



Clasificación de la Herida Quirúrgica Infectada

A. GALARZA I., ENF. LIC.

Palabras clave: Infección, Sitio quirúrgico, Infección "incisional", Infección órgano / espacio.

En la infección quirúrgica intervienen aspectos relacionados con el agente, el huésped y el ambiente.

El clasificar la herida quirúrgica infectada permite a la institución de salud conocer la magnitud del problema infeccioso, e involucrar todos los aspectos de prevención y control con el propósito de disminuir el riesgo de adquirir una infección.

INTRODUCCION

A pesar de los avances alcanzados en la técnica quirúrgica, el conocimiento de la patogénesis de la infección de la herida y el uso de antibióticos profilácticos, la infección quirúrgica constituye una causa importante de la morbimortalidad de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos (1), aumento de la estancia hospitalaria y de los costos de atención.

La infección intrahospitalaria o nosocomial se manifiesta después de 72 horas de hospitalización y está relacionada con un procedimiento hospitalario o intervención quirúrgica, pero no está presente ni siquiera en período de incubación al momento del ingreso (2).

En la patogenia de la infección intrahospitalaria se encuentran involucrados el agente infeccioso, el huésped susceptible y el ambiente, los cuales interactúan con la calidad del cuidado brindado y el tipo y características de los procedimientos que se realizan en el paciente.

El cumplimiento de normas, protocolos, guías de atención relacionados con la técnica aséptica, el comportamiento quirúrgico, los procesos de limpieza, desinfección y esteriliza-

ción al realizar los procedimientos, son elementos básicos para reducir el riesgo de infección en el paciente quirúrgico.

DEFINICIONES

Clínicamente una herida se considera infectada cuando hay presencia de pus en el sitio de la incisión; la secreción purulenta puede estar asociada a calor local, eritema, edema, dehiscencia de sutura o absceso en formación.

Cuando se tiene un programa de vigilancia y control de la herida quirúrgica es necesario emplear para su desarrollo una serie de definiciones (3), con el propósito de usar siempre los mismos criterios. Fue así como en 1992 un grupo de expertos compuesto por miembros de la Sociedad de Epidemiología de los hospitales de América, la Sociedad de Infección Quirúrgica y el Centro para Control de Infecciones (CDC), modificaron la definición del término infección de la herida quirúrgica por el de infección del **sitio quirúrgico**. Este cambio se produjo porque la definición clínica de infección de la herida no especificaba la localización anatómica cuando se trataba de una infección en el plano profundo, pues el término herida se refería sólo a la incisión de la piel sin incluir el tejido profundo. Se definió el nuevo término como **órgano/espacio**, para identificar alguna parte de la anatomía abierta o manipulada durante el procedimiento operatorio (4). La infección se considera intrahospitalaria cuando ocurre hasta 30 días después de la intervención quirúrgica o hasta 1 año, si se ha colocado implante.

Para los propósitos del seguimiento de los pacientes en el programa de vigilancia de heridas, éstas se continúan clasificando según el riesgo de contaminación en limpia, limpia contaminada, contaminada, y sucia (5). La nueva clasificación de herida quirúrgica infectada sólo se utiliza cuando se hace el diagnóstico de infección en el sitio quirúrgico (herida); aquella se divide en "incisional" y de órgano/espacio. La infección "incisional" incluye la superficial y la profunda.

Lic. **Amanda Galarza I.**, Enfermera de la Universidad del Valle, Miembro del Comité de Enfermería Quirúrgica de la SCC; Coordinadora del Programa de Control de la Infección Intrahospitalaria del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., Cali, Colombia.

Infección “incisional” superficial

Se refiere a la infección que compromete la piel y el tejido celular subcutáneo. Por lo menos uno de los siguientes criterios está presente (Tabla 1):

1. Drenaje purulento por la incisión o por encima de la fascia.
2. Presencia de signos o síntomas de infección como dolor, edema, calor local, enrojecimiento, cuando deliberadamente se retiran puntos de la sutura, aunque el cultivo sea negativo.
3. Aislamiento del germen mediante el cultivo.
4. Diagnóstico de infección.

No se consideran como infección "incisional" superficial

1. Inflamación mínima de los puntos de sutura.
2. Infección de la episiotomía o de la circuncisión, por considerarse como procedimientos solamente.
3. Quemadura infectada.

Infección “incisional” profunda

Es la infección que compromete fascia y músculo (Tabla 1).

Por lo menos los siguientes criterios deben estar presentes:

1. Drenaje purulento proveniente de la parte profunda.
2. Dehiscencia espontánea de la sutura o retiro de los puntos de la sutura por criterio clínico ante la presencia de signos inflamatorios, como temperatura mayor a 38°C, dolor o hipersensibilidad localizada, aunque el cultivo sea negativo.
3. Presencia de un absceso o evidencia de infección que involucre la parte profunda, diagnosticada durante un examen, reintervención o un estudio radiológico.
4. Diagnóstico de infección.

Infección órgano/espacio

Esta infección involucra alguna parte de la anatomía diferente de la incisión quirúrgica, que ha sido abierta o manipulada durante la cirugía (Tabla 1)

Por lo menos uno de los siguientes criterios, debe estar presente:

Presencia de absceso o evidencia de infección que involucre un órgano o espacio durante una reintervención o un estudio radiológico.

Aislamiento de un germen mediante cultivo.

Diagnóstico de infección.

Drenaje purulento a través de un dren colocado dentro de un órgano o espacio. Si la infección ocurre alrededor del dren se clasifica en "incisional" superficial o profunda (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de la herida quirúrgica infectada.

<i>Estructura anatómica</i>	<i>Tipo de infección</i>
Piel	Infección
Tejido celular subcutáneo	“Incisional” Superficial
Fascia y músculo	Infección “Incisional” Profunda
Órgano/Espacio	Órgano/Espacio

Ocasionalmente, si la infección de un órgano o espacio dreña a través de la incisión y no requiere reintervención quirúrgica, se considera una complicación de la incisión y se clasifica como infección "incisional" profunda.

El clasificar la herida quirúrgica infectada, ayuda a cada institución a conocer la magnitud del problema, pues permite saber del total de cirugías infectadas qué porcentaje de infecciones mejoran sólo con tratamiento médico, así como las que requieren que el paciente sea sometido a procedimientos invasores adicionales como reintervenciones y drenajes para el control de la infección.

Esta clasificación permite aportar datos más completos al programa de vigilancia de las heridas, pues además de conocer la tasa de infección de la herida (sitio) quirúrgica según el grado de contaminación, permite observar si las infecciones que se presentaron fueron superficiales, profundas o de órgano o espacio. El contar con un programa de vigilancia de las heridas, permite conocer aspectos que facilitan la intervención de todo el equipo de salud en los aspectos relacionados con la educación, prevención y disminución del riesgo de adquirir la infección y se convierten en un programa de garantía de calidad en la atención de los pacientes.

ABSTRACT

Surgical Infections depend on the relationship between infectious agents, host and environment. By classifying the different kinds of infected surgical wounds, hospitals and clinics may get to know the magnitude of the infectious problem and bring together all preventive and control measures in order to reduce risk of infection.

REFERENCIAS

1. Wong ES: Surgical site infection in Hospital Epidemiology and Infection Control. C. Glen MayHall. Edit William & Wilkins; 1996. p. 154-71
2. Ponce de León S: Manual de Control de Infecciones Nosocomiales para hospitales generales y de especialidad. Dirección General de Epidemiología. México; 1989. p. 7-10
3. Nichols RL: Surgical wound Infection. Am J Med 1991; 91 (3B) 55S
4. Horan TC, Gaynes RP, et al: CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Am J Infect Control 1992 oct; p. 271-4
5. Altemeier Wa, Burke JF, Pruitt BA, Sandusky WR: Manual control of infections in surgical patients. 2TM ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1984; 20-4.

Correspondencia:

Lic. Amanda Galarza I., Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., Cali, Colombia.

Moción de duelo

La Sociedad Colombiana de Cirugía lamenta el fallecimiento de los doctores Juan Antonio Pepin y Guillermo Rueda Montaña, distinguidos cirujanos, socio activo de esta Sociedad el primero, a la que estuvo siempre vinculado a través de sus aportes científicos y de su presencia física en todos los certámenes realizados por ella, y el segundo de los nombrados pronunció la "Oración, Maestros de la Cirugía Colombiana" durante el Congreso de la Sociedad en 1979.

A sus méritos profesionales agregaron el valor y la fuerza espiritual con que sobrellevaron los quebrantos de salud soportados con estoicismo en la última etapa de sus vidas.

Al presentar nuestras condolencias a todos sus familiares y amigos, hacemos votos por el eterno y merecido descanso de sus almas.