

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen
Volume 8

Número
Number 1-4

Enero-Diciembre
January-December 2000

Artículo:

Manejo de la herida quirúrgica

Derechos reservados, Copyright © 2000:
Sociedad Mexicana de Cardiología

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Manejo de la herida quirúrgica

Enf. Card. Rosalba Martíñón Hernández,* Enf. Gral. Claudia Leija Hernández*

* Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

INTRODUCCIÓN

Cerca del 50% de las infecciones de herida quirúrgica se presentan durante la primera semana del posoperatorio y casi el 90% se diagnostica dentro de las dos semanas siguientes a la cirugía, por lo que un porcentaje no despreciable de infecciones de herida quirúrgica se manifiesta cuando el paciente ha dejado el hospital.¹

En la actualidad, la infección de heridas quirúrgicas pocas veces causa la muerte, si ocasiona la prolongación del riesgo y el resultado de este proceso nulifica el objetivo de la cirugía, encontrándose el paciente en peores condiciones que antes del procedimiento.²

Las infecciones de esternón después de la cirugía cardiaca afectan gravemente el curso posoperatorio, con una mortalidad que varía del 7 al 80%, las secuelas en los pacientes que sobreviven son graves. La infección de herida quirúrgica esternal es una de las 3 infecciones nosocomiales más caras, determinada por una mayor estancia hospitalaria, administración de antibióticos de alto costo, utilización de material de curación en grandes cantidades, el costo, tiempos médicos y, enfermeras así como el riesgo de que el paciente adquiera otras infecciones nosocomiales y su

possible incapacidad para trabajar por varios meses, los gastos que debe efectuar cuando ha egresado del hospital para regresar a su curación o revisión, alimentación que debe mejorar para favorecer su recuperación, además del daño psicológico propios de un padecimiento prolongado y doloroso para el paciente y su familia, lo que resulta imposible valorar en su real dimensión.³

CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

Concepto:

Es la reducción de bacterias a través de un proceso de desinfección de una herida quirúrgica y no quirúrgica.

Objetivos:

- Prevenir y reducir el riesgo de infección de la herida quirúrgica.

Indicaciones:

- En todo paciente que es sometido a intervención quirúrgica.
- A todos los pacientes que presentan alguna herida o lesión en tejidos blandos, ya sea superficial o profunda.

Contraindicaciones relativas:

- Remover los apóstitos o secreciones de la herida sin técnicas de asepsia.
- Manipular la herida continuamente.

Material y equipo:

- Carro de curación con:

Recibido para publicación: Julio 2001.

Aceptado: Agosto 2001.

Dirección para correspondencia:

Enf. Card. Rosalba Martíñón Hernández.

Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Juan Badiano No.1, Col. Sección XVI, C.P. 14080, Tlalpan, México, D.F.

Tel. 55732911 Ext. 1225.

1. Un equipo de curación
2. Bata protectora
3. Cubrebocas
4. Guantes estériles
5. Gasas estériles
6. Solución antiséptica (iodopovidona espuma y solución)
7. Parche adhesivo, protectores de cama

Procedimiento:

- 1.1. Reúne el material y equipo. Se lava las manos.
- 1.2. Explica al paciente el procedimiento para obtener su colaboración.
- 1.3. Prepara el campo estéril con el material necesario.
- 1.4. Se coloca cubrebocas y bata protectora.
- 1.5. Retira el apósito que cubre la herida con precaución de no tocar la parte interna del mismo, lo desecha en el lugar indicado.
- 1.6. Se lava las manos nuevamente, se calza los guantes.
- 1.7. Realiza la asepsia con iodopovidona espuma de la herida de arriba hacia abajo, del centro a la periferia, con una gasa diferente en cada movimiento. Repite este procedimiento cuantas veces sea necesario hasta que consigue la limpieza total de la herida.
- 1.8. Aplica con una gasa estéril iodopovidona solución dejando en el área por lo menos dos minutos. Al cabo del tiempo retira el exceso con una gasa estéril si es necesario.
- 1.9. Cubre la herida con un apósito estéril y coloca el parche adhesivo.
- 1.10. Se retiran los guantes, bata y cubrebocas y los desecha en los sitios indicados para cada uno de ellos.
- 1.11. Anota la fecha y nombre de quien realizó la curación
- 1.12. Informa al paciente que el procedimiento terminó y lo deja cómodo.
- 1.13. Anota las observaciones encontradas en la hoja de procedimientos invasivos; y las complicaciones en la hoja de observaciones de enfermería.

Complicaciones:

- Cerca del 50% de las infecciones quirúrgicas se presentan durante la primera semana del posoperatorio y el 90% se diagnostica hasta la segunda semana del mismo.
- Los pacientes pueden presentar reacciones de la piel por el iodo.
- Otros pacientes también llegan a presentar laceraciones de la piel por reacciones al parche adhesivo.

Puntos importantes:

- Durante la curación de la herida debe hacerse una evaluación de la incisión quirúrgica observando las etapas de la cicatrización para el cuidado de la misma
- En pacientes posquirúrgicos la curación de la herida debe hacerse después de 48 horas de la cirugía.
- Disminuir la tensión y ansiedad al paciente explicándole que las suturas ejercen firmeza suficiente para impedir que su herida se le abra cuando tose o respire en forma profunda para que colabore en su movilización y fisioterapia pulmonar necesaria para evitar otro tipo de infecciones
- Si el estado del paciente lo permite puede recibir el baño en la regadera a las 48 horas y dejar la herida quirúrgica descubierta.
- Es muy importante que la enfermera registre en la hoja de observaciones cualquier dato de infección que observe sobre el aspecto y características de la herida e informar al médico y al Comité de Control de Infecciones Nosocomiales para su tratamiento oportuno.
- Al menor indicio de infección tomar un cultivo de la secreción de herida.
- Para los pacientes que presentan sensibilidad a la iodopovidona se recomienda utilizar clorhexidina para realizar asepsia.

CULTIVO DE SECRECIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

Concepto:

Es la toma de muestra de secreción y/o exudado resultante de una herida quirúrgica clínicamente infectada que puede estar dehiscente o cerrada.

Objetivo:

- Determinar el agente causal de infección para iniciar un tratamiento antimicrobiano eficaz y oportuno.

Indicaciones:

- Herida quirúrgica dehiscente o cerrada con datos de infección, salida de material seroso, purulento y/o serohemático.

Contraindicaciones:

Ninguna

Material y equipo:

1. Isopo
2. Jeringa de 3 mL.
3. Solución antiséptica (iodopovidona)

4. Solución de irrigación y agua inyectable
5. Gasas estériles
6. Equipo de curación
7. Guantes estériles, bata protectora y cubrebocas.

Procedimiento:

- 1.1. Informa al paciente del procedimiento y el por qué se le va a realizar.
- 1.2. Prepara el material y equipo.
- 1.3. Se lava las manos.
- 1.4. Se coloca el cubrebocas y bata protectora.
- 1.5. Abre el equipo de curación y prepara el campo estéril con el material que va a utilizar.
- 1.6. Retira el apósito de manera que no se tenga contacto directo con el interior del mismo, lo dobla hacia adentro y lo desecha en el lugar indicado.
- 1.7. Se lava las manos.
- 1.8. Se calza los guantes,
- 1.9. Realiza la asepsia de la herida con iodopovidona del centro a la periferia, con movimientos circulares; se retira el excedente de iodopovidona con solución de irrigación;
- 1.10. Con la jeringa de 3 mL, toma 1 mL de solución de irrigación, punciona en el sitio donde se encuentra el absceso e infiltra la solución de irrigación; aspira para recuperar la solución y extraer el posible material purulento.
- 1.11. Etiqueta la jeringa con los datos del paciente, y envía de inmediato al laboratorio de microbiología.
- 1.12. Deja cómodo al paciente, informa que el procedimiento terminó.
- 1.13. Recoge el material utilizado y da el tratamiento o el desecho indicado.
- 1.14. Hace el registro correspondiente en la hoja de procedimientos invasivos y microbiológicos.

EN LAS HERIDAS DEHISCENTES

2. Repite los puntos del 1.1. al 1.8. antes mencionados.
- 2.1. Realiza la asepsia de la herida dehiscente únicamente en la periferia de los bordes, retira el excedente de iodopovidona con solución de irrigación.
- 2.2. Si dentro de la herida hay material purulento en estado líquido toma la muestra con jeringa; si el

material purulento es espeso, toma la muestra con un isopo, teniendo precaución de no tocar los bordes de la herida y contaminar la muestra.

- 2.3. Etiqueta la jeringa o isopo con los datos del paciente según el caso y envía la muestra de inmediato al laboratorio de microbiología.
- 2.4. Repite los puntos 1.12. al 1.14. antes mencionados.

Complicaciones:

Al tomar la muestra con isopo, es fácil que se contamine con la flora normal de la piel del paciente.

Puntos importantes

- Cerca del 50% de las infecciones de la herida quirúrgica se presentan durante la primera semana del posoperatorio y casi el 90% se diagnostican dentro de las dos semanas siguientes de la cirugía.
- Las secreciones purulentas pueden encontrarse en cavidades cerradas (abscesos) o abiertas (heridas quirúrgicas).
- Las heridas quirúrgicas se dejan sin cubrir después de 48 horas del posoperatorio.
- En caso de una herida quirúrgica infectada y que se efectúa debridación enviar al laboratorio de microbiología una pequeña porción de tejido (0.5 cm) en un frasco estéril con los datos completos del paciente.
- La enfermera debe observar diariamente las heridas quirúrgicas siguiendo el proceso de cicatrización, considerando los factores de riesgo del huesped, factores de riesgo ambientales y aplicar las medidas de asepsia y antisepsia descritas, para prevenir las infecciones de las heridas quirúrgicas.
- No dar tratamiento antimicrobiano indiscriminadamente durante su estancia hospitalaria prequirúrgica y posquirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ponce de León S. *Infecciones Intrahospitalarias*. Editorial Interamericana, México 1996: 97-105.
2. Archundia GA. *Educación Quirúrgica*. Editorial Editores Méndez, México. 1992: 125.
3. Cainzos FM. *Infección en Cirugía*. Editorial Mosby-Doyma, Barcelona, España. 1994: 1-15.
4. Ponce de León R. *Manual para Hospitales de Latinoamérica. Control de Infecciones Intrahospitalarias*, México 1995: 112-118.