



CLÍNICA

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

PREVALENCE OF SURGICAL WOUND INFECTION IN GYNECOLOGICAL PATIENT TEN TO TWENTY DAYS AFTER THE OPERATION OF LAPAROTOMY AND PATIENT EARLY CHECK OUT

*Alarcón Barcos, F., De Gracia Gutiérrez, M., López Hurtado, B., Moreno Torronteras, C., Goñi Orellana, C., Corrales Mayoral, MT., **Rodríguez Borrego, MA., ***Muñoz Gomariz, E.

*Enfermeras. **Unidad Investigación e Innovación de Cuidados. ***Unidad Metodología de la Investigación. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Palabras clave: Herida, quirúrgica, abdominal, laparotomía, ginecológica, infección.

Keywords: Wound, Surgical, Abdominal, Laparotomy, Gynecological, Infection

RESUMEN

Estudio longitudinal (2 observaciones) en 109 pacientes ginecológicas intervenidas por laparotomía y con alta precoz y que habían recibido formación para el autocuidado 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 autocuidado.

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 las curas y en las consecuencias de la intervención de varias manos en la cura de la herida.

ABSTRACT

Longitudinal study (two observations) in 109 gynecological patients that underwent laparotomy surgery and patient early check out and that had received training for self-care at check out. With the objective of knowing the prevalence of surgical wound infection ten or twenty days after the operation and to identify the impact of education for self-care.

The procedure for information collection consisted of two semistructured interviews, carried out via telephone, where among other questions they were asked about the characteristics of the wound, the person and the place where the cure was received. The prevalence of the infection was found in 10 % of

the patients after ten days and in 5 % after twenty days. The relationship between the variable of the infection, person and where curing took place, make us put special emphasis in valuing the conditions of treatment, and the consequences of multi-personal involvement.

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y estado actual del tema.

En la planta 5ª del Hospital Maternal Reina Sofía de Córdoba, en el proceso de atención a la paciente ginecológica, a la que se le ha practicado una laparotomía, está propuesto el alta precoz a los tres o cuatro días de la intervención quirúrgica, suponiendo un cambio en las practicas habituales que consistían en tener ingresada a la persona hasta la retirada de los puntos, que solía ser 8 días, aspecto este que favorecía un seguimiento de la herida quirúrgica por el personal sanitario, médico y enfermera.

A su vez hay establecido un protocolo de cuidado a la herida quirúrgica por laparotomía en paciente ginecológica, siguiendo las directrices del servicio de Medicina Preventiva del centro asistencial, en el que está claramente especificado el procedimiento y el antiséptico a utilizar, consistente en:

1. Enfermera:
 - Lavado de manos (1)
 - Uso de material de cura estéril
 - Toque de Povidona Iodada o Clorhexidina en la herida

2. Paciente:
 - Lavado de manos
 - Ducha (2)
 - Uso de bragas de algodón.

Hay que señalar que durante el ingreso de estas pacientes, entre tres y cuatro días, la herida es curada por dos enfermeras hasta un total de cuatro curas, y revisada, que no manipulada, por el médico correspondiente.

Dada esta situación de alta precoz, se estableció un plan de formación en autocuidado al alta precoz para este tipo de pacientes, formación que recibe tanto la afectada como el cuidador principal, si lo hubiera, y que como el protocolo de cura antes mencionado, se realiza a todas las pacientes; desarrollándose de la siguiente manera:

1º día postoperatorio: cura de herida según pauta por la enfermera correspondiente,

2º día postoperatorio: cura de herida por la enfermera e información a la paciente respecto al procedimiento, haciendo especial hincapié en el lavado de manos, en la manipulación aséptica de la herida y en la importancia de seguir normas básicas de higiene como es la ducha diaria con el consiguiente lavado de la herida (2).

3º día de postoperatorio: cura de la herida por la paciente o el cuidador principal bajo supervisión de la enfermera correspondiente, repasando los aspectos mencionados el día anterior. Ese mismo tercer día o el siguiente, cuarto, la mujer se va de alta.

La retirada de puntos se prevé para los 8 días de la intervención quirúrgica en el centro de salud correspondiente y por la enfermera de referencia de la usuaria del sistema.

Debido a este cambio en la pauta habitual de seguimiento de las pacientes, las enfermeras de la unidad se muestran especialmente interesadas por conocer la evolución de las heridas quirúrgicas a la vez que se preguntan si la educación para la salud, en el cuidado de la herida, que ofrecen, resulta efectiva, iniciando un estudio que condujera a la respuesta de las siguientes preguntas:

1. ¿Qué prevalencia de infección hay en heridas quirúrgicas abdominales ginecológicas a los diez y veinte días de la intervención?
2. ¿La educación para el autocuidado, realizada por el personal de enfermería de la unidad de hospitalización, al alta de la paciente ginecológica, incide en la ausencia de infección en las heridas quirúrgicas abdominales ginecológicas?

La investigación se mostraba especialmente pertinente desde diversas perspectivas:

- a) como criterio de evaluación de la calidad de la asistencia prestada.
- b) como criterio de evaluación de la influencia del autocuidado en la evolución de una herida quirúrgica.
- c) como observatorio que mostrara líneas de intervención en busca de la mejora, bien desde el punto de vista de la asistencia hospitalaria como de las actividades de autocuidado en domicilio.

Trabajando con la Hipótesis de que la formación para el autocuidado al alta y un manejo aséptico de la herida quirúrgica incide positivamente en la ausencia de infección en la herida quirúrgica ginecológica por laparotomía. Siendo conscientes de que este aspecto de la formación al autocuidado no se puede comparar, pues todas las pacientes reciben la formación del autocuidado al alta, no permitiendo por tanto realizar un comparativo.

3. Objetivos:

1. Conocer la prevalencia de infección en heridas quirúrgicas abdominales ginecológicas a los diez y veinte días de la intervención.
2. Identificar el impacto de la educación para el autocuidado al alta en la ausencia de infección en heridas quirúrgicas abdominales ginecológicas.

METODOLOGÍA

A. Tipo de **diseño**: Estudio transversal, longitudinal (dos momentos)

B. **Sujetos** de estudio:

Población de estudio:

Mujeres con patología ginecológica sometidas a intervención quirúrgica por laparotomía.

1. Criterios de inclusión:

- Mujer con estado basal bueno, definido por no estar recibiendo otros tratamientos y / o sufrir otras patologías.
- Alta precoz a los 3 / 4 días de la intervención quirúrgica.

2. Criterios de exclusión:

Mujeres con heridas quirúrgicas por laparotomía ginecológica que presenten signos de infección, en las mismas, u otras alteraciones durante el ingreso.

C. Muestra:

Muestreo consecutivo. Todas las mujeres intervenidas en el periodo de recogida de datos que cumplieron los criterios de inclusión: laparotomía ginecológica, estado basal bueno: 109.

D. Las **variables** de estudio son:

Variables dependientes:

- Características de la herida quirúrgica abdominal ginecológica por laparotomía, signos de infección: calor, dolor y rubor.
- Temperatura > de 37 °C.

Variables independientes:

Edad de la paciente, días desde la intervención quirúrgica, alergias, profilaxis antibiótica, cobertura antibiótica, antiséptico utilizado en la cura, enfermera que realiza la entrevista, lugar donde se realizan las curas, quién hace las curas, edad de la persona que hace la cura, sexo de la persona que hace la cura, observaciones.

E. Recogida de datos:

- Periodo: 25 de abril de 2007 a 21 de febrero de 2008.
- Procedimiento para la recogida de datos:
 - Historia clínica de la paciente.
 - Dos entrevistas semiestructuradas, a los 10 y 20 días de la intervención quirúrgica, realizadas vía telefónica, intentando que fuera realizada por una misma enfermera, de las que atendieron a las pacientes durante el periodo que estas estuvieron ingresadas en el hospital.
- Instrumento de recogida de datos:

Cuestionario

Numero de identificación:

Fecha de ingreso:

Fecha de intervención quirúrgica:

Fecha del

alta:

Alergias:

Profilaxis antibiótica:

Cobertura antibiótica:

Antiséptico utilizado en la cura:

Primera llamada telefónica a los 10 días de la intervención Enfermera:

1. ¿Cómo se encuentra usted?:

2. ¿Cómo está la herida?

- Aspecto:
- Color:
- Dolor:

3. ¿Se ha tomado la temperatura?:

4. ¿Dónde se hace las curas?

- Casa
- Centro de salud
- Otros

5. ¿Quién hace las curas?

- Usted
- Marido
- Otros

6. Edad de la persona que hace la cura:

7. Sexo

8. Observaciones

Segunda llamada a los 20 días de la intervención quirúrgica Enfermera:

1. ¿Cómo se encuentra usted?,

2. ¿Cómo está la herida?

- Aspecto:
- Color:
- Dolor:

3. ¿Se ha tomado la temperatura?

4. ¿Dónde se hace las curas

- Casa
- Centro de salud
- Otros

5. ¿Quién hace las curas?

- Usted
- Marido
- Otros

6. Edad del que hace la cura:

7. Sexo del que hace la cura:

8. Observaciones:

F. Codificación

o Programa estadístico SSPS 11

- Edad de la paciente.
- Días desde la intervención quirúrgica: 10, 20
- Alergias: sí, no, elemento
- Profilaxis antibiótica: sí, no, elemento (en opción si)
- Cobertura antibiótica: sí, no, elemento.
- Antiséptico utilizado en la cura: povidona yodada, clorhexidina
- Enfermera que realiza la entrevista.
- Características de la herida: calor, dolor, rubor.
- Temperatura.
- Lugar donde se realizan las curas: casa, centro de salud, otros.
- Quién hace las curas: usted, pareja, otros.
- Edad de la persona que hace la cura.
- Sexo de la persona que hace la cura: hombre, mujer.
- Observaciones.

F. Análisis:

Descriptivo por porcentaje y pruebas de Chi-cuadrado para la relación entre la variable dependiente: signos infección y las variables independientes: lugar y persona que realiza la cura.

RESULTADOS

1. Descriptivo

1.1. A los 10 días de la intervención

Variable	Porcentaje
Edad: media 47, mínimo 27 máximo: 89 (DT 11,5)	47, 52% (N= 101)
Alergias: sí	14,8 % (IC 95%) (N= 109)
Profilaxis antibiótica: sí	95,4 % (IC 95%) (N= 109)
Cobertura antibiótica: sí	17,6 % (IC 95%) (N= 109)
Antiséptico utilizado: povidona yodada	99,9 % (N= 109)
Signos de infección: sí	10,01 % (N= 109)
o Características herida: Calor	9,1% (N= 11)
o Características herida: Dolor	18,2 % (N= 11)
o Características herida: Rubor	72,7% (N= 11)
Elevación temperatura: sí	4,5 % (N= 100)
Lugar de la cura: casa	58 % (IC 95%) (N= 100)
Lugar de la cura: centro de salud	42% (IC 95%) (N=100)
Quien hace las curas: la paciente	21,2 % (IC 95%) (N= 99)
Quien hace las curas: otra persona	21,2% (IC 95%) (N= 99)
Quien hace las curas: la pareja	13,1 % (IC 95%) (N= 99)
Quien hace las curas: enfermera	44, 4 % (IC 95%) (N= 99)

Categorización de las observaciones registradas a los 10 días de la intervención

- **Curas mixtas** tanto por el **lugar** donde se realizan: casa y centro de salud; como por las **personas** que realizan la cura: paciente, familiar directo y enfermera de referencia.
- A los 10 diez días de la intervención hay heridas que aún **continúan con los puntos**.
- **Distorsión** entre lo enseñado en la unidad de hospitalización y las sugerencias de la enfermera referente, como es el caso de que la paciente se duche o no.
- **Satisfacción** de la usuaria con las llamadas telefónicas recibidas y el interés demostrado por sus personas.

Objetivo 1:

Conocer la prevalencia de infección en heridas quirúrgicas abdominales ginecológicas a los diez y veinte días de la intervención.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos SÍ	11	10,1
NO	98	89,9
Total	109	100,0

Prevalencia de infección a los 10 días= 10,1% (IC95%= 5,4 a 16,9%)

1.2. A los 20 días de la intervención

Variable	Porcentaje
Edad: media 47, mínimo 27 máximo: 89 (DT 11,5)	47,52% (N= 101)
Alergias: si	14,8 % (IC 95%) (N= 109)
Profilaxis antibiótica: sí	95,4 % (IC 95%) (N= 109)
Cobertura antibiótica: sí	17,6 % (IC 95%) (N= 109)
Antiséptico utilizado: povidona yodada	99,9 % (N= 109)
Signos de infección: sí	5,5% (N= 109)
o Características herida: Dolor	66,66% (N = 6)
o Características herida: Rubor	33,33% (N= 6)
Lugar de la cura: casa	81,7 % (N= 82)
Lugar de la cura: centro de salud	18,3 % (N= 82)
Quién hace las curas: la paciente	55 % (IC 95%) (N= 80)
Quién hace las curas: otra persona	20 % (IC 95%) (N= 80)
Quién hace las curas: la pareja	10% (IC 95%) (N= 80)
Quién hace las curas: enfermera	15% (IC 95%) (N= 80)

Categorización de las observaciones registradas a los 20 días de la intervención

- Alguna paciente a los veinte días **aún tiene la mitad de los puntos**
- Se refuerza la formación para el autocuidado con **recomendaciones** de ducha y crema hidratante.

Objetivo 1:

Conocer la prevalencia de infección en heridas quirúrgicas abdominales ginecológicas a los diez y veinte días de la intervención.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SÍ	6	5,5
	NO	103	94,5
	Total	109	100,0

Prevalencia de infección a los 20 días= 5,5% (IC95%= 2,3 a 11,1%)

2. Relacional

2.1. Observaciones

- De las 11 personas con signos de infección a los 10 días de la intervención, tres continúan con signos de infección a los 20 días.
- A los 20 días hay tres nuevos casos con signos de infección.
- De los tres casos nuevos, a los 20 días, con signos de infección:
 - Una paciente fue curada por su enfermera en el centro de salud y las otras dos se curaban ellas mismas en casa.
 - Las dos personas que se curaban en casa tuvieron profilaxis antibiótica, la persona que era curada en el centro de salud no había tenido profilaxis.
 - Ninguna de las tres pacientes tuvo cobertura antibiótica.
 - El desinfectante utilizado en los tres casos fue Povidona Iodada.

2.2 Relación entre infección con lugar y persona que hace la cura

- De las 11 personas con signos de infección, a los 10 días, la persona que realizaba las curas era la enfermera ($p= 0,002$).
- De las 11 personas con signos de infección, a los 10 días, el lugar de la cura era el centro de salud ($p= 0,001$)
- De las 5 personas infectadas a los 20 días de la intervención, parece haber una mayor relación con la cura realizada por la enfermera ($p=0,57$).
- De las personas con signos de infección, a los 20 días, el lugar de la cura era el centro de salud ($p= 0,30$).

DISCUSIÓN

- La media de edad de las pacientes, que se sitúa en 48 años, y la distribución de frecuencia de edades nos presenta a mujeres que, a priori, y dado que uno de los criterios de inclusión era el estado basal bueno y estar libre de otras enfermedades, pueden afrontar su autocuidado, aunque curiosamente sólo en un 21,2 % son ellas las que realizan la cura de la herida.
- El dato de las alergias en cuanto a la evolución de la herida parecía ser de interés en relación a posibles alergias de contacto que pudieran enmascarar signos de infección

- de la herida quirúrgica. No obstante, sólo una persona presento alergia a metales y otra al betadine; el resto, hasta 16, que presentaban alergias, era a elementos no significativos, polen... en relación al aspecto que hemos mencionado.
- La inmensa mayoría de las pacientes (95,4%) recibieron profilaxis antibiótica, aspecto este que orienta a que la aparición de signos de infección en la herida pueda ir más en relación con una incorrecta manipulación de la herida.
 - En relación al antiséptico todas utilizaron Povidona Iodada, excepto una paciente que con alergia al mismo recibió clorhexidina.
 - En relación a la enfermera que realizaba las llamadas telefónicas de recogida de datos, finalmente fueron cuatro, y no se ha observado ninguna variedad entre ellas que dé información significativa.
 - No obstante, una de las limitaciones del estudio viene relacionada con la validez interna pues, bien en razón del instrumento diseñado para recoger los datos, bien por la persona que hizo las preguntas, hay datos que no reflejan toda la información necesaria, como es el caso de la temperatura, pues habría que haber discriminado otro posible foco de infección.
 - La prevalencia de infección a los 10 días de 10,1% coincide con los datos ofrecidos por el ministerio de Sanidad y Consumo español que da como prevalencia global de infecciones entre el 5 y 10% (3). En su valoración se han tenido en cuenta los signos: calor, dolor y rubor en la herida, descartando la temperatura al no haber discriminado que el foco fuera realmente la herida, si bien presentaron décimas en los primeros 10 días 5 personas.
 - En cuanto al lugar de la cura, si bien es cierto que predomina la casa de la paciente, también es cierto que en las observaciones se ha podido constatar que hay establecido un sistema mixto de cura, tanto de lugar, alternando casa y centro de salud, como de personas, pues hay muchos casos en que la cura la hace a días alternos la enfermera en el domicilio.
 - La representación grafica de quien hace las curas es especialmente significativa, siendo en un 44,4 % la enfermera quien la realiza, y en un 21,2% la paciente; el resto otras personas, entre las que se incluye la pareja. Llama especialmente la atención, y a su vez es un toque de atención, para valorar o revisar la formación para el autocuidado al alta que se realiza en la unidad, visto primero que la paciente no toma la rienda de su autocuidado, y que si bien la pareja sí parece intervenir en la cura también hay un porcentaje (21,2 %) de cuidadores muy variado (madres, hermanas,...). La pregunta que surge es si esos cuidadores han recibido la formación junto con la paciente antes del alta o han asumido la tarea después... y esta situación puede justificar la pauta de cura a días alternos entre casa y centro de salud o en casa a días alternos con la enfermera.
 - El dato de la edad de la persona que hace la cura estaba, en el inicio, orientado a conocer la edad del cuidador principal. La media, al igual que sucede con la paciente, se sitúa en torno a los 50. Se presenta como significativo que hay 5 personas de 70 y 71 años, que sí están realizando la cura.
 - De las observaciones registradas de lo acontecido en lo 10 días post intervención y tal y como se ha reflejado en los resultados, se destacan: curas mixtas, ya mencionado: lugar y persona. Personas con puntos a los 10 días de la intervención. Distorsión entre lo enseñado y lo realizado, en relación con la limpieza de la herida, la ducha, crema, etc. Y la satisfacción de las pacientes por el interés mostrado en las llamadas telefónicas. Aspectos estos que de nuevo inciden en la importancia de revisar la formación en el autocuidado al alta que se lleva a cabo en la unidad.
 - La prevalencia de signos de infección a los 20 días es especialmente significativa (5,5%) no tanto por el dato en sí, que de nuevo es coincidente con lo datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad (3), sino por la aparición de tres nuevos casos.

- En este periodo el lugar de la cura es la casa (81,7%), dato constatado por el hecho de ser la paciente la que realiza la cura en un 55% de los casos, aunque todavía en un 15% continúa interviniendo la enfermera.
- En las observaciones registradas de este periodo, más que significativo, es llamativo encontrar a alguna persona aún con la mitad de los puntos y de nuevo se constata la necesidad de hacer más hincapié en la formación para el autocuidado al alta, y en la necesidad de consensuar protocolos de actuación entre los dos niveles de asistencia especializada y primaria.

CONCLUSIONES

La relación entre las variables signos de infección y persona y lugar de la cura llevan a hacer hincapié en valorar las condiciones en que se realizan las curas y en las consecuencias de la intervención de varias manos en la cura de la herida.

Se puede decir que si bien no hay datos para establecer la relación existente entre la formación para el autocuidado al alta y la ausencia de infección de la herida, que era la segunda pregunta a hacerse, el estudio sí ha servido para poner en evidencia la distorsión existente entre lo enseñado en la unidad, antes del alta precoz a la paciente, y lo realizado en su casa o centro de salud, bien por propia iniciativa o bien por indicación de la enfermera de referencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios. 2005.
- 2. JBI Soluciones, técnicas y presión para la limpieza de heridas, Best Practice 10 (2) 2006
- 3. Santalla, A. *et al*; Infección de la herida quirúrgica: Prevención y tratamiento. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*. 2007; 34 (5): 189-196.
- 4. Alonso Trugillo, J. *et al*; Incidencia de infección en la herida quirúrgica en usuarios que recibieron tratamiento con antibiótico. *Desarrollo Científico Enferm*. 2003 ene-feb. 11(1):18-23
URL: <http://www.index-f.com/dce/11/11-18.php> (5 de Junio de 2007)

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia