



CLÍNICA

Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza

Infecção de ferida operatória após cesariana em um hospital público de Fortaleza

Wound infection after cesarean section in a public hospital from Fortaleza

Aguar da Cruz, Lidiane, **Vieira Freitas, Lydia, ***Moura Barbosa, Régia Christina, *De Souza Gomes, Linicarla Fabiole, **Teixeira Vasconcelos, Camila Moreira**

*Enfermera. E-mail: dianeaguilar17@hotmail.com **Doctoranda en Enfermería en la Promoción de la Salud – UFC. Docente en Enfermería – FAMETRO *** Doctora en Enfermería en la Promoción de la Salud – UFC. Docente en Enfermería – FAMETRO **** Enfermera. Especialista en Salud de la Familia. Mestranda en Enfermería en la Promoción de la Salud – UFC. Docente en Enfermería – FAMETRO. Brasil.

Palabras clave: infección puerperal; parto cesáreo; infección hospitalaria

Palavras-chave: Infecção puerperal; parto cesáreo; infecção hospitalar

.Keywords: Puerperal infection; cesarean section; hospital infection

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo caracterizar los casos de infección de herida operatoria tras cesárea en las mujeres que permanecieron hospitalizadas en el periodo 2008 a 2010 en un hospital público de Fortaleza. Es un estudio documental retrospectivo, con enfoque cuantitativo, con 51 formularios de notificación de infección hospitalaria de mujeres por cesárea, siendo excluidos los que no se completaron correctamente. De los 51 formularios de notificación de las mujeres del hospital por infección de cesárea, 5 no cumplieron con los criterios de inclusión, lo que resulta en 46 formularios de información. La edad media de las pacientes fue de 26,57 años, con edades entre 14 y 40 años, mediana de 24 años y una desviación estándar de 8,1. En este estudio, se observó que de 46 pacientes con infección de herida operatoria el diagnóstico de ingreso fue diversificado de forma que el diagnóstico del proceso del parto se destaca con 19 pacientes. 45 pacientes de esta población mostraron signos y síntomas característicos de este tipo de infección, el grupo de edad predominante con diagnóstico de infección en sitio quirúrgico fue de 20-29 años, las infecciones del sitio quirúrgico que se produjeron con mayor frecuencia fue la infección del sitio quirúrgico superficial con 31 mujeres afectadas y todos los pacientes evolucionaron al alta hospitalaria. Se concluye en este trabajo, que incluso con técnicas avanzadas y cuidados de higienización por parte de los profesionales el número de mujeres que evolucionan a infección del sitio quirúrgico después de una cesárea es aún importante.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo caracterizar os casos de infecção de ferida operatória após cesárea em mulheres que permaneceram internadas no período de 2008 a 2010 em um hospital público de Fortaleza. Estudo do tipo retrospectivo, documental com abordagem quantitativa com 51 fichas de notificação de infecção hospitalar de mulheres cesareadas, sendo excluídas aquelas que não estavam devidamente preenchidas. Das 51 fichas de notificação de infecção hospitalar de mulheres cesareadas, cinco não preencheram os critérios de inclusão, resultando em 46 fichas de notificação hospitalar de mulheres cesareadas na amostra. A idade média das pacientes foi de 26,57 anos, com idade mínima de 14 anos e idade máxima de 40 anos, mediana de 24 anos e desvio padrão de 8,1. Neste estudo, foram observados que das 46 pacientes com infecção de ferida operatória o diagnóstico de internação foi bem diversificado, de forma que o diagnóstico de trabalho de parto destaca-se com 19 pacientes. 45 pacientes desta população apresentaram os sinais e sintomas característicos para esse tipo de infecção, a faixa etária predominante com o diagnóstico de infecção no sítio cirúrgico foi de 20-29 anos, as infecções de sítio cirúrgico que ocorreram com maior frequência foi infecção de sítio cirúrgico superficial com 31 das mulheres acometidas e todas as pacientes evoluíram para alta hospitalar. Conclui-se nesse trabalho, que mesmo havendo técnicas avançadas e cuidados de higienização por parte dos profissionais de saúde o número de mulheres que evoluem para infecção no sítio cirúrgico pós cesárea ainda é significativo.

ABSTRACT

This study aims to characterize the cases of wound infection after cesarean section in women who underwent the operation in the period 2008 to 2010 in a public hospital in Fortaleza. It is a retrospective documentary study, with a quantitative approach, with 51 form notifications of women in hospital with cesarean infections, those forms that were not properly completed were excluded. Of the 51 forms reporting of women in hospital with cesarean infections, five did not meet the inclusion criteria, resulting in a sample of 46 report forms showing women in hospital undergoing cesarean sections. The average age of patients was 26.57 years old, aged between 14 and 40, median of 24 and standard deviation of 8.1. In this study, it was observed that the 46 patients infected by their operations had admission diagnostics diversified in a way that the diagnostic of the birth process stands out with 19 patients. 45 of the patients showed signs and symptoms characteristic of this type of infection, the predominant age group with the diagnosis of infection at the surgical site was 20-29 years, the surgical site infections that occurred most frequently were surface infections with 31 women affected and all patients progressed to discharge. We conclude this work with the fact that even with advanced and careful hygiene techniques on the part of health care professionals the number of women who develop surgical site infection after cesarean section is still significant.

INTRODUCCIÓN

La cesárea, definida como el nacimiento del feto mediante incisión en la pared abdominal y uterina, es una de las cirugías abdominales más comúnmente realizada en mujeres en todo el mundo. Es un procedimientos que se remonta a la Antigüedad, pero en los últimos dos siglos, experimentó intensas modificaciones en términos de indicaciones, objetivos, técnicas y consecuencias⁽¹⁾.

Brasil es hoy uno de los países con mayor ocurrencia de cesáreas en el mundo y presenta un mayor número de partos por cesárea desde los años 70. Tasas brasileñas actualmente superan en mucho las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que recomienda un máximo de 15% de cesáreas para cualquier país⁽²⁾.

La cesárea, cuando se indica, tiene un papel fundamental en la obstetricia moderna como factor de disminución de la morbilidad y mortalidad perinatal y materna. Se sabe que este procedimiento quirúrgico, en comparación con el parto vaginal, se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad materna y neonatal, principalmente porque a las

mujeres embarazadas en situación de riesgo generalmente se les aconseja someterse a una cesárea. Este hecho fue comprobado en la investigación relacionada con las complicaciones maternas asociadas con el tipo de trabajo con 1748 mujeres embarazadas en el que los investigadores han encontrado un total de 56,5% de complicaciones en el parto por cesárea y 43,5% en el vaginal⁽³⁾.

La indicación de la cesárea se ha incrementado a niveles injustificados por parte del personal médico, con resultados negativos económicos y en la salud⁽⁴⁾. Las cuatro indicaciones más comunes para las cesáreas son: cesárea anterior, distocia o falta de progresión del trabajo de parto, presentación de nalgas y el estado fetal no tranquilizador⁽⁵⁾.

Aunque la llegada de la cesárea tiene ventajas innegables, cuando la indicación es correcta, la cirugía presenta los siguientes riesgos o desventajas: más largo período de recuperación; mayor morbilidad materna, incluyendo un mayor riesgo de un paro cardíaco después de la cirugía; hematoma de incisión; histerectomía; infección puerperal y complicaciones anestésicas, mayor riesgo de problemas respiratorios neonatales (síndrome de la angustia respiratoria y taquipnea transitoria del recién nacido)⁽¹⁾.

La infección puerperal se define como una infección bacteriana del tracto genital de la mujer en el puerperio reciente⁽⁶⁾. Mientras que la infección quirúrgica, como es el caso del absceso de la pared producido después de la cesárea, se define como cualquier proceso infeccioso inflamatorio de la herida o de la cavidad operada para drenar el pus, con o sin cultivo positivo. La infección puede estar limitada a la incisión quirúrgica o involucrar las estructuras adyacentes a la herida, es decir, los otros tejidos que han sido expuestas o manipulados durante la cirugía⁽⁷⁾.

A nivel internacional, la infección puerperal presenta índices que oscilan entre el 3 y el 20%, con un promedio del 9%. En Brasil, las tasas varían entre el 1 y el 7,2%, que son más bajas que las tasas internacionales, pero representan altos costos para el hospital y pérdidas físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes⁽⁸⁾.

Hay varios tipos de infecciones puerperales, y de esas infecciones se propone prestar atención al caso específico de la infección operatoria, debido a esta presentarse creciente cuantitativamente, incluso existentes avanzadas técnicas de esterilización e higiene⁽⁹⁾.

La infección de la pared abdominal pertenece a la lista de las infecciones nosocomiales y ocurre en 3 a 16% de las operaciones cesáreas⁽⁶⁾. La incidencia de infección de la herida quirúrgica después de cesárea es de 3 a 15%⁽¹⁰⁾.

La Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) se produce dentro de los 30 días después del procedimiento y hasta un año desde la fecha quirúrgica de implantación de prótesis y de acuerdo con el tipo de ISQ, podemos clasificar los siguientes criterios diagnósticos: Infección del Sitio Quirúrgico Incisional Superficial, Infección del Sitio Quirúrgico Incisional Profunda; Infección del órgano o cavidad⁽²⁾.

A través de los años, la aparición de las mujeres que retornaban a la institución con complicaciones en el puerperio, en especial infecciones, fueron readmitidas en el hospital y separadas de sus hijos y familiares, lo que les causa no sólo dolor físico, sino también dolor emocional y, además, algunas de estas mujeres murieron

posteriormente, lo que lleva a la desintegración familiar, otras sufrieron intervenciones graves, como la histerectomía y la salpingectomía, además de secuelas emocionales⁽¹¹⁾.

Incluso con los avances tecnológicos en los centros quirúrgicos y con un conocimiento más amplio acerca de los factores de riesgo de infección hospitalaria, sin embargo, la tasa de infección sigue aumentando⁽¹²⁾.

La herida operatoria debe ser revisada diariamente y con mucho cuidado, en busca de señales de seroma, hematoma e infección. En estos casos, se hace la abertura de los puntos y el drenaje de la secreción serosa o purulenta con la observación cuidadosa en el área de eritema o la aparición de necrosis. Deberían hacerse apósitos diarios, utilizándose antibioticoterapia cuando exista área de celulitis o señales de infección⁽¹⁰⁾.

Con todas las repercusiones de la infección de la herida operatoria después de la cesárea para la mujer, para la institución y para la sociedad, el objetivo de este trabajo es caracterizar los casos de infección de la herida después de la cesárea en las mujeres que permanecieron hospitalizadas en el período de 2008 a 2010 en un hospital público en Fortaleza.

Se espera que este estudio contribuya a mejorar la calidad de la atención de enfermería para las mujeres en post-parto por cesárea y estimular la producción de más estudios para disminuir la incidencia de la infección en esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio retrospectivo, documental utilizando un enfoque cuantitativo, en el que se analizaron los formularios de notificación de la infección hospitalaria de una maternidad pública en Ceará, cuyas pacientes fueron diagnosticadas con la Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) en la incisión después de la cesárea.

El estudio se llevó a cabo en la Comisión de Control de la Infección Hospitalaria (CCIH) de una maternidad pública de Ceará referencia en obstetricia. Esta está acreditado como hospital de enseñanza, sirviendo como campo de entrenamiento en varias áreas.

La población se compone de 51 fichas de notificación de la infección hospitalaria en las mujeres cesareadas que permanecieron hospitalizadas en sitio de investigación con un diagnóstico de infección de la herida operatoria en el período de 2008 a 2010. De esta población cinco formularios de notificación de la infección hospitalaria fueron excluidos por no registrar la fecha de nacimiento de los pacientes, ya que la edad puede influir en el proceso de infección o cura de la misma.

El estudio se realizó entre 2008 y 2010 por sugerencia de los profesionales del sector en investigación (CCIH), reclamando el traslado de las fichas de notificación de infección hospitalaria en mujeres cesareadas de los años anteriores al archivo muerto del hospital en la investigación y la falta de organización de las fichas de notificación hospitalaria de mujeres cesareadas lo que dificulta el acceso a las mismas.

La muestra se compone de 46 fichas de notificación de infecciones hospitalarias de mujeres cesareadas con diagnóstico de infección en la herida y que fueron debidamente rellenas.

La recolección de datos tuvo lugar entre septiembre y octubre de 2011 a través de las fichas de notificación de infección hospitalaria en mujeres cesareadas a través de un instrumento de recolección de datos con las preguntas que contengan las siguientes informaciones: Identificación, Fecha de hospitalización, Origen del paciente, Factor de riesgo, Fecha de la entrada, Unidad principal, Unidad específica, Fecha de la infección, Tipo de infección, Sitio principal y específico, Procedimiento relacionado, Fecha del procedimiento, Sitio de la infección, Cirugía realizada, Equipo que realizó la cirugía, Fecha de inicio y final de la cirugía y Evaluación del riesgo quirúrgico definido por la Sociedad Americana de Anestesia (ASA), Datos de Microbiología como Agentes aislados y material, Fecha de recolección, Material biológico, Tipo de evolución de los pacientes.

Los datos fueron tabulados utilizando Microsoft Excel para Windows (versión 2007), y se analizaron en el Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer (SPSS-PC), versión 17, que se presentan en los gráficos y discutidos a partir de la literatura pertinente.

Respetamos los problemas éticos y legales relacionados con la investigación en seres humanos, de conformidad con la resolución 196/96 del Ministerio de Salud se conserva así el anonimato de los pacientes con los registros seleccionados para este estudio.

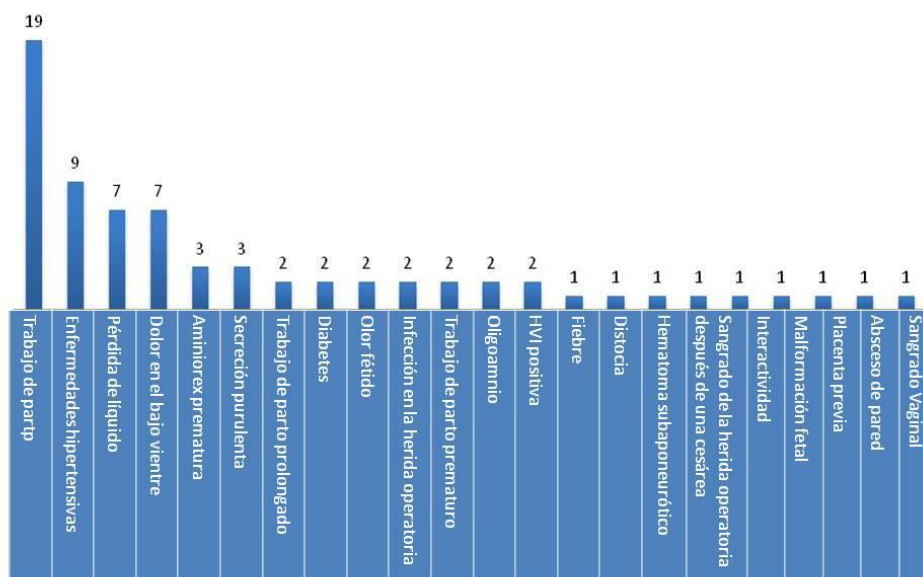
El diseño del estudio fue revisado por el Comité de Ética en Investigación (CEI), y fue aprobado en virtud del Protocolo 0037.0.041.000-11.

El jefe del sector firmó el término fiduciario para garantizar la preservación de la identidad de los pacientes que permanecieron hospitalizados con diagnóstico de infección de la herida operatoria después de la cesárea en la ubicación de búsqueda.

RESULTADOS

A partir de la evaluación a través de las fichas de notificación de infección hospitalaria en mujeres cesareadas podría obtenerse datos relacionados con la población seleccionada para este estudio. El gráfico I muestra los diagnósticos de mujeres hospitalizadas en el centro de investigación.

Gráfico I - Distribución de los diagnósticos de ingreso de mujeres que presentaron infección en la herida operatoria debido al parto por cesárea, Fortaleza, 2008-2010.



A través del Gráfico I, se puede ver que los diagnósticos de hospitalización son muchos, entre ellos podemos ver que las mujeres hospitalizadas con el diagnóstico de trabajo de parto se destacan, con 19 mujeres, seguido de otros diagnósticos comunes durante el embarazo, así como las enfermedades hipertensivas con 9 mujeres, la pérdida de fluido con 7 mujeres y dolor en el bajo abdomen con 7 mujeres. Aunque se puede decir que de los 22 diagnósticos reportados, 12 diagnósticos tienen relación con la infección postparto puerperal, estando presente en 27 mujeres en el estudio.

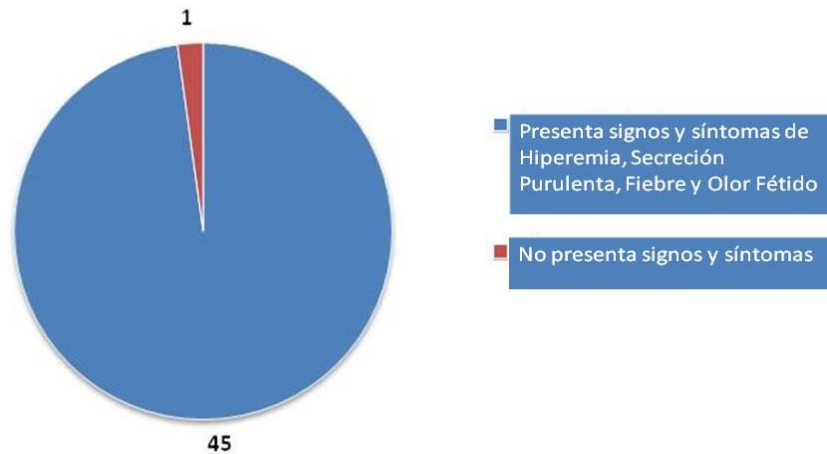
Se sabe que la edad no es importante durante el curado y la curación de procesos infecciosos porque en estos datos se observó en los formularios de notificación de infección hospitalaria de mujeres cesareadas en el sitio de pesquisa, que se explicará en el siguiente gráfico..

Gráfico II – Caracterización del grupo de edad de las mujeres que presentaron infección en la herida operatoria debido al parto por cesárea, Fortaleza, 2008-2010.



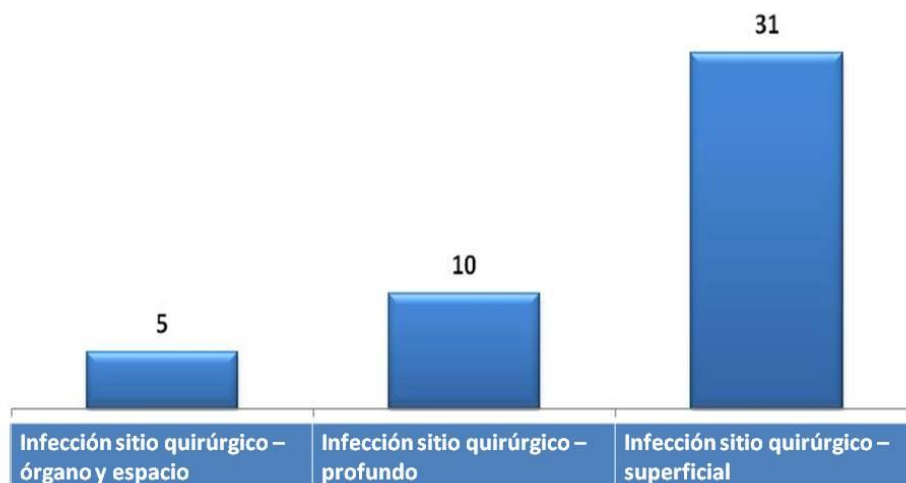
La edad de las mujeres con infección de la herida quirúrgica después de una cesárea varió entre 14 y 40 años, con una mediana de 24 años y una desviación estándar de 8,1.

Gráfico III - Distribución de mujeres que presentaron signos y síntomas de infección en la herida operatoria debido al parto por cesárea, Fortaleza, 2008-2010



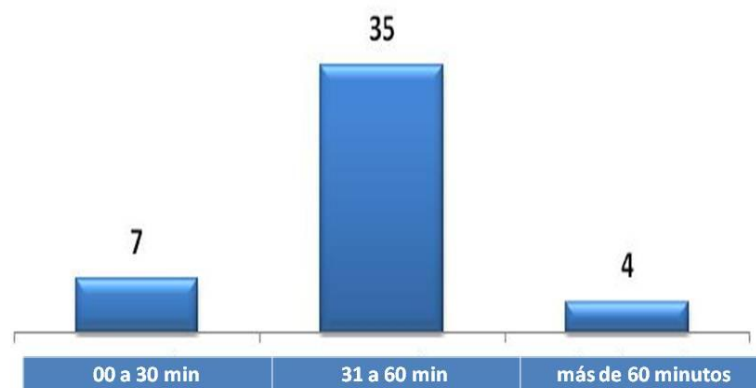
De los 46 pacientes hospitalizados con diagnóstico de infección después de la herida por cesárea, 45 mujeres muestran todos los signos y síntomas exhibidos en la tabla, ya que se esperaba que esta población presentase estos signos y síntomas que son característicos de las personas que desarrollan este tipo de infección, se da cuenta de que 01 paciente no mostró ninguno de los signos y síntomas exhibidos en el gráfico.

Gráfico IV - Distribución del sitio de infección en mujeres que presentaron infección en la herida operatoria debido al parto por cesárea, Fortaleza, 2008-2010.



De acuerdo con el gráfico IV, se puede observar que en 31 pacientes hospitalizados en el local de investigación presentaron ISQ superficial, cantidad considerable en comparación con otros resultados. Numerosas circunstancias pueden aumentar el riesgo de infección después del parto cesáreo, puede ser observado durante el estudio que algunas mujeres presentaron algunos de los factores que predisponen para este tipo de infección facilitando la evolución de ISQ, como las enfermedades hipertensivas, la pérdida de líquidos, amniorex prematuro, diabetes, hemorragia vaginal, oligohidramnios asociados con la demografía social, cultural y económico.

Gráfico V - Distribución del tiempo de realización de la cirugía en mujeres que presentaron infección en la herida operatoria debido al parto por cesárea, Fortaleza, 2008-2010



El gráfico anterior muestra que el tiempo de la cirugía por cesárea en las mujeres que desarrollaron infección de la herida operatoria en el sitio de la investigación fue variable, donde se puede observar que en 35 pacientes de la población estudiada el tiempo de la cirugía se llevó a cabo entre 31 a 60 minutos, cantidad considerable en comparación con el resto de la población.

DISCUSIONES

En cuanto a los diagnósticos presentes en la admisión de las mujeres al hospital, posiblemente sólo estos diagnósticos no justifican la realización de una cesárea. Por lo tanto, las razones principales que se encuentran son los factores sociales, demográficos, culturales y económicos de las mujeres embarazadas, relacionada a la solicitud materna por el tipo de parto y factores relacionados con el modelo de atención desarrollado en varios países, involucrando aspectos de trabajo médico y de otros profesionales, preferencias médicas e intereses económicos de los actores en este proceso⁽¹³⁾. Los autores mencionan que el modelo de atención hospitalaria ni siempre es aceptado por los investigadores del tema, y siguen siendo objeto de cuestionamiento por la sociedad y la comunidad académica.

En el presente estudio, ya que se llevó a cabo en un hospital universitario, cuya mayor parte se trata de personas con escasos recursos económicos, se cree que las preferencias profesionales puede que se superpongan a las condiciones fisiológicas

en los partos, de modo que esto puede justificar la elección por el parto por cesárea en muchos de estos casos.

Siguiendo con las altas tasas de partos por cesárea, las razones de esta alta prevalencia puede estar relacionada con los factores no clínicos, tales como: los socioeconómicos (educación materna elevada, mayor poder económico, seguro de salud privado), características demográficas y reproductiva (edad materna, primiparidad y cesárea anterior) y, finalmente, los factores relacionados a los servicios de salud (mayor frecuencia a la atención prenatal, los partos realizados en servicios privado, por conveniencia médica, por falta de formación médica, cuando ocurre admisión temprana de las mujeres embarazadas, por cesárea a demanda, por factores institucionales y cambios en las prácticas obstétricas)⁽¹⁴⁾.

Las principales indicaciones para la realización de la cirugía de cesárea son: placenta previa total y parcial, malformaciones genitales, tumores anteriores, desproporción céfalo-pélvica con un feto vivo, además de las causas relacionadas con la madre y el feto, como la disección de corazón, pulmón o aórtica, sufrimiento fetal, prolapso de cordón, presentación pélvica o córmica, hermanamiento con 1º feto no cefálico o gemelos monoamnióticos, macrosomía, malformaciones fetales, herpes genital activo, la carga viral > 1.000 copias, cesárea previa, desprendimiento prematuro de la placenta con un feto vivo y placenta previa placenta marginal y bajo distando <2cm orificio interno del cuello del útero⁽¹⁵⁾.

En correlación con el actual estudio, se encontró que de los diagnósticos establecidos 01 tenía sangrado vaginal, 01 placenta previa, 01 malformación fetal, 01 distocia, 01 es HIV positivo, 02 oligohidramnios, 03 amniorex prematuros, factores que posiblemente tiene una indicación de parto cesáreo.

Se realizó también una evaluación en porcentaje de diagnósticos identificados durante la investigación en la que podemos identificar que las mujeres que fueron admitidas en el hospital con un diagnóstico de trabajo de parto corresponden al 41,3%, acompañado de otros diagnósticos como las enfermedades hipertensivas, la pérdida de líquido y dolor en el abdomen inferior, lo que representa respectivamente a 19,57%, 15,22% y 15,22% de las pacientes ingresadas en la unidad de salud en el sitio de investigación.

En cuanto a la edad de los pacientes, no hubo diferencia estadísticamente significativa para la infección puerperal en parturientas con edad hasta los veinte años o para aquellas con más de veinte años⁽⁸⁾.

En números absolutos tenemos un predominio de casos en el grupo de edad de 20 a 29 años, cantidad significativa en comparación con otros grupos de edad en esta población. En Brasil se observó que el grupo de edad de 20-29 años tienen el mayor riesgo de complicaciones postoperatorias, lo que puede ocurrir en este grupo 48% de las muertes⁽¹⁶⁾. Este grupo de edad es el que tiene el mayor número de mujeres expuestas a complicaciones obstétricas y muerte materna por ser el período de mayor fertilidad⁽¹⁷⁾.

Los autores citados también señalan que existen factores más significativos que el factor de la edad y que exponen a las mujeres a un mayor riesgo obstétrico y la muerte, como complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y puerperio,

enfermedades preexistentes y desarrolladas durante el embarazo relacionada con cuestiones socioeconómicas y demográficas.

Se cree que el hecho de que sólo una mujer no registró los síntomas de infección registrados en su registro se debe a un posible fallo de registro de los signos y síntomas en el formulario de notificación de infección hospitalaria de mujeres cesareadas específicamente citada. La presencia de edema, calor, hiperemia, y drenaje de secreción purulenta de la incisión, con o sin fiebre, fue calificada como infección de la herida operatoria⁽¹⁸⁾.

Siguiendo con el tema, la ISQ se define cuando ocurre en los primeros 30 días después de la cirugía, involucra tejidos blandos profundos a la incisión (músculos y fascias), cultivo positivo de líquido o tejido de la incisión superficial asépticamente obtenida, drenaje purulento, fiebre (> 38 ° C), dolor o aumento de la sensibilidad local, edema local, hiperemia o calor, absceso u otra evidencia de infección que implica la incisión profunda visualizado durante el examen directo, reoperación o examen histopatológico o radiológico, diagnóstico de infección incisional profunda por el cirujano o médico asistente⁽¹⁹⁾.

Dirigiéndose a que los cultivos obtenidos a partir de material purulento, recogido de los focos de infección puerperal, demuestran que se trata de flora polimicrobiana, siendo la anaerobia más frecuente, en material recogido durante las cesáreas (con rotura en las bolsas de más de 6 horas), se encuentran microorganismos anaeróbico y aeróbico en el 63%, 30% aeróbico y anaeróbico en sólo el 7%. Los aislamientos bacterianos fueron: *Peptostreptococcus Peptococcus* y el 45%, el 9% en *Bacteroides*, *Clostridium* en un 3%, *Streptococcus faecalis* en un 14%, *estreptococos del grupo B* en el 8%, el 9% en *Escherichia coli*⁽²⁰⁾.

Relacionado con este estudio, durante la recogida de datos se puede ver que en la ubicación de búsqueda (CCIH), existían registros de cultivos para las demás infecciones y la falta de registro de cultivos específicamente para infección de la herida operatoria, por lo tanto, no se pudo informar en el estudio en discusión de los microorganismos encontrados en la población en estudio, dato que es extremadamente importante para la caracterización, para definir el tratamiento adecuado y optimizar la asistencia a estas mujeres.

Durante la investigación se pudo observar que el equipo de la CCIH solamente notificaba a las mujeres con diagnóstico de infección puerperal que presentaban todos los signos y síntomas característicos de la infección en la cicatriz operatoria, pudiéndose observar que muchas mujeres no fueran notificadas inicialmente, porque es rutina del hospital notificar solamente con todos los criterios diagnósticos para la ISQ.

La infección en la herida operatoria suele aparecer sólo alrededor del 5 ° día después de la cirugía, en principio presentando como signo y síntoma fiebre persistente a pesar del tratamiento antimicrobiano adecuado. También es común la aparición de eritema incisional, el endurecimiento y la secreción de la cicatriz quirúrgica⁽²¹⁾.

La simple realización de una incisión realizada durante la cesárea puede ser una puerta de entrada para los gérmenes llevando al paciente a evolucionar con frecuencia a una infección inicialmente local, llegando a la piel y el tejido subcutáneo, pasando la barrera de leucocitos, ella se extiende, profundiza y penetra

profundamente los tejidos blandos, fascia y músculos pudiendo llegar a otros órganos o cavidades.

De acuerdo con los autores mencionados anteriormente, los factores más comunes que predisponen a ISQ después de una cesárea son: la presencia de bacterias en los tejidos desvitalizados quirúrgicamente, vasos linfáticos intramiométriales expuestos a la invasión bacteriana, pérdida de sangre moderada, disminución de la respuesta inmune, la propia entrega, amniorrexis extendidos, con numerosos toques vaginales, además de la baja condición socioeconómica, obesidad, anemia, anestesia general.

Teniendo en cuenta lo que se ha dicho se concluye que ISQ es la infección postoperatoria que rodea la incisión, como: la piel, tejido subcutáneo, fascia, y el tejido muscular y cualquier estructura anatómica abierta o manipulada durante procedimientos quirúrgicos tales como: peritoneo, útero, tejido óseo⁽²²⁾.

Se sabe que cuanto mayor sea la duración de realización de la cirugía cesárea, mayor es la exposición de las estructuras internas al medio externo y, en consecuencia, mayor es el riesgo de infección en la herida operatoria y estructuras subyacentes.

Por lo tanto, todavía se puede decir que la población estudiada estuvo expuesta el tiempo suficiente hasta el punto de aumentar la probabilidad de desarrollar las infecciones del sitio quirúrgico.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta lo que se ha presentado a lo largo de la obra, se puede decir que se ha logrado la caracterización objetiva de los casos de infección de la herida operatoria después de la cesárea en las mujeres. Aunque vale la pena mencionar que la muestra pequeña asociada con un estudio realizado en un solo hospital y una no recogida directa de datos, es decir, una colección secundaria partiendo de los formularios de notificación de infección hospitalaria después de la cesárea, proporcionó una incertidumbre en cuanto a la representatividad de la muestra en relación con la población total del hospital, o incluso a una generalización a otros hospitales.

Otro punto relevante a destacar es la existencia de registros de cultivo en otras infecciones y la falta de registros de cultivo relacionados con los casos de infección de la herida operatoria en concreto, que sería crucial para la caracterización, para el diagnóstico y en consecuencia para una asistencia más cualificada.

Se concluye en este trabajo que, incluso con técnicas avanzadas y el cuidado de la higiene por parte de los profesionales de la salud en las fases pre, intra y postoperatorios el número de mujeres que progresan a la infección del sitio quirúrgico después de una cesárea es aún considerable, faltando a los profesionales de la salud, cada vez más consciente de las altas tasas de infecciones hospitalarias, aclararse acerca de los riesgos y de qué se puede hacer para reducir estos porcentajes.

Ante un tema tan importante, se sugiere que los profesionales de la salud, principalmente los enfermeros, realicen más trabajos de investigación respecto a las infecciones puerperales, desarrollando estudios en materia de prevención, para que

puedan ser aplicados en la práctica, optimizando la calidad de vida de estas puérperas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Salazar CC. Cesareana. In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em Obstetrícia. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. p. 390 – 410.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Ans; 2008. p. 159.
3. Campana HCR, Pelloso SM. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. Rev. Eletr Enf 2007; 9(1): 51-63.
4. Padua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados á realização de cesariana em hospitais Brasileiros. Rev. Saúde Pública 2010; 44(1): 71-9.
5. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with cesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ 2007; 7628(335): 1025-1036.
6. Zugaib M, Veja CEP, Miyadahira S. Mortes por doenças infecciosas em mulheres: Ocorrências no ciclo gravídico-puerperal. Rev. Assoc Med 2009; 55(1): 1-11.
7. Borges EL, Saar SRC, Lima VLAN, Gomes FSL, Magalhães MBB. Feridas: como tratar. 2º ed. Belo Horizonte (BH): Coopmed; 2008.
8. Medeiros GO, Sousa LM. Proposta de criação de protocolo de Enfermagem para os cuidados de pacientes com abscesso de parede pós cesaria. Com. Ciencias Saúde 2010; 21(1): 09-20.
9. Neme B. Obstetrícia básica. São Paulo (SP): Savier; 2005.
10. Chaim W, Bashiri A, Bar-David J, Shoham-Vardi I, Moshe MA. Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. Infect. Dis. Obst Gynecol 2000; 9(2): 77-82.
11. Machado NXS, Praça NS. Infecção puerperal em Centro de Parto Normal: ocorrência e fatores predisponentes. Revista Brasileira de Enfermagem, 2005; 58(1): 55-60.
12. Bugatti JC, Lacerda RA. Revisão sistemática sobre aventais cirúrgicos no controle da contaminação/infecção do sítio cirúrgico. Rev. Enfermagem USP 2008; 43(1): 237-244.
13. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev. Saúde Pública 2010; 45(1): 185-194.
14. Carniel EDF, Zanolli MDL, Morcillo, AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). Rev. Bras Ginecol Obstet 2007; 29(1): 34-40.
15. Rezende Filho J, Montenegro BCA. Obstetrícia: Fundamental. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011.
16. Andrade ATL, Guerra MO, Andrade GN, Araújo DAC, Souza JP. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma Maternidade Escola. Rev. Bras Ginecol Obstet 2006; 28(7): 380-7.
17. Marinho ACN, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. Rev. Enfermagem USP 2010; 44(3): 732-8.
18. Moraes Filho OBD, Costa CFF. Não-fechamento dos Peritônios Visceral e Parietal na Operação Cesariana. Rbgo 1999; 21(10): 587-591.
19. Williams L. Critérios diagnósticos - NNIS [Anvisa]. Brasília; 2005 [acesso em 30 junho 2011]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>

20. Gilstrap LC, Cunningham FG. Infecção puerperal. In: Neme B. Obstetrícia básica. 3. ed. São Paulo (SP): Sarvier; 2005. p. 775-89.
21. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, et al. Manual de Obstetrícia de Williams. 21° ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
22. Carneiro JCO. Controle de Infecção Hospitalar [módulo básico na internet]. Taguatinga; 2004 [acesso em 09 novembro 2011]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00007572.pdf>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia