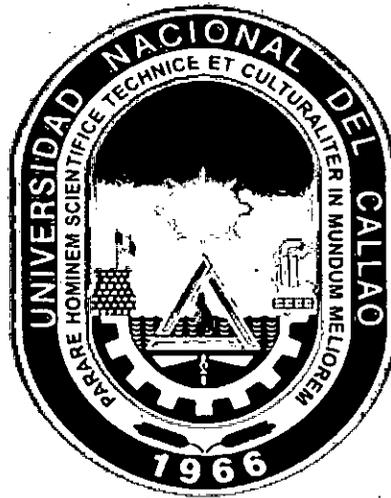


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS COMPLICACIONES
INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
DEL HOSPITAL II JORGE REÁTEGUI DELGADO PIURA 2014-2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

JANETT MICHELY DIAZ VERGARA

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENaida BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 223

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1680-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	20
2.3 Definición de Términos	29
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.1 Recolección de Datos	32
3.2 Experiencia Profesional	34
3.3 Procesos Realizados del Informe	
IV. RESULTADOS	36
V. CONCLUSIONES	39
VI. RECOMENDACIONES	40
VII. REFERENCIALES	41
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En el presente informe de experiencia profesional, tiene como objetivo dar a conocer las complicaciones intrahospitalarias postquirúrgicas ya que se considera una desviación del proceso de recuperación que se espera, después de una intervención quirúrgica, estas pueden ser inmediatas, mediatas o tardías. Entre las complicaciones más frecuentes tenemos a la dehiscencia de heridas, que es la abertura espontánea de una zona suturada de una herida quirúrgica; hematomas; seromas, acumulación de grasa líquida, suero y linfa en una área del cuerpo en donde se ha producido un traumatismo o se ha practicado una cirugía y usualmente se forma debajo de una herida quirúrgica reciente; infecciones; falla en la cicatrización; hernias y eventraciones.

En el presente informe se busca encontrar las complicaciones posquirúrgicas que se desarrollen en el servicio de Cirugía General del Hospital Jorge Reátegui Delgado en el año 2014-2016, con el fin de identificar cuáles han sido las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes en este servicio y cuales han podido ser los factores asociados a las mismas, para de esta manera se pueda determinar la incidencia de complicaciones postquirúrgicas que se dan en este servicio. La importancia para la especialidad está en identificar estas complicaciones para así poder actuar de manera oportuna y que esto no llegue a alterar la

recuperación de nuestro usuario. El presente informe consta de planteamiento del problema, descripción de la situación problemática objetivo, justificación marco teórico antecedentes, marco conceptual, definición de término experiencia profesional, recolección de datos, Experiencia profesional, procesos realizados, tema del informe, resultados, conclusiones, recomendaciones Palabra clave: incidencia, complicaciones intrahospitalarias, periodo posquirúrgica, , servicio, cirugía.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La ciencia de la epidemiología hospitalaria comenzó a desarrollarse en los últimos cinco años en Cuba, con una gran influencia en la prevención y el control de las infecciones nosocomiales, aspecto fundamentado en una vigilancia sistemática y necesaria del cumplimiento de las normas técnicas e higiénico sanitarias por un personal altamente calificado.

Cada día cobra una mayor importancia la medición de los indicadores epidemiológicos para ofrecer una calidad superior en la atención al paciente hospitalizado, de modo que cualquier hospital que exhiba un trabajo estable no debe permitir que la tasa global de infecciones intrahospitalarias en los pacientes hospitalizados exceda el 7 %.

Al comentar sobre la incidencia se hace referencia al estudio activo y dinámico de la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias que afectan a los pacientes que ingresan en nuestras unidades y se le concede mucho valor al conocimiento de sus tendencias y pronósticos para poder organizar los recursos y trazar las estrategias de las direcciones a nivel local, lo que por sí sólo garantiza el control.

Las áreas de mayor riesgo de epidemias en los hospitales son las de los cuidados especiales, servicios de urgencias y hemodiálisis, pero puede ocurrir en cualquier sitio, casi siempre asociado a un manejo inadecuado

de las líneas intravasculares y neumonías en pacientes con apoyo ventilatorio o por manejo inadecuado del equipo. Se requiere un sistema de vigilancia que funcione muy bien para detectar incrementos que pudieran pasar inadvertidos, como sería el caso de un pequeño brote de bacteriemias primarias por diversos agentes causales. Las infecciones nosocomiales de las vías urinarias representan cerca del 40 % de las infecciones adquiridas en los hospitales y los grupos de riesgo fundamentales son los ancianos internados en asilos, centros de rehabilitación y unidades de cuidados prolongados así como pacientes neurológicos con secuelas de la enfermedad.

Las bacteriemias son infecciones de gran frecuencia, su incidencia global en las últimas décadas fluctúan entre 10 y 15 episodios por cada 1000 pacientes ingresados en hospitales clínico-quirúrgicos. Son producidas con mayor frecuencia por la *Escherichia coli*, la *Klebsiella* y las enterobacterias. 4,5 Las neumonías nosocomiales constituyen la segunda causa de sepsis en los EE.UU. precedidas por las infecciones de las heridas quirúrgicas y sucedidas por las urinarias; presentan un elevado índice de mortalidad (50,0 %)

Las infecciones de las heridas quirúrgicas representan una de las sepsis nosocomiales más costosas, se calcula su costo por tiempo total de hospitalización entre 19 000 y 26 000 soles, entre otras causas por la prolongación de la estadía hospitalaria, administración inadecuada de

antibióticos e incremento de la utilización del material de curación y de la atención de médicos y personal de enfermería. 7-10

El presente informe tiene como objetivos identificar y dar a conocer infecciones nosocomiales según las tasas globales de sepsis y las infecciones posquirúrgicas durante el periodo comprendido ente 2014-2016. De acuerdo a la revisión bibliográfica notamos que la etapa posquirúrgica en el paciente debe ser lo mas breve posible ya que eso nos garantiza que el paciente tuvo una recuperación favorable y disminuye así el riesgo de adquirir alguna complicación intrahospitalaria.

Una complicación intrahospitalaria posquirúrgica es una dificultad añadida que surge en el paciente sometido a una cirugía en el proceso de recuperación dentro de un hospital que impide la consecución de una meta determinada.

Por toda esta evidencia científica me lleva a informar la experiencia laboral y permite explicar mejor la incidencia de complicaciones intrahospitalarias posquirúrgicas en el servicio de cirugía del hospital II Jorge Reátegui Delgado Es salud Piura 2014-2016, en el servicio de cirugía del hospital II Jorge Reátegui Delgado Es salud Piura 2014,2016.

1.2. Objetivo

Informar la incidencia de complicaciones intrahospitalarias posquirúrgicas en el servicio de cirugía del hospital II Jorge Reátegui Delgado Es salud Piura 2014-2016.

1.3. Justificación

El presente informe da a conocer la incidencia de complicaciones intrahospitalarias posquirúrgicas en el servicio de cirugía del hospital II Jorge Reátegui Delgado Es salud Piura 2014-2016.

- > Con esta información se podría tomar conciencia e implementar más medidas de control para evitar, complicaciones postquirúrgicas o si las hubiera, mejorar y hacer que se cumplan.
- > Se beneficiaran los usuarios de dicho hospital, al tener una menor probabilidad de complicaciones postoperatorias, y los profesionales de la salud de dicho nosocomio al poder brindar un mejor servicio a sus pacientes.
- > Tanto pacientes como médicos se beneficiaran, ya que a menor cantidad de complicaciones postoperatorias disminuye el costo de salud en estos pacientes y la cantidad de días de hospitalización.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Estudio

Para realizar el presente informe recurrí a las siguientes fuentes.

A. Antecedentes Internacionales

A. VALERIA MARTÍNEZ. AGENTES ETIOLÓGICOS EN INFECCIONES POST-QUIRÚRGICAS EN SERVICIOS DEL HOSPITAL "LUIS BLANCO GÁSPERI". CARABOBO, VENEZUELA. VENEZUELA 2014 (1)

Dentro de las infecciones nosocomiales (IN), la infección de sitio quirúrgico (ISQ), es un problema de gran relevancia, sin embargo, el subregistro es muy frecuente. El objetivo de este estudio fue determinar los agentes etiológicos de infecciones postquirúrgicas en el Hospital "Luis Blanco Gásperi", período Junio-Agosto 2012. Se realizó estudio descriptivo, de campo, de corte transversal y no experimental, obteniéndose que de un total de 528 pacientes intervenidos quirúrgicamente, 8,5% (n=45) presentó sospecha clínica de ISQ, resultando con crecimiento microbiano positivo 5,49% (n=29). Los agentes etiológicos aislados predominantemente fueron bacilos gramnegativos (77,27%), con prevalencia de miembros de la familia Enterobacteriaceae, principalmente Escherichia coli (18,18%). Asimismo, se encontró como patrón epidemiológico de los pacientes, un predominio de adultos con una media de 53 años, de sexo femenino y 48,28%

provenientes de la misma comunidad (Municipio Valencia, Estado Carabobo). El patrón de susceptibilidad a antibióticos in vitro, reportó un alto índice de sensibilidad a aminoglucósidos y carbapenems, 42,11% de aislados clínicos presentaron algún mecanismo de resistencia a antimicrobianos.

B. INGRID TENNANT. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MENORES RELACIONADAS CON LA ANESTESIA EN PACIENTES PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS GINECOLÓGICAS Y ORTOPÉDICAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE KINGSTON, JAMAICA. JAMAICA 2012 (2)

Este trabajo intentó determinar la frecuencia de las complicaciones menores relatadas en las primeras 48 horas del período postoperatorio por pacientes de cirugías electivas (ginecológicas y ortopédicas), en el University Hospital of the West Indies, Jamaica. También se evaluaron, la satisfacción general con los cuidados anestésicos y los posibles factores de riesgo para desarrollar complicaciones.

Se incluyeron 505 pacientes. La mayoría era ASA I (55%) o ASA II (38%) y se sometió a la anestesia general (80%). Un total de 419 (83%) pacientes relataron por lo menos una complicación postoperatoria.

De todos los pacientes entrevistados, un total de 419 (83%) relató por lo menos una complicación postoperatoria. Las quejas más comunes fueron dolor de garganta (44%), náusea (30%), vómito (24%), tromboflebitis (20%) y trauma oral (19%).

C. GONZÁLEZ-TORRES. COMPLICACIONES POSCOLECISTECTOMIA EN PANCREATITIS BILIAR AGUDA LEVE EN EL HOSPITAL GENERAL DE CULIACAN. MÉXICO 2011 (3)

Se captaron un total de 109 pacientes con litiasis vesicular: 16 pacientes con pancreatitis aguda y 93 sin dicho diagnóstico. La edad promedio fue de 38.8 ± 14.1 años; 101 fueron

mujeres (92.66%) y 8 fueron hombres (7.34%). La estancia intrahospitalaria posquirúrgica en los pacientes con pancreatitis fue de 1.8 ± 1.2 días, mientras que en el grupo control fue de 1.3 ± 1 día ($p=0.0817$).

No se presentaron complicaciones en el grupo con pancreatitis, mientras que en el grupo control hubo 4 dehiscencias de herida (4.3%) ($p=0.398$), 3 fugas biliares (3.23%) ($p=0.466$) y un sangrado postquirúrgico (1.08%) ($p=0.677$); no se presentó infección, lesión biliar ni complicaciones respiratorias en este grupo.

Es posible que la colecistectomía laparoscópica temprana en pancreatitis aguda no se acompañe de un aumento en las complicaciones posquirúrgicas, sin embargo, no se puede concluir que este sea un procedimiento seguro en este tipo de pacientes.

D. JORGE LEÓN. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LA HERNIORRAFIA AMBULATORIA CON MALLA. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA TASA DE INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO CON Y SIN PROFILAXIS ANTIBIÓTICA. CHILE 2011 (4)

El estudio observacional analítico se realizó, en dos grupos consecutivos de pacientes, el primero se sometió a PA mediante 1 gr de “cefazolina” intravenosa, antes del procedimiento quirúrgico, y el segundo que se prescindió de ella, los controles se efectuaron al 7mo y 30avo día; se diagnosticó ISO con presencia de exudado purulento, y con cultivo bacteriano positivo.

Estudio se realizó en 955 pacientes (1998-2008) 1er grupo 245 personas, en el segundo grupo 710 pacientes. Se registró 2 casos de infección en el primer grupo y 2 casos en el segundo grupo; el germen aislado fue el “estafilococo dorado.

E. DR. ABILIO ARNALDO HERNÁNDEZ GARCÍA. PERITONITIS POSTOPERATORIA. CUBA, 2011 (5)

En general se acepta que la sepsis es la principal causa de muerte después de una cirugía mayor. No hay dudas de que si la infección localizada se detecta antes de que se active la respuesta sistémica, y se trata de forma adecuada, mejoraría de forma significativa el pronóstico del enfermo. Sin embargo, si se retrasa la identificación de la infección y aparece el SRIS aumentará de manera extraordinaria la tasa de

mortalidad, incluso con una intervención quirúrgica agresiva y potentes antibióticos de amplio espectro.

En pacientes sometidos a cirugía abdominal hay que plantearse la siguiente pregunta, ¿la infección está localizada dentro del abdomen o en un sitio distante al mismo? Se imponen una serie de esfuerzos diagnósticos que pueden llegar hasta la laparotomía exploradora.

La alta frecuencia de este dilema en UTI hace necesario la revisión constante de la conducta a seguir en los casos de peritonitis postoperatoria.

El diagnóstico de Sepsis Intraabdominal (SIA) en un paciente operado no es fácil. Muchos de los datos genéricos de infección, como hipertermia y leucocitosis, también son parte de la respuesta normal al stress postoperatorio, quedando disimulados muchos de los síntomas y signos físicos que se identificarían fácilmente en un enfermo standard.

La presencia de un tubo endotraqueal, dificulta la comunicación con el enfermo, y el dolor a la palpación queda enmascarado por la presencia de la incisión. El íleo paralítico fisiológico, puede ser perpetuado por otras causas, la hipersensibilidad y el dolor al rebote y la presencia de una masa se han descrito como elementos muy útiles en el diagnóstico de abscesos intraabdominales. Hay que completar el examen físico con la exploración rectal y vaginal, que sí alertan sobre colecciones pélvicas. Constituyen signos de alarma:

- * Fiebre persistente
- * Taquicardia
- * Íleo paralítico prolongado
- * Íctero
- * Hipotensión arterial de causa inexplicable
- * Trastornos del sensorio

Método: Se hizo una revisión de todos los pacientes ingresados en nuestra unidad en los últimos 5 años con el diagnóstico de peritonitis postoperatoria, y se analizaron los métodos diagnósticos y de tratamiento.

Pusajó describió un índice predictivo de sepsis intraabdominal (ARPI) que consideramos útil por el grado de certeza diagnóstica y lo fácil de su realización. Una vez obtenido el puntaje, se plantea un algoritmo de conducta.

El recuento de leucocitos, es mayor en personas con infección que en quienes sufren de hipertermia que no depende de la misma. Pero tiene muy poca utilidad predictiva, el 33 % de pacientes sin infección, pueden mostrar una leucocitosis superior a 12000 células por ml, en tanto que menos del 50 % de personas infestadas no presentan dicho incremento leucocitario. Mustard y cols corroboraron la existencia de un incremento significativo de los niveles de proteína C reactiva en personas con complicaciones infecciosas.

Los lavados peritoneales se han preconizado en el diagnóstico de la SIA aunque hay autores que lo contraindican en pacientes operados. La presencia en este líquido de:

- Más de 10 000 leucocitos/ml .
- Mas de 1 g/ dl. de proteínas .
- Glucosa menor de 50 mg/dl.
- LDH mayor que la sérica.
- Cultivos positivos.

Constituyen los parámetros para el diagnóstico y valoración de una relaparotomía. Spiegel et al describen un método por cromatografía de gas líquido para demostrar la presencia de succinato y ácidos volátiles, que constituyen un signo diagnóstico de infección por anaerobios.

A todas las mediciones que actualmente se utilizan para monitorear a los pacientes críticos, se añade ahora el monitoreo de la presión intraabdominal (PIA); la introducción de esta sencilla y barata técnica ha permitido el diagnóstico precoz de complicaciones intra-abdominales, tanto en el paciente grave no operado como en el post-operado complicado. Los valores normales son desde subatmosférica a 0 mmHg; en el postoperatorio puede

aumentar hasta 12 mmHg, por encima de este valor se dice que el paciente tiene hiperpresión intraabdominal; valores superiores a 10 mmHg

ya determinan caídas del gasto cardiaco por disminución del retorno venoso, hay éxtasis venoso y trombosis en miembros inferiores y en el momento de la descompresión abdominal es frecuente el tromboembolismo pulmonar; por encima de 15 mmHg disminuye el flujo a toda el área esplácnica produciéndose oliguria; cifras superiores a 20 mmHg producen insuficiencia respiratoria y el llamado síndrome de compartimentación intraabdominal, que constituye una emergencia. El aumento de la PIA lleva a una elevación de la presión intracraneal por incremento de las presiones pleurales y dificultad en el retorno venoso cerebral por lo que en presencia de un trauma de cráneo queda contraindicada la cirugía laparoscópica.

El ultrasonido de abdomen es muy sensible y útil para describir abscesos intra-abdominales, ya que no es invasivo, no es muy costoso, es rápido, en algunos casos portátiles, resultando sumamente práctico sobre todo cuando el proceso se encuentra en la cercanía del hígado y la vejiga que funcionan como una buena ventana.

La tomografía axial computarizada (TAC) es aún más precisa que el ultrasonido y logra descubrir abscesos más pequeños. En un estudio de Koehler y Moss la TAC diagnosticó abscesos en 78 de 79 pacientes (sensibilidad de 98%) y lo descartó con exactitud en 31 de 32 casos (especificidad del 97%); son poco frecuentes los falsos negativos que suelen suceder cuando el absceso es muy pequeño, (menor de 2 cm de diámetro), suele haber falsos positivos cuando las asas intestinales no se

pacifican o cuando resulta imposible distinguir entre una colección de pus de un área inflamada, debe administrarse medio de contraste por vía oral siempre que se pueda para que sea más fácil distinguir el intestino de las cavidades de abscesos, también sería útil en el diagnóstico de las fistulas intestinales.

Todos los pacientes con peritonitis tienen cierto grado de hipovolemia y debe administrárseles un volumen adecuado de líquidos. Las soluciones cristaloides son los fluidos de elección para mantener y restaurar la perfusión tisular; en ocasiones son útiles los coloides para mantener la presión coloidosmótica del plasma. En los pacientes en estado crítico, la colocación de un catéter de Swan-Ganz y el cateterismo arterial son indispensables para dirigir el tratamiento.

Los objetivos de la antibioticoterapia son:

1. Reducir y de ser posible, eliminar el inóculo bacteriano postoperatorio residual
2. Evitar o tratar la bacteriemia
3. Eliminar la contaminación residual, una vez que el cirujano haya evacuado el pus, y prevenir la formación de absceso.

Conclusiones

1. Una vez establecido el SRIS y sus consecuencias se hace más difícil revertir la inexorable evolución desfavorable que presentan las peritonitis postoperatorias.
2. El diagnóstico debe realizarse de manera rápida, sin dilaciones. Se debe realizar una laparotomía exploradora precoz y salvadora que asistirá a un enfermo complicado con muy pocas probabilidades de vida.
3. Todos los métodos de tratamiento y sus combinaciones tienen indicaciones, ventajas y desventajas que les son propias y deberán ser valoradas por quienes las aplican.

B. Antecedentes Nacionales.

A .FONSECA B. DETERMINAR LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA ADHERENCIAL VERSUS LA OBSTRUCCIÓN AGUDA NO ADHERENCIAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO DURANTE ENERO DEL 2008 A DICIEMBRE DEL 2013. PERÚ, 2014.(6)

Se realizó un estudio observacional, analítico, de cohortes retrospectivas, que evaluó 179 pacientes \geq 14 años que cursaron con Obstrucción Intestinal, los cuales fueron distribuidos en dos grupos: Grupo I (90 pacientes con Obstrucción Intestinal por adherencias) y Grupo II (89 pacientes con Obstrucción Intestinal no adherencial).

La morbilidad y mortalidad postoperatoria asociada al tipo de obstrucción intestinal, adherencial y no adherencial no fueron diferentes en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante Enero del 2008 a Diciembre del 2013.

La edad promedio en el Grupo I fue $46,48 \pm 20,85$ años y en el Grupo II fue $60,67 \pm 17,86$ años; la proporción de pacientes del sexo masculino en los grupos I y II fueron 72,22% y 60,67% respectivamente. La etiología de la Obstrucción intestinal no adherencial más frecuente fue el vólvulo intestinal en un 35,96%, seguido por las hernias en un 31,46%. Los pacientes terminaron con ostomía en el Grupo I y II en el 81,11% y 74,16% respectivamente. En relación a la presencia de complicaciones, se tuvo que en el Grupo I estuvo presente en el 64,44% y en el Grupo II en el 57,30%; la mortalidad se observó en el Grupo I en el 8,89% y en el Grupo II en 10,11%.

B . KATHERINE DE LA R. RIESGO DE INFECCIÓN EN PACIENTES POST-QUIRÚRGICO RELACIONADO CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y EL CUIDADO DE HERIDAS. HOSPITAL RAFAEL SERRANO, LA LIBERTAD 2013-2014.(7)

El presente trabajo de investigación sobre riesgos de infección en paciente post-quirúrgico relacionado con las medidas de bioseguridad y el cuidado de heridas en el hospital Rafael Serrano López La Libertad 2013-2014 cuyo objetivo permitió determinar los factores que influyen en la

infección de heridas en los pacientes intervenidos quirúrgicamente. Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y bibliográfico. La población estuvo conformada por 6 licenciadas ,15 auxiliares y 12 pacientes. La técnica de recolección de datos fue en base a una encuesta y guía de observación al personal de enfermería y al Paciente. Los resultados nos muestra que un alto porcentaje del personal auxiliar realiza las curaciones en un 69% por la falta de licenciadas en enfermería, otro de los factores que inciden en la infección posquirúrgica, es el relacionado al estado nutricional un 56% son pacientes obesos, también se observó que solo un pequeño porcentaje un 24% del personal realiza la técnica correcta de lavado de manos y solo un 15% del personal aplica el proceso de atención de enfermería pero no en todas sus fases. El estudio permitió comprobar que las medidas de bioseguridad y el manejo de la herida, influyen en las infecciones quirúrgicas. Por lo tanto hemos propuesto elaborar un protocolo de manejo de la herida mediante el proceso de atención de enfermería.

2.2. Marco Conceptual

La infección de la herida quirúrgica (IHQ) y las complicaciones que de ella se derivan han constituido un hecho inseparable a la práctica quirúrgica desde sus rudimentarios comienzos hasta la actualidad.

Las primeras medidas activas para luchar contra las infecciones asociadas a la cirugía se deben a Holmes y Semmelweis en 1846, que estudiaron la alta mortalidad de las mujeres hospitalizadas con fiebre puerperal en las maternidades de Viena. Ellos postularon que la infección se transmitía de una manera directa e instauraron el uso obligatorio de guantes y el cambio de ropa.

Redujo la mortalidad materna de un 11,4% en 1846 a un 1,3% en 1848. Más adelante, tras el descubrimiento de las bacterias por Pasteur, Lister en 1867 publica Principios de antisepsia, que revolucionó la práctica de la cirugía.¹

A pesar de los avances aparecidos en las técnicas, los materiales quirúrgicos, los antibióticos y los métodos de esterilización, un número importante de procedimientos quirúrgicos desembocan en este tipo de complicación.

* Actualmente la infección del sitio quirúrgico (ISQ), anteriormente denominada infección de herida quirúrgica, es la tercera infección nosocomial más frecuente (14 a 16%) y la primera entre los pacientes quirúrgicos (38%).

* De ésta, dos tercios son de la incisión y el resto de órgano/ espacio; 77% de los fallecimientos de pacientes quirúrgicos con ISQ se puede atribuir a dicha infección, que en 93% de los casos es de órgano/espacio.

* Cada ISQ supone un incremento medio de 7.3 días de estancia posoperatoria. Estos datos justifican el interés que deben tener todos los cirujanos en controlar y disminuir en lo posible la propia tasa de infecciones.

Tipos de heridas quirúrgicas

* Herida limpia: No son traumáticas y no tienen por qué contaminarse. Por ejemplo: herniorrafia, mastectomía, o tiroidectomía

* Herida limpia-contaminada: Cuando ha habido una apertura del tubo digestivo, tracto respiratorio o tracto urinario, ya que dentro de ellos hay flora que puede salir y producir la infección al aumentar, por lo que se consideran heridas potencialmente contaminadas. Por ejemplo: apendicetomía o colecistectomía.

* Herida contaminada: Perforación reciente hasta 12h. La salida de contenido intestinal se considera contaminación de la herida. por ejemplo: gastrectomía, colectomía, apendicitis gangrenosa o colecistitis aguda.

* Herida sucia: Traumática con cuerpos extraños. En un porcentaje muy elevado estas heridas se van a infectar. Son perforaciones de más de 12h, abscesos y peritonitis. (3)

Infección de la herida quirúrgica

Se van a clasificar dependiendo de a qué capas llegue:

- * Infección superficial: Piel y tejido celular subcutáneo
- * Infección profunda: Piel, tejido celular subcutáneo y fascia del músculo.
- * Infecciones de órgano o espacio: La infección se produce dentro de la cavidad abdominal o vísceras y peritonitis. (4)

Factores que influyen

- Factores dependientes del germen:

- * Cantidad 10^5 gérmenes x gramo de tejido
- * Virulencia

- Factores dependientes del paciente:

- * Edad avanzada
 - * Diabetes
 - * Obesidad
 - * Cáncer
 - * Inmunodepresión, quimioterapia, radioterapia
 - * Desnutrición: La hipoalbuminemia favorece las infecciones. (4)
- Factores dependientes del acto operatorio:

- * Medidas de asepsia tanto del cirujano como del paciente
- * Duración de la intervención
- * Transfusiones
- * Catéteres y sondas
- * Implantes o prótesis: como las prótesis de caderas o mallas de las hernias
- * Profilaxis antibiótica: hay pacientes indicados para profilaxis.
- * Isquemia-hipoxia tejidos: si se usa mucho el bisturí eléctrico en la cirugía se producirá isquemia y eso produce tejido necrótico y favorece la infección (4)

Complicaciones de infección de herida quirúrgica

- * Evisceración (re intervención): se salen las asas de intestino.
- * Progresión a sepsis
- * Eventración a largo plazo: hernia sobre cicatriz de intervención.
- * Aislamiento: gérmenes multirresistentes (5)

FIEBRE

Las elevaciones de la temperatura que ocurren transitoriamente en el período postoperatorio están relacionadas con:

- * La reabsorción de materias extrañas (catgut, sangre)

- * Anormalidades metabólicas o endocrinas (crisis tiroideas, insuficiencia adrenocortical)

- * Prolongada hipotensión con inadecuada perfusión tisular periférica

- * Reacciones transfusionales.

Estas ocurren en el postoperatorio inmediato (primeras 12 horas). Toda elevación térmica sobre un grado de lo normal o que dure más de 2 días debe considerarse significativa y es obligatorio agotar los estudios para determinar su etiología. Usualmente indica una complicación que, a menos que se identifique, puede conducir a prolongada hospitalización, a morbilidad aumentada y hasta a la muerte⁶.

INFECCIONES POST OPERATORIAS

a.- INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA

En la infección de la herida operatoria las bacterias, no sólo están presentes en ella sino que se multiplican, producen fenómenos tisulares locales y, a menudo, respuesta sistémica.

Como infección de la herida operatoria deben considerarse las manifestaciones de inflamación:

- * Calor

- * Enrojecimiento

- * edema

* dolor

* constatación de un drenaje purulento por los labios de la incisión.⁷

b.- ABSCESOS INTRAPERITONEALES

La causa de tal infección nace de un proceso inflamatorio previamente instalado en otro sitio del abdomen (absceso subfrénico complicando una apendicitis operada) o de una contaminación peritoneal por cirugía gastro-bilio-intestinal.

Su localización usual es en la pelvis, en áreas subhepáticas o subdiafragmáticas o entre las asas de intestino delgado y el grueso, se desarrollan 5 o 7 días o más después de la contaminación peritoneal y su presencia puede ser sospechada por aumento de fiebre, leucocitosis y neutrofilia.⁷

c.- ABSCESOS RETROPERITONEALES

* Son más difíciles de diagnosticar y que están asociados a morbilidad y mortalidad alta, ya que el retroperitoneo es menos resistente a la infección que el peritoneo.

* Los agentes infecciosos pueden proceder del tracto intestinal (colon) o del sistema genitourinario.

* El dolor abdominal es el síntoma más común acompañando de fiebre, sensibilidad, pérdida de peso, leucocitosis y anemia.⁽⁷⁾

d.- PERITONITIS GENERALIZADA

- * Las peritonitis postoperatorias generalizadas pueden ser de dos órdenes:
- * Químicas: el ejemplo más común es la peritonitis biliar o biliperitoneo.
- * La bilis puede caer en la cavidad peritoneal después de una colecistectomía por lesión del lecho vesicular
- * Sépticas: son consecuencia de la diseminación intraoperatoria de un proceso patológico previamente establecido en la cavidad peritoneal.⁷

Íleo Postoperatorio

a.- Íleo Adinámico

Existe lo que podría llamarse atonía gastrointestinal "fisiológica" después de intervenciones quirúrgicas intraperitoneales, motivada por la exposición visceral, el manipuleo de los órganos, la irritación por cuerpos o sustancias extrañas.

Usualmente esta atonía dura 24-72 horas y su expresión clínica máxima es la ausencia de actividad intestinal manifestada por falta de expulsión anal de gases y por ausencia de ruidos intestinales⁸

b.- Íleo Dinámico

- * Condicionado por causas mecánicas: obstrucción anastomótica

- * Estrangulación de asa delgada a través de un orificio anormal elaborado por la intervención

- * Estenosis por enterorrafia efectuada en sentido paralelo al eje intestinal

- * vólvulo por torsión del mesenterio

Tienen de común con el íleo adinámico el paro de evacuaciones intestinales pero que se diferencia por la existencia de dolor cólico e hiperperistaltismo en descargas.(8)

Trastornos Hidroelectrolíticos

- * Las pérdidas de agua y electrólitos por drenajes biliares, trauma pancreático, fistulas duodenales, ileostomías, etc.

- * Inmediatamente después de una intervención abdominal puede aparecer una disminución del volumen de líquido extracelular a consecuencia de las pérdidas continuas de líquido a nivel de la herida así como también en la pared o en la luz del intestino delgado.

- * Las pérdidas desconocidas del volumen líquido extracelular se manifiestan esencialmente por una inestabilidad circulatoria; por ello, la presencia de una taquicardia o de una hipotensión arterial postoperatoria requieren una investigación.(8)

Complicaciones Respiratorias

Son precoces aquellos que se presentan en 72 primeras horas y son debidos a pérdida de la integridad de la caja torácica, a pérdida del tejido pulmonar funcionante o a pérdida del control respiratorio central.

- * Hipoventilación
- * Obstrucción de las vías aéreas
- * Aspiración
- * Neumonía
- * Colapso pulmonar.(8)

Complicaciones en la herida o cicatriz operatoria

a.- Dehiscencia y Evisceración

La dehiscencia de la herida operatoria y la evisceración pueden presentarse en cualquier momento del postoperatorio inmediato pero suelen ocurrir alrededor del séptimo día o en el momento de retirar los puntos cutáneos.

Sí la piel ha quedado intacta y se forma una herniación subcutánea, se habla de dehiscencia.

Si las vísceras irrumpen a través de todas las capas de la herida se establece la evisceración.⁹

b.- Hernia Incisional

* Por separación de las capas músculo aponeuróticas de la incisión quirúrgica con integridad de las capas cutánea y peritoneal.

* Frecuentemente son irreductibles, bien por su amplitud y por adherencias al saco hernario- Su pared es extremadamente delgada y está constituida por el adosamiento del saco peritoneal con la piel; a través de ella puede observarse el movimiento peristáltico del intestino.(9)

2.3. Definición de Términos

- **Incidencia:** Influencia de determinada cosa en un asunto o efecto que causa en él. Cosa que se produce en el transcurso de un asunto, un relato, etc., y que repercute en él alterándolo o interrumpiéndolo.
- **Complicación:** Una complicación es una dificultad añadida que surge en el proceso de consecución de una meta determinada.
- **Infección:** Cuadro clínico producido por proliferación anormal de microorganismos secundarios a una contaminación.
- **Intrahospitalario :** dentro de un hospital.
- **Periodo.** Período o periodo es una palabra de origen griego, que aludía a la duración. Los períodos pueden constituir ciclos.
- **Posquirúrgico:** Período de tiempo y atención médica posterior a una intervención quirúrgica. Comienza cuando el paciente sale de

la anestesia, y continúa hasta que desaparecen los efectos de ésta y hay una recuperación suficiente de la operación quirúrgica realizada.

- Servicio. Un Servicio son un conjunto de acciones las cuales son realizadas para servir a alguien, algo o alguna causa. (
- Cirugía. La Cirugía es una especialidad dentro de la Medicina cuya misión es curar las enfermedades o malformaciones, según corresponda mediante intervenciones quirúrgicas. (
- Asepsia: Conjunto de medidas de protección contra la contaminación microbiana .
- Antisepsia: Sustancia que hace inocuos a los microorganismos por exterminación o impidiendo su proliferación.
- Contaminación: Una herida puede contaminarse por microorganismos del ambiente, por microorganismos que colonizan la piel, que son flora sapófitas que no produce infecciones pero en una herida se pueden reproducir y producir una infección, o la infección puede venir de dentro, de la flora intestinal.
- Herida limpia: No son traumáticas y no tienen por qué contaminarse. Por ejemplo: herniorrafia, mastectomía, o tiroidectomía .10
- Herida limpia-contaminada: Cuando ha habido una apertura del tubo digestivo, tracto respiratorio o tracto urinario, ya que dentro de ellos hay flora que puede salir y producir la infección al aumentar,

por lo que se consideran heridas potencialmente contaminadas.

Por ejemplo: apendicetomía o colecistectomía. 10

- Herida contaminada: Perforación reciente hasta 12h. La salida de contenido intestinal se considera contaminación de la herida. por ejemplo: gastrectomía, colectomía, apendicitis gangrenosa o colecistitis aguda.
- Hernia sucia: Traumática con cuerpos extraños. En un porcentaje muy elevado estas heridas se van a infectar. Son perforaciones de más de 12h, abscesos y peritonitis.
- Infección de la herida operatoria: En la infección de la herida operatoria las bacterias, no sólo están presentes en ella sino que se multiplican, producen fenómenos tisulares locales y, a menudo, respuesta sistémica.10
- Abscesos intraperitoneales: Proceso inflamatorio previamente instalado en otro sitio del abdomen (absceso subfrénico complicando una apendicitis operada) o de una contaminación peritoneal por cirugía gastro-bilio-intestinal.10

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Para realizar el informe se revisó la norma técnica de Admisión y programación de las intervenciones quirúrgica el Es salud y el manual de organización y funciones de la institución de Es salud (MOFI), se utilizó la base de datos de servicio de cirugía, correspondiente a los 2014 al 2016.

De conformidad a la resolución de gerencia general de Es salud la programación de la intervenciones quirúrgicas realizara el medico jefe del servicio de acuerdo a los lineamientos de las metas de la institución.

Se elaboró una base de datos lo cual permitió clasificar los datos considerando grupo de pacientes con apendicitis y pacientes con patología de hernia en preoperatorio porque son las patologías más frecuentes de este hospital. Y esto se realizara de acuerdo al tiempo de espera, necesidad, valoración, capacidad médica quirúrgica.

Según la guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía RM N^a 1021- 2010/MINSA con el objetivo de Estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud. En el ámbito de aplicación es a nivel nacional en todos los establecimientos de salud, públicos y privados (del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales,

de los Gobiernos Locales, de EsSalud, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú y del Sub-Sector privado) en los que se realizan intervenciones quirúrgicas.

El Ingreso de los datos en esta parte de la Lista, ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere, como mínimo, de la presencia del anestesiólogo y del personal de enfermería. Los controles en la entrada son los siguientes: a) Confirmar el consentimiento del paciente para cirugía y anestesia. b) Confirmación con el paciente la identificación, localización quirúrgica y procedimiento. El Coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento previsto y la localización de la cirugía. A pesar que puede resultar reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que el equipo no interviene a un paciente equivocado, en una localización incorrecta o con un procedimiento erróneo. Es recomendable verificar los datos del paciente como identidad y número de DNI / historia clínica / fecha de nacimiento; el número de cama no se considera como dato válido para identificar al paciente. Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, como es el caso de niños, pacientes incapacitados o pacientes no identificados (NN) un tutor, miembro de la familia o responsable puede asumir este rol. Esta verificación se puede hacer colocando un brazalete al paciente (o adhesivo con datos señalados) en el que figuren sus datos de identificación, los mismos que deberán ser verificados por el tutor o familiar antes de su ingreso a sala. Pulsioximetría

en el paciente y que esté funcionando. Siempre que sea posible, utilizar sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno y control de funciones vitales.

Consiste en concientizar a los Directivos, al personal que labora en Sala de Operaciones, Departamento y Servicio de Cirugía, del establecimiento de salud, sobre la importancia del uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, a través de carteles, afiches, gigantografías y videos, con la finalidad de mostrarla como una herramienta importante para la mejora de los resultados quirúrgicos.

3.2. Experiencia Profesional

Soy JANETT MICHELY DIAZ VERGARA licenciada en enfermería egresada de la UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO-LAMBAYEQUE y me desempeño como enfermera asistencial en el Servicio de Cirugía, en el Hospital II Jorge Reátegui Delgado desde año 2009 hasta la actualidad.

Inicie mi experiencia laboral en el año 2006, con mi SERUMS en la posta del CENTRO POBLADO EL ROMERO MORROPE. EN EL CUAL ME DESEMPEÑABA COMO ENFERMERA EN LAS CUATRO ÁREAS DE DESEMPEÑO PROFESIONAL ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVA, EDUCACIÓN Y INVESTIGACIÓN, ya que dicho establecimiento estaba a mi cargo.

Año 2007, inicio en el centro de Salud LOS ALGARROBOS (PIURA), como enfermera asistencial y participando en campañas de vacunación y control de Crecimiento y Desarrollo así como programa de EDA, IRA, TBC. Participando en diferentes actividades, Charlas educativas, visitas domiciliarias con participación de familias integradas en los diferentes programas sociales. Participando de manera proactiva en la capacitación del personal del establecimiento.

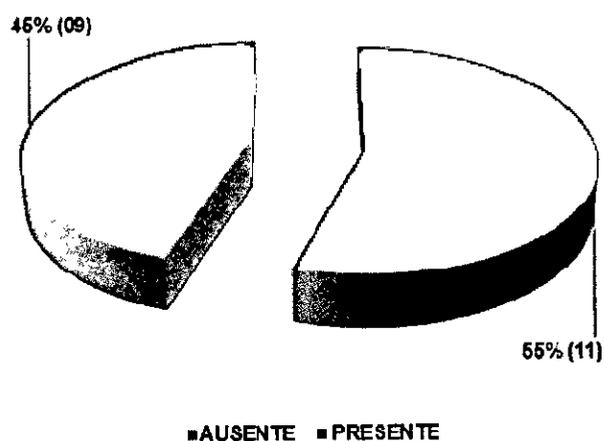
Año 2008 me desempeñe como enfermera asistencial en el Centro de salud SAN JOSÉ.

2009 a la actualidad me desempeño como enfermera asistencial del servicio de Cirugía, servicio de Medicina, y Emergencia. Del hospital II Jorge Reátegui Delgado Es salud Piura.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1

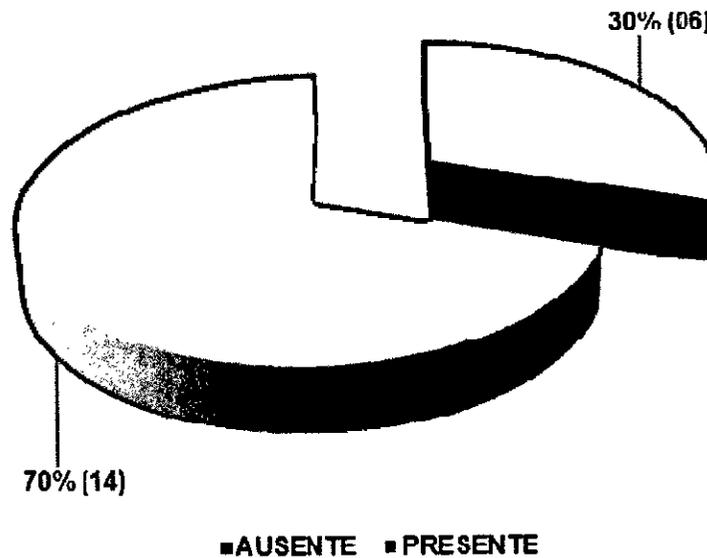
COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL II JORGE REÁTEGUI DELGADO PIURA 2014-2016



Respecto a los factores de riesgo en infecciones intrahospitalarias en el Servicio de Cirugía del Hospital II Jorge Reátegui Delgado; del 100% (20), 55% (11) refieren que está ausente y 45% (09) presente. Los ítems ausente están dados porque la enfermera(o) los protege con antimicrobianos y utilizan medidas preventivas para disminuir las IIH; y los ítems presente son debido a que el paciente está en contacto con objetos contaminados durante el procedimiento quirúrgico.

TABLA N° 4.2

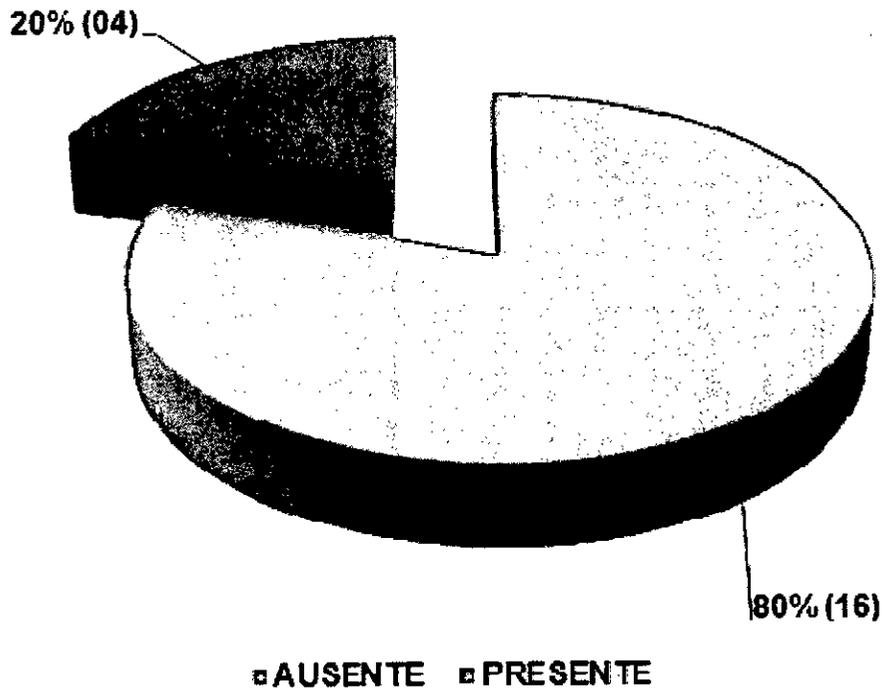
**FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS EN INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL II JORGE REÁTEGUI DELGADO PIURA 2014-2016**



Acerca de los factores de riesgo intrínsecos en IIH; del 100% (20), 70% (14) está presente y 30% (06) ausente. Los ítems presente están dados porque la IIH se contrae cuando un paciente se contagia de TBC o SIDA, al estar en contacto con objetos contaminados, se adquiere cuando se encuentra con bajas defensas o el estado nutricional malnutrido y el paciente es más vulnerable o susceptible a contagio cuando es sometido a procedimientos quirúrgicos; y los ítems ausente porque no se presenta la infección por causa de su propia enfermedad

TABLA N° 4.3

**FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS EN INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL II JORGE REÁTEGUI DELGADO PIURA 2014-2016**



Según los factores de riesgo extrínsecos en IIH; del 100% (20), 80% (16) está ausente y 20% (06) presente. Los ítems ausente están dados porque la enfermera protege al paciente con antimicrobianos, aplica precauciones al contacto con membranas, mucosas, sangre y fluidos corporales, realiza el lavado de manos, uso de técnica aséptica y aplicación de bioseguridad al atender enfermos con compromiso inmunológico, antes y después de manipular heridas quirúrgicas; y los ítems presente porque están expuestos a pacientes infectados y existe hacinamiento.

V. CONCLUSIONES

- Las CIPQx son un problema frecuente potencialmente letal que supone un aumento importante de la morbilidad, el coste y la estancia hospitalaria.
- De los resultados podemos concluir que los factores de riesgo en infecciones intrahospitalarias en el Servicio de Cirugía del Hospital II Jorge Reátegui Delgado; del 100% (20), 55% (11) refieren que está ausente y 45% (09) presente. Los ítems ausente están dados porque la enfermera(o) los protege con antimicrobianos y utilizan medidas preventivas para disminuir las IIH; y los ítems presente son debido a que el paciente está en contacto con objetos contaminados durante el procedimiento quirúrgico.
- Según los factores de riesgo extrínsecos en IIH; del 100% (20), 80% (16) está ausente y 20% (06) presente. Los ítems ausente están dados porque la enfermera protege al paciente con antimicrobianos, aplica precauciones al contacto con membranas, mucosas, sangre y fluidos corporales, realiza el lavado de manos, uso de técnica aséptica y aplicación de bioseguridad al atender enfermos con compromiso inmunológico, antes y después de manipular heridas quirúrgicas; y los ítems presente porque están expuestos a pacientes infectados y existe hacinamiento.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se debe realizar una vigilancia activa de las CIPQx en el postoperatorio que permita un diagnóstico y un tratamiento tempranos de éstas.
- b) La prevención de la aparición de CIPQx debe ser una actitud activa, continua y primordial para todo el personal implicado en el preoperatorio, el perioperatorio y postoperatorio.
- c) Desde el punto de vista del cirujano, el lavado y sobre todo la técnica quirúrgica depurada son las formas de prevención más importantes.
- d) La cirugía es mayoritariamente de tipo limpia contaminada, por lo que es subsidiaria de profilaxis antibiótica de amplio espectro. Dicha recomendación se extiende hoy a todas las cirugías.

VII. REFERENCIALES

1. A. VALERIA MARTÍNEZ. AGENTES ETIOLÓGICOS EN INFECCIONES POST-QUIRÚRGICAS EN SERVICIOS DEL HOSPITAL "LUIS BLANCO GÁSPERI". CARABOBO, VENEZUELA. VENEZUELA 2014
2. B. INGRID TENNANT. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MENORES RELACIONADAS CON LA ANESTESIA EN PACIENTES PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS GINECOLÓGICAS Y ORTOPÉDICAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE KINGSTON, JAMAICA. JAMAICA 2012
3. C. GONZÁLEZ-TORRES. COMPLICACIONES POS COLECISTECTOMÍA EN PANCREATITIS BILIAR AGUDA LEVE EN EL HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN. MÉXICO 2011
4. D. JORGE LEÓN. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LA HERNIORRAFIA AMBULATORIA CON MALLA. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA TASA DE INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO CON Y SIN PROFILAXIS ANTIBIÓTICA. CHILE 2011
5. E. DR. ABILIO ARNALDO HERNÁNDEZ GARCÍA. PERITONITIS POSTOPERATORIA. CUBA, 2011
6. A .FONSECA B. DETERMINAR LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA ADHERENCIAL VERSUS LA OBSTRUCCIÓN AGUDA NO ADHERENCIAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO DURANTE ENERO DEL 2008 A DICIEMBRE DEL 2013. PERÚ, 2014.

7. B . KATHERINE DE LA R. RIESGO DE INFECCIÓN EN PACIENTES POST-QUIRÚRGICO RELACIONADO CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y EL CUIDADO DE HERIDAS. HOSPITAL RAFAEL SERRANO, LA LIBERTAD 2013-2014