

Hospital General Docente "Leopoldito Martínez"

LABOR DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PROFILAXIS DE LAS COMPLICACIONES SÉPTICAS DEL PACIENTE CRÍTICO.

Lic. Dunia Vega Linares¹, Lic. Margiorys Borges Barroso¹, Dr. Ramón García Hernández²

1. Enfermera Intensivista.
2. Especialista de I grado en Medicina Interna . Verticalizado en Cuidados Intensivos Instructor.

RESUMEN

Se estudiaron 51 pacientes del total de ingresados en la Unidad de Vigilancia Intensiva en el transcurso de un año. La muestra fue seleccionada por método aleatorio simple y se conformaron grupos étnicos de sexo y raza. Se analizó el total de procedimientos realizados a los pacientes correlacionándose con las complicaciones propias de los mismos. El índice de sepsis directamente relacionado con la labor de enfermería fue nulo pues sólo dos incidencias se presentaron y ambas por flebitis química.

Descriptores DeCS: PERSONAL DE ENFERMERÍA ; INFECCIONES BACTERIANAS/complicaciones; INFECCIONES BACTERIANAS/terapia

Los pacientes ingresados con enfermedades críticas requieren de una atención especializada para garantizar su adecuada evolución y el mínimo de complicaciones posibles. En nuestra unidad se ha dedicado especial interés al quehacer de enfermería a fin de establecer un estricto control sobre sus procedimientos en relación con estos pacientes.

En relación a la sepsis, complicación frecuente en la evolución del paciente grave, la atención esmerada de todo el personal que labora en las unidades de medicina intensiva es vital para la evolución de tales enfermos. De ahí que existan programas que rigen el control de la infecciones hospitalarias¹ y norman el trabajo en este campo.

Las infecciones pueden asociarse a un gran número de enfermedades sin ser responsables directas del problema en cuestión². Por esta razón los cuidados de enfermería en el paciente crítico deben extremarse evitando el desarrollo de la sepsis y sus fatales consecuencias^{2,3}.

El diagnóstico adecuado no es la única razón determinante en la evolución de tales enfermos⁴. Son necesarias a partir del mismo, un grupo de medidas firmes y bien medidas que exigiendo el máximo de control, contribuyan a evitar las complicaciones sépticas en estos pacientes.^{1,5-7} Considerando que el tema de la sepsis es protagónico en todas las unidades de medicina

intensiva⁸⁻¹⁰, se decide estudiar el problema en nuestro medio a fin de conocer el comportamiento de la misma, desde su puesta en marcha en diciembre de 1997, seleccionando para ello una muestra de pacientes que han sido recibidos en el departamento.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo, con una muestra constituida por 51 expedientes clínicos del total de pacientes hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva de Adultos desde su inauguración en diciembre de 1997, en el Hospital General Docente " Leopoldito Martínez" de San José de las Lajas.

Se analizaron variables como: grupos etáreos, sexo, raza, motivo de ingreso, tipo de procedimientos realizados (venipuntura central o periférica, sondaje vesical y sondaje nasogástrico) evaluándose cuántos de estos tuvieron complicaciones sépticas propias del proceder.

Además se analizó el número de días que se mantuvo cada procedimiento (invasivo o no) y las complicaciones detectadas.

RESULTADOS

El grupo de mayores de 60 años ocupó el primer lugar en número de pacientes con 21 y el grupo de menores de 30 años sólo acumuló 4 pacientes.

En relación al sexo y raza (tabla 1) no hubo diferencias importantes entre ambos sexos y los pacientes de raza blanca predominaron sobre los demás.

Tabla 1. Universo según sexo y raza.

Sexo	No.	%	Raza	No.	%
Femenino	23	45.1	Blanca	40	78.4
Masculino	28	54.9	Negra	5	9.8
			Mestiza	6	11.7

Fuente: Archivo U.V.I.- A. H.G.D. "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas

En cuanto a la sepsis nosocomial (tabla 2) , el 50% de estos casos tuvieron shock séptico, dos de los cuales respondieron a la fluidoterapia y al apoyo con aminas entre otras medidas. La bronconeumonía bacteriana y cuadros neumónicos constituyeron la segunda causa de ingresados en mayores de 60 años en el estudio después de las enfermedades cardiovasculares.

Tabla 2. Pacientes ingresados por tipo de sepsis nosocomial.

Tipo de Sepsis	No.	%
Shock Séptico*	4	50.0
Bronconeumonía Bacteriana	3	37.5

* Como complicación de Neumonía Nosocomial

Fuente: Archivo U.V.I.- A. H.G.D. "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas

Los diferentes accesos vasculares realizados (tabla 3) demostraron la predominancia de la vía periférica en correspondencia con que el mayor número de pacientes ingresados de la casuística general presentaron cardiopatía isquémica dolorosa los que, en su mayoría fueron abordados con accesos periféricos.

Tabla 3. Tipo de venipunción, y complicaciones numéricas presentadas.

Tipo de venipunción	No.	%	Complicaciones No.
Periférica	35	3.54	2
Central	15	3.53	0

Fuente: Archivo U.V.I.- A. H.G.D. "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas

El acceso vascular profundo se realizó en 15 pacientes y en ninguno de estos se observaron complicaciones.

El uso de sondas de colocación nasogástrica y vesical (tabla 4) se requirió en 13 y 17 pacientes respectivamente. No hubo complicaciones con estos procedimientos, realizados con las técnicas estándares recomendadas.

Tabla 4. Procederes por sondajes y días promedio de permanencia.

Tipo de Sondaje	No. de Pacientes	Días Promedio
Nasogástrico	13	2.15
Vesical	17	3

Fuente: Archivo U.V.I.- A. H.G.D. "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas

Sólo se observaron dos complicaciones por flebitis química (tabla 5), en el total de procedimientos realizados.

Tabla 5. Procederes realizados y complicaciones detectadas.

Tipo de Proceder	No. Total	No. Complicaciones	%
------------------	-----------	--------------------	---

Venipunción central	15	0	0
Venipunción periférica	35	2*	5.71
Sondaje Nasogástrico	13	0	0
Sondaje Vesical	17	0	0

* Ambos casos flebitis química

Fuente: Archivo U.V.I.- A. H.G.D. "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas

Finalmente, el 66.6% de los fallecidos ocurrieron como consecuencia de enfermedades cerebrovasculares hemorrágicas y del resto de las defunciones, dos, fueron como consecuencia de infección respiratoria mas shock séptico (tabla 6). Sólo hubo un fallecido por infarto miocárdico en nuestro estudio.

Tabla 6. Mortalidad en la muestra estudiada.

Causas	No.	%
Enf. Cerebrovascular hemorrágica	6	66.6
Bronconeumonía bacteriana*	1	11.1
Hepatitis crónica activa más bronconeumonía bacteriana*	1	11.1
Infarto agudo miocardio	1	11.1

* Ingresaron en U.V.I.- A con Infección Nosocomial

Fuente: Archivo U.V.I.- A. H.G.D. "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas

DISCUSION

El control de la sepsis es determinante en el trabajo diario de las unidades que prestan atención a pacientes críticamente enfermos. Por ello no será nunca desproporcionada la exigencia en la profilaxis de la sepsis, si se tiene en cuenta la repercusión que sobre el enfermo aquella desencadena.

La morbilidad general del estudio realizado se corresponde con los resultados de Brillman² y colaboradores, observándose el predominio de enfermedades cardiovasculares sobre otras afecciones.

Todos los pacientes diagnosticados con shock séptico fueron consecuencia de neumonía nosocomial, lo que se presenta con elevada frecuencia por otros autores.¹⁴⁻¹⁶

En diversas series revisadas^{6,8,9,14-16} no se reporta el estudio del tipo de acceso vascular practicado ni sus complicaciones. Sin embargo, en el presente estudio ello fue un aspecto de capital interés dado el riesgo latente de sepsis que existe por estos métodos.

El tipo de complicaciones en el estudio demostró que a pesar del número elevado de procedimientos realizados (n = 80), no hubo una repercusión importante en los pacientes. Toltzis¹⁷ en su serie se refiere a las infecciones en pacientes inmunocomprometidos y otros como Cercenado¹⁸ y Bryan ¹⁹mostraron bajo índice de sepsis por catéter.

CONCLUSIONES

1. Los procedimientos de enfermería se realizaron de manera adecuada por lo que no incidieron negativamente en la evolución de los pacientes .
2. El estricto cumplimiento de las normas de prevención de la sepsis aún con muy limitados recursos permitió que las complicaciones de esta índole no constituyeran un problema en los pacientes estudiados.
3. Sólo se presentaron dos complicaciones entre los 80 procedimientos realizados, obedeciendo las mismas a flebitis por medicamentos sin intervenir la técnica empleada.
4. El 22,2% fallecieron por Sepsis Nosocomial que tenían diagnosticadas a su ingreso en U.V. I - A.
5. El 66,6% de los fallecidos no tuvo relación con complicaciones sépticas.
6. No existieron diferencias de permanencia promedio importantes entre los sondajes utilizados.
7. Sólo hubo ocho pacientes ingresados por Sepsis Nosocomial lo que representa el 15,6% de la muestra.
8. El grupo etáreo predominante en la muestra fue el de las edades superiores a 60 años.
9. Los pacientes masculinos blancos predominaron entre todos los ingresados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Programa nacional de prevención y control de la infección intrahospitalaria. Ciudad de la Habana: Servimpres; 1998.
2. Brillman Judith C, Quenzer Ronald W. Infectious disease emergency medicine. Philadelphia: Saunders; 1992.
3. Schriger DL, Baraff L. Defining normal capillary refill, variation with age, sex and temperature. Ann Emerg Med 1998; 17:932-5.
4. Guarino JR. Auscultatory percussion of the chest. Lancet 1980; 25:1332-4.
5. Mellors JW. A simple index to identify occult bacterial infection in adult with unexplained fever: validation of a diagnostic index. Arch Intern Med 1990; 150:1270-4.
6. Leibovici L, Cohen O, Wysenbeck AJ. Occult bacterial infection in adults with unexplained fever: validation of a diagnostic index. Arch Intern Med 1990; 150:1250-71.
7. Jones J. Continuous emergency department monitoring of arterial saturation in adults patient with respiratory distress. Ann Emerg Med 1998; 17:463-8.
- 8.

- Dinarelo CA, Cannon JG, Wolf SN. New concepts on the pathogenesis of fever. *Rev Infect Dis* 1998; 10:169-89.
9. Bates DW, Cook EF, Goldman L. Predicting bacteremia in hospitalized patients. *Ann Intern Med* 1990; 113:495-550.
 10. Styrt B, Sugarman B. Antipyresis and fever. *Arch Intern Med* 1990; 150:1589-97.
 11. American Edwards Laboratories. Understanding hemodynamic measurements made with the Swan-Ganz catheter. Saint Anne; JB Lippincott; 1980.
 12. Buchinder N. Hemodynamic monitoring: invasive techniques. *Anesthesiology* 1976; 45:146-9.
 13. Amesbury, Stephen R. Ischemic heart disease and thrombolytic. En: Hall JB. *Principles of critical care*. New York: Mc Graw-Hill; 1993.pp.195-203.
 14. Bone RC. Sepsis, the septic syndrome, multi-organ failure: a plea for comparable definitions. *Ann Intern Med* 1991; 114:332-3.
 15. Parker MM, Parrillo JE. Concepts in emergency medicine and critical care, hemodynamics and pathogenesis. *JAMA* 1983; 250:3324-7.
 16. Parrillo JE. Septic shock in humans: clinical evaluation pathogenesis, and therapeutic approach. En: WC Shoemaker, editor. *Textbook of critical care 2 ed* Philadelphia: Saunders; 1989.pp. 1006-24.
 17. Toltzis P, Goldman DA. Central venous catheter infections. *Inmunocomp Host* 1986; 4:2-8.
 18. Cercenado E. A conservative procedure for the diagnosis of catheter related infections. *Arch Intern Med* 1990; 150:1417-21.
 19. Bryan C, Reynolds K. Hospital acquired bacteremic urinary tract infection: epidemiology and outcome. *J Urol* 1984; 132:494-8

SUMMARY

Fifty one patients from the total admitted in Intensive Care Unit in one year were studied. The sample was selected by simple randomization method in age groups according to sex and race. The total of procedures in the correlated patients were analyzed with the proper complications of them. The index of sepsis directly related with the nursing care was null because only two incidences were presented and both by quimical phlebitis.

Subjet headings: NURSING STAFF; BACTERISE INFECTIONS/complications; BACTERIAL INFECTIONS/Therapy