

MEDIDAS PREVENTIVAS DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

Trabajo realizado por el Dr. Jesús Dávila, especialista en Epidemiología y Medicina Preventiva.

Adaptado al H. U. “Le Bon Samaritain” (BS) de N´Djamena (Chad), por el Dr. Julio Rodríguez de la Rúa, especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

GUIÓN

ANEXO 1

1.-Antisepsia y Desinfección:

- 1A.-Limpieza en Quirófano, Hospitalización y Urgencias
- 1B.-Material de limpieza
- 1C.-Higiene de manos
- 1D.-Higiene del paciente
- 1E.-Quimioprofilaxis en Cirugía

ANEXO 2

2.-Registro de Infecciones en Quirófano:

- 2A.-Justificación
- 2B.-Variables a registrar en la Historia Clínica
- 2C.-Factores de riesgo
- 2D.-Tipo de Cirugía según la contaminación pre-quirúrgica
- 2E.-Tipo de Infección de Herida Quirúrgica
- 2F.-ASA y sus grados
- 2G.-Profilaxis antibiótica
- 2H.-Cirugía urgente o programada
- 2I.-Duración del acto quirúrgico

3.-Indicador del Porcentaje de Infecciones en Quirófano

El apartado 1, una vez debatido y consensado con las Direcciones Gerencia, Médica, de Enfermería y Docente del “Bon Samaritain”, se sugerirá que sea de obligado cumplimiento. **ANEXO 1**

Los apartados 2 y 3, se transmitirá su gran importancia para estar informados del número de infecciones quirúrgicas, estimular la mejoría y publicaciones científicas. **ANEXO 2**

DESARROLLO

1.-Antisepsia y Desinfección:

- 1A.-Limpieza en Quirófano, Hospitalización y Urgencias
- 1B.-Material de limpieza
- 1C.-Higiene de manos
- 1D.-Higiene del paciente
- 1E.-Quimioprofilaxis en Cirugía

1A.-Limpieza en Quirófano, Hospitalización y Urgencias:

-En Quirófano:

.Limpieza completa cada 24 horas, aunque no se use. Incluye suelo, parte baja de paredes y puertas, mesas, lámparas y sus brazos, aparatos clínicos (monitor de anestesia, monitor TV), mobiliario, ruedas, manillas...empezar por zona estéril hacia la no estéril. Esa limpieza se hará AL PRINCIPIO y FINAL DEL DÍA.

.Limpieza tras cada cirugía: suelo, mesas de quirófano e instrumental, aparatos clínicos...

La limpieza de mesas de quirófano e instrumentación, de lámpara...debe hacerse con Antisépticos.

Material quirúrgico, lavado con Antisépticos y luego esterilizarlo.

.Cada 3 semanas, desmontar y limpiar las rejillas de ventilación y climatización.

-En Hospitalización y Urgencias:

.Limpieza completa cada 24 horas y siempre que fuera preciso por vómitos, pérdidas de orina, sangre...etc.

.En Hospitalización tener separados pacientes limpios de pacientes sépticos

1B.-Material de limpieza:

-Guardado en sitio limpio.

.Carro con 2 cubos de diferente color, con agua en uno y desinfectante o detergente en el otro.

.Fregonas y bayetas de 2 colores diferentes. No intercambiarlas.

.Fregonas y bayetas después de cada uso, deben ser desinfectadas sumergiéndolas en desinfectante, más de 5 minutos.

.Siempre limpiar con fregonas y balletas húmedas, para no levantar partículas de polvo, que luego se vuelven a depositar con sus microorganismos.

-Productos de limpieza-desinfección:

.Hipoclorito sódico (lejía)

200 cc. de Hipoclorito sódico (concentración 40 gr/l) en 8 litros de agua

160 cc. de Hipoclorito sódico (concentración 50 gr/l) en 8 litros de agua

100 cc. de Hipoclorito sódico (concentración 80 gr/l) en 8 litros de agua

50 cc. de Hipoclorito sódico (concentración 175 gr/l) en 8 litros de agua

1C.-Higiene de manos: *

-En Hospitalización y Urgencias:

.Después de curar o manipular a cada paciente, lavar manos con agua + jabón.
Luego si el paciente era Séptico, enjuagar con Clorhexidina al 2%.

-En Quirófano:

.Uñas cortas y limpias. Quitar anillos y joyas

.Lavado con agua y jabón hasta codos, durante 3-5 minutos. Cepillado solamente en las uñas. Al final echarse Clorhexidina al 4%

*Si el sanitario tiene lesiones cutáneas-dermatitis en las manos, no puede trabajar manipulando a pacientes.

1D.-Higiene del paciente:

-Baño del paciente o lavado si está encamado, con agua + jabón. Especial atención a axilas y área genital.

Clorhexidina al 2% en la zona quirúrgica

1E.-Quimioprofilaxis en Cirugía: más adelante se detalla el significado de Cirugías limpia, limpia-contaminada, contaminada y sucia.

Se hace la quimioprofilaxis, lo más cercano posible a la Inducción anestésica.

-En cirugía Limpia:

Si no hay factores de riesgo, no precisa quimioprofilaxis...pero si se trata de Prótesis u Osteosíntesis, Cirugía Cardíaca o Neurocirugía o bien si hay factores de riesgo, sí se debe hacer la Quimioprofilaxis.

-En cirugía Limpia-contaminada y en Contaminada:

Se hace Quimioprofilaxis.

-En cirugía Sucia:

No hacer Quimioprofilaxis, sino un tratamiento Antibiótico empírico.

-Elección del Antibiótico para la Profilaxis Intravenosa:

.Para la mayoría Cefazolina, 2gr IV, a pasar en 5 minutos de infusión.

(3 gr. si >120 Kgrs.peso)

.Si MRSA (estafilococo meticilín resistente), Vancomicina 15/mgr/Kgr (máximo 2 gr), a pasar en 60 minutos de infusión.

.Si Alergia, Clindamicina 600-900 mgrs., a pasar en 30 minutos de infusión.

.Si hay que cubrir Gram negativos, asociar Gentamicina 5 mgr/kg (máximo 500 mgrs), a pasar en 30 minutos de infusión.

.También se puede usar Amoxicilina/Clavulánico 2 gr/200, a pasar en 5 minutos

-Si la cirugía dura más de 2 horas o si hay una pérdida de sangre de más de 2 litros:

.Precisa una 2ª dosis de antibiótico, que según la vida media de éste, se pone al cabo de:

Cefazolina 2 gr, 3-4 horas después de la 1ª dosis

Clindamicina 600 mgrs., 6 horas después de la 1ª dosis

Vancomicina 500 mgrs, 6 horas después de la 1ª dosis

Amoxicilina/Clavulánico 2 gr/200, 3 horas después de la 1ª dosis

Gentamicina, no precisa la 2ª dosis

2.-Registro de Infecciones en Quirófano:

- 2A.-Justificación
- 2B.-Variables a registrar en la Historia Clínica
- 2C.-Factores de riesgo
- 2D.-Tipo de Cirugía según la contaminación pre-quirúrgica
- 2E.-Tipo de Infección de Herida Quirúrgica
- 2F.-ASA y sus grados
- 2G.-Profilaxis antibiótica
- 2H.-Cirugía urgente o programada
- 2I.-Duración del acto quirúrgico

2A.-Justificación:

- El registro vale para:
 - .Obtener los datos de Tasa de Infección en el BS y el porcentaje en algún tipo de cirugía concreta.
 - .Dar información al personal sanitario y tender a la mejora
 - .Valorar el cumplimiento de la Profilaxis Antibiótica y su Adecuación.
 - .Realizar Publicaciones Científicas.
- Se valorará la tasa de Infección Global de cirugías efectuadas y/o la de un tipo de Cirugía concreta: Osteosíntesis-Prótesis, Abdominal-Colecistectomías, Ginecológica-Cesáreas, Urogenital...
 - Para ello se estudiarán al menos 100 cirugías concretas o bien se hará un estudio de 3 meses seguidos.

2B.-Variables a registrar en la Historia Clínica:

- Tipo de cirugía: diagnóstico y procedimiento
- Valoración de riesgo:
 - .Tipo de Contaminación prequirúrgica
 - .ASA
 - .Profilaxis antibiótica: sí/no
 - .Cirugía urgente/programada
 - .Duración del acto quirúrgico y/o sangrado > 2 litros
- Aparición de Infección de Herida Quirúrgica y tipo de infección: sí/no

2C.-Factores de Riesgo (NNIS):

- .ASA 3, 4 y 5 = 1 punto
- .Mayor duración de lo estándar = 1 punto
- .Cirugía Contaminada o Sucia = 1 punto
- .Cirugía por Laparoscopia = -1 punto
- TOTAL =puntos

“Estratificación” del riesgo quirúrgico: Riesgo de mayor a menor 3,2,1,0

Además y en general, aumentan el riesgo quirúrgico los siguientes factores:

- .intervención abdominal
- .intervención con duración > 2 horas
- .3 o más de estos diagnósticos asociados:

- .edades extremas
- .malnutrición
- .obesidad
- .diabetes
- .hipoxemia
- .presencia de focos de infección
- .corticoterapia, inmunosupresores
- .intervención quirúrgica reciente
- .inflamación crónica
- .irradiación previa en zona de intervención
- .cirugía contaminada o sucia

2D.-Tipo de Contaminación prequirúrgica:

- Cirugía limpia:
 - .Riesgo de infección 1-5%
 - .Cirugía programada, cierre primario sin drenaje o con drenaje cerrado
 - .No involucra tracto respiratorio, digestivo, orofaríngeo o genito-urinario.
- Cirugía limpia-contaminada:
 - .Riesgo de infección 5-15%
 - .Cirugía urgente (aunque si fuera programada sería cirugía limpia)
 - .Cirugía programada, con apertura “controlada” de tracto respiratorio, digestivo, orofaríngeo o genito-urinario
 - .Reintervención de una cirugía limpia, en los primeros 7 días
 - .Cirugía sobre un traumatismo cerrado
- Cirugía Contaminada:
 - .Riesgo de infección 15-25%
 - .Sobre inflamación aguda (no purulenta)
 - .Sobre derrame importante de órgano hueco.
 - .Trauma penetrante < 4 horas de evolución
 - .Cubrimiento o injerto de heridas abiertas crónicas
- Cirugía sucia:
 - .Riesgo de infección 40-60%
 - .En abscesos o infecciones purulentas
 - .Perforación preoperatoria de tractos gastrointestinal, orofaríngeo, biliar o traqueobronquial.
 - .Trauma penetrante de > 4 horas de evolución
 - .Con gérmenes ya presentes antes de la cirugía y que luego causan infección

2E.-Tipo de Infección de Herida Quirúrgica:

- Infección superficial:
 - .En 30 días siguientes a la cirugía
 - .Afecta a piel y subcutáneo
 - .Se confirma si:
 - Drenaje purulento superficial
 - Inflamación localizada con calor, eritema, tumefacción...
 - Cultivo positivo
 - .No se incluye si es mínima inflamación o supuración confinada a puntos de Sutura.
- Infección profunda:
 - .Se produce dentro de 90 días siguientes a la cirugía

- .Afecta a fascia o músculos
- .Se confirma si:
 - Fiebre >38°, dolor al tacto o presión
 - Absceso confirmado al reoperar o en radiología
 - Cultivo positivo
 - Drenaje purulento que viene de profundo, pero no de órgano-espacio
- Infección de órgano-espacio:
 - .Se produce dentro de 90 días siguientes a la cirugía
 - .Afecta a articulación, osteosíntesis-prótesis, peritoneo, meninges, mediastino...
 - .Se confirma si:
 - Exudado purulento por drenaje profundo
 - Absceso visto al reintervenir o por radiología, de órgano-espacio
 - Cultivo positivo de drenaje profundo

2F.- ASA:

- ASA 1: paciente sano
- ASA 2: enfermedad sistémica leve
- ASA 3: enfermedad sistémica grave no incapacitante
- ASA 4: enfermedad sistémica grave que es amenaza constante para la vida
- ASA 5: paciente moribundo, que en principio no superará las 24 horas de vida

2G.- Profilaxis antibiótica:

- Sí/no
- Ya tratado con anterioridad

2H.-Cirugía urgente o programada:

Ya se dijo anteriormente, que la cirugía urgente es factor de riesgo

2I.-Duración de la cirugía:

Cirugía que se prolonga más de lo estándar y/o cirugía de más de 2 horas, tiene mayor riesgo de infección.

3.-Indicador del porcentaje de Infecciones en Quirófano:

Se estudia el número de infecciones aparecidas, en el total de los pacientes operados en un período de tiempo (p. e. 3 meses).

O bien se estudia el número de infecciones aparecidas, en un número de pacientes operados de una patología concreta (p.e. Osteosíntesis)

$$\frac{\text{número de infecciones}}{x} \times \frac{\text{número de operados}}{100}$$

$$\text{Porcentaje de infecciones (incidencia)} = \frac{\text{número de infecciones} \times 100}{\text{Número de operados}}$$

CONCLUSIONES FINALES

-Hacer una buena **Antisepsia-Desinfección** en el Quirófano, en Hospitalización, en Urgencias...es fundamental. Siguiendo las normas establecidas.

-En la **Historia Clínica** de los pacientes quirúrgicos, tiene que haber constancia de:

.Diagnóstico y tratamiento

.Tipo de Cirugía efectuada:

Limpia, limpia-contaminada, contaminada o sucia

Duración de la cirugía:

más de lo estándar: sí/no

más de 2 horas: sí/no

Pérdida de sangre:

más de 2 litros: sí/no

.Profilaxis antibiótica:

bien adaptada: sí/no

.Riesgo anestésico:

ASA 1,2,3,4 ó 5

.Infección de la Herida quirúrgica:

Sí /no

Si es sí: superficial, profunda, de órgano-espacio

.Otros factores de riesgo de infección: sí /no

.edad extrema

.desnutrición

.obesidad

.diabetes

.hipoxemia

.presencia de otros focos de infección

.corticoterapia, inmunosupresores

.intervención quirúrgica reciente

.inflamación crónica

.irradiación previa en la región quirúrgica.

MESURES PREVENTIVES DE L'INFECTION HOSPITALAIRE

Travail élaboré par le **Docteur Jesús Dávila Guerrero, medecin spécialiste en Epidemiologie et Medecine Preventive**. Mars 2019

Adapté a l'H. U. "**Le Bon Samaritain**" (BS) de N'Djamena (Tchad), par le Dr. Julio Rodríguez de la Rúa, spécialiste en Chirurgie Orthopedique et Traumatologie.

INDEX

1.-Antisepsie et Desinfection:

- 1A.-Nettoyage dans le Blok Operatoire, Hospitalización et Urgences
- 1B.-Materiel de nettoyage
- 1C.-Higyeène des mains
- 1D.-Higyeène du patient
- 1E.-Chimioprophilaxie dans la Chirurgie

2.-Enregistrement des Infections dans le Block Operatoire:

- 2A.-Justification
- 2B.-Variables a enregistrer dans le Dossier Clinique
- 2C.-Facteurs de risque
- 2D.-Type de Chirurgie selon la contamination pre-chirurgicale
- 2E.-Type d'Infection de la Plaie Chirurgicale
- 2F.-ASA et ses degrades
- 2G.-Prophylaxie antibiotique
- 2H.-Chirurgie urgent ou programmée
- 2I.-Durée de l'acte chirurgicale

3.-Indicateur du Pourcentage d'Infections dans le Block Operatoire

Le point 1, une fois discuté et agréé avec les Directions Generale, Medicale, d'Enfermerie et le Doyen du "Bon Samaritain", devra être d'accomplissement obligé. **ANNEXE 1.**

Les points 2 et 3, sont de gran importance pour être informés du nombre d'infections chirurgicales, stimuler l'amélioration et publications scientifiques. **ANNEXE 2**

DEROULEMENT

1.-Antiseptie et Desinfection:

- 1A.-Nettoyage au Block Operatoire, Hospitalización et Urgences
- 1B.-Materiel de nettoyage
- 1C.-Higiyène des mains
- 1D.-Higiyène du patient
- 1E.-Chimioprofilaxie en Chirurgie

1A.- Nettoyage au Block Operatoire, Hospitalización et Urgences

-Dans le Block Operatoire:

- .Nettoyage complet chaque 24 heures, même si on n'a pas fait son usage.
- Il doit inclure le sol, la partie basse des murs, portes, les tables, les lampes et ses bras, les appareils cliniques (moniteur d'anesthésie, moniteur TV), meubles, roues, poignées...en commençant de la partie sterile vers la non-sterile. Ce nettoyage doit être fait A LA FIN DE LA JOURNÉE ET AU DEBUT DE LA JOURNÉE..
- .Nettoyage après chaque chirurgie: sol, tables de chirurgie et instrumental, appareils cliniques...
Le nettoyage de tables de chirurgie et instrumental, des lampes...doit se faire avec Antiseptiques.
Le materiel chirurgicale, nettoyage avec Antiseptiques et après sterilization.
- .Chaque 3 semaines, démonter et nettoyer les grilles de la ventilation et climatisation.

-Dans la salle d'Hospitalization et Urgences:

- .Nettoyage complet chaque 24 heures et chaque fois si c'est necessaire pour vomissement, fuites d'urine, sang...etc
- .Dans Hospitalization on doit maintenir separés, les patients propes des patients septiques.

1B.-Materiel de nettoyage:

-Il doit être gardé, dans un endroit propre.

- .Chariot de nettoyage avec 2 seaus de different couleurs, avec de l'eau dans un et desinfectant où detergent dans l'autre.
- .Mops (vadrouilles) et nettoyyages de ballet de 2 couleurs diferents, pas interchan-geables.
- .Mops et nettoyyages de ballet après chaque usage, doivent être desinfectées par introduction dans un liquide desinfectant, plus de 5 minutes.
- .Toujours nettoyer avec mops, ballet...humides, pour ne pas lever particules de poussière qu'après elles se déposent a nouveau avec ses microorganismes.

-Produits de nettoyage-desinfection:

- .Hypochlorite sodique (eau de javel)
 - 200 cc. d'Hypochlorite sodique (concentration 40 gr/l) dans 8 litres d'eau
 - 160 cc d'Hypochlorite sodique (concentration 50 gr/l) dans 8 litres d'eau
 - 100 cc. d'Hypochlorite sodique (concentration 80 gr/l) dans 8 litres d'eau
 - 50 cc. d'Hypochlorite sodique (concentration 175 gr/l) dans 8 litres d'eau

1C.-Hygiène des mains: *

-Dans Hospitalization et Urgences:

.Après manipulation où pansement de chaque patient, se laver les mains avec de l'eau et du savon. Après si le patient est septique, rincer avec Clorhexidine 2%

-Dans le Block Operatoire:

.Ongles coupés et propres. Enlever les anneaux et les bijoux

.Se laver les mains avec de l'eau et du savon jusqu'aux coudes, pendant 3-5 minutes. Brosser seulement les ongles. Après rincer avec Clorhexidine 4%

*Si le sanitaire a des lésions cutanées-dermatite dans les mains, il ne peut pas travailler dans la manipulation des patients.

1D.-Hygiène du patient:

-Bain du patient où lavage s'il est alité, avec de l'eau et savon. Surtout faire attention à l'aire genital et aux aisselles.

Clorhexidine au 2% dans la région chirurgicale.

1E.-Chimioprofilaxie en Chirurgie: plus loin on explique les termes de Chirurgie propre, propre-contaminée, contaminée et sale.

La chimioprofilaxe on la fait, le plus proche possible de l'induction anesthésique.

-Dans la Chirurgie propre:

S'il n'existent pas facteurs de risque, on n'a pas besoin de Chimioprofilaxie, mais si c'est une chirurgie de Prothèse où Osteosynthese, chirurgie Cardiaque où Neurochirurgie où bien, s'il existent facteurs de risque, on doit faire Chimioprofilaxie

-Dans la chirurgie Propre-contaminée et la chirurgie Contaminée:

Il faut toujours faire Chimioprofilaxie

-Dans la chirurgie Sale:

On fait pas Chimioprofilaxie, mais on fait traitement Antibiotique empirique.

-Choix du Antibiotique, pour la Profilaxie Intraveuse:

.D'habitude Cefazoline, 2 gr. IV, en infusion pendant 5 minutes.

(3 gr. si >120 Kgrs.poids)

.Une autre possibilité c'est Amoxiciline/Clavulanique 2 gr/200, en infusion pendant 5 minutes

.Si MRSA(stafilocoque meticilín-resistant), Vancomicine 15/mgr/Kgr (maximun 2 gr), en infusion pendant 60 minutes.

.Si Allergie, Clindamicine 600-900 mgrs., en infusion pendant 30 minutes.

.S'il y a Gram negatifs, ajouter Gentamicine 5 mgr/kg (maximun 500 mgrs), en infusion pendant 30 minutes.

-Si la chirurgie est plus longue de 2 heures où s'il y a une perte de sang de plus de 2 litres:

.Il faut une 2^a dose d'antibiotique, que selon la vie moyenne, on la met après:

Cefazoline 2 gr, 3-4 heures après la 1^a dose

Clindamicine 600 mgrs, 6 heures après la 1^a dose

Vancomicine 500 mgrs. 6 heures après la 1^a dose

Amoxiciline/Clavulanique 2 gr/200, 3 heures après la 1^a dose
Gentamicine, il n'y a pas besoin de la 2^a dose

2.-Enregistrement des Infections Chirurgicales:

- 2A.-Justification
- 2B.-Variables a enregistrer dans le Dossier
- 2C.-Facteurs de risque
- 2D.-Type de Chirurgie selon la contamination pre-chirurgicale
- 2E.-Type d'Infection de la Plaie Chirurgicale
- 2F.-ASA et ses degrés
- 2G.-Prophylaxie antibiotique
- 2H.-Chirurgie urgent ou programmée
- 2I.-Duration de l'acte chirurgicale

2A.-Justification:

- L'enregistrement sert a:
 - .Obtenir le pourcentage d'Infections dans le BS et le pourcentage dans un type concret de chirurgie
 - .Donner information au personnel sanitaire du BS et evoluer vers l'amelioration
 - .Valoration de l'accomplissement de la Prophylaxie Antibiotique et sa Aptitude
 - .Faire Publications Scientifiques.
- On obtiendra le pourcentage de l'Infection Global des chirurgies effectuées et/ou celle d'un type de Chirurgie donnée: Osteosynthèse-Prothèse, Abdominal-Colecistectomie, Gynecologyque-Cesariennes, Urogenital...
Pour cela on doit etudier un nombre elevé de chirurgies données ou bien on fera un étude de 3 mois suivis.

2B.-Variables a enregistrer dans le Dossier

- Type de Chirurgie: diagnostique et technique appliquée
- Valoration du risque:
 - .Type de Contamination Prechirurgicale
 - .ASA
 - .Prophylaxie antibiotique: oui/non
 - .Chirurgie Urgent/Programmée
 - .Durée de l'acte chirurgicale et/ou saignement > 2 litres
- Existence d'Infection de la Plaie Chirurgicale et type d'infection: oui/non

2C.-Facteurs de risque (NNIS):

- .ASA 3, 4 y 5 = 1 point
- .Durée de la chirurgie plus du estándar = 1 point
- .Chirurgie Contaminée ou Sale = 1 point
- .Chirurgie par Laparoscopie = -1 point
- TOTAL =points

“Estratificación” du risque chirurgicale: Risque de plus a moins 3,2,1,0

En plus et en general, augmentent le risque chirurgicale les facteurs suivants:

- .chirurgie abdominale
- .chirurgie de > 2 heures
- . 3 ou plus de ces diagnostics associés:
 - .age extreme
 - .denutrition
 - .obésité
 - .diabete
 - .hipoxemie
 - .presence d’autres foyers d’infection
 - .corticoterapie, immunosupresseurs
 - .intervention chirurgicale recente
 - .inflammation chronique
 - .irradiation prealable dans la région chirurgicale
 - .chirurgie contaminée ou sale

2D.-Type de Chirurgie selon la contamination pre-chirurgicale

-Chirurgie Propre

- .Risque d’infection 1-5%
- .Chirurgie programmée, fermeture d’emblée sans drain ou drain fermé
- .N’attend pas le tracte respiratoire, digestif, oropharyngien ou genitourinaire

-Chirurgie Propre-Contaminée:

- .Risque d’infection 5-15%
- .Chirurgie urgent (même si etant programmée elle serait chirurgie propre)
- .Chirurgie programmée, avec apertura “controlée” du tracte respiratoire, digestif, oropharyngien ou genitourinaire
- .Reintervention d’une chirurgie propre, dans les premiers 7 jours
- .Chirurgie sur un traumatisme fermé

-Chirurgie Contaminée:

- .Risque d’infection 15-25%
- .Sur région avec inflammation aigue (non purulente)
- .Sur épanchement important d’orgue creux
- .Traumatisme penetrant (ouvert) < 4 heures d’évolution
- .Fermeture ou greffe de plaies ouvertes chroniques

-Chirurgie Sale:

- .Risque d’infection 40-60%
- .Sur abcès ou infections purulentes
- .Perforation preoperatoire des tractes respiratoire, digestif, oropharyngien, ou genitourinaire
- .Traumatisme penetrant (ouvert) > 4 heures d’évolution
- .Avec presence de germes avant la chirurgie, responsables après de l’infection

2E.-Type d’Infection de la Plaie Chirurgicale:

-Infection Superficiel:

- .Dans les 30 jours après la chirurgie
- .Elle affecte la peau et le subcutanée
- .Elle se confirme si:

Drène du pus superficiel
Inflammation localisée avec chaleur, érythème, tuméfaction...
Culture positif

.On ne parle pas d'infection, si c'est minime inflammation où supuration confinée
aux points de suture

-Infection Profonde:

.Dans les 90 jours après la chirurgie

.Elle affecte la fascia où les muscles

.Elle se confirme si:

Fièvre >38°, douleur à la palpation où pression

Abcès confirmé en radiologie où à la réopération

Culture positif

Drène du pus qui bien de la profondeur, mais pas de l'orgue-espace

-Infection d'orgue-espace:

.Dans les 90 jours après la chirurgie

.Elle affecte à l'articulation, Ostéosynthèse-Prothèse, Péritoine, Meningen,
Médiastin...

.Elle se confirme si:

Drène du pus qui bien de la profondeur, de l'orgue-espace

Abcès confirmé en radiologie où à la réopération, de l'orgue-espace

Culture positif de drain profond

2F.- ASA:

-ASA 1: patient sain

-ASA 2: maladie systémique légère

-ASA 3: maladie systémique grave non invalidante

-ASA 4: maladie systémique grave, que c'est une menace pour la vie

-ASA 5: patient qui se meurt, en principe avec moins de 24 heures de survie

2G.- Prophylaxie antibiotique:

Oui/non

Déjà en traitement d'avance

2H.-Chirurgie Urgent où Programmée:

On a expliqué avant, que la chirurgie urgente c'est un facteur de risque

2I.-Durée de la chirurgie:

Chirurgie plus longue que l'étandard et/ou chirurgie de plus de 2 heures, comporte
un plus haut risque d'infection

3.-Indicateur du Pourcentage d'Infections dans le Block Opératoire:

Il faut étudier le nombre d'infections apparues, dans le total des patients opérés dans
une période de temps (par exemple 3 mois)

Où bien, on étudie le nombre d'infections apparues, dans un nombre de patients opé-
rés d'une pathologie concrète (par exemple dans Ostéosynthèses)

$$\frac{\text{nombre d'infections} \times 100}{\text{nombre de patients operés}}$$

$$\text{Pourcentage d'infections (incidence)} = \frac{\text{Nombre d'infections} \times 100}{\text{Nombre d'operés}}$$

CONCLUSIONS FINALES

-Faire une bonne **Antisepsie-Desinfection** au Block operatoire, en Hospitalization, en Urgences...c'est primordial. Suivant les normes établies

-Dans le **Dossier des patients chirurgicales** il doit avoir constance de:

.Diagnostipe et traitement

.Type de Chirurgie efectué:

Propre, propre-contaminé, contaminé où sale

Durée de la chirurgie: plus du estándar: oui/non

plus de 2 heures: oui/non

Perte de sang: plus de 2 litres: oui/non

.Prophilaxie Antibiotique bien adaptée: oui/non

.Risque Anesthesique: ASA 1,2,3,4, où 5

.Infection de la Plaie chirurgicale: oui/non

Si oui: superfiteil, profonde, d'orgue-espace

.Autres facteurs de risque d'infection: oui/non

.age extreme

.denutrition

.obésité

.diabete

.hipoxemie

.presence d'autres foyers d'infection

.corticoterapie, inmunosupresseurs

.intervention chirurgicale recente

.inflamation cronique

.irradiation prealable dans la región chirurgicale