

**PREVALENCIA DE INFECCIONES POSTQUIRURGICAS EN CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL PERIODO 2009 EN CARTAGENA**

INVESTIGADORES:

GONZALEZ DIAZ MARY LUZ

LAMBIS MORALES FARY

RAMOS VILORIA LIANIS ANDREINE

VILLADIEGO PUERTA CINDY PAOLA

UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA VIII SEMESTRE

CARTAGENA DE INDIAS D, T Y C.

2011.



**PREVALENCIA DE INFECCIONES POSTQUIRURGICAS EN CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL PERIODO 2009 EN CARTAGENA**

INVESTIGADORES:

GONZALEZ DIAZ MARY LUZ

LAMBIS MORALES FARY

RAMOS VILORIA LIANIS ANDREINE

VILLADIEGO PUERTA CINDY PAOLA

TRABAJO DE GRADO

ASESORA METODOLÓGICA

ENFERMERA: JEIDYS BANQUEZ MENDOZA

ASESORA DISCIPLINAR

ENFERMERA: ZORAYDA BARRIOS PUERTAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARTAGENA DE INDIAS D, T Y C.

2011.



NOTA DE ACEPTACION

DIRECTOR DE INVESTIGACION

ASESOR METODOLOGICO

Cartagena De Indias D, T Y C. 29 de noviembre de 2011

DEDICATORIA

La fe, el esfuerzo y el optimismo dedicado a lo largo de nuestros estudios son el fruto de todas esas personas que creyeron en nosotras, apoyándonos en todo sentido dándonos las manos a través de la educación. Es por ello que este trabajo está dedicado a las personas que a lo largo de nuestras vidas nos han dado la formación como personas.

Con mucho cariño a nuestro Dios por ser nuestra guía espiritual, por iluminarnos cada día brindándonos la sabiduría y la tolerancia para seguir adelante, a nuestras familias por ser apoyo incondicional, la base de nuestras vidas profesionales quienes en todo momento estuvieron brindándonos su amor y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis es un esfuerzo en el cual directa e indirectamente participaron varias personas, leyendo, opinando, corrigiendo y acompañándonos en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Los agradecimientos están dirigidos:

A todas las personas y entidad que hicieron posible la realización exitosa de esta investigación, principalmente a la Clínica Cartagena del Mar y al personal de salud que nos brindo su apoyo y aceptación.

También se agradece a la Universidad del Sinu Elías Bechara Zainum por los conocimientos compartidos y enseñados para nuestro desarrollo profesional en especial a nuestra Docente y Asesora Metodológica Jeidys Banquez Mendoza, por brindarnos su amistad, apoyo y consejo en todo momento.

Al comité de investigación por creer y aceptar nuestra proyecto como base de motivación y crecimiento profesional.

Por último a nuestras Familias que nos acompañaron en esta aventura que significo este proyecto y que de forma incondicional entendieron nuestra ausencia y malos momentos.

Gracias a Todos

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.1 PREGUNTA PROBLEMA.....	6
2. JUSTIFICACION	8
3. OBJETIVOS.....	10
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	10
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
4. MARCO DE REFERENCIA.....	11
4.1 ANTECEDENTES.....	11
4.2 MARCO TEORICO.....	13
4.3 MARCO LEGAL.....	27
4.4 MARCO CONCEPTUAL.....	28
4.5 ASPECTOS ETICOS.....	30
5. METODOLOGIA.....	31
5.1TIPO DE INVESTIGACION.....	31
5.2 POBLACION Y MUESTRA.....	31
5.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	32
5.4 TECNICAS DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	33

5.6 TECNICAS DE ANALISIS DE LOS RESULTADIOS.....	34
GRAFICA Nº 1 NÚMERO DE CIRUGIAS REALIZADAS EN EL AÑO 2009.....	34
GRAFICA Nº 2 GENERO DE LOS PACIENTES QUE REINGRESARON POR INFECCION DE HERIDA.....	35
GRAFICA Nº 3 RANGO DE EDAD DE LOS PACIENTES.....	36
GRAFICA Nº4 TIPO DE PROCEDIMIENTOS.....	37
GRAFICA Nº 5 CLASIFICACION DE LAS HERIDAS.....	38
GRAFICA Nº6 LUGAR DE INFECCION DE LA HERIDA.....	39
GRAFICA Nº7 SERVICIO DE LA CLINICA DONDE SE ENCUENTRAN LAS INFECCIONES.....	40
6. CONCLUSION.....	41
7. RECOMENDACIONES.....	42
8. BIBLIOGRAFIA.....	43
9. ANEXOS.....	46
ANEXO 1 PRESUPUESTO.....	47
ANEXO 2 CRONOGRAMA.....	48
ANEXO 3 FICHA DE INFECCIONES.....	49

INTRODUCCION

Evitar la infección del sitio operatorio ha sido preocupación permanente del personal de salud. Una tasa baja de infección es uno de los principales parámetros universalmente aceptados para medir la calidad de un servicio quirúrgico. A pesar de los conocimientos sobre la técnica quirúrgica, la patogénesis de la infección del sitio operatorio y el uso de antibióticos profilácticos, la infección quirúrgica constituye una causa importante de la morbimortalidad, aumento de la estancia hospitalaria y de los costos de atención de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. En la patogenia de la infección quirúrgica se encuentran involucrados el agente infeccioso, el huésped susceptible y el medio ambiente, los cuales interactúan con la calidad del cuidado brindado y el tipo y características de los procedimientos que se realizan en el paciente.¹ Por estas razones se ha realizado una investigación en caminata a medir la prevalencia de pacientes postquirúrgicos que reingresan por infección en la clínica Cartagena de Mar, clasificando demográficamente el tipo de paciente teniendo en cuenta la edad y sexo, identificar el tipo de herida que más se infectó dentro de la clasificación (limpia, limpia-contaminada, sucia) durante el periodo de 2009, teniendo en cuenta los factores condicionantes a este problema.

¹ REVISTA DE CIRUGÍA Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio La Fundación Santa Fe de Bogotá*, 1989 – 1999 Domínguez A.M., Md1; Vanegas S.2; Camacho F., Md, SCC, Facs3; Quintero G., Md, SCC, Msc, Facs4; Patiño J.F., Md, SCC (Hon), Facs5; Escallón J., Md, SCC (Hon), Facs, Frcsc6.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ¿CUALES SON LAS CAUSAS DE LAS INFECCIONES POSTQUIRURGICA EN UNA CLÍNICA DE III NIVEL DE LA CIUDAD DE CARTAGENA?

A partir de 1862 el ingenioso experimento de Louis Pasteur, relacionado con la naturaleza de la putrefacción, permitió erradicar la creencia de la “generación espontánea” de microorganismos como fuente de infección y afianzar los conceptos de sepsis y asepsia. Siete años después, Joseph Lister demostraba el impacto del uso de técnicas asépticas en la reducción de la tasa de mortalidad (46% vs 15%) relacionada con procedimientos ortopédicos (amputación). Si bien la aplicación de una rigurosa técnica aséptica previene la mayor parte de las infecciones quirúrgicas, el empleo racional de antibióticos preoperatorios como herramienta complementaria de una adecuada técnica quirúrgica ha permitido la realización de procedimientos cada vez más complejos, con una aceptable tasa de complicaciones infecciosas.²

Las heridas quirúrgicas son aquellas que aparecen como resultado de una intervención quirúrgica se caracterizan por una alteración de los mecanismos de defensa mecánicos/anatómicos (barreras), y se asocian a una mayor morbilidad, mortalidad significativa y aumento del costo de la atención por la estancia hospitalaria prolongada. Las infecciones intrahospitalarias (IIH) son un problema de salud pública en nuestro país por su frecuencia, severidad y alto costo. Aunque no se considera a menudo, las instituciones que prestan servicios de salud son ambientes ideales para la transmisión de enfermedades por varias razones, entre ellas : Siempre que se realizan procedimientos médicos, el paciente está en riesgo de infección durante e inmediatamente después del procedimiento, todo el personal que presta sus servicios en la institución está constantemente expuesto a los materiales

²Infección de herida quirúrgica. Escribe Dr. Rodolfo E. Quirós Actualización julio 2003
Análisis de los mecanismos patogénicos y de las estrategias para su
prevención

potencialmente infecciosos, como parte de su trabajo. La mayoría de los pacientes que acude a los servicios de salud es más susceptible de adquirir infección que la población sana, debido a su patología de base que produce inmunosupresión en mayor o menor grado, muchas veces se encuentran muchos pacientes en un espacio físico muy pequeño, una buena parte de los pacientes que consulta un servicio médico tiene enfermedades infecciosas.

Las infecciones quirúrgicas están determinadas por dos factores los microorganismos que producen al daño y el huésped. Los pacientes quirúrgicos que ingresan a los hospitales tienen el doble de posibilidades que los demás de adquirir una infección hospitalaria, tasa que oscila en un 2,5% y un 15% de los egresos de esas instituciones³

La clínica objeto de estudio es una institución de carácter privado, de nivel III que brinda servicios de atención en salud en diferentes campos de la medicina y que cuenta con personal calificado en cada servicio para el cual labora, donde se ha observado el reingreso de pacientes con infecciones a nivel de las heridas postquirúrgicas.

En este caso, el equipo de trabajo se centrara en investigar el por qué del reingreso de pacientes con heridas postquirúrgicas infectadas en la clínica antes mencionada, con lo cual se busca la instauración de nuevas técnicas para la prevención de estas complicaciones.

Se pretende analizar las causas y las complicaciones de estos eventos, las cuales pueden ser debidas a técnicas no adecuadas durante el proceso de la curación, malas técnicas asépticas durante el procedimiento quirúrgico o inherentes a estado mismo del paciente, y luego de identificadas estudiar las posibles soluciones para proponer a la institución un protocolo acerca del manejo

³ Vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias, en el servicio de neonatología del hospital materno-infantil del estado barinas año 2004-2005, Autor: Roberth cárdenas, maracay, 7 de Diciembre de 2005.

adecuado de la heridas postquirúrgicas y de esta manera disminuir el numero de reingreso de pacientes por estas complicaciones.

2. JUSTIFICACION

Las infecciones nosocomiales en heridas postquirúrgicas es un acontecimiento en donde el paciente luego de ser intervenido tiene una reacción adversa a microorganismos presentes en el área hospitalaria, los cuales no lo afectaron al momento del ingreso. Estas infecciones se han convertido en una gran problemática para el sector salud, pues representa una de las principales causas de morbilidad en los pacientes intervenidos quirúrgicamente. Es por esto que surge la necesidad de realizar este estudio.

Si se realiza una panorámica acerca de las infecciones postquirúrgicas podemos visualizar que es una problemática que viene afectando a la población a nivel mundial. En países como México por ejemplo, se analizaron casos y se tomo el 100% de pacientes que requirieron cirugía en un tiempo determinado en donde el 5.7% de estos tuvo una infección en el sitio quirúrgico, teniendo como meta para este estudio que ninguno de los pacientes, desarrollara un proceso infeccioso. Esto los ha llevado a concluir que se hacía necesario contar con protocolos de prevención y tratamiento de infecciones de heridas quirúrgicas, además de conocer la microbiología propia de la institución y de cada servicio de atención para un manejo adecuado de antibióticos. Adentrándonos más en el ámbito nacional nos encontramos con un estudio realizado en el hospital Mario Correa Rengifo de la ciudad de Cali en donde se realiza el seguimiento a todos los procesos relacionados con la atención quirúrgica del paciente, lo cual incluye una atención integral en el proceso pre y postquirúrgicos, La detección de los casos se hace mediante la búsqueda activa de los casos en los diferentes servicios. Una vez diagnosticada la infección, se procede, con base en los protocolos de la institución, para brindar los cuidados adecuados de la herida y seguir en forma

específica la flora institucional, revisando estudios locales En Cartagena (Bolívar) la mayoría de los niños con patología que requieran de tratamiento quirúrgico, son intervenidos en el hospital Napoleón Franco Pareja (HINFP), una institución de carácter oficial y de amplia cobertura; en donde se han presentado inconsistencias en las estadísticas de infecciones postquirúrgicas por lo cual buscan implementar un sistema de vigilancia epidemiológica en relación a la incidencia de IIH en herida quirúrgica que permita establecer la etiología predominante de las mismas, plantear actividades y soluciones que a través de una evaluación constante se constituyan como criterios aplicables para mejorar la calidad de la atención en salud y concluyen que para el manejo o prevención de estas infecciones se debe tener en cuenta que la prevención de las infecciones de la herida quirúrgica incluye: la reducción de la contaminación de la misma, asepsia y antisepsia, una técnica quirúrgica adecuada y la profilaxis antimicrobiana adecuada se consideran medidas Standard de prevención.

Este estudio al finalizar será de gran aporte para la institución en general que escogimos como centro de nuestra investigación, lo cual beneficia al personal propio de esta y a los pacientes que requieran servicios quirúrgicos pues además de determinar la prevalencia de estas infecciones se podrían establecer mecanismos y técnicas estándar para el manejo adecuado y control de las mismas, dándole un estatus a la institución de seguridad, tratamiento y conocimiento del manejo de estas complicaciones. Y a nosotros como estudiantes y futuros profesionales a estar más preparados en cuanto al manejo de esta problemática y ser pioneros en el estudio y los avances que favorecerían el tratamiento y prevención de dicho problema

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de infecciones postquirúrgicas durante el periodo 2009 en Clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar demográficamente el tipo de paciente teniendo en cuenta edad y sexo.
- Identificar y clasificar los tipos de heridas infectadas de acuerdo al factor de riesgo, tipo de cirugía (limpias, contaminadas, limpias contaminadas y sucias).
- Identificar cuales heridas se infectan mayormente según el sitio en que se realice.
- Revisar fichas de control de infecciones.
- Identificar y clasificar los procedimientos quirúrgicos que se realizan en la clínica según las fichas d control de infecciones.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 ANTECEDENTES

EVALUACIÓN DE LA INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN 14 HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID: ESTUDIO DE INCIDENCIA

Díaz-Agero-Pérez, Cristina; Pita-López, M. José; Robustillo-Rodela, Ana; Figuerola-Tejerina, Angels; Monge-Jodrá, Vicente

Publicado en Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011; 29:257-62. - vol.29 núm 04

Introducción y objetivos: Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son una causa importante de mortalidad y morbilidad entre los pacientes. Una de las más frecuentes es la infección de localización quirúrgica (ILQ). Los objetivos del estudio eran conocer las tasas de ILQ y valorar la aplicación de los protocolos de preparación pre quirúrgica y profilaxis antibiótica preoperatoria establecida en 14 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional multicéntrico que incluye a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente en los servicios sometidos a vigilancia e ingresados durante más de 48h, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009. Fueron vigilados desde el ingreso hasta el alta.

Resultados: La ILQ fue la infección nosocomial más frecuente (superficial=1,7%, profunda=2%; órgano-espacio=1,7%). Se muestran las tasas de ILQ por procedimiento quirúrgico e índice de riesgo National Nosocomial Infection Surveillance System, así como otros indicadores de calidad, como estancia hospitalaria, profilaxis antibiótica, mortalidad, reingresos por infección o complicación y tasa de reintervenciones quirúrgicas.

Discusión: Los resultados obtenidos en este estudio multicéntrico no sólo pueden servir como referencia a otros hospitales públicos, sino que también son comparables con otros sistemas de vigilancia internacionales. La vigilancia y el control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria deben ser un aspecto clave en los programas de calidad asistencial y seguridad del paciente.

Palabras clave Infección de herida quirúrgica. Incidencia. Vigilancia. profilaxis antibiótica.⁴

⁴ Evaluación de la infección de herida quirúrgica en 14 hospitales de la Comunidad de Madrid: estudio de incidencia, Díaz-Agero-Pérez, Cristina; Pita-López, M. José; Robustillo-Rodela, Ana; Figuerola-Tejerina, Angels; Monge-Jodrá, Vicente ,Publicado en Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29:257-62. - vol.29 núm 04

4.2 MARCO TEORICO

Desde la antigüedad se ha intentado contribuir para que se realice una correcta cicatrización de las heridas postquirúrgicas y evitar infecciones. En 1363 Guy de Chauliac promulgó el tratamiento abierto de las heridas contaminadas. En 1847 Semmelweis utilizó antisepsia quirúrgica profiláctica. En 1867 Lister empleó el ácido carbólico en la antisepsia. En 1870 Volkmann y Nossbaum cerraron las salas de cirugía por la alta incidencia de infección en las heridas. En 1876 Koch demostró la etiología bacteriana de las infecciones. En 1917 se realiza una reunión de cirujanos ingleses y franceses en París en la que acordaron tratamiento para las heridas: Desbridación, Escisión y dejar abiertas las heridas contaminadas o sucias. En 1929 Fleming desarrolló la Penicilina. Actualmente se puede influir en la cicatrización y prevenir problemas de infección y cicatrización incompleta o excesiva sin embargo, siempre constituirá una expectativa indeseable, las complicaciones en la cicatrización de las heridas⁵.

DEFINICIONES DE HERIDA QUIRURGICA

-Aquella que ocurre a partir de la contaminación bacteriana causada por un procedimiento quirúrgico. Aunque la definición se circunscribe solamente a la "herida" quirúrgica, se extiende también a la afectación de tejidos más profundos involucrados en el procedimiento operatorio, y que suelen estar libres de gérmenes en condiciones normales⁶.

- Es una solución de continuidad del tejido afectado por una falta de absorción de la fuerza traumática que las ha provocado. Cuando el tejido que ha sido roto no puede curar de forma natural, debe ser reparado manteniendo sus bordes unidos

⁵ CDC. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. Atlanta. 1994. Pág. 1-5

⁶Infección de herida quirúrgica y profilaxis antibiótica -Dr. Victor Hugo Espinoza Román. infectólogo pediatra

por medios mecánicos, hasta que haya cicatrizado lo suficiente como para resistir tensiones sin necesidad de dichos soportes⁷.

CLASIFICACIÓN DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

En 1988 el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades de Atlanta (CDC, Georgia) elaboró una guía con los criterios diagnósticos para la categorización de las principales infecciones intrahospitalarias. En 1992 un nuevo reporte modificó los criterios inicialmente enunciados para la clasificación de infección de heridas quirúrgicas, siendo éstos los que actualmente se encuentran en vigencia.

1. INCISIONAL:

Infección que involucra la incisión quirúrgica desde la piel hasta los tejidos profundos (músculos y fascias).

1.1. INCISIONAL SUPERFICIAL (PIEL)

Infección del sitio de incisión que ocurre dentro de los 30 días postoperatorios que involucre solo piel y tejido celular subcutáneo y cualquiera de:

- Drenaje purulento de la incisión superficial.
- Organismo aislado de un cultivo tomado asépticamente de la herida.
- Signos locales de inflamación y apertura deliberada de la herida a menos que el cultivo sea negativo.
- Diagnóstico de infección incisional superficial realizada por el médico tratante.

1.2. INCISIONAL PROFUNDA (FASCIAS Y TEJIDO MUSCULAR)

⁷Rodríguez Ariza Francisco, Becerra Pérez Javier. Hospital Clínico Universitario de Málaga. <http://www.medynet.com>

Infección del sitio de incisión que ocurre dentro de los 30 días postoperatorios si no hay implante definitivo, o dentro de 1 año si lo hubiera y que parezca relacionada con la cirugía e involucre tejidos profundos (fascia y planos musculares) y cualquiera de:

- Drenaje purulento de la incisión profunda.
- Herida quirúrgica espontáneamente deiscente o deliberadamente abierta por el cirujano en presencia de signos locales de inflamación o fiebre > 38°C, a menos que el cultivo sea negativo.
- Absceso u otra evidencia de infección involucrando tejidos profundos vista en el examen directo en la cirugía o por anatomía patológica o por radiología.
- Diagnóstico de infección incisional profunda realizada por el médico tratante.

2. ORGANOS Y/O CAVIDADES:

Infección que ocurre dentro de los 30 días postoperatorios si no hay implante definitivo, o dentro de 1 año si lo hubiera y que parezca relacionada con una cirugía e involucre cualquier sitio anatómico distinto de la incisión, como órganos o cavidades profundas (pleura, peritoneo, retroperitoneo, espacio aracnoideo, etc.) abiertos o manipulados durante un acto quirúrgico⁸.

⁸Garner js, jarvis wr, emori tg, horan tc, hughes jm. cdc definitions for nosocomialinfections, 1988. am j infect control 1988; 16: 128-140. Infeccion de herida quirurgica Escribe Dr. rodolfo e. quirós

PREVALENCIA DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON CIRUGÍA ABDOMINAL

Resumen

Objetivo: Conocer la prevalencia de infección del sitio quirúrgico en pacientes operados por vía abdominal en forma electiva y de urgencia en un servicio de cirugía general de un centro de 2do nivel de atención.

Sede: Hospital Regional Salamanca de PEMEX.

Diseño: Estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio en el que se incluyeron los pacientes postoperados por vía abdominal en el Servicio de Cirugía General, en el periodo comprendido entre julio y diciembre del 2007. Se analizaron los pacientes que presentaron infección del sitio quirúrgico. Se excluyeron a los pacientes que no fueron intervenidos en este hospital. Las variables analizadas fueron edad, género, tipo de cirugía, patologías asociadas y complicaciones quirúrgicas.

Resultados: En el periodo de estudio se analizaron un total de 105 procedimientos quirúrgicos. Hubo 55 mujeres (52.4%) y 50 hombres (47.61%), con edad promedio de 43 ± 26.5 años con un rango de 3 a 83 años. Fueron 75 pacientes de cirugía electiva y 30 se operaron como urgencia. Las cirugías realizadas fueron, en orden de frecuencia, colecistectomía, apendicectomía, plastías inguinales con colocación de malla, colocación de catéteres de Tenckhoff, laparotomías exploradoras, plastías umbilicales y funduplicaturas. Del total de procedimientos realizados se presentaron 6 pacientes (5.7%) con infección del sitio quirúrgico.

Conclusión: La prevalencia de infección de la herida quirúrgica en este estudio es similar a la reportada⁹

MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HERIDAS INFECTADAS

Se revisó la bibliografía médica disponible sobre el uso de algunas sustancias de origen natural, utilizadas desde la antigüedad para tratar a personas lesionadas, inicialmente por traumatismos. Con el transcurso del tiempo, los conocimientos transmitidos de una generación a otra condujeron a emplearlas para desinfectar heridas quirúrgicas y curar o cicatrizar úlceras, escaras y quemaduras, entre otras lesiones. La miel, el azúcar y los peloides, específicamente el limo, han devenido eficaces medicamentos para eliminar infecciones y reparar heridas, con mejores resultados que los derivados de productos industriales y otros métodos alternativos, puesto que además de ser menos costosos y de fácil aplicación, ejercen su acción beneficiosa sin tener que combinarse con antibióticos o compuestos cicatrizantes¹⁰.

⁹ Prevalence of surgical site infection in patients with abdominal surgery Dr. J. Dolores Velázquez Mendoza, Dr. Sergio Hugo García Celedón, Dr. César Augusto Velázquez Morales, Dr. Miguel Ángel Vázquez Guerrero, Dr. Alfredo Jesús Vega Malagón

¹⁰ Dr. C. Rafael Rodríguez Ramírez 1 y MsC. Jaime Humberto González Tuero Especialista de II Grado en Cirugía General. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

INFECCIONES POSTOPERATORIAS PROVOCADAS POR EL RUIDO

POSTED BY MEDYCSA · JUNIO 15, 2011 · FILED UNDER ESTUDIOS, POSTOPERATORIO, RUIDO, SALUD LABORAL

Un nivel de ruido elevado en los quirófanos ejerce un efecto negativo en la evolución postoperatoria de los pacientes, según indica una investigación realizada en Suiza.

El estudio, presentado en la revista British Journal of Surgery, ha descubierto que en pacientes a los que se ha operado en quirófanos con un nivel de ruido significativamente alto se producen infecciones de la zona intervenida (SSI) que les obligan a retrasar su alta hospitalaria entre 7 y 13 días de media, triplicando el coste total de su estancia.

Investigadores de las universidades de Neuchâtel y Berna (Suiza) controlaron a 35 pacientes sometidos a cirugía mayor abdominal programada. Investigaron la duración de la operación, los parámetros demográficos y los niveles de ruido en el quirófano. Según el equipo, el 17% desarrolló SSI y la única variable fue el nivel de ruido en el quirófano, significativamente mayor en los pacientes infectados.

«Las SSI provocaron que los pacientes permanecieran en el hospital hasta 13 días más, multiplicando por tres el coste de su hospitalización», explicó el Dr. Guido Beldi del Departamento de Medicina y Cirugía Visceral del Hospital Universitario de Berna y autor sénior del estudio.

«Al haber descubierto una asociación destacable entre las SSI en los 30 días posteriores a la cirugía y niveles elevados de ruido en el quirófano, sólo podemos concluir que el ruido está asociado a un entorno estresante o a una falta de concentración, lo que influye en el resultado de la cirugía.»

Los datos muestran que el nivel medio de ruido durante la cirugía fue mucho mayor en los pacientes que desarrollaron SSI que en los que no: 43,5 decibelios

(dB) en comparación con 25dB, respectivamente. Los investigadores descubrieron picos de al menos 4dB por encima de la media en el 23% de las operaciones tras las cuales se produjeron SSI, frente al 11% del resto de operaciones.

Según el equipo se observó un aumento del nivel de ruido en ambos grupos una hora después de que se realizase la primera incisión. Sugieren que este aumento podría guardar relación con la complejidad de la cirugía, pero también las conversaciones sobre temas no relacionados con el paciente también se relacionaron con un aumento importante del ruido, lo que probablemente se deba a una falta de concentración en el equipo de cirugía. No obstante, los investigadores indicaron que esta interpretación no deja de ser una especulación, pues no se registró la duración de las conversaciones sobre temas no relacionados con el paciente.

«Los resultados de nuestro estudio sugieren que un mayor nivel de ruido en el quirófano puede estar relacionado con la dificultad de la cirugía, un entorno estresante, una falta de disciplina o concentración, etc.», apuntó el Dr. Beldi. «Cada uno de estos factores puede aumentar el riesgo de SSI u otras complicaciones y es necesario estudiar más a fondo las fuentes de ruido en el quirófano y su influencia concreta en el comportamiento y el rendimiento de los cirujanos.»

En relación a la influencia del ruido en el quirófano sobre la concentración de un cirujano en su trabajo, el profesor Ara Darzi de la División de Cirugía del Imperial College de Londres escribió en el editorial del artículo: «Hay que agradecer a los autores que hayan indagado en parámetros de importancia clínica relacionados con la calidad y la seguridad que permitan comparar los resultados de las intervenciones. También cabe reseñar que esta investigación surge de una cuestión científica simple y no se basa en un ensayo realizado en distintos centros. Aún así los resultados son interesantes y relevantes para la comunidad quirúrgica. No todas las grandes investigaciones se realizan a gran escala. Desde

aquí se invita a los cirujanos a reflexionar los problemas cotidianos con los que se encuentran y a dar con formas innovadoras de investigarlos.

Hablar de como prevenir enfermedades, o complicaciones es una gozada, poder publicarlas en un post para que queden a disposición de las personas, que más adelante las puedan utilizar, es una satisfacción y cuando recibo un mensaje de alguien que las ha utilizado y le han servido. Os lo podéis imaginar.

Pues aquí llega una de esas buenas noticias, desde luego no es muy nueva. Ya habíamos hablado de la utilización de clorhexidina en la prevención de infecciones nosocomiales y cuando se conoce su poder antiséptico las posibles aplicaciones posteriores se dan por supuestas, pero un artículo publicado en The New England Journal of Medicine nos habla de la reducción, hasta en un 41% de las infecciones después de una intervención quirúrgica.

Aquí os dejo el resumen del artículo en castellano:

Según datos publicados por The New England Journal of Medicine, el uso de ChlorPrep, por su formulación antiséptica está especialmente diseñado para disminuir el número de microorganismos de la piel, reduce hasta en un 41% las infecciones de sitio quirúrgico.

Los resultados del estudio denominado "Clorhexidina y alcohol vs. povidona yodada para asepsia pre quirúrgica encabezado por el Dr. Rabih Darouche, revelaron que el porcentaje de infecciones disminuyó del 16.1 al 9.5 por ciento, tan sólo con el uso de este antiséptico y su aplicador diseñado para evitar las infecciones cruzadas causadas por contacto del personal de salud.

En esta investigación participaron 849 pacientes en seis centros de investigación, la clorhexidina tuvo mayor efecto bactericida que la povidona yodada contra infecciones superficiales y profundas en heridas quirúrgicas.

Según estudios realizados por la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica del Sistema de Salud Mexicano (RHOVE), las infecciones intrahospitalarias ocurren en un 3.2% de egresos hospitalarios en México. El 14% vinculadas a infecciones por dispositivos vasculares y otro 14% relacionadas a infecciones de sitio quirúrgico de dichas infecciones están causadas principalmente por los microorganismos en la piel de los pacientes incrementando hasta cuatro veces el costo del tratamiento de un paciente “Por ello, reducir las infecciones del sitio quirúrgico es vital también para el gasto en salud”.

La evidencia clínica muestra que la formulación única de ChlorPrep de gluconato de clorhexidina (CHG, 2%) con alcohol isopropílico (IPA,70%) posee actividad antibacteriana persistente y superior a los materiales de curación actualmente utilizados. Mientras que el alcohol mata el 99.9% de las bacterias en 30 segundos, la CHG continúa matando las bacterias por un mínimo de 48 horas. Esta acción dual es la clave para reducir las bacterias de la piel causantes de infección.

PREVALENCIA DE INFECCIÓN EN LA HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTE GINECOLÓGICA A LOS DIEZ Y VEINTE DÍAS DE LA INTERVENCIÓN POR LAPAROTOMÍA Y CON ALTA PRECOZ

M De Gracia Gutiérrez, B López Hurtado, C Moreno Torronteras, C Goñi Orellana, MT Corrales Mayoral, MA Rodríguez Borrego, E Muñoz Gomariz
Vol 8, Núm 16 (2009): Junio

Resumen

Estudio longitudinal (2 observaciones) en 109 pacientes ginecológicas intervenidas por laparotomía y con alta precoz y que habían recibido formación para el auto cuidado al alta. Con los objetivos de conocer la prevalencia de infección en la herida quirúrgica a los 10 y 20 días de la intervención y de identificar el impacto de la educación para el auto cuidado. El procedimiento de recogida de información consistió en dos entrevistas semiestructuradas, realizadas vía telefónica, donde entre otros aspectos se preguntaba sobre las características de la herida, y la persona y lugar donde se realizaba la cura. La prevalencia de infección se encontró en el 10% a los 10 días y el 5 % a los 20 días. La relación entre la variable signos de infección y persona y lugar de la cura lleva a hacer hincapié en valorar las condiciones en que se realizan la curas y en las consecuencias de la intervención de varias manos en la cura de la herida.¹¹

¹¹ **Prevalencia de infección en la herida quirúrgica en paciente ginecológica a los diez y veinte días de la intervención por laparotomía y con alta precoz**, M de gracia gutiérrez, b lópez hurtado, c moreno torronteras, c goñi orellana, mt corrales mayoral, ma rodríguez borrego, e muñoz gomari 2009, junio.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS EN COLECISTECTOMÍA ABIERTA ELECTIVA

Manuel de atocha castro-López,(1) argeo Romero-Vázquez(2)

Objetivo

Identificar factores de riesgo asociados a infección de heridas quirúrgicas en los pacientes intervenidos de colecistectomía abierta electiva en el Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez".
Material y Métodos. Estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Se observaron 176 pacientes. Se calculó porcentaje de incidencia de cada modalidad, así como el correspondiente intervalo de confianza del 95% para dichas proporciones. Se utilizó el test de la Chi-cuadrado de Yates o test exacto de Fisher. Además para la medida de fuerza de asociación, se utilizó la razón de posibilidad (momios de prevalencia), admitiendo un nivel de significación estadística de $p < 0,05$, con un 95% de límite de confianza.

Resultados:

Del total de los pacientes estudiados, adquirieron infección en el sitio quirúrgico el 8.52%. Los factores de riesgo resultaron con asociación estadística significativa a infección de heridas quirúrgicas en colecistectomía abierta electiva fueron: los casos con más de 40 años edad (RM=3.96), con diabetes mellitus (OR=9.19), la hipertensión arterial (OR=4.70), la obesidad (RM=11.54), con el hábito de fumar (RM=9.96). En relación a los factores extrínsecos; la ruptura de la vesícula biliar RM=12, estancia postoperatoria (OR=103.33) prolongada por más de ocho días (RM=103.33), la herida limpia contaminada (RM=38.75). Conclusion. Los factores de riesgos más relevantes de pacientes con diabetes mellitus fueron; edad avanzada, diabetes mellitus,

hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, ruptura de la vesícula biliar, herida limpia-contaminada y la estancia postoperatoria prolongada. Es importante el seguimiento de los pacientes por al menos 30 días después del alta, lo que daría una mayor precisión, ya que permite diagnosticar infecciones que de otra forma no se detectarían.

Palabras claves: factores riesgo, asociación, infección, herida, quirúrgica, colecistectomía.¹²

INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA GASTROINTESTINALDRES. HENNESSEY DB, BURKE JP, NI-DHONochu T, SHIELDS C, WINTER DC, MEALY K

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la albúmina preoperatoria y el desarrollo de una infección del sitio quirúrgico.

Resultados

Características de los pacientes

Se obtuvieron y analizaron datos de 524 pacientes que fueron sometidos a cirugía gastrointestinal. La Tabla 1 compara los datos demográficos de los pacientes y la incidencia de ISQ. Se registró un total de 105 ISQ (tasa global del 20%). La duración media hasta el diagnóstico de ISQ fue de 7 días (5-10). Hubo 69 infecciones superficiales (65,7% de todas las infecciones), 30 infecciones profundas (28,6%) y 6 de órgano/espacio (5,7%).

¹² Factores de riesgo asociados a infección de heridas quirúrgicas en colecistectomía abierta electiva Manuel de atocha castro-López,Rromero-Vázquez, año 2010.

No hubo diferencias significativas entre la edad y la duración de la cirugía y el desarrollo de ISQ (64 [56,5-74,5] vs. 64 [53-81], $P = 0,580$) cuando se las evaluó usando la prueba exacta de Fisher o la U de Mann-Whitney. Los hombres desarrollaron un 19,9% de ISQ en relación con el 20,2% en las mujeres ($P = 0,516$, prueba exacta de Fisher). El grado ASA III se asoció con una incidencia aumentada de ISQ ($P = 0,03$, prueba exacta de Fisher).¹³

INFECCIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA GENERAL ODIONNYS RAMOS-LUCES, NELSON MOLINA-GUILLÉN, WERNER PILLKAHN DÍAZ, JULIO MORENO-RODRÍGUEZ, AGUSTÍN VIEIRA-RODRÍGUEZ, JOSÉ GÓMEZ-LEÓN**

Resumen

Introducción: El registro de casos de infección del quirúrgico (ISQ) en el periodo de hospitalización cuya magnitud no es conocida en nuestro medio.

Objetivo: Medir la incidencia de ISQ en las intervenciones primarias de los pacientes mediante un sistema de vigilancia ambulatorio.

Resultados: De 152 pacientes, 107 (70%) fueron varones y 45 mujeres (30%). Se hizo el diagnóstico de ISQ en 32 pacientes a las 48 horas, a los siete y a los 21 días posteriores a la intervención. El tipo de intervención (urgencia), el riesgo quirúrgico de la American Society of Anesthesiologists ,

¹³ Infección del sitio quirúrgico después de la cirugía gastrointestinal Dres. Hennessey DB, Burke JP, Ni-Dhonocho T, Shields C, Winter DC, Mealy K, año 2010.

la duración de la intervención, el índice de masa corporal y las patologías subyacentes fueron variables predictoras ISQ, con valor estadístico ($p < 0.05$). Se realizó cultivo en 32 casos, aislándose *Escherichia coli* en 25.0%.

Conclusiones: En esta serie no seleccionada de pacientes la incidencia de ISQ alcanzó 21.1% luego de una vigilancia de cuando menos un mes.

Palabras clave: Herida quirúrgica, infección de herida.¹⁴

Reflexión:

El contenido de estos artículos nos ayuda a conocer nuevas técnicas de tratamiento por ejemplo La miel, el azúcar y los peloides, específicamente el limo, han devenido eficaces medicamentos para eliminar infecciones y reparar heridas, son medicamentos alternativos de menos costosos y de fácil aplicación. La prevalencia de heridas en región abdominal en el estudio prevaleció en el sexo femenino 52.4% dato relacionado con los resultados de nuestro estudio, además se dio a conocer otro factor de riesgo de contraer una infección en herida posquirúrgica como lo es el ruido que se ha descubierto que en pacientes a los que se ha operado en quirófanos con un nivel de ruido significativamente alto se producen infecciones de la zona intervenida (SSI) que les obligan a retrasar su alta hospitalaria entre 7 y 13 días de media, triplicando el coste total de su estancia. Todos estos avances nos favorecen en conocimientos y aportes que enriquezcan ampliamente el cuidado de enfermería.

¹⁴ Infección de heridas quirúrgicas en cirugía general odionys ramos-luces, nelson molina-guillén, werner pillkahn díaz, julio moreno-rodríguez, agustín vieira-rodríguez, José gómez-león año 2011

4.3 MARCO LEGAL

La ley 09 de 1979 consideró la salud como un bien de interés público y estableció normas de vigilancia y control epidemiológico para el diagnóstico, pronóstico, prevención y control de las enfermedades transmisibles así como para la divulgación de la información epidemiológica.

Posteriormente, en 1984, el decreto reglamentario 1562 estableció en el capítulo

III: “Todo hospital ubicado en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, conformará su respectivo comité de infecciones intrahospitalarias...”

2 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ

Dirección de salud pública (artículo 23); además, fija la obligatoriedad de la información y la notificación epidemiológica (artículos 27 y 34), lo cual es ratificado por el decreto 1918 de 1994 (reglamentario de la ley 100).

El registro, control, prevención e investigación de las infecciones intrahospitalarias es parte de los requisitos esenciales que debe cumplir cualquier IPS, ARS o ESE para la certificación por parte de las autoridades de salud y la contratación por parte de las EPS (resoluciones 2174 de 1996 y 0238 de enero de 1999 y su anexo técnico expedidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá).

Las resoluciones 04153 de 1993, 974 de 1997, 0300 de 1998 y el decreto 2676 regulan el manejo de residuos hospitalarios y similares, y la resolución 4445 de 1996 establece las normas sobre condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, definiendo como establecimientos hospitalarios o similares todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas o mixtas, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física o mental.

4.4 MARCO CONCEPTUAL

Infección intrahospitalaria: Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraída en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.¹⁵

HERIDA: Toda lesión traumática de la piel y mucosas con solución de continuidad de las mismas y afectación variable de estructuras adyacentes. Es una interrupción de la integridad tisular por traumatismo, intervención quirúrgica o trastorno médico subyacente.¹⁶

INFECCION: La infección es un proceso dinámico como consecuencia de la penetración de gérmenes en la intimidad de los tejidos, poniendo de manifiesto la reacción orgánica frente a los microorganismos y sus toxinas.¹⁷

CIRUGÍA: Rama de la medicina que estudia las enfermedades y traumatismos que tienen que tratarse mediante técnicas operatorias.¹⁸

CIRUGIA ABDOMINAL: Intervención en la que se realiza una incisión en el abdomen y que se practica normalmente bajo anestesia general.

¹⁵ Infecciones nosocomiales (intrahospitalarias) Publicado por **Consuelo Ibáñez Martí** el **8 marzo, 2007**

¹⁶ Heridas. Enfermería quirúrgica. Apuntes de enfermería. Autor: Marta Gomez Garcia | Publicado: 12/02/2007

¹⁷ Infección en cirugía. Aspectos relacionados con enfermería quirúrgica. Autores José Manuel Corella M^º Ángeles Tarragón Sayas, Teresa Mas Vila, José Manuel Corella Mas, Laura Corella Mas, publicado Diciembre 2007

¹⁸

HERIDA INFECTADA: Es aquella herida que presenta secreción purulenta, signos de inflamación y secreción serosa.

BACTEREMIA: Es la entrada transitoria de gérmenes al torrente circulatorio, realizándose ente paso de forma intermitente o en pequeña cantidad.

SEPTICEMIA: Es la entrada constante y masiva de gérmenes a la circulación sanguínea. Es una infección generalizada grave, que cursa con presencia de abundantes gérmenes patógenos en la sangre, ocasionando un foco de sepsis y dando lugar a la formación de focos supurativos secundarios en el organismo.

TOXEMIA: Es el conjunto de signos y síntomas dependientes de la presencia en sangre de toxinas bacterianas. Habitualmente la toxemia se asocia a infección por bacterias productoras de toxinas, pero puede producirse toxemia sin que exista una verdadera infección

4.5 ASPECTOS ETICOS

RESOLUCION 8430 DE 1993 ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a) Investigación 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.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo-Transversal

Descriptivo: Este tipo de estudio también puede ser denominado como estudios transversales, de corte, de prevalencia, etc. Independientemente de la denominación utilizada, todos ellos son estudios observacionales, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad.¹⁹

Transversal: Este tipo de estudios denominados también de prevalencia, estudian simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población bien definida en un momento determinado. Esta medición simultánea no permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos y no es por tanto posible determinar si la exposición precedió a la enfermedad o viceversa.²⁰

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Veinte dos (22) Pacientes de Sexo Femenino y masculino que fueron intervenidos quirúrgicamente en la Clínica Cartagena del Mar en el año 2009.

¹⁹ Julia García Salinero, Nure Investigación, nº7, Junlo 2004

²⁰Tipos de estudios clínico epidemiológicos, Pita Fernández, S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. (Actualizado 28/02/2001)

5.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CRITERIO DE CLASIFICACION
Sexo	Característica fenotípica q diferencia el hombre de la mujer	cualitativa	Nominal	Hombre mujer
Edad	Término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.	Cuantitativo	Nominal	Entre 0 a 50 años
Procedimiento	Conjunto de acciones coordinadas y específicas para extirpar por cirugía ciertos problemas orgánicos.	Cualitativo	Nominal	Apendicetomía, cesárea, herniorrafia inguinal, histerectomía abdominal, laparotomía exploratoria, reducción cerrada de calcáneo.
Clasificación	ordenar o disponer por clases el tipo de heridas	Cualitativo	Nominal	Infectada, limpia, Pc

Lugar de infección	Sitio en donde se desarrollan gérmenes patógenos	Cualitativo	Nominal	Abdomen, hipogastrio y pie.
Servicio	Sitio destinados al internamiento de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento	Cualitativo	Nominal	Coomeva y 3er piso

5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

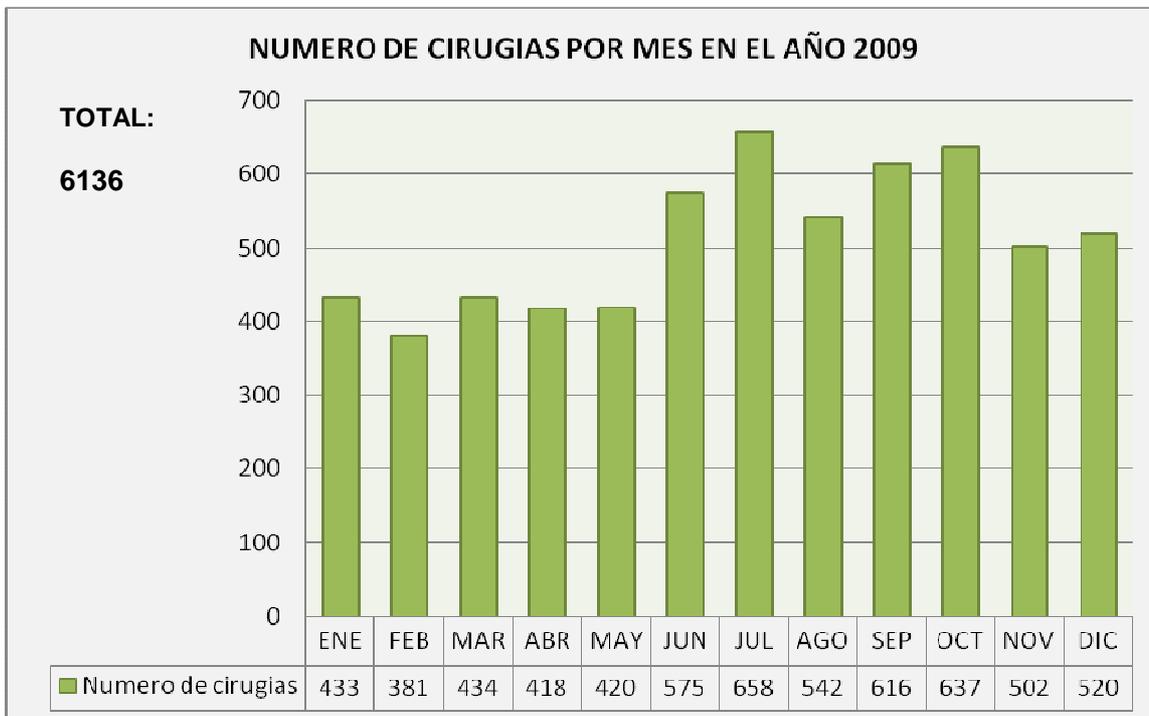
- Base de Datos de los pacientes intervenidos Quirúrgicamente en la Clínica Cartagena del Mar y que fueron reingresados por proceso de infección en la herida.
- Los Datos fueron procesados en Excel y Epiinfo Versión 3.2

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Todos los Pacientes que fueron intervenidos en el año 2009.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Se excluyeron los pacientes que no tenían la información completa al momento de revisar la base de datos y verificar en las Historias Clínicas.

5.6 TECNICAS DE ANALISIS Y RESULTADOS

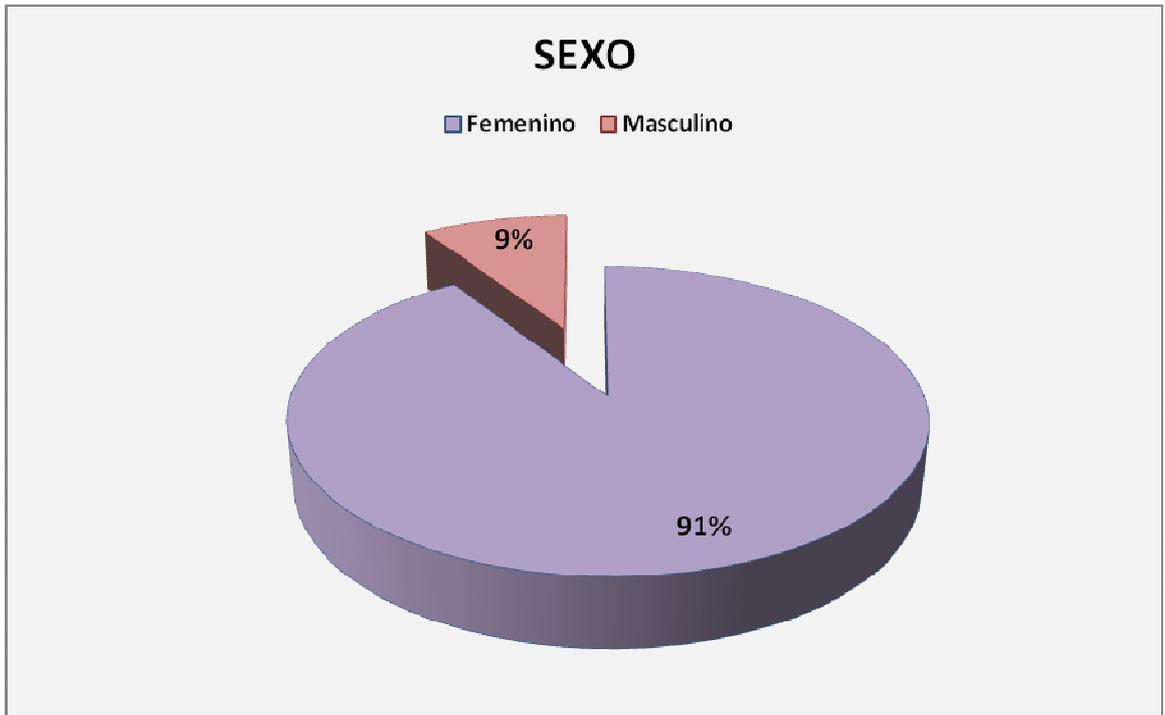
GRAFICA N° 1 NÚMERO DE CIRUGIAS REALIZADAS EN EL AÑO 2009



FUENTE: Base de datos de pacientes postquirúrgicos de la Clínica Cartagena del Mar en el año 2009

La grafica N°1 representa el número de cirugía por cada mes durante el año del 2009, los meses donde más se realizaron mayor cirugías fue en julio con 658 cirugías , octubre con 637 cirugías , septiembre con 616 cirugías , junio con 575 cirugías , agosto con 542 cirugías , diciembre con 520 cirugías , noviembre con 502 cirugías , marzo con 434 cirugías , enero con 433 cirugías , mayo 420 cirugías , abril 418 cirugías y en menor cantidad fue en el mes de febrero con 381 cirugías. para un total de 6136 cirugías realizadas durante este periodo. Determinando que la prevalencia de cirugías realizadas en la Clínica Cartagena del Mar se presentan en mayor proporción en se realizó en el mes de julio.

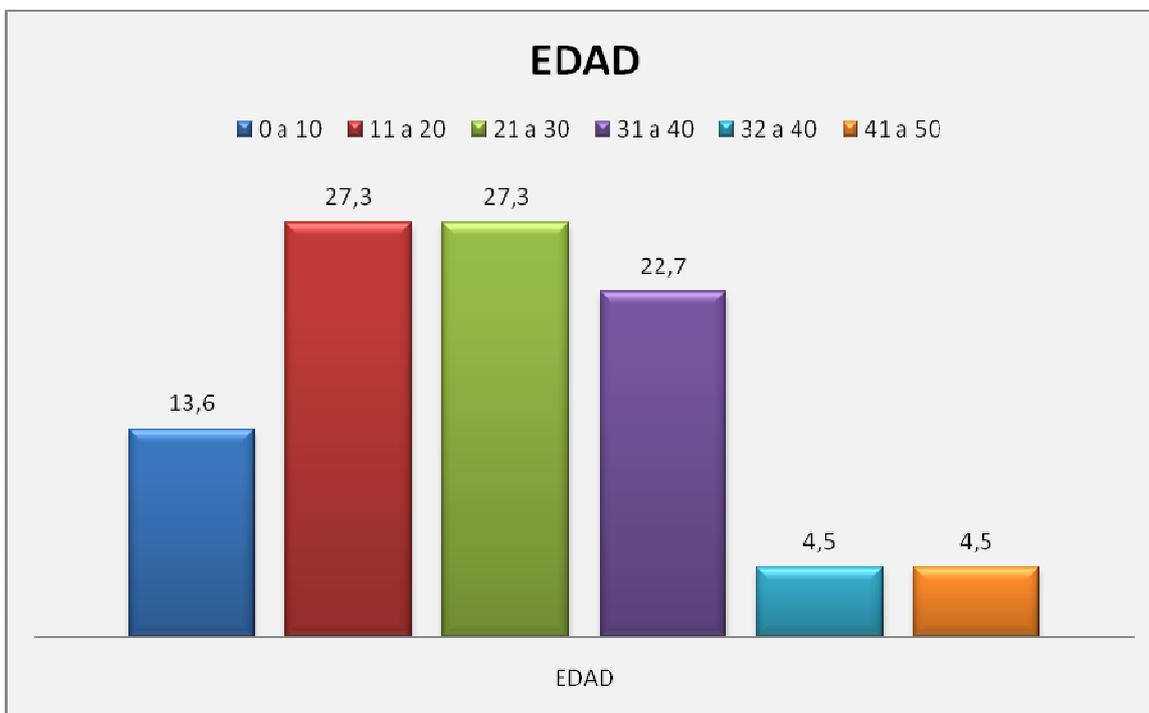
GRAFICA N° 2 GENERO DE LOS PACIENTES QUE REINGRESARON POR INFECCION DE HERIDA



FUENTE: Base de datos de pacientes postquirúrgicos de la Clínica Cartagena del Mar en el año 2009

La grafica N°2 representa mayor porción para el se xo femenino, evidenciando que durante el año 2009 se presento mayor porcentaje de heridas postquirúrgica infectadas para este genero con un porcentaje de 91%, mientras que el sexo masculino obtuvo un menor grado de ocurrencia con un porcentaje de 9%, determinando que la prevalencia de heridas postquirúrgicas infectadas en la Clínica Cartagena del Mar se presentan en mayor proporción en el género femenino.

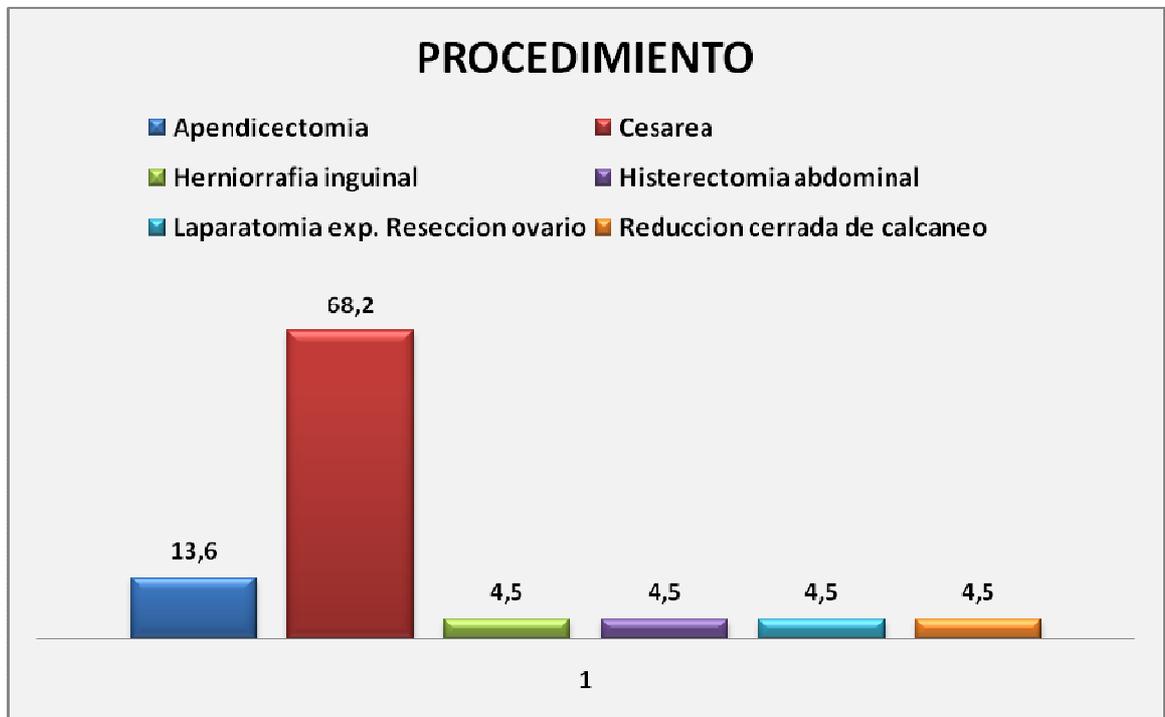
GRAFICA N° 3. RANGO DE EDAD DE LOS PACIENTES



FUENTE: Base de datos de pacientes postquirúrgicos de la Clínica Cartagena del Mar en el año 2009

La grafica N°3 representa la edad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente y que presentaron algún tipo de infección, existiendo igual porcentaje para los grupos etarios entre los 11-20 y 21-30 años con un grado de frecuencia igual a 6 equivalente al 27.3%; acercándose a esta frecuencia se observa que los pacientes con edades entre los 31-40 años obtuvieron 22.7%; cifra significativa en comparación con la anterior, la población infantil también se vio afectada con una ocurrencia de 3 casos correspondiente al 13.6%, la población de 32 -40 y 41-50 años no presento porcentajes muy significativos con frecuencia de 1 caso equivalente a 4.5% respectivamente.

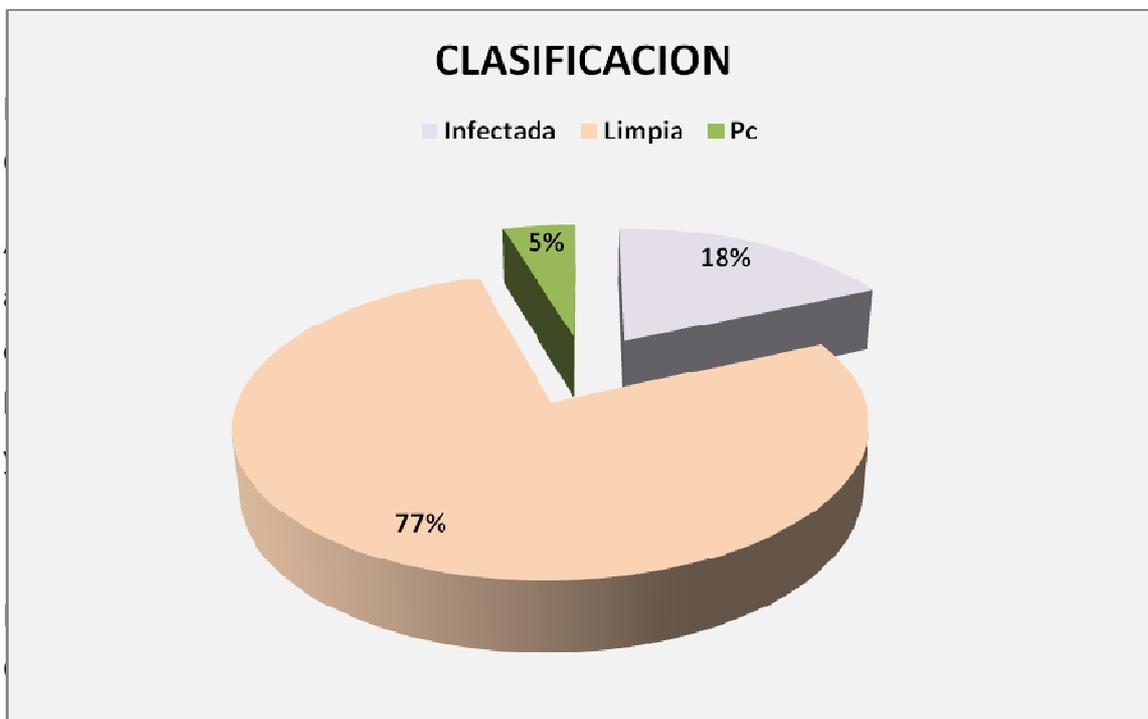
GRAFICA N°4 TIPO DE PROCEDIMIENTOS



FUENTE: Base de datos de pacientes postquirúrgicos de la Clínica Cartagena del Mar en el año 2009

La grafica N°4 representa el numero de frecuencia de infecciones postquirúrgicas por procedimientos, donde se demuestra que las cesáreas son el tipo de intervención quirúrgica con el mayor porcentaje de prevalencia con un 68.2%; seguido de apendicetomías con un 13.6%, donde se desprecian el resto de procedimientos por su bajo porcentaje de frecuencia.

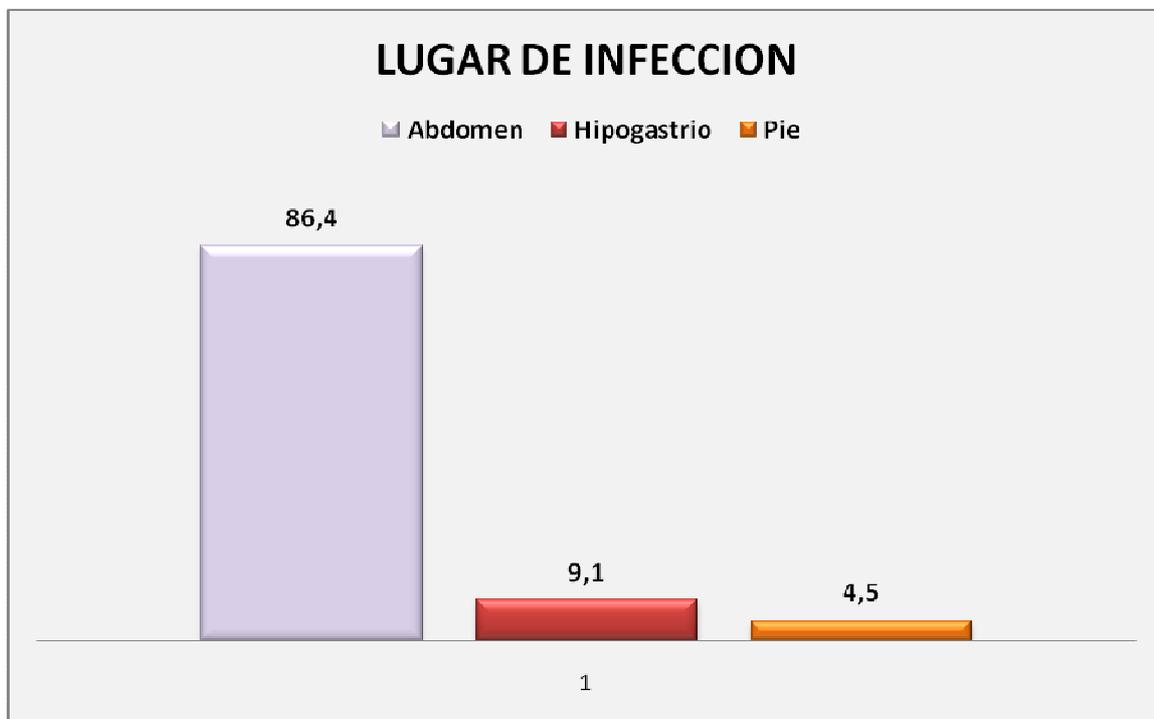
GRAFICA N° 5. CLASIFICACION DE LAS HERIDAS



FUENTE: Base de datos de pacientes postquirúrgicos de la Clínica Cartagena del Mar en el año 2009

La grafica N° 5 ilustra clasificación del tipo de heridas que presentaron algún tipo de infección luego de la intervención quirúrgica en la Clínica Cartagena del Mar en el año 2009, paradójicamente las heridas que mas se infectaron fueron las limpias con un 77% de los caso, seguida de las heridas infectadas con un 18% y en menor proporción las heridas Pc con un 5%.

GRAFICA N°6 LUGAR DE INFECCION DE LA HERIDA



FUENTE: Base de datos de pacientes postquirúrgicos de la Clínica Cartagena del Mar en el año 2009

La grafica N°6 ilustra las infecciones postquirúrgicas infectadas, con respecto al lugar de la infección, donde se observa que el sitio operatorio mas sensible a la captación de infecciones es el abdomen con una frecuencia de 19 en el año 2009 equivalente a un 86.4%; seguido de las infecciones en hipogastrio con un 9.1% y las infecciones en el pie con un 4.5% estas dos ultimas con poca significancia.

GRAFICA N°7 SERVICIO DE LA CLINICA DONDE SE ENCUENTRAN LAS INFECCIONES



FUENTE: Base de datos de pacientes postquirúrgicos de la Clínica Cartagena del Mar en el año 2009

El gráfico N°7 representa el servicio donde se evidencia mayor número de infecciones postquirúrgicas en la Clínica Cartagena del Mar, con un 86% para coomeva equivalente a una frecuencia de 19 casos, y 14% para el servicio de 3er piso, con un porcentaje poco significativo en comparación con el anterior.

6. CONCLUSION

Se realizó un estudio el cual permitió determinar la prevalencia de infecciones postquirúrgicas en la Clínica Cartagena del Mar de la ciudad de Cartagena. Donde la edad más prevalentes de pacientes que reingresa al servicio oscilan entre los 11 y 30 años , la población mas afectada pertenece al género femenino en un 91%, según el procedimiento realizado el mayor número de infecciones se presentan en las cesáreas con un 68.2%; de acuerdo a la clasificación de tipo de heridas; paradójicamente prevalecen las infecciones en heridas limpias con un 77%, las cirugías por las cuales se presento mayor numero de reingresos son las del sitio operatorio abdominal con porcentaje del 86.4%, presentándose además los más altos índices de infección según el servicio de hospitalización en el pabellón perteneciente a coomeva con un 86%

7. RECOMENDACIONES

- Crear cultura en el personal de contacto directo con el paciente acerca del lavado de mano adecuado antes y después del contacto con el paciente.
- Seguir trabajando con la investigación como beneficio de clínica estudiada y los pacientes.
- Implementar nuevas técnicas de curación de heridas posquirúrgicas, para disminuir la prevalencia de infecciones y nuevos reingresos mejorando la calidad del cuidado de enfermería.
- Proponer a la institución un protocolo acerca del manejo adecuado de las heridas postquirúrgicas y de esta manera disminuir el número de reingreso de pacientes por estas complicaciones.
- Crear campaña de control de infecciones postquirúrgicas
- Normas básicas para el cuidado de heridas en cada servicio.
- Educación al recurso humano.
- Capacitación acerca de uso y postura correcta de guantes.
- Solicitar infectólogo permanente en la institución.
- Ampliar los indicadores.
- Modificación y actualización de la ficha de control de infecciones.
- Reestructurar el comité de infectología.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Revista de cirugía programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio la fundación santa fe de bogotá*, 1989 – 1999 domínguez a.m., md1; vanegas s.2; camacho f., md, scc, facs3; quintero g., md, scc, msc, facs4; patiño j.f., md, scc (hon), facs5; escallón j., md, scc (hon), facs, frsc6.
2. Infección de herida quirúrgica. escribe dr. rodolfo e. quirós actualización julio 2003 análisis de los mecanismos patogénicos y de las estrategias para su prevención
- 3 .Vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias, en el servicio de neonatología del hospital materno-infantil del estado barinas año 2004-2005, Autor: Roberth cárdenas, maracay, 7 de Diciembre de 2005.
4. Evaluación de la infección de herida quirúrgica en 14 hospitales de la Comunidad de Madrid: estudio de incidencia, Díaz-Agero-Pérez, Cristina; Pita-López, M. José; Robustillo-Rodela, Ana; Figuerola-Tejerina, Angels; Monge-Jodrá, Vicente Publicado en Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29:257-62. - vol.29 núm 04
5. CDC. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. Atlanta. 1994. Pág. 1-5
6. Infección de herida quirúrgica y profilaxis antibiótica -Dr. Victor Hugo Espinoza Román. infectólogo pediatra

7. Rodríguez Ariza Francisco, Becerra Pérez Javier. Hospital Clínico Universitario de Málaga.

8. Garner js, jarvis wr, emori tg, horan tc, hughes jm. cdc definitions for nosocomial infections, 1988. am j infect control 1988; 16: 128-140. Infección de herida quirúrgica Escribe Dr. rodolfo e. quirós

9. Prevalence of surgical site infection in patients with abdominal surgery Dr. J. Dolores Velázquez Mendoza, Dr. Sergio Hugo García Celedón, Dr. César Augusto Velázquez Morales, Dr. Miguel Ángel Vázquez Guerrero, Dr. Alfredo Jesús Vega Malagón

10. Dr. C. Rafael Rodríguez Ramírez 1 y MsC. Jaime Humberto González Tuero Especialista de II Grado en Cirugía General. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

11. Prevalencia de infección en la herida quirúrgica en paciente ginecológica a los diez y veinte días de la intervención por laparotomía y con alta precoz, M de gracia gutiérrez, b lópez hurtado, c moreno torronteras, c goñi orellana, mt corrales mayoral, ma rodríguez borrego, e muñoz gomari 2009, junio.

12. Factores de riesgo asociados a infección de heridas quirúrgicas en colecistectomía abierta electiva Manuel de atocha castro-López, Romero-Vázquez, año 2010.

13. infecciones del sitio quirúrgico después de la cirugía gastrointestinal Dres. Hennessey DB, Burke JP, Ni-Dhonocho T, Shields C, Winter DC, Mealy K, año 2010.

14. Infección de heridas quirúrgicas en cirugía general odionnys ramos-luces, nelson molina-guillén, werner pillkahn díaz,julio moreno-rodríguez,agustín vieira-rodríguez, josé gómez-león año 2011

15. Heridas. Enfermería quirúrgica. Apuntes de enfermería. Autor: Marta Gomez Garcia | Publicado: 12/02/2007

16. Infección en cirugía. Aspectos relacionados con enfermería quirúrgica. Autores José Manuel Corella M^a Ángeles Tarragón Sayas, Teresa Mas Vila, José Manuel Corella Mas, Laura Corella Mas, publicado Diciembre 2007

17. Julia García Salinero, Nure Investigación, nº7, Junlo 2004

18. Tipos de estudios clínico epidemiológicos, Pita Fernández, S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. (Actualizado 28/02/2001)

ANEXOS

ANEXO 1: PRESUPUESTO

Rubros – descripción	Cantidad	Valor unitario \$	Total
I .Recursos humanos			
Asesor disciplinario	20 hrs	36.500	
Asesor metodológico	20 hrs	48.500	
Auxiliares de investigación	4	10.000	
Sub total	44	8	
Gastos generales			
Impresión	60	500	
CDS	6	2000	
Papel reprograf	2	12.000	
Lapiceros	10	700	
Copias	60	100	
Sub. Total	138	15.300	
EQUIPO			
Computador			
Desplazamiento			
Transporte	400.000	100.000	

ANEXO 3: CRONOGRAMA

Fecha	Actividad
17-24-31 /03 /20011	Elaboración de la propuesta
14 /05/2011	Presentación de la propuesta al comité de investigación
04/03/2011 10/03/2011 17/03/2011 24/03/2011 07/04/2011	Entrega de avances
18/08/2011 -13/10/2011	Revisión bibliográficas

14/09/2011 26/09/2011 10/10/2011 24-25/10/2011	Visitas institucionales
27/10/11	Búsqueda de instrumento
28/10/11	Aplicación del instrumento
25/11/11	Elaboración del informe final
26/11/11	Presentación de informe final
28/11/11	Presentación del proyecto frente al comité de investigación de la escuela y comunidad académica

ANEXO 3

	COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
---	---

FICHA DE INFECCION

Nombre

Sexo: Edad: Servicio:

Fecha de admision: fecha de inicio de infeccion

Factores de riesgo : UCI: () UCI NEONATAL: () QX: ()

Cateter urinario: () Ventilacion mecanica: ()

Cateter central: () C. Periferico: () C. Umbilical: ()

Qx Incisional: () Qx Profunda : () Especifique :

PROCEDIMIENTO Qx: DURACION DE Qx:

Clasificación de Qx: L () PC () C () I ()

Clasificación ASA: Fecha de Cirugía:

Laboratorio

Germen

Antibiograma

Lugar de infección

Evolución