

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR EL TITULO
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

***FACTORES ASOCIADOS A REINGRESO EN
PACIENTES POSQUIRURGICAS DEL SERVICIO DE
GINECOOBSTETRICIA HOSPITAL ALEMAN
NICARAGUENSE DE ENERO 2016 A DICIEMBRE 2017.***

AUTOR:

DR. ALEJANDRO JOSE PICADO ALFARO
RESIDENTE DE IV AÑO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TUTOR ACADEMICO:

DRA. ADALIGIA PORRAS BOGORGE
GINECOOBSTETRA DEL HAN.

ÍNDICE

Introducción

Justificación

Planteamiento del problema

Objetivos

Marco teórico.

Diseño metodológico.

Resultados.

Análisis.

Conclusiones.

Recomendaciones.

DEDICATORIA

A Dios por acompañarme siempre en este arduo camino de la vida, sin su presencia no podría haber sido posible culminar este sueño.

A mis hijas Dara Izabella y Zaleth Alejandra, por ser el motor de mi vida y el impulso a seguir adelante.

A mis padres y hermanas por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A mis maestros que sin ninguna obligación y sin esperar nada a cambio me enseñaron con empeño y dedicación sus conocimientos y como padres me corrigieron cuando cometí errores.

A mis amigos y compañeros de clave, por su amistad incondicional y su apoyo cuando más necesite de una mano amiga y hombro donde recostarme.

A todas las personas que de alguna manera se vieron involucrados en mi formación como médico y como persona

RESUMEN.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal de las pacientes que reingresaron al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense en el período de Enero 2016 a Diciembre del 2017, siendo los principales resultados los siguientes:

Las pacientes que reingresaron tenían una edad en su mayoría menor de 40 años, un nivel de escolaridad primaria y una procedencia urbana.

Los antecedentes patológicos más relacionados a los reingresos de pacientes post quirúrgicas fueron la Diabetes mellitus y la obesidad.

El ambiente quirúrgico en el que se realizaron las intervenciones quirúrgicas de pacientes que reingresaron, se caracterizó por presentar buena climatización, mínima incidencia de complicaciones y de eventos contaminantes, predominando las cirugías limpias contaminadas realizadas de urgencia.

Las complicaciones quirúrgicas más asociadas a pacientes postquirúrgicas que reingresaron fueron la hemorragia y las cirugías laboriosas, las cuales condicionaron un estado de anemia y un tiempo quirúrgico prolongado

El motivo o causa de reingreso principal es la Dehiscencia de herida quirúrgica.

El alta precoz predominó en las pacientes postquirúrgicas de cirugías obstétricas durante su primer ingreso y tardía en las pacientes postquirúrgicas de cirugías ginecológicas, teniendo ambos grupos factores de riesgos para infección.

Más del 50% las pacientes postquirúrgicas que reingresan, tienen una estancia hospitalaria prolongada.

Opinión del Tutor.

El Hospital Alemán Nicaragüense, con un perfil docente, en la formación de recursos de Gineco-obstetricia, donde a diario se realizan un sin número de procedimientos quirúrgicos a fines a la especialidad; el presente estudio realizado por el Dr. Alejandro Picado, es de suma importancia, ya que revela los principales factores asociados a los reingresos de pacientes que a diario se realizan cirugías en esta unidad, la cual de esta manera nos informan de la calidad de atención brindada.

Desde el punto de vista docente, como administrativo, nos revela unas estadísticas no por todos conocida, de que se están complicando las pacientes que son intervenidas quirúrgicamente, esto nos conducirá a mejorar las debilidades y a crear fortalezas en el proceso de atención.

Me complace el trabajo que realizo el doctor y me satisface que alcanzó sus objetivos.

Dra. Adaligia Porras Bogorge
Gineco-obstetra del HAN.

INTRODUCCIÓN

Los reingresos hospitalarios constituyen un problema relevante para los servicios de salud, compañías aseguradoras, instituciones hospitalarias y pacientes, por su impacto en la morbilidad, mortalidad, recursos económicos y cobertura de sus costos.

Se definen como las admisiones o ingresos a un hospital dentro de un cierto periodo después de haber egresado del centro hospitalario; o como los ingresos con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta. El tiempo descrito varía desde 7 días a varios años posteriores al egreso.

La tasa de reingresos se ha considerado como un indicador que mide indirectamente la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios asistenciales en salud.

Los reingresos tempranos se pueden utilizar como marcadores de un alta prematura y otros problemas relacionados con la calidad del cuidado.

Cuando el cirujano ve al posible candidato a cirugía por primera vez, le vienen a la cabeza multitud de preguntas, como el estado nutricional del paciente y condición cardiorrespiratoria. El cirujano tomara una decisión sobre la operación correcta para la enfermedad apropiada.

De manera análoga la programación de la cirugía debe de ser un asunto importante, algunas suelen ser de manera programada y otras de urgencia. El cirujano suele pedirle al paciente que pierda peso antes de la operación para aumentar la posibilidad de éxito.

El cirujano sensato solicitara una consulta con el cardiólogo o el neumólogo para asegurarse que el paciente puede tolerar la sobrecarga que supone una intervención.

La monitorización rutinaria de los reingresos puede utilizarse como una herramienta costo-efectiva para identificar y direccionar los errores del equipo de salud, al igual que los factores de riesgo asociados. Se han descrito varios factores que aumentan el riesgo, o se asocian con el reingreso hospitalario.

JUSTIFICACIÓN

Los reingresos hospitalarios constituyen una carga económica y social importante y un impacto familiar y personal de la paciente complicada, ya que afecta sus actividades cayendo en ausentismo laboral lo que provoca un problema social.

Varios factores pueden aumentar la morbilidad de pacientes postquirúrgicas, el básico parece ser el inmunocompromiso. Todo factor que altere los mecanismos de defensa propios del huésped puede aumentar la posibilidad de aparición de morbilidad infecciosa que es la principal causa de reingreso a centros hospitalarios.

En los centros obstétricos las causas de reingreso son básicamente las dehiscencias de episiorrafia y las sepsis de herida quirúrgica, y en las pacientes ginecológicas además de sepsis de herida quirúrgica son frecuentes hematomas e infecciones de cúpula vaginal, ligado a factores propios de la paciente o a infecciones asociadas a las instituciones de salud.

Esto provoca aumento en los gastos de insumos médicos hospitalarios, que influyen en el deterioro de la economía del centro hospitalario y de los contribuyentes.

En el Hospital Alemán Nicaragüense en el departamento de estadística no se lleva un control estadístico y epidemiológico de las pacientes que reingresan después de habersele realizado un procedimiento quirúrgico en gineco-obstetricia

Hay pocos antecedentes nacionales e internacionales de estudios realizados sobre reingresos hospitalarios de pacientes postquirúrgicas de cirugías obstétricas y ginecológicas.

La observación lleva a determinar que aparentemente los índices de complicaciones son bajos, pero existen muchos factores asociados a reingresos que al ser detectados pueden servir como retroalimentación para el personal que labora en esta área y mejorar la calidad de atención a las pacientes para reducir los reingresos hospitalarios dado sobre todo el carácter docente de este centro.

Por este motivo decidí realizar un estudio que nos mostrara la panorámica de la situación de los reingresos hospitalarios en el departamento de ginecoobstetricia, para identificar los principales factores que influyen en los mismos y determinar acciones, que logren la reducción de tasas de reingresos, para reflejar una mejor calidad de atención, con un menor costo hospitalario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al reingreso de pacientes postquirúrgicas del servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Alemán Nicaragüense en los años 2016 -2017?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a reingreso de pacientes postquirúrgicas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Alemán Nicaragüense en los años 2016-2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Identificar los antecedentes personales patológicos asociados a las pacientes que reingresaron.
3. Establecer los factores de riesgos del huésped, el ambiente y de los procedimientos quirúrgicos que influyen en el reingreso de las pacientes a estudio.
4. Determinar las causas más frecuentes de reingreso en pacientes quirúrgicas.
5. Conocer las condiciones de egreso del primer ingreso, así como el tiempo de estancia hospitalaria durante el reingreso de las pacientes en estudio.

MARCO TEÓRICO

CUIDADOS PREOPERATORIOS

Se ha comprobado que el cuidado y manejo preoperatorio de las mujeres que va a ser sometidas a cirugía Ginecológica son factores críticos para lograr resultados exitosos en procedimientos ginecológicos tanto de emergencia como programados.

Si bien una anamnesis y un examen físico meticuloso siguen siéndolos elementos principales de la evaluación preoperatoria de todas las pacientes ginecológicas.

Los buenos resultados quirúrgicos tras un procedimiento quirúrgico dependen de varios factores, además de la experiencia del cirujano y las técnicas quirúrgicas correctas.

1. Evaluación preoperatoria apropiada (capacidad para evaluar y diagnosticaron precisión el trastorno, los defectos y el daño ginecológico)
2. Selección apropiada de la paciente (capacidad para determinar cuando la intervención quirúrgica es un curso de acción necesario)
3. Análisis apropiado con la paciente acerca de los riesgos y beneficios de la cirugía (capacidad para comunicarle a la paciente las complicaciones a corto y largo plazo de una manera que pueda ser comprendida por ella)
4. Capacidad de trabajar con las MCO en términos que permitan obtener la aprobación preoperatoria adaptada a las reglas del plan de atención de salud individual

Una vez detectado un trastorno o una enfermedad ginecológica y decidido que la cirugía es el curso apropiado, se debe de instituir un plan. El propósito de la evaluación preoperatoria es efectuar las siguientes tareas, como describió Fischer:

- a. Disminuir la morbilidad quirúrgica
- b. Disminuir al mínimo los retrasos y cancelaciones del día de la cirugía.
- c. Evaluar y optimizar el estado de salud de la paciente.
- d. Facilitar el plan de anestesia y la atención preoperatoria.
- e. Reducir la ansiedad de la paciente por medio de educación.
- f. Obtener el consentimiento informado.

La importancia de la evaluación preoperatoria no debe de subestimarse. Muchos estudios demostrados en forma repetida que las enfermedades preoperatorias son factores predictivos de la morbilidad postoperatoria.

Es esencial que las mujeres que serán sometidas a una evaluación preoperatoria se realice una anamnesis cabal y un examen físico meticuloso como elementos claves para su evaluación.

Este examen es importante para determinar factores que podrían afectar el resultado de la cirugía. Si surgen interrogantes que no pueden ser aclarados por el ginecólogo, los estudios de laboratorio y los procedimientos de diagnósticos por imágenes, así como las interconsultas se convierten en elementos importantes para obtener buenos resultados.

El examen preoperatorio debe de esforzarse por responder tres preguntas, como destaca Roizen:

1. ¿Está la paciente en estado de salud óptimo?
2. ¿Puede o debe ser mejorada la condición de salud mental o física de la paciente antes de la cirugía?
3. ¿tiene la paciente problemas de salud o usa fármacos que podrían producir de forma inesperada eventos perioperatorios?

HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO

El cuidado preoperatorio de una paciente siempre comienza con una anamnesis completa y cuidadosa y un examen preoperatorio meticuloso si se desean lograr buenos resultados quirúrgicos. La preparación física y mental de la paciente es esencial para que esta quede satisfecha después de la cirugía. Es indispensable que el cirujano que opera realice la anamnesis personalmente. Así el ginecólogo puede tener una perspectiva individual no solo de los problemas ginecológicos sino también del estado general de la paciente.

A su vez la paciente puede formular preguntas directas con respecto al procedimiento, además de expresar sus preocupaciones. Este intercambio le ofrece al cirujano una impresión única sobre el problema y la permite evaluar mejor el trastorno o del defecto que requiere la cirugía. Tal circunstancia coloca al ginecólogo en una posición mucho mejor para arribar a un diagnóstico preciso y elegir la cirugía más apropiada para tratar el problema.

La historia clínica de la paciente debe ser concisa, pero su exactitud debe ser sacrificada para que sea breve. El uso de formularios impresos se ha convertido en una práctica común desafortunadamente no existe el formulario aplicable a todos los casos. La experiencia ha demostrado que las omisiones importantes son mucho menos cuando la información se obtiene por medio de formularios estándares, sin embargo, se debe de tener cuidado de no permitir que este restrinja la información actual.

EXAMEN GENERAL

La atención preoperatoria exige un examen físico completo y no solo uno concentrado en la parte inferior del abdomen y la pelvis. El examen físico completo debe de incluir la tensión arterial, la medición del peso y la altura, el registro de la temperatura, el examen de la tiroides y el cuello, la auscultación del corazón y los pulmones, el examen de las mamas, la evaluación neurológica y ortopédica y el examen del abdomen y la pelvis. Durante el examen físico se debe de prestar atención particular al hallazgo de evidencia desarrollo sexual anormal, crecimiento anormal de vello en la cara, tórax, abdomen, espalda, miembros y región pélvica, y de ambigüedad sexual de los genitales femeninos externos e internos. Así mismo el ginecólogo debe efectuar una evaluación crítica de la función cardíaca y pulmonar antes de llevar a cabo cualquier tipo de cirugía se debe determinar la necesidad de una interconsulta médica o anestésica previa.

En toda paciente con una enfermedad ginecológica y síntomas que se podrían asociar a infección, enfermedad urinaria o ambas, se debe examinar una muestra del chorro medio de la orina y se debe indicar urocultivo.

EXAMEN GINECOLÓGICO.

El examen ginecológico incluye inspección y palpación meticulosa de las mamas, abdomen, pelvis y recto. se debe dedicar suficiente tiempo a la evaluación preoperatoria porque los defectos detectados durante este examen afectan el plan quirúrgico. El ginecólogo que efectúa la cirugía debe completar esta evaluación y no otros compañeros.

EXAMEN MAMARIO.

Se inspeccionan las mamas para conocer su simetría, tamaño, condición de los pezones, presencia de lesiones macroscópicas y secreciones las mamas son examinadas tanto en posición de pie como en decúbito dorsal para determinar su simetría, contorno y existencia de masa palpable.

Toda lesión sospechosa debe evaluarse con mamografía, ecografía, aspiración, biopsia o todas estas modalidades juntas, para confirmar la existencia de un trastorno mamario importante o descartarlo.

EXAMEN ABDOMINAL.

El examen del abdomen requiere tanto de una inspección visual como de palpación. La percusión y la auscultación también pueden ser útiles. La distensión de los flancos sugiere la presencia de líquido libre, pero los quistes de ovario y los leiomiomas uterinos de forma irregular pueden producir un cuadro clínico similar. Cuando los hallazgos del examen físico son confusos y no concluyentes, los estudios de diagnóstico por imágenes como la tomografía, ecografía abdominopélvica, o la resonancia magnética son útiles para completar la evaluación.

EXAMEN PELVIANO Y RECTAL.

Es esencial realizar un examen del tracto reproductor femenino para establecer la causa subyacente de los síntomas ginecológicos. Antes de realizar el examen pelviano se debe de vaciar la vejiga por medio de la micción.

Si existen problemas de continencia urinaria debe de realizar un examen vesical completo con paciente en posición ginecológica y de pie. La inspección de la vulva en busca de infecciones y lesiones macroscópicas, incluye la inspección de las glándulas de Bartolino y de Skene. Se debe de prestar atención especial al monte de Venus y labios mayores y menores en busca de cambios sutiles de pigmentación sobre elevadas que podrían evidenciar una infección viral o bacteriana, o una neoplasia temprana. Se debe de examinar el introito en busca de prolapso de la pared anterior y posterior de la vagina y descenso uterino. Se le pide a la paciente que puje o tosa para demostrar el grado de relajación de las paredes vaginales.

Se evalúa el cuello uterino en busca de lesiones macroscópicas en especial ulceraciones, crecimientos neoplásicos, inflamación y flujo anormal. Se obtiene una muestra de Papanicolaou es muy importante para detectar lesiones cervicales y endocervicales. las pacientes con muestras anormales de Papanicolaou, que presentan displasias leves en varias muestras o displasias moderadas a severas de células epidermoides deben ser evaluadas con colposcopia y las lesiones sospechosas deben biopsiarse. Las lesiones con displasia de células glandulares requieren evaluación Endocervical y Endometrial por medio de legrado y biopsia endometrial.

El útero se examina de forma bimanual con la técnica abdominovaginal, para determinar la posición, tamaño, movilidad, irregularidades y sensibilidad ante la movilización. Se evalúan las regiones anexiales por vía vaginal y mediante el examen recto vaginal. Nunca se debe de omitir el tacto rectal en el examen pelviano sistemático, ya que este provee información que no puede ser obtenida por el examen pelviano. El tacto rectal ofrece datos acerca de la competencia del esfínter anal, y la presencia de lesiones del canal anal y la parte inferior del recto. Los exámenes rectal y vaginal usados de forma conjunta son un método efectivo para detectar trastornos pelvianos y especialmente útiles para evaluar los ligamentos anchos y uterosacros, el fondo de saco de Douglas, el útero y los anexos.

Cuando los hallazgos pelvianos son dudosos o indeterminados, las técnicas de diagnóstico por imágenes pueden ser útiles para determinar el diagnóstico preoperatorio.

Con frecuencia, el examen pelviano preoperatorio meticuloso puede descartar un probable trastorno pelviano y así evitar una laparotomía o laparoscopia innecesarias.

Tabla 1.
Clasificación de la condición física, establecida
por la American Society of Anesthesiologists.

Clase	Descripción
P1	paciente sana normal
P2	paciente con enfermedad sistémica leve
P3	paciente con enfermedad sistémica grave
P4	paciente con enfermedad sistémica grave que es una Amenaza constante para su vida
P5	paciente agonizante que no se espera que sobreviva Sin la operación
P6	Paciente con muerte cerebral declarada, cuyos Órganos son rescatados para Transplantes.

De: ASA manual for Anesthesia Department Organization and Management, American Society of Anesthesiologist, Park Ridge, Ill, 1995, con autorización.

Así, la evaluación preoperatoria debe ser planificada en torno al riesgo de la paciente, basado en su edad, antecedentes y examen físico, y grado de complejidad, de acuerdo con cuan invasiva será la cirugía programada.

En consecuencia, los datos actuales y la experiencia sugieren que en lugar de efectuar un conjunto de estudios de rutina, toda evaluación preoperatoria se debe de relacionar íntimamente con el tipo y la complejidad de la cirugía ginecológica propuesta y con la presencia de enfermedades médicas o quirúrgicas que provoquen confusión.

Tabla 2.

CALCULO DE ÍNDICE DE RIESGO CARDIACO.

Criterios	Puntos
Antecedentes	
Edad >70 años	5
Infarto del miocardio < 6 meses	10
Exploración física	
Galope S3 o distensión venosa yugular	11
Estenosis valvular aortica	3
ECG	
Ritmo no sinusal	7
>5 extrasístoles	7
Estado general	
PO ₂ <60 o Pco ₂ >50	3
K<3 HCO ₃ <20meq/l	
Urea>50 o Creatinina>3meq/l	
SGOT anormal	
Postrado en cama	
Operación	
Intraperitoneal, intratorácicas o Urgente	3 4
Total	Posible 53 puntos

De: Godman L. caldera DL, Nussban SR, Multifactorial Index of Cardic risk in noncardic surgical procedures. N engl J Med 297:26,1997.

DE CIRUGÍA INTRAOPERATORIA

Una técnica quirúrgica meticulosa tiene una importancia fundamental para optimizar el resultado y fortalecer el proceso cicatrización de la herida. No hay sustituto de una operación bien planificada y realizada para conseguir el mejor resultado quirúrgico.

El Quirófano

Para que el quirófano funcione bien es necesario disponer de cirujanos, anestesistas y personal de quirófano bien entrenado y el quirófano debe estar equipado con una mesa de operaciones fácil de manejar, buena iluminación y un espacio amplio para el personal y el material. Antes y después de cada intervención hay que limpiar la sala y comprobar el funcionamiento de la mesa. Es muy costoso y estresante sustituir la mesa del quirófano u otro aparato con el paciente dentro del quirófano. Para las intervenciones más complejas e inusuales es de vital importancia la comunicación preoperatoria entre el cirujano, el anestesiólogo y personal de quirófano

MANUAL DE NORMAS ORGANIZATIVAS Y FUNCIONALES DE SALA DE OPERACIONES Y DE RECUPERACIÓN.

Normas organizativas de procedimientos generales.

Relaciones con el personal del servicio de la sala de operaciones, recuperación y anestesia.

Todo el personal que labora en el servicio debe de conocer y cumplir las normas y reglamento de la institución y del servicio.

Antes de entrar al servicio lavarse las manos previo retiro de anillos, reloj, aretes y cadenas.

Cumplir el tiempo establecido de cinco a diez minutos de lavado de manos quirúrgico.

Mantener las uñas cortas, limpias y sin esmalte.

El personal de turno no podrá abandonar el servicio sin ser relevado.

Quedan prohibidas las visitas del personal que no sean del servicio, cualquier otra visita deberá ser autorizada por el jefe del servicio con visto bueno de la dirección.

Usar correctamente el uniforme de acuerdo al reglamento de la institución.

Mantener buenas relaciones interpersonales con el personal de salud, utilizando vocabulario adecuado, respetando la individualidad y la jerarquía.

Usar el uniforme completo y correcto en la zona restringida (gorro, mascarilla, botas) la mascarilla deberá cubrir la boca.

Avisar al jefe inmediato siempre que tenga que ausentarse del servicio por cualquier motivo y establecer comunicación con jefes a nivel intermedio según cargo.

El personal médico que no sea de la institución y desea presenciar el acto quirúrgico deberán presentar autorización por escrito a la dirección.

El personal que salga a recuperación posanestésicas se pondrá bata preventiva y se quitara las botas.

Está prohibido fumar, usar cadenas, pulseras, aretes, anillos y otros, así como comer dentro del servicio.

No introducir radios o bultos al servicio.

Está prohibido deambular con la misma bata del área restringida al área semirestringida y viceversa, así como salir del salón de operaciones con la ropa quirúrgica.

El personal de la limpieza debe de utilizar ropa quirúrgica y cumplir con las normas y reglamentos del servicio, esta medidas extiende al personal de mantenimiento y otros, los que deben de cumplir las normas de higiene antes de efectuar cualquier procedimiento.

Mantener la unidad limpia y en orden.

El personal médico programara diario sus operaciones a la hora establecida (12md), ajustarse a este horario para no interrumpir el desarrollo de trabajo del día.

Las cirugías programadas se realizaran de lunes a viernes de 7:00 am a 2:00 pm.

Las programaciones para el día siguiente se cierran a las 12:00 am para elaborar las listas de operaciones a efectuarse al día siguiente y así poder distribuir las dependencias correspondientes.

Las operaciones se programaran, después de haberle realizado los estudios necesarios al paciente.

El paciente que será sometido a un procedimiento quirúrgico, deberá firmar el y su familiar la autorización del tratamiento quirúrgico.

Al presentarse una urgencia inmediata, será suspendida cualquier operación que este por entrar, en caso de que no haya sala libre, pasara esta al turno último.

La programación de operaciones de pacientes hospitalarios se debe hacer personalmente y no por teléfono.

Brindar trato humano al paciente.

Conocer y manejar el diagnóstico de la paciente ética profesional.

Garantizar el confort a los pacientes evitando ruidos innecesarios.

El paciente deberá llegar al quirófano bañado, con uñas limpias y sin esmalte, sin prendas, y sin prótesis dentales y con su brazalete de identificación.

Deberá llegar canalizado con branula y cumplido procedimientos preanestésicos.

El paciente llegara del servicio respectivo en compañía del camillero, el cual lo identificara por interrogatorio.

La técnica circular recibe al paciente en la zona restringida, lo identifica y revisa órdenes, lo conduce al quirófano, entrega el expediente al anestesista para que lo identifique, traslada al paciente dándole confort, seguridad y apoyo emocional.

El cirujano que programe una operación que requiera equipo especial o cuidado lo dará a conocer el día anterior a la enfermera jefa de la unidad quirúrgica.

Durante la intervención el cirujano es el responsable tanto de la operación como del llenado de la hoja de solicitud de materiales, así como de coordinar con habilidad y serenidad el equipo quirúrgico en beneficio del usuario, para obtener colaboración positiva.

El material utilizado en la cirugía se llevara controlado por paciente en la hoja correspondiente, por la técnica circulante.

El cirujano dictara la operación antes de salir de la sala o delegar en el ayudante, par que incluya la hoja al expediente antes de ser trasladado a recuperación.

Entre cada operación, el médico esperara veinte minutos que utilizara el personal para limpiar y equipar nuevamente el quirófano.

Las operaciones programadas de casos sépticos se harán en el quirófano correspondiente.

Si falleciera un paciente en la sala, se darán cuidados post mortem y se harán los trámites correspondientes con admisión y fiscalía para en retiro del cadáver.

Es responsabilidad del personal que labora en sala de operaciones respetar la individualidad de los demás para ser respetados y desarrollar las actividades del quirófano en armonía, así como guardar el decoro en todo momento.

Se evitarán las salidas innecesarias los movimientos bruscos al abrir y cerrar las puertas, estas se mantendrán siempre cerradas.

La conversación debe restringirse al mínimo y hacerlo solo con fines educativos o profesionales.

Se limitará el número de personas dentro del quirófano de acuerdo a la capacidad de estas (6 personas) Anestesiista, cirujanos, técnica instrumentista y técnica circular.

La puerta del departamento de anestesiología deberá permanecer cerrada.

Los estudiantes que roten por Sala de operaciones deben ser adiestrados y regulados para asegurarse que estén cumpliendo las normas establecidas.

Dentro del área del quirófano se dispondrá de un lugar exclusivo para la disposición de productos y secreciones de desechos de las intervenciones quirúrgicas.

Los recipientes de jabón quirúrgicos y soluciones, serán lavados y esterilizados antes de cada llenado.

Se llevará control de los estudios bacteriológicos (hisopado de manos, ambiente, instrumental y otros) de manera periódica.

Se realizará estudio de isopado de manos de manera sorpresiva al personal por parte de epidemiología cuando estime conveniente.

El personal asignado al servicio debe realizarse controles bacteriológicos cada seis meses.

El personal de Sala de operaciones podrá tomar café, agua y refresco en la zona semirestringida, previo retiro de botas.

Normas de sala de operaciones

Cada especialidad dentro de las posibilidades y disponibilidad de quirófano se le asignara los días de quirófano de lunes a viernes.

El sábado no habrá programación lo cual servirá para que el personal le de limpieza terminal a los quirófanos y revisar el funcionamiento de los diferentes instrumentos.

Los pacientes programados deben de contar con todos los exámenes necesarios para su operación, de lo contrario la cirugía no se llevará a efecto, excepto cuando sea autorizado previa coordinación de cirujano y anestesia, con visto bueno de jefe de sala de operaciones, la Subdirección médica o la Dirección.

Es obligación que los médicos residentes e internos que están programados para cirugía, se presenten 15 minutos antes de las 7:00 am en el quirófano respectivo.

Los cirujanos que tengan su programación, están en la obligación de estar presentes en el quirófano respectivo 10 minutos antes de las 7:00am.

Todas las cirugías programadas darán inicio a las 7:00am en punto sin ninguna justificación.

Queda prohibido transitar con ropa de sala de operaciones (verde) fuera del local. La programación iniciara a las siete de la mañana y terminaran a las dos de la tarde, por tal motivo se solicita que las cirugías que se programen estén de acuerdo a la habilidad de cada cirujano.

Los guarda ropa personal no deben de tener candado permanente y serán ocupados por el personal que labora cada día.

La jefa del servicio de la sala de operaciones garantizara que el personal a su cargo deje las maletas estériles para cada quirófano la noche anterior. El personal asignado a cada quirófano estará presente quince minutos antes de la siete de la mañana.

El tiempo que debe transcurrir entre cirugía no debe de pasar los veinte minutos para lo cual se llevara a cabo un control de esta disposición para cada quirófano.

La enfermera jefe del servicio es la responsable de coordinar las actividades de la sala de operaciones, y exigirá el cumplimiento de las normas higiénico epidemiológicas de la unidad.

Las operaciones serán canceladas después de treinta minutos de retraso.

Todo paciente que será intervenido quirúrgicamente se le practicara una limpieza estricta del área operatoria, rasurado del vello según la región operatoria, lavado con agua y jabón, procedimientos de asepsia y antisepsia de acuerdo a indicaciones del cirujano. Todo será realizado en la unidad donde este hospitalizado el paciente.

El personal del paciente a la sala de operaciones será realizado por el personal correspondiente (camillero).

El personal de enfermería de salud de operaciones es el responsable de lavar, procesar los instrumentos, rotularlos, empacar, y pasarlos a la central de equipos para su esterilización.

Inmediatamente después de de cada intervención quirúrgica debe de realizarse limpieza del piso, mesas, lámparas, paredes y otros.

Cuando las intervenciones efectuadas sean casos sépticos, será sometido el quirófano a desinfección, según procedimientos establecidos por el hospital.

Es responsabilidad del personal de enfermería garantizar que las biopsias sean enviadas a patología o donde corresponda.

Tener dos o más quirófanos equipados: maleta sobre la mesa, seccionador de anestesia y cirugía, sonda nelatón para succión, material de limpieza: jabón, agua estéril, betadine, gasas, compresas, guantes otros.

Es obligación del personal que labora por la noche dejar equipado el quirófano para la mañana.

Es obligación del personal conocer el contenido del arsenal (esto conlleva a orden del arsenal: rotular y colocar cada cosa en su lugar).

El frasco de succión y tubo recolector deberán ser bien lavados y colocados en solución.

Enviar la ropa sucia con detalle que será firmado por la persona que reciba. No se dejará acumular ropa para que exista mayor fluidez y garantía de la misma y así evitar la diseminación de microorganismos.

Normas del vestuario del personal del área quirúrgica.

El personal al llegar a los vestuarios del quirófano, deberá cambiar sus ropas por el verde y puede estar en este sin las botas y el gorro. El gorro de cubrir todo el cuero cabelludo, sin que quede ningún cabello a la vista, con este atuendo no puede circular por otra área hospitalaria.

Para entrar en el área del quirófano todo el personal debe de llevar puesta la mascarilla (esta tiene que ser estéril).

Cada intervención requiere cambio de mascarilla, debe de cubrir completamente boca y nariz y así debe cubrir completamente boca, nariz y así permanecerá durante todo el tiempo que este en el acto quirúrgico y/o área de los quirófanos.

El personal que está involucrado directamente en el acto quirúrgico, utilizaran voltas y guantes estériles, que deben colocarse con técnica de asepsia correcta, la que debe ser de conocimiento de todo el personal, las botas y guantes estériles se cambiaran en cualquier momento en que se contaminen.

Normas de circulación en los salones quirúrgicos.

El personal que este en el acto quirúrgico, debe ser el imprescindible para realizar el mismo. No puede aglomeración de gente en los salones, ya que esto aumentaría más los focos de contaminación.

La deambulación por los pasillos y salones colindantes debe ser solo la imprescindible, para evitar la movilización de gérmenes que incidirán en la contaminación del acto quirúrgico.

Deben evitarse también las excesivas conversaciones en el salón.

Las botas se cambiarán siempre que se mojen por cualquier circunstancia.

En relación al material estéril.

Una fuente de contaminación lo constituyen los objetos y materiales que van a estar en contacto con la herida, por lo que es necesario preparar con estricta técnica aséptica los equipos de ropa, instrumental y soluciones.

Todo paquete de ropa e instrumental debe estar preparado en una doble envoltura.

Se comprobará su esterilidad mediante el control de la fecha e iniciales de quien lo hizo que no debe de pasar los 8 días.

Todo material húmedo y que se dude de su esterilidad, se considera contaminado.

Se conservará una distancia de por lo menos 30 centímetros entre el material estéril y no estéril.

Se evitará pasar las manos sin guantes estériles sobre cualquier paquete de material quirúrgico abierto.

La pinza auxiliar se esteriliza diariamente y cuando se le emplee se le tendrá al alcance de la vista y con las puntas hacia abajo.

El instrumental y material usado, se lavará con agua corriente y jabón, aplicándose a cada instrumento después de desarmarlo y abrirlo.

La esterilización se hará de acuerdo a los métodos establecidos según el tipo de material o instrumental.

Relacionado con el procedimiento quirúrgico.

El paciente no debe tener patología respiratoria, si tiene, se debe posponer la operación.

Los pacientes que serán intervenidos deberán permanecer 12 horas antes de la operación en el hospital.

Normas para casos contaminados.

Se considera que una sala se ha contaminado en los casos de:

- a) Heridas abiertas
- b) Drenaje de abscesos
- c) Peritonitis
- d) Osteomielitis
- e) Amputación de miembro por gangrene gaseosa o necrosis séptica.

Para estos casos es necesario:

Limitar el número de personas que ingresan en el quirófano (exclusivamente el equipo quirúrgico).

Sacar del quirófano todos los equipos y materiales que no se vayan a utilizar.

Usar de preferencia material descartable.

Proteger al personal de anestesia y auxiliar con delantal quirúrgico.

Al terminar la cirugía el personal deberá bañarse, quitarse ropa quirúrgica contaminada, y dejarla en el quirófano.

Cerrar las puertas del quirófano y rotular como **CONTAMINADO** para evitar el ingreso accidental de otro personal.

Lavar el instrumental dentro del quirófano o en un anexo y colocar luego en una solución desinfectante por 30 minutos, para luego trasladarse al sitio de esterilización en doble funda plástica.

Sacar la basura y materiales desechables en una doble funda plástica rotulada **contaminada** y enviarlas para su incineración.

Envolver en un campo limpio, los campos quirúrgicos y ropa de los cirujanos, enviarlas a lavado y desinfección, siempre con el rotulo **contaminada**.

Lavar los equipos, mobiliario, pisos, paredes con cepillo, agua y jabón para luego pasar una solución germicida y colocar una lámpara germicida por 4 horas. No se justifica el cierre total del quirófano.

- Normas de limpieza terminal del área quirúrgica.

Esta se efectuará una vez por semana, los días sábados.

La limpieza se efectuará en todo el servicio de sala de operaciones y se limpiarán los equipos de salón de la siguiente manera;

El instrumental utilizado, tanto sucio como expuesto, se lavará con agua y detergente pasando luego a un proceso de secado.

Se preparará nuevamente el equipo con posterior envío a la central de esterilización.

Cuando estos equipos han sido utilizados en casos sépticos después del lavado con agua y detergente, se procederá a sumergirlos en una solución desinfectante de amplio espectro por un periodo de 10 minutos, se enjuagará y secará, pasando luego a la central de equipo.

Normas de lavado de techos, paredes, puertas, ventanas y pisos.

Se realizará de las paredes más altas a las más bajas con agua y detergente, pasando luego por un proceso de secado y más tarde se tratará con un desinfectante de amplio espectro.

Se utilizarán varios implementos de limpieza, según el área a limpiar. Los implementos a utilizar en la limpieza de quirófanos contaminados serán desechados. Dentro del área quirúrgica no se deben de utilizar escobas.

Limpieza de los equipos de salón.

Referente al equipo eléctrico se realizará limpieza húmeda, los productos a utilizar será agua, detergente o solución desinfecte, según sea necesario.

Camillas, equipos de anestesia y otros.

No podrán salir en ningún momento de la zona semi restringida, se limpiarán en cada turno con solución desinfectante y cada vez que se trasladen pacientes a los diferentes servicios.

Medidas de seguridad.

Mantener el local escrupulosamente limpio y libre de polvo para evitar la manipulación de bacterias.

Mantener la temperatura del local a 25 grados centígrados y la humedad al 50%.

Disponer de iluminación adecuada.

Mantener los suelos limpios no resbaladizos.

Inspeccionar todos los aparatos eléctricos antes de utilizarlos.

Para desconectar los aparatos tomar el enchufe y sacar suavemente.

No acercarse ningún aparato eléctrico a los de anestesia. (3)

ASEPSIA QUIRURGICA

La asepsia quirúrgica o sea la prevención del acceso de microorganismos a incisiones operatorias, se logra con métodos ideados para disminuir o destruir las bacterias de todo lo que entra en contacto con la zona operatoria. En las cirugías se realizan aisladores unidos herméticamente en el área que se opera. El cirujano hace la incisión a través del sitio de fijación, de modo que la cirugía se realiza en ausencia de microorganismos.

Es necesario recurrir a los antisépticos para descontaminar el área en que se realizara la incisión cutánea. El cirujano y personal de quirófano suelen emplear jabones o detergentes que contienen antisépticos en el lavado antes de ponerse los guantes o en su lugar emplean un enjuague antiséptico después del lavado quirúrgico. Un antiséptico es una sustancia química que muere a los microorganismos patógenos o inhiben su proliferación mientras está en contacto con ella.

Un desinfectante es una sustancia química germicida que se emplea en objetos inanimados para dar muerte a los microorganismos patógenos.

PROFILAXIS ANTIBIOTICA 4

Es importante enfatizar que la profilaxis antibiótica en cirugía es un complemento, no un sustituto, de una buena técnica quirúrgica. Además, debería ser considerada como un componente de una política efectiva del control de las infecciones adquiridas en la comunidad.

LEYENDA DE RECOMENDACIONES

- **Altamente recomendado:** la profilaxis antibiótica reduce inequívocamente la morbilidad, el coste hospitalario y es estimable para disminuir el consumo global de antibióticos.
- **Recomendado:** la profilaxis reduce a corto plazo la morbilidad, pero no hay ningún estudio rdbomizado que demuestre que la profilaxis reduce la mortalidad o la morbilidad a largo plazo. Sin embargo, la profilaxis es estimable para reducir morbilidades mayores, reduce el coste hospitalario y puede reducir el consumo global de antibióticos.
Hay que tener en cuenta que pueden existir excepciones según la política local sobre antibióticos.
- **No recomendado:** la profilaxis no ha sido probada efectiva clínicamente incrementando el consumo hospitalario de antibióticos para un beneficio pequeño.

ELECCIÓN DEL ANTIBIÓTICO

Aunque existe un amplio rango de organismos que pueden causar infección en pacientes quirúrgicos, la infección del sitio quirúrgico se produce por un pequeño número de patógenos comunes (excepto en presencia de biomateriales). **Nivel evidencia IV**

Los antibióticos seleccionados para realizar profilaxis deben cubrir a los patógenos Comunes. **Grado de recomendación C**

Los antibióticos escogidos para realizar la profilaxis pueden ser usados como tratamiento contra la infección activa. Al indicar una profilaxis se debe saber que las Infecciones en los pacientes que la reciben son principalmente causadas por patógenos sensibles a la pauta administrada, y el incremento del espectro en el tratamiento puede producir problemas de resistencia.

También hay que considerar que las complicaciones infecciosas de los pacientes se evitan ampliando el espectro antibacteriano de la profilaxis. Además de incrementar el coste, puede ser una de las causas de alteración del nicho ecológico y selección de cepas resistentes. Este efecto se ha observado en el uso de las cefalosporina de 3ª generación,

La política de profilaxis debe estar basada en la información local sobre la Epidemiología de las resistencias bacterianas. Es preciso que los Servicios de Microbiología y Cirugía trabajen de forma conjunta documentando la etiología de las complicaciones infecciosas, los cambios de los patrones locales de sensibilidad y mostrando los resultados a todos los cirujanos de forma periódica.

La vía de administración del antibiótico para procedimientos quirúrgicos debe ser Siempre intravenosa.

MOMENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ANTIBIÓTICO.

El periodo de riesgo para desarrollar una infección del sitio quirúrgico se inicia con la incisión. El objetivo de la profilaxis antibiótica es alcanzar unos niveles de fármaco en el suero y en los tejidos que excedan, durante toda la intervención, la CMI para los organismos que serán encontrados en el procedimiento. La administración de la profilaxis 3 horas después del inicio de la intervención reduce significativamente su efectividad. Para lograr un máximo efecto se debería dar justo antes de la intervención o justo después del inicio. **Nivel evidencia 1a**

La profilaxis debería ser iniciada idealmente 30 minutos preoperatoriamente, durante la inducción anestésica. **Grado de recomendación A**

Cuando se usa Vancomicina como profilaxis la infusión se debería iniciar 120 minutos antes de la incisión para prevenir los efectos secundarios.

DOSIS INTRAOPERATORIA

La profilaxis antibiótica debe realizarse de forma óptima con un solo antibiótico Preferiblemente (menor posibilidad de omisión), que cubra los patógenos clave, y que consiga los niveles tisulares más altos posibles sin ser tóxico. Las cefalosporinas de 1ª y 2ª generación cumplen estos requisitos. El problema radica que poseen una vida media muy corta (1 hora), debiendo de administrar más dosis a lo largo de la intervención.

En general, es aceptado que la dosis profiláctica de un antibiótico ha de ser la Misma que la de tratamiento de una infección. El paciente con obesidad mórbida tiene unas características especiales que le hacen especialmente frágil ante una infección intraabdominal. Está indicada la profilaxis tanto en cirugía abierta como laparoscópica. Se debe ajustar la dosis según IMC.

PÉRDIDAS SANGUÍNEAS Y ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS

La concentración de antibiótico se ve reducida con la pérdida sanguínea y el recambio de líquidos, especialmente en la primera hora de cirugía donde los niveles son altos. **Nivel evidencia IIa y IIb**

Es difícil predecir los efectos de la pérdida de sangre y la administración de líquidos, dependiendo del tiempo y velocidad de la pérdida, y el recambio. Sin embargo, en adultos el impacto del sangrado intraoperatorio y la administración de líquidos en la concentración plasmática de los fármacos son insignificante. **Nivel evidencia IIb**

Cuando exista una pérdida sanguínea de más de 1500ml durante la cirugía o exista una hemodilución de más de 15ml/kg se debe dar una dosis adicional de profilaxis Antibiótica. **Grado de recomendación B.** Esta dosis se debería administrar después de la reposición del volumen.

DURACIÓN DE LA PROFILAXIS

La mayoría de publicaciones demuestran que la profilaxis antimicrobiana es innecesaria después del cierre de la herida, y muchos estudios donde se compara una dosis única con múltiples dosis no muestran mayor beneficio con las dosis extras. Además, el uso prolongado de la profilaxis antibiótica está asociado con el incremento de las resistencias bacterianas⁴⁷⁻⁴⁹. Por tanto, la repetición de la dosis profiláctica se debería indicar cuándo se sobrepasará 1-2 veces la vida media del fármaco (cefalosporina a las 2-3h) y cuando exista una pérdida sanguínea (1500ml) o una hemodilución (15ml/kg). Como norma general ha de ser una dosis única o no debe sobrepasar las 24h.

La profilaxis antibiótica debe ser administrada inmediatamente antes o durante el Procedimiento. **Grado de recomendación A**

Reglas Generales

- *La profilaxis se aplica a cirugía electiva en intervenciones limpias, limpia-contaminadas y contaminadas.*
- *En intervenciones de urgencia se limita a cirugías limpias y limpia-contaminadas.*
- *Los antibióticos profilácticos deben cubrir patógenos comunes.*
- *La vía de administración debe ser siempre intravenosa.*
- *El inicio debería ser 30 minutos preoperatoriamente, durante la inducción anestésica.*
- *La dosis profiláctica ha de ser la misma que la de tratamiento.*
- *La dosis debe ser generalmente única o no sobrepasar las 24 horas.*
- *Dar una dosis adicional si existe una pérdida de más de 1500ml de sangre o una hemodilución de más de 15ml/kg.*
- *Dar dosis adicional al sobrepasar 1-2 veces la vida media del fármaco*

INFECCIONES POSOPERATORIAS.

Las infecciones que complican los procedimientos quirúrgicos han sido la preocupación de los ginecólogos desde las primeras operaciones realizadas. Incluso aunque la atención médica y quirúrgicas sean irreprochables. La morbilidad infecciosa puede complicar la evolución posoperatoria.

Desafortunadamente, si emplean antibióticos profilácticos durante la cirugía, no se elimina este riesgo de infección.

Es indispensable que el cirujano ginecológico comprenda los conocimientos básicos sobre enfermedad infecciosa para tratar a las pacientes infectadas en forma apropiada.

Saber que bacterias forman parte de la flora normal de la vagina permite al ginecólogo reconocer a los patógenos que contribuyen a la producción de infecciones posoperatorias. Ciertos factores de riesgo participan en las tasas de incremento de las infecciones posoperatorias. El conocimiento de estos factores permite al cirujano modificar los riesgos. Hay varios tipos de infecciones posoperatorias, cada una de las cuales tiene un comienzo de acción único y una etiología bacteriana propia.

INCIDENCIA.

Cuando se evalúa la incidencia de infección posoperatoria, en estudios publicados, es importante considerar si se empleó morbilidad infecciosa o la febril para definir infección, el estado socioeconómico de la población evaluada, si se administró profilaxis antibiótica, y si existieron otras variables de confusión que pudieran influir sobre la tasa de infección.

Estudios prospectivos informan que la infección pelviana aguda después de la histerectomía por vía abdominal está entre el 3,9 y el 50%. La tasa de incidencia de la histerectomía por vía vaginal es entre el 1,7 y el 64%. La incidencia de tromboflebitis pelviana oscila entre el 0,1 y el 0,5%.

FLORA VAGINAL

El origen más frecuente de las bacterias que causan infecciones pelvianas posoperatorias de las mujeres es la vagina. Este órgano está colonizado por un gran número de bacterias que, bajo condiciones normales se mantienen en relación simbiótica.

Hay varios factores que influyen sobre la flora vaginal, como la edad, la actividad sexual, el momento del ciclo menstrual, el uso de antibióticos o agentes inmunosupresores y los procedimientos invasivos.

BACTERIAS QUE COMPONEN LA FLORA VAGINAL NORMAL

AEROBIOS

ANAEROBIOS

Staphylococcus aureus	Especies de peptoestreptococcus
Staphylococcus epidermidis	Especies de peptococcus
Estrptococo grupo B	Especies Bacteroides
Espacies de estreptococcus	Especies fusobacterium
Enterococcus fecalis	Prevotella bivia
Lactobacilli	Prevotella disiens
Especies de conynebacterium	Grupo bacteroides fragilis
Escherichia coli	

La cirugía propiamente dicha altera la cantidad y el tipo de bacterias que aparecen en la vagina y el cuello uterino. Después de las histerectomías abdominales o vaginales disminuye la cantidad de lactobacilos y aumentan el número de los bacilos gramnegativos facultativos.

FACTORES DE RIESGO PARA INFECCION

El cirujano puede encontrar algunos factores de riesgo, pero hay otros que no pueden ser controlados por el cirujano, ni por el equipo quirúrgico y deben ser tratados en el momento en que ocurren. El nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para la infección en la cirugía ginecológica. Aunque el interés principal es el económico el efecto obtenido puede ser el resultado de la nutrición y la higiene inadecuadas.

La obesidad es un factor de riesgo probablemente como reflejo de una menor higiene, la alteración de la nutrición, el riesgo de sepsis y prolongación del tiempo quirúrgico.

Esto produce una alteración de la cicatrización de las heridas y una mayor posibilidad de infección. La contaminación del campo quirúrgico debido a la violación de las técnicas estériles o a la lesión del intestino promueve una infección.

Se ha considerado que la menor edad es un factor de riesgo para infección poshisterctomia, este aumento podría obedecer a la presencia de bacterias más virulentas en la vagina o una mayor vascularización y la dificultad para lograr una hemostasia adecuada. Otros factores no son tan evidentes y pueden deberse a efectos que interactúan entre sí. En la mayoría de los estudios se considera que la duración de la cirugía aumenta el riesgo de infección, pero esto refleja la experiencia del cirujano, la hemostasia inadecuada aumenta el riesgo de que queden colecciones de sangre sin drenar, y estas son un medio de cultivo ideal que se contamina con bacterias.

Si no se usan antibióticos profilácticos en los que está demostrado que son beneficiosos, puede existir riesgo de infección pelviana. Los antibióticos profilácticos deben ser usados de acuerdo con el protocolo aceptado para el procedimiento.

FACTORES DE RIESGO PARA LAS INFECCIONES POSOPERATORIAS

<i>Inmunocompetencia alterada</i>
<i>Edad premenopausica</i>
<i>Obesidad</i>
<i>Cirugía radical</i>
<i>Vaginosis Bacteriana</i>
<i>Internación preoperatoria prolongada</i>
<i>Pérdida de sangre excesiva durante la operación</i>
<i>Inexperiencia operatoria</i>
<i>Nivel social bajo</i>
<i>Tiempo operatorio prolongado</i>
<i>Nutrición inadecuada</i>
<i>Tejido desvitalizado excesivo</i>
<i>Diabetes Mellitus</i>
<i>Falta de uso de antibiótico profiláctico</i>
<i>Cirugía en un sitio operatorio infectado</i>

CATEGORIAS DE INFECCIONES

No todas las mujeres con elevación de la temperatura después de una cirugía ginecológica y no todas las que están infectadas tienen el mismo síndrome clínico. Es importante clasificar el proceso infeccioso porque el tratamiento puede variar de acuerdo con el diagnóstico.

CELULITIS DE LA CUPULA VAGINAL

La celulitis del manguito es una infección del margen quirúrgico del borde superior de la vagina, en el sitio donde se reseca el útero. Los signos y síntomas de la infección suelen comenzar en un momento tardío de la evolución en el hospital o

incluso después del alta. La evolución posoperatoria de la paciente pudo haber sido benigna. Siempre existe induración, eritema y edema en el manguito vaginal de inmediato tras la histerectomía.

Si la paciente se infecta, con frecuencia presentara molestias iniciales de dolor en la parte inferior del abdomen, dolor pelviano, dolor en la espalda, fiebre y pérdidas anormales a través de la vagina. El examen puede revelar hiperemia, induración y sensibilidad persistentes en el manguito vaginal, y en ocasiones pérdidas purulentas junto con la fiebre. El recuento de glóbulos blancos suele estar elevada en forma leve a moderada.

Tanto las bacterias aerobias grampositivas como las aerobias gramnegativas facultativas y las anaerobias pueden contribuir en la celulitis del manguito vaginal.

HEMATOMA INFECTADO DE LA CÚPULA VAGINAL O ABSCESO DE LA CÚPULA VAGINAL.

Tras la histerectomía puede quedar un escaso sangrado en napa proveniente de los pedículos vasculares o en la cúpula vaginal. Este sangrado puede provenir de una colección de sangre encapsulada, llamada hematoma. Si esta masa sobre la cúpula se infecta se produce un absceso. Las bacterias en especial las anaerobias se desarrollan en este ambiente.

Las mujeres con absceso de la cúpula vaginal presentan fiebre en un momento del posoperatorio, junto con otros síntomas como escalofríos, dolor pelviano, presión rectal.

Los hallazgos clínicos incluyen aumento de la temperatura, dolor a la palpación en la parte inferior del abdomen y en la cúpula vaginal presencia de una masa fluctuante y dolorosa cerca de la cúpula vaginal, y en ocasiones un drenaje purulento proveniente del manguito vaginal, con frecuencia el dolor y la sensibilidad predominan en uno de los lados.

INFECCION DE LA HERIDA

La infección de la herida quirúrgica puede ocurrir en cualquier procedimiento quirúrgico ginecológico transabdominal, pero en especial los casos contaminados

El estudio extenso de la epidemiología de las infecciones de las heridas operatorias en relación a su contaminación y con el mayor riesgo de infección.

Cuanto más contaminado este el campo quirúrgico, mayor es el riesgo de infección de la herida. Afortunadamente a pesar de la proliferación microbiana de la herida producida por las bacterias de la vagina en la histerectomía los antibióticos profilácticos, la resistencia adecuada del huésped y una buena técnica quirúrgica logran evitar la infección de la herida en la mayoría de las pacientes.

CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDA QUIRÚRGICAS EN RELACIÓN CON LA CONTAMINACIÓN Y CON EL MAYOR RIESGO DE INFECCIÓN

LIMPIA

Electiva cerrada en forma primaria y sin drenaje
No traumática, no infectada
Sin inflamación
Sin violación de la técnica aséptica
Sin ingreso a los tractos espiratorios, alimentario y genitourinario

LIMPIA CONTMINADA

Ingreso al tracto alimentario, genitourinario y respiratorio bajo condiciones controladas y sin contaminación fuera de lo habitual
Apendicectomia
Ingreso en la vagina
Ingreso en el tracto genitourinario sin urocultivo positivo
Violación mínima de la técnica
Drenaje mecánico

CONTAMINADA

Heridas traumáticas recientes abiertas
Derrame macroscópico del tubo digestivo
Ingreso en el tracto genitourinario con orina infectada
Violación mayor a la técnica
Incisión en aéreas de inflamación aguda no purulenta
Inflamación bacteriana aguda con pus hallada durante la operación

La herida quirúrgica comprende la zona tanto interna como externa del cuerpo que abarca todo el campo quirúrgico. De este modo las, las heridas se clasifican en tres categorías generales: 1) superficial que afecta la piel y tejido celular subcutáneo, 2) profunda, que comprende fascia y musculo, y 3) espacio visceral que comprende los órganos internos del cuerpo.

Las infecciones de la herida también se denominan infección del foco quirúrgico.

La contaminación bacteriana puede producirse por diferentes vías. Una de las causas más frecuente es la sección o penetración de una víscera en la cavidad abdominal. Una segunda fuente de bacterias es la flora cutánea del paciente. La tercera es un incumplimiento de la técnica quirúrgica que permite la contaminación exógena a partir del propio cirujano, del instrumental o del ambiente circundante.

Celulitis de la herida

Las infecciones de las heridas abdominales se clasifican de acuerdo con su localización y gravedad. Las menos graves se localizan en la piel y tejido celular subcutáneo que cubre la aponeurosis.

La celulitis de la herida quirúrgica se caracteriza por eritema, calor e inflamación, además de dolor. Si no se obtiene un drenaje purulento, el tratamiento antibiótico con una cefalosporina o penicilina de amplio espectro suele ser efectivo. La mayoría de estas infecciones se debe a Estafilococos Aureos, estafilococo coagulasa negativa y estreptococos.

Seroma de la herida

Una de las complicaciones más benignas pero molestas tras una intervención quirúrgica es el desarrollo de un Seroma. Un Seroma es la acumulación de grasa líquida, suero y líquido linfático, y más o menos viscoso. Se localiza en la capa subcutánea justo por debajo de la dermis. Los seromas son más probables cuando se crean colgajos cutáneos amplios en el transversario, en la operación como sucede a menudo en el transversario. La etiología de los seromas es incierta, pero puede estar relacionado con la licuefacción de la grasa en la capa subcutánea, así como el drenaje linfático.

Hematoma

Un hematoma es una acumulación anormal de sangre, habitualmente de la capa subcutánea de una incisión reciente. Los hematomas son más preocupantes que los seromas por el riesgo de infección secundaria. La hemorragia en la capa afectada tras el cierre de la piel provoca un hematoma. La razón de la hemostasia inadecuada suele ser múltiple. Una hemostasia inadecuada en el momento del cierre de la herida puede ocasionar un hematoma. De forma similar la manipulación basta de los tejidos durante el cierre puede predisponer a la formación de hematomas. Por último una Coagulopatía puede provocar hematomas postoperatorios en pacientes con agotamiento de los factores de coagulación tras una intervención.

Dehiscencia de la herida

La dehiscencia de la herida es una de las complicaciones más temidas por los cirujanos. El término dehiscencia adquiere mayor importancia en los pacientes con una incisión abdominal de espesor completo. Por definición la dehiscencia es la separación de las capas faciales al comienzo del periodo operatorio, un hecho que debe precisar una actuación urgente. La dehiscencia es muy preocupante por la posibilidad de evisceración

La etiología de la dehiscencia suele estar relacionada con errores técnicos, como colocar las suturas muy cercanas al borde, demasiado separadas o con demasiada tensión. La dehiscencia de la herida se produce en el 2% aproximadamente de los pacientes producidos de los pacientes sometidos a intervención. Algunas complicaciones locales de la herida como hematomas o seromas y las infecciones pueden influir también en la dehiscencia localizada.

Factores relacionados con dehiscencia de la herida

Error técnico infección intraabdominal
Malnutrición
Edad avanzada
Uso crónico de corticoides
Complicación de la herida (hematoma, infección, tención)
Enfermedad subyacente (diabetes, insuficiencia renal, cáncer, inmunodeficiencia, quimioterapia, radioterapia)
Aumento de presión intraabdominal (ascitis, dilatación intestinal, tos estreñimiento, vómitos)

Factores de riesgo de infección posoperatoria de la herida

Paciente	Operación
Edad avanzada	Preparación preoperatoria inadecuada
Malnutrición	Duración de la operación (larga)
Diabetes	No profilaxis antibiótica cuando esta indicada.
Obesidad mórbida	Contaminación del instrumental
inmunosupresión	Incumplimiento de la técnica de asepsia
Infección remota coexistente	Cuerpo extraño en la herida
Colonización bacteriana	Tejido isquémico y desvitalizado
Tabaco	

CUIDADO POSOPERATORIO

Varios estudios de los últimos años han demostrado que la alimentación precoz después de una cirugía es segura y, en realidad facilita el alta temprana.

Después de una histerectomía vaginal las pacientes reciben dieta general de inmediato tan pronto como desaparecen las náuseas pos anestésicas. En muchas ocasiones las pacientes son capaces de tolerar sólidas después de una histerectomía abdominal durante el primer día posoperatorio. Sin embargo, el cirujano debe de tener en cuenta la magnitud de la resección y el traumatismo intestinal generados durante el tratamiento quirúrgico y ser conservador con las indicaciones de dieta si se anticipa un íleo posoperatorio.

La duración de la internación posoperatoria ha disminuido en forma notable durante los últimos 20 años. Si bien las mujeres solían permanecer en el hospital de 7 a 10 días después de una histerectomía por vía abdominal, en actualidad se les da de alta a los 3 o 4 días.

Tras la histerectomía vaginal la internación dura de 3 a 4 días, Stovall y col. Han demostrado que es posible que las pacientes sean externadas luego de 24 horas, lo que requiere una mejor educación de la paciente y un ambiente hogareño adecuado donde la paciente pueda recuperarse con comodidad y seguridad.

El cirujano debe de evaluar a las pacientes con atención antes de su alta, y resistirse a la administración del hospital cuando la paciente indica que no debe ser externada tempranamente. Se debe de enseñar a la paciente y familiares los elementos del cuidado posoperatorio.

DISEÑO METODOLÓGICO.

1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal

2. Lugar de estudio

El área de estudio es la ciudad de Managua, en el Hospital Alemán Nicaragüense” en el servicio de ginecoobstetricia en el periodo comprendido de enero 2016 a diciembre del año 2017.

3. Universo

El universo está constituido por las pacientes que reingresaron al servicio de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense de enero 2016 a diciembre del año 2017.

4. Muestra

La muestra será por conveniencia, constituida por 91 pacientes postquirúrgicas de ginecoobstetricia que reingresaron al Hospital Alemán Nicaragüense de enero 2016 a diciembre del año 2017.

5. Criterios de inclusión

Pacientes postquirúrgicas de Cesárea.
Pacientes postquirúrgicas de cirugía ginecológica mayor con abordaje abdominal y vaginal.
Pacientes que fueron egresadas sanas de su primera intervención.
Pacientes cuyo procedimiento se realizó en el hospital Alemán Nicaragüense.
Procedimientos limpios o limpios contaminado.
Reingresos por complicaciones propias de la cirugía.
Pacientes reingresadas dentro del sistema de registro estadístico.

Criterios de exclusión.

Pacientes que se les atendieron partos vaginales.
Pacientes que se les realizo cirugías ginecológicas menores.
Pacientes que se les realizo primer procedimiento quirúrgico en otro Hospital
Procedimientos quirúrgicos contaminados.
Reingresos por complicaciones que no tienen que ver con la cirugía perse.

Técnicas y procedimientos

Para obtener la información se procederá a realizar las siguientes actividades:

1. Solicitar permiso a las autoridades competentes para la realización del estudio
2. Elaborado de instrumentos de recolección de información
3. Validación de los instrumentos
4. Revisión de expediente clínico y recolección de información
5. Análisis de los resultados.

Fuente de información

La información se obtendrá de fuente secundaria por medio de la revisión del expediente clínico.

Instrumento de recolección de la información

La información se obtendrá por medio de un instrumento que integro las variables con las que cumplieron los objetivos del estudio.

Plan de tabulación

Una vez recolectada la información, esta será procederá en una base de datos SPSS 19 y posteriormente se analizará con frecuencia y porcentaje.

Variables en estudio según objetivos específicos

Variables sociodemográficas

1. Edad
2. Escolaridad
3. Procedencia rural o urbana

Variables patológicas

1. Diabetes
2. Infecciones preexistentes
3. Obesidad
4. Desnutrición
5. Otras

Ambiente del acto quirúrgico

1. Duración del acto quirúrgico
2. Insectos en el ambiente quirúrgico
3. Climatización
4. Administración de profilaxis antibiótico

Factores trans-quirurgicos

1. Complicaciones trans-quirurgicos
2. Accidentes en el trans-quirurgicos

Condiciones de egreso de las pacientes.

1. Egreso precoz
2. Egreso tardío

Antecedentes de cirugías previas:

1 cirugía

2 cirugías

3 cirugías

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA
Edad	Tiempo de vida de las pacientes en estudio determinada en años	Años	15 -20 21-30 31-40 41-50 50 a mas
Escolaridad	Nivel académico Alcanzado	Total de mujeres con algún grado académico	Primaria Secundaria Técnico superior Universitaria
Procedencia	Área geográfica donde habita la paciente	% de mujeres procedentes de zona rural y/o urbana	Rural Urbano
Antecedentes personales patológicos	Patologías crónicas que padece la paciente y que amerita tratamiento permanente para su control.	% e mujeres con alguna enfermedad asociada.	Diabetes Hipertensión arterial Flujo vaginal Infección de vías urinarias Obesidad otras
Duración del acto quirúrgico	Tiempo que dura la cirugía desde la incisión en piel hasta el cierre de la misma	Horas	menor de 1 hora 1 hora 2 horas 3 horas Más de tres horas
Vectores en el ambiente quirúrgico	Presencia de insectos en el quirófano donde se realiza la intervención	% de cirugías donde se observaron vectores.	Si No
Climatización	Presencia de aire acondicionado funcionando adecuadamente en el quirófano donde se realiza la cirugía	% de cirugías que fueron climatizadas	Si No
Profilaxis antibiótica	Administración de antibiótico profiláctico durante la cirugía	% de mujeres que recibieron antibiótico profiláctico	Si No

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA
<i>Complicaciones trans-quirúrgicas</i>	Eventos adversos que ocurren en el acto quirúrgico.	% de mujeres que presentaron complicaciones quirúrgicas.	Hemorragia Lesión vesical Lesión intestinal Otros.
<i>Accidentes en el trans-quirúrgicos</i>	Eventos que contaminan el campo operatorio.	% de intervenciones adversas durante el acto quirúrgico.	Rotura accidental de guante Otro personal que intervino en el acto quirúrgico de forma rápida.
<i>Condiciones de egreso de la paciente</i>	Tiempo transcurrido desde la cirugía hasta su egreso; precoz menor a las 48 horas en las pacientes obstétricas y menor de 3 días con las histerectomizadas, tardío: superior a este tiempo.	% de mujeres que se egresaron tardía y/o precozmente después de la cirugía	Egreso precoz Egreso tardío
<i>Cirugías previas realizadas.</i>	Antecedente de procedimientos quirúrgicos previamente realizados	Frecuencia de cirugías realizadas.	1 cirugía 2 cirugías 3 cirugías
<i>Tipo de cirugía realizada</i>	Acto quirúrgico al cual se sometió un individuo.	% de cirugías obstétricas y ginecológicas.	Cesárea Histerectomía LAE Colporrafia
<i>Elección de la cirugía</i>	Determinación del momento en que se realiza la cirugía en dependencia del grado de urgencia	% de cirugías de emergencia y programadas.	Cirugía de emergencia Cirugía Programada

Resultados

1. La edad de las pacientes que reingresaron al servicio de ginecología en el periodo en estudio fue en su mayoría las que se encontraban en los rangos de edades de 20 a 34 años (45%), seguida de las de 35 a 49 años (26%). (Grafico N° 1)
2. La escolaridad de las pacientes que reingresaron al servicio de ginecología fueron en un 45% las que se encontraban en primaria, seguido de las que se encontraban en la secundaria con un 39%.(grafico N°2)
3. Se encontró que en el año 2016 hubo mayores reingresos de pacientes post quirúrgicas con un 63% y en el año 2017 un 37%. (grafico N°3)
4. Las pacientes que reingresaron en el periodo de estudio procedían en su mayoría del área urbana en un 83%, seguido de las que procedían del área rural con un 17%(grafico N°4)
5. Las pacientes que reingresaron en el periodo estudiado presentaban como antecedente patológico obesidad en un 43%, seguido de un 30% de las cuales no tenían ninguna patología asociada.(grafico N°5)
6. El tiempo de duración del acto quirúrgico de las pacientes que reingresaron fue menor de 1 hora con un 52%, seguido de un 28% en la que duraron 1 hora y un 20% su tiempo de duración fue de 2 horas.(grafico N°6)
7. El ambiente donde se desarrolló el acto quirúrgico se caracterizó por contar con Climatización (100%), y sin presencia de insectos en el campo (99%).(grafico N°7, Tabla N°8)
8. En el 100% de los casos estudiados se le administro profilaxis antibiótica.(Tabla N° 9)
9. En el año 2016 las complicaciones trans-quirurgicas que se presentaron fueron las hemorragias en un 5.5%, seguido de las lesiones intestinales en un 3.5%.
En el año 2017 se las principales complicaciones que se presentaron fueron las hemorragias con un 6%, seguidos de las lesiones intestinales con un 3%.(tabla n°10)
10. Los accidentes trans-quirurgicos que se presentaron en el año 2016 y 2017 fueron aquellos donde otro personal intervino en el acto quirúrgico en un 8.7% y 8.8% respectivamente.(grafico N°11)

11. El tipo de egreso de las pacientes en estudio tanto en el año 2016 y en el año 2017 fue un egreso precoz en un 61% y 67% respectivamente. (tabla 12)
12. Las pacientes que reingresaron en el periodo en estudio presentaban con antecedente quirúrgico la realización de 1 cirugía previa en un 46%, y en un 42% no tenían cirugías previas. (Grafico 13)
13. Las principales complicaciones que se presentaron posterior a la cirugía en el año 2016 fueron la dehiscencia de la herida quirúrgica con un 41%, seguidas de los ceromas de la herida quirúrgica con un 25%, al igual que en el año 2017 la dehiscencia de la heridas quirúrgicas fue la causa principal la cual se presentó en un 50%, seguida de los ceromas de las heridas quirúrgicas en un 24%. (Tabla N°14)
14. El tiempo de estancia intrahospitalaria e las pacientes que reingresaron fueron de 5 días en un 37%, seguida de las que permanecieron más de 6 día en un 33%, y en un 20% las pacientes que estuvieron ingresadas por 3 días. (grafico N°15)
15. Las cirugías más realizadas en el año 2016 fueron la cesáreas con un 58%, seguidos de las histerectomías con un 38%, así pues para el año 2017 las cesáreas en un 62% fue la cirugía que más se realizó, seguido de las histerectomías. (tabla n°16)
16. La elección de la cirugía realizada en las pacientes que reingresaron en el año 2016 fueron en gran parte las fueron las que se realizaron de emergencia con un 66%, seguidos de las que se programaron con un 34%, al igual que en el año 2017 las cirugías de emergencia se realizaron en un 85% y las programadas 15%. (tabla N°17)

Análisis de los resultados.

1. Las pacientes postquirúrgicas que reingresaron al servicio de Ginecología son las que se encuentran entre los 20 a 34 años, de procedencia urbana y escolaridad primaria son mujeres en el rango de edades en la que la flora bacteriana de la vagina es más compleja y con vida sexual activa, lo que las predispone a adquirir infecciones en el tracto genital; aunado al hecho, que por su nivel sociocultural muy bajo las predispone a higiene genital y de la herida quirúrgica deficiente, lo que incrementa el riesgo de complicaciones del sitio quirúrgico.
2. Los antecedentes patológicos personales de las pacientes fue la Obesidad un factor de riesgo importante en la aparición de complicaciones al momento de realizar un procedimiento quirúrgico.
3. El ambiente donde se desarrolló el acto quirúrgico se caracterizó por contar con Climatización, y sin presencia de insectos en el campo quirúrgico, se debe considerar que sala de operaciones debe ser un lugar hermético, que debe disponer de un sistema de aire que garantice una climatización óptima las 24 horas del día en todo tipo de procedimiento y que además asegure la imposibilidad de circulación de insectos.
4. Dentro de los factores influyentes durante el acto quirúrgico, el tipo de cirugía es obstétrica, lo cual está en correspondencia con la mayor demanda de las usuarias del servicio, que es por la atención del embarazo; la duración de los procedimientos es de menos de 1 hora, lo que está en relación con el tipo de cirugía, no obstante hay un porcentaje significativo de histerectomías que duraron mucho más de lo estipulado en la literatura (más de 3 horas) lo que provoca mayor exposición de los tejidos a la infección, se utilizó Profilaxis Antibiótica en el 100% de las pacientes, como lo describe el Comité de Infecciones HUSD en la Guía de Profilaxis Antibiótica 2007; la hemorragia y la lesión intestinal se destacan como las complicaciones quirúrgicas más frecuentes.
5. Las causas de reingreso son las Dehiscencia de Herida Quirúrgica, la cual nos indicó que independientemente de la causa primaria, la mayoría de las pacientes presentaron factores asociados que conllevaron a la afectación del patrón normal de cicatrización; en buenas condiciones generales de salud, toda herida debe cicatrizar, existen factores que en ocasiones modifican o dificultan este proceso: la edad,

estado nutricional, peso, deshidratación, aporte sanguíneo inadecuado, respuesta inmunológica, en el grupo hay pacientes Diabéticas y Obesas que probablemente es el factor que contribuyó a sepsis y dehiscencia, enfermedades crónicas, a considerarse en preoperatorio, transoperatorios o postoperatorio.

6. La condición de egreso de las pacientes fue precoz (85%) después de la primera cirugía, la condición de egreso fue un factor que poco influyo en los reingresos ya que según medicina basada en la evidencia es recomendable el egreso precoz en las pacientes incluso aquellas que se les realiza una cirugía mayor, para una mejor recuperación postquirúrgica, pero el alta precoz debe de ir acompañada por la evaluación de los factores ambientales a los que va a regresar la paciente operada los cuales la mayoría de las veces se desconocen, dada la influencia de este centro probablemente las pacientes son de condiciones económicas bajas y por ende con higiene probablemente deficiente, con alimentación y cuidado deficiente, que pueden ser los factores que las primeras causas de reingresos sean las infecciones.
7. En relación del diagnóstico de reingreso , mostro que la Dehiscencia de herida quirúrgica seguidas por los seromas, Absceso de la herida quirúrgica, abscesos de la cúpula vaginal, Celulitis de la herida de la misma; lo que se debió probablemente a una inadecuada hemostasia del tejido celular subcutáneo, la sutura o afrontacion de bordes inadecuada, dosis suboptima de antibiótico profiláctico, con antecedentes que se asocian como factores asociados importantes, como lo son la obesidad y la diabetes, así como las infecciones del tracto reproductor femenino (cervicovaginitis) que debieron ser tomados en cuenta por el cirujano al momento de programar la cirugía; la combinación en cadena de todos los factores detectados dan como resultado final una complicación postquirúrgica que ocasiona el reingreso de paciente nuevamente a la unidad hospitalaria. Creando una cadena de eventos tanto personales e institucionales que terminan en desacuerdos sociales, familiares y del personal que labora en la institución.
8. Las pacientes que reingresaron presentaban como antecedente quirúrgico la realización de 1 cirugía previa en la gran mayoría de los casos, lo que se debe de tomar siempre en cuenta dado que son pacientes que presentan en su mayoría adherencias, lo que ocasiona mayor tiempo quirúrgico, la intervención de otro personal y por ende mayor riesgo de complicaciones post operatoria.

CONCLUSIONES.

Las pacientes que reingresaron tenían una edad en su mayoría menor de 40 años, un nivel de escolaridad primaria y una procedencia urbana.

Los antecedentes patológicos más relacionados a los reingresos de pacientes post quirúrgicas fueron la Diabetes mellitus y la obesidad.

El ambiente quirúrgico en el que se realizaron las intervenciones quirúrgicas de pacientes que reingresaron, se caracterizó por presentar buena climatización, mínima incidencia de complicaciones y de eventos contaminantes, predominando las cirugías limpias contaminadas realizadas de urgencia.

Las complicaciones quirúrgicas más asociadas a pacientes postquirúrgicas que reingresaron fueron la hemorragia y las cirugías laboriosas, las cuales condicionaron un estado de anemia y un tiempo quirúrgico prolongado

El motivo o causa de reingreso principal es la Dehiscencia de herida quirúrgica.

El tipo de egreso de las pacientes obstétricas es por altas, las que fueron dadas de forma precoz; mientras que para las pacientes ginecológicas el egreso es de forma tardía; siendo egresadas con antibioticoterapia ambulatoria.

El alta precoz predominó en las pacientes postquirúrgicas de cirugías obstétricas durante su primer ingreso y tardía en las pacientes postquirúrgicas de cirugías ginecológicas, teniendo ambos grupos factores de riesgos para infección.

Más del 50% las pacientes postquirúrgicas que reingresan, tienen una estancia hospitalaria prolongada.

RECOMENDACIONES

En el Servicio de ginecología deben:

1. Realizar una adecuada selección de la paciente que será sometida a un procedimiento quirúrgico al momento de ser programada.
2. Realizar un manejo multidisciplinario de pacientes obesas y diabéticas que serán sometidas a cirugía, hasta lograr un adecuado control metabólico, por lo menos un mes antes de la cirugía.
3. Normar la Valoración adecuadamente del egreso de las pacientes, tomando en cuenta los eventos presentes en el preoperatorio, transoperatorios y postoperatorio de manera individualizada

En el Hospital Alemán Nicaragüense.

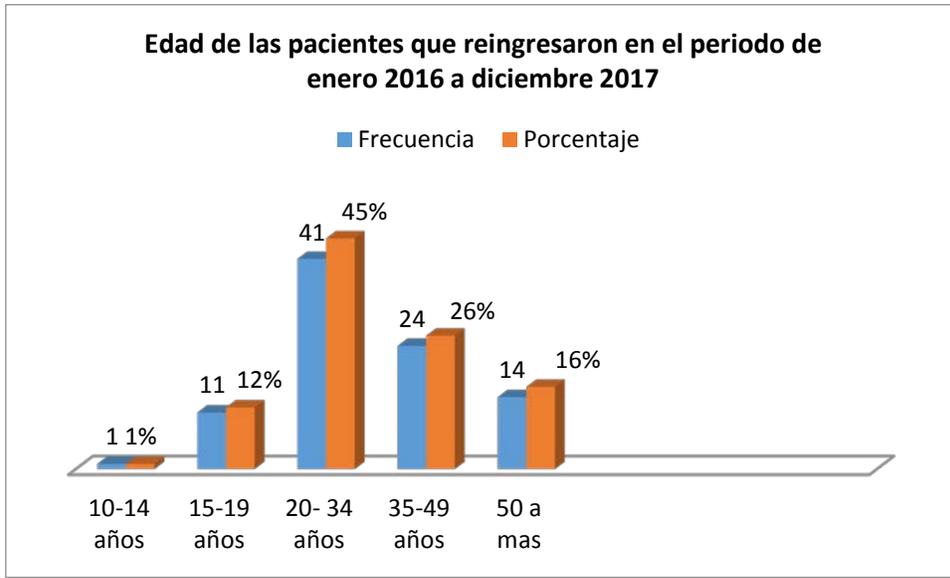
1. Las autoridades de la unidad deben dar seguimiento al cumplimiento del indicador de calidad de reingresos hospitalarios.
2. El Departamento de Estadística debe implementar un sistema de registro de pacientes que reingresan luego de complicaciones postquirúrgicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Andújar L. Balmonte. Infecciones nosocomiales en Cirugía Ginecológica. 31 Congreso Nacional Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO. Mayo 2011.
2. Brunicki F. Charles, Schwartz. Principios de Cirugía. Octava edición, Cap. V Infecciones Quirúrgicas pág. 109-127, Cap. VIII Cicatrización de Heridas pág. 223-228. Volumen 1, Mc Graw Hill.
3. Castellón Vela Ignacio T, Cirugía de la incontinencia urinaria femenina en régimen de cirugía mayor ambulatorio. Arsh. Esp. Urol. GO, 3(267-272) 2007.
4. Guedea Elia. Complicaciones Generales postquirúrgicas en CMA. VII Reunión de CMA. Barcelona, 15-17 Nov. 2007.
5. Laplume Héctor E. y Col, Documento Consenso, VIII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología-SAID-2009.
6. HFVP. Normas de manejo de quirófano del Hospital Fernando Velez Paíz, 1996.
7. Sabiston, Tratado de Cirugía, Fundamentos Biológicos de la práctica Quirúrgica moderna, Vol. I, 17 edición, Cap. 7, Metabolismo en pacientes quirúrgicos, y Cap. 14, Complicaciones Quirúrgicas, Editorial EL SEVIER, MADRID ESPAÑA.
8. Sociedad ecuatoriana de cirugías de Guayas. La herida quirúrgica y los tipos de herida. Artículos de cirugías. Libros eng.
9. Sánchez Fernández Patricio. Factores de riesgo para dehiscencia de herida quirúrgica, Cir-Ciuj:198-203
10. Te Linde Ginecología Quirúrgica/John A. Rock y Howard W. Jones III, 9ª Edición, Tomo 1 Cap. 6 Cuidados Preoperatorios, Cap. 9, infecciones postoperatoria: Prevención y Manejo, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 2006

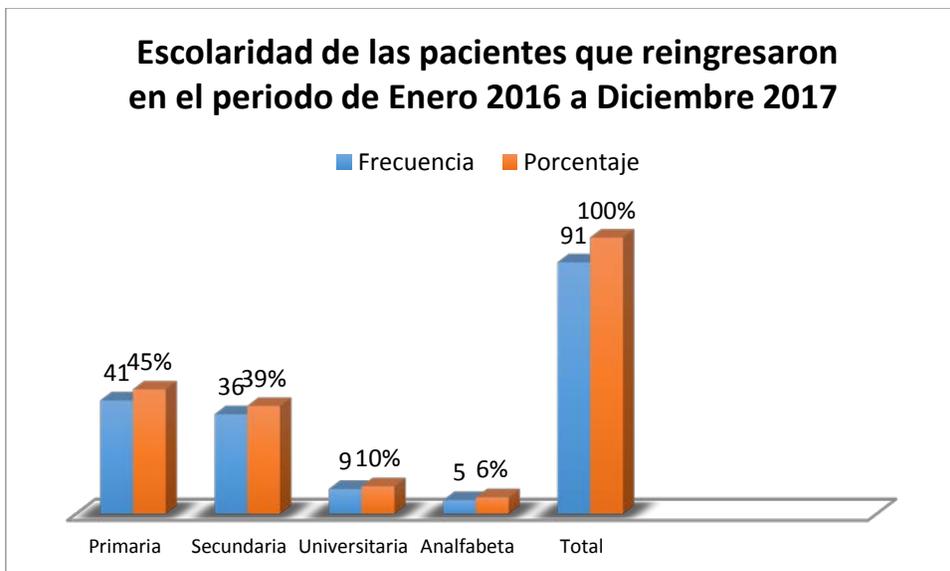
ANEXOS

Grafico N°1



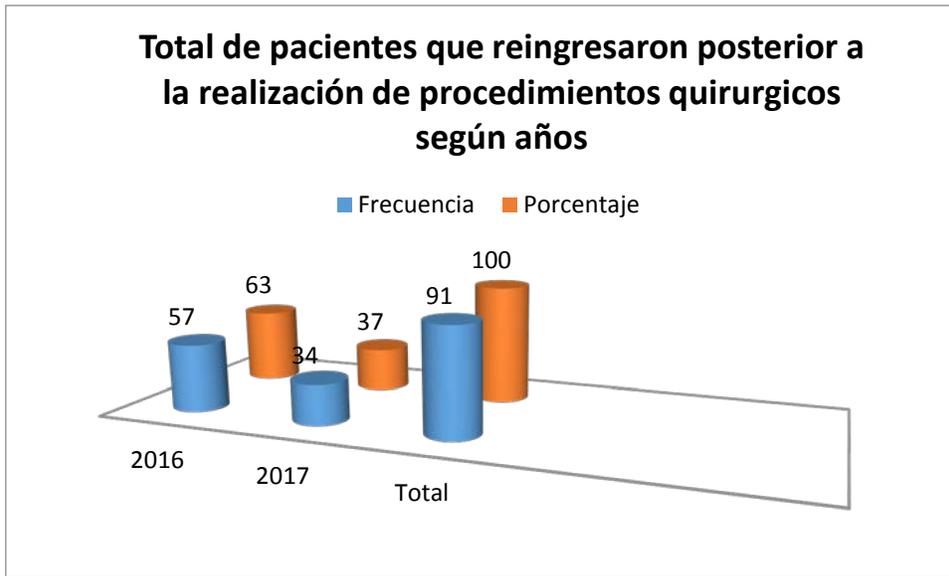
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Grafico N° 2



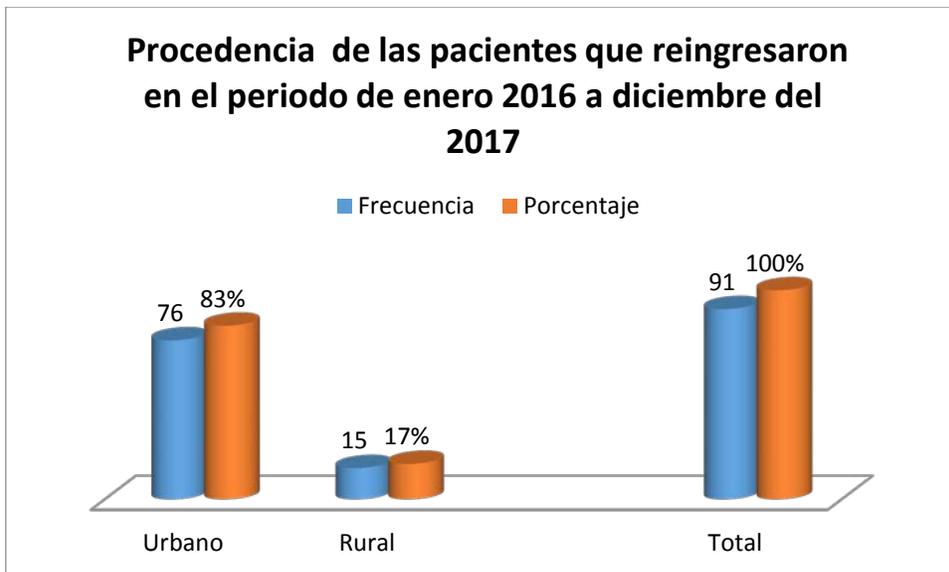
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Grafico 3



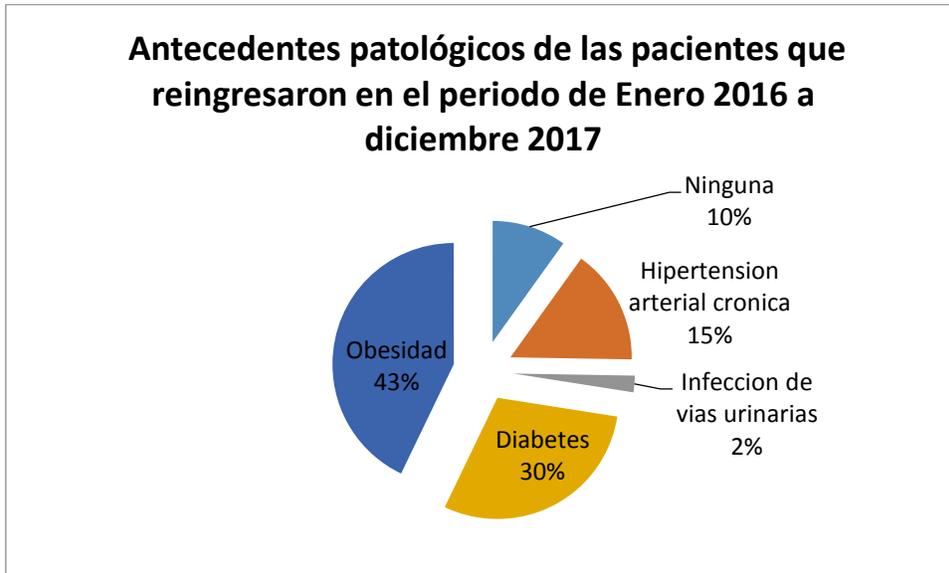
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Grafico N° 4



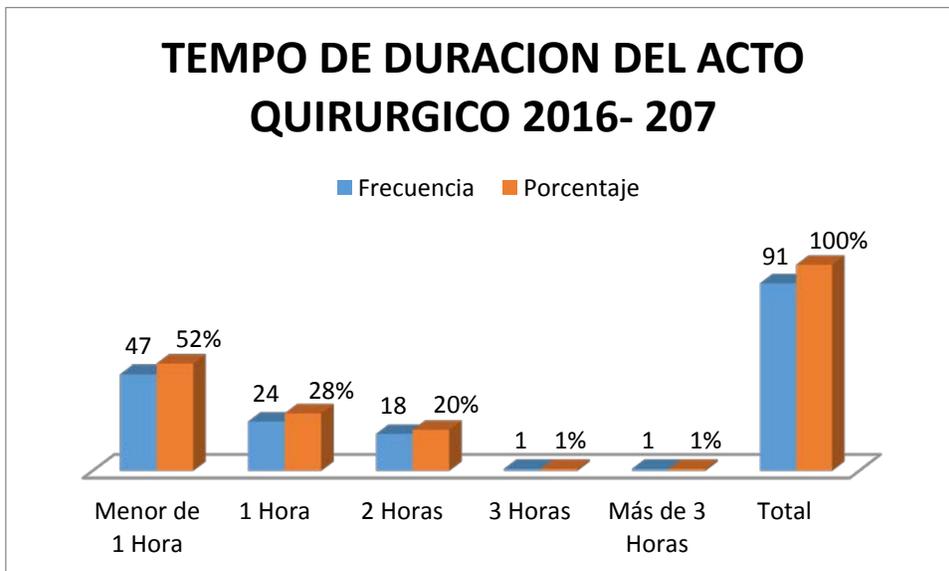
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Grafico N° 5



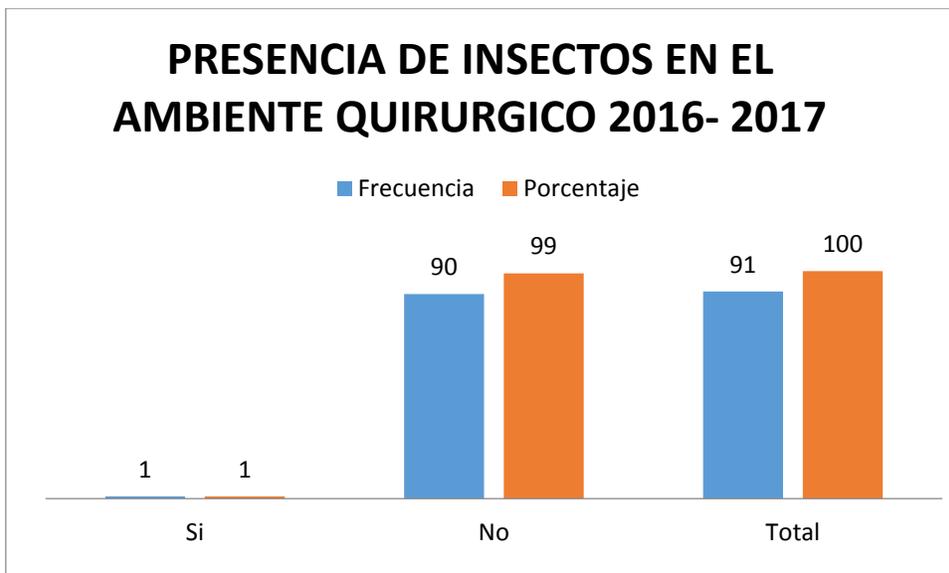
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Grafico N° 6



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Grafico N° 7



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Tabla N° 8 Climatización del quirófano al momento de realizar la cirugía, de las pacientes que reingresaron en el periodo de Enero 2016 al Diciembre del 2017.

CLIMATIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
SI	91	100	100
NO	0	0	0
TOTAL	91	100	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Tabla N° 9 Uso de profilaxis antibiótica de las pacientes que reingresaron en el periodo de Enero 2016 a Diciembre 2017.

PROFILAXIS ANTIBIOTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
SI	91	100	100
NO	0	0	0
TOTAL	91	100	100

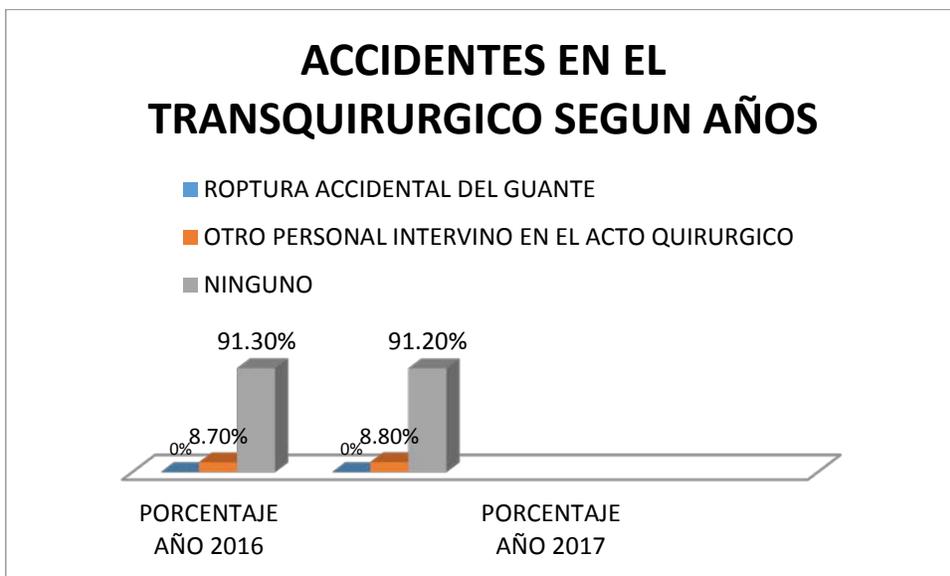
NTE: EXPEDIENTE CLINICO

Tabla N° 10 Eventos transquirurgicos en las pacientes que reingresaron en el periodo de Enero 2016 a Diciembre 2017

COMPLICACIONES DURANTE TRANSQUIRURGICO	FRECUENCIA EL AÑO 2016	PORCENTAJE AÑO 2016	FRECUENCIA AÑO 2017	PORCENTAJE AÑO 2017
HEMORRAGIA	3	5.5%	2	6%
LESION INTESTINAL	2	3.5%	1	3%
LESION VESICAL	0	0%	0	0%
OTRAS	0	0%	0	0%
NINGUNA	52	91%	31	91%

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Grafico N° 11



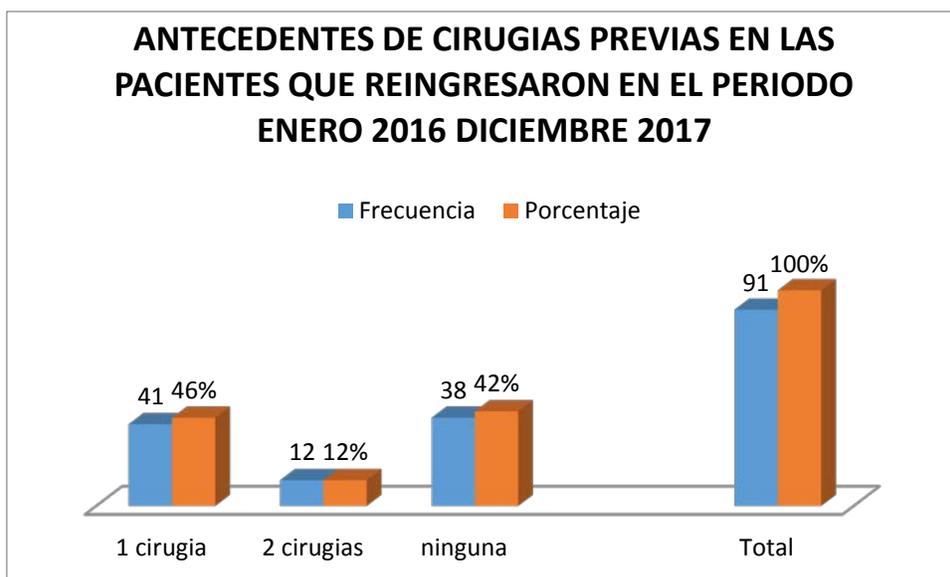
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Tabla N° 12 Tipo de egreso de la primera cirugía de las paciente que reingresaron en el periodo de Enero 2016 a Diciembre 2017

TIPO DE EGRESOS DE LAS PACIENTE	FRECUENCIA AÑO 2016	PORCENTAJE AÑO 2016	FRECUENCIA AÑO 2017	PORCENTAJE AÑO 2017
EGRESO PRECOZ	35	61%	23	67%
EGRESO TARDIO	22	39%	11	33%
TOTAL	57	100%	34	100%

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Grafico N° 13



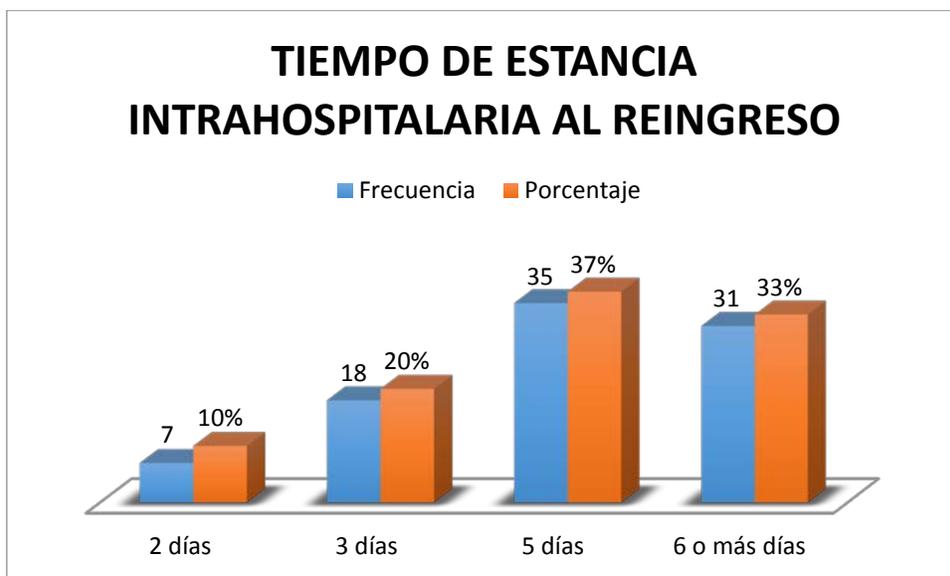
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Tabla N° 14 Complicaciones posterior a la cirugía que presentaron las pacientes que reingresaron en el periodo de Enero 2016 a Diciembre 2017.

COMPLICACIONES POSTERIOR A LA CIRUGIA	FECUENCA AÑO 2016	PORCENTAJE AÑO 2016	FRECUCENCIA AÑO 2017	PORCENTAJE AÑO 2017
DEHICENCIA DE LA HERIDA QUIRURGICA	23	41%	17	50%
ABSCESO DE LA HERIDA QUIRUGICA	9	15%	3	9%
ABSCESO DE LA CUPULA VAGINAL	8	14%	4	11%
CELULITIS DE LA HERIDA QUIRURGICA	3	5%	2	6
CEROMA DE LA HERIDA QUIRUGICA	14	25%	8	24%
TOTAL DE CASOS	57	100%	34	100%

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Grafico N° 15



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Tabla N° 16. Tipo de cirugía realizada a las pacientes que reingresaron en periodo de enero 2016 a diciembre 2017.

TIPO DE CIRUGIA REALIZADA	FRECUENCIA AÑO 2016	PORCENTAJE AÑO 2016	FRECUENCIA AÑO 2107	PORCENTAJE AÑO 2017
CESAREA	33	58%	21	62%
HISTERECTOMIA	22	38%	12	35%
LAE	1	2%	1	3%
COLPORRAFIA	1	2%	0	0%
TOTAL	57	100%	34	100%

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Tabla N° 17 Elección de las cirugías realizadas en las pacientes que reingresaron en el periodo comprendido Enero 2016 a Diciembre 2017.

ELECCION DE LA CIRUGIA	FRECUENCIA AÑO 2016	PORCENTAJE AÑO 2016	FRECUENCIA AÑO 2017	PORCENTAJE AÑO 2017
CIRUGIA DE EMERGENCIA	38	66%	29	85%
CIRUGIA PROGRAMADA	19	34%	5	15%
TOTAL	57	100%	34	100%

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO