



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA**

**DIMENSION PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA DE
ENFERMERIA**

**TEMA DE CASO CLINICO:
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE
CESARIADA 25 AÑOS CON INFECCION EN HERIDA QUIRURGICA**

**AUTORA:
GINA PAOLA COLOMBATTI AGUIRRE**

**TUTORA:
LCDA. ROSA ERLINDA BUSTAMANTE CRUZ.Msc**

BABAHOYO- LOS RIOS – ECUADOR

2020-2021

INDICE

Contenido

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
TITULO DE CASO CLINICO:	5
RESUMEN	6
SUMARY	7
INTRODUCCIÓN.....	8
I. MARCO TEÓRICO	9
1.1 JUSTIFICACIÓN	23
1.2 OBJETIVOS	24
1.2.1 Objetivo General	24
1.2.2 Objetivos Específicos.....	24
1.3 Datos generales del paciente.....	25
II. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	26
2.1 Análisis del motivo de consulta	26
2.2 Historial clínico del paciente.....	26
2.3 Exploración clínica.....	27
Valoración Cefalocaudal.....	27
Valoración por patrones funcionales:	28
Patrones funcionales alterados:	29
2.4 Información de Exámenes complementarios realizados	30
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, presuntivo, diferencial, definitivo	30
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	31
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	33
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	34
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	35
2.8 SEGUIMIENTO.....	35
2.9 OBSERVACIONES	37
CONCLUSIÓN	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	40

DEDICATORIA

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se lo debo a ustedes por formarme con reglas y con algunas libertades. A mis hermanos, esposo e hija por ellos son los pilares de mi vida, la razón de seguir adelante hasta alcanzar el éxito que todos deseamos. reciban esta ofrenda como muestra del inmenso amor que les profesó.

GINA PAOLA COLOMBATTI AGUIRRE

AGRADECIMIENTO

En primeramente agradezco a Dios por darme la fuerza de seguir adelante, a la Lcda. Rosa Bustamante Cruz por brindar sus conocimientos y apoyo. A mis compañeros por darme el inmenso aporte que me ofrecieron para hacer realidad mis sueños de culminar mi carrera profesional.

GINA PAOLA COLOMBATTI AGUIRRE

**TITULO DE CASO CLINICO:
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CESARIADA 25
AÑOS CON INFECCION EN HERIDA QUIRURGICA**

RESUMEN

Se presenta a continuación el proceso de atención de enfermería en paciente sexo femenino de 25 años de edad con infección en herida quirúrgica post-cesárea en el área de ginecología del Hospital Martín Icaza .

A pesar de los avances en la obstetricia moderna, la infección puerperal continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de la paciente obstétrica ocupando el 15% de las muertes maternas en el mundo (Calderón León, 2011)

Debido a que es un tema de suma importancia el profesional de enfermería debe de implementar medidas de bioseguridad asepsia y antisepsia y previo lavado de manos al momento de realizar las actividades que se impartieron a base del diagnóstico enfermero y el proceso de atención de enfermería, de brindar los cuidados directos al paciente, para así disminuir el porcentaje de microorganismos patógenos al momento de realizar una limpieza de herida de manera estéril. Por lo cual se asegure la mejor atención y cuidado del paciente.

Palabras clave: cesárea, infección, herida, post quirúrgica, proceso de atención de enfermería.

SUMMARY

The nursing care process in a 25-year-old female patient with infection in a post-caesarean section surgical wound in the gynecology area of the Martin Icaza Hospital is presented below.

Despite advances in modern obstetrics, puerperal infection continues to be one of the main causes of morbidity and mortality in obstetric patients, occupying 15% of maternal deaths in the world (Calderón León, 2011).

Because it is a very important issue, the nursing professional must implement asepsis and antisepsis biosafety measures and prior hand washing at the time of carrying out the activities that were taught based on the nursing diagnosis and the nursing care process, according to provide direct care to the patient, in order to reduce the percentage of pathogenic microorganisms at the time of sterile wound cleaning. Therefore, the best care and care of the patient is ensured.

Key words: cesarean section, infection, wound, post-surgery, nursing care process.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones quirúrgicas, causadas por bacterias que penetran a través de la incisión, ponen en peligro la vida de millones de pacientes cada año, y contribuyen a la propagación de la resistencia a los antibióticos. En los países de ingresos bajos y medianos, un 11% de los pacientes operados sufren infecciones (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Al ser la infección de herida quirúrgica post cesárea un riesgo que afecta la salud física y mental de la paciente, el presente caso clínico tiene como finalidad demostrar las características, factores de riesgo, complicaciones y el pensamiento crítico de enfermería, mediante la elaboración de un Proceso de Atención de Enfermería utilizando la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería, Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Clasificación de resultados de Enfermería (NANDA NIC Y NOC).

En el presente caso clínico se detalla la sintomatología de una paciente con infección de herida quirúrgica post cesárea, de sexo femenino de 25 años de edad con sobrepeso, que ingresa al HOSPITAL MARTIN ICAZA, luego de 7 días presentando mareos, cefalea, hipertermia, dolor y enrojecimiento alrededor de la herida quirúrgica post-cesárea.

I. MARCO TEÓRICO

INFECCION DE HERIDA QUIRÚRGICA

La infección es el resultado dinámico de los procesos de penetración, desarrollo y crecimiento de gérmenes dentro de los tejidos, así como sus consecuencias fisiopatológicas. Aunque no existe una diferenciación entre infecciones médicas y quirúrgicas, consideramos infecciones quirúrgicas aquellas que requieren tratamiento quirúrgico o resultan del mismo.

Las infecciones de la herida quirúrgica (IHQ) son una fuente importante de problemas clínicos y económicos para los sistemas de salud, pues constituyen el segundo grupo más numeroso de infecciones intrahospitalarias (después de las urinarias). Aumentan la estancia hospitalaria y la morbimortalidad postquirúrgica.

Las infecciones graves de partes blandas constituyen un grupo importante de la patología quirúrgica infecciosa en el que son protagonistas patógenos (Chvapil M, 2004).

EPIDEMIOLOGÍA

La generalización del tratamiento antibiótico y de las normas de asepsia y antisepsia ha mejorado notablemente el pronóstico de los pacientes afectados por una infección. Sin embargo, las infecciones quirúrgicas continúan constituyendo un grave problema sanitario. En la actualidad se estima que una tercera parte de los pacientes ingresados en una sala de cirugía presentarán una infección quirúrgica. Esta afirmación tiene mayor trascendencia si consideramos la repercusión vital de alguna de estas infecciones y el elevado coste económico que supone el tratamiento de las mismas.

Por qué estas infecciones no han disminuido su frecuencia, a pesar de los avances anteriormente comentados, puede radicar en los siguientes factores:

- ✓ Modificación de los huéspedes susceptibles: aumento de la edad de los pacientes quirúrgicos, pacientes inmunodeprimidos, pacientes con patología de base más severa, etc.
- ✓ Manejo indiscriminado de antibióticos: desarrollo de resistencias, selección microbiana

- ✓ Modificación de las puertas de entrada: técnicas quirúrgicas y diagnósticas más invasivas
- ✓ Modificación del espectro bacteriano: como consecuencia de las circunstancias anteriores se ha producido un aumento en la incidencia de infecciones por bacilos gram negativos y estafilococos, mientras ha disminuido la infección por otros gérmenes como el neumococo (Matamoros Diaz, 2014).

FISIOPATOLOGIA

Una vez que los gérmenes han alcanzado el interior de los tejidos se producirá una respuesta defensiva local. Del resultado entre la agresión y la respuesta fisiológica dependerá el establecimiento de una infección, la resolución de la misma o, en el peor de los casos, su generalización.

El conjunto de fenómenos que se desarrollan en esta fase precoz de la infección puede considerarse una triple respuesta: vascular, intersticial y celular.

Respuesta vascular. - Se trata de una respuesta inespecífica caracterizada por una vasodilatación y un aumento de la permeabilidad de los vasos, causantes del enrojecimiento y edema característicos. Como mediadores de esta respuesta se han identificado a algunas aminas vasoactivas (histamina y serotonina) que ejercen su acción a nivel de las células endoteliales.

Respuesta intersticial. - Como consecuencia de los fenómenos vasculares anteriormente descritos se va a producir una salida de líquido al espacio intersticial. Este líquido es rico en proteínas y en potasio, con tendencia al desarrollo de redes de fibrina. Como consecuencia de ello se desarrollará una tumefacción o induración, cuya intensidad dependerá, además, de las características locales del tejido conectivo.

Respuesta celular. - Simultáneamente tienen lugar una serie de fenómenos celulares de gran importancia. Inicialmente (al final de la 1ª hora) se produce una marginación leucocitaria con fenómenos de adhesión al endotelio. Desde allí se produce una migración de los leucocitos hacia el espacio intersticial, fenómeno conocido como diapédesis. Sin embargo, es inherente un cierto grado de lesión

tisular y muerte celular motivado fundamentalmente por los productos resultantes de la digestión lisosomal (Agren MS, 2001).

COMPLICACIONES

Es importante controlar las posibles complicaciones de la herida:

- Hemorragias
- Formación de hematomas
- Edema
- Dehiscencia
- Oclusión del aporte sanguíneo que desemboca en necrosis
- Hipergranulación (Agren MS, 2001).

FACTORES DE RIESGO

El riesgo de una infección es directamente proporcional a la dosis de contaminación bacteriana, directamente proporcional a la virulencia del organismo, e inversamente proporcional a la resistencia del huésped, siendo esta última la capacidad del paciente de controlar la contaminación microbiana. En base a estudios en animales, se puede añadir un cuarto factor clave, que sería el estado fisiológico o la condición del sitio quirúrgico al final de la intervención (adecuada vascularización, tejidos necróticos y gravedad del proceso quirúrgico).

Estos cuatro factores interactúan en un camino complejo para fomentar el desarrollo de la infección. Algunos factores pueden incrementar el riesgo de infección, aumentando el tamaño del reservorio del microorganismo, favoreciendo el mecanismo de transmisión, incrementando el tamaño del inóculo, o disminuyendo las defensas sistémicas del huésped; estos factores pueden predominar unos sobre otros o actuar conjuntamente potenciándose (Alexander JW, 2007).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Se debe realizar una vigilancia activa de las IHQ en el postoperatorio que permita un diagnóstico y un tratamiento tempranos de éstas. La prevención de

la aparición de IHQ debe ser una actitud activa, continua y primordial para todo el personal implicado en el preoperatorio, el perioperatorio y postoperatorio.

Desde el punto de vista del cirujano, el lavado y sobre todo la técnica quirúrgica depurada son las formas de prevención más importantes. La cirugía ginecológica es mayoritariamente de tipo limpia contaminada, por lo que es subsidiaria de profilaxis antibiótica de amplio espectro. Dicha recomendación se extiende hoy a todas las cesáreas. (Cunningham M, 2006).

CESÁREA

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicado cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%.

Las cesáreas se pueden realizar porque se presenten complicaciones en la madre o en el feto durante el parto, o pueden programarse antes de que comience el mismo. En Estados Unidos más del 30% de los nacimientos se producen por cesáreas (Wilson, 2014)

La operación por cesárea se ha vuelto una intervención quirúrgica común en el mundo actual, en nuestro país hay un total de 5.425 partos son por cesárea en un año, de las cuales el 30% fueron en hospitales privados y el restante en centro de salud pública. Preocupaciones médicas o personales de las madres son algunos de los factores comprometidos en el aumento de la tasa de cesáreas.

Tipos de infección de herida operatoria

1. **Incisional superficial:** es aquella en la que se dan las siguientes condiciones:
 - Ocurre en los 30 días después de cirugía.
 - Compromete únicamente la piel y los tejidos blandos subcutáneos a la incisión.

Mínimo una de las siguientes condiciones:

- Drenaje purulento, con o sin confirmación microbiológica por la incisión superficial.
- Aislamiento del microorganismo en un fluido o tejido.

Mínimo uno de los siguientes signos o síntomas de infección:

- Dolor, inflamación, eritema, calor o que el cirujano haya abierto deliberadamente la herida quirúrgica, excepto si el cultivo es negativo.
- Diagnóstico de infección de herida quirúrgica por el cirujano.

No se incluyen:

- Inflamación o secreción del sitio donde entra el punto.
- Infección en la episiotomía o en la circuncisión de un recién nacido.
- Infección de una quemadura.
- Si la incisión compromete planos más profundos y se extiende a la fascia o al músculo.

2. Incisional profunda: aquella en la que se dan las siguientes condiciones:

- Infección que ocurre en los 30 días después de la cirugía si no existe un implante.
- Hasta un año después si hay implante relacionado con la cirugía.
- La infección envuelve tejidos blandos profundos (fascia y músculo).

Mínimo una de las siguientes condiciones:

- Drenaje purulento de esta zona, sin que comprometa infecciones de órgano y espacio del sitio operatorio.
- Dehiscencia de suturas profundas espontáneas o deliberadamente por el cirujano cuando el paciente tiene, al menos, uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), dolor localizado, irritabilidad a la palpación, a menos que el cultivo sea negativo.
- Absceso u otra evidencia de infección que afecte la incisión profunda al examen directo, durante una reintervención, por histopatología o examen radiológico.
- Diagnóstico de infección incisiones profunda hecha por el cirujano o por la persona que lo esté atendiendo.

No se incluye:

- Infecciones que comprometan el plano superficial y profundo se catalogan como profundas.
- Infecciones de órgano y espacio que drenen a través de la incisión.

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

- La infección ocurre en los 30 días siguientes a la cirugía, sin implante.
- La infección ocurre al año siguiente de la cirugía, cuando hay un implante en el lugar quirúrgico.
- La infección puede relacionarse con la cirugía y compromete cualquier órgano o espacio diferente de la incisión, que fue abierto o manipulado durante el procedimiento quirúrgico.

Mínimo una de las siguientes condiciones:

- Drenaje purulento que es sacado de un órgano o espacio por la incisión.
- Microorganismos aislados de un cultivo tomado en forma aséptica de un líquido o tejido relacionado con órgano y espacio.
- Un absceso u otra evidencia de infección que envuelva el órgano o el espacio, encontrado en el examen directo durante reintervención, por histopatología o examen radiológico.
- Diagnóstico de infección de órgano y espacio por el cirujano que lo está atendiendo. (López-Criado M.S., 2017)

Aunque la mayoría de las infecciones de la herida por cesárea son superficiales, esto representa una carga considerable para el sistema de salud, dado el alto número de mujeres que se someten este tipo de cirugía.

Sin embargo, una proporción de infecciones son las infecciones más graves de los tejidos más profundos o órganos reproductivos haciendo necesario extender las estancias hospitalarias o reingreso al hospital, añadiendo aún más a la carga económica de estas infecciones.

Cuidados Post Cesárea

La herida cerrada se protege con un apósito estéril durante las primeras horas post cesárea.

- Al momento de cambiarse un apósito de incisión se usa técnica estéril.
- Antes y después de cambio de apósito y de cualquier contacto físico con la herida quirúrgica se debe tener un lavado de mano adecuado.
- El personal de enfermería enseña a la paciente y a la familia sobre el cuidado de la incisión.

Infección puerperal

Es una infección presente en cualquier nivel de la incisión de la cesárea. La presentación de esta complicación se caracteriza clínicamente por induración, eritema, secreción purulenta y dolor sobre el sitio operatorio. (M. Castro, 2013)

La cesárea es un factor de riesgo ya que tiene condiciones propicias para adquirir una infección en incisión quirúrgica. La infección de la herida post cesaría causada en pacientes puérperas. Se manifiesta como un proceso febril, inflamatorio e infeccioso que afecta la cicatriz de cesárea.

Clasificación de Infección de Herida

Según la profundidad comprometida tenemos:

- **Infección de Sitio Quirúrgico Superficial:** Involucra superficialmente a la piel y se extiende hasta el tejido celular subcutáneo (Celulitis, absceso).
- **Infección de Sitio Quirúrgico Profunda:** Afecta desde la fascia, la región subaponeurótica hasta el músculo (Fascitis, mionecrosis).
- **Infección de Sitio Quirúrgico Órgano/Espacio:** Infección Intracavitaria (Absceso pélvico). (Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, , 1999)

Factores de riesgo dependientes del paciente

El control y el tratamiento pre quirúrgicos, en la medida de lo posible, de estos factores se pueden considerar una medida activa efectiva en la

disminución de la aparición de infección de herida operatoria. (López-Criado M.S., 2017)

Grado de instrucción

Las mujeres con estudios de escuela primaria eran 20 veces más propensas que aquellos con educación secundaria y superior para desarrollar herida infección. (MorhasonBello O, 2019)

Edad

La infección de herida operatoria es más frecuente en los extremos de la vida. La mejor edad reproductiva de una mujer es cerca de los 18 años. La fertilidad disminuye gradualmente a partir de los 30 años, sobre todo después de los 35 años. Siendo mayor de los 35 años una edad materna avanzada (Sociedad americana de Medicina, 2016).

Eriksen realizó un estudio en el cual se incluyeron 3.900 mujeres cesáreas entre el 2005 al 2007 en un hospital en noruega en el cual la edad superior a 29 años fue un factor asociado a la infección herida operatoria (Eriksen HM, 2009).

Estado inmunitario

El estado inmunitario del paciente es un determinante fundamental de la susceptibilidad del huésped a desarrollar una infección de herida operatoria.

Estados de inmunodeficiencias, ya sean permanentes (inmunodeficiencias congénitas o VIH) o transitorias por tratamiento (corticoides, administración de inmunodepresores o quimioterápicos), predisponen a una mala respuesta a la colonización microbiana habitual de la herida quirúrgica y, por tanto, al desarrollo y extensión sistémica de una infección de herida operatoria. Es importante el control adecuado del sistema inmunitario, ya sea mediante el tratamiento adecuado de enfermedades como la infección por el VIH o mediante la supresión o reducción, si es posible, de tratamientos inmunodepresores previos a la cirugía.

Multiparidad

Se refiere cuando se presenta más de dos gestaciones.

Enfermedades de base Diabetes

Se ha demostrado una relación lineal entre la tasa de infección de herida operatoria y los valores de hemoglobina glucosilada (HbA1c), así como los valores en el postoperatorio inmediato de glucemia mayores de 200 mg/dl.

Hábito tabáquico

El consumo de tabaco provoca una inhibición del movimiento de los macrófagos que altera así la quimiotaxis alrededor de la herida.

Estado nutricional

Un estado nutricional deficitario se asocia con el aumento de incidencia de infección de herida operatoria, así como con el retraso en la cicatrización. Aunque en distintos estudios el aporte de nutrición parenteral previa a la cirugía no ha conseguido, por sí mismo, disminuir la aparición de infección de herida operatoria, en pacientes sometidos a grandes intervenciones y en los que reciben cuidados críticos el aporte calórico pre y posquirúrgico es una práctica habitual en muchos hospitales. (López-Criado M.S., 2017)

Anemia

En el Ecuador, el 19% de las mujeres entre 12 y 49 años padece de anemia, siendo mayor en el área rural (22%) y en zonas con pobreza extrema (26%) (1). Durante el embarazo, las necesidades de hierro se incrementan hasta tres veces a consecuencia de las pérdidas basales, del aumento de masa de glóbulos rojos y del crecimiento del feto, la placenta y tejidos maternos asociados (2,3); la concentración de hemoglobina (Hb) varía con 33 la altitud, por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda establecer como anemia durante la gestación valores menores a 11g/dl. (Munares-García O., 2012)

Algunos autores indican que los valores de hemoglobina al nivel del mar se deben categorizar de la siguiente manera (WHO 1989): 1) anemia leve (Hb

de 10 a 10,9 g/dl); 2) anemia moderada (Hb de 7 a 9,9 g/dl); 3) anemia grave (Hb menos de 7 g/dl). (Instituto Nacional de Salud, 2011)

Obesidad

El diagnóstico de obesidad se realiza en función del Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula a partir de la talla y el peso de la mujer. El IMC será el resultado del peso, expresado en kg, dividido entre la talla al cuadrado, expresada en m², considerándose un valor normal entre 18,5 y 24,9 kg/m².

- Sobrepeso: IMC 25-29.9
- Clase I (moderada): IMC: ≥ 30 y <35
- Clase II (severa o grave): IMC ≥ 35 y <40
- Clase III (mórbida): IMC ≥ 40

La obesidad se asocia a un mayor riesgo de infección de herida operatoria debido a la maceración de los tejidos. (Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, 2016).

Factores de riesgo de infección puerperal

Según la literatura, la causa principal de las infecciones del sitio quirúrgico es la flora endógena de la piel, que es el principal contaminante de la herida operatoria y del sitio quirúrgico, o la flora de las mucosas o vísceras huecas del paciente, según el tipo de cirugía; pero también puede participar la flora exógena presente en el ambiente quirúrgico, instrumento y personal. (Gaitán, 2019)

La infección puerperal es de naturaleza polimicrobianas y la mayoría de los gérmenes causales habita en el tracto genital de las mujeres. La sinergia entre la combinación microbiana y de factores predisponentes, así como la presencia de tejido desvitalizado y la condición de resistencia antibiótica de las pacientes aumenta potencialmente la patogenicidad de estos gérmenes, dando lugar a la infección puerperal. (Calderón León, 2011).

1. Aerobios	2. Anaerobios	3. Otros
• Streptococcus (A, B, D)	• Bacteroides spp.	• Ureaplasma urealyticum
• Enterococcos	• Peptostreptococcus spp.	• Mycoplasma hominis
• Escherichia coli	• Clostridium	• Chlamydia trachomatis
• Klebsiella	• Fusobacterium	
• Gardnerella vaginalis		

Una manera que se favorece a los gérmenes antes mencionados es:

Generales	Específicos
Anemia	Control prenatal deficiente
Desnutrición	Infecciones de vías urinarias recurrentes
Obesidad	Procedimientos invasivos
Enfermedades crónicas debilitantes	Rotura prematura de membranas
Condiciones sanitarias e higiénicas deficientes	Técnica quirúrgica inadecuada
	Cesárea de urgencia

Signos y síntomas de la infección de herida post cesárea

- Fiebre mayor a 38° C post parto y post cesárea.
- Estado general comprometido de manera variable con acentuación de
- cefalea, náusea y vómito.
- Escalofríos.
- Taquicardia.
- Deshidratación variable.
- Herida excepcionalmente sensible, dolorosa, endurecida con secreción
- serosa, sanguinolenta o purulenta.
- Eritema y edema más allá del borde de la incisión.

Tratamiento de una herida post cesárea

Se recomienda tapar la herida con apósitos estériles durante 48 horas; posteriormente, se deja descubierta, siempre se deben manipular las heridas con guantes estériles. En caso de heridas para cierre primario diferido o por segunda intención se deben mantener cubiertas más tiempo y hacer curas con agua oxigenada. (Richter Soto, 2016)

El manejo que se debe seguir según el personal de enfermería es:

1. Si hay pus, líquido o sangre abra y drene la herida con anestesia local; igual si la herida está abierta.
2. Quitar la piel infectada y las suturas subcutáneas y desbride la herida. No retire las suturas aponeuróticas.
3. Si hay un absceso sin celulitis, no se requieren antibióticos.
4. Cubrir la herida con un apósito y solicite a la mujer que regrese para curación y cambio de apósito cada 24 horas.
5. Informar a la mujer sobre la necesidad de mantener una higiene adecuada y de usar toallas sanitarias o apósitos abdominales limpios y reemplazarlos a menudo.

Si detecta celulitis de la herida y/o fascitis necrotizante

Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la Referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.

1. Si la infección es superficial y no involucra los tejidos profundos, monitoree la aparición de un absceso.
2. Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis (fascitis necrotizante), administre luego de canalizar vía IV:
3. Penicilina G 2 Millones De Unidades IV Cada 6 Horas; Más
4. Gentamicina 5 Mg/Kg De Peso Corporal IV Cada 24 Horas; Más
5. Metronidazol 500 Mg IV Cada 8 Horas.
6. Una vez que la mujer esté sin fiebre por 48 horas, administre:
7. Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días; más

8. Metronidazol 400 mg vía oral tres veces al día por 5 días

Si la mujer tiene una infección severa o fascitis necrotizante requiere un desbridamiento quirúrgico amplio. Realice una sutura diferida 2–4 semanas más tarde, dependiendo de la resolución de la infección.

Determinar al menos 3 veces al día mínimo por 72 horas o hasta la estabilización de signos vitales: temperatura y control de curva térmica, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.

Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. (Calderón León, 2011)

Los Impactos de la infección de herida operatorio post cesárea sobre la economía

Las infecciones de la herida operatoria post cesárea constituyen una importante amenaza para la salud y la economía. Como norma general, se considera que la aparición de una infección de herida operatoria duplica la estancia y coste hospitalarios normales para esa intervención (Santalla A., López-Criado M.S., Ruiz M.D., Fernández-Parra J., 2007).

La Infección de la herida después de una cesárea aumenta la morbilidad materna, la estancia hospitalaria y los costos médicos. La tasa de infección de la herida post cesárea oscila entre 3% -16%, lo que depende de los métodos de vigilancia utilizados para identificar las infecciones, la población de pacientes y el uso de antibiótico de forma profiláctica (Fathia, 2012).

Incidencia de infección de herida operatoria Post cesárea

La cesárea es una operación común en obstetricia práctica. La incidencia está aumentando en todo el mundo y los rangos de incidencia reportados de 5 a 25% (Ezechi O., 2009).

Entre las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes se encuentran:

- 1) **Infección de Vías Urinarias:** Que representa un 40% del 85% de las infecciones nosocomiales.

- 2) **Infección de Herida Operatoria:** Representa un 20% del 85% de las infecciones nosocomiales.
- 3) **Infección de otros órganos** (sistema nervioso, sistema cardiovascular, osteotendinoso, articular, linfático, tejido muscular, tejido graso, piel y mucosas): constituyen un 5% del 85% de las infecciones nosocomiales (Ortiz H., 2002).

1.1 JUSTIFICACIÓN

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

En el Ecuador, hay un total de 1.796.826 cesáreas reportadas en 13 años, desde el 2001 hasta el 2013, revela que el 22% fueron justificadas en los centros de salud privados y el 51% en los centros de salud pública (Ortiz H., 2002).

Las infecciones de herida quirúrgica constituyen una de las aplicaciones más temidas de los procedimientos quirúrgicos, y se considera un riesgo inherente a la realización de cualquier acto quirúrgico. Ocupa el segundo lugar entre las infecciones nosocomiales y es la infección más frecuente en los pacientes quirúrgicos (2-7%). Constituyen un problema de salud pública incrementando la morbimortalidad, instancia hospitalario y costos tanto para el hospital como para los pacientes y la sociedad en su conjunto (Rodriguez R., González JH, 2011).

Por tal motivo se estudia un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 25 años de edad con infección de herida post quirúrgica.

Por el cual el caso clínico se enfoca en una infección en herida quirúrgica post-cesárea en donde se considera un problema de salud para la puérpera donde se debe abordar desde la perspectiva de prevención hasta los cuidados principales y necesarios que se debe de tener de tal forma que indica en el progreso de las circunstancias de vida de la población de mujeres post-cesárea para así poder reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente con diagnostico medico de infección en herida post quirúrgica de cesárea.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Valorar al paciente mediante la recolección de datos objetivos y subjetivos.
- ✓ Formular diagnóstico de enfermería de acuerdo a los problemas de salud que se evidencia en pacientes con infección en herida post quirúrgica de cesárea.
- ✓ Elaborar un plan de cuidado estandarizados e individualizados al paciente con infección en herida post quirúrgica de cesárea para mejorar su estado de salud.
- ✓ Ejecutar el plan de cuidado para responder a las necesidades del paciente con infección en herida post quirúrgica de cesárea aplicando las intervenciones de enfermería y la prevención de complicaciones.
- ✓ Evaluar los resultados del plan de cuidados de enfermería en el paciente con diagnostico medico de infección en herida post quirúrgica de cesárea en comparación con los objetivos propuestos

1.3 Datos generales del paciente.

Nombre: N. N	Edad: 25 años
Sexo: femenino	Estado: Casada
Raza: Mestiza	Nacionalidad: ecuatoriana
Ocupación: ama de casa	Grupo Sanguíneo: RHO+
Fecha de admisión: 19 de noviembre 2020	Días de hospitalización: 4 días
Gesta: 3	Partos: 1
Cesáreas: 2	Abortos: 0

II. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

2.1 Análisis del motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad post – cesárea que acude al HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA de la ciudad de BABAHOYO por emergencia, con cuadro clínico de 18 horas de evolución aproximadamente, caracterizado por mareos, cefalea, hipertermia, dolor y enrojecimiento alrededor de la herida post – cesárea.

2.2 Historial clínico del paciente

Antecedentes patológicos personales:

- Patológico: Obesidad, Hipertensión.
- Quirúrgico: Cesárea hace 2 años.

Antecedentes patológicos familiares:

- Madre: Ninguno.
- Padre: Hipertenso.

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad con antecedentes patológicos de obesidad, cesárea y 2 gestas anteriores, su última cesárea fue realizada a las 39 semanas de gestación en el HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA, paciente cumple las 40 horas de hospitalización y es dada de alta, paciente acude al séptimo día post – cesárea, presentando cuadro clínico de 18 horas de evolución aproximadamente, caracterizado por hipertermia, cefalea, mareos, enrojecimiento en la piel localizado alrededor de la herida quirúrgica a nivel de hipogastrio irradiándose al mesogastrio, presentando signos vitales; temperatura 38.5°C, presión arterial 110/70mmHg, frecuencia cardiaca 76 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, saturación de oxígeno 98%, con una escala de Glasgow de 13/15, se decide el ingreso del paciente para darle tratamiento a su diagnóstico (Infección de herida post quirúrgica).

2.3 Exploración clínica.

Signos vitales:

- **Presión arterial:** 110/70mmHg.
- **Frecuencia cardiaca:** 76 por minuto.
- **Frecuencia respiratoria:** 20 por minuto.
- **Temperatura:** 38.5°C.
- **Saturación de oxígeno:** 98%.

Medidas antropométricas:

- **Peso:** 71kg.
- **Talla:** 1.60 cm.
- **IMC:** 27.3.

Valoración Cefalocaudal

Cabeza: Normocéfalo, cabello bien implantado de coloración negro.

- **Orejas:** Pabellón auricular bien implantado.
- **Ojos:** Pupilas midriáticas, reactivas.
- **Nariz:** Fosas nasales permeables, semi – húmedas.
- **Boca:** Dentadura completa, mucosas orales secas.

Tórax: Simétrico, si presencia de cicatrices ni heridas.

- **Respiratorio:** Normoexpansible, sin tiraje, murmullo vesicular presente, sin ruidos respiratorios agregados.
- **Cardiaco:** Ruidos cardiacos rítmicos regulares sin soplo ni galope.
- **Mamas:** Simétricas, pezones agrietados con areolas pigmentadas, sin presencia de adenopatía.

Abdomen: Ruidos intestinales presentes, ruidos hidroaéreos con tono alto borbogeaante de frecuencia regular entre 5 – 20 minutos, blando depresible a la palpación, doloroso a región de hipogastrio, con presencia de herida quirúrgica con apósitos impregnados de secreción amarillenta fétida.

Genitales: Presencia de catéter vesical, con presencia de secreción serohemática no fétida de poca cantidad, diuresis amarillenta y espumosa, heces de consistencias pastosa.

Extremidades:

- **Superiores:** Móviles, eutróficos, con presencia de catéter venoso, no se evidencia cicatrices, piel semi – húmeda, sin dolor a la palpación con presencia de llenado capilar <3 segundos.
- **Inferiores:** Móviles, eutróficos, piel semi – húmeda, con leve dolor a la palpación, llenado capilar <3 segundos, no se evidencian cicatrices.

Valoración por patrones funcionales:

1.- Percepción – Manejo de la salud:

Paciente femenino de 25 años de edad, con antecedentes de obesidad y 2 gestas, ingresa a esta casa de salud con cuadro clínico de 18 horas de evolución aproximadamente, caracterizado por mareos, cefalea, hipertermia, dolor y enrojecimiento alrededor de la herida post – cesárea.

2.- Nutrición:

Paciente con sobrepeso con un índice de masa corporal 27.3 (sobrepeso grado II), descompensación metabólica, piel deshidratada con llenado capilar <3 segundos, mucosas semi – húmedas, lengua semi – saburral, dentadura completa.

3.- Eliminación:

Presenta eliminación de secreciones en abdomen a nivel de región hipogástrica, se hidrata bajo suplementos hidroelectrolíticos.

Diuresis amarillenta y espumosa durante las últimas 24 horas, heces de consistencia pastosa.

4.- Actividad – Ejercicio:

Paciente permanece encamada, no puede realizar deambulación por herida quirúrgica dolorosa, se utiliza colchón anti escaro y se realiza cambios posturales cada 6 horas para evitar úlceras por presión.

5.- Sueño – Descanso:

Permanece encamado, bajo antibióticos por prescripción médica debido a infección de procedimiento quirúrgico, logra conciliar el sueño gracias a medicación prescrita.

6.- Cognitivo - Perceptual:

Se encuentra en el área de ginecología post procedimiento quirúrgico, manifiesta sentirse tranquila y agradece a los profesionales por ayudar con su salud.

7.- Auto percepción – Autoconcepto:

Refiere sentirse tranquila, cuenta con el apoyo de toda su familia.

8.- Rol/Relaciones:

Refiere tener buena relación con sus familiares, tiene buena respuesta hacia los profesionales.

9.- Sexualidad – Reproducción:

Femenina, sin actividad sexual temporalmente debido a procedimiento infeccioso post cesárea, refiere haber tenido 2 embarazos sin complicaciones.

10.- Adaptación – Tolerancia al estrés:

Paciente refiere sentir mucho estrés por su intervención quirúrgica que tuvo hace 4 días, expresa deseos de realizar deambulacion, pero se impide por proceso quirúrgico.

11.- Valores – Creencia:

Paciente refiere ser cristiana.

Patrones funcionales alterados:

- Precepción y manejo de salud.
- Confort Adaptación y tolerancia al estrés.

2.4 Información de Exámenes complementarios realizados

HEMATOCRITO	27,2
HEMOGLOBINA	10,1
LEUCOCITOS	14,42
WBC	15.3
RBC	5,47
HGB	16.8
MONOCITOS	0.366
EOSINÓFILOS	0.084
LINFOCITOS	17.21
BASÓFILOS	0.08
GRUPO SANGUÍNEO	RH: O+

Elaborado por: Gina Paola Colombatti Aguirre

Fuente: HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA BUSTAMANTE

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial, definitivo

Diagnostico presuntivo:

Por motivo de consulta y previa valoración por signos y síntomas asociados se predetermino una:

- Infección de herida quirúrgica.

Diagnóstico diferencial:

Se realizan exámenes complementarios obteniendo como resultado una posible:

- Sepsis puérpera.

Diagnóstico definitivo:

Una vez obtenido los resultados de los exámenes complementarios se determina una:

- Infección de herida quirúrgica post – cesárea.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, refiere no haber culminado sus controles prenatales, refiere antecedentes patológicos personales tales como: hipertensión y sobrepeso, Siete días después de haber sido egresada de la unidad de salud regresa por presentar dolor a nivel de cavidad hipogástrica, enrojecimiento a nivel de herida quirúrgica, hipertermia, cefalea, malestar generalizado.

Este cuadro clínico se presenta en pacientes que haya sufrido un proceso quirúrgico del cual su herida no fue completamente cerrada, atribuyendo infecciones que ponen en riesgo la salud del paciente.

Se inician indicaciones terapéuticas farmacológicas.

Soluciones:

- Cloruro de sodio 0.9% intravenoso.

Antibióticos:

- Ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 8 horas.
- Metronidazol 500 miligramos intravenoso cada 8 horas.

Analgésicos:

- Ketorolaco 60 miligramos intravenoso cada 12 horas.

Antipiréticos:

- Paracetamol 1 gramo intravenoso cada 12 horas.

Protector gástrico.

- Omeprazol 40 miligramos intravenoso cada día.

Cuidados de enfermería:

- Control de signos vitales.
- Administración de medicamentos.

- Cuidados de herida quirúrgica.
- Control de balance hidroelectrolítico.
- Vigilancia de la piel a nivel de herida quirúrgica.
- Cambios posturales.
- Control de drenaje a nivel de herida quirúrgica.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

00132 DOLOR AGUDO

Dominio: 12
Confort

Clase 1:
Confort físico

R/C: Procedimiento quirúrgico

E/P: Manifestaciones por expresión verbal de malestar

Dominio: conocimiento y conducta de salud

Clase: conducta de salud

Etiqueta: 1605 control del dolor

Campo: fisiológico Básico

Clase: Clase: E Fomento de la comodidad física

Etiqueta: 1400 Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
RECONOCE EL COMIENZO DEL DOLOR		X			
RECONOCE FACTORES CAUSALES		X			
SE ADMINISTRA ANALGESICOS INDICADOS				X	
RECONOCE SINTOMAS ASOCIADOS AL DOLOR			X		
REFIERE DOLOR CONTROLADO				X	

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición o duración, frecuencia, intensidad o severidad y factores desencadenantes.
- Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Valorar al paciente para detectar los factores que alivian o empeoran el dolor aparte del procedimiento.
- Considerar el tipo y la fuente del dolor para seleccionar la estrategia de alivio más idónea para él.
- Administración de medicamento que favorezcan la salud del paciente.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

00278 SEPSIS

Dominio: 11 Seguridad y protección
 Clase 1: Infección
 Fuente: NANDA 2015 - 2017

R/C: Procedimiento quirúrgico

E/P: Procedimiento invasivo

Dominio 2: Salud Fisiológica
 Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase: Integridad tisular.
 Control de riesgo y seguridad.

Etiqueta: 1102: Curación de herida
 1924: Control de riesgo: proceso

Campo: fisiológico Complejo
 Seguridad

Clase: Control de la piel/herida
 Control de riesgos

Etiqueta: 3660: Cuidados de la herida
 6550: Protección contra infecciones

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
APROXIMACION CUTANEA				X	
APROXIMACION DE LOS BORDES DE LA HERIDA				X	
FORMACION DE CICATRIZ				X	
RECONOCOE LOS SIGNOS Y SINTOMAS QUE INDICAN UN RIESGO			X		
CONTROLA EL ENTORNO PARA IDENTIFICAR FACTORES ASOCIADOS				X	

- ACTIVIDADES**
- Monitorizar las características de la herida, olor, tamaño, color y temperatura.
 - Realizar el cuidado de la herida con medidas asépticas y utilizando las precauciones.
 - Monitorizar la producción y características de exudado o secreción por herida.
 - Inspeccionar la herida cada vez que se realice los cambios de apósitos o vendajes.

2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

Es significativo este estudio de caso para poner en práctica la teoría de Marjory Gordon, el cual constituye un proceso planificado y sistematizado de recogida de información e interpretación, la misma que implica la toma de decisiones.

La valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas durante el proceso, se puede utilizar interdependientemente del modelo que se vaya a utilizar, se adapta al ámbito de atención primaria, no obstante, permite estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar y comunitario en situaciones de salud o enfermedad, permite tener una base estructural en base a los dominios del NANDA, NIC Y NOC.

Estableciendo los modelos de enfermería, este estudio de caso clínico se enfocó en la teoría de VIRGINIA HENDERSON por lo cual este se basa sobre los cuidados que se debe tener con el paciente y el entorno que lo rodea satisfaciendo las necesidades básicas del ser humano.

2.8 SEGUIMIENTO

Durante el primer día: se recibió paciente de sexo femenino de 25 años de edad hemodinámica mente estable, orientada en tiempo y espacio, con 18 horas de evolución post operatorio, que durante evolución hospitalaria presentó cuadro febril agudo, asociado a síntomas de infección quirúrgica, por lo cual se realiza curación de herida, aplicación de antibióticos y analgésicos para controlar dolor a nivel de hipogastrio.

Signos vitales:

- Presión arterial: 110/60
- Frecuencia cardíaca: 76
- Frecuencia respiratoria: 20 por minuto
- Temperatura: 38°C

- Saturación de oxígeno: 99%

Se realizaron actividades de enfermería:

- Control de SCORE MAMA cada 4 horas
- Curación de herida quirúrgica
- Control de loquios
- Administración de medicación
- Cambios posturales
- Control de riesgo de caída
- Control de brazalete
- Charlas educativas:
- Lavado de mano
- Signos de alarma materno neonatal
- Establecimiento de salud amigo de la madre y del niño ESAMYN;
Componente: Lactancia materna.

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad que cursa su segundo día de hospitalización, con diagnóstico médico herida quirúrgica obstétrica, consiente, despierta, orientada en tiempo y espacio, a la valoración física cabeza normocéfalo, mucosas hidratadas, cuello sin presencia de adenopatía, tórax simétrico, abdomen blando depresible a la palpación con dolor en hipogastrio, con presencia de herida quirúrgica, extremidades superiores con vía periférica permeable, sin presencia de sangrado, paciente realiza deambulacion asistida de familiar.

Signos vitales:

- Presión arterial: 110/70
- Frecuencia cardíaca: 86
- Frecuencia respiratoria: 20 por minuto
- Temperatura: 37°C
- Saturación de oxígeno: 99%
- Actividades de enfermería:
- Control de SCORE MAMA cada 4 horas
- Curación de herida quirúrgica
- Control de loquios

- Administración de medicación
- Cambios posturales
- Control de riesgo de caída
- Control de brazalete
- Charlas educativas:
- Lavado de mano
- Signos de alarma materno neonatal
- Establecimiento de salud amigo de la madre y del niño ESAMYN;
Componente: Lactancia materna.

2.9 OBSERVACIONES

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, responde favorablemente al tratamiento y evoluciona de manera satisfactoria, retira sutura de tejido subcutáneo y se retiran puntos de la piel de proceso quirúrgico a nivel de hipogastrio, se evidencia tejido de granulación en formación, el cual no se retira y se espera cicatrización.

Se emparejaron los bordes de la herida retirando con hoja de bisturí frío por todo el margen superior de la herida, incluyendo en aquella limpieza los planos de la piel y el subcutáneo.

Se decidió dejar herida abierta, expuesta para su cierre por segunda intención o en su defecto otro cierre interactivo cuando ya se identifique normalidad en sus planos, bordes y herida sin producción de secreciones.

Se realizó asepsia y antisepsia, colocando apósitos estériles y evidenciando una mejoría satisfactoria en la herida quirúrgica.

Paciente cumplió con tratamiento y evoluciona de manera satisfactoria, no hubo complicaciones durante el proceso, por lo que se pudo tratar exitosamente su patología.

CONCLUSIÓN

Para concluir el presente estudio de caso, se puede comprobar que la enfermedad infección de herida quirúrgica post cesárea es una enfermedad causante de cuadros clínicos post egresos hospitalario, hoy en día es uno de los motivos de consulta concurrente los centros de atención primaria y hospitalaria, se pudo proporcionar la acción científica y asistencial que permitieron la interacción enfermera-paciente para disminuir los riesgos causados por la patología y a su vez, se valoró al paciente mediante la recolección de datos objetivos y subjetivos, formulando diagnóstico de enfermería de acuerdo a los problemas de salud que se evidenciaron en paciente con infección en herida post quirúrgica, el cual me permitió elaborar un plan de cuidados estandarizados e individualizados al paciente con infección en herida post quirúrgica para mejorar su estado de salud, luego se ejecutó un plan de cuidado para responder a las necesidades del paciente con infección en herida post quirúrgica aplicando las intervenciones de enfermería y la prevención de complicaciones, evaluando los resultados del plan de cuidados de enfermería en el paciente con diagnóstico médico de infección en herida post quirúrgica en comparación con los objetivos propuestos dando resultados favorables.

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

Los principales cuidados de enfermería están enfocados en la vigilancia de la herida quirúrgica, riesgo de infección y el manejo del dolor, administración de medicamentos prescritos y brindar confort a la paciente mientras se encuentra ingresada en esta casa de salud. Por otro lado, el personal de enfermería debe involucrarse más en lo que es la enseñanza de signos de alarma a los pacientes con el fin de generar una conducta de búsqueda de atención sanitaria.

ANEXOS



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

1. Sociedad americana de Medicina. (01 de 21 de 2016). *Edad y fertilidad*. Obtenido de https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET%20Age%20and%20fertility%20corrected%20blueline%203-5-13.pdf
2. Agren MS, C. M. (2001). *Infeccion Quirurgica*. Mexico .
3. Alexander JW, F. J. (2007). *Factores de Riesgo de Infeccion de Herida Quirurgica*. Mexico.
4. Chvapil M, F. L. (2004). *Infeccion de Herida Quirurgica*. Guatemala.
5. Cunningham M, B. F. (2006). *Prevención de la infección del sitio quirúrgico*. Mexico.
6. Calderón León, M. F. (2011). *Infección puerperal post cesárea vs infección puerperal post parto en el Hospital Gineo-Obstétrico Enrique C. Sotomayor*.
7. Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia. (21 de 01 de 2016). *La obesidad y el embarazo*. Obtenido de <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-obesidad-y-el-embarazo>
8. Eriksen HM, L. H. (2009). Infecciones después de cesáreas. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 618–22.
9. Ezechi O., E. A.-O. (2009). Incidencia y factores de riesgo de infección de la herida por cesárea en Lagos, Nigeria. *BMC Research Notes*, 2-186.
10. Fathia, E. (2012). Factores de riesgo para infección de heridas después de parto. *Qatar Medical Journal VOL. 2012 / NO.2*.
11. Gaitán, M. A. (2019). *Factores de riesgo para dehiscencia de Herida quirúrgica en las pacientes post cesárea en la unidad materno-infantil HEODRA León*.
12. Hübner M, D. M. (2011). INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA. *GUÍAS CLÍNICAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS*, 98. Obtenido de [https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic(1).pdf)
13. Instituto Nacional de Salud. (2011). *Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas*. Obtenido de http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/res_2011/Prevalencia%20de%20anemia%20en%20gestantes%20v%201_0_1.pdf

14. Jorge Rojas, Marcos Rodríguez de Quesada. (16 de Julio de 2014). Infecciones en cirugía. *GPC en Infecciones en cirugía*. Obtenido de <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/infecciones-cirugia/>
15. León, *. F. (2011). *INFECCIÓN PUERPERAL POST CESAREA VS INFECCIÓN PUERPERAL POST*. guayaquil.
16. López-Criado M.S., R. M.-P. (2017). Infección de la herida quirúrgica, Prevención y tratamiento. *Clinical Investigacion Gineco Obstetricia*, 189-96.
17. M. Castro. (2013). *Factores predisponentes de la infección puerperal postcesárea*. Guayaquil.
18. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, . (1999). Guideline for prevention of surgical site infection. *Infection Control and Hospital Epidemiology*.
19. Matamoros Diaz, N. d. (2014). *Epidemiología de la herida quirurgica* . Nicaragua .
20. MorhasonBello O. (2019). Determinantes de la infección de la herida poscesárea en el University College Hospital Ibadan. *Niger J Clin Pract*, 1-5.
21. Munares-García O., G.-G. G.-D.-A. (2012). Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del ministerio de salud del Perú. *Peru Med Exp Salud Publica*.
22. Organización Mundial de la Salud. (2020). OMS. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/03-11-2016-who-recommends-29-ways-to-stop-surgical-infections-and-avoid-superbugs>
23. Ortiz H. (2002). *Factores contribuyentes y determinantes de infección de herida operatoria*. Guatemala: Universidad De San Carlos de Guatemala.
24. Ortiz, E. A. (2017). Tasas de cesáreas en Ecuador: un análisis comparativo de 13 años . *Panamericana Salud Publica*, 1-8.
25. Richter Soto, L. (2016). Factores de riesgo asociaciones a infección de herida operatoria post cesárea en el Hospital Vitarte periodo 2013 a Junio 2015.
26. Rodríguez R., González JH. (Abril de 2011). *Metodos alternativos para el tratamiento de pacientes con heridas infectadas*. Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21523/1/Tesis.pdf>
27. Santalla A., López-Criado M.S., Ruiz M.D., Fernández-Parra J. (2007). Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento. *Clin Invest Gin Obst.*, 96-189.
28. Wilson, L. (2014). Cesarea. *Redaccion Medica*.