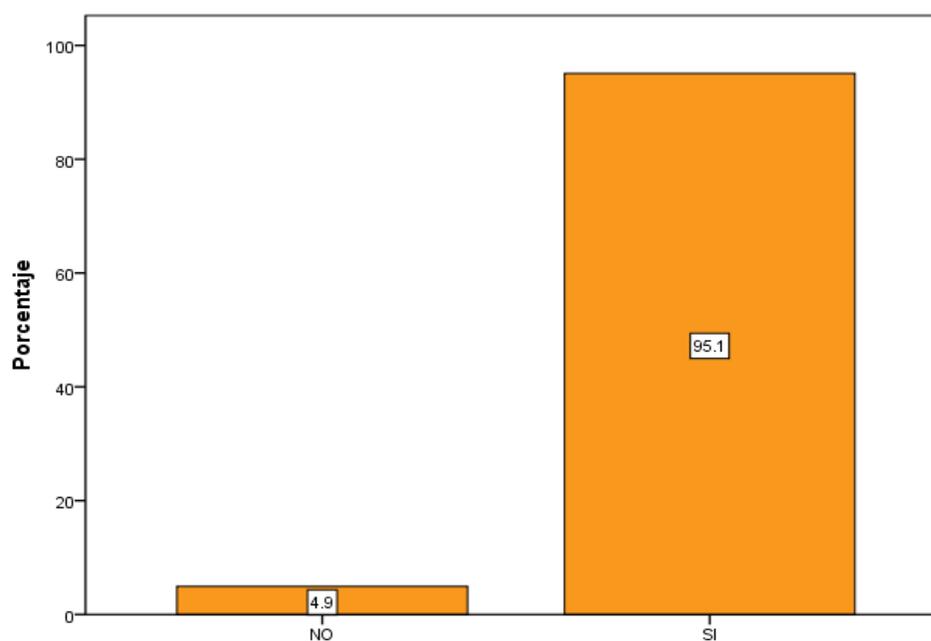
EL 72.1% de las pacientes presento extensión profunda de la dehiscencia de herida quirúrgica y el 27.9% extensión superficial.

u. Cultivo de herida quirúrgica de las pacientes.

Tabla # 33 Cultivo de Herida Quirúrgica de las Pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	3	4.9	4.9	4.9
SI	58	95.1	95.1	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 32 Cultivo de secreción de Herida Quirúrgica.



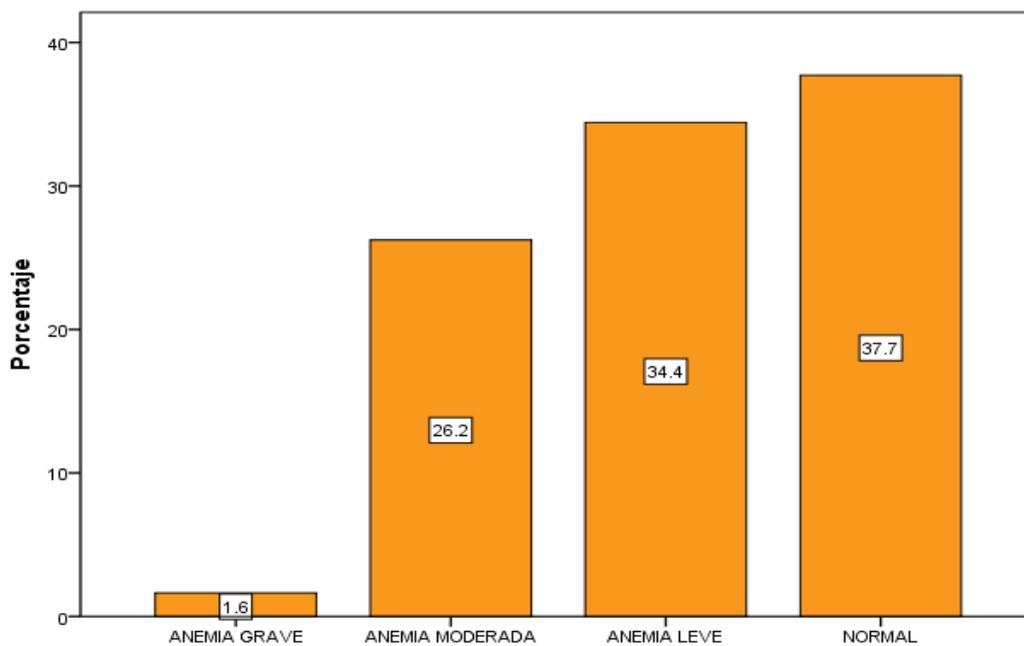
En el 95.1% de las pacientes se les tomo muestra para cultivo, pero solo 3 tenían resultado, 2 para staphilococo y 1 para pseudomona.

v. Hemoglobina de las pacientes.

Tabla # 34 Hemoglobina de las Pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ANEMIA GRAVE	1	1.6	1.6	1.6
	ANEMIA MODERADA	16	26.2	26.2	27.9
	ANEMIA LEVE	21	34.4	34.4	62.3
	NORMAL	23	37.7	37.7	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 33 Hemoglobina de las Pacientes.



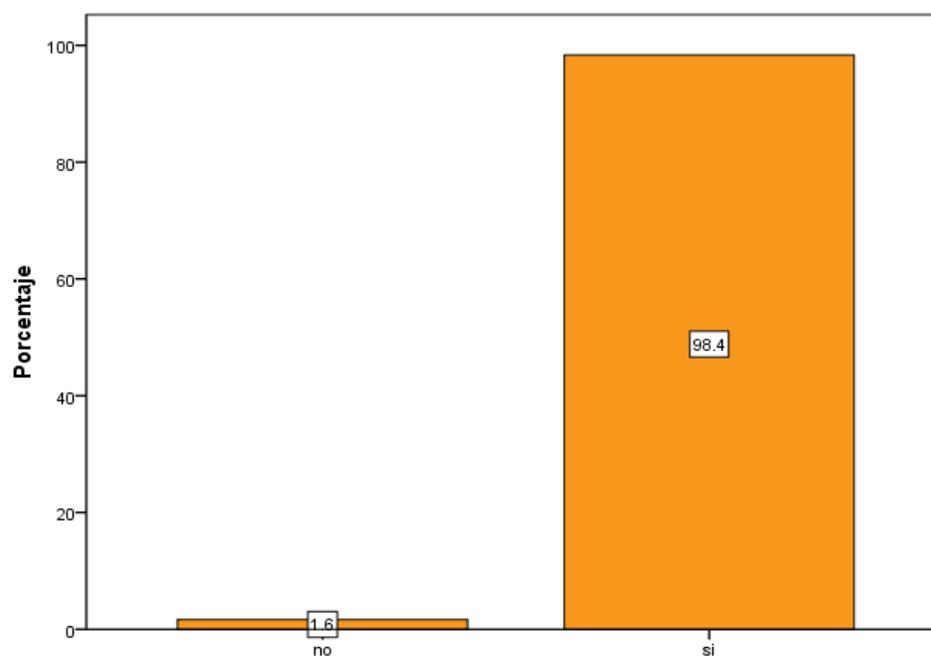
El 62.3% de las pacientes presento algún grado de anemia.

w. Tratamiento que recibieron las pacientes.

Tabla # 35 Tratamiento que Recibieron las Pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1	1.6	1.6	1.6
Si	60	98.4	98.4	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 34 Tratamiento que Recibieron las Pacientes.



EL 98.4% de las pacientes recibieron algún tipo de tratamiento.

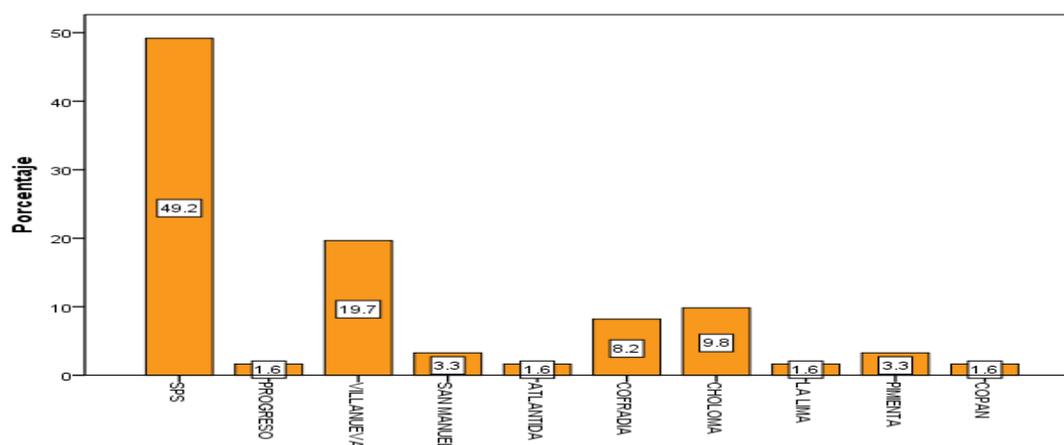
2. DIMENSION LUGAR:

a. Lugar de procedencia de las pacientes.

Tabla # 36 Lugar de Procedencia de las Pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SPS	30	49.2	49.2	49.2
	PROGRESO	1	1.6	1.6	50.8
	VILLANUEVA	12	19.7	19.7	70.5
	SAN MANUEL	2	3.3	3.3	73.8
	ATLANTIDA	1	1.6	1.6	75.4
	COFRADIA	5	8.2	8.2	83.6
	CHOLOMA	6	9.8	9.8	93.4
	LA LIMA	1	1.6	1.6	95.1
	PIMIENTA	2	3.3	3.3	98.4
	COPAN	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 35 Lugar de Procedencia de las Pacientes.



El lugar más frecuente de procedencia de las pacientes es San Pedro Sula con el 49.2%

b. Unidad de salud donde recibieron control prenatal

Tabla # 37 Unidad de Salud Donde Recibió Control Prenatal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	1.6	1.6	1.6
	S.P.S	24	39.3	39.3	41.0
	PROGRESO	1	1.6	1.6	42.6
	VILLANUEVA	11	18.0	18.0	60.7
	SAN MANUEL	2	3.3	3.3	63.9
	COFRADIA	4	6.6	6.6	70.5
	CHOLOMA	2	3.3	3.3	73.8
	LA LIMA	1	1.6	1.6	75.4
	PIMIENTA	2	3.3	3.3	78.7
	SIN DATOS	13	21.3	21.3	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 36 Unidad de salud Donde Recibió Control Prenatal.



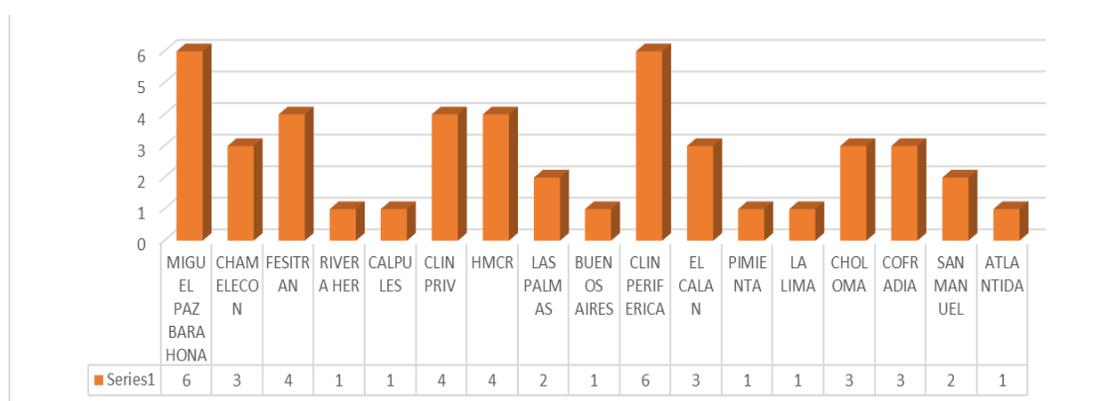
La unidad de salud más frecuente donde recibieron control prenatal fue san pedro sula (39.3%)

c. Unidad de salud de referencia de las pacientes.

Tabla # 38 Unidad de Salud de Referencia de las Pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	1.6	1.6	1.6
	S.P.S	23	37.7	37.7	39.3
	PROGRESO	1	1.6	1.6	41.0
	VILLANUEVA	11	18.0	18.0	59.0
	SAN MANUEL	2	3.3	3.3	62.3
	ATLANTIDA	1	1.6	1.6	63.9
	COFRADIA	3	4.9	4.9	68.9
	CHOLOMA	3	4.9	4.9	73.8
	LA LIMA	1	1.6	1.6	75.4
	PIMIENTA	1	1.6	1.6	77.0
	SIN DATOS	14	23.0	23.0	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 37 Lugar de Referencia de las Pacientes.



Las unidades de referencia de las pacientes más frecuentes eran de la ciudad de san pedro sula (37.7%)

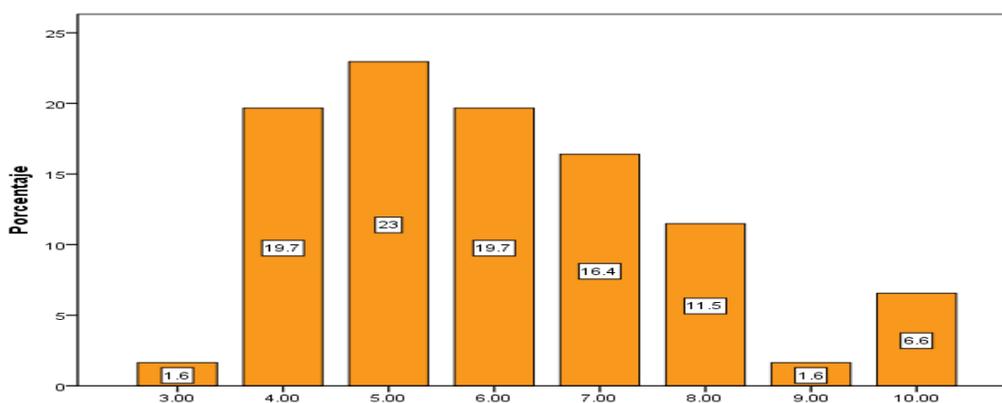
3. DIMENSION TIEMPO

a. Días intrahospitalarios de las pacientes.

Tabla # 39 Días Intrahospitalarios de las Pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3.00	1	1.6	1.6	1.6
	4.00	12	19.7	19.7	21.3
	5.00	14	23.0	23.0	44.3
	6.00	12	19.7	19.7	63.9
	7.00	10	16.4	16.4	80.3
	8.00	7	11.5	11.5	91.8
	9.00	1	1.6	1.6	93.4
	10.00	4	6.6	6.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 38 Días Intrahospitalarios de las Pacientes.



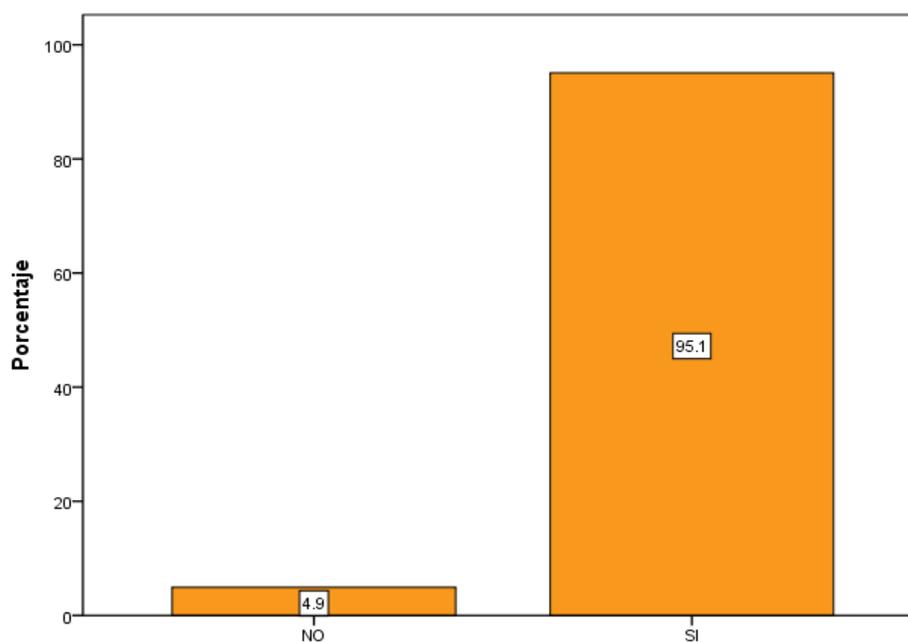
El promedio de días intrahospitalarios de las pacientes fue de 5 días que corresponden al 23% seguido de 4 y 6 días con el mismo porcentaje de 19.7%

b. Tratamiento quirúrgico de las pacientes.

Tabla # 40 Tratamiento Quirúrgica de las Pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	3	4.9	4.9	4.9
	SI	58	95.1	95.1	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Gráfico # 39 Tratamiento Quirúrgico de las Pacientes.



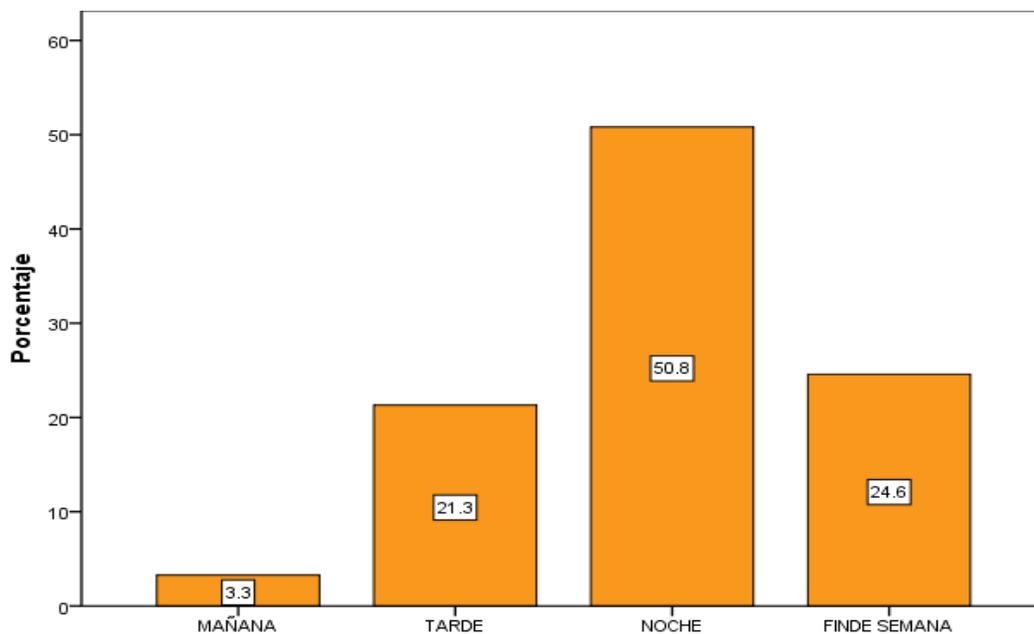
El 95.1% de las pacientes recibieron tratamiento quirúrgico.

c. Jornada en la que se realizó la cesárea.

Tabla # 41 Jornada en la que se Realizó la Cesárea.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MAÑANA	2	3.3	3.3	3.3
	TARDE	13	21.3	21.3	24.6
	NOCHE	31	50.8	50.8	75.4
	FINDE SEMANA	15	24.6	24.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

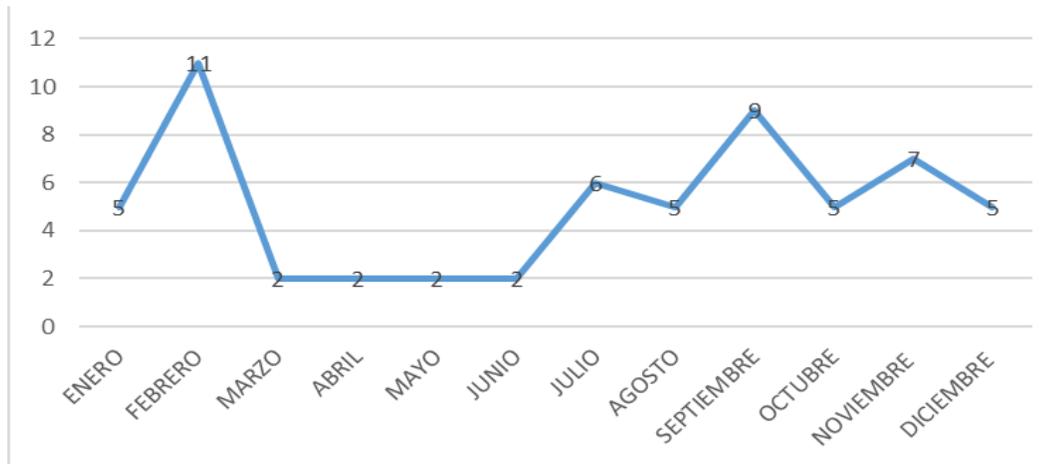
Gráfico # 40 Jornada en la que se Realizó la Cesárea.



El 50.8% de las cesáreas que se realizaron fueron durante la jornada de la noche.

3. Distribución de casos por mes.

Gráfico # 41 Distribución de casos por mes.



La mayor frecuencia de casos de dehiscencia de herida quirúrgica se presentó en el mes de febrero con 11 casos (17.1%) y el mes de septiembre con 9 (14.7%)

CAPITULO VI: DISCUSION

Se plantea que la infección y dehiscencia del sitio quirúrgico se ha convertido en los últimos tiempos en un problema de salud pública a nivel mundial, siendo un problema grave principalmente en los países de bajos ingresos, debido al incremento en el índice de cesárea más allá de la establecido por organismos internacionales como la OMS y además por la baja seguridad con que se ejecutan los procesos de atención que aumentan el riesgo de que las usuarias presenten un evento adverso o daño a la salud siendo los más frecuentes los de tipo infeccioso.

La infección y dehiscencia del sitio quirúrgico es un tema que se aborda frecuentemente en investigaciones internacionales, donde se puede observar que algunos resultados son similares a los obtenidos en este estudio.

En el año 2015 Ripoll realizó una investigación sobre infección del sitio quirúrgico post cesárea encontrado como una característica común que estas pacientes eran jóvenes con un rango de edad menor de 30 años, similar al promedio de edad observado (24 ± 5 años) en las pacientes de esta investigación, datos que difieren de lo referido en la literatura donde los extremos de la edad fértil son los relacionados con estos problemas.

De igual manera se ha descrito que el riesgo de infección del sitio quirúrgico es muy variable y depende de muchas características que se asocian directamente con la paciente tales como la obesidad y anemia que están relacionados a una cicatrización defectuosa, concordando en parte con los hallazgos de este estudio

en el cual el 54% las pacientes presentan algún grado de anemia, pero la obesidad no fue relevante en estas pacientes.

Otro elemento a considerar en la infección y dehiscencia de herida quirúrgica es La ruptura prematura de membranas prolongadas que según la literatura y múltiples investigaciones tiene un lugar muy importante en la génesis de este problema, según Quinde (2013) en una investigación que realizó en el hospital de Trujillo, Perú encontró que el 21.8% de las pacientes con dehiscencia e infección de sitio quirúrgico tenían como antecedente ruptura prematura de membranas prolongadas similar al 24.6% observado en este estudio.

Con respecto a la extensión de la herida quirúrgica la cual podemos clasificar como superficial y profunda los resultados encontrados en este estudio fueron contrarios a los observados en el estudio de datos estadísticos del Hospital Regional de Loreto durante el 2016 donde el 97%, puérperas post cesáreas presentaron infección superficial de sitio quirúrgico y solo el 27.9% de las pacientes participantes presentaron esta condición.

Tomando en cuenta la importancia que tiene la escolaridad de las pacientes y su nivel de educación para el entendimiento que tiene lo relevante de un adecuado control prenatal donde se hace énfasis a todos aquellos signos de alarma que nos hará sospechar de futuras complicaciones, observamos que en este estudio nuestras pacientes solo el 27.9% alcanzaban menos de 5 controles prenatales en comparación con el estudio del Hospital de Apoyo Iquitos, Perú en junio 2015 donde el 75% de las pacientes tenían como mínimo 6 controles prenatales.

Además de ello en el estudio de Iquitos se encontró que solo el 31% de las pacientes tenían antecedente de cesárea lo contrario a encontrado en este estudio donde se reporta 98% de antecedente de cesáreas previas.

En cuanto al síntoma principal que manifestaron las pacientes en este estudio en que más frecuentemente se presentó fue fiebre con un 62,3% que es significativamente menor al encontrado En un estudio descriptivo prospectivo realizado en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda durante marzo 2015.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

La prevalencia de dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela es similar a la reportada en la literatura internacional.

Las características personales más frecuentes fueron pacientes jóvenes, de raza mestiza, solteras, con ocupación ama de casa, en su mayoría con primaria completa y negando todas hábitos tóxicos.

Los antecedentes obstétricos de la paciente se caracterizan por que la indicación más frecuente de cesáreas fue desproporción céfalo pélvica con embarazos de termino y con controles prenatales por debajo del número recomendado por las normas o sin atención prenatal.

Otras características observadas en la atención clínica de estas pacientes es que se les realiza múltiples tactos, presentan bajo porcentaje de ruptura prematura de membranas y de parto prolongado.

Deficiente seguimiento y control clínico de las pacientes ya que a un alto porcentaje se le toman cultivo, pero los resultados no se reportan en el expediente.

En los antecedentes personales patológicos de las pacientes un alto porcentaje de las pacientes presenta un grado de obesidad y otras patologías presentes de muy baja frecuencia como el VIH y el hipertiroidismo.

Las características epidemiológicas de lugar de las pacientes estudiadas

proceden con mayor frecuencia de san pedro sula, recibieron su atención prenatal en el Hospital Leonardo Valenzuela siendo referidas con mayor frecuencia de la clínica periférica de Villanueva, cortes.

La distribución de casos por unidad de tiempo es heterogénea presentando el número más alto en el primer trimestre del año.

La jornada en la que se realizaron más de la mitad de las cesáreas de las pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica fue durante la jornada de la noche y el tiempo de estancia hospitalaria que en promedio permanecieron las pacientes fue de 5 días.

B. RECOMENDACIONES

Educar a las pacientes sobre los cuidados post operatorios y detección de signos de riesgo de infección del sitio quirúrgica

Garantizar la calidad de la atención clínica de las pacientes limitando el número de tactos vaginales a los recomendados por la norma

Mejorar el acceso al programa de atención prenatal del hospital Dr. Hospital Leonardo Martínez Valenzuela.

Documentar el resultado de los cultivos para mejorar la toma de decisiones terapéuticas.

Continuar el estudio de dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea con investigaciones explicativas para verificar hipótesis de causa-efecto.

CAPITULO VIII: REFERENCIAS

Adelaida, v. m. (2015). Factores de riesgo asociados a complicaciones infecciosas de L. Manabí, Ecuador .

Aguila, c. a. (2015). Factores predisponentes de la infección puerperal post cesárea en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital de apoyo Iquitos de julio 2014 A JUNIO 2015. Iquitos, Peru.

Allemant, P. O. (2014). Comparación de la efectividad de la dosis única frente a la dosis triple. Horiz Med, 39-44.

Aller, J. (s.f.). Cesárea, histerectomía. en J. Aller, obstetricia moderna (págs. 572-583).

Brenner, P. (s.f.). Prevención de infecciones de sitio quirúrgico. en conceptos básicos de control de infecciones (págs. 243-255).

Canizales, k. c. (2014). Incidencia, complicaciones y factores relacionados con las infecciones del sitio operatorio, hospital de tercer nivel. Ibagué 2012 A 2013. Ibagué – Tolima.

Chang, N. V. (2016). Infección del sitio quirúrgico poscesárea. Santiago de Cuba , Cuba: MEDISAN.

Fuentes, M. G. (2009). Complicaciones de la cesárea. Clases de residentes, Hospital universitario virgen de las nieves , 1-24.

Fuentes, M. N. (2010). Fase activa del parto: conducta y manejo. Clases de Residentes 2010 .

GJ, H. (2013). Técnicas para la cesárea. La Biblioteca Cochrane Plus.

Guerrero, O. A. (2015). Factores de riesgo de infección de sitio quirúrgico en pacientes sometidas a cesárea en el departamento de gineco-obstetricia del hospital regional docente de Cajamarca 2013- 2014 . Cajamarca, Perú.

Jiménez, M. F. (2013). Guía para la prevención de la infección del sitio operatorio. Guías de Manejo en Cirugía. Miembros de la Asociación Colombiana de Cirugía y miembros del Comité de Infecciones.

Landacay, A. D. (2015). Factores asociados a complicaciones. ecuador .

Lehmann, C. (2007). Cierre de la pared abdominal:. Rev Colomb Cir.

Liao, J. B. (2012). Parto normal: mecanismo y duración. el sevier, 145-164.

Los Estudios Epidemiológicos. (2011). Notas, 51-52.

Loyola, Á. S. (2013-2014). Cura de heridas quirúrgicas. universidad de navarra .

Merino, T. (2007). Variables clásicas en Epidemiología.

Merletti, F. (s.f.). Metodo epidemiologico aplicado a la salud y seguridad en el trabaj. en epidemiologia y estadistica (págs. 1-43). Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo.

Napoles, D. C. (2012). Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto . MEDISAN, 736-738.

Obesidad y embarazo . (Mayo de 2011). Protocolos asistenciales en obstetricia . sociedad española de ginecología y obstetricia .

Organización mundial de la salud, O. (2012). Prevención de las infecciones nosocomiales. MALTA : WHO/CDS/CSR/EPH.

Orozco, H. G. (2017). Prevención de infecciones. Un vistazo a la nueva “Guía global para prevención de infecciones de sitio quirúrgico” . Acta Pediátrica de México, 1-9.

Recari, E. (2009). Complicaciones de la cirugía ginecológica. An. Sist. Sanit. Navar, 65-79.

REGALADO, L. M. (2015). Cesárea electiva: factor de riesgo de morbilidad respiratoria en recién nacidos a término en el hospital San Jose Del Callao 2013. Lima, Peru .

Reyes, V. M. (2015). Anemia del tercer trimestre de la gestación factor de riesgo para infección de sitio operatorio en púerperas post cesareadas en el hospital regional docente de Trujillo. Trujillo, Peru .

S, C. S. (2014). Operación cesárea. REV. MED. CLIN. Condes, 987-992.

Salas., T. D. (enero de 2017). Características institucionales relacionadas con infección de sitio quirúrgico en puérperas post-cesareadas del Hospital Regional de Loreto, 2016. Lima, Peru.

Salazar, D. G. (2013). Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. Revista mexicana de anestesiología, 159-162.

Salinas, R., & Zayas Illas, I. (s.f.). Caracterización microbiológica y epidemiológica de la.

Santalla, A. (2007). Infección de la herida quirúrgica. Prevención. Clin Invest Gin Obst., 192.

SCHNAPP, D. C. (2014). Operación cesárea. REV MED CLIN Condes, 987-992.

Tomás de Jesus Martinez . (noviembre de 2011). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección en Herida Quirúrgica. D.F., Mexico : CENETEC.

Velasquez, S. A. (enero de 2013). Factores de riesgo asociados a infección de herida post cesarea, hospital regional de occidente, 2010 . Guatemala , Guatemala.Villacres,

J. A. (Junio de 2015). Determinación de microorganismos causantes de infección del sitio quirúrgico tras cesárea mediante cultivo y su relación con la ruptura prematura de membranas, expulsivo prolongado, y tiempo quirúrgico en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora E. Quito , Ecuador .

Antecedentes obstétricos

9. HGO _____ 10. Edad gestacional al parto _____
 11. Control prenatal _____ 12. # De controles _____

Antecedentes personales patológicos.

13. Diabetes _____ 14. Obesidad _____ 15. desnutrición _____
 16. Anemia _____ 17. infecciones _____ 18. VIH _____
 19. Enfermedades respiratorias _____

Antecedentes del embarazo actual

20. TDP prolongado: 0 no _____ mayor 20 h nulípara _____
 mayor 14 h multípara _____
 21. # De exámenes vaginales _____
 22. RPMO: 0 no _____ 1 si _____
 23. Indicación de cesárea: 1 DCP _____ 2 SFA _____ 3 CA _____
 4 P. Anómala _____ 5 P previa _____
 6 Prolapso cordón _____
 24. profilaxis antibiótica: 0 no _____ 1 Ceftriaxona _____ 2 Gentamicina _____
 3 Cefalotina _____ 4 ampicilina _____
 25. cesárea de emergencia o electiva _____

Datos de Razonamiento clínico

26. Síntomas: fiebre _____ dolor _____ prurito _____ calor local _____
 27. Signos: eritema _____ secreción _____ inflamación _____
 induración _____ Cambios de coloración _____

tipo de secreción _____

28. extensión de la dehiscencia: 1 superficial _____ 2 profunda _____

29. Laboratorio: cultivo 0 no _____ 1 si _____ hemoglobina _____

30. Tratamiento: 0 no _____ 1 si _____

Datos de procedencia y referencia

31. Procedencia o lugar de residencia: 1 SPS __ 2 puerto cortés __

3 progreso __ 4 Villanueva __

5 San Manuel __ 6 S. Bárbara

7 Atlántida __

32. Unidad de salud del control prenatal _____

33. U.S. de referencia _____

Datos de hospitalización

34. días intra hospitalarios _____

35. tratamiento quirúrgico 0 no __ 1 si __

36. jornada en la que se realiza la cesárea:

1 Mañana __ 2 Tarde __ 3 Noche __ 4 Fin de semana __