

SEGURIDAD DE LAS PACIENTES DURANTE EL PUERPERIO A TRAVÉS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA HOSPITALARIA

PATIENT SAFETY DURING THE PUERPERIUM THROUGH ACTIVE HOSPITAL EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE

Autora: Paola Andrea Santos Magne

Médico Cirujano

Especialista en Salud Pública mención Epidemiología/ Metodología de la Investigación Científica/ Gestión de Calidad y Auditoría Médica/ Cooperación al Desarrollo e implementación de la Agenda 2030.

Magister Scientiarum Salud Pública mención Epidemiología/ Investigación Científica/ Epidemiología Hospitalaria y Clínica.

Candidata a Doctorado en Epidemiología.

Institución: Universidad Mayor de San Andrés - Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica.

Correo electrónico: paola177santos@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-2322-6851>

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La magnitud del problema causado por las infecciones asociadas a la atención de salud se subestima por la falta de vigilancia epidemiológica. La infección puerperal es una preocupación debido a sus potenciales complicaciones para la madre, para prevenir y reducir riesgos de las pacientes durante la prestación de asistencia sanitaria es necesario la seguridad de las pacientes.

OBJETIVO: Evaluar la Seguridad de las pacientes durante el Puerperio mediante la aplicación del instrumento de Vigilancia Epidemiológica Activa en el Hospital de Tercer nivel "Oruro Coreá" primer semestre, gestión 2024.

MÉTODO: Estudio prospectivo y analítico. La muestra consistió en 308 formularios de Vigilancia Epidemiológica seleccionados mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. La recolección de datos fue a través de la revisión de documentación institucional.

RESULTADOS: Inexistencia del Formulario de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud durante el puerperio en la unidad de Ginecología, ausencia de los ítems cultivo y agente etiológico para el diagnóstico de endometritis puerperal, Infección de sitio quirúrgico por cesárea e Infección de episiotomía. Según la escala de cumplimiento sobre el registro de datos, el resultado de la evaluación fue significativo 81-90%. El 88% (271) de los datos cumplen con el llenado del formulario de seguimiento. El mes con mayor infección puerperal fue en agosto 13,6% (39). Número total de partos vaginales 13, número total de partos por cesárea 295 y número total de partos vaginales con episiotomía 12.

CONCLUSIONES: Se recomienda la implementación del Instrumento de Vigilancia Epidemiológica en el servicio de Ginecología para mejorar la seguridad de las pacientes durante el puerperio y evitar infecciones nosocomiales.

Palabras claves: Seguridad del paciente en el puerperio, Infección puerperal, calidad de atención.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The magnitude of the problem caused by healthcare-associated infections is underestimated due to a lack of epidemiological surveillance. Postpartum infection is a concern due to its potential complications for the mother. Patient safety is necessary to prevent and reduce risks to patients during healthcare provision.

OBJECTIVE: Evaluate the safety of patients during the puerperium by applying the Active Epidemiological Surveillance instrument in the Third level Hospital “Oruro Corea” first semester, management 2024.

METHOD: Prospective and analytical study. The sample consisted of 308 epidemiological surveillance forms selected through simple random sampling. Data collection was carried out through the review of institutional documentation.

RESULTS: Absence of the Epidemiological Surveillance Form for infections associated with healthcare during the postpartum period in the Gynecology unit, absence of the items culture and etiological agent for the diagnosis of puerperal endometritis, surgical site infection due to cesarean section, and episiotomy infection. According to the data recording compliance scale, the evaluation result was significant at 81-90%. Eighty-eight percent (271) of the data complied with the completion of the follow-up form. The month with the highest rate of postpartum infection was August, with 13.6% (39). The total number of vaginal deliveries was 13, the total number of cesarean deliveries was 295, and the total number of vaginal deliveries with episiotomy was 12.

CONCLUSIONS: We recommend the implementation of the Epidemiological Surveillance Instrument in the Gynecology Department to improve patient safety during the postpartum period and prevent nosocomial infections.

Keywords: Patient safety in the postpartum period, Postpartum infection, quality of care.

INTRODUCCIÓN

La magnitud del problema causado por las infecciones asociadas a la atención de salud en los países latinoamericanos se subestima por la falta de vigilancia en los servicios de salud, en los programas nacionales de prevención y control.¹ Estudios refieren que la infección de sitio quirúrgico y otra infección nosocomial del puerperio se presenta en 1,46% al 10% en las cesáreas, según el país, por ejemplo la endometritis representa el 5% en los partos vaginales y 10% en cesáreas.² Es por ello que la infección puerperal es una preocupación por ser significativa debido a sus potenciales complicaciones para la madre,^{1,2} para evitar estos eventos adversos es de importancia la seguridad de la paciente la cual es emergente en todo el mundo, debido a la mayor preocupación por la calidad de los cuidados, la estabilidad del sistema de salud, la magnitud del problema, los principios de ética “en primer lugar, no hacer daño”.³

Se considera como “infección asociada a la atención de la salud materna” a aquella infección que se presenta en los 30 días siguientes al parto (vaginal o cesárea).² El período posparto (puerperio) comienza inmediatamente después del parto del recién nacido y la placenta, y termina 6-8 semanas después del parto.⁴

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de salud y del aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria.⁵ Para avanzar en la mejora de la atención es necesario aplicar la vigilancia el cual tiene la ventaja de garantizar una estimación más completa de la frecuencia de las enfermedades y eventos de salud, particularmente indicada en aquellas situaciones donde la integridad es lo más importante.⁶

El cumplimiento de indicadores de los procesos en la atención prenatal, atención del parto y posparto para mujeres con factores de riesgo obstétrico es 56.9%.⁷ por lo tanto la calidad de la atención prenatal, del parto y del posparto, es una medida de cumplimiento recomendadas por normas nacionales y lineamientos internacionales.

Clasificación e incidencia de infecciones puerperales objeto de vigilancia.

a) Endometritis. La infección se desencadena como producto de la invasión de microorganismos al endometrio y se asocia al parto y cesárea.⁸ Es común en mujeres de 30 a 40 años,⁹ diagnosticada por criterios clínicos y laboratoriales. La principal

causa de fiebre puerperal según el estudio realizado por San Juan en 428 pacientes, de 233 pacientes (52,7%) presentaron fiebre, 96 (41,2%) por legrado, se realizaron cultivos de muestras de endometrio en 62 (64,5%), de los cuales 32 (51,6%) arrojaron crecimiento bacteriano, la *Escherichia coli* fue el microorganismo más común en cultivos de legrado (46,9%).¹⁰ La incidencia de endometritis oscila entre 0% y 16,2%. Seis estudios de alta calidad tuvieron una incidencia agrupada del 1,6%.¹¹

b) Infección de sitio quirúrgico de operación cesárea e Infección en la herida. La causa más importante de infección posparto es la cesárea, entre el 20 y 25% de las operaciones, siguen infecciones de las heridas, endometritis o infecciones del tracto urinario. Alrededor del 13% de las mujeres en el Reino Unido se someten a un parto vaginal operatorio (OVD) con fórceps o ventosa, lo que asocia un mayor riesgo de infección entre el 0,7% y el 16% de los partos.¹² Un estudio identificó el 1,2% de las mujeres con infección de la herida de cesárea o episiotomía en los registros médicos de un hospital brasileño.¹¹ La incidencia de infección de heridas osciló entre 0% y 10,9%. La incidencia agrupada en los EE. UU., y Europa fue del 1,9%, y en el este de Asia fue 2,6%, la más alta fue 5,8% en China. Los intervalos de predicción sugieren que la incidencia podría llegar al 11,2% en estudios futuros.¹³

c) Infección por episiotomía. En un estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico en 7 hospitales, de todas las mujeres que tuvieron un parto vaginal el 35,6% fueron sometidas a episiotomía, la tasa de prevalencia de infecciones por episiotomía fue 17,7%, la mayoría de estas infecciones fueron causadas por bacterias resistentes a los antibióticos.¹⁴

Las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales son procesos infecciosos transmisibles que se presentan después de las primeras 48 a 72 horas de hospitalización y que no estaban presentes en el momento de su admisión, o que se manifiestan hasta 72 horas después del alta.¹⁵ De 111 estudios de infección en mujeres en trabajo de parto o posparto en 46 países, los resultados de incidencia agrupada fueron: para corioamnionitis 3,9% (IC95% 1,8%–6,8%), endometritis, 1,6% (IC95% 0,9%–2,5%), infección de herida 1,2% (IC95% 1,0%–1,5%), sepsis 0,05% (IC95% 0,03%–0,07%) e infección materna 1,1% (IC95% 0,3%–2,4%).¹³

Las acciones adoptadas para reducir la mortalidad materna en Bolivia constituyen uno de los componentes de la salud pública que ha merecido mayor atención en las últimas décadas, apoyadas a través de Normativas como la Constitución Política del Estado (CPE), la Ley del Sistema Único de Salud (SUS-2019), la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI-2008), el Bono Juana Azurduy (2009), el Plan Nacional para la Reducción Acelerada

de la Morbilidad Grave y Mortalidad Materno Infantil Neonatal (2016),^{8,16} además de la Norma Nacional de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud⁸ que describe el control de las infecciones puerperales en diferentes niveles de atención de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades infecciosas¹⁷ y la Norma Nacional Sistema Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna.¹⁸

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y analítico¹⁹ desarrollado en el Hospital de Tercer Nivel “Oruro Corea”.^{20,21} Los datos fueron recolectados de varios documentos autorizados por la institución en salud. Al no existir toda la información en un registro, se aplicó el instrumento de recolección por 6 meses en la gestión 2024.

Muestra: Existen 321 registros de infecciones puerperales en la gestión 2023.

Criterios de inclusión: Datos registrados en cada uno de los documentos autorizados para su revisión, pacientes gestantes atendidas en el hospital por parto o cesárea, con diagnóstico de infección como ser: Endometritis puerperal, Infección de sitio quirúrgico de operación cesárea e Infección por episiotomía. **Criterios de exclusión:** Datos duplicados, paciente extrahospitalario.

Muestra: Existen 321 registros de infecciones puerperales en la gestión 2023.

Criterios de inclusión: Datos registrados en cada uno de los documentos autorizados para su revisión, pacientes gestantes atendidas en el hospital por parto o cesárea, con diagnóstico de infección como ser: Endometritis puerperal, Infección de sitio quirúrgico de operación cesárea e Infección por episiotomía. **Criterios de exclusión:** Datos duplicados, paciente extrahospitalario.

Cálculo del tamaño de la Muestra para la estimación de frecuencias

(Marco Muestral Conocido-MMC)²²

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

En donde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de la población: 321 personas.

Z: Coeficiente de confianza. Z = 1.960 para un nivel de confianza del 95%

p: Probabilidad de éxito: 0.24923

q: Probabilidad de fracaso. Será 1.00 – 0.25 = 0.75

d: Error máximo admisible. Consideramos el 1% = 0,01

Reemplazamos:

$$n = \frac{321 \times (1.960)2x \ 0.25 \times \ 0.75}{(0.01)2 \times (321 - 1) + (1.960)2x \ 0.25x \ 0.75}$$

$$n = \frac{231.2163}{0,032 + 0.7203}$$

$$n = 307,35$$

Se obtiene un tamaño de muestra de 307,35. Por lo tanto, se requiere evaluar a 308 formularios de seguimiento para llevar a cabo el presente estudio, las infecciones puerperales tienen una prevalencia del 25%²³, se trabajó con un error del 1%, en el programa Epidat 3.1. El Teorema del límite central señala que una muestra de más de 100 casos será una muestra con una distribución normal.¹⁹ Muestreo: aleatorio simple²⁴ técnica para evitar el error tipo I, el cálculo se realizó en el programa Epidat 3.1.

Variables de estudio: Hoja de Infección⁵ Número de identificación del paciente²⁵ Fecha del parto²⁶ Número de identificación del paciente²⁵ Nombre de la paciente²⁷ Cirujano^{28,29} Cama/unidad³⁰ Edad³¹ Infección puerperal, Tipo de parto, Parto vaginal, Cesárea³² Fecha de infección¹ Cultivo realizado³³ Agente etiológico³⁴ Motivo de salida o alta hospitalaria³³ Endometritis puerperal, Infección de sitio quirúrgico de cesárea e Infección de episiotomía.²

La fuente de recolección fue primaria a través del instrumento “Formulario de seguimiento de infección en el puerperio” de la OPS/OMS oficina regio-

nal de las Américas, disponible como “Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud en el puerperio” Módulo V., año de publicación 2014.²

Toda la información fue recabada de los expedientes clínicos, cuadernos (cuaderno de altas y quirófano) y registros de enfermería de difícil accesibilidad.

Consideraciones Éticas: El trabajo se llevó a cabo, tras la aprobación de autorización de aplicar el formulario en el servicio de Ginecología - Obstetricia y Emergencias por la dirección del hospital para el estudio. Los datos obtenidos son utilizados exclusivamente para la elaboración de la base de datos y análisis de variables. Se mantuvo en anonimato los nombres de los pacientes el cual no será revelado. Se consideró la declaración de Helsinki y los 4 principios básicos de Bioética³⁵ que son: Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia, Justicia.

Estadística: La información, se transcribió en una base de datos diseñada en el programa Excel y posterior traslado al software libre R 4.4.1, se excluyó aquellos formularios con datos o información incompleta. Se procedió al análisis de cada una de las variables, para las variables cuantitativas se realizó cálculo de las frecuencias absolutas y relativas, el diagrama de Pareto presenta resultados de probabilidades presentada en figuras,⁽³⁶⁾ las variables cualitativas se presentaron en tablas. Finalmente se procedió a la descripción e interpretación de los resultados. Para evaluar la calidad del registro de datos del instrumento, se utilizó una escala³⁶ de clasificación de la calidad³⁷ bajo los siguientes parámetros:

Tabla 1. Escala de clasificación del cumplimiento del registro de datos.

Categorías	Valor	Definición
Excelente	91-100%	Cumple con el registro de datos de todas las variables
Significativo	81-90%	Cumple con el registro de datos de la mayoría de las variables
Parcial	71-80%	Cumple con el registro de datos de algunas variables
Mínimo	61-70%	Cumple con el registro de datos de pocas variables
Deficiente	< 61%	No cumple con el registro de datos de la mayoría de las variables

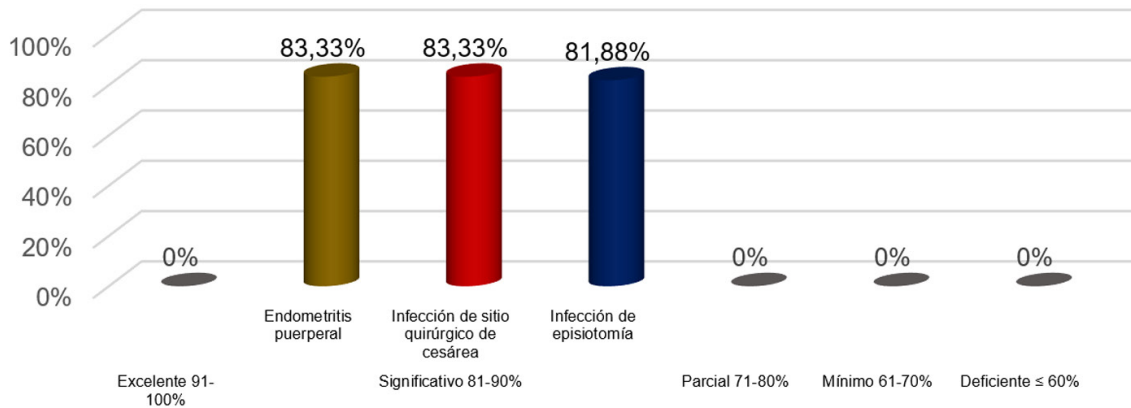
Fuente: Díaz Barba AJ, Otero Aragón LG. Calidad del llenado de Historia Clínica Perinatal (HCP) de embarazadas³⁷

RESULTADOS

En el estudio llevado a cabo con una muestra de 308 formularios de seguimiento aplicados, la escala de cumplimiento de registro de datos fue 81-90% el cual corresponde a un nivel significativo, por lo tanto, cumple con el mayor registro de datos. El alto registro de datos mejora la seguridad de las

pacientes durante el puerperio. El cumplimiento de registro para el diagnóstico de endometritis puerperal fue 84,61%, para la infección de sitio quirúrgico 84,61% e infección de episiotomía 83,33% en el Hospital de Tercer Nivel “Oruro Corea” durante el primer trimestre, gestión 2024 (Figura 1).

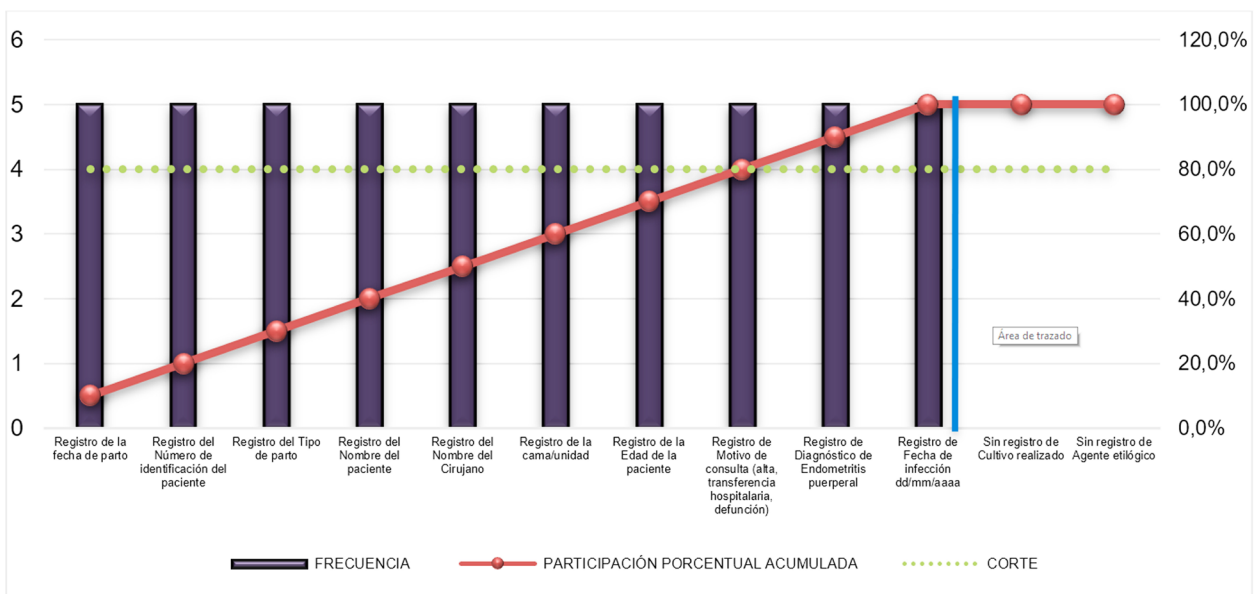
Figura 1. Distribución porcentual del cumplimiento de registro de la evaluación de la Seguridad de las pacientes durante el Puerperio mediante la aplicación del Formulario de seguimiento de infección en el puerperio, en el Hospital de Tercer nivel “Oruro Corea” (n=308)



Fuente: Elaboración propia en base a la aplicación del formulario de seguimiento, 2024

En el estudio realizado con n=5, el 80% de registro de datos completos del formulario de seguimiento corresponde a las variables: fecha del parto, número de identificación del paciente, tipo de parto (cesárea o vaginal), nombre del paciente, nombre del cirujano, cama/unidad, edad del paciente y motivo de consulta (alta, transferencias, hospitalaria, defunción), Diagnóstico de Endometritis puerperal y Registro de Fecha de infección dd/mm/aaaa. El restante 20% corresponde a variables con datos incompletos como ser: cultivo realizado (si o no) y agente etiológico. Por lo tanto, para mejorar la seguridad de las pacientes durante el Puerperio con diagnóstico de Endometritis Puerperal es necesario intervenir y cumplir con el registro completo de ambos datos (Figura 2).

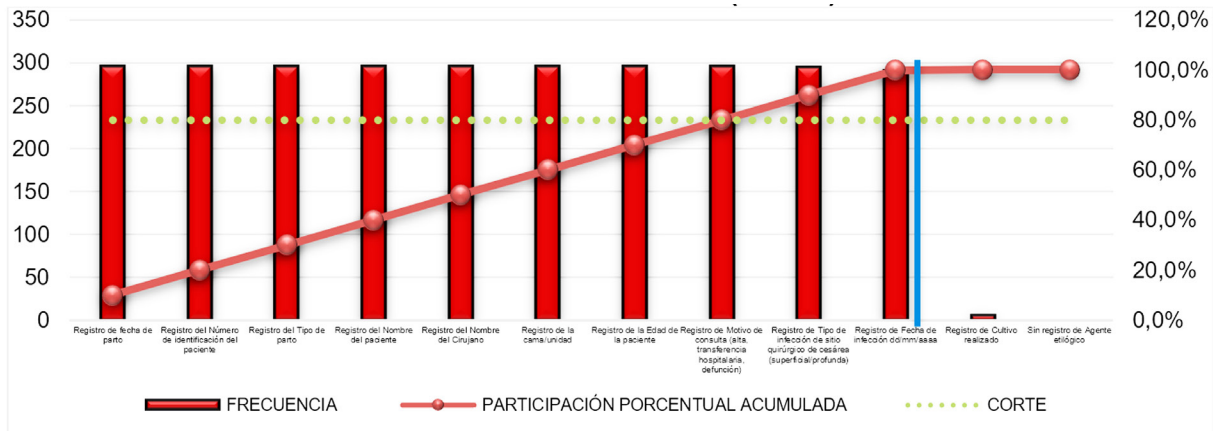
Figura 2. Diagrama de Pareto para la Evaluación de la Seguridad de las pacientes con diagnóstico de Endometritis Puerperal mediante la aplicación del Formulario de seguimiento de infección en el puerperio en el Hospital de Tercer nivel “Oruro Corea” (n=308)



Fuente: Elaboración propia en base a la aplicación del formulario de seguimiento, 2024.

En el estudio realizado n=295, el 80% de registro de datos completos del formulario de seguimiento corresponde a las variables: fecha del parto, número de identificación del paciente, tipo de parto (cesárea o vaginal), nombre del paciente, nombre del cirujano, cama/unidad, edad del paciente y motivo de consulta (alta, trasferencias, hospitalaria, defunción), tipo de infección de sitio quirúrgico de cesárea (superficial/profunda), y fecha de infección dd/mm/aaaa. El restante 20% corresponde a variables con datos incompletos como ser: cultivo realizado (si o no) y agente etiológico, por lo tanto, para mejorar la seguridad de las pacientes durante el Puerperio con diagnóstico de Infección de sitio quirúrgico de cesárea es necesario intervenir y cumplir con el registro de ambos datos (Figura 3).

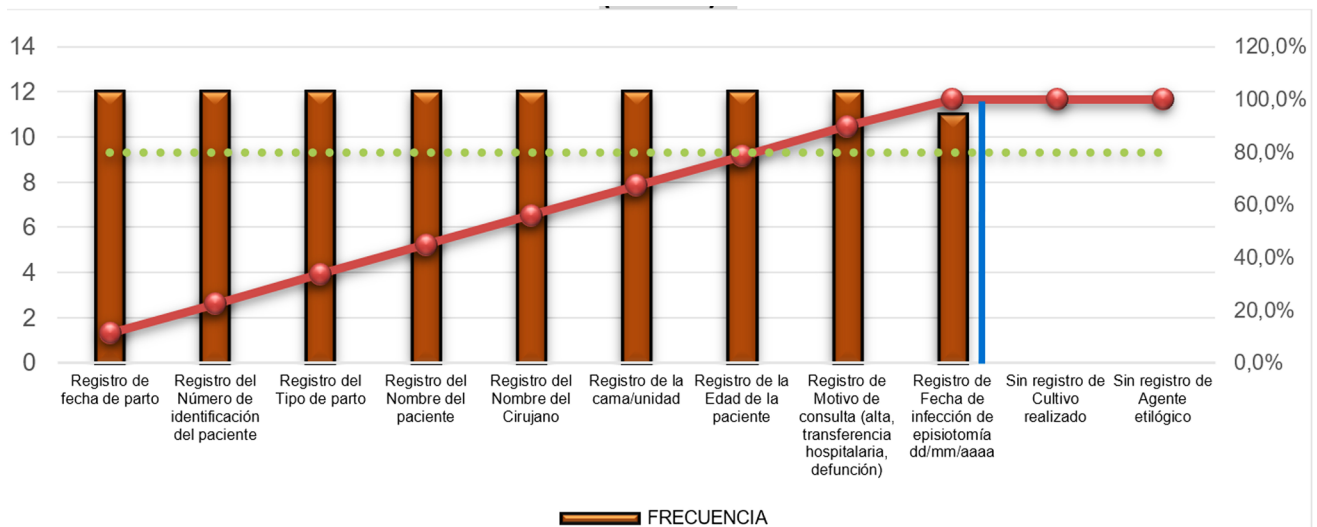
Figura 3. Diagrama de Pareto para la Evaluación de la Seguridad de las pacientes con diagnóstico de Infección de Sitio Quirúrgico de Cesárea mediante la aplicación del Formulario de seguimiento de infección en el puerperio en el Hospital de Tercer nivel “Oruro Corea” (n=308)



Fuente: Elaboración propia en base a la aplicación del formulario de seguimiento, 2024.

En el estudio realizado el n=12, el 80% de registro de datos completos del formulario de seguimiento corresponde a las variables: fecha del parto, número de identificación del paciente, tipo de parto (cesárea o vaginal), nombre del paciente, nombre del cirujano, cama/unidad, edad del paciente y motivo de consulta (alta, trasferencias, hospitalaria, defunción). El restante 20% corresponde a variables con datos incompletos como ser: Fecha de infección de episiotomía dd/mm/aaaa, cultivo realizado (si o no) y agente etiológico, por lo tanto para mejorar la seguridad de las pacientes durante el Puerperio con diagnóstico de Infección de episiotomía es necesario intervenir y cumplir con el registro de ambos datos (Figura 4).

Figura 4. Diagrama de Pareto para la Evaluación de la Seguridad de las pacientes con diagnóstico de Infección por Episiotomía mediante la aplicación del Formulario de seguimiento de infección en el puerperio en el Hospital de Tercer nivel “Oruro Corea” (n=308)



Fuente: Elaboración propia en base a la aplicación del formulario de seguimiento, 2024.

En la Tabla 2, del total de 308 (100%) formularios de seguimiento en pacientes con diagnóstico de infección puerperal, observamos lo siguiente:

- 1) Hoja de infección: 8 ítems, llenados 100%
- 2) Endometritis puerperal: 4 ítems, llenados 50%
- 3) Infección de sitio quirúrgico de cesárea: 4 ítems, llenados 50%
- 4) Infección de episiotomía: 3 ítems, llenado 33,3%

El formulario carece de registro total para el diagnóstico de infecciones.

Tabla 2. Frecuencias absolutas y relativas del llenado del formulario de seguimiento de infección en el puerperio.

Datos del formulario	Datos (n=308)	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1) Hoja de infección	n=308	100%
Fecha de parto	308	100%
Número de identificación del paciente	308	100%
Tipo de parto		
Cesaría	295	95,8%
Vaginal	13	4,2%
Nombre del paciente	308	100%
Cirujano	308	100%
Cama/unidad	308	100%
Edad de la paciente	308	100%
Motivo de consulta		
Alta	307	99,7%
Referencia	1	1%
2) Endometritis puerperal	n=5	
¿Tiene endometritis? Sí (1) / No (0)	5	100%
Fecha de la infección: dd/mm/aaaa	5	100%
Cultivo realizado: Sí (1) / No (0)	0	0%
Agente etiológico:	0	0%
3) Infección de sitio quirúrgico de cesárea	n=295	
Tipo de infección de sitio quirúrgico: superficial (S) o profunda (P)	295	100%
Fecha de la infección: (dd/mm/aaaa)	295	100%
Cultivo realizado: Sí (1) / No (0)	0	0%
Agente etiológico:	0	0%
4) Infección de episiotomía	n=12	
Fecha de la infección: (dd/mm/aaaa)	12	100%
Cultivo realizado: Sí (1) / No (0)	0	0%
Agente etiológico:	0	0%
TOTAL	308	100

Fuente: Elaboración propia en base a la aplicación del formulario de seguimiento, 2024.

En el estudio llevado a cabo con un tamaño de muestra calculado mediante fórmula matemática (n=308): El mes de registro con mayor infección puerperal fue en agosto con el 13,6% (39). El número total de partos vaginales anual: 13, número total de partos por cesárea anual: 295 y número total de partos vaginales con episiotomía anual: 12 (Tabla 3).

Tabla 3. Registro de Infección Puerperal, Número total de partos vaginales, Número total de partos por cesárea y Número total de partos vaginales con episiotomía según instrumento autorizado de aplicación.

Meses (2023)	Diagnóstico de Infección Puerperal (n=308)		Número total de partos vaginales (A)	Número total de partos por cesárea (B)	Número total de partos vaginales con episiotomía (C)
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta
Enero	36	11,7	2	34	2
Febrero	31	10,1	0	31	0
Marzo	41	13,3	1	40	1
Abril	32	10,4	0	32	0
Mayo	26	8,4	1	25	1
Junio	41	13,3	2	39	1
Julio	26	8,4	1	25	1
Agosto	42	13,6	4	38	4
Septiembre	24	7,8	1	23	1
Octubre	4	1,3	0	4	0
Noviembre	4	1,3	0	4	0
Diciembre	1	0,3	1	0	1

Fuente: Elaboración propia en base a la aplicación del formularios de seguimiento, 2024.

DISCUSIÓN

El método prospectivo y analítico apoya a los responsables a tomar decisiones y demostrar resultados fehacientes. En el estudio se evaluó la Seguridad de las pacientes durante el Puerperio mediante la aplicación del Formulario de seguimiento de infección en el puerperio en el Hospital de Tercer nivel "Oruro Corea" gestión 2024. Los resultados fueron que no existe el Formulario de Vigilancia Epidemiológica para el registro de infecciones asociadas a la atención de la salud durante el puerperio en la unidad de Ginecología. La escala de cumplimiento de registro de datos fue 81-90% el cual corresponde a un nivel significativo, por lo tanto si cumple con el mayor registro de datos según la escala de clasificación de registro de datos.³⁷

Según en diagrama de Pareto el 20% corresponde a la ausencia de registro de los ítems cultivo y agente etiológico, información esencial para la identificación del microorganismo en pacientes con diagnóstico de infección. La necesidad del registro se justifica ante la diversidad de agentes etiológicos, según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia de España, ha documentado que el microorganismo más común en cultivos de legrado por endometritis es *Escherichia coli* (46,9%).³⁸ En contraste una revisión sistemática señala que la mayo-

ría de las infecciones que produjeron en el posparto son causadas por estreptococo del grupo A³⁹ ante estos estudios el cumplimiento de los registros es crítico, especialmente cuando se desconoce la causa específica de la infección para direccionar a un tratamiento oportuno según protocolo institucional.

Solo el ítem hoja de infección cumple con el registro del 100%, el resto de los ítems (Endometritis puerperal, Infección de sitio quirúrgico de cesárea e Infección de episiotomía) menos del 50%, en concordancia al estudio documental realizado por Guevara-Camarena sobre la Importancia de los Registros, la Estadística y los Sistemas de Información para la Gerencia de los Servicios de Salud que los identificaron como herramientas de gran valor para la toma de decisiones en la gestión sanitaria.⁴⁰ Por lo tanto, es necesario cumplir con el registro completo de todos los ítems en una herramienta de vigilancia epidemiológica activa hospitalaria.

El mes con mayor de registro de infección puerperal fue en agosto con el 13,6%⁽³⁹⁾, con respecto a los otros meses del año 2023. El total de partos vaginales atendidos fue 13, el total de partos por cesárea fue 295, y por último el total de partos vaginales con episiotomía fue 12 en el hospital. En el estudio realizado por Mostafa A. Hamdy et al., estudio de ensayo clínico aleatorizado en el Departamento de

Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Canal de Suez, Ismailia, entre junio y noviembre de 2019, en pacientes de 18 a 45 años, con embarazo único, membranas intactas, primer parto o parto repetido, que se sometieron a cesárea y no presentaron dolores de parto, las pacientes se dividieron en dos grupos: limpieza uterina (336 pacientes) y sin limpieza (312 pacientes). El principal criterio de valoración 81 fue la aparición de endometritis posparto, 12 pacientes (3,6%) desarrollaron endometritis en el grupo de limpieza, frente a 1 paciente (0,3%) en el otro. La infección séptica de la herida de 21 pacientes (6,3%) fue predominante en el grupo de limpieza, en conclusión, la limpieza uterina tras la expulsión de la placenta durante la cesárea puede omitirse como paso quirúrgico durante la operación el cual se asoció con un aumento en las tasas de endometritis posparto.⁴¹ En el estudio son 295 (95,8%) cesáreas del total de la muestra, por lo tanto existe alta probabilidad de infección por más procesos quirúrgicos (cesáreas) que por partos vaginales.

CONCLUSIONES

El estudio evidencia la ausencia del Formulario de seguimiento de infección en el puerperio, en el Hospital de Tercer nivel “Oruro Corea” en la gestión 2024. Lo que justifica la necesidad de implementar

un formulario contextual a través de una validación de instrumento para pacientes púerperas con diagnóstico de infección. La evaluación de la seguridad de la paciente en el servicio de ginecología es un componente fundamental de la atención de salud y una actividad compleja, por los aspectos propios de la paciente y del sistema sanitario. Su evaluación general implica, conocer los procedimientos y prácticas clínicas seguras en centros maternos de salud y hospitales, contar con los profesionales cualificados y normalizar buenas prácticas, con el objetivo de disminuir los niveles de daños evitables que hoy resultan inaceptables. No es justificable tolerar cualquier daño causado al paciente en la atención de salud. Si por el momento, no es posible disminuir las cifras o casos registrados, es necesario minimizar el daño adoptando una mentalidad de daño cero estableciendo políticas sanitarias, que apoyen en la planificación y la prestación de la atención de salud, y realizar un cambio radical con respecto a los altos niveles de daño evitable.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Sin conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Al personal de salud del Hospital de Tercer nivel “Oruro Corea”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de Perú. Protocolo de Estudio de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias. [Internet]. [citado 30 de julio de 2023]. Lima Perú. 2014. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/protocolo_iih.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud en el puerperio. Módulo V 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10039> [Internet]. [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-vigilancia-epi-infecciones-modulo-V.pdf>
3. Nora CRD, Junges JR. Segurança do paciente e aspectos éticos: revisão de escopo. Rev Bioét [Internet]. 6 de septiembre de 2021 [citado 23 de junio de 2024];29:304-16. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Qyh8fL4hbTXNpkBrTfGbVLL/>
4. Ministerio de Salud y deportes [Internet]. Guía operativa para la aplicación en servicios de la resolución ministerial 0496 y su reglamentación sobre prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal. 1:51. Disponible en: <bol-mn-74-01-guideline-2001-esp-guia-operativa-para-la-palicao-en-servicios-de-la-resolucion-ministerial-04.pdf>.
5. Servicio Andaluz de Salud. Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Plan de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud. España. 2002
6. Castillo-Salgado C, Mujica OJ, Loyola E, Canela J. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 16 de mayo de 2013 [citado 15 de diciembre de 2024];31(1):137. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/15281>
7. Guíasalud.es. Atención durante el Puerperio Hospitalario [Internet]. [citado 16 de junio de 2024]. [Aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/embarazo-atencion-puerperio/>
8. Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud. Norma Nacional de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. La Paz 2013
9. Oficina para la salud de la mujer. La endometriosis. [Internet]. 10 de diciembre de 2019 [citado 31 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/endometriosis>
10. San-Juan R, Sanz-Prieto A, Contreras-Mora J, Fojo-Suárez I, Caso-Laviana JM, Fernández-Ruiz M, et al. Comprehensive analysis of current epidemiology, clinical features and prognostic factors of puerperal endometritis: A retrospective cohort analysis - ScienceDirect [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590161323000248?via%3Dihub>
11. Woodd SL, Montoya A, Barreix M, Pi L, Calvert C, Rehman AM, et al. Incidence of maternal peripartum infection: A systematic review and meta-analysis. PLOS Med [Internet]. 10 de diciembre de 2019 [citado 2 de enero de 2025];16(12):e1002984. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002984>
12. Mohamed-Ahmed O, Hinshaw K, Knight M. Operative vaginal delivery and post-partum infection. Best Pract Res Clin

- Obstet Gynaecol [Internet]. abril de 2019 [citado 25 de junio de 2023];56:93-106. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693418302128>
13. Adorno M. Sepsis in the Obstetric Client. Crit Care Nurs Clin North Am [Internet]. septiembre de 2018 [citado 25 de junio de 2023];30(3):415-22. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0899588518309596>
 14. Salmanov AG, Voitok TG, Maidannyk IV, Vdovychenko SY, Chorna OO, Marushchenko YL, et al. EPISIOTOMY INFECTIONS IN THE PUERPERIUM AND ANTIMICROBIAL RESISTANCE OF RESPONSIBLE PATHOGENS IN UKRAINE. Wiadomosci Lek Wars Pol 1960. 2020;73(11):2325-31.
 15. Salazar C. Infecciones Intrahospitalarias. 51n3_a06.pdf [Internet]. Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (3): 187 - 90 [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v51n3/v51n3_a06.pdf
 16. Estado Plurinacional de Bolivia. Norma Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. La Paz, 2014 Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/continuo/dgss_acon_NORMA_NACIONAL_DE_VIGILANCIA.pdf
 17. Armata AAR, Cala PAM, Meneses MVM. Caracterización epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención en salud en el Hospital Obrero N°2 de la CNS, Regional Cochabamba, Bolivia. 2016;
 18. Estado Plurinacional de Bolivia. Morbilidad Obstétrica grave más frecuentes en Bolivia. [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. La Paz, 2013 Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/continuo/dgss_acon_MORBILIDAD_OBSTETRICA_GRAVE.pdf
 19. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado CF. Metodología de la investigación. Sexta edición. Baptista Lucio P, editor. México D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
 20. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia - ENTREGAN LA PRIMERA FASE DEL HOSPITAL DE 3ER NIVEL «ORURO COREA» [Internet]. [citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/2432-entregan-la-primera-fase-del-hospital-de-3er-nivel-oruro-corea>
 21. AméricaEconomía [Internet]. [citado 30 de junio de 2024]. Bolivia: Inauguran hospital de US\$ 16 millones en Oruro. Disponible en: <http://www.americaeconomia.com/bolivia-inauguran-hospital-de-us-16-millones-en-oruro>
 22. Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. [Internet]. 2005 [citado 6 de julio de 2025].11(1):333-338. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
 23. Salazar Marzal E. El problema de la seguridad de la atención. Rev Peru Ginecol Obstet. [Internet] 2019;65(1):31-35 DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2149>. [citado 18 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rpgo/v65n1/a06v65n1.pdf>
 24. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol [Internet]. marzo de 2017 [citado 2 de enero de 2025];35(1):227-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 25. Ministerio de Salud Pública. Procedimiento para la identificación de pacientes en el Hospital Vicente Corral Moscoso. [Internet]. 2015 [citado 27 de julio de 2023]. Cuenca Ecuador. Disponible en: <https://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/identificaci%C3%B3n-pacientes-final.pdf>
 26. Almira A. Embarazo: diagnóstico, edad gestacional y fecha del parto [Internet] c2008;12(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san17408.htm
 27. Ayuzo del Valle C. Pacientes, clientes, médicos y proveedores, ¿es solo cuestión de terminología? [Internet]. [citado 30 de julio de 2023]. Gac Med Mex. 2016;152:429-30 Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n3/GMM_152_2016_3_429-430.pdf
 28. Martín - Cirugía. Concepto. Hitos históricos.pdf [Internet]. [citado 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2983.pdf>
 29. Historia de la cirugía - ACTIVIDAD: INVESTIGACIÓN DE LA HISTORIA DE LA CIRUGÍA MATERIA: ENFERMERÍA - Studocu [Internet]. [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-del-valle-de-mexico/enfermeria-medicoquirurgica/historia-de-la-cirurgia/88482751>
 30. Enfermería, Salud y Bienestar. La Unidad del paciente. [Internet]. c2018 [citado 30 de julio de 2023]. [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://enfermeriaybienestar.wordpress.com/2018/03/28/unidad-del-paciente/>
 31. Clínica Universidad de Navarra. Edad. [Internet]. c2014 [citado 26 de julio de 2023]. Diccionario médico. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>
 32. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2009 [citado 23 de junio de 2024];32:169-75. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia7.pdf>
 33. Instituto de Estadística. Altas hospitalarias registradas en la comunidad de Madrid [Internet]. c2022 [citado 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/sociales/descarga/alh10me.pdf>
 34. Namihira-Guerrero D., Namihira-Guerrero., Gallardo-Namihira H. Glosario epidemiológico 2020 para entender la pandemia COVID-19. [Internet]. México 2020. [citado 30 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.uv.mx/plandecontingencia/files/2020/05/Glosario_Epidemiologico_90520.pdf
 35. Ferro M, Molina Rodríguez L, Rodríguez G WA. La bioética y sus principios. Acta Odontológica Venez [Internet]. junio de 2009 [citado 1 de julio de 2024];47(2):481-7. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-63652009000200029&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 36. Orellana Suarez KD, Cañarte Vélez JC. Bioestadística aplicada a investigaciones científicas en salud [Internet]. 1.a ed. Mawil Publicaciones de Ecuador, 2022; 2022 [citado 22 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://mawil.us/bioestadistica-aplicada-a-investigaciones-cientificas-en-salud/>
 37. Díaz Barba AJ, Otero Aragón LG. Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP) de embarazadas atendidas en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, Carazo. Enero 2020 [Internet] [other]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2020 [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/14241/>

38. San-Juan R, Sanz-Prieto A, Contreras-Mora J, Fojo-Suárez I, Caso-Laviana JM, Fernández-Ruiz M, et al. Comprehensive analysis of current epidemiology, clinical features and prognostic factors of puerperal endometritis: A retrospective cohort analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. [Internet]. junio de 2023 [citado 11 de marzo de 2025]; 18:100199
39. Harris K, Proctor LK, Shinar S, Philippopoulos E, Yudin MH, Murphy KE. Outcomes and management of pregnancy and puerperal group A streptococcal infections: A systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [Internet]. febrero de 2023 [citado 12 de marzo de 2025];102(2):138-57. doi: 10.1111/aogs.14500. Epub 2023 Jan 12. PMID: 36636775; PMCID: PMC9889326.
40. Guevara Camarena JE. Importancia de los registros, la estadística y los sistemas de información para la gerencia de los servicios de salud. *Rev Saluta*. [Internet]. 12 de febrero de 2022 [citado 12 de marzo de 2025];(4):10 30.
41. Hamdy MA, Taha OT, Elprince M. Postpartum endometritis after uterine cleaning versus no cleaning in cesarean sections: Randomized clinical trial. *J Obstet Gynaecol Res*. [Internet]. 2021 [citado 12 de marzo de 2025]; 47(4):1330-1336. doi: 10.1111/jog.14658. Epub 2021 Jan 12. PMID: 33438313. Disponible <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.14658>