



1. Definición

Conjunto de cuidados de enfermería protocolizados y de calidad dirigidos a la prevención y/o detección de la infección de herida quirúrgica, garantizando la máxima seguridad para el paciente.

Infección de herida quirúrgica se define a aquella que se produce desde el procedimiento quirúrgico hasta los 30 días posteriores a la realización del mismo o hasta 1 año, si en la intervención se implantó material protésico ortopédico. La infección habitualmente se produce en el lugar de la incisión pero también puede extenderse a estructuras adyacentes más profundas.

2. Objetivos

- Planificar correctamente los cuidados que se deben administrar al paciente con herida quirúrgica.
- Disminuir la transmisión de gérmenes tanto por parte del paciente (preparación del campo y profilaxis antibiótica) como desde el personal sanitario (lavado de manos, procesado de material...)
- Conseguir una mejor recuperación del paciente para aumentar con ello su autoestima.
- Promover el bienestar del paciente.

3. Información al paciente/familia/acompañante

- El personal de enfermería informará sobre el procedimiento que se le va a realizar para disminuir su ansiedad y la de su familia.
- El personal de enfermería explicará al paciente y a la familia la importancia de una buena higiene para prevenir complicaciones de la herida quirúrgica.
- La enfermera explicará al paciente y a la familia los cuidados que requiere la herida quirúrgica.

4. Personas Necesarias

- DUE
- TCAE

5. Material Necesario

- Guantes desechables y estériles.
- Apósitos estériles de diferentes tamaños para cura seca o plana y cura en ambiente húmedo
- Batea.
- Paños estériles desechables.
- Antisépticos: clorhexidina, povidona iodada
- Empapadores.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.2) por la Comisión de Cuidados: 07/03/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 07/03/2013

Fecha de próxima revisión: 2020



- Jeringas de diversos tamaños.
- Gasas estériles.
- Instrumental quirúrgico estéril: estilete, hoja y mango por bisturí, pinzas de disección con y sin dientes, pinzas, porta, sonda acanalada y tijeras.
- Bolsa de plástico desechable para la recogida de residuos.
- Contenedor objetos punzantes.
- Suero fisiológico.
- Drenajes y sistemas colectores.
- Otros: tiras de aproximación, suturas, pomadas, esparadrapo, batas, mascarillas, gafas de protección, material para la recogida de muestras de cultivo.

6. Descripción del Procedimiento

PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO:

- El personal de enfermería comprobará que el paciente venga duchado de su casa si ingresa el mismo día de la intervención.
- El personal de enfermería comprobará o realizará la higiene corporal previo a la intervención quirúrgica, en caso de que el paciente este ingresado.
- El personal de enfermería comprobará que las uñas deberán estar recortadas y desprovistas de esmalte. En caso contrario se cortarán y se retirará el esmalte.
- El TCAE rasurará al paciente en el momento previo de la intervención. En caso de estar disponible, de elección se utilizará una maquinilla eléctrica con cabezal desechable. En el caso de utilizar rasuradora se tendrá precaución en no producir lesiones en la piel.
- En quirófano el personal de enfermería pincelarán con antiséptico la zona quirúrgica.
- La DUE administrará el tratamiento profiláctico en caso necesario, según la vía clínica.
- La DUE registrará en el soporte informático: la anamnesis, alergias y cuidados realizados al paciente antes del procedimiento quirúrgico.

MEDIDAS POSTQUIRÚRGICAS:

- La DUE se lavará las manos antes y después de tocar la herida quirúrgica.
- La DUE no levantará el apósito hasta las 24-48h, si este se encuentra limpio y no desprende mal olor.
 - Si la herida está Infeccionada la enfermera recogerá cultivo microbiológico.
- La DUE usará bata y mascarilla si precisa.
- Los paquetes de instrumental estériles será individuales para cada cura.
- La TCAE limpiará el material utilizado cuidadosamente antes de enviarlo al servicio de esterilización.
- Si la DUE usa carro de curas, no se introducirá en la habitación donde existan enfermos infecciosos.
- La DUE realizará las curas de pacientes con heridas infectadas en último lugar.
- La DUE registrará en soporte informático el procedimiento así como el aspecto de la herida.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.2) por la Comisión de Cuidados: 07/03/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 07/03/2013

Fecha de próxima revisión: 2020



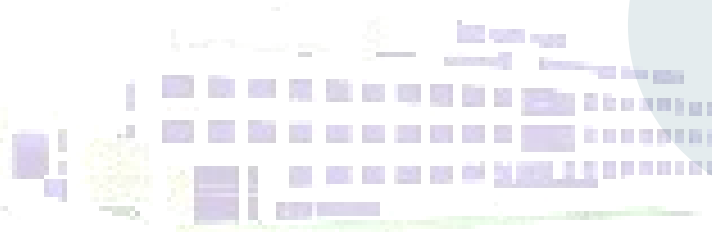
LIMPIEZA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA. SECUENCIA:

- La enfermera identificará al paciente.
- La enfermera informará sobre el procedimiento a realizar.
- El personal de enfermería le solicitará su colaboración siempre que sea posible.
- El personal de enfermería preservará la intimidad del paciente.
- El personal de enfermería colocará al paciente en la postura adecuada para realizar la cura.
- El personal de enfermería dejará descubierta, sólo, la zona en la que se va a realizar la cura.
- El personal de enfermería protegerá la cama con el empapador si fuera necesario.
- Al destapar la herida la DUE controlará:
 - Dolor y sensibilidad.
 - Tumefacción.
 - Enrojecimiento y calor.
 - Supuración.
- Antes de realizar el procedimiento la DUE identificará el tipo de herida resultante de la Intervención Quirúrgica:
 - Herida cerrada: Cura seca o plana (ANEXO I).
 - Herida abierta: Cura en Ambiente Húmedo (CAH) (ANEXO II).

7. Complicaciones

Todas ellas son potenciales:

- Hemorragia
- Hematoma
- Serosa
- Infección
- Dehiscencia
- Evisceración
- Eventración
- Queloides



8. Precauciones

- Procurar la máxima analgesia y bienestar del paciente durante la realización de la cura.
- Si existe un drenado sospechoso tomar muestra de cultivo.
- Considerar la hemorragia por rezumamiento en enfermos con trastornos de la coagulación

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.2) por la Comisión de Cuidados: 07/03/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 07/03/2013

Fecha de próxima revisión: 2020



9. Criterios Normativos

- La enfermera explicará al paciente todo lo que se le va a realizar para obtener su colaboración.
- La enfermera procurará mantener un nivel adecuado de confort y de intimidad del paciente durante el procedimiento.
- La enfermera se lavará las manos antes y después de la cura.
- La enfermera utilizará guantes y material estéril al manipular la herida quirúrgica abierta.
- La enfermera realizará en último lugar la cura de cuyos pacientes la herida esté infectada.
- La enfermera registrará en el soporte informático el aspecto que presenta la herida en el momento de la cura y los cuidados administrados.

10. Criterios Explícitos

Criterios de Evaluación	SI	NO	NO APLICABLE
¿El paciente manifiesta haber sido informado de la cura que se le va a realizar?			
¿El paciente manifiesta haberse sentido cómodo y respetada su intimidad durante el procedimiento?			
¿La DUE se ha lavado las manos antes y después de cada cura?			
¿Estaba registrado en el registro de enfermería por turno en soporte informático el aspecto de la herida y la cura realizada?			

11. Bibliografía

- TAYLOR, C. y LILLIS, C.: “Fundamentos de enfermería”. Madrid, Interamericana, McGraw-Hill, 1994.
- ROPER, N.: “Modelo de enfermería”, Madrid, Emalsa Interamericana, McGraw-Hill, 1987.
- PÉREZ DE LA PLAZA, E. Y FDEZ ESPINOSA, A.: “Auxiliar de enfermería”. Madrid, Interamericana, McGraw-Hill, 1992.
- “Diccionario terminológico de ciencias médicas”. Barcelona, Salvat, 1984.
- BENAVIDES BULEJE, J. A. y Gª BORDA, F. J.: “Manual práctico de urgencias quirúrgicas”. Madrid, Hospital Universitario 12 de Octubre, 1998.
- GARRIDO BLAS, R. y JIMÉNEZ BALDA, G.: “Importancia del lavado de manos en la

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.2) por la Comisión de Cuidados: 07/03/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 07/03/2013

Fecha de próxima revisión: 2020



- infección hospitalaria”, revista ROL de enfermería, agosto 1986.
- LUCIO, M. J. y RAMÍREZ, M.: “Salud, higiene y epidemiología”. Madrid, Interamericana, McGraw-Hill, 1994.
 - BEARE-MYERS: “Enfermería médico quirúrgica”. Paradigma, 1995.
 - “Actualización de enfermería en atención especializada”. Olalla, 1996.
 - “Guideline for prevention of SSI”(Internet).

12. Bibliografía Revisión v. 0.1

- Taylor, C y Lillis, C: “Fundamentos de enfermería”. Madrid, Interamericana. MCGRAW. Hill. 1994
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. www.mpsp.org/mpsp/Documentos/inf-nosoc/heridaq.htm
- Comisión de Infecciones Hospitalarias. Profilaxis y política Antibiótica. H. Son Dureta.
- Actualizaciones de Enfermería en atención especializada” Olalla. 1996.

13. Bibliografía Revisión v. 0.2

- Adjunctive measures for prevention of surgical site infection in adults. UpToDate. http://www.uptodate.com/contents/adjunctive-measures-for-prevention-of-surgical-siteinfection-inadults?source=search_result&search=prevenci%C3%B3n+de+la+infecci%C3%B3n+quir%C3%B3rgica&selectedTitle=2%7E150
- Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico. Ministerio de Sanidad España. (Disponible en O:\Comisiones\Comision De Cuidados\PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA FHC\Protocolos-Anexos y Otros (COMISION DE CUIDADOS). ANEXO 018)

14. Bibliografía Revisión v.0.3

- Soldevilla-Agreda JJ, Blasco-García MC, García-González RF, Gago-Fornells, López-Casanova P, Segovia-Gómez T, Bermejo-Martínez M. Preparación del lecho de la herida: limpieza y desbridamiento. En: García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Torra Bou JE (eds). Atención Integral de las Heridas Crónicas-2ª edición. Logroño: GNEAUPP-FSJJ.2016: págs.447-460
- Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, Martínez-Cuervo F. Manejo de la carga bacteriana. En: García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Torra Bou JE (eds). Atención Integral de las Heridas Crónicas-2ª edición. Logroño: GNEAUPP-FSJJ.2016: págs.461-475
- García-González RF, Gago-Fornells M. Cuidados de la piel perilesional. En: García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Torra Bou JE (eds). Atención Integral de las Heridas Crónicas-2ª edición. Logroño: GNEAUPP-FSJJ.2016: págs.487-502
- Blasco-García MC, Cuñarro-Alonso JM, Rueda-López J, Segovia-Gómez T, Delgado-Fernández R. Materiales y productos para la cicatrización de las heridas crónicas. En: García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Torra Bou JE (eds). Atención Integral de las Heridas Crónicas-2ª edición. Logroño: GNEAUPP-FSJJ.2016: págs.503-530

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.2) por la Comisión de Cuidados: 07/03/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 07/03/2013

Fecha de próxima revisión: 2020



- Tizón-Bouza, E.(1), Pazos-Platas, S.(2), Álvarez-Díaz, M.(3), Marcos Espino M.P.(4), Quintela-Varela, M.E. Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME.Recomendaciones basadas en la evidencia. En Enfermería Dermatológica N° 20, septiembre – diciembre 2013.

15. Autores

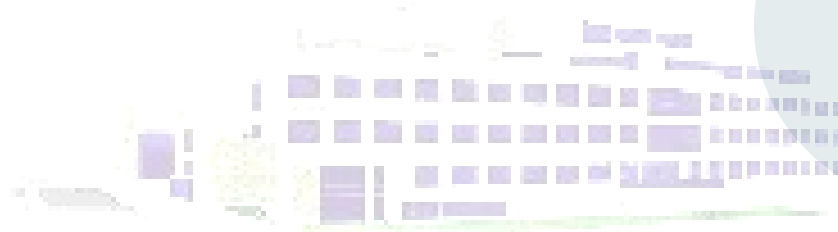
Tatiana Monge, Begoña Martínez e Iciar Hernández.

16. Autores Revisión v0.2

Miembros de la Comisión de Cuidados de la FHC 2014.

17. Autores Revisión v0.3

Miembros de la Comisión de Cuidados de la FHC 2017.



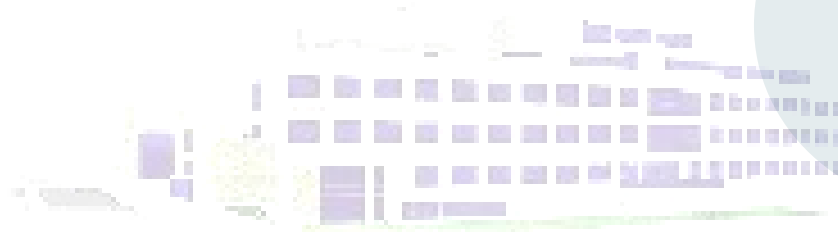
Versión 0.3
Fecha de Revisión (v. 0.2) por la Comisión de Cuidados: 07/03/2017
Fecha de Implantación (v.0.1): 07/03/2013
Fecha de próxima revisión: 2020



ANEXO I

Cura seca o plana:

- Se realizará lavado de manos.
- Se preparará el equipo de curas.
- Se colocará guantes no estériles.
- Se levantará el apósito de la herida (si es necesario se facilitará con suero fisiológico).
- Se revisará y se realiza la valoración de la herida.
- Se desinfectará con antiséptico adecuado a cada paciente (povidona yodada, clorhexidina).
- Se limpiarán los drenajes en movimientos circulares, de dentro a fuera. Vaciar y cuantificar.
- Se colocará el apósito.
- Se quitará los guantes de adentro hacia fuera.
- Se recogerán los residuos en la bolsa para ello.
- Se realizará lavado higiénico de manos.
- Si hubiera más de una herida iniciar por la más limpia.
- Se acomodará al paciente tras los cuidados enfermería y colocarlo en la posición adecuada.
- Se respetará la intimidad del paciente y se guardará la confidencialidad.
- Se anotará en el soporte informático lo realizado, haciendo constar estado de la herida.





ANEXO II

Cura en Ambiente Húmedo (CAH):

- Se realizará lavado de manos
 - Se colocará guantes
 - Se preparará el equipo de curas.
 - Se prepararan los apósitos estériles.
 - Se levantará el apósito de la herida..
 - Se revisará y evaluara el estado de la herida.
 - Se realizará la limpieza y desbridamiento de la herida
- La limpieza y el desbridamiento minimizan la contaminación y mejoran la curación ya que eliminan los niveles altos de bacterias en heridas que contienen tejidos necróticos.
 - Utilizar suero fisiológico como producto de elección para la limpieza. La utilización de otros limpiadores cutáneos puede ser contraproducente. Diversos estudios han demostrado que la mayoría de limpiadores de heridas se han de diluir para mantener la viabilidad celular y la función fagocitaria de los leucocitos. No limpiar la herida con antisépticos cutáneos ya que son citotóxicos para el tejido sano.
 - Ejercer una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de los detritos, bacterias y restos de curas anteriores pero, sin capacidad para producir traumatismos en el tejido sano.
 - La limpieza con gasa por arrastre o presión (técnica de swabbing) sobre el lecho de la herida redistribuye las bacterias y puede causar lesiones en el nuevo tejido de granulación y de epitelización, así como dejar fibras en el lecho de la herida.
 - No se utilizarán en las heridas antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada...) todos son productos de reconocida toxicidad y agresividad con los granulocitos, monocitos, fibroblastos y el tejido de granulación y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo
 - Se limpiarán los drenajes en movimientos circulares, de dentro a fuera. Vaciar y cuantificar.
 - Elegir un método de desbridamiento adecuado a la condición de lesión, condición individual y los objetivos de la atención.
- Se realizará un control de la inflamación y la infección
- Ante signos de infección local intensifique la limpieza y el desbridamiento.
 - Deberán realizarse cultivos bacterianos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular, evitando, ser posible, la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar sólo contaminantes de superficie y, no en todo los casos, el microorganismo responsable de la infección.
 - Recoger cultivos mediante frotis de manera correcta
 - Los antibióticos sistémicos no son necesarios en las lesiones con signos clínicos únicamente de infección local.
 - Se recomienda el uso de antibióticos sistémicos cuando existe diseminación de la infección (celulitis, sepsis, etc.).
 - La prevención de la infección mediante uso de antibióticos sistémicos con carácter profiláctico no parece una medida recomendada. Existen buenas evidencias de que su uso no tiene una utilidad manifiesta, al menos, usados de manera sistemática.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.2) por la Comisión de Cuidados: 07/03/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 07/03/2013

Fecha de próxima revisión: 2020



- Se aconseja no usar antibióticos tópicos para reducir el nivel de bacterias. Con el uso de antibióticos tópicos hay riesgo de producir resistencias y sensibilizaciones.
- Usar apósitos con plata o cadexómeros iodados como opción a la utilización de antibióticos locales.
- Se realizará un control del exudado
 - Elegir el apósito más adecuado compatible con los principios de la atención de la herida, las necesidades del paciente, el estado de la úlcera individuales, el costo/disponibilidad y la capacidad de los cuidadores.
 - No hay diferencias en la efectividad clínica (cicatrización) entre productos de tratamiento para la cura en ambiente húmedo, por tanto para su selección considere otros elementos como: el tipo de tejido, el exudado, la localización, la piel perilesional y el tiempo del cuidador.
 - Utilice apósitos que gestionen adecuadamente el exudado, principalmente de absorción vertical, ajustando la frecuencia de las curas, en función de las características del lecho de la herida y de la piel perilesional.
 - Evite el uso de gasa como principal tratamiento. Se retrasa la curación, el dolor y las tasas de infección aumentan, y la frecuencia de cambio de apósito, y no es rentable.
- Se realizará la estimulación de los bordes de la herida
 - El borde de la herida debe encontrarse en condiciones óptimas para la cicatrización.
 - Mantener bordes de la herida limpios y secos.
 - Elija un apósito que mantenga la cura en ambiente húmedo.
 - Aplique un producto barrera (pomada o película) para mantener la piel perilesional sana evitando la maceración.
 - Secar sólo la zona perilesional para no lesionar la zona de granulación y dejar húmedo el lecho de la úlcera,
 - Si apreciamos una dermatitis en la piel de alrededor deberemos pautar un corticoide tópico.
 - Seleccionar y aplicar vendaje apropiado para proteger la lesión y la piel circundante de la fricción, cizallamiento, presión y trauma físico o químico y de gestionar el exudado y evitar que se seque la úlcera, herida o maceración.
- Se quitarán los guantes de dentro hacia fuera.
- Se recogerán los residuos en la bolsa para ello y el instrumental para proceder a su limpieza
- Se realizará lavado higiénico de las manos.
- Si hubiera más de una herida en el paciente, comenzar por la herida más limpia.
- Se acomodará al paciente.
- Se anotará en el soporte informático la técnica realizada, haciendo constar estado de la herida, si existe drenaje, cantidad y aspecto del mismo, y productos de cura utilizados
- Se revisará el estado del apósito en cada turno.
- Se limpiará las bateas y el material de curas y se mandará a esterilización según procedimiento de limpieza y el procedimiento de esterilización.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.2) por la Comisión de Cuidados: 07/03/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 07/03/2013

Fecha de próxima revisión: 2020