

Incidencia de Infecciones de Sitio Quirúrgico en cirugía limpia en Uruguay, 18 meses de vigilancia.

Lic. Silvia Guerra (1), Dr. Homero Bagnulo (2), Dr. Jorge Basso (3), Dra. Raquel Rosa (4), Lic. Cándida Scarpitta (5), Lic. Marysol Viera (6).

(1)Ministerio de Salud Pública (MSP). Control de Infecciones Hospitalarias. (2) MSP. Presidente de la Comisión Nacional Asesora de IH. (3)MSP. Director General de la Salud. (4)MSP. Directora de División Epidemiología. (5)FNR. Adjunta a dirección. (6)MSP. Control de IH.

Las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) en cirugía limpia representan un buen indicador de la calidad. El conocimiento de su epidemiología contribuye a mejorar las prácticas de prevención y tratamiento.

OBJETIVOS:

- Determinar la incidencia de ISQ en pacientes sometidos a cirugía limpia,
- Diferenciar las ISQ de acuerdo a su gravedad,
- Identificar las cirugías de mayor riesgo de ISQ,
- Describir la microbiología y la mortalidad de las infecciones.
- Comprobar la utilidad del IRIQ como estratificador de riesgo quirúrgico.

METODOLOGIA:

Estudio de incidencia de ISQ en cirugía limpia mediante la aplicación del Sistema Nacional de Vigilancia de IH de Uruguay, del 1º Enero de 2007 al 30 de Junio de 2008.

Se utilizaron los criterios y definiciones del NNISS y los hospitales reportaron los datos en forma obligatoria al Ministerio de Salud (MSP) a los 45 días post-cirugía. Los datos se procesaron en Epi info y excell.

RESULTADOS

Notificaron al MSP todos los hospitales de mayor tamaño, 14 hospitales públicos y 39 hospitales privados.

Se vigilaron **29.814** cirugías limpias en el período de estudio, en las que se detectaron **858** ISQ, lo que determinó una Tasa global de ISQ de 2,87%.

La **proporción de ISQ** según profundidad mostró que un 63,3% fueron superficiales, 23,7% incisionales-profundas y un 13% fueron de órgano-espacio. La **Tasa de ISQ** incisional-superficial fue de **1,8%**, de incisional-profunda **0,66%** y de órgano-espacio **0,37%**.

La ISQ se relacionó en forma directa con el IRIQ para todos los procedimientos quirúrgicos, habiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) entre los estratos en la tasa global.

La tasa de ISQ para IRIQ 0 fue de 1,9%, para IRIQ 1 de 4,7% y para cirugías con IRIQ 2 la tasa de ISQ fue de 10,1% (ver gráfico 1). Asimismo, los procedimientos quirúrgicos tuvieron diferencias en la ocurrencia de ISQ, con tasas por encima del promedio del grupo en prótesis de cadera (PROC), de rodilla (PROR), by pass coronario (CBGB), cirugía cardíaca (CARD), fusión espinal (FUSN) y craneotomía (CRAN) (Ver grafico nº 2)

Gráfico Nº 1

Tasa de Infección de sitio quirúrgico en cirugía limpia según IRIQ.

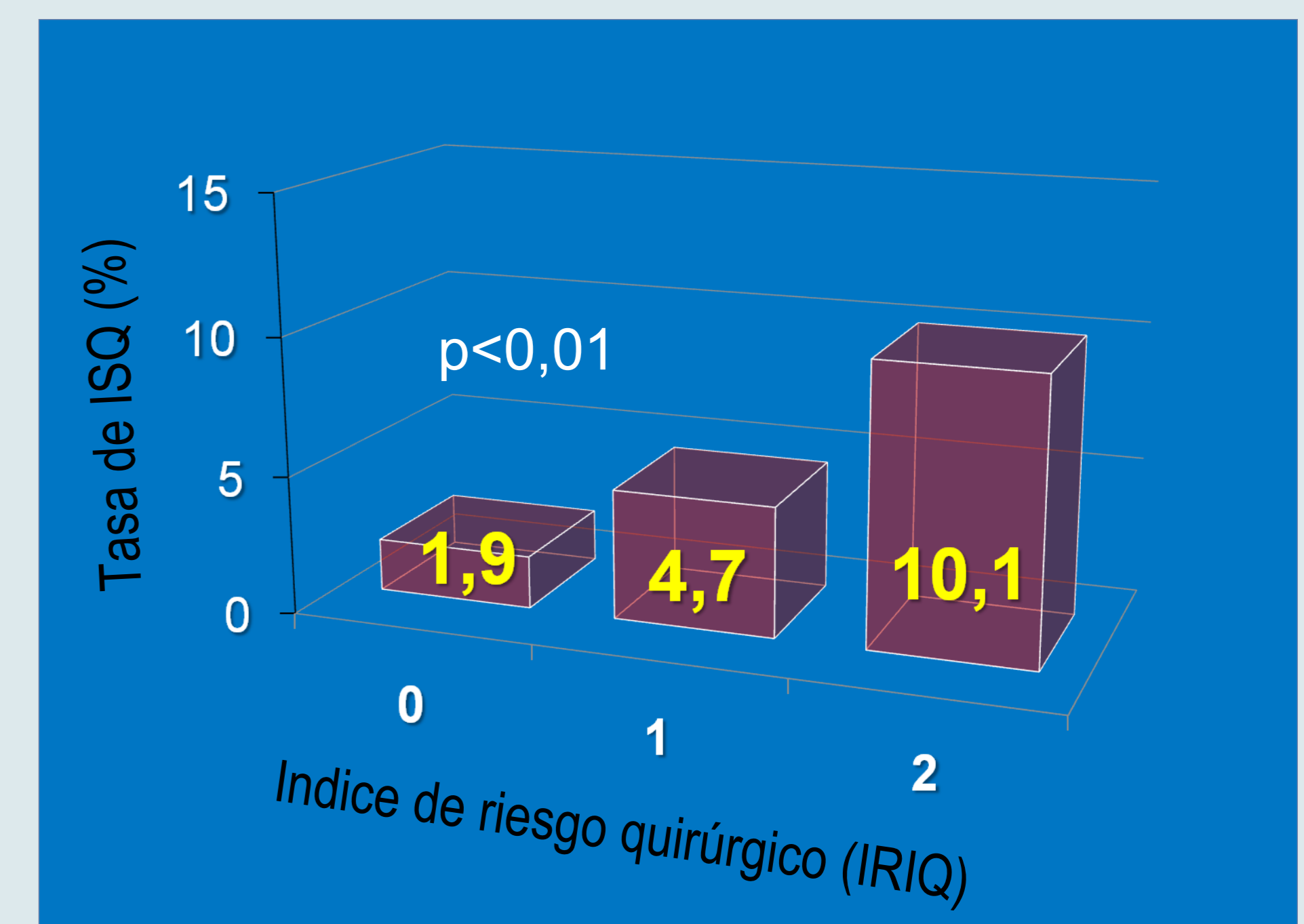
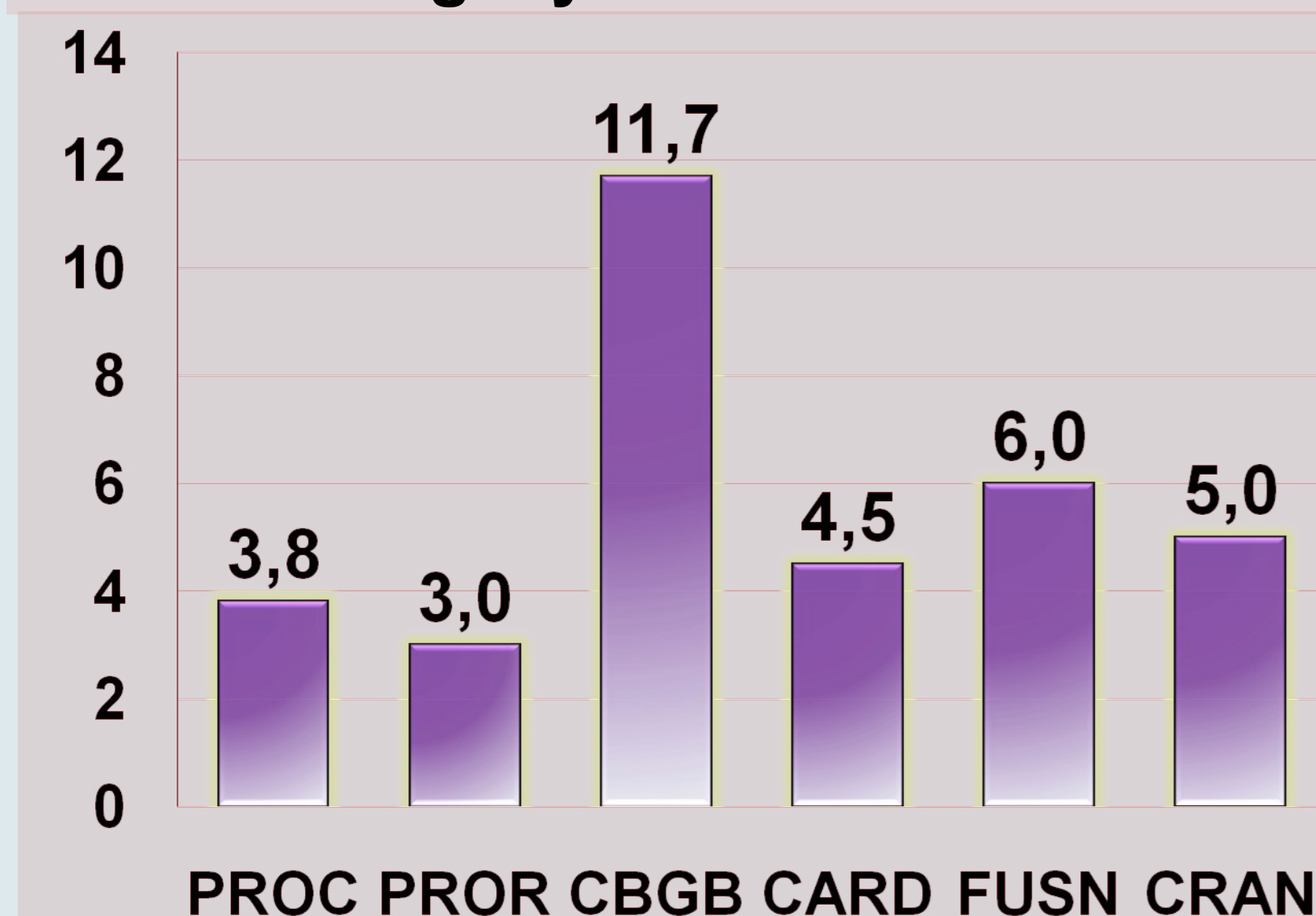


Gráfico Nº 2

Tasas de ISQ (%) específicas por procedimiento. Uruguay. 1/1/07-30/6/08



En el **36%** de las ISQ no se determinó el agente etiológico.

De las ISQ con agente confirmado, el **48,7%** fueron provocadas por Gram positivos, (*Staphylococcus aureus* 37,6%, *Staphylococcus coagulasa negativo* 6,9%, del total de aislamientos).

Los gram negativos fueron un **51%** de los aislamientos, y de éstos *Klebsiella pneumoniae* (9,6%), *Pseudomonas aeruginosa* (8,4%) y *Echerichia coli* (6,9%) representaron los de mayor frecuencia.

La letalidad de las ISQ fue de **1,07%** y además las ISQ contribuyeron a la muerte en el **2,9%** de los pacientes con infección de sitio quirúrgico.

CONCLUSIONES:

Las infecciones incisionales-superficiales representaron una alta proporción de las ISQ detectadas. El IRIQ resultó un excelente estratificador de riesgo para cirugía limpia, con diferencia estadísticamente significativa entre los estratos.

Algunos procedimientos quirúrgicos limpios poseen mayor riesgo de ISQ que otros: cirugía cardíaca, fusión espinal, craneotomía, implante de rodilla y cadera.

La identificación del agente etiológico de ISQ fue insuficiente y la microbiología mostró una proporción de gran negativos mayor a lo esperado para cirugía limpia.