



Vigilancia y Control de la Herida Quirúrgica. Guías de Manejo

L. F. GALVIS, MD; B. S. VANEGAS, ENF.

Palabras claves: Infección de herida. Seguimiento de la herida, Flujograma, Guía de manejo.

Los índices de infección de la herida, especialmente los de la herida clasificada como limpia son los mejores indicadores de calidad de un departamento quirúrgico. El seguimiento de la herida es a veces muy difícil de llevar y la información que deja de recogerse se refleja en los resultados a la hora de analizar los datos. Se presenta un programa de seguimiento de la herida, el cual ha demostrado a través de 5 años de ejecución, los mejores resultados para detectar casos y mantener unos índices confiables de infección de la herida.

INTRODUCCION

La cirugía ambulatoria y las técnicas de asepsia y antisepsia, así como la promoción de bajas estancias hospitalarias, han determinado la disminución de las tasas de infección en las instituciones hospitalarias (1); sin embargo, la infección de la herida quirúrgica continúa siendo el problema de primer orden de los departamentos de cirugía y de los comités de microbiología quirúrgica, como quiera que ésta es la complicación más frecuente.

Por lo tanto, se han desarrollado programas de vigilancia y control (1, 2) que han demostrado ser eficaces en la detección de la infección de la herida quirúrgica (3), basados en la supervisión de los pacientes intrahospitalarios posquirúrgicos en la acción directa de los médicos tratantes y en la posterior vigilancia adecuada y oportuna de los pacientes egresados, teniendo en cuenta las definiciones de los CDC (*Centers of Disease Control*) (4, 5). Con esto, el diagnóstico precoz de cualquier signo o síntoma de complicación, contribuyó a la disminución de las tasas de infección en varios hospitales de los Estados Unidos en un 35%.

Doctor Luis Felipe Galvis, Médico Investigador; Enf. Blanca Stella Vanegas, Coordinadora Clínica. Comité de Microbiología Quirúrgica, Dpto. de Cirugía, FSFB, Bogotá, D. C., Colombia.

GUIA DE MANEJO

La guía de manejo que presentamos (ver Anexo 1), está adaptada a aquella que se sigue en nuestra institución, en la cual se practica seguimiento de pacientes posquirúrgicos, exceptuando los de cirugía oftalmológica, otorrinolaringológica y gineco-obstétrica. Estos pacientes ingresan al programa siguiendo el flujograma que presentamos, en el que se identifica primariamente el riesgo de infección de acuerdo con la clasificación de la herida quirúrgica (1, 7), y ASA (2, 6, 8), si se le coloca o no antibiótico profiláctico (1), (ver "Esquema de Antibióticos Profilácticos"), y factores de riesgo específicos (2).

Acto seguido, el equipo médico y de enfermería en conjunto con el médico tratante y el comité de vigilancia, observa la evolución del paciente en su estancia hospitalaria procurando con esto diagnosticar precozmente los casos infectados para realizar en ellos tomas de muestra para cultivo y antibiograma.

Pero si el paciente evoluciona satisfactoriamente, a su egreso se le reafirman las indicaciones dadas en el instructivo, sobre signos de infección de la herida. Lo anterior busca que el paciente lleve a cabo una autoevaluación en su casa. El instructivo contiene, además, los números telefónicos a donde se puede acudir en caso de necesidad. Este período de vigilancia se ha fijado en 15 días, como quiera que la mayoría de las infecciones ocurren dentro de los primeros 6 a 8 días del postoperatorio (5).

Si el paciente no notifica ningún cambio en su herida, el Comité realiza el seguimiento a través de una llamada telefónica para asegurarse de la ausencia de infección y cerrar así el caso. Si se detecta algún signo de infección a través de la conferencia telefónica, el paciente será visto en la clínica de heridas.

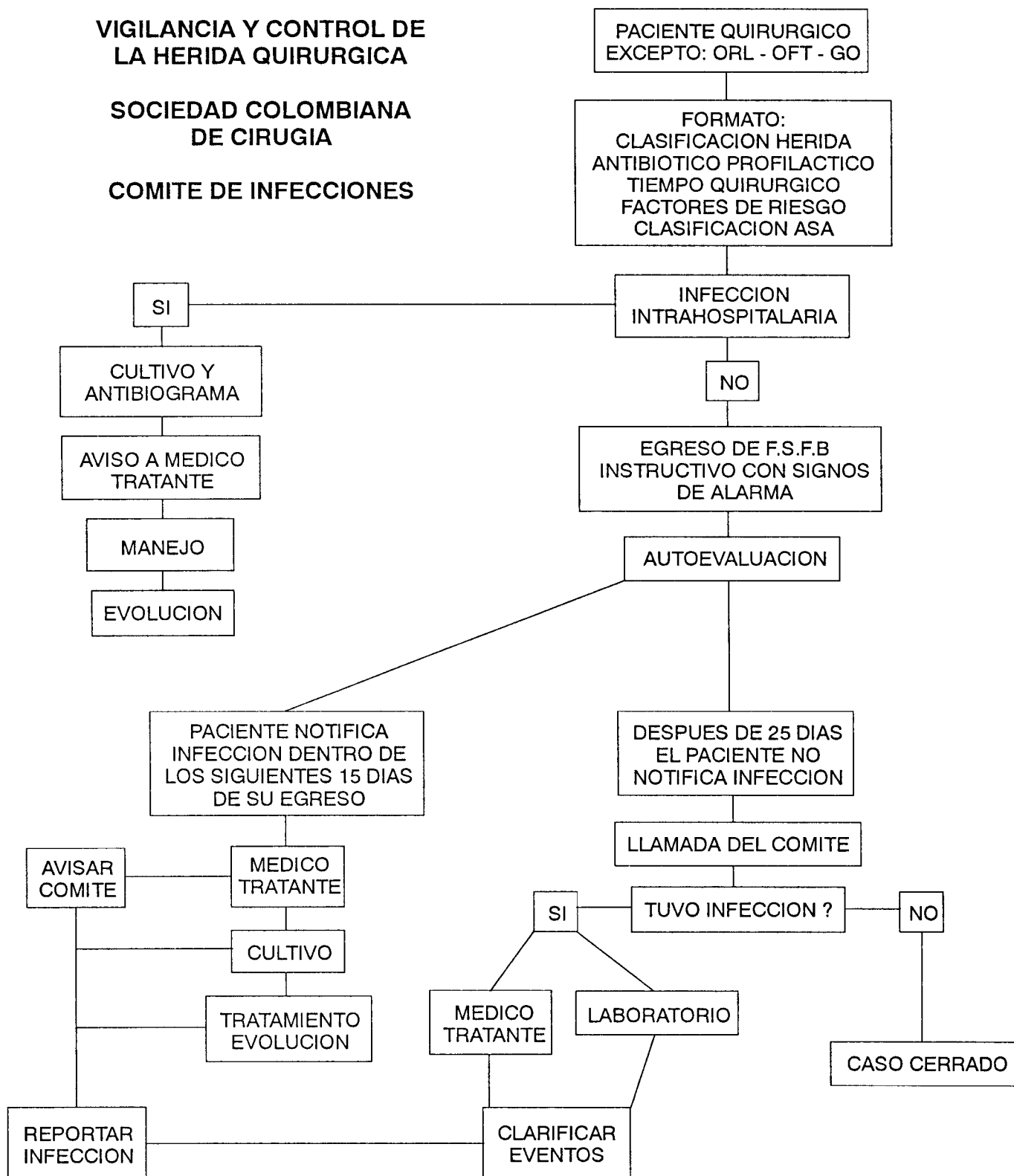
Esta guía de manejo funciona en nuestra institución desde 1990, como parte del programa de vigilancia y control de la herida quirúrgica, que es el mismo programa de control de calidad del Departamento de Cirugía bajo la supervisión del Comité de Microbiología Quirúrgica.

GUIAS DE MANEJO

VIGILANCIA Y CONTROL DE LA HERIDA QUIRURGICA

SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CIRUGIA

COMITE DE INFECCIONES



ESQUEMA DE ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA
COMITÉ DE INFECCIONES

Especialidad	Procedimiento	Antibiótico Profiláctico	Dosis Recomendada
HERIDA LIMPIA			
Cirugía cardiovascular	Cirugía cardíaca	Vancomicina + gentamicina	1 g IV + 80 mg Iv
	Vascular periférico	Vancomicina + gentamicina	1 g IV + 80 mg Iv
Cirugía plástica	Estética	Cefazolina	1 g IV
Oftalmología	Refractiva	Tobramicina	Antibióticos tópicos
	Fauectomía + lente	Tobramicina/gentamicina	Antibióticos tópicos
	Queratosplastia	Tobramicina/gentamicina	Antibióticos tópicos
	Antiglaucoma	Tobramicina/gentamicina	Antibióticos tópicos
	Pterigio	Tobramicina/gentamicina	Antibióticos tópicos
	Conjuntiva	Tobramicina/gentamicina	Antibióticos tópicos
	Ortopedia	Remplazo total articular	Cefazolina
Fracturas cerradas		Cefazolina	1 g IV
Artroscopia		Cefazolina	1 g IV
Artrodesis		Cefazolina	1 g IV
Instrumentación de columna		Cefazolina	1 g IV
Laminectomía		Cefazolina	1 g IV
Neurocirugía	Cranetomía	Cefazolina	1 g IV
	Espinal	Cefazolina	1 g IV
	Derivación LCR	Vancomicina	1 g IV
Cirugía General	Hernias	Cefazolina	1 g IV
	Catéter	Cefazolina	1 g IV
	Trasplantes	Cefazolina	1 g IV
	Donantes de órganos	Ampicilina + oxacilina	0,5 + 1 g IV
HERIDAS LIMPIAS CONTAMINADAS			
Odolntología	Exodoncia incluída	Eritromicina base	500 mg VO
	Ortognática	Clindamicina	300 mg VO
Otorrinolaringología	Septorrinoplastia	Cefradina	1 g IV
	Timpanoplastia	Cefradina	1 g IV
	Septoplastia	Cefradina	1 g IV
Urología	RTU de próstata	Cefazolina / Norfloxacina	1 g IV / 400 mg VO
	Reimplante VU	Cefazolina	1 g IV
	Cistouretopexia	Trimetroprim / sulfametoxazol	80 g IV / 400 mg VO
Cirugía general	Apendicectomía	Clindamicina + amikacina	600 g IV / 500 mg VO
		Metronidazol + amikacina	500 g IV / 500 mg VO
		Sulbactam + Ampicilina	1,5 + 3.0 g IV
		Cefoxitin	1 - 2 g IV
	Colorectal	Ceftriaxona	1 g IV
		Clindamicina + amikacina	600 g IV / 500 mg VO
		Metronidazol	500 mg IV
	Vía biliar	Cefoperazona	1 g IV
		Cefazolina	1 g IV
HERIDA CONTAMINADA			
Cirugía general	Trauma abdominal	Ceftriazona	1 g IV
		Cefoxitin	1 - 2 g IV
		Clindamicina + amikacina	600 g IV / 500 mg VO

ABSTRACT

Surgical wound infection rates are very important and reflect the quality of a surgical department. The follow up of

surgical wounds are some times difficult and the data collection present pitfalls. We present a protocol that has been used in our institution in the last five years and has proved to be effective and reliable for data for analysis.

REFERENCIAS

1. Olson M, Lee J: Continous 10-years wound infection surveillance: Results, advantages and unanswered questions. Arch Surg 1990; 125: 794-803
2. SHEA, APIC, CDC, SIS: Consensus paper on the surveillance of surgical wound infection. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13: 599-605
3. Lee J: Impact of hospital-based wound infection surveillance programs on reducing wound infection rates. In: Surgical basic science: The microbiology and immunology of wound infection, 15th Postgraduate course. Nichols R (ed). Am Coll Surg 1995: 6-7
4. Horan T, Gaynes R, Martone W et al: CDC definitions of nosocomial surgical site infection, 1992: A modification of CDC definitions of surgical wound infection. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13: 606-8
5. Nichols R: Surgical wound infection. Am J Med 1991; 91 (suppl 3B): 54S-63S
6. Garibaldi R, Cushing D, Lerer T: Risk factors for postoperative infection. Am J Med 1991; 91 (suppl 3B): 158S-163S
7. Dunn D: Pathophysiology of wound infection. In: Surgical basic science: The microbiology and immunology of wound infection. 15th Postgraduate course. Nichols R. (ed), Am Coll Surg 1995: 1-3
8. Culver D, Horan T, Gaynes R et al: Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure and patients risk index. Am J Med 1991; 91 (suppl 3B): 152S-7S