

COMPARACIÓN DE SISTEMAS DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN HERIDA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA LIMPIA TRAUMATOLÓGICA.

G. Rubiera López; A. Urruchi Campo; A. del Río Nieto

Servicio Medicina Preventiva. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias)

Dirección postal: Calle los Prados, nº 395. 33203 Gijón. Asturias

Teléfono: 985185000 Extensión 152

e-mail: gerardo.rubiera@sespa.princast.es

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Cabueñes implantó en 2008 un sistema de vigilancia de la infección de herida quirúrgica (IHQ) siguiendo el protocolo HELICS. En marzo de 2011 se edita el documento que define el marco del Sistema de Vigilancia de la Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria en el Principado de Asturias, con criterios comunes para los hospitales que permitan la comparación, basados en el protocolo INCLIMEC.

OBJETIVOS

Comparar las tasas de incidencia de la IHQ en cirugía limpia de Traumatología en 2011 con los de años anteriores (2008-2010)

Conocer si los cambios en el Sistemas de Vigilancia distorsionan el impacto de la IHQ en los procedimientos limpios de traumatología.

METODOLOGÍA

Se compara la incidencia acumulada de IHQ de las intervenciones de prótesis de cadera (HPRO), prótesis de rodilla (KPRO) y laminectomía (LAM) realizadas entre febrero de 2008 y diciembre de 2010 con la incidencia de la muestra de 2011. El seguimiento en la planta es el mismo. Al alta del paciente, en el primer grupo, durante un año posterior a la intervención, si se producía un nuevo contacto (urgencias, consulta o nuevo ingreso) se solicitaba la historia clínica y se valoraba la presencia de IHQ. Con los nuevos criterios de 2011, al alta sólo se valora el nuevo ingreso por IHQ y el periodo de seguimiento termina con el año natural.

RESULTADOS

Se hizo seguimiento de 528 personas hasta 2010; la incidencia de IHQ fue del 2,33% (IC 95% 0,6 – 4,1) en HPRO; del 3,77% (1,2 – 8,4) en KPRO y del 2,04% (0,1 – 10,8) en LAM. Al alta se diagnosticaron 10 de las 14 IHQ

Se hizo seguimiento de 357 personas en 2011; la incidencia de IHQ fue del 1,28% (IC 95% 0,2 – 4,6) en HPRO; del 2,11% (0,4 – 6,1) en KPRO y del 1,69% (0,1 – 9,1) en LAM. Al alta se diagnosticaron 4 de las 6 IHQ. Se detecta un caso con criterios de IHQ en KPRO antes de 2011 pero no ingresa en el Hospital y no se incluye en estas tasas.

No se encontró asociación estadística entre la IHQ y los potenciales factores determinantes estudiados: edad, sexo, duración de la intervención y clasificación ASA

CONCLUSIONES

Hay un descenso de las cifras de incidencia de la IHQ en 2011 respecto a los años anteriores. Las tasas de IHQ son bajas y no se observan diferencias significativas.

La implantación de un sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria constituye un instrumento útil en si mismo para conseguir el objetivo de minimizar las infecciones y mejorar la calidad asistencial.

Criterios de vigilancia más sencillos de las cohortes de pacientes intervenidos de procedimientos limpios, permiten seguir más intervenciones cada año, obtener más datos de factores asociados y que hospitales con menos recursos puedan tener un Sistema de vigilancia, prevención y control de la infección hospitalaria sin distorsión de los resultados.