

**CALIDAD DE LOS CUIDADOS
PARA PREVENIR INFECCIONES
EN CIRUGÍA DE COLON,
DANDO SEGURIDAD
AL PACIENTE.**

AMELIA ATENCIA

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

Calidad de los cuidados para prevenir infecciones en cirugía de colon, dando seguridad al paciente.

Autor principal AMELIA ATENCIA

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Palabras clave COLON INFECCION PREVENION SEGURIDAD

» Resumen

El objetivo de este estudio es prevenir la infección en pacientes quirúrgicos de cirugía de colon, llevando a cabo correctamente las trece pautas del Formulario para la seguridad del paciente en cirugías de colon, que cumplimentó el profesional de enfermería, en cada intervención.

Para ello contamos con, diez pacientes intervenidos de cirugía de colon, de principios de julio a finales de octubre de 2010.

El formulario constaba de trece apartados, en los que se tenía que marcar con un valor numérico, del cero al cinco, si era llevada a cabo correctamente cada una de las técnicas. Que iban desde cero, que se correspondía con una incorrecta, hasta cinco, que se correspondía con una correcta técnica realizada.

Se recogen los 10 formularios rellenos de las diez intervenciones, se hace un recuento, sumando la puntuación de cada uno de los apartados y se obtiene el resultado de cada formulario.

Dependiendo de la puntuación, el paciente podrá obtener la calificación de Riesgo 1, Riesgo 2, Riesgo 3, Riesgo 4 o Riesgo 5 de infección. Siempre contaremos, con un riesgo mínimo de infección, aunque se cumplimenten con la puntuación máxima los apartados.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La prevención y lucha contra las infecciones se remonta a períodos, anteriores al descubrimiento de los microorganismos como agentes causales de las enfermedades infecciosas.

A mediados del siglo XIX, la sepsis postoperatoria era responsable de la muerte de la mitad de los pacientes que eran sometidos a una cirugía mayor.

En 1839 el químico Justin Von Liebig sostuvo, que la sepsis era una especie de combustión causada por la exposición de los tejidos húmedos al oxígeno y por esta razón se consideraba que la mejor forma de prevenirla, era evitando que el aire entrara a las heridas, mediante emplastos y toxinas.

Un cirujano británico llamado Joseph Lister, no confiaba mucho en esa explicación, y consideraba que la sepsis de las heridas era más bien una especie de descomposición.

En 1865 Louis Pasteur sugirió, que la descomposición era causada por microorganismos en el aire, que al ponerse en contacto con la materia, la fermentaban.

Lister se acogió esa teoría y reconoció, que las ideas de Pasteur acerca de la sepsis, eran totalmente compatibles con estos microorganismos. Por esta razón, consideró que los microorganismos, debían ser destruidos antes de que entraran en la herida.

Lister, había escuchado que existía una solución de ácido carbólico que se usaba para limpiar las aguas que bebía el ganado, por esta razón decidió utilizar esta solución para tratar las heridas de sus pacientes quirúrgicos; los resultados fueron sorprendentes ya que, durante 9 meses, sus pacientes no presentaron infecciones.

Aunque inicialmente, sus métodos fueron tratados con indiferencia, en 1877 operó una fractura múltiple (que hasta entonces siempre llevaban a la muerte) sin que se presentara sepsis y desde entonces, sus métodos fueron adoptados por los cirujanos de todo el mundo.

Desde ese entonces los antisépticos y desinfectantes, se han desarrollado en una gran medida y hoy día, existen diversos métodos físicos y químicos para eliminar los microorganismos de los objetos inanimados y de los seres vivos.

No obstante, la infección intraoperatoria es un efecto adverso presente en la mayoría de los quirófanos, que afecta gravemente al organismo del paciente, retrasando su recuperación y provocándole nuevos problemas inexistentes anteriormente.

Definimos infección, como la invasión del organismo por gérmenes patógenos que se reproducen y multiplican, produciendo una enfermedad por lesión celular local, secreción de toxinas o reacción antígeno-anticuerpo en el huésped.

La mayoría de los casos de infección hospitalaria, se contrae en quirófano, pudiendo ser la consecuencia de una sola técnica mal realizada.

Podemos decir, por tanto, que los pacientes quirúrgicos componen un grupo de riesgo de infección específico y elevado.

Hay un diagnóstico de enfermería relacionado con la infección quirúrgica: Riesgo de infección relacionado con el proceso quirúrgico.

La cirugía de colon es una cirugía, denominada como cirugía contaminada, ya que es muy probable que se pueda producir una trasgresión grave de las técnicas estériles y el derrame procedente de algún conducto contaminante.

La contaminación es el paso previo a la infección, a más contaminación más riesgo de infección.

En esta cirugía, el porcentaje de infección ronda del 15% al 20%, es por ello, por lo que debemos dar una buena calidad en los cuidados para disminuir este porcentaje de infección, dando así, la seguridad al paciente en este tipo de cirugías.

Los organismos del tracto intestinal que son posible causa de infección de herida son, los aerobios como los bacilos entéricos y anaerobios,

como Gram (-) B. Fragilis, peptoestreptococo y Clostridium.

Este trabajo se realizó, en el Hospital Universitario de Bellvitge de Hospitalet de Llobregat (Barcelona), en el área quirúrgica de cirugía digestiva, y surge de la responsabilidad de enfermería en la prevención y el control de la infección en este tipo de intervenciones, debido al alto índice de infección que tiene la cirugía de colon, ya que se trata de una cirugía contaminada y con una duración en la que, tanto el campo quirúrgico, como el instrumental y demás, no se considera como estéril, cuando supera las tres horas de cirugía.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Las necesidades sobre las que pretendía actuar el proyecto, son la importancia de llevar a cabo correctamente unas técnicas, para prevenir la infección, en la cirugía de colon.

Las causas de esos problemas se analizaron, mediante la observación por parte de un profesional de enfermería, de las técnicas llevadas a cabo por los componentes del equipo quirúrgico, durante la intervención de cada uno de los pacientes de este proyecto.

Se elaboró un formulario, denominado: Formulario para la seguridad del paciente en cirugías de colon, que cumplimentó el profesional de enfermería, en cada intervención.

El formulario constaba de varios apartados, en los que tenía que marcar con un valor numérico, del cero al cinco, si era llevada a cabo correctamente cada una de las técnicas, que iba desde, cero que se correspondía con una incorrecta, hasta cinco que se correspondía con una correcta técnica realizada.

Los apartados del formulario son:

1. Asegurar una buena preparación preoperatoria del colon.
2. El correcto rasurado de la zona.
3. La correcta higiene del paciente.
4. El correcto lavado de la zona quirúrgica.
5. Emplear un producto antiséptico adecuado para la preparación de la piel.
6. Profilaxis antimicrobiana.
7. Indumentaria correcta por los miembros del equipo quirúrgico, además de, mascarilla y gorro cubriendo todo el cabello.
8. La antisepsia de manos y brazos por los miembros del equipo quirúrgico.
9. Asegurar la correcta esterilización del instrumental quirúrgico y de los materiales empleados para hacer el campo quirúrgico.
10. Llevar a cabo técnicas asépticas correctas.
11. Advertir al personal quirúrgico que tiene signos y síntomas de una enfermedad infecciosa transmisible, de que tiene que comunicarlo a sus supervisores y al personal del servicio de salud laboral.
12. Asegurar una correcta ventilación de presión positiva en el quirófano con respecto a los pasillos y las zonas adyacentes.
13. Comprobar una correcta limpieza y desinfección de las superficies.

El problema se cuantificó de la siguiente forma:

Tomamos como referencia, a 10 pacientes intervenidos de cirugía de colon, de principios de julio a finales de octubre de 2010. Se recogen los 10 formularios rellenados de las diez intervenciones, se hace un recuento, sumando la puntuación de cada apartado y se obtiene el resultado de cada formulario.

Contaremos siempre con un riesgo mínimo de infección, aunque se cumplimenten con la puntuación máxima los apartados anteriores.

Si el resultado es:

- Riesgo 1. De 65 puntos = riesgo mínimo de infección.
- Riesgo 2. De 64 a 45 puntos = riesgo moderado de infección.
- Riesgo 3. De 44 a 25 puntos = riesgo alto de infección.
- Riesgo 4. De 24 a 15 puntos = riesgo muy alto de infección.
- Riesgo 5. De 14 a 0 puntos = infección segura.

De los diez formularios, dos de ellos pertenecen a Riesgo 1, cinco de ellos pertenecen a Riesgo 2, y los otros tres a Riesgo 3.

Se hace un seguimiento, durante los 15 días siguientes de la intervención a cada paciente, donde observaremos, si hay signos de infección o no.

El resultado fue: tres pacientes con las heridas infectadas de manera superficial, con fiebre y con dolor; y otros tres presentaban una total dehiscencia de la herida quirúrgica y el contenido del drenaje era purulento; y el resto no presentaba ningún signo de infección.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

La solución que plantea este proyecto, es llevar a cabo técnicas correctamente realizadas, siguiendo las pautas del formulario anteriormente descrito.

Las soluciones aportadas son viables, por la sencillez que tienen de llevarlas a cabo y por que implica, el trabajo y la responsabilidad de todo el equipo quirúrgico.

Este estudio pretende demostrar que la aplicación, por parte de todo el equipo quirúrgico, de las trece técnicas a seguir, disminuye el riesgo de infección del paciente.

Ya que son técnicas, que están respaldadas por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos y fundamentos teóricos, aunque hay algunas para las que la evidencia científica es insuficiente o no hay consenso con respecto a su eficacia.

En cuanto, a la relación coste-beneficio, con este estudio demostramos que puede obtenerse mucho mas beneficio que coste, ya que si conseguimos que se lleven a cabo correctamente, las trece pautas del formulario, conseguiremos un riesgo 1, (igual a riesgo mínimo de infección), y evitaríamos todo lo que conlleva la infección, como costes muy elevados, debido la prolongación del tiempo de hospitalización por paciente, material para curas diarias, antibióticos, tiempo invertido de cada profesional, incluso una posible reintervención .etc. Además, por supuesto, del beneficio que supone para el propio paciente y su familia.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Una de las grandes barreras detectadas en el desarrollo, es una barrera contra las que no podemos combatir de momento, ya que se trata del medio ambiente, que es la principal responsable de la contaminación, y por tanto es partícipe directa, en el proceso de infección.

Dentro de la contaminación que supone el propio medio ambiente, nombraremos varios puntos a tener en cuenta:

1. Contaminación por el aire, debido a miles de partículas en suspensión.
 2. Contaminación por el tratamiento de los desechos.
 - La contaminación que provoca la circulación de los desechos que se producen en quirófano.
 4. Contaminación por el agua.
- Nos referimos a la contaminación microbiana de grifos y filtros de quirófano.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Les explicamos tanto al paciente como a la familia, el trabajo de investigación que vamos a llevar a cabo, en el que pueden participar de forma voluntaria.

Le entregamos el consentimiento informado, donde se detallan el procedimiento que se va a llevar a cabo, el motivo que hace necesario dicho estudio y la confidencialidad de los datos.

Informamos al paciente y a la familia de la importancia de su participación, llevando a cabo la preparación preoperatoria según protocolo, que deberán cumplir para que el riesgo de infección sea el mínimo, que consta de:

1. Preparación del colon, con la solución oral indicada, hasta que este quede completamente limpio de residuos.
2. Ducha o baño con un jabón antiséptico como mínimo la noche anterior al día de la intervención.
3. Rasurado de la zona.
4. Ausencia de objetos personales, de maquillaje y de esmalte en las uñas.

» Propuestas de líneas de investigación.

Mis propuestas son:

- Investigar sobre la barrera de contaminación y por tanto de infección que supone el propio personal del equipo quirúrgico.
- Investigar sobre la barrera de contaminación que supone la propia lencería utilizada para el bloque quirúrgico.

Bibliografía:

1. Dellinger EP, Gross PA, Barrett TL, Krause PJ, Martone WJ, McGowan JE, Sweet RL, wenzel RP. Quality standard for antimicrobial prophylaxis in surgical procedures. Clin Infect Dis 1994;18(3):422-7.
2. Gyssens IC. Preventing postoperative infections: current treatment recommendations. Drugs 1999 Feb;57(2):175-85.
- 3.Lledó S Preparación a la cirugía.En: Lledó S eds. Guía Clínica cirugía colorrectal Madrid.Arán editores SA, 2000; 63-71.
- 4.Asepsia y Antisepsia en Cirugía. Protocolos de Profilaxis antibiótica.Plan Nacional para el control de las Infecciones Quirúrgicas.Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999;c-958.
- 5.Checa J profilaxis antibiótica en cirugía colorrectal.Rev Esp Enf Dog 1992; 81:34-42.