

TESINA FINAL

TEMA: “Reingreso de Pacientes post operados.

Hipertermia en pacientes post operados”

Autores:

- Humana Romero Ana Elizabeth
- Guerrero Almazan Sandra Marisel
- Ventura Iris Estrella

Mendoza- Diciembre 2017

ADVERTENCIA

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o autores”

ACTA DE APROBACIÓN

Presidente:

Vocal 1:

Vocal 2:

Trabajo aprobado el: /...../

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

Tema:” Reingreso de Pacientes Post Operados. Hipertermia en pacientes Post Operados.”

Autoras: Humana Romero Ana Elizabeth, Guerrero Almazan Sandra Marisel, Ventura Iris Estrella.

Lugar: Hospital Santa Isabel de Hungría

Introducción: El avance de la Medicina y la Cirugía han ido avanzando últimos años, en el Siglo XXI las cirugías son seguras, anatómica, fisiológica y resolutiva, menos traumática y mutilante.

En los últimos tiempos un porcentaje de pacientes sometidos a cirugías, tienden por alguna razón a reingresar debido a una infección, trataremos de describir y analizar las posibles causantes.

Objetivos: Determinar las posibles causas de reingreso por hipertermia de pacientes post operados, en el Hospital Santa Isabel de Hungría Año 2017

Método: tipo retrospectivo descriptivo, cuantitativo, muestra 72 pacientes, trabajados en los meses de Marzo, Abril y Mayo del 2017.

Resultados: se calculó el número de reingresos por síndrome febril, de los cuales el 74% resultó ser paciente post- operado.

Conclusiones: el síndrome febril, tiene una mayor relevancia si se habla de pacientes que tienen reingresos siendo post-operados.

Recomendaciones: dar información a pacientes y familiares sobre los cuidados post-quirúrgicos y pautas de alarma ante una infección.

Palabras claves: síndrome febril, pos operado, infecciones.

AGRADECIMIENTOS Y/O DEDICATORIAS

Este trabajo fue realizado con el apoyo de nuestros docentes, quienes nos acompañaron en nuestro proceso para formación y guía de esta carrera. En general agradecer a todo el equipo de Ciclo de Licenciatura y a la institución de la facultad de Ciencias Medicas.

En primer lugar a DIOS, por darnos las fuerzas para continuar creciendo no solo como profesionales sino como personas, para poder compartir y brindar ayuda a todo aquel que nos necesita.

En segundo lugar la autora Humana Ana agradece a su hija Julieta, quien acompañó en su embarazo y le dio fuerzas para terminar esta carrera.

En tercer lugar la autora Guerrero Sandra agradece a su familia quien la acompañó desde el inicio de la carrera y en cada etapa, y a su pareja una gran persona incondicional.

En cuarto lugar la autora Ventura Iris agradece a su familia, compañeros y amigos que ayudaron y apoyaron en cada decisión e incentivaron a no bajar los brazos.

Porque todo esfuerzo merece su recompensa, queremos compartir y agradecerles a todas las personas que hicieron posible poder disfrutar la alegría de ser hoy Licenciadas en Enfermería.

PRÓLOGO

El porcentaje de reingresos en un servicio médico o quirúrgico se considera un indicador de calidad asistencial en gestión clínica, el dato que suele utilizarse cómo valor de referencia no es el número de reingresos en total, sino el porcentaje de reingresos hospitalarios durante los primeros 30 días del alta hospitalaria. La importancia de este dato es que se ha demostrado que los pacientes que reingresan por complicaciones urgentes tienen una estancia más prolongada y una morbimortalidad superior al primer ingreso. Por tanto, conocer qué pacientes tienen un riesgo superior a presentar reingreso por complicaciones sería de gran utilidad.

Esta tesis propone determinar cuáles son las posibles causas que promueven el reingreso de pacientes externados relacionado a la hipertermia, luego de haber recibido la cirugía correspondiente en el Hospital Santa Isabel de Hungría. A lo largo de esta investigación se buscara conocer cómo es que los pacientes externados luego de una cirugía reinciden con un cuadro asociado a su patología.

Es innegable que como profesional de cuidados Enfermeros estamos inmersos en prevenir, promover, educar y dar respuestas a los pacientes sobre cuidados durante el tratamiento postquirúrgicos, para lograr un resultado óptimo para el bien estar del individuo y su familia.

INDICE GENERAL

Acta de aprobación.....	III
Resumen.....	IV
Agradecimiento.....	V
Prefacio.....	VI
Índice de tablas y gráficos.....	VIII
Capítulo I	
Introducción.....	1
Descripción del problema.....	2
Formulación y / o Planteo del problema.....	4
Objetivos generales y específicos.....	5
Justificación del problema.....	6
Marco teórico.....	8
Definición de cirugía.....	9
Clasificación de cirugía.....	9
Definición de ASA.....	11
Complicaciones quirúrgicas.....	12
Hipertermia.....	15
Tipos de fiebre.....	16
Mecanismo de defensa de Huésped frente a agresiones bacterianas.....	19
Estafilococos.....	22

Capítulo II	
Hipótesis.....	25
Diseño metodológico.....	26
Capítulo III	
Análisis y presentación de datos.....	29
Resultados	40
Conclusiones.....	41
Propuestas.....	42
Bibliografía.....	43
Anexos.....	44
Tabla Matriz.....	45

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla N°1: Variable sexo de la población.....	31
Grafico N°1: Variable sexo.....	31
Tabla N°2: Variable edad de la población.....	32
Grafico N°2: Variable edad de la población.....	32
Tabla N°3: Mortalidad de reingresos.....	33
Grafico N°3: Mortalidad de reingresos.....	33
Tabla N°4: Características de las causas del fallecimiento.....	34
Grafico N°4: Causas del fallecimiento.....	34
Tabla N°5: Causas de Reingresos.....	35
Grafico N°5: Causas de Reingresos.....	35
Tabla N°6: Pacientes reingresados con Síndrome Febril.....	36
Grafico N°6: Pacientes reingresados con Síndrome Febril.....	36
Tabla N°7: Estadía de internación al reingreso.....	37
Grafico N°7: Estadía pos-reingresos.....	37
Tabla N°8: Causas de Reingresos en pacientes internados mayor a 15 días.....	38
Grafico N°8: Causas de reingresos, en pacientes internados mayor a 15 días.....	38
TABLAS BIVARIADAS	
Tabla N°9: Rangos de reingresos por edad.....	39
Grafico N°9: Rangos de reingresos por edad.....	39
Tabla N°10: Mortalidad según sexo.....	40

Grafico N°10: Mortalidad según sexo.....40

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El avance de la Medicina y en particular la cirugía han sido vertiginosos en los últimos años, pudiendo confirmar que la cirugía del Siglo XXI tiende a ser más segura, anatómica, fisiológica y resolutive, menos traumática y mutilante.

Estos avances nos han permitido comprender la respuesta orgánica al trauma quirúrgico: Inflamatoria, infecciosa y metabólica.

Por otro lado se desarrollaron nuevos procedimientos de asepsia, antisepsia, analgesia y anestesia. Gracias a todo ello, nuestros enfermos se han beneficiado con la mejor toma de decisiones médico-quirúrgicas las cuales les brindan certeza en el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y rehabilitación de sus padecimientos.

El reingreso de pacientes pos operados en los hospitales es una problemática que ha ido aumentando en los últimos tiempos, es el caso que ocurre en el hospital Santa Isabel de Hungría, clínica médica. En el presente trabajo se abordara las posibles causas de reingreso por hipertermia de dichos pacientes, estos reingresan con signos de infección suponemos que existen dos causas: a) fiebre más dolor abdominal y b) fiebre. Para ello se trabajara con una base de datos informatizados de la historia clínica de cada paciente, en el periodo de Marzo a Mayo del corriente año.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Tema: Hipertermia en pacientes post operados

Las infecciones intrahospitalarias son un problema de salud pública tanto a nivel nacional como mundial dado que se asocian a un incremento de la mortalidad y morbilidad; también se elevan los costos tanto hospitalario como para los pacientes, su familia y la sociedad. Además conlleva a repercusiones socioeconómicas desfavorable. Por ello es importante tener conocimiento de cómo prevenir y evitar las mismas.

La contaminación bacteriana es el requisito indispensable para la aparición de infecciones post operatorias y a pesar de los avances de las técnicas quirúrgicas, anestésicas y de la biotecnología continúan ascendiendo al paciente intervenido.

La fiebre en el post operatorio es un motivo frecuente de interconsulta en el servicio de Infectología, el 71% de los casos las infecciones nosocomiales ocurren en el paciente quirúrgico; y el 40% de ellas están en el sitio quirúrgico.

Los agentes etiológicos más frecuentes son los *Staphylococcus aureus*. En el Hospital Santa Isabel de Hungría, servicio clínica médica se realizan cirugías programadas de lunes a viernes y de urgencia, las cuales se pueden clasificar en limpias, limpias contaminadas, contaminadas y sucias, aproximadamente por día se realizan hasta 30 cirugías.

A través de la observación se ha detectado un aumento de la temperatura en pacientes post operados dados de alta, debido a que reingresan con signos de infección, suponemos que existen 2 causas de reingreso:

- A) Fiebre más dolor abdominal: el dolor abdominal podría estar relacionado con infección del sitio quirúrgico ya sea superficial o profundo, o no estar relacionado con el sitio de incisión quirúrgico, es decir dolor por otra causa.
- B) Fiebre: el aumento de la temperatura podría estar relacionado con NAH (el paciente fue dado de alta con un microorganismo del hospital), NAC (el paciente adquirió un microorganismo en la comunidad) o el aumento de la temperatura no tendría relación con el acto quirúrgico es decir la

hipertermia se podría relacionar con trombosis venosa pulmonar, tromboembolismo pulmonar, accesos pulmonares.

Es importante poder reconocer signos y síntomas relacionados a los signos probables de infección como valorar si la herida quirúrgica presenta: secreciones (características: serosas, purulentas, serohemáticas), si presenta olor, diámetro o apertura de la incisión y proceso de cicatrización de la sutura. También se debe aclarar que la temperatura en pacientes post quirúrgicos una vez iniciado un esquema de antibioticoterapia, se puede presentar un pico febril pero no se considera signo de alarma si no ha pasado las 72 horas desde el inicio del tratamiento.

El reingreso de pacientes post operados con hipertermia podría estar relacionado con el tipo de cirugía: abdominales y traumatológicas, debido a que estas son las más frecuentes, complejas y el periodo de internación es más prolongado.

Educación para el paciente y la familia (signos precoces de alarma)

Separación de los bordes de la herida o pérdida de la sutura

Inflamación excesiva: aumento de volumen y enrojecimiento

Signos de infección: aumento del calor, aumento del dolor, endurecimiento de la zona de incisión quirúrgica, salida de pus de la herida (líquido espeso, vedeamarillenta o maloliente)

Problemas de circulación: piel con coloración blanquecina o violácea, frías y con pérdida de la sensibilidad en dedos de la mano y pies.

Fiebre (mayor a 38°C)

Si después del primer mes, la cicatriz se enrojece o se engruesa

Es de suma importancia reconocer estos signos de alarma para prevenir posibles complicaciones a futuro y tener mayor control en el periodo postoperatorio.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las posibles causas de reingreso en los pacientes post operados en el Hospital Santa Isabel de Hungría de Mendoza, en el periodo de Marzo, Abril y Mayo de 2017?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las posibles causas de reingreso por hipertermia de pacientes post operados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1- Identificar el grupo etario más afectado con respecto a los reingresos.
- 2- Conocer la mortalidad y su relación con la edad.
- 3- Establecer la estadía de los pacientes dados de alta en el periodo de reingreso.
- 4- Establecer el tipo de educación recibida sobre cuidados post quirúrgicos.

Justificación

El presente trabajo centra su investigación en pacientes que presentan aumento de la temperatura, es decir, hipertermia en pacientes post operados; ya que luego de la cirugía realizada y sus días de tratamiento post quirúrgico.; cierta cantidad de dichos pacientes deben reingresar al servicio de Clínica Médica por encontrarse en un estado deficiente de salud, en el cual se ve afectados alguno de sus signos vitales, tales como su temperatura. Dando inicio a un cuadro de posible infección.

El mismo se centrará en dos tipos de cirugías: las abdominales y las traumatológicas, debido a que son cirugías de mayor incidencia en el servicio.

A través de la observación del personal de Enfermería que pudo determinar los signos y síntomas de infección presente del paciente durante su reingreso, tales como: aumento de temperatura, dolor en sitio quirúrgico, presencia de secreciones. Además de una pequeña entrevista realizada al Jefe de Servicio de Infectología del mismo nosocomio quien nos aporó datos sobre la problemática planteada, como frecuencia de reingresos por hipertermia, tener en cuenta el tiempo que dura cada cirugía así también como su clasificación.

Si bien el tratamiento de la infección incluye el control quirúrgico, radiográfico o endoscópico del foco de infección, la antibioticoterapia, la administración de líquido y las medidas de soporte de los órganos insuficientes

Creemos que es importante comprender este tema de investigación para poder conocer e identificar signos y síntomas de pacientes que reingresan a una internación para recibir un determinado tratamiento.

Se pretende tener un conocimiento unificado para el equipo de salud, sobre todo para el personal de enfermería, para poder así abordar al paciente de manera eficiente.

Esto nos ayudara a realizar un análisis, en el cual se determinaran los posibles motivos de reingreso de pacientes post quirúrgicos; que porcentaje de pacientes son por complicación de la propia cirugía y cuales por otros motivos no relacionados.

Se han realizado investigaciones de este tema, e incluso hay información fehaciente existente en distintas fuentes accesibles para todos.

MARCO TEÓRICO

Comenzamos la primera parte del marco teórico, definiendo y clasificando términos como, ¿qué es una cirugía? , los tipos de cirugía que existen y que se realizan, determinación y características de cuando es urgente y cuando no.

Definición de Cirugía general:

Corresponde a la Cirugía General la competencia en el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia de origen benigno, inflamatorio, traumático o neoplásico en los siguientes aparatos, sistemas y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y afecciones externas de la cabeza y el cuello. También hasta cierto nivel de complejidad, en el ámbito de las urgencias de las patologías de las subespecialidades quirúrgicas (Vascular, Tórax, Urología), para iniciar el tratamiento, estabilizar y/o trasladar al paciente a un centro de mayor complejidad.¹

Según la forma en que se realice la intervención:

- Cirugía mayor ambulatoria (CMA): son intervenciones quirúrgicas de complejidad moderada que no requieren ingreso hospitalario por parte del paciente, ni previo, ni posterior a la operación. Por ejemplo: operación de fimosis.
- Cirugía invasiva: es la cirugía tradicional, para realizarla se hacen grandes incisiones y se accede directamente a la zona a tratar. También se conoce como cirugía a cielo abierto. Por norma general el paciente debe quedarse varios días en el hospital y la recuperación es larga.
- Cirugía laparoscópica: para realizarla se realiza varias incisiones de reducido tamaño. A través de ella se introduce una pequeña cámara, mediante la que el cirujano puede observar el interior del paciente para poder intervenir, así como las herramientas necesarias para la cirugía. Se trata de una intervención mínimamente invasiva. Por ejemplo la cirugía de hernia inguinal por laparoscopia.
- Trasplantes: consiste en extraer y colocar órganos u otros tejidos del cuerpo.
- Cirugía láser: para esta técnica se aplica un haz de luz intensa sobre las células que se quieren eliminar, la temperatura de estas aumenta y estas desaparecen. Por ejemplo cirugía de laser de tulio para próstata.

¹ *Rev. Chilena de Cirugía. Vol 60 - N° 1, Febrero 2008; págs. 79-85*

Basadas en un probable nivel de contaminación bacteriana que puede ocurrir durante la intervención quirúrgica, el National Research Council hizo una clasificación en 1964:²

Heridas limpias: cuando el procedimiento no accede al interior de un órgano u otra cavidad del cuerpo normalmente colonizada. El riesgo de infección es de 1 a 3%

Heridas limpias-contaminadas: cuando el procedimiento accede al interior de un órgano u otra cavidad del cuerpo normalmente colonizada bajo circunstancias controladas. El riesgo de infección es de 5 al 8%.

Heridas contaminadas: cuando al realizar la intervención hay una contaminación en el lugar del sitio quirúrgico sin que exista aparentemente una infección. El riesgo de infección es de 20 a 25 %

Heridas sucias: cuando el procedimiento quirúrgico se realiza en una zona en la que hay una probable infección. El riesgo de infección es de 30 a 40%.

Según la urgencia o planificación de la intervención

En el momento en que se decide que hay que llevar a cabo una intervención quirúrgica, esta clasificación atiende a cuanto podemos esperar para llevarla a cabo:

- Urgencia extrema: es necesaria una intervención inmediata, ya que entra en juego la vida o la función de algún órgano del paciente.
- Urgencia: hay que intervenir cuanto antes, en un plazo máximo de 24 a 48 horas, ya que la situación puede poner en riesgo la vida o la función de algún órgano del paciente.
- Programada: son las intervenciones quirúrgicas que se planifican, debido a que la solución del problema no es de urgencia, pero debe ser solucionado para evitar riesgos en el futuro.
- Diagnostica: es necesaria la intervención quirúrgica para conocer el origen y comportamiento de las células que causan el problema.
- Electiva: el paciente puede decidir si someterse o no a la intervención quirúrgica, y el no someterse conlleva a consecuencias. Ejemplo: la vasectomía.

² Rev. Chilena de Cirugía. Vol 60 - N° 1, Febrero 2008; págs. 79-85

Según la finalidad

Dependiendo de lo que pretendamos conseguir con la intervención quirúrgica, podemos hacer la siguiente clasificación:

- Cirugía curativa: pretende solucionar el problema, habitualmente retirando la zona afectada.
- Cirugía reparadora: su finalidad es reparar las zonas que se encuentren dañadas o debilitadas y corregir deformaciones y desviaciones.

Para que podamos entender que no solo se realiza una cirugía con el consentimiento informado del paciente, debemos tener en cuenta previamente el ASA del paciente.

Definición de ASA: se utiliza en el sector médico para determinar el estado de salud de un paciente antes de operarse. Evalúa los riesgos que pueda presentar en caso de una anestesia.

Puntúa del 1 al 5, los pacientes que tienen una clasificación de 3 o más son aquellos que presentan un cierto riesgo: se trata de personas que tienen una enfermedad grave, como: diabetes, hipertensión, ángor.

Los pacientes con clasificación 4 y 5 son aquellos que tienen patologías invalidantes o incluso aquellos que cuya supervivencia no sobrepasa las 24 horas si no se realiza ninguna intervención quirúrgica.³

Componentes de la escala fisiológica que se evalúa:

- Temperatura
- Presión arterial media
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria
- Oxigenación
- pH arterial
- sodio en suero
- Potasio en suero
- Creatinina en suero
- Hematocrito
- Células blancas.

Nota: del valor de 0 a 4, denota más desviación del valor normal.

³ Página web: <http://salud.ccm.net>

Una vez definida el tipo de cirugía y el ASA del paciente, se deberá saber y tener en cuenta las complicaciones que toda cirugía post-operatoria posee, ya sea por factores comunes o frecuentes.

COMPLICACIONES QUIRURGICAS

HERIDA QUIRURGICA

Seroma: Acumulación de grasa líquida, suero o linfa por debajo de una incisión se produce un aumento de volumen con dolor a la presión y drenaje a través de la herida se previene utilizando drenajes abiertos o cerrados o evacuarlos retirando alguna sutura o por punción.

Dehiscencia de la Herida Quirúrgica

Es la separación de todas las capas de una herida quirúrgica, con riesgo de evisceración. Se produce entre el 1-3 % de las cirugías abdominales, realizadas, manifestándose en el día 7-10 día postoperatorio. Los factores posibles son: error técnico, urgencia, infección, edad, obesidad, esteroides, nutrición, oncológicos, enfermedades sistémicas (Diabetes o Insuf. Renal).

Infección de Herida Quirúrgica

De todas las infecciones intrahospitalarias, 40% son de heridas quirúrgicas, las Clasificamos en: Superficiales, Profundas y de Espacios Orgánicos.

De los patógenos asociados más frecuentes encontramos, Staphylococcus aureus, Staphylococcus coagulasa-negativo, Enterobacter, Escherichia coli, Enterococcus.

Fiebre postoperatoria

El 60 % del paciente post-quirúrgicos tendrán fiebre, pero solo 20% de ellos son por causa infecciosa. Entre las primeras 24-48 hs, se produce Flebitis, y liberación de citocinas. Luego de 48-72 hs, Atelectasias. Debemos tener en cuenta que después de 48 hs. si la fiebre es persistente se deben considerar complicaciones relacionadas a la cirugía, como infección de la herida, fugas anastomóticas, neumonía intra hospitalaria, infección de vías urinarias, del tubo digestivo o complicaciones trombo embolicas.

Complicaciones pulmonares

Cerca de 25% de todo el paciente post-quirúrgico tendrán alguna complicación pulmonar debido a la reducción de la capacidad funcional residual, distensión abdominal, dolor post-quirúrgico, tipo de herida quirúrgica, obesidad, consumo de tabaco, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), sobrecarga de líquidos, entre otros factores.

Dentro de la evaluación preoperatoria algunos pacientes deben de tener una evaluación de función pulmonar, inicialmente una radiografía de tórax, medición de gases arteriales o espirómetro.

Como complicación frecuente tenemos: atelectasias: causa más frecuente de fiebre postoperatorias, neumonía: causado por aspiración de contenido orofaríngeo (neumonía por aspiración) o gástrico (neumonitis por aspiración)

Otras complicaciones son: Alteraciones de esfínteres esofágicos, Reflejos laríngeos, cirugía de urgencia, Falta de ayuno, Inconsciencia, Uso de narcóticos. Se sugiere tratar con ayuno adecuado, limitar la regurgitación y proteger las vías respiratorias. Se encuentran también la Lesión pulmonar aguda y síndrome de distres respiratoria (SDRA): que producen hipoxigenación por un aumento en la distancia entre capilares y alveolos. Trauma, quemaduras, transfusión masiva, sepsis, falla multiorgánica, pancreatitis, sobredosis de drogas, etc.

Las manifestaciones: son inespecíficas como, disnea súbita taquipnea, dolor torácico pleurítico, esputo con estrías sanguíneas, dolor o edema de las piernas, frote pleural.

Dentro de las primeras 48% hs. Postquirúrgicas, existe dolor torácico irradiado al maxilar inferior y el brazo, acompañados de disnea, taquicardia, hipotensión arterial o insuficiencia respiratoria.

Otras complicaciones pueden ser: Arritmias cardíaca debido a la edad avanzada, antecedente de insuficiencia cardíaca y tipo de cirugía. Presentando síntomas como dolor, fiebre, hipovolemia, ansiedad, infarto al miocardio .Palpitaciones, dolor torácico, disnea, mareos, pérdida de la conciencia, hipotensión arterial.

Complicaciones renales y urinarias

Tenemos distintas complicaciones algunos son: retención urinaria: intervenciones perianales o por defectos herniarios inguinales, hipertrofia prostática, insuficiencia renal aguda, que es la disminución abrupta de la excreción renal con la consecuente acumulación de residuos nitrogenados. Cirugía vascular mayor,

trasplantes, cirugía abdominal mayor asociada a sepsis, quemaduras graves, trauma grave, choque hipovolémico prolongado. Alta mortalidad.

Tratamiento consiste en la colocación de una sonda vesical y vaciarla lentamente para evitar un episodio de hematuria.

En la insuficiencia renal aguda (IRA) las causas se engloban en tres grupos: alteraciones en el flujo de entrada, alteraciones parenquimatosas y alteraciones en el flujo de salida. Lo más urgente es manejar la hiperpotasemia y el sobre carga de líquidos.

Tratamiento suplementario (Diálisis)

Complicaciones endocrinológicas

Tenemos: Insuficiencia suprarrenal, crisis hipotiroidea, hipotiroidismo y

Secreción inadecuada de hormona anti diurética

Complicaciones gastrointestinales

Se puede llegar a producir complicaciones como: hemorragia del tubo digestivo: úlceras pépticas, erosiones por stress, desgarros de Mallory-Weiss, varices esofágicas y gástricas, malformaciones arteriovenosas, diverticulosis, hemorragias anastomóticas, melena, Hematoquezia o rectorragia colon o mitad distal del intestino delgado. Podemos decir que se realizan, tratamientos con antiácidos, anti h₂, inhibidores de la bomba de protones, protectores de la mucosa gástrica, corrección de anomalías en la coagulación, transfusión. Pero primero debemos identificar el origen con estudios como: endoscopia digestiva, angiografía mesentérica o laparotomía.⁴

Los reingresos de pacientes en el hospital Santa Isabel de Hungría se deben a diversas causas ejemplo: dolor abdominal, nauseas, vómitos, cefalea, signos de infección de la herida quirúrgica, pero desde el punto de vista de enfermería creemos que el aumento de la temperatura corporal es la más significativa y la más importante dado que el hombre es un ser homeotermo y por lo tanto mantiene su temperatura dentro de sus límites normales mediante la termorregulación, función importante para el desarrollo de nuestra vida.

⁴ Libros digitales "Complicaciones postoperatorias" Drs Luis Del Aguila Hoyos, Eugenio Vargas Carbajal, Héctor Angulo Espinoza.

La temperatura corporal se da entre el equilibrio de la producción (termogénesis) y la pérdida de calor del organismo (termólisis), hay distintos tipos de temperatura, las clasificamos de la siguiente manera:

- Central: son los tejidos profundos del cuerpo, permanece constante.
- Superficial: la piel y tejido subcutáneo, varía según su entorno.

La regulación de la temperatura corporal consta de 3 partes:

- Sensores en la periferia y en el centro (la mayoría se encuentra en la piel)
- Sistema de integración en el hipotálamo (área pre óptica)
- Sistema que ajusta la producción y pérdida de calor (vasoconstricción y vasodilatación)

La temperatura normal de un paciente tiene distintos valores:

Valores normales:

- Neonato: 36,1 a 37,2 °c
- Adulto: 36 a 37,4 °c

Alteraciones de la temperatura corporal

- Hipotermia: menor a 36 °c
- Febrícula: 37,5 °c
- Fiebre: > 40 °c
- **Hipertermia:** mayor a 37,6 °c

Una Temperatura corporal superior al límite normal proviene de una alteración en el hipotálamo.

Las alteraciones de la temperatura corporal son producto de: anomalías cerebrales, sustancias tóxicas pirógenas (bacterias, drogas), temperatura del ambiente elevada.

Como sabemos ante una infección microbiana, la fiebre es un mecanismo de defensa, ya que hace aumentar la producción de anticuerpos (glóbulos blancos) por un aumento del metabolismo.

Tipos de fiebre:

Fiebre intermitente: variación de la temperatura que va entre los valores normales y elevados, por 24 hs.

Fiebre recidivante: temperatura elevada durante varios días, volviendo a la normalidad 1 o 2 días.

Fiebre remitente: variación de la temperatura por encima de la normalidad.

Hiperpirexia: fiebre muy elevada, por encima de 40,5 °c.

Pirexia (fiebre): temperatura corporal por encima de lo normal.

Fases de la fiebre: los mismos son importantes para reconocer los signos y síntomas de alarma tanto para el paciente como para los familiares

- Comienzo (frio o escalofrío): aumento de la Frecuencia Cardiaca, temblor, aumento de la profundidad y Frecuencia respiratoria, piel fría.
- Evolución (meseta): ausencia de escalofríos, aumento de Frecuencia Cardiaca y Frecuencia Respiratoria, deshidratación, malestar, dolores musculares, sed, boca seca.
- Defervescencia (caída, fase de rubor): piel enrojecida y caliente, disminución temblor, sudoración, posible deshidratación.

Fiebre postquirúrgica

En el presente informe se trabajara con los pacientes que reingresan al servicio de clínica médica en especial con diagnóstico de síndrome febril (aumento de la temperatura corporal) por eso creemos importante clasificar los tipos de fiebre postquirúrgica:

- Inmediata: en quirófano o primeras horas post cirugía, Posibles causas:
 - Infección preoperatoria

- Reacción transfusional
- Fármacos
- Manejo de actividad purulenta
- Hipertermia maligna

a) Primeras 24 hs: la mayoría se resuelven espontáneamente

No tratamiento con antibióticos, posible causas: atelectasia (por al dolor no se realiza ventilación), traumatismo de la propia intervención.

b) Entre 24-72 hs: neumonía (signos y síntomas: fiebre, dolor pleural, disnea, hipoxia), infección de orina (microorganismo más frecuente: e. coli, klebsiella, proteus, stap. Saprophyticus, pseudomona, enterococcus), flebitis (infección del catéter, microorganismo más frecuente: staphilococo coagulasa, s.aureus)

- Aguda: 1ª semana (infecciones relacionadas con la cirugía), Posibles causas:
 - Infección de la herida quirúrgica: La Infección se produce en la zona de la intervención quirúrgica y que se diagnostica los primeros 30 días post cirugía, existen 3 categorías: a- incisional superficial, b- incisional profunda y c- de órgano o de espacio.

Síntomas locales: enrojecimiento, calor, celulitis, secreciones purulentas, etc.

Microorganismo más frecuente: stafilococcus.

Tratamiento: con antibiótico de amplio espectro, realizar una abertura de la herida y drenar material purulento, evaluar los tejidos afectados.

- Sepsis: signos y síntomas: fiebre, acidosis metabólica, oliguria, hipotensión arterial (fallo multi- orgánico).
- Trombo embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda.
- Subaguda: entre 1ª-4ª semana.
- Tardía: > un mes post- quirúrgica, síntomas: temblor, sudoración, posible deshidratación.

Una vez que el paciente reingresa al servicio de clínica médica (internación) se debe determinar el motivo de consulta y diagnóstico, pero en primera instancia se debe realizar una revisión de la historia operatoria, es mismo consta de:

- Situación pre quirúrgica
- Presentación del cuadro
- Cirugía, complicaciones intraoperatoria
- Postoperatorio (tiempo transcurrido)
- Alergias
- Medicación (transfusiones, antibióticos, etc.)
- Localización de catéteres y tiempo de uso

A) Anamnesis

- Diarrea
- Erupciones o heridas cutáneas
- Espujo y sensación disneica
- Dolor
- Aumento de la temperatura
- Descartar sepsis

B) Exploración física

- Graficas de constantes vitales
 - Temperatura
 - Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardiaca, y saturación de oxígeno.
 - Nivel de consciencia
- Examen físico
 - Piel y sitio de la cirugía
 - Abdomen: signos de irritación peritoneal, distención.
 - Cicatrices quirúrgicas, región de la cirugía, drenaje linfático.
 - Catéteres, drenajes, zona de venopunción.

C) Pruebas complementarias

- Sedimento de orina y/o urocultivo
- Hemocultivo
- Cultivo de herida quirúrgica.

- Hemograma con formula leucocitaria
- Rayos X tórax
- Ecografía abdominal/pélvica
- Punción y/o drenaje quirúrgico
- Hisopado nasal y/o anal

Ya determinado la causa de reingreso y el nuevo diagnóstico del paciente, se procede a llevar a cabo el tratamiento específico para la completa recuperación del paciente, desde el punto de vista de enfermería y la experiencia con el trabajo diario en clínica médica creemos que el microorganismo más frecuente en dichos reingresos es el estafilococos, pero antes de hablar del mismo daremos una pequeña introducción a microbiología.⁵ La respuesta inmune y la infección son inseparables.

Mecanismo de defensa del huésped frente a agresiones bacterianas

A. Mecanismo inespecífico de defensa

Para que algunas bacterias produzcan patología, este debe vencer o franquear diferentes factores superficiales no inmunológicos muy importantes, que muchas veces no son considerados como merecen.

- I. Disminución del número de células bacterianas por diferentes procesos.
- II. Destrucción de microorganismos mediada por diferentes moléculas de producción local.
- III. Función protectora de la flora normal

Las bacterias que se desarrollan como comensales en la superficie corporal, estimulan la producción de anticuerpos “naturales”. Por lo tanto, la inmunidad “natural” es en realidad una respuesta adaptativa del huésped, después de ponerse en contacto con las bacterias no patógenas de su flora normal, que comparten antígenos con el patógeno específico. Por ejemplo, los animales “libres de gérmenes” que no han estado expuestos a antígenos microbianos no muestran

⁵ BASUALDO, Juan Ángel, Coto Celia, De Torres Ramón; Microbiología biomédica 2ª Ed., Buenos Aires: ed. Atlante SRL, Argentina, 2006.

inmunidad natural y rápidamente desarrollan sepsis cuando son retirados de su medio estéril. La flora bacteriana normal tiene también otro mecanismo para proteger al huésped. El comensal cutáneo *Propionibacterium acnes* retarda la multiplicación en la piel de *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, mediante la producción de lípidos antimicrobianos. Las bacterias de la flora intestinal pueden retardar el desarrollo de *Salmonella* y *Shigella* a través de la producción de determinados ácidos grasos. *Streptococcus viridans* residentes de la faringe, previenen el desarrollo local de los neumococos. Las bacterias de la flora normal que se adhieren a las mucosas compiten con los receptores de las bacterias patógenas.

Evasión bacteriana de los mecanismos inespecíficos de defensa:

Describiremos ahora, como algunas bacterias pueden evitar ciertos mecanismos de defensa no inmune para producir patología, debido a que la piel intacta no es franqueada con facilidad por los microorganismos la adhesividad bacteriana es el primer determinante de virulencia a considerar. Las bacterias se unen a los receptores de las células mucosas mediante sitios de unión denominados adhesinas. Estas adhesinas pueden adoptar la forma de piliformes, denominadas pili. Los pili median la fijación de los gonococos en la uretra, e impiden la eliminación mecánica de los mismos por la corriente de orina. Los pili de *E. coli* se unen a glucolípidos de las membranas celulares del epitelio urinario participando en las infecciones urinarias. Las cilias son también adhesinas importantes en la fijación de enterobacterias (*E. coli*, *Salmonella* spp.) y vibriones del epitelio intestinal en las diarreas.

Mycoplasma pneumoniae se pega a las superficies de las células ciliadas del epitelio respiratorio mediante estructuras especializadas, relacionadas con receptores de ácido neurámico. La adhesina de bacterias a células epiteliales en algunos casos es de importancia para la producción de la enfermedad, sin necesidad de que posteriormente se produzca penetración de las mismas en el epitelio.

Otros agentes patógenos penetran en las células epiteliales para dividirse y producir las principales manifestaciones de la enfermedad.

Otras bacterias continúan su proceso de penetración produciendo una diseminación general.

La invasión de células epiteliales es un importante mecanismo de infección para muchas otras bacterias.

B. Mecanismos específicos (inmunológicos) de defensa del huésped

Luego de franqueados los mecanismos inespecíficos de defensa, las células bacterianas se enfrentan a una diversidad de fenómenos, complejos generalmente, pero que tienen la característica de formar parte de la respuesta del sistema inmune del huésped. Estos son:

- Defensa inmune de la superficie
- Defensa inmune contra bacterias extracelulares
- Defensa inmune contra bacterias intracelulares

C. Mecanismos inmunológicos en las infecciones bacterianas

Teniendo en cuenta los mecanismos inmunológicos para la recuperación del huésped de una infección bacteriana, y a manera de guía simple que se pueda utilizar para una profundización posterior de los distintos síndromes infecciosos producidos por bacterias, hemos separado las distintas patologías en cinco grupos básicos.

	Mecanismo/s inmunológico/s básico/s en la recuperación	Agentes etiológicos más importantes grupo
Grupo 1	Destrucción y actividad de polimorfonucleares	S. Pneumoniae, estreptococos del grupo A y S. aureus, Hemophilus influenzae, neisserias y bacilos gran negativos intestinales.
Grupo 2	Inmunidad humoral	I) Enfermedades que dependen de la

		producción de exotoxinas bacterianas. II) Bacterias que dependen de la fijación a células epiteliales para producir la infección. III) infecciones bacterianas donde la bacteriólisis mediada por completo puede desempeñar un papel productor importante
Grupo 3	Inmunidad humoral y celular	sífilis, salmonelosis
grupo 4	Inmunidad celular	tuberculosis, lepra y brucelosis
Grupo 5	relaciones huésped/bacteria única	Mycoplasma, clamidias y genero Bordetella.

ESTAFILOCOCOS

Los estafilococos están ampliamente distribuidos en la naturaleza. Se los encuentra en su hábitad natural primero la piel, glándulas de la piel y membranas mucosas de mamíferos y pájaros. A veces se los encuentra en la boca, en el tracto intestinal, genitourinario y respiratorio superior de huéspedes.

El hábitad secundario incluye suelo, arena, aguas frescas y marinas, superficie de plantas, carnes, utensilios, pileta, leche y otros. Las mucosas y la piel ofrecen una barrera mecánica muy efectiva contra la invasión tisular local. Si dicha barrera se interrumpe debido a un traumatismo o cirugía, los estafilococos pueden acceder al tejido subyacente, creando una lesión con absceso local característico: tejido necrótico, fibrina y un gran número de leucocitos polimorfo-nucleares.

Los estafilococos son responsables de más del 80 % de las enfermedades supurativas. Causan desde un forúnculo hasta severas septicemias, e incluso pueden producir intoxicación alimentaria. Es un microorganismo oportunista. El

género *Staphylococcus* constituyan importantes patógenos humanos que colonizan e infectan a pacientes hospitalizados con defensa disminuida y a personas sanas inmunológicamente competentes.

Entre los estafilococos coagulasa positiva se puede mencionar los que están relacionados a patología humana, tales como *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus schleiferi* spp. *Schleiferi* y los zoonocenos como *S. aureus* spp. *Anaerobius*, *S. delphini*, *S. hycus*, *S. intermedius*, *S. schleiferi* spp. *Coagulans* y *S. lutrae*.

S. aureus es la especie que se aislé con mayor frecuencia en nuestras clínicas.

Causa una gran variedad de infecciones supurativas e intoxicaciones en humanos. Produce lesiones superficiales, tales como: forúnculo, orzuelo, infecciones más serias, como neumonía, mastitis, flebitis, meningitis e infecciones del tracto urinario, infecciones profundas, como osteomielitis y endocarditis.

Es la principal causa de infecciones nosocomiales, de heridas quirúrgicas e infecciones asociadas con prótesis, catéteres, sondas, válvulas.

CAPITULO II

HIPOTESIS:

La hipertermia, es el factor de mayor incidencia en el reingreso de pacientes post-operados dados de alta en el sector de clínica médica, en el Hospital Santa Isabel de Hungría, en el periodo de Marzo a Mayo del 2017.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El estudio utilizado en esta investigación es de tipo descriptivo retrospectivo cuantitativo, el método de recolección de datos utilizado fue un registro de base de datos sistematizados de las historias clínicas de cada paciente, según el periodo de reingreso en los meses de marzo a mayo del 2017.

Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Santa Isabel de Hungría, ubicado en Pedro del Castillo 2854, Villa Nueva Guaymallén Mendoza.

Universo

La población analizada fueron los 72 pacientes que reingresaron al servicio de clínica médica (internación) independientemente del diagnóstico de alta

Muestra

Se tomara como muestra los pacientes que reingresaron al servicio de clínica médica con diagnóstico de hipertermia- síndrome febril.

Criterios de Selección

- **Criterios de Inclusión**
 - a. pacientes que reingresaron al servicio de clínica médica, independientemente del diagnóstico de alta.
 - b. integración como primera instancia de todos los pacientes, sometidos a una cirugía quirúrgica que reingresaron en un periodo de tiempo determinado
 - c. pacientes reingresados con hipertermia.
 - d. Edad, pacientes mayores a 20 años de edad
 - e. Sexo: masculino y femenino.

- **Criterios de exclusión**
 - a. edad: menores de 20 años.
 - b. pacientes internados fuera del periodo de estudio (marzo a mayo).
 - c. pacientes internados en el periodo de marzo a mayo en clínica médica por primera vez.

Unidad de análisis

Pacientes de clínica médica del Hospital Santa Isabel.

Técnica de recolección de datos

El método de recolección de datos utilizado fue a través de registros, con base de datos informatizados de Historias Clínicas.

Fuente de información

Fuentes Secundarias: información a través de archivos electrónicos (registros de Historias Clínicas del Hospital).

Operacionalización de variables

- **Edad:** Personas de 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 a 79; 80 a 89; 90 a 99 años de edad..
- **Sexo:** masculino y femenino.
- **Mortalidad del reingreso:** sí, no.
- **Causas de fallecimiento:** quirúrgicos, patologías, síndrome febril, otros.
- **Causas de reingresos:** síndrome febril, infecciones, náuseas y vómitos, cáncer, otros.
- **Pacientes ingresados con síndrome febril:** pos-operados y otros.
- **Estadía pos- reingreso:** mayor a 15 días y menor a 15 días.
- **Causas de reingresos en paciente mayores a 15 días:** síndrome febril, infecciones, otros
- **Rango de edades de reingresos:** femeninos y masculinos de 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 a 79; 80 a 89; 90 a 99 años de edad.
- **Mortalidad según sexo:** si vive o no vive, sean femeninos y masculinos.

CAPITULO III

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Los siguientes datos fueron recolectados desde una base de datos informatizada, Historia Clínica electrónica que actualmente se maneja en el Hospital Santa Isabel de Hungría.

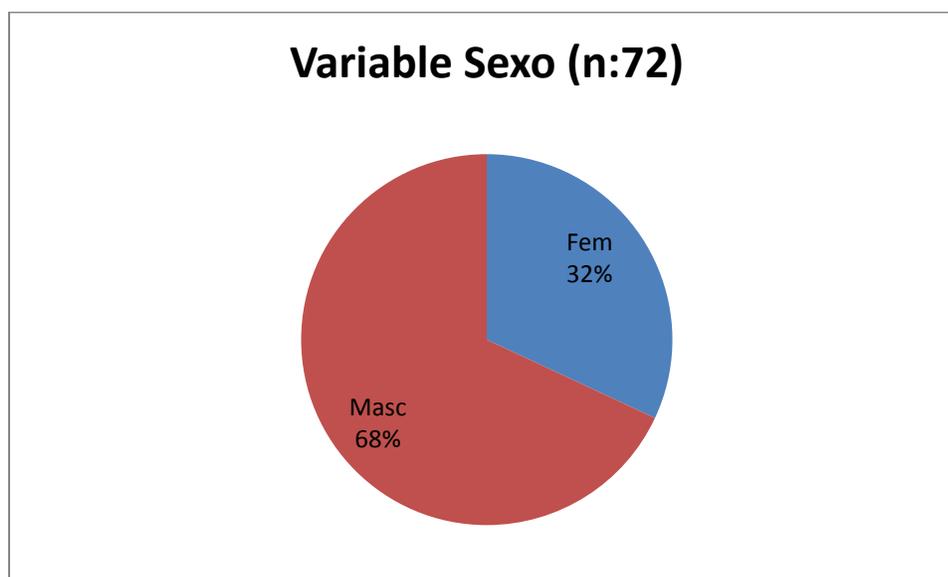
RESULTADOS

TABLA N° 1: Variable Sexo de la población

Sexo	FA
Fem	23
Masc	49

Fuente: Elaboración propia a partir de información de obtenida en base de datos informatizada de Hospital Santa Isabel de Hungría.

GRÁFICON°1: Variable Sexo



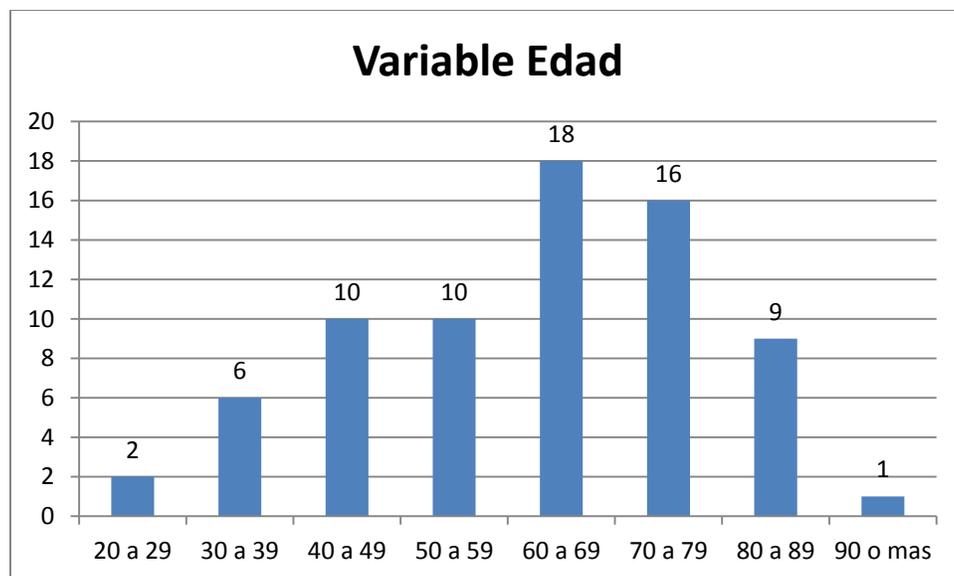
Comentario: en el presente gráfico se observó un predominio del sexo masculino del 68%.

TABLA N°2: Variable Edad de la población

Edad	FA
20 a 29	2
30 a 39	6
40 a 49	10
50 a 59	10
60 a 69	18
70 a 79	16
80 a 89	9
90 o más	1

Fuente: Elaboración propia a partir de información de obtenida en base de datos informatizada de Hospital Santa Isabel de Hungría.

GRÁFICO N°2: Variable de Edad



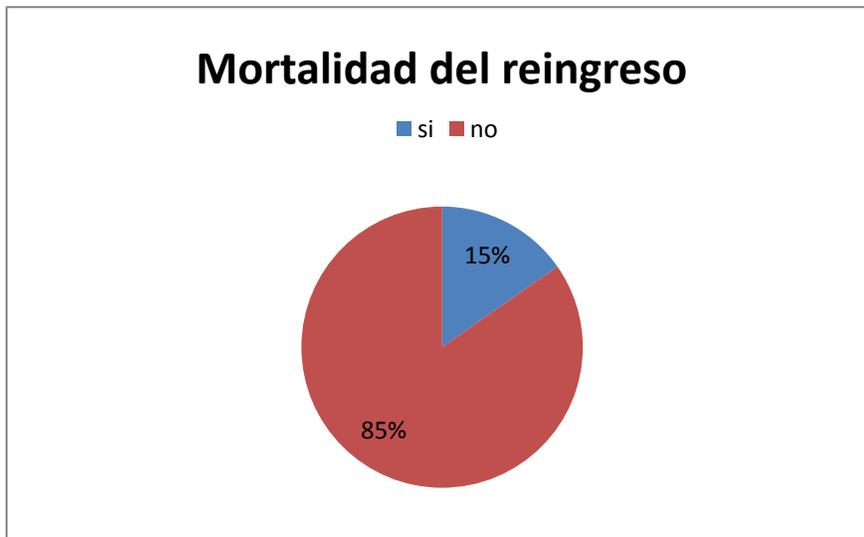
Comentario: Se observo mayor frecuencia de reingresos en los rangos de edades entre 60 y 79 años de edad.

TABLA N°3: Mortalidad de reingresos

Mortalidad	FA
Si	11
No	61

Fuente: Elaboración propia a partir de información de obtenida en base de datos informatizada de Hospital Santa Isabel de Hungría.

GRÁFICO N°3: Mortalidad del reingreso



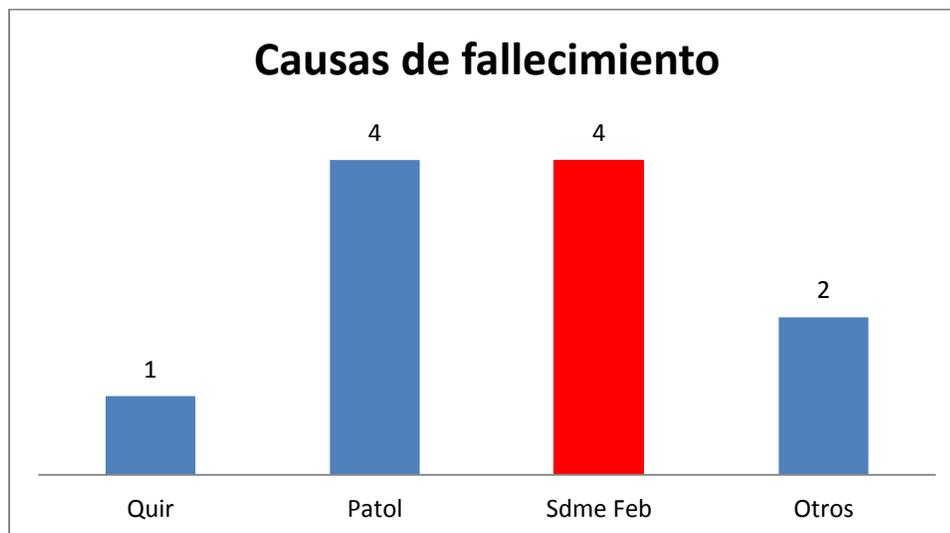
Comentario: Se observó una mortalidad de los reingresos del 15%.

TABLA N°4: Al caracterizar las causas de fallecimiento se encontraron que:

Causas	FA
Quirúrgicas	1
Patologías	4
Sdme Feb	4
Otros	2

Fuente: Elaboración propia a partir de información de obtenida en base de datos informatizada de Hospital Santa Isabel de Hungría.

GRÁFICON°4: Causas de fallecimiento.



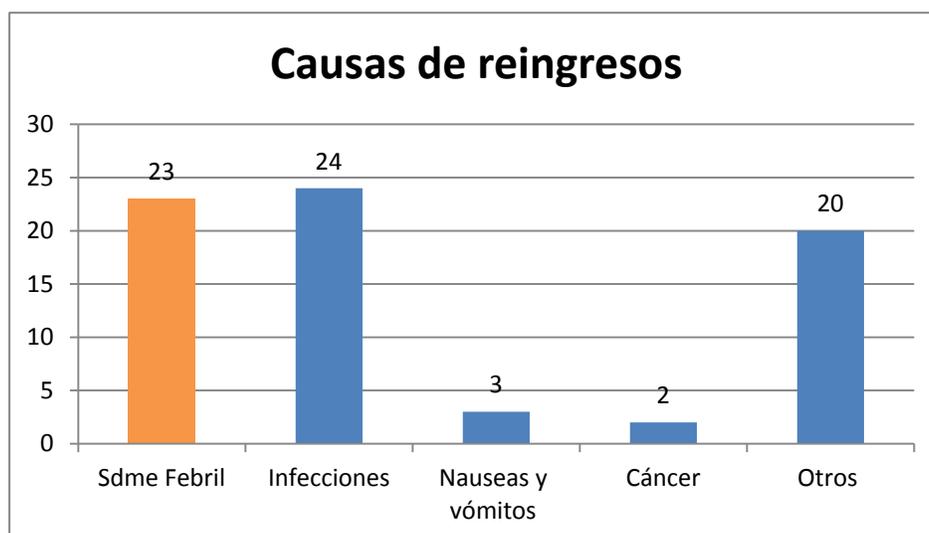
COMENTARIO: Se observó que el síndrome febril fue la causa de muerte tan relevante que las enfermedades terminales de base

TABLA N° 5: Causas de reingresos

Causas	FA
Sdme Febril	23
Infecciones	24
Nauseas y vómitos	3
Cáncer	2
Otros	20

Fuente: Elaboración propia a partir de información de obtenida en base de datos informatizada de Hospital Santa Isabel de Hungría.

GRÁFICO N°5: Causas de Reingresos



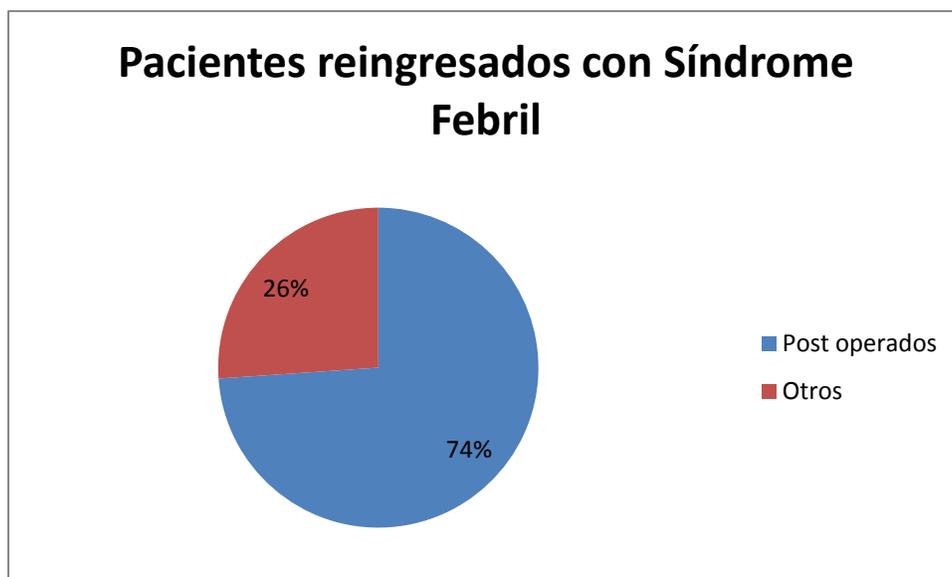
COMENTARIO: Se observa que el Síndrome Febril es una de las principales causas de reingresos.

TABLA N°6: Pacientes reingresados con Síndrome Febril

Causas	FA
Post operados	17
Otros	6

Fuente: Elaboración propia a partir de información de obtenida en base de datos informatizada de Hospital Santa Isabel de Hungría.

GRÁFICA N° 6: Pacientes reingresados con Síndrome Febril



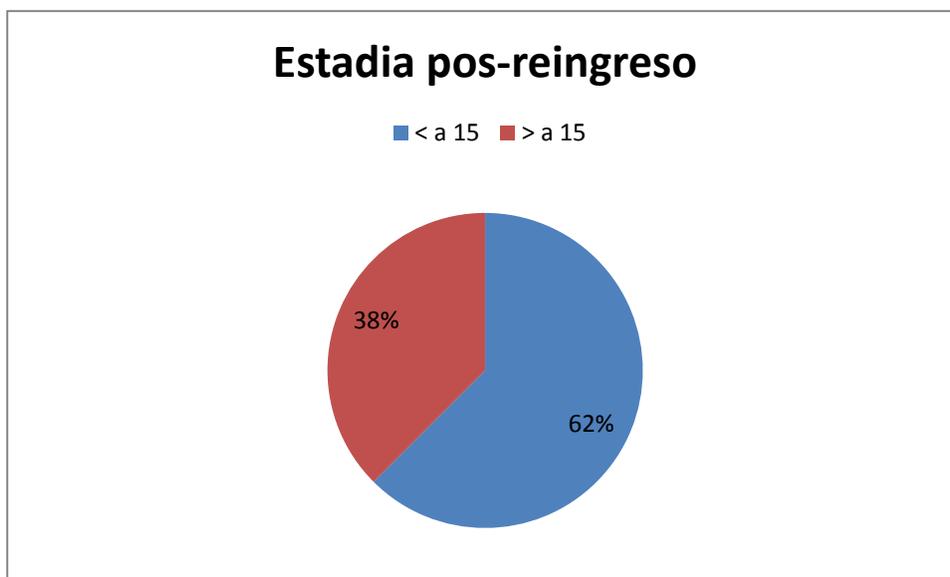
COMENTARIO: Se observa que de un total de 72 pacientes, reingresaron 23 pacientes con síndrome febril, de los cuales el 74 % fueron pacientes post operados.

TABLA N° 7: Estadía de internación al reingreso

Estadía	FA
< a 15	45
> a 15	27

Fuente: Elaboración propia a partir de información de obtenida en base de datos informatizada de Hospital Santa Isabel de Hungría.

GRÁFICO N°7: Estadía pos- reingreso.



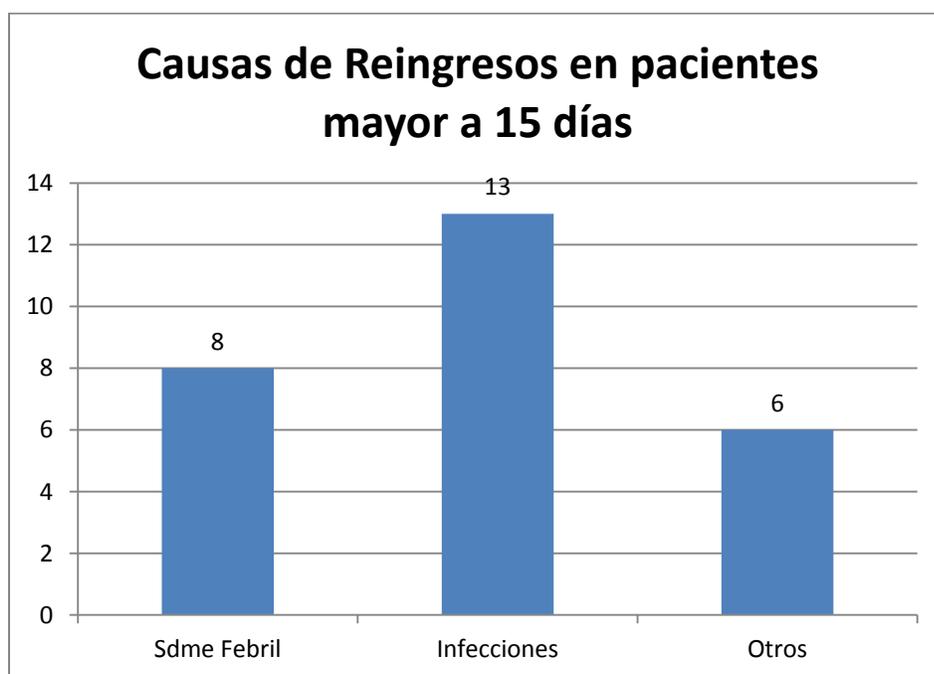
Comentario: Se observó una mayor estadía (62%) en periodo menor a 15 días.

TABLA N° 8: Causas de Reingresos en pacientes internados mayor a 15 días

Causas	FA
Sdme Febril	8
Infecciones	13
Otros	6

Fuente: Elaboración propia a partir de información de obtenida en base de datos informatizada de Hospital Santa Isabel de Hungría.

GRÁFICO N° 8: Causas de reingresos, en pacientes internados mayor a 15 días.



Comentario: Se observa que la causa de reingresos en pacientes internados mayor a 15 días es la infección, estando como segunda instancia el Síndrome Febril.

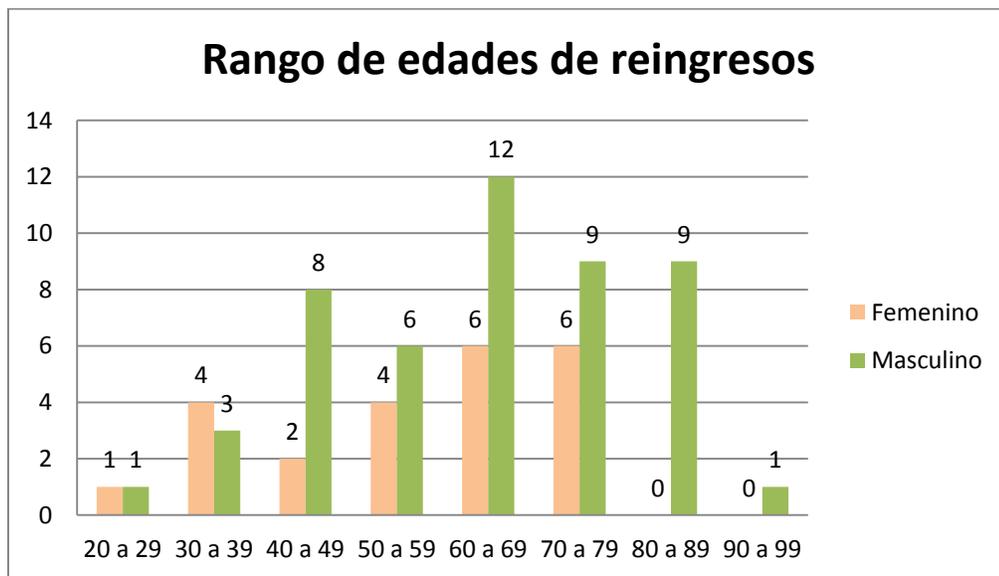
TABLAS BIVARIADAS

TABLA N° 9: Rangos de reingresos por edad

Rango	Femenino	Masculino
20 a 29	1	1
30 a 39	4	3
40 a 49	2	8
50 a 59	4	6
60 a 69	6	12
70 a 79	6	9
80 a 89	0	9
90 a 99	0	1

Fuente: Elaboración propia a partir de información de obtenida en base de datos informatizada de Hospital Santa Isabel de Hungría.

GRÁFICO N°9: Rango de reingresos por edad



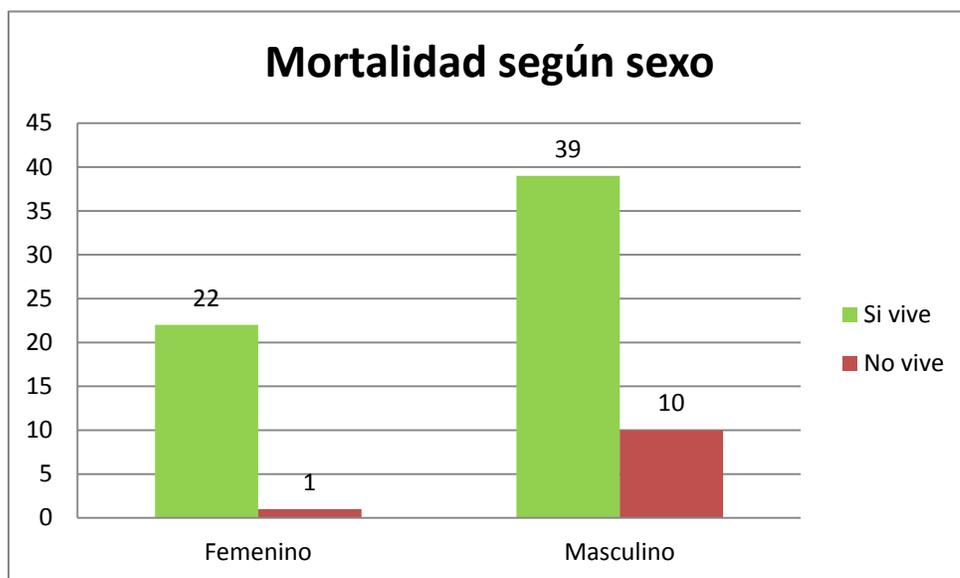
Comentario: Se observa que el rango de mayor reingreso de pacientes es de 40 a 89 años, siendo más frecuente el sexo masculino.

TABLA N°10: Mortalidad según sexo

Óbitos	Femenino	Masculino
Si vive	22	39
No vive	1	10

Fuente: Elaboración propia a partir de información de obtenida en base de datos informatizada de Hospital Santa Isabel de Hungría.

GRÁFICO N° 10: Mortalidad según sexo.



Comentario: se diferencia entre ambos sexos que el que tiene mayor índice de mortalidad es el sexo masculino.

RESULTADOS

En base a la investigación realizada sobre “Reingreso de pacientes post-operados, que presentaron hipertermia”, se realizó un análisis estadístico con datos recolectados de una base de datos informatizados que se maneja en el Hospital Santa Isabel de Hungría. Se puede decir que:

En cuanto el sexo; de una población total de 72 personas la población más afectada es el sexo masculino con un 68% mientras que el sexo femenino maneja un nivel más reducido con 32%.

En cuanto a la edad; existe diversidad de edades, se trabajo con personas mayores a 20 años de edad, donde se observó que las más afectadas son personas de entre 60 a 79 años.

Se calculó el número de reingresos por síndrome febril, de los cuales el 74% resultó ser paciente post- operado.

En cuanto a la mortalidad; se incluyeron sólo a pacientes que cumplían con la condición de reingreso, donde se pudo evidenciar que existe una mortalidad del 15% del total de la población estudiada.

Y entre sus causas de fallecimiento las más frecuentes fueron el síndrome febril y las patologías base.

Si se habla de días de internación post-reingreso, se marcó una diferencia de pacientes, donde un 38% de la población estuvo internada en un periodo de más de 15 días; mientras que el 62% restante tuvo una internación más ligera menor a 15 días.

También se pudo diferenciar que entre sus causas de reingreso tuvo mayor prevalencia las infecciones y el síndrome febril.

Se puede determinar que el rango de edad más afectada en los reingresos es la de 60 a 69 años, teniendo mayor prevalencia las personas de sexo masculino, que a su vez son los que acarrear con mayor porcentaje el nivel de mortalidad post-reingresos.

En síntesis, de una población total de 72 personas, las personas con más afección son los del sexo masculino, teniendo a un 68% de su totalidad.

CONCLUSIONES

Concluimos que el síndrome febril, tiene una mayor relevancia si se habla de pacientes que tienen reingresos siendo post-operados, mayormente se debe al estafilococo que es causa de más del 80% de enfermedades supurativas.⁶

Así mismo en el estudio que llevamos a cabo se puede evidenciar que son más frecuentes los casos que presentan este síndrome, involucrando al sexo masculino como mayor frecuencia en re-internados.

A su vez el grupo etario más afectado son los adultos mayores que están entre los 60 a 69 años de edad, debido a la disminución del sistema inmune de estos pacientes. Entre los sistemas que sufren un mayor deterioro durante la vejez destacan el excretor (el funcionamiento de los riñones) y el respiratorio, así como también se ve disminuida la capacidad de funcionamiento del hígado y el corazón.

Se debe decir también que los afectados con los re-ingresos al nosocomio conllevan más días de internación lo que dificulta la vida cotidiana de los mismos y sus familias el periodo de internación está asociado al tipo de cirugía, en el Hospital Santa Isabel de Hungría las cirugías más frecuentes son las abdominales y traumatológicas.

Existe una mortalidad del 15% de esta población siendo la causa principal el síndrome febril junto a las patologías de base, esto nos dan indicios de que ya no se trata de un simple diagnóstico; si no que se debe tener más en cuenta a la hora de tratar al paciente y que no solo las complicaciones de la cirugía en sí, si no también otros factores como lo es en este caso la edad de los mismos, disminución de cicatrización que aumenta los días de internación.

En este informe se pudo comprobar la hipótesis, ya que la misma muestra que el síndrome febril es la principal causa de reingreso en pacientes post-operados dados de alta en el servicio de Clínica Médica del Hospital Santa Isabel de Hungría.

⁶ BASUALDO, Juan Ángel, Coto Celia, De Torres Ramón; Microbiología biomédica 2ª Ed., Buenos Aires: ed. Atlante SRL, Argentina, 2006.

PROPUESTAS

- Ofrecer asesoramiento e información al paciente y su familia previa al alta respondiendo las dudas que pudieran surgir.
- Crear un protocolo junto al equipo médico y al servicio de Infectología sobre la información respecto a los cuidados post-quirúrgicos a brindar a los pacientes.
- Continuar con datos sistematizados, que ayudan realizar estadísticas más certeras.
- Proponer un nuevo relevamiento estadístico para el siguiente año o cada dos años para reevaluar cambios positivos o negativos en los índices obtenidos.
- Proponer un espacio de educación hacia el paciente post-operado previo a su externación, teniendo en cuenta pautas de alarmas con respecto a los signos y síntomas más relevantes

BIBLIOGRAFIA

- *Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 60 - N° 1, Febrero 2008; págs. 79-85*
- Página web: <http://salud.ccm.net>
- Libros digitales “Complicaciones postoperatorias” Drs Luis Del Águila Hoyos, Eugenio Vargas Carbajal, Héctor Angulo Espinoza.
- BASUALDO, Juan Ángel, Coto Celia, De Torres Ramón; Microbiología biomédica 2ª Ed., Buenos Aires: ed. Atlante SRL, Argentina, 2006.
- CANGA ARMAYOR, Ana Dolores; NARVAIZA SOLÍS, María Jesús. Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos. *Gerokomos*, 2006, vol. 17, no 1, p. 24-31.-

ANEXOS

TABLA MATRIZ

Internados	Sexo	Edad	Mes de internación	Reingreso	Vive	Tiempo	Dx Alta (Primer Dx)	Dx Reingreso
1	F	50-59	MARZO	SI	SI	42	Politrauma	Espondilitis
2	F	40-49	MARZO	SI	SI	11	NAC	Neutropenia
3	M	60-69	MARZO	SI	SI	24	Colangitis	Ictericia
4	M	70-79	MARZO	SI	SI	14	PO Rodilla	Infección de implante
5	F	70-79	MARZO	SI	SI	15	Fx Fémur	Sme febril
6	M	60-69	MARZO	SI	SI	18	NAC	NAC
7	M	30-39	MARZO	SI	SI	61	PO Reconstrucción Intestinal	Sme febril
8	F	50-59	MARZO	SI	SI	9	Fistula Perianal	Fistula Perianal
9	M	30-39	MARZO	SI	SI	17	Fx Pie	Celulitis
10	M	80-89	MARZO	SI	NO	15	NAC	NAC
11	F	20-29	MARZO	SI	SI	34	PO Coledocolitiasis	Sme febril
12	F	70-79	MARZO	SI	SI	54	Espondilitis	Espondilitis
13	M	50-59	MARZO	SI	SI	8	Gastroestoma	NAC
14	M	20-29	MARZO	SI	SI	5	PO Apendicitis	Sme febril
15	M	70-79	MARZO	SI	NO	12	Colelap	Ca Hígado
16	M	60-69	MARZO	SI	NO	28	Disnea	CA Pulmón
17	F	30-39	MARZO	SI	SI	8	Sme Febril	ITU
18	F	70-79	MARZO	SI	SI	5	PO Fx Cadera	Sme febril
19	F	60-69	MARZO	SI	SI	14	Fx Pie y Peroné	Infección de implante
20	M	60-69	MARZO	SI	NO	16	Disnea	NAC
21	F	60-69	MARZO	SI	SI	8	Colangitis	Vómitos
22	M	50-59	MARZO	SI	SI	5	Trastorno de Conciencia	Absceso en MSD
23	M	40-49	ABRIL	SI	SI	11	Convulsiones	Cx Cerebro
24	F	70-79	ABRIL	SI	SI	7	PO Fx Cadera	Sme febril

25	F	70-79	ABRIL	SI	SI	15	Espondilitis	Ulceras
26	M	70-79	ABRIL	SI	SI	8	Lumbalgia	Canal estrecho lumbar
27	M	60-69	ABRIL	SI	SI	14	Sme Febril	Neutropenia
28	F	60-69	ABRIL	SI	SI	7	Amputación de Dedo	Infección Quirúrgica
29	M	60-69	ABRIL	SI	SI	15	ITU	Pielonefritis
30	M	50-59	ABRIL	SI	SI	28	PO Tibia	Sme febril
31	M	80-89	ABRIL	SI	SI	8	NAC	NAC
32	M	40-49	ABRIL	SI	SI	12	Hematoma Subdural	TU cerebral
33	F	50-59	ABRIL	SI	SI	14	TU Cerebral	Vómitos
34	M	90-99	ABRIL	SI	NO	8	PO TU Cerebral	Sme febril
35	M	70-79	ABRIL	SI	SI	15	Ascitis	Ascitis
36	M	50-59	ABRIL	SI	SI	15	Sme Febril	Neutropenia
37	F	60-69	ABRIL	SI	SI	8	PO Reconstrucción Intestinal	Sme febril
38	M	70-79	ABRIL	SI	SI	63	PO Cerebro	Infección Quirúrgica
39	M	60-69	ABRIL	SI	SI	9	CA Pulmón	NAC
40	F	40-49	MAYO	SI	SI	13	HDA	Sme febril
41	F	30-39	MAYO	SI	NO	21	Sme Febril	NAC
42	M	60-69	MAYO	SI	NO	37	CA Colon	Insuficiencia Renal
43	M	50-59	MAYO	SI	NO	12	PO Rodilla	Sme febril
44	M	60-69	MAYO	SI	NO	22	Limpieza quirúrgica	Limpieza quirúrgica
45	M	80-89	MAYO	SI	SI	5	ITU	Sme febril
46	M	40-49	MAYO	SI	SI	16	Politrauma	Infección Quirúrgica
47	M	70-79	MAYO	SI	SI	28	CA Colon	Anemia
48	M	40-49	MAYO	SI	SI	17	ITU	Sme febril
49	M	50-59	MAYO	SI	SI	12	PO Cardiovascular	Sme febril
50	F	30-39	MAYO	SI	SI	7	Sme Febril	NAC
51	M	60-69	MAYO	SI	SI	31	PO Apendicitis	Sme febril
52	M	60-69	MAYO	SI	NO	18	PO Derrame pleural	Sme febril

53	M	30-39	MAYO	SI	SI	8	Dolor Abdominal	Hemorroides
54	F	60-69	MAYO	SI	SI	9	Litiasis Renal	Dolor abdominal
55	F	70-79	MAYO	SI	SI	10	Celulitis	TVP
56	M	40-49	MAYO	SI	SI	13	Espondilitis	Reintervención quirúrgica
57	M	40-49	MAYO	SI	SI	14	Infección de Herida quirúrgica	Sme febril
58	F	60-69	MAYO	SI	SI	5	Hiper glucemia	Fx Cadera
59	M	40-49	MAYO	SI	SI	13	PO Eventración	Sme febril
60	M	40-49	MAYO	SI	SI	16	PO Vesícula	Sme febril
61	M	70-79	MAYO	SI	SI	7	Politrauma	Nauseas y vómitos
62	F	50-59	MAYO	SI	SI	8	Sme Febril	Diarrea
63	M	80-89	MAYO	SI	SI	16	Dolor Torácico	Colocación de botón gástrico
64	M	70-79	MAYO	SI	SI	10	Derrame pleural	Hemotórax
65	M	80-89	MAYO	SI	NO	7	PO Hemicolectomia	Sme febril
66	M	80-89	MAYO	SI	SI	7	Sme Febril	Anemia
67	M	70-79	MAYO	SI	SI	5	PO Nódulo Mamario	Dolor torácico
68	M	80-89	MAYO	SI	SI	9	Fx Cadera	Infección de implante
69	F	30-39	MAYO	SI	SI	10	PO Cesárea	Sme febril
70	M	60-69	MAYO	SI	SI	11	Infección de Herida quirúrgica	Infección de catéter PIC
71	M	80-89	MAYO	SI	SI	10	Sme Febril	Sme febril
72	M	80-89	MAYO	SI	SI	8	NAC	Sme febril