

SISTEMA DE VIGILANCIA POSTALTA EN UNA CLÍNICA PRIVADA*

POSTDISCHARGE SURVEILLANCE SYSTEM IN A PRIVATE HOSPITAL

Vivian Aedo**

Enfermera-Matrona, Profesora Asistente Adjunta, Escuela de Enfermería, UC., Chile

Wendy Silva

Enfermera, Universidad Mayor, Chile

Artículo recibido el 29 de noviembre, 2009. Aceptado en versión corregida el 7 de julio, 2010.

RESUMEN

La tercera causa más frecuente de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud [IAAS], es la Infección de Herida Operatoria [IHO], correspondiendo al 14% a 16% de todas las infecciones nosocomiales. La mayoría de las IAAS pueden detectarse durante la hospitalización, sin embargo actualmente algunas IHO se presentan cuando los pacientes están en su domicilio y solo se diagnostican cuando vuelven a control. Para su pesquisa se utilizan diversos tipos de vigilancia epidemiológica, realizadas de forma activa, selectiva, sistemática y permanente. El objetivo de este proyecto es determinar la necesidad de implementar un sistema de vigilancia postalta, para detectar IHO en intervenciones quirúrgicas limpias, en un establecimiento hospitalario privado ubicado en Santiago. Se realiza una revisión retrospectiva de fichas clínicas entre septiembre a noviembre de 2007, para comparar las IHO postalta encontradas, con las registradas por el comité de infecciones intrahospitalarias [IIH]. Los registros de cirugías a examinar son cirugías de mama, prostatectomías, tiroidectomías e histerectomías. Para la recolección de datos se utiliza una hoja de registro postalta. Los aspectos analizados en la hoja de registro postalta son: tipo y distribución de cirugías, tiempo de estadía hospitalaria, registro del control postoperatorio, descripción de herida operatoria en el control postoperatorio. Se revisaron 175 fichas de las cuales se encontró una IHO adicional a la registrada por el comité de IIH. No es posible recomendar la aplicación de manera sistemática de este sistema de vigilancia, debido al bajo porcentaje de infección en cirugías limpias. **Palabras clave:** infecciones nosocomiales, infección de herida operatoria, vigilancia postalta, registro postalta.

ABSTRACT

The third most common cause of Nosocomial Infections [NI] are Surgical Site Infections [SSI], counting for approximately 14% to 16% of all NI. Most SSIs can be diagnosed while patients are still hospitalized, but some of them can only be detected once patients return to the hospital from home for their postoperative medical visit. For their identification, several epidemiologic surveillance methods are utilized, all of them carried out in an active, selective and systematic way. The purpose of this study is to determine the need of implementing a post discharge surveillance system to detect SSI in clean surgical wounds after surgery in a private facility located in Santiago. We performed a retrospective review of medical records of breast surgery, prostatectomies, thyroidectomies and hysterectomies operated between September and November 2007, looking for postdischarge SSI. We compared our findings with those reported by the NI Committee. Specially designed data collection sheet was utilized for every patient. We registered the type and distribution of surgeries, total hospital stay, postoperative medical visit and the type of surgical wound. SSIs were identified, according to their clinical description. 175 patient's records were reviewed. Only one additional SSI was detected. We believe it is not possible to recommend a systematic retrospective surveillance method like the one we described because of the low frequency of SSI in these types of surgeries. **Key words:** nosocomial Infection, surgical site infection, postdischarge surveillance, postdischarge documentation.

* Proyecto "Sistema de vigilancia posterior al alta en una clínica privada", investigación autofinanciado.

** correspondencia e-mail: vaedo@uc.cl

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud [IAAS] son procesos infecciosos localizados o generalizados, de origen endógeno o exógeno, que aparecen durante la permanencia o concurrencia a un centro de salud y que se manifiestan después del alta. Se excluyen las infecciones adquiridas en la comunidad y que están presentes al ingreso o en proceso de incubación al momento del ingreso a la institución (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003).

Las IAAS son uno de los principales indicadores de calidad de atención en salud y pueden ser prevenibles en un porcentaje importante. Afectan a un 5% de los pacientes hospitalizados, aumentan de forma considerable la morbilidad de los pacientes y contribuyen al incremento de los costos del tratamiento debido a la prolongación de la estadía hospitalaria. Para su pesquisa se utilizan diversos tipos de vigilancia epidemiológica, el sistema que se elige depende fundamentalmente de los recursos humanos y económicos con que se cuenta, así como de la estructura física de cada hospital.

En un año en Chile se presentan aproximadamente 70.000 IAAS (Potin, & Garrido, s.f) por lo que los hospitales han creado programas de prevención y control de infecciones que incluyen sistemas de vigilancia epidemiológica que se realizan de forma activa, selectiva, sistemática y permanente. Estos sistemas de vigilancia tienen como objetivo disminuir las tasas de IAAS, detectar las fuentes de transmisión de los brotes epidémicos, identificar áreas problema en IAAS, establecer prioridades en los programas de control y elaborar estándares nacionales de atención. La tercera causa más frecuente de infección intrahospitalaria, es la Infección de Herida Operatoria [IHO], correspondiendo aproximadamente al 14% a 16% de todas las infecciones nosocomiales (Mangram, Horan, Pearson, Silver, & Jarvis, 1999; De Oliveira & Carvalho, 2004).

La IHO es una complicación común entre los pacientes quirúrgicos, es causante del aumento de la morbilidad, mortalidad y de los costos en la hospitalización (Geubbels, Nagelkerke, Mintjes - De groot, Vandenbroucke, Grobbee, & De Boer, 2006; Manniën, Wille, & Rudd, 2006; Reilly, Allardice, Bruce, 2006). La mayoría de las IHO pueden detectarse mientras los pacientes permanecen hospitalizados, sin embargo, dado que en los últimos años el tiempo de estadía hospitalaria ha disminuido significativamente para los pacientes quirúrgicos, algunas IHO se presentan cuando los pacientes están en su domicilio y solo se detectan cuando estos vuelven a alguno de sus controles. Por tal razón, se hace necesario crear un sistema de vigilancia postalta protocolizado, que se lleve a cabo sistemáticamente en cirugías determinadas, que permita identificar la presencia de IHO.

El objetivo de esta investigación es determinar la necesidad de implementar un sistema de vigilancia postalta, para intervenciones quirúrgicas limpias, en un establecimiento privado de Santiago de Chile. Los objetivos específicos son: identificar las cirugías de corta estadía más frecuentes, clasificar las cirugías de corta estadía identificadas según grado de contaminación, determinar la utilización de profilaxis antibiótica en las cirugías estudiadas, identificar el porcentaje del registro de control postalta en las fichas estudiadas, identificar el porcentaje del registro de las características de la herida en las fichas estudiadas, determinar la incidencia de IHO posterior al alta en intervenciones quirúrgicas de corta estadía, comparar la incidencia de IHO detectadas a través del sistema de vigilancia postalta con las tasas de IHO informadas por el comité de IIH de la clínica e identificar las ventajas y desventajas del método seleccionado.

Debido a la aplicación masiva de las técnicas de cirugía mínimamente invasivas (como la cirugía laparoscópica y endoscópica) y la popularización de la

Cirugía Mayor Ambulatoria, existe actualmente una tendencia a reducir el tiempo de estadía hospitalaria postintervención quirúrgica (Petherick, Dalton, Moore, & Cullum, 2006; De Oliveira & Carvalho, 2004; Manniën et al., 2006). Pacientes que hace algunos años requerían de varios días y hasta semanas de hospitalización, hoy en día son dados de alta en un tiempo mucho menor, algunos incluso el mismo día de la operación. Al ser dados de alta más precozmente disminuye la posibilidad de pesquisar un porcentaje de las IHO. Solo un 65% de las IHO se detecta antes del alta (Weigelt, Dryer & Haley, 1992), quedando aproximadamente un 35% de ellas sin notificar o irregularmente notificadas. Por esto se hace necesario implementar sistemas que permitan detectar la ocurrencia de IHO después del alta de los pacientes como componente fundamental del programa institucional de control de infección intrahospitalaria. Contar con métodos estandarizados para definir y monitorizar las IHO es esencial para identificar tasas de infección, comparar, describir e investigar variaciones en las tasas de infección, evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas, priorizar la asignación de los recursos, identificar los factores de riesgo y mejorar la calidad de atención de los pacientes (Petherick et al., 2006).

Las IHO pueden aparecer en todo tipo de intervenciones quirúrgicas. La vigilancia epidemiológica en Chile se realiza por cirugías determinadas (cesárea, hernias inguinales, colecistectomía laparoscópica y por laparotomía, cirugías limpias de alta complejidad) con el objetivo de controlar los factores de riesgo y permitir una mejor comparación entre hospitales (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2007). En la clínica donde se implementa el proyecto, durante el período 2005-2007 se evidenció un aumento en las tasas de IHO de algunas cirugías que se realizan de forma frecuente y de corta estadía, como cirugías de mama y prostatectomías.

La tasa de IHO para cirugías de mama durante el 2006 fue de 1.4% y aumentó a 5.6% en el año 2007. Para prostatectomía radical, la tasa aumentó de 0% IHO en el 2005 y 2006 a 10.5% en el año 2007 (Tabla 1). Este aumento de tasas fue detectado a través de seguimiento postalta informal, utilizando informes de laboratorio, reingresos, revisión de historia clínica y reoperaciones de pacientes. Actualmente en la institución no existe un sistema de vigilancia postalta estandarizado y sistemático que permita llevar un registro fidedigno. Por tal razón y para el presente estudio, se establece un sistema de vigilancia post alta estandarizado y se determina vigilar solo las cirugías más frecuentes de corta estadía que se realizan en la clínica, dado que es en ese subgrupo donde se detectó un aumento de las tasas de infección.

La identificación de IHO involucra la interpretación de resultados clínicos y de laboratorio, y para ello se utiliza la definición estandarizada de criterios que establece el Center for Disease Control (CDC): infección incisional superficial, es aquella que se produce durante los 30 días posteriores de la intervención quirúrgica. Compromete la piel o tejido subcutáneo, en el lugar de la incisión. Además presenta al menos uno de los siguientes aspectos: drenaje purulento de la incisión superficial; aislamiento de un microorganismo en el cultivo de un líquido o tejido procedente de la incisión superficial, a partir de una muestra obtenida de forma aséptica. Y presenta al menos uno de los siguientes síntomas: dolor o hipersensibilidad al tacto o presión, inflamación (calor, tumefacción, eritema), incisión superficial abierta deliberadamente por el cirujano, diagnóstico médico de infección superficial de la incisión.

Infección incisional profunda, es la que se produce durante los 30 días posteriores de la intervención quirúrgica, si no se ha colocado ningún implante o prótesis, o dentro del primer año si se ha colocado implante o prótesis. Compromete la piel o tejido subcutáneo en el lugar de la incisión.

Además, presenta al menos uno de los siguientes aspectos: drenaje purulento de la incisión profunda pero no del sitio quirúrgico; dehiscencia espontánea de la zona profunda de la incisión o deliberadamente abierta por cirujano, cuando el paciente presenta al menos dolor localizado o sensibilidad a no ser que el cultivo sea negativo (fiebre mayor a 38° C); hallazgo de un absceso u otra evidencia de infección que afecte la incisión profunda, durante un examen directo, una reintervención, o a través de un examen radiológico o histopatológico o diagnóstico médico de infección profunda de la incisión.

Infección de órgano espacio es aquella que se produce durante los 30 días posteriores de la intervención quirúrgica, si no se ha colocado ningún implante o prótesis, o dentro del primer año si se ha colocado implante o prótesis. Compromete tejidos anatómicos distintos a la incisión que fueron abiertos o manipulados durante la intervención. Además, presenta al menos uno de los siguientes aspectos: drenaje purulento desde el tubo de drenaje que se coloca en un órgano o espacio a través de una incisión; aislamiento de organismos de un cultivo obtenido asépticamente de fluidos o tejidos del órgano espacio; absceso u otra evidencia de infección que involucren al órgano o espacio, encontrado por examen directo durante una reintervención o examen histológico o radiológico; diagnóstico de infección de órgano o espacio por un cirujano o médico general.

El National Research Council [NRC] cuenta con un sistema de clasificación de sitio quirúrgico según el grado de contaminación (Mangram et al., 1999): cirugías limpias, son aquellas intervenciones no traumáticas, en las cuales no se penetra al tracto respiratorio, digestivo, genital o urinario. No se atraviesan tejidos infectados. Se produce escaso trauma tisular. Su cierre es primario y si se necesita, se utiliza un sistema de drenaje cerrado. Por ejemplo, herniorrafia inguinal, incisional y umbilical; mastectomías e implante de prótesis.

Cirugías limpias contaminadas, intervenciones en las cuales se penetra al tracto respiratorio, digestivo, genital o urinario, bajo condiciones controladas y sin derrame significativo de su contenido. Intervenciones donde se ha producido una trasgresión leve de la técnica aséptica. Corresponden a cirugías que comprometen el tracto biliar, apéndice, vagina y cavidad orofaríngea, teniendo en cuenta que no hay evidencia de infección. También comprende intervenciones limpias donde se ha dejado un drenaje abierto. Por ejemplo, gastrectomías, cistoscopías, colecistectomía laparoscópica y clásica.

Cirugías contaminadas, aquellas en las que se produce falla importante de las normas de asepsia o hay penetración en vísceras huecas con escape de contenido. Además sitios quirúrgicos a través de los cuales se invade el tracto genitourinario con orina infectada, o tractos biliares con bilis infectada. También heridas traumáticas recientes, menor de seis horas de evolución. Por ejemplo, apendicetomía, divertículo intestinal roto.

Cirugías sucias, aquellas realizadas sobre heridas traumáticas con cuerpos extraños, tejidos desvitalizados, o con más de seis horas de evolución. Además son intervenciones que afectan tejidos con colecciones purulentas o vísceras perforadas. Por ejemplo, incisión y drenaje de una cadera infectada, debridamiento de úlcera por decúbito infectada.

Respecto a la vigilancia postalta de infecciones de sitio quirúrgico, el CDC recomienda que la vigilancia de IHO se mantenga durante los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica. Entre las medidas comprobadas para disminuir la IHO en el postoperatorio se puede mencionar la vigilancia activa con estratificación por riesgo y vigilancia post alta (Mangram et al., 1999).

Algunos de los métodos usados de vigilancia postalta, con diferentes grados de éxito, son los métodos directos que se refiere a la valuación directa de la herida qui-

rúrgica por cirujano, enfermera o personal de control de infecciones intrahospitalarias. Otra forma es el método indirecto, este se puede realizar por medio de revisión de fichas clínicas de los pacientes operados, encuestas realizadas a los pacientes por mail o teléfono, encuestas realizadas a los cirujanos por mail o teléfono, registros de farmacia para prescripciones de algunos antimicrobianos específicos, registros de reingresos, registros de atenciones de urgencia o registros de laboratorio. La vigilancia postalta también se puede realizar combinando varios métodos, sin embargo, estos sistemas no son exactos, a menudo presentan problemas logísticos importantes y pueden aumentar considerablemente los costos del sistema de vigilancia (Internacional Federation of Infection Control [IFIC], 2006; Mangram et al., 1999). Actualmente, no existe consenso en cuál es el método de vigilancia postalta más eficiente, efectivo y práctico. Por lo tanto se sugiere que cada establecimiento hospitalario desarrolle y utilice un método de vigilancia postalta basado en las cirugías realizadas, los recursos disponibles, propósito de la vigilancia y las características propias de la institución (Belío-Blasco & Torres-Fernández, 2000; Mangram et al., 1999; Petherick et al., 2006). Para este estudio se seleccionó la revisión retrospectiva de historias clínicas de los pacientes sometidos a las cirugías más frecuentes y de corta estadía en el período establecido, debido a la mayor sensibilidad demostrada para este método en algunos estudios (Belío-Blasco & Torres-Fernández, 2000) y al hecho que todos los pacientes operados tienen el control postquirúrgico en la misma institución.

METODOLOGÍA

Investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva. El trabajo en terreno se desarrolla entre los meses de septiembre a noviembre de 2007, en una clínica privada de Santiago, donde se llevan a cabo un número aproximado de 250 cirugías por

mes. Se realiza revisión estandarizada de las fichas clínicas de las cirugías de corta estadía que mostraron aumento en sus tasas de IHO (cirugías de mama y prostatectomías). Además, se incluyen tiroidectomías e hysterectomías por presentar características similares a las intervenciones mencionadas en cuanto al tiempo operatorio y días de hospitalización. Para efectos de este estudio se define cirugías de corta estadía como aquellas que presentan una permanencia hospitalaria igual o inferior a tres días. La muestra seleccionada corresponde a todos los pacientes sometidos a las cirugías de corta estadía entre mayo y julio de 2007. Para identificar a los pacientes se utilizan las tablas de pabellón quirúrgico y luego se solicitan las fichas clínicas al servicio de archivo. La recolección de la información se realiza mediante una hoja de registro postalta creado especialmente para el estudio (Figura 1). Los aspectos analizados en la hoja de registro postalta, son tipo y distribución de cirugías, días de estadía hospitalaria, registro del control postoperatorio, descripción de herida operatoria en el control postoperatorio. Se identificaron las IHO según las definiciones establecidas. Se considera IHO tras el alta si el paciente presenta al menos uno de los siguientes criterios: secreción purulenta en herida operatoria; fiebre, dolor, eritema, inflamación; diagnóstico médico de infección de herida operatoria.

RESULTADOS

En la institución donde se desarrolla la investigación se realizaron en total 572 intervenciones quirúrgicas entre mayo y julio de 2007. De estas intervenciones, 218 corresponden a la población en estudio (pacientes sometidos a cirugías de mama, prostatectomías radicales, hysterectomías y tiroidectomías) lo que implica 38.1% del total de intervenciones. En relación a la distribución por cirugías, se pudo establecer que 112 (52%) corresponden a cirugías de mama, 51 (23%) a tiroidectomías, 39 (18%) a hysterectomías y 16 (7%) a prosta-

tectomías radicales (Figura 2). Finalmente se analizan 175 fichas lo que corresponde al 80% de la muestra en estudio.

En relación a la clasificación de las cirugías se encuentra que 129 (73.7%) son cirugías limpias y 46 (26.2%) cirugías limpias contaminadas. No se encuentran cirugías contaminadas ni sucias (Figura 3). Del total de las cirugías estudiadas, la utilización de profilaxis antibiótica se distribuyó de la siguiente manera: en el 93% de las cirugías de mama se utiliza antibióticos profilácticos, el 75% de los pacientes operados de tiroidectomía reciben profilaxis antibiótica y el 100% de los pacientes sometidos a histerectomías y prostatectomías reciben profilaxis.

El 91% de los pacientes operados permanece en la institución menos de tres días y el 9% de los pacientes está hospitalizado por cuatro días o más. Con respecto al registro de control postalta, en 121 fichas (69%) se encuentra registro del control (Figura 4). De las 121 fichas que tenía registro de control, en 98 fichas (81%) se encuentra registro de las características de la herida (Figura 5).

Del total en estudio se encuentran 2 con IHO, que corresponden a cirugías de mama (Figura 6). En ambos casos se trata de infecciones incisionales superficiales en las que se evidencia drenaje de secreción purulenta, dolor y eritema.

En relación al tiempo de aparición de IHO encontradas, en el primer caso se evidencia la infección a los ocho días post-intervención quirúrgica y en el segundo caso la aparición es a los dieciséis días postcirugía. El informe del comité de IIH de la institución, en el período estudiado, se muestra en la Tabla 2. La información entregada a través del seguimiento postalta, se presenta en la Tabla 3.

CONCLUSIONES

Se analizan 175 historias clínicas, lo que corresponde al 80% del total de la población en estudio. El 73.7% de las intervenciones corresponden a cirugías

limpias, siendo estas principalmente cirugías de mama. El 90% de los pacientes operados en el período estudiado reciben antibioprofilaxis. El análisis de permanencia hospitalaria muestra que la media de estadía hospitalaria es de 1.91 días. El 91% de los pacientes operados permanece en la institución menos de tres días y el 9% de los pacientes está hospitalizado por cuatro días o más. La mayoría de las fichas clínicas cuenta con registro de control postalta (69%) y en un 81% de estas se describen las características de las heridas en el momento del control. En el período de estudio se identifican dos IHO que corresponden a cirugías de mama, las cuales se presentan después del alta hospitalaria (ocho y dieciséis días postcirugía respectivamente). El comité de IIH detecta una de estas infecciones debido a que el paciente reingresa para recibir tratamiento antibiótico. En ambos casos de IHO, se verifica el cumplimiento del protocolo de antibioprofilaxis normado en la institución. El método seleccionado en esta investigación permite identificar estas infecciones de herida operatoria, lo que aumenta la tasa de IHO de cirugía de mama de 0.89 a 1.78 en el período estudiado. Estos resultados sugieren que sí es posible pesquisar casos adicionales de IHO a través de análisis retrospectivo de vigilancia. Sin embargo, aunque solo se encuentra un caso adicional en esta muestra, no es posible recomendar la aplicación de este sistema de revisión de fichas clínicas para este grupo de pacientes, debido a que requiere un uso intensivo de recurso humano (enfermera) y se logra detectar un bajo número de casos adicionales. Además, debido a la dificultad de acceso al servicio de archivo para revisar el 100% de las fichas de los pacientes operados. Las ventajas del método seleccionado son: a) a través de la revisión retrospectiva de fichas clínicas se puede acceder a las historias clínicas de la población elegida y así determinar las tasas reales de IHO; b) el registro obteni-

do es confiable, ya que es realizado por personal capacitado; c) aumenta la sensibilidad del sistema para pesquisar IHO adicionales en cirugías limpias; d) a través de este sistema, también se pueden detectar otras complicaciones postquirúrgicas; e) se podrían identificar además factores de riesgo o factores predisponentes; f) mejora la calidad de atención; g) es posible aplicar este sistema estandarizado y sistemático en otro subgrupo de intervenciones quirúrgicas, como cirugías limpias contaminadas y contaminadas, que permita detectar un mayor número de casos. En relación a las desventajas se considera que: a) no es posible recomendar la aplicación de este sistema de vigilancia a través de un método indirecto, al menos para este tipo de cirugías limpias; b) el número de pacientes detectados es bajo; c) existe un porcentaje de pacientes que no tiene registro del control postalta; d) existen registros incompletos de control postalta en algunas historias clínicas; e) este sistema requiere tiempo enfermera IHO para revisión de historias clínicas; f) existe dificultad de acceso a las historias clínicas por recarga al servicio de archivo.

Para establecer este protocolo es fundamental contar con el apoyo de la dirección médica que incentive la colaboración del equipo médico para realizar los registros de todos los controles postalta, describiendo las características de las heridas quirúrgicas y asignando tiempo al servicio de archivo.

Finalmente, se puede concluir que el seguimiento postalta de pacientes operados de cirugías de corta estadía aumenta la sensibilidad del sistema de vigilancia, lo que permite enfocar los esfuerzos para disminuir las tasas de IHO y favorecer la calidad de la atención. Sin embargo, se sugiere que la aplicación de este sistema de vigilancia estandarizado, se puede implementar en otros grupos de pacientes quirúrgicos, como por ejemplo las cirugías contaminadas, lo que permitiría detectar un mayor número de casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belío-Blasco, C., & Torres-Fernández, A. (2000). Evaluation of two retrospective active surveillance methods for the detection of nosocomial infection in surgical patients. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 21, 24-27.
- Chile, Ministerio de Salud. (2007). *Informe de vigilancia epidemiológica: Infección de herida operatoria*. Recuperado de http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/problemas/infecciones.html
- De Oliveira, A., & Carvalho, D. (2004). Vigilancia post alta hospitalaria en un hospital universitario en Brazil: impacto en la incidencia de la infección de sitio quirúrgico. *Enfermería global. Revista electrónica semestral de enfermería*. Brazil, 4, 1-15.
- Geubbels, E., Nagelkerke, N., Mintjes-De groot, J., Vandenbroucke, C., Grobbee, D., & De Boer, A. (2006). Reduced risk of surgical site infections through surveillance in a network. *International Journal for Quality in Health Care*, 18 (2), 127-133. Recuperado el 25 de septiembre de 2007, de la base de datos PUBMED
- Internacional Federation of Infection Control. (2006). Vigilancia epidemiológica de Infecciones intrahospitalarias. *International Journal of Infection Control*. 2, 53-56.
- Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., & Jarvis, W. R. (1999). The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical site Infection. Centers for Disease Control and Prevention. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 20(4), 247-278.
- Manniën, J., Wille, J., & Rudd, L. (2006). Impact of postdischarge surveillance on surgical site infection rates for several surgical procedures: results from the nosocomial surveillance network in the Netherlands. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 27, 809-816.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Costo de la infección nosocomial en nueve países de América Latina*. Washington, D.C.: Autor.
- Petherick, E., Dalton, J., Moore, P., & Cullum, N. (2006). Methods for identifying surgical wound infection after discharge from

- hospital: A systematic review. *Bio Med Central Infectious diseases*, 6, 1-10. Recuperado de la base de datos PUBMED.
- Potin, M., & Garrido, O. (s.f.). *El niño hospitalizado: problemas frecuentes. Prevención infecciones*. Recuperado el 5 de junio de 2010, del sitio Web del *Departamento de Publicaciones* de la Pontificia Universidad Católica de Chile: <http://escuela.med.puc.cl/publ/pediatriaHosp/Infecciones.html>
- Reilly, J., Allardice, G., & Bruce, J. (2006). Procedure – specific surgical site infection rates and postdischarge surveillance in Scotland. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 27, 1318 – 1323. Recuperado el 25 de septiembre de 2007, de la base de datos PUBMED.
- Weigelt, J., Dryer, D., & Haley, R. (1992). The necessity and efficiency of wound surveillance after discharge. *Archives of Surgery*, 127(1), 77-82.

Figura 1. Hoja de registro postalta

Nombre			
Ficha clínica			
Edad			
Antecedentes mórbidos			
Diagnóstico			
Fecha de hospitalización			
Fecha cirugía			
Profilaxis	Sí	No	Hora
Cirugía			
Hora inicio cirugía		Duración cirugía	
Complicaciones intraoperatorias	Sí	No	
Reintervenciones	Sí	No	
Signos de infección durante hospitalización	Sí	No	
Fecha de alta			
Fecha control postalta			
Signos infección en el control	Sí	No	
Descripción signos de infección			
Cultivo	Sí	No	Fecha
Agente etiológico			
Tratamiento			

Figura 2. Distribución por cirugías (mayo - junio - julio 2007)

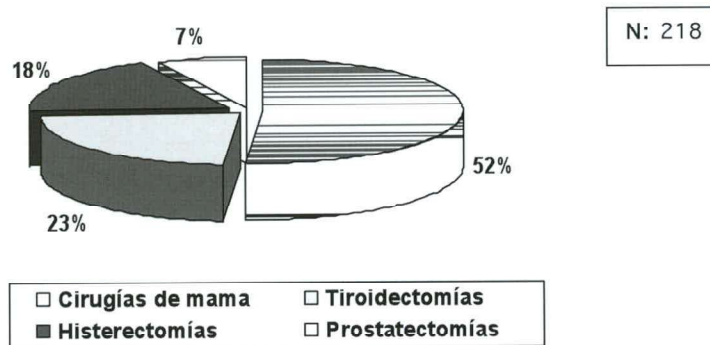


Figura 3. Clasificación de Cirugías

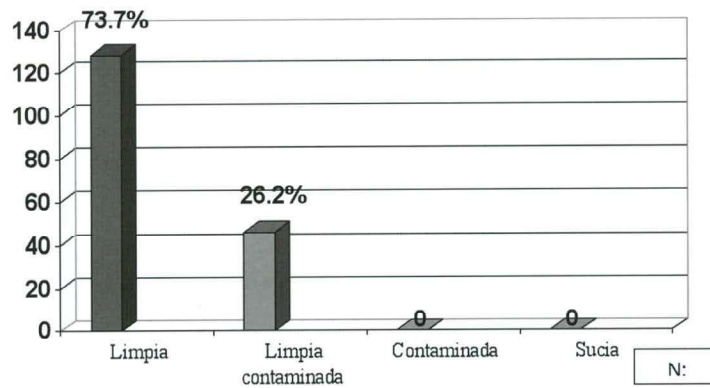


Figura 4. Registro de control postalta

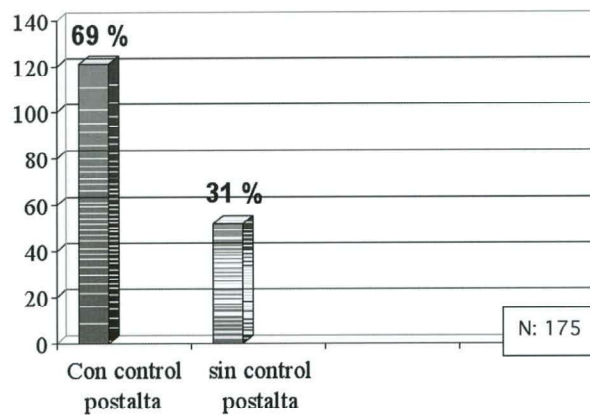


Figura 5. Registro de características de la herida

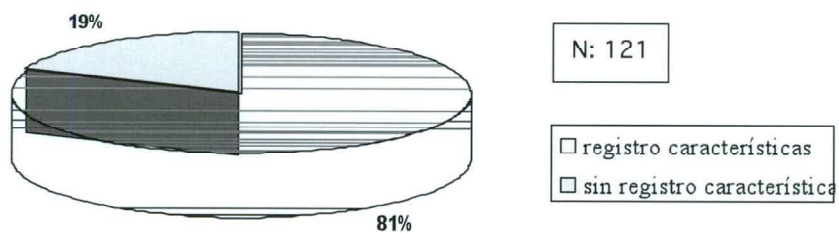


Figura 6. Infecciones de herida operatoria

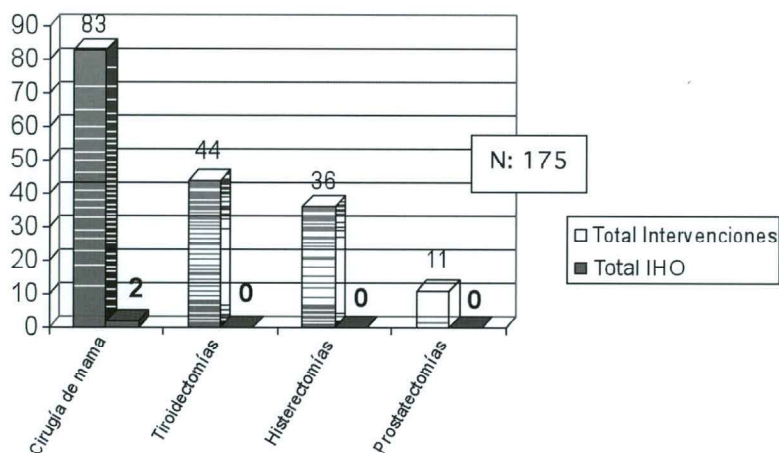


Tabla 1. Tasas de IHO (Período 2005 – 2007)

	2005 1 ^{er} trimestre	2006 1 ^{er} trimestre	2007 1 ^{er} trimestre
Cirugías de mama	0	1.4	5.6
Prostatectomía radical	0	0	10.5

Tabla 2. Informe de IHO (mayo – julio 2007) por comité IIH

Cirugías	Número de infecciones	Número de cirugías	Tasa
Cirugía de mama	1	112	0.89
Tiroidectomías	0	51	0
Histerectomías	0	39	0
Prostatectomías	0	16	0

Tabla 3. Informe de IHO (mayo – julio 2007) por seguimiento postalta

Cirugías	Número de infecciones	Número de cirugías	Tasa
Cirugía de mama	2	112	1.78
Tiroidectomías	0	51	0
Histerectomías	0	39	0
Prostatectomías	0	16	0