RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

ADESÃO ÀS MEDIDAS PREVENTIVAS E INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Maria Beatriz Guimarães Raponi (mariabgfo@gmail.com)

Camila Vieira Gebhardt (camilavgebhardt@gmail.com)

Gabriel Lopes Vieira Da Silva (gblopesv@gmail.com)

Amanda Gubert Pereira (amandaagubert@gmail.com)

Clesnan Mendes Rodrigues (clesnan@ufu.br)

Valéria Nasser Figueiredo (valeria.n.figueiredo@ufu.br)

Introdução: As infecções do sítio cirúrgico (ISC) são complicações comuns e clinicamente significativas em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, frequentemente associadas a desfechos adversos (Hadaya et al., 2022). A prevenção baseia-se na adoção de medidas padronizadas e fundamentadas em evidências, cuja implementação por meio de pacotes de cuidados e checklists de segurança perioperatória pode aumentar a adesão dos profissionais e reduzir sua ocorrência (Gakuanyi et al. 2022; Cussotto et al. 2025). Há escassez de estudos na literatura que avaliem a

adesão dos profissionais de saúde a essas medidas, justificando a realização da presente pesquisa (Deslarzes et al. 2023).

Objetivo: Determinar a adesão às medidas de prevenção de infecção do sítio cirúrgico, determinar a incidência de infecção do sítio cirúrgico e examinar a relação entre a adesão e as infecções em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.

Método: Trata-se de estudo observacional, longitudinal, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital universitário, de grande porte, referência regional para procedimentos cardíacos, localizado no interior de Minas Gerais, Brasil. Foram incluídos pacientes com idade =18 anos submetidos à cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio e excluídos os submetidos à cirurgias de emergência ou com infecções preexistentes. O cálculo de tamanho de amostra resultou em tamanho mínimo de 46 sujeitos. Foi empregado um processo de recrutamento não probabilístico e nenhum viés de seleção foi identificado. Todos os pacientes agendados para cirurgia eletiva de revascularização miocárdica durante o período do estudo – setembro/2022 a maio/2023 – foram incluídos. Nesse período, um total de 58 pacientes foi identificado. O instrumento utilizado para coleta de dados foi composto por três seções: dados de caracterização sociodemográfica e clínica; ckecklist cirúrgico validado (Roscani et al., 2015) para avaliar a adesão às práticas essenciais para prevenção de ISC composto por 48 questões divididas em cinco etapas - admissão à sala de cirurgia, antes da indução anestésica e da colocação dos campos cirúrgicos, antes da incisão cirúrgica, antes da saída da sala de cirurgia e antes da alta do centro cirúrgico; e, dados relacionados à ocorrência de infecção de sítio cirúrgico pós-operatória, necessidade de reinternação pela infecção, local da infecção, início dos sintomas, uso de antimicrobianos, características da ferida e identificação de microrganismos. Todas as ISCs relacionadas ao procedimento cirúrgico, diagnosticadas durante o acompanhamento de até 90 dias, foram incluídas. A coleta de dados foi conduzida por dois pesquisadores, também responsáveis pelo estudo piloto realizado previamente. Inicialmente, havia o monitoramento das informações do paciente e das cirurgias agendadas pelo sistema de informação do hospital. No dia do procedimento, os pesquisadores abordavam o paciente na enfermaria ou

na sala de admissão, para determinar elegibilidade, obter consentimento assinado e coletar dados de caracterização por respostas autorrelatadas e informações do prontuário médico. Quanto aos dados da segunda seção, os pesquisadores acompanharam o paciente durante todo o procedimento cirúrgico para coletar os dados do checklist cirúrgico. Na sala de cirurgia, os pesquisadores se posicionaram estrategicamente para observar e coletar dados sem interromper o fluxo de trabalho. Quando necessário, os pesquisadores se comunicaram com a equipe cirúrgica e revisaram a documentação intraoperatória para confirmar as informações. Na terceira seção do instrumento, os pesquisadores acompanharam os participantes por até 90 dias após o procedimento cirúrgico por meio da vigilância ativa dos registros eletrônicos médicos e do Comitê de Prevenção e Controle de Infecção do hospital. Todas as informações relacionadas à infecção foram confirmadas pela equipe médica do referido comitê. Os dados foram analisados por meio de análise descritiva e inferencial. A adesão às medidas recomendadas foi avaliada pela contagem de respostas positivas (“sim”) pontuadas como 1 (um) para cada item da lista de verificação, com a fórmula: Adesão geral = (Soma das adesões aos itens positivos / Número total de itens respondidos) × 100. Para determinar a incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC), utilizou-se: (Número total de ISCs relacionadas ao procedimento cirúrgico durante o período / Número total de procedimentos cirúrgicos realizados durante o período) × 100. Para analisar a influência do escore total de adesão, considerado variável preditora por ter sido avaliado antes da ocorrência da infecção, na ISC, foi realizada análise preliminar de regressão logística binomial incluindo apenas um preditor, devido ao tamanho limitado da amostra. Aprovação do Comitê de Ética foi obtida.

Resultados: Dos 58 pacientes, 43 foram incluídos e 15 excluídos, 14 cirurgias foram canceladas por greve dos profissionais e uma por não permissão da presença dos pesquisadores. Houve predomínio de homens (83,7%), com média de idade de 62,35 anos (DP=10,68). A duração média da internação hospitalar foi de 27,58 dias (DP=20,67), variando de 4 a 85 dias. 28 pacientes (65,1%) foram internados na enfermaria antes da cirurgia de revascularização miocárdica, com permanência média de 19,36 dias (DP = 14,45), variando de 1 a 78 dias. A duração média da cirurgia foi de 3,64 h (DP = 0,83), mínimo

1h55min e máximo 6h. Todos os pacientes receberam anestesia geral (43; 100,0%). A maioria dos pacientes (41; 95,3%) foi submetida à circulação extracorpórea, com tempo médio de 68 minutos (DP = 21,40) e todos apresentaram hipotermia. Entre os exames laboratoriais realizados, foram coletados os níveis séricos de plaquetas, hemoglobina e hematócrito nos períodos pré-operatório e intraoperatório, momento em que houve redução de todos os níveis. A pontuação média de adesão as práticas recomendadas para segurança do paciente e prevenção de infecção do sítio cirúrgico foi de 71,18% (DP=3,15), mínimo 64,71% e máximo 80,39%. A adesão individual aos itens da lista de verificação variou de 2,3 a 100%. Observou-se baixa adesão em itens relacionados à comunicação da equipe, ao uso de EPI e ao planejamento de riscos e do cuidado. A análise de regressão logística binomial, utilizando o escore total de adesão como preditor, revelou que cada ponto percentual adicional na adesão às medidas preventivas estava associado a uma redução de 10% na probabilidade de infecção (OR = 0,90; IC 95%: 0,73–1,10; p = 0,30); essa associação não foi estatisticamente significativa devido ao tamanho amostral limitado. Há que se considerar a relevância clínica do achado (redução de 10%), reforçando a importância de considerar a adesão às medidas preventivas como fator na redução do risco de infecção. Dos 43 participantes, 24 (55,8%) desenvolveram ISC, dos quais 10 (23,3%) necessitaram de reinternação hospitalar; três pacientes (7,0%) evoluíram para o óbito. Entre os que desenvolveram ISC, os locais de infecção predominantes foram na incisão da esternotomia (11; 25,6%) e safenectomia. Os sintomas mais comuns relatados foram: secreção purulenta (12; 27,9%), secreção serosa (8; 18,6%), bordas da ferida eritematosas (7; 16,3%), deiscência da ferida (4; 9,3%) e dor (4; 9,3%). O tempo médio para o início dos sintomas foi de 16,75 dias (DP = 9,94), variando de 6 a 45 dias. Todos os pacientes com ISC receberam terapia antimicrobiana (24; 100,0%), com duração média de 20,88 dias (DP = 19,89), mínimo de 3 e máximo de 80 dias, sendo: piperacilina-tazobactam (14; 32,6%), teicoplanina (12; 27,9%), ciprofloxacina (9; 20,9%), meropenem (7; 16,3%) e amoxicilina-clavulanato (7; 16,3%). Em relação às características da ferida, todos os pacientes que desenvolveram ISC apresentavam ferida cirúrgica infectada (24; 100,0%). Resultados de cultura positivos foram obtidos em 11 (25,6%) desses pacientes. Os patógenos mais frequentemente isolados foram

Staphylococcus aureus (6; 14,0%), Klebsiella pneumoniae (3; 7,0%) e Serratia marcescens (2; 4,7%); cinco pacientes apresentaram mais de um patógeno em seus resultados de cultura.

Conclusão: Os resultados demonstraram um nível relativamente alto de adesão às medidas preventivas; no entanto, lacunas persistentes na prática clínica foram identificadas, como uso inadequado de EPI. A alta incidência de ISC observada ressalta a urgência e necessidade precoce de implementar estratégias preventivas, começando na admissão hospitalar e estendendo-se pelas fases pré-intra-pós-operatória e pós-alta do cuidado.

Referências:

Cussotto, F., C. Vicentini, L. Bresciano, et al. 2025. “Ten-YearLong Implementation of a Bundle for the Prevention of Surgical Site Infections: A Cohort Study of the Temporal Trend and Factors Influencing Compliance.” American Journal of Infection Control 53, no. 6: 707–713.

Deslarzes, P., J. Jurt, M. Hübner, et al. 2023. “Prospective Compliance Assessment of Surgical Site Infection Prevention Measures in Colorectal Surgery.” BJS Open 7, no. 2.

Gakuanyi, R. M., C. S. Mutunga, and J. Njuguna. 2022. “Facility-Linked Factors and Adherence to WHO Blueprints on Prevention of Surgical Site Infections in Kenya.” International Journal of Scientific and Research Publications 12, no. 3: 328.

Hadaya, J., P. Downey, Z. Tran, et al. 2022. “Impact of Postoperative Infections on Readmission and Resource Use in Elective Cardiac Surgery.” Annals of Thoracic Surgery 113, no. 2: 321–329.

Roscani, A. N. C. P., E. M. Ferraz, A. G. Oliveira Filho, and M. I. P. Freitas. 2015. “Validation of Surgical Checklist to Prevent Surgical Site Infection.” Acta Paulista de Enfermagem 28, no. 1: 92–98.

Descritores: Procedimentos Cirúrgicos Cardíacos; Ponte de Artéria Coronária; Controle de Infecções; Assistência Perioperatória; Infecção do Sítio Cirúrgico; Segurança do Paciente.

Auxílio financeiro: Não houve.

Adherence to Preventive Measures and Surgical Site Infection in Coronary Artery Bypass Grafting

Introduction: Surgical site infections (SSIs) are common and clinically significant complications in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery, frequently associated with adverse outcomes (Hadaya et al., 2022). Prevention is based on the adoption of standardized and evidence-based measures, whose implementation through care bundles and perioperative safety checklists may increase healthcare professionals' adherence and reduce their occurrence (Gakuanyi et al. 2022; Cussotto et al. 2025). There is a scarcity of studies in the literature evaluating healthcare professionals' adherence to these measures, justifying the conduct of the present research (Deslarzes et al. 2023).

Objective: To determine adherence to surgical site infection prevention measures, determine the incidence of surgical site infections, and examine the relationship between adherence and infections among patients undergoing coronary artery bypass grafting.

Methods: This observational, longitudinal study with a quantitative approach was conducted in a large university hospital and regional referral center for cardiac procedures located in Minas Gerais, Brazil. Patients aged =18 years undergoing elective CABG were included, while those undergoing emergency surgery or presenting preexisting infections were excluded. Sample size calculation indicated a minimum sample of 46 participants. A nonprobabilistic recruitment process was employed, and no selection bias was identified. All patients scheduled for elective CABG during the study period (September 2022 to May 2023) were included. During this period, a total of 58 patients were identified.

Data were collected using an instrument composed of three sections: sociodemographic and clinical characteristics; a validated surgical checklist (Roscani et al., 2015) designed to assess adherence to essential SSI prevention practices, consisting of 48 items divided into five stages (admission to the operating room, before anesthesia induction and surgical draping, before surgical incision, before leaving the operating room, and before discharge from the surgical center); and data related to postoperative SSI occurrence, hospital readmission due to infection, infection site, symptom onset, antimicrobial use, wound characteristics, and microorganism identification. All procedure-related SSIs diagnosed during a follow-up period of up to 90 days were included.

Data collection was conducted by two researchers who had previously completed a pilot study. Initially, patient information and scheduled surgeries were monitored through the hospital information system. On the day of surgery, researchers approached patients in the ward or admission area to determine eligibility, obtain written informed consent, and collect baseline data through self-reported information and medical records. For the second section, researchers followed patients throughout the surgical procedure to collect checklist data. In the operating room, researchers positioned themselves strategically to observe and collect information without interfering with workflow. When necessary, they communicated with the surgical team and reviewed intraoperative documentation to confirm information. For the third section, participants were followed for up to 90 days after surgery through active surveillance of electronic medical records and the hospital Infection Prevention and Control Committee database. All infection-related information was confirmed by the committee's medical team.

Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Adherence to recommended measures was evaluated by counting positive ("yes") responses, scored as 1 point for each checklist item, using the formula: Overall adherence = (Sum of positive adherence items / Total number of completed items) × 100. SSI incidence was calculated as: (Total number of procedure-related SSIs during the study period / Total number of surgical procedures performed during the study period) × 100. To analyze the influence of the overall adherence score, considered the predictor variable because it was assessed before infection

occurrence, on SSI development, a preliminary binomial logistic regression analysis including a single predictor was performed due to the limited sample size. Ethical approval was obtained.

Results: Of the 58 identified patients, 43 were included and 15 were excluded. Fourteen surgeries were canceled due to a healthcare workers' strike and one because researchers were not allowed to remain in the operating room. Most participants were male (83.7%), with a mean age of 62.35 years (SD = 10.68). The mean hospital stay was 27.58 days (SD = 20.67), ranging from 4 to 85 days. Twenty-eight patients (65.1%) were admitted to the ward before CABG, with a mean preoperative stay of 19.36 days (SD = 14.45), ranging from 1 to 78 days. Mean surgical duration was 3.64 hours (SD = 0.83), ranging from 1 hour and 55 minutes to 6 hours. All patients received general anesthesia (43; 100.0%). Most patients (41; 95.3%) underwent cardiopulmonary bypass, with a mean duration of 68 minutes (SD = 21.40), and all developed hypothermia. Platelet count, hemoglobin, and hematocrit levels were collected during the preoperative and intraoperative periods, showing reductions in all parameters.

The mean adherence score to recommended patient safety and SSI prevention practices was 71.18% (SD = 3.15), ranging from 64.71% to 80.39%. Individual item adherence ranged from 2.3% to 100%. Low adherence was observed in items related to team communication, use of personal protective equipment (PPE), and risk and care planning.

Binomial logistic regression analysis revealed that each additional percentage point in adherence to preventive measures was associated with a 10% reduction in the odds of infection (OR = 0.90; 95% CI: 0.73–1.10; p = 0.30). Although not statistically significant due to the limited sample size, the finding is clinically relevant and reinforces the importance of adherence to preventive measures as a factor in reducing infection risk.

Among the 43 participants, 24 (55.8%) developed SSI, of whom 10 (23.3%) required hospital readmission and three (7.0%) died. Among those who developed SSI, the predominant infection sites were the sternotomy incision (11; 25.6%) and saphenectomy sites. The most frequently reported symptoms were purulent drainage (12; 27.9%), serous drainage (8; 18.6%), erythematous wound

edges (7; 16.3%), wound dehiscence (4; 9.3%), and pain (4; 9.3%). Mean time to symptom onset was 16.75 days (SD = 9.94), ranging from 6 to 45 days.

All patients with SSI received antimicrobial therapy (24; 100.0%), with a mean treatment duration of 20.88 days (SD = 19.89), ranging from 3 to 80 days. The most frequently used antimicrobials were piperacillin–tazobactam (14; 32.6%), teicoplanin (12; 27.9%), ciprofloxacin (9; 20.9%), meropenem (7; 16.3%), and amoxicillin–clavulanate (7; 16.3%). Positive culture results were obtained in 11 patients (25.6%). The most frequently isolated pathogens were Staphylococcus aureus (6; 14.0%), Klebsiella pneumoniae (3; 7.0%), and Serratia marcescens (2; 4.7%); five patients presented more than one pathogen in culture results.

Conclusion: The results demonstrated a relatively high level of adherence to preventive measures; however, persistent gaps in clinical practice were identified, particularly regarding inappropriate PPE use. The high SSI incidence observed highlights the urgency and early need to implement preventive strategies beginning at hospital admission and extending throughout the preoperative, intraoperative, postoperative, and post-discharge phases of care.

Referências:

Cussotto, F., C. Vicentini, L. Bresciano, et al. 2025. “Ten-YearLong Implementation of a Bundle for the Prevention of Surgical Site Infections: A Cohort Study of the Temporal Trend and Factors Influencing Compliance.” American Journal of Infection Control 53, no. 6: 707–713.

Deslarzes, P., J. Jurt, M. Hübner, et al. 2023. “Prospective Compliance Assessment of Surgical Site Infection Prevention Measures in Colorectal Surgery.” BJS Open 7, no. 2.

Gakuanyi, R. M., C. S. Mutunga, and J. Njuguna. 2022. “Facility-Linked Factors and Adherence to WHO Blueprints on Prevention of Surgical Site Infections in

Kenya.” International Journal of Scientific and Research Publications 12, no. 3: 328.

Hadaya, J., P. Downey, Z. Tran, et al. 2022. “Impact of Postoperative Infections on Readmission and Resource Use in Elective Cardiac Surgery.” Annals of Thoracic Surgery 113, no. 2: 321–329.

Roscani, A. N. C. P., E. M. Ferraz, A. G. Oliveira Filho, and M. I. P. Freitas. 2015. “Validation of Surgical Checklist to Prevent Surgical Site Infection.” Acta Paulista de Enfermagem 28, no. 1: 92–98.

Key-Words: Cardiac Surgical Procedures; Coronary Artery Bypass; Infection Control; Perioperative Care; Surgical Wound Infection; Patient Safety

Adherencia a las Medidas Preventivas e Infección del Sitio Quirúrgico en Cirugía de Revascularización Miocárdica

Introducción: Las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) son complicaciones frecuentes y clínicamente significativas en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica, frecuentemente asociadas con resultados adversos (Hadaya et al., 2022). La prevención se basa en la adopción de medidas estandarizadas y fundamentadas en evidencia, cuya implementación mediante paquetes de atención y listas de verificación de seguridad perioperatoria puede aumentar la adherencia de los profesionales de la salud y reducir su aparición (Gakuanyi et al. 2022; Cussotto et al. 2025). Existe escasez de estudios en la literatura que evalúen la adherencia de los profesionales de la

salud a estas medidas, lo que justifica la realización de la presente investigación (Deslarzes et al. 2023).

Objetivo: Determinar la adherencia a las medidas de prevención de infección del sitio quirúrgico, determinar la incidencia de infección del sitio quirúrgico y examinar la relación entre la adherencia y las infecciones en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica.

Método: Se trata de un estudio observacional, longitudinal y de enfoque cuantitativo, realizado en un hospital universitario de gran tamaño, centro regional de referencia para procedimientos cardíacos, ubicado en el estado de Minas Gerais, Brasil. Se incluyeron pacientes de edad =18 años sometidos a cirugía electiva de revascularización miocárdica y se excluyeron aquellos sometidos a cirugía de emergencia o con infecciones preexistentes. El cálculo del tamaño de la muestra indicó un mínimo de 46 participantes. Se empleó un proceso de reclutamiento no probabilístico. Se incluyeron todos los pacientes programados para cirugía electiva de revascularización miocárdica durante el período de estudio, de septiembre de 2022 a mayo de 2023. Durante este período se identificó un total de 58 pacientes.

El instrumento de la recolección de datos estuvo compuesto por tres secciones: datos sociodemográficos y clínicos; una lista de verificación quirúrgica validada (Roscani et al., 2015) para evaluar la adherencia a las prácticas esenciales para la prevención de ISQ, compuesta por 48 ítems distribuidos en cinco etapas (ingreso al quirófano, antes de la inducción anestésica y de la colocación de los campos quirúrgicos, antes de la incisión quirúrgica, antes de salir del quirófano y antes del alta del centro quirúrgico); y datos sobre infección del sitio quirúrgico posoperatoria, necesidad de rehospitalización debido a la infección, sitio de infección, inicio de los síntomas, uso de antimicrobianos, características de la herida e identificación de microorganismos. Se incluyeron todas las ISQ relacionadas con el procedimiento quirúrgico diagnosticadas durante un seguimiento de hasta 90 días. La recolección fue realizada por dos investigadores, responsables también del estudio piloto. Inicialmente, se monitoreaban los datos de los pacientes y las cirugías programadas mediante el sistema de información hospitalario. El día del procedimiento, los investigadores

abordaban al paciente para determinar su elegibilidad, obtener el consentimiento informado firmado y recopilar los datos de caracterización mediante información autorreferida y registros médicos. Respecto a la segunda sección, los investigadores acompañaron a los pacientes durante todo el procedimiento quirúrgico para recopilar los datos de la lista de verificación. Dentro del quirófano, se posicionaron estratégicamente para observar y recolectar información sin interferir en el flujo de trabajo. Cuando fue necesario, se comunicaron con el equipo quirúrgico y revisaron la documentación intraoperatoria. En la tercera sección, los participantes fueron seguidos hasta 90 días después de la cirugía mediante vigilancia activa de los registros médicos electrónicos y del Comité de Prevención y Control de Infecciones del hospital. Toda la información relacionada con infecciones fue confirmada por el equipo médico de dicho comité. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. La adherencia se evaluó mediante el conteo de respuestas positivas (“sí”), puntuadas con un 1 por cada ítem, con fórmula: Adherencia general = (Suma de las adherencias a los ítems positivos / Número total de ítems respondidos) × 100. La incidencia de ISQ se calculó: (Número total de ISQ relacionadas con el procedimiento quirúrgico durante el período / Número total de procedimientos quirúrgicos realizados durante el período) × 100. Para analizar la influencia de la puntuación total de adherencia, considerada variable predictora por haber sido evaluada antes de la ocurrencia de la infección, sobre el desarrollo de ISQ, se realizó un análisis preliminar de regresión logística binomial incluyendo un único predictor debido al tamaño limitado de la muestra. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética.

Resultados: De los 58 pacientes identificados, 43 fueron incluidos y 15 excluidos. Catorce cirugías fueron canceladas debido a una huelga de profesionales de la salud y una debido a que no se permitió la permanencia de los investigadores en el quirófano. Predominaron los hombres (83,7%), con una edad media de 62,35 años (DE = 10,68). La duración media de la hospitalización fue de 27,58 días (DE = 20,67), con un rango de 4 a 85 días. Veintiocho pacientes (65,1%) permanecieron hospitalizados antes de la cirugía, con una estancia media de 19,36 días (DE = 14,45), variando entre 1 y 78 días. La duración media de la cirugía fue de 3,64 horas (DE = 0,83), con un mínimo

de 1 hora y 55 minutos y un máximo de 6 horas. Todos los pacientes recibieron anestesia general (43; 100,0%). La mayoría de los pacientes (41; 95,3%) fue sometida a circulación extracorpórea, con un tiempo promedio de 68 minutos (DE = 21,40), y todos desarrollaron hipotermia. Entre los exámenes de laboratorio, se obtuvieron niveles séricos de plaquetas, hemoglobina y hematocrito en los períodos preoperatorio e intraoperatorio, observándose una disminución de todos los parámetros. La puntuación media de adherencia a las prácticas recomendadas para la seguridad del paciente y la prevención de ISQ fue de 71,18% (DE = 3,15), con valores entre 64,71% y 80,39%. La adherencia individual a los ítems de la lista de verificación osciló entre 2,3% y 100%. Se observó baja adherencia en los ítems relacionados con la comunicación del equipo, el uso de equipos de protección personal (EPP) y la planificación de riesgos y del cuidado. El análisis de regresión logística binomial reveló que cada punto porcentual adicional de adherencia a las medidas preventivas se asoció con una reducción del 10% en la probabilidad de infección (OR = 0,90; IC 95%: 0,73–1,10; p = 0,30). Aunque no fue estadísticamente significativa debido al tamaño limitado de la muestra, la associación posee relevancia clínica y refuerza la importancia de la adherencia para reducir el riesgo de infección. De los 43 participantes, 24 (55,8%) desarrollaron ISQ, de los cuales 10 (23,3%) requirieron rehospitalización y tres (7,0%) fallecieron. Entre quienes desarrollaron ISQ, los principales sitios de infección fueron la incisión de esternotomía (11; 25,6%) y la safenectomía. Los síntomas más frecuentes fueron secreción purulenta (12; 27,9%), secreción serosa (8; 18,6%), bordes eritematosos de la herida (7; 16,3%), dehiscencia de la herida (4; 9,3%) y dolor (4; 9,3%). El tiempo medio hasta la aparición de los síntomas fue de 16,75 días (DE = 9,94), con un rango de 6 a 45 días. Todos los pacientes con ISQ recibieron tratamiento antimicrobiano (24; 100,0%), con una duración media de 20,88 días (DE = 19,89), variando entre 3 y 80 días. Los antimicrobianos más utilizados fueron piperacilina-tazobactam (14; 32,6%), teicoplanina (12; 27,9%), ciprofloxacino (9; 20,9%), meropenem (7; 16,3%) y amoxicilina-clavulanato (7; 16,3%). Se obtuvieron cultivos positivos en 11 pacientes (25,6%). Los principales patógenos fueron Staphylococcus aureus (6; 14,0%), Klebsiella pneumoniae (3; 7,0%) y Serratia marcescens (2; 4,7%). Cinco pacientes presentaron más de un patógeno en los resultados microbiológicos.

Conclusión: Los resultados demostraron un nivel relativamente alto de adherencia a las medidas preventivas; sin embargo, se identificaron brechas persistentes en la práctica clínica, como el uso inadecuado de equipos de protección personal. La elevada incidencia de ISQ observada resalta la urgencia y la necesidad temprana de implementar estrategias preventivas desde el momento de la admisión hospitalaria y a lo largo de las fases preoperatoria, intraoperatoria, posoperatoria y posterior al alta.

Cussotto, F., C. Vicentini, L. Bresciano, et al. 2025. “Ten-YearLong Implementation of a Bundle for the Prevention of Surgical Site Infections: A Cohort Study of the Temporal Trend and Factors Influencing Compliance.” American Journal of Infection Control 53, no. 6: 707–713.

Deslarzes, P., J. Jurt, M. Hübner, et al. 2023. “Prospective Compliance Assessment of Surgical Site Infection Prevention Measures in Colorectal Surgery.” BJS Open 7, no. 2.

Gakuanyi, R. M., C. S. Mutunga, and J. Njuguna. 2022. “Facility-Linked Factors and Adherence to WHO Blueprints on Prevention of Surgical Site Infections in Kenya.” International Journal of Scientific and Research Publications 12, no. 3: 328.

Hadaya, J., P. Downey, Z. Tran, et al. 2022. “Impact of Postoperative Infections on Readmission and Resource Use in Elective Cardiac Surgery.” Annals of Thoracic Surgery 113, no. 2: 321–329.

Roscani, A. N. C. P., E. M. Ferraz, A. G. Oliveira Filho, and M. I. P. Freitas. 2015. “Validation of Surgical Checklist to Prevent Surgical Site Infection.” Acta Paulista de Enfermagem 28, no. 1: 92–98.

Descriptores: Procedimientos Quirúrgicos Cardíacos; Puente de Arteria Coronaria; Control de Infecciones; Atención Perioperativa; Infección de la Herida Quirúrgica; Seguridad del Paciente

Palavras-chave: procedimentos cirúrgicos cardíacos; ponte de artéria coronária; controle de infecções; assistência perioperatória; infecção do sítio cirúrgico; segurança do paciente.