PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE HERIDA OPERATORIA (IHO)

Dra. Fernanda Cofre – Dra. Marcela Zúñiga - EU Paulina Cifuentes - EU Ana María Rojas
Programa de Prevención y Control de IAAS

OBJETIVO

Después de esta presentación usted debe saber las medidas de prevención y control de infección originadas en el sitio quirúrgico

INTRODUCCIÓN

- La infección es la **complicación más frecuente** del sitio operatorio.
- Es multifactorial
  - Capacidad del huésped para defenderse
  - Cantidad y tipo de microorganismos
  - Condiciones de la herida al final de la intervención
- Microbiología: contaminación puede ser por flora endógena o exógena
  - Herida limpia: cocos gram (+)
  - Heridas sucias: Bacilos gram (-).

INTRODUCCIÓN

- Las IHO son la 4ta infección más frecuente en Chile.

- Los indicadores de infecciones de herida operatoria son en pacientes adultos sometidos a cirugías específicas (hernias inguinales, cesáreas, colecistectomía por laparotomía, etc)

- Aunque no es un indicador obligatorio en pediatría, en Hospital Roberto del Río se vigilan las cirugías más complejas y de mayor impacto en caso de infección, **como Cardiocirugía y Artrodesis posterior.**

DEFINICIÓN

- IHO: Multiplicación en el tejido expuesto por la cirugía de microorganismos que la mayoría de las veces viven en la piel como comensales

- **Vigilancia epidemiológica**: Salida de pus por herida quirúrgica o presencia de pus en cavidades expuestas por la cirugía

A. CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS SEGÚN GRADO DE CONTAMINACIÓN

Herida limpia

- Incisión atraviesa piel sana
- No se abrieron los tractos genitourinario, digestivo o respiratorio

Ejemplos:

Hernia inguinal electiva
Cierre de D.A.P.
Operaciones en músculos o tendones
Denudación venosa
Drenaje pleural en neumotórax no penetrante
Reflujo vésico-ureteral

A. CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS SEGÚN GRADO DE CONTAMINACIÓN

Herida limpia-contaminada

- Se entró al tracto digestivo, genitourinario o respiratorio sin derrame significativo de contenido
- En ausencia de inflamación aguda
- o de orina o bilis infectada

Ejemplos:

Colecistectomía en colelitiasis
Salpingoligadura
Reflujo vésico ureteral –intra vesical
Resección de colon con preparación
Lobectomía en M.A.Q. sin infección

A. CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS SEGÚN GRADO DE CONTAMINACIÓN

Herida contaminada

- Heridas traumáticas o quirúrgicas en la cual ha habido una transgresión de la técnica
- Gran contaminación a partir del tubo digestivo
- Ingres en las vías genitourinarias o biliares en presencia de orina o bilis infectadas
- Incluye incisiones con inflamación aguda no purulenta

Ejemplos:

- Herida por arma blanca
- Colectomía sin preparación
- Diverticulectomía
- Ureterostomía
- Colecistectomía en colecistitis aguda
- Empiema pleural en fase exudativa

A. CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS SEGÚN GRADO DE CONTAMINACIÓN

Herida sucia

- Herida traumática sucia o con tratamiento retardado, contaminación fecal, cuerpos extraños, vísceras desvitalizadas o liquido purulento visible de cualquier origen

Ejemplo:

Osteomielitis

Peritonitis con perforación de colon

Colangitis

Penetrante a cavidades:

cuchillo, palo ,clavos

B. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERTAORIA (MINSAL)

Se actualizan periódicamente en Manual de Vigilancia de IAAS

División de Gestión de Redes Asistenciales
Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención
Programa Nacional de Control de Infecciones (PNCI)

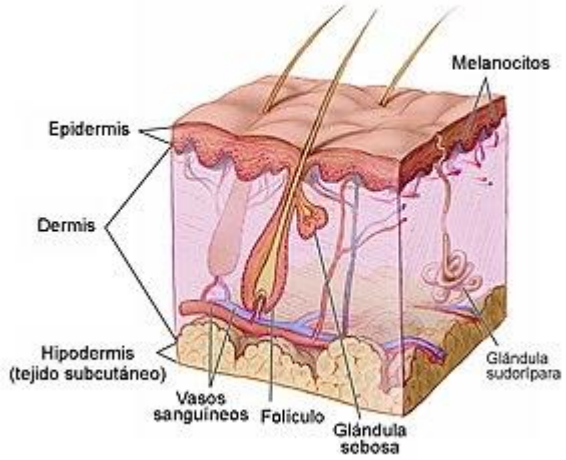
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD - IAAS

Segunda Versión

Año 2023

C. CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN

Según la estructura anatómica afectada, la infección puede ser:



- **Incisional superficial**: cuando compromete piel o tejido subcutáneo.
- **Incisional profundo**: cuando compromete tejidos blandos.
- **De órgano o espacio**: cuando compromete tejidos anatómicos distintos a la incisión y que fueron abiertos o manipulados durante la intervención.

D. FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA

Del huésped

- Edad avanzada
- Obesidad
- Colonización nasal con *Staphylococcus aureus*
- Infecciones a distancia
- Índice ASA mayor a 2.

Del ambiente

- Contaminación del aire en el Pabellón
- Fallas en el proceso de esterilización
- Circulación y número excesivo de personas en pabellón (más de 8).

De la atención

- Estadía pre operatoria prolongada
- Rasurado
- Fallas en la asepsia quirúrgica
- Duración de la intervención,
- Personal colonizado con *Staphylococcus aureus*

MEDIDAS DE PREVENCIÓN IHO

1. Pre-operatorias con los pacientes
2. Pre-operatorias con el equipo quirúrgico
3. Intra operatorias
4. Post operatorias con los pacientes
5. Ambiente del quirófano

1 Pre-operatorias con los pacientes

Estadía pre operatoria breve.

Tratamiento de la obesidad.

Erradicar los focos infecciosos distales.

Baño previo a la intervención.

Lavar el cabello durante el baño (2 en neurocx)

Realizar colutorio orofaríngeo con Clorhexidina 0,12% durante 30 segundos

de sitio quirúrgico= Indicado por cx. Remoción de vello y antisépticos= Cx. El aseo de la piel =

1 Pre-operatorias con los pacientes

No rasurar. Uso tijeras o máquina eléctrica (Clipper)

Campo quirúrgico: Lavar con agua y jabón con antiséptico (jabón yodado o clorhexidina) y luego aplicar un antiséptico (Povidona yodada 10% o clorhexidina 2%).

En caso de alergia a Clorhexidina: Povidona yodada o viceversa.

Las excepciones son en intervenciones:

- Oftalmológicas: sólo aplicar antiséptico
- Quemados: Sólo lavar con suero fisiológico
- ORL: Sólo aplicar antiséptico

La Preparación del campo quirúrgico se debe hacer máximo 30 minutos antes del inicio de la intervención,

2

Pre-operatorias del equipo quirúrgico

- Utilizar tenida de circulación (Pantalón y blusa).
- Utilizar gorro y mascarilla quirúrgica.
- Utilizar pechera impermeable si va estar expuesto a salpicaduras de sangre u otro fluido corporal.
- Llevar uñas cortas, sin esmalte y no artificiales.
- No permitir actividad quirúrgica al personal con lesiones cutáneas o piel no indemne.
- Lavado quirúrgico de manos y antebrazos durante 2-3 minutos con jabón yodado o con clorhexidina. Sin escobilla.
- Limpiar las uñas antes de realizar el primer lavado

3 Intra operatorias

Aplicar técnica aséptica en todos los procedimientos

Lavado quirúrgico de manos.

Gorro y mascarilla.

Ropa, guantes y material estéril.

Evitar contaminación del campo quirúrgico

Verificar esterilización del material

Todo material de implante requiere tener los resultados de los controles biológicos

Preparar la mesa de instrumental antes del inicio de la cirugía

Ventilación de aire filtrado, 15 a 25 recambios por hora y el 100% del aire inyectado debe ser aire fresco.

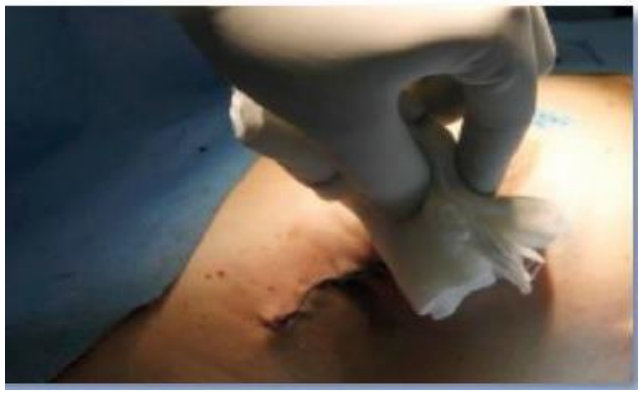
Mantener presión positiva en el quirófano

3 Intra operatorias

- Mantener las puertas cerradas.
- Limitar al mínimo el número de personas al interior del quirófano (máx 8).
- Manipular los tejidos con delicadeza.
- Realizar una correcta hemostasia.
- Minimizar los tejidos desvitalizados y cuerpos extraños.
- Uso apropiado de drenajes, suturas y electro bisturí.
- Prevenir hipotermia.
- Evitar espacios muertos.
- Sacar los drenajes por contra abertura y conectarlos a un circuito cerrado.
- Cierre de heridas contaminadas o sucias por segunda intención.
- Acortar los tiempos de la quirúrgicos.

4

Post operatorias con los pacientes



Proteger las heridas cerradas de forma primaria, con un apósito estéril que se mantendrá durante 24 - 48 horas

Utilizar técnica estéril durante la curación de una herida.

Realizar lavado de manos antes y después de retirar el apósito

Mantener los drenajes conectados a circuito cerrado estéril

5

Ambiente del quirófano

Realizar aseo de piso, muros y superficies después de cada intervención.

Realizar aseo terminal al final de la jornada.

Respetar las normas de manejo y eliminación de residuos.

Cumplir programa de mantención del sistema de climatización.

IDEAS CENTRALES

- La infección de herida operatoria es una complicación frecuente post cirugías.
- Existen distintas medidas que podemos tomar para evitarlas, tanto pre cirugía como intra y post cirugía.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE HERIDA OPERATORIA (IHO)

Dra. Marcela Zúñiga C- Dra Fernanda Cofré
Programa de Prevención y Control de IAAS