



GOBIERNO DE CHILE  
HOSPITAL DEL SALVADOR

**OFICINA DE CALIDAD  
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**NORMA  
PREVENCIÓN INFECCIONES  
SITIO OPERATORIO  
AÑO 2008**

## INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINA</b>
Capitulo I Introducción.....	2
Capitulo II Objetivo de la norma.....	2
Capitulo III Equipo de Salud que debe cumplir normativa.....	2
Capitulo IV Definición de Conceptos.....	3
Capitulo V Riesgo de Infección Sitio Operatorio.....	3
Capitulo V Riesgo de Infección Sitio Quirúrgico.....	3
Capitulo VI Microbiología.....	5
Capitulo VII Contaminantes Infección Sitio Quirúrgico.....	6
Capitulo VIII Medidas de Prevención de Infecciones Sitio Operatorio.....	7
Capitulo IX Referencias Bibliográficas.....	12
Capitulo X Responsable de evaluar la normativa.....	12
Capitulo XI Grupo de Trabajo.....	13
Capitulo XII Fechas relacionadas.....	13

## ACTUALIZACIÓN NORMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO.

### I. INTRODUCCIÓN:

La incidencia de infecciones intra hospitalarias que muestran los establecimientos de salud, es uno de los indicadores de la calidad de la atención médica más real y conocida, por lo que existe una preocupación importante a nivel clínico y administrativo de coordinar esfuerzos para minimizar los riesgos que tienen los paciente de sufrir algún tipo de infección. La Infección de Herida Operatoria sigue siendo la más frecuente en Chile, siendo sus asociados principales lo *Estafilococo aureus* y *coagulasa (-)*, ambos gérmenes de reservorio humano, hecho de alta connotación, ya que nos debe hacer meditar sobre la estricta relación de estas infecciones con fallas de la atención clínica como su principal factor de riesgo, por lo que cobra mayor y estricta vigencia todas las recomendaciones y medidas comprobadamente efectivas en control de infecciones de la herida operatoria como hospitalizaciones breves, tratar focos distantes, control de obesidad, entre otras, y respeto estricto de las Normas de Pabellón como área crítica.

Las infecciones de la herida operatoria pueden producir complicaciones locales como celulitis, abscesos, necrosis séptica y tromboflebitis séptica, y dependiendo de la localización, órganos o cavidades relacionadas con la cirugía, peritonitis, abscesos intraabdominales, empiemas, por lo que se ha incluido en la vigilancia de la herida operatoria la infección del Sitio Operatorio “ ISO “.

Las infecciones que comprometen órganos internos, corresponden sólo a un tercio de las infecciones operatorias, pero se asocian a más del 90% de la mortalidad a consecuencia de estas infecciones, afectando el costo de la hospitalización por concepto de prolongación de la estadía, uso de antibióticos, curaciones, aislamientos, y otros costos difíciles de evaluar asociados a ausentismo laboral, pérdida de producción y subsidios.

### II. OBJETIVO:

Prevenir las infecciones de Sitio Operatorio, a fin de garantizar la seguridad clínica y una atención de mejoría continua de la calidad al usuario de establecimiento.

### III. DIRIGIDO A:

Profesionales: Médicos, Enfermeras, Odontólogos  
Alumnos Internos: Medicina, Enfermería  
Técnicos paramédicos, Auxiliares de Servicio.

#### IV. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

**INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO:** La infección es el resultado de las interacciones dinámicas que ocurren entre un huésped, un patógeno y el entorno. Se produce cuando los microorganismos consiguen superar con éxito las estrategias de defensa del huésped y su resultado son un conjunto de cambios nocivos para el huésped.

Epidemiológicamente la ISO Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

“Presencia de pus en el sitio de la incisión quirúrgica, incluido el sitio de salida de drenaje por contrabertura, con o sin cultivos positivos, dentro de los primeros 30 días post intervención quirúrgica, o existe diagnóstico clínico por el médico tratante registrado en la historia clínica del paciente”

#### V. RIESGOS DE INFECCIÓN SITIO OPERATORIO

El riesgo está determinado por tres factores principales al momento de la incisión quirúrgica:

- Cantidad de microorganismos que estén contaminando el sitio de la incisión
- Las condiciones de la herida al final de la intervención.
- La susceptibilidad del huésped es decir la capacidad intrínseca de defenderse de la contaminación.

##### A. Grado De Contaminación Del Sitio Operatorio

El grado de contaminación es establecido por el cirujano:

- **Herida Limpia:**

Herida quirúrgica no infectada en la que no se encuentra inflamación y en la que no se penetra el tracto respiratorio, digestivo, genital o urinario. Las heridas limpias se cierran primariamente, y si es necesario, se drenan con sistemas de drenajes cerrados. Las heridas incisionales que ocurren en el trauma no penetrante se deben incluir en esta categoría si cumplen con estos criterios.

Ejemplos:

- Hernia inguinal electiva
- Extirpación del cristalino.
- Extirpación de várices
- Operaciones en músculos o tendones.
- Tiroidectomía.
- Laparotomía exploradora sin apertura de órganos.

- **Herida Limpia Contaminada:**

Herida quirúrgica en la cual se penetra el tracto respiratorio, digestivo, genital o urinario bajo condiciones controladas y sin contaminación inusual. Específicamente, operaciones que comprometen el tracto biliar, el apéndice, la vagina y la oro faringe, se incluyen en esta categoría, teniendo en cuenta que no haya evidencia de infección o mayor rotura de la técnica quirúrgica.

Ejemplos:

- Colectomía.
- Resección de colon con preparación ( sin infección o derrame significativo)
- Prostatectomía transvesical.
- Gastrectomía.
- Laringectomía.
- Nefrectomía.
- Disección de Cuello con apertura de faringe o tráquea.

- **Herida Contaminada:**

Heridas abiertas, frescas y accidentales reciente, de una fuente relativamente limpia. Incluye heridas quirúrgicas en que ha habido una trasgresión mayor de la técnica, derrame importante de contenido gastrointestinal o entrada al tracto genitourinario o biliar en presencia de orina o bilis infectada. Aquellas heridas en las cuales se encuentran signos de inflamación aguda no purulenta, se deben incluir en esta categoría.

Ejemplo:

- Colectomía en colecistitis aguda.

- **Herida Sucia:**

Heridas traumáticas de una fuente sucia, con tratamiento tardío, contaminación fecal, cuerpos extraños o tejido desvitalizado retenido. También se incluyen las heridas en que se encuentra inflamación bacteriana aguda o víscera perforada y aquellas en que se secciona tejido limpio para acceder a una colección de pus. Esta definición sugiere que los organismos causantes de la infección postoperatoria estaban presentes en el campo operatorio antes de la cirugía.

Ejemplo:

- Laparotomía en peritonitis.
- Fracturas expuestas.

## **B. Duración De La Cirugía**

En este riesgo se toma en cuenta el punto de corte para la duración de los procedimientos quirúrgicos que es el valor T publicado por la NNIS. Este punto representa el percentil 75 de duración redondeado a la hora cercana para cada procedimiento quirúrgico. Es recomendable la actualización frecuente de este punto T. La duración mayor a este punto T de corte agrega un punto índice de riesgo de infección.

## **C. Clasificación De La Sociedad Americana De Anestesiología**

El riesgo es establecido por el anestesista según el estado físico general del paciente y es reconocido como un riesgo intrínseco de infección:

- Paciente saludable
- Paciente con enfermedad sistémica leve.
- Paciente con enfermedad sistémica grave que no lo inhabilita
- Paciente con enfermedad sistémica grave que lo inhabilita
- Paciente con pronóstico de muerte en las próximas 24 horas sea o no sometido al acto quirúrgico.

La asignación del paciente a la clase 3,4 o 5 de ASA agrega un punto al índice de riesgo de infección.

De esta clasificación se deduce que los factores de riesgo que pueden estar presentes en una ISQ dependen del huésped (atribuibles al propio paciente), de la atención clínica (atribuibles a la atención clínica) y del ambiente (atribuibles al entorno físico).

### **Del huésped:**

Los pacientes con mayor riesgo de desarrollar infecciones del sitio quirúrgico son aquellos cuyas respuestas inmunitarias distan de ser óptimas.

- Desequilibrios dietéticos, como obesidad o desnutrición.
- Diabetes mellitus mal controlada influye desfavorablemente tanto en el desarrollo de infecciones como en la cicatrización de las heridas.
- Presencia de focos dístales: dentales, piel, etc.
- Hábitos y forma de vida, deterioran la inmunología del paciente sobre todo el estrés, alcoholismo, drogadicción, el tabaco y la falta de sueño y ejercicio.

### **Del ambiente:**

- Ambiente no controlado; ausencia de Normas de Circulación en Pabellón.
- Ausencia de sistema filtración de aire.
- Antisépticos y desinfectantes contaminados.
- Material no estéril.

### **De la Atención Clínica:**

#### **Preoperatorio:**

- Estadía preoperatoria prolongada.
- Rasurado de la piel.
- Preparación de la piel más de 30 minutos antes de la intervención.

#### **Intraoperatorio:**

- Técnica quirúrgica traumática.
- Hemostasia deficiente.
- Quiebres en la técnica aséptica.
- Cuerpo extraño intraabdominal.
- Tiempo quirúrgico prolongado.

#### **Postoperatorio:**

- Manipulación de la herida

## **VI. MICROBIOLOGÍA:**

En cuanto a la microbiología del sitio operatorio, se debe recordar la flora normal de la piel, oro faringe, genitales y colon, ya que el cuerpo humano no es estéril, por lo que la mayoría de las infecciones quirúrgicas son producidas por la flora bacteriana del paciente.

Se calcula que el número total de células microbianas presentes en el ser humano es al menos diez veces superior al de las propias células humanas. Se ha demostrado que cuando el sitio operatorio se encuentra contaminado con más de  $10^5$  microorganismos por gramo de tejido, el riesgo de ISO se incrementa significativamente y la cantidad de gérmenes requeridos para producir infección es mucho menor cuando se encuentran materiales extraños en el sitio operatorio.

En las operaciones limpias, la microbiología de la herida es de gérmenes Gram. (+) siendo el *Staphylococcus aureus* el agente principal.

En las cirugías próximas al periné, hay mayor probabilidad de microorganismos Gram. (-) por los cambios en la colonización de la piel en esta zona. Los microorganismos de la piel son llevados al sitio operatorio por las manos del cirujano y son la causa principal de la contaminación.

Las operaciones limpias contaminadas tienen mayor riesgo de infectarse ya que hay acceso a áreas normalmente colonizadas. Las operaciones del colon y tracto genital femenino presentan flora poli microbiana. En las heridas de los procedimientos en el colon, el contaminante principal es la *Escherichia coli* y el *Bacteroides fragilis*.

Los microorganismos más frecuentes en las heridas contaminadas son el reflejo del área de contaminación. Las heridas del colon son contaminadas por flora anaeróbica. Las heridas penetrantes se infectan de acuerdo con el órgano lesionado, siendo importante, los gérmenes externos que penetran al interior de la herida.

En la heridas sucias infectadas es frecuente encontrar *E. coli*, *Klebsiella*, *Clostridium sp.* y *Streptococo anaerobio*. En los abscesos e infecciones nosocomiales, la microflora del sitio quirúrgico es diferente, son gérmenes multiresistentes como la *Pseudomona sp.*, *Enterobacter sp.* y el *Enterococo*.

En seguimientos realizados nacional e internacionalmente, se ha visto un incremento en la incidencia de infecciones quirúrgicas causadas por patógenos resistentes a antibióticos convencionales, como el *St. aureus* meticilino resistente y por hongos como *Cándida albicans*, lo que se puede atribuir al incremento de pacientes graves, pacientes inmunosuprimidos sometidos a cirugía o por el uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro.

## VII. CONDICIONANTES DE ISO:

### 1.- INOCULACIÓN DIRECTA:

#### **Durante la intervención quirúrgica:**

##### **Flora Endógena:**

Propia del paciente: tanto en la superficie de la piel, como en los canales que se abren al exterior, residen comunidades de microorganismos diversos que constituyen la flora normal.

Colonización hospitalaria: es sabido que a las 48 horas de hospitalización, el paciente se encuentra colonizado con la flora hospitalaria.

Tejidos del huésped contaminados o infectados: los microorganismos se encuentran presentes en el sitio quirúrgico.

##### **Flora Exógena:** Producida por:

Manos del equipo quirúrgico.

Material quirúrgico contaminado.

##### **Período Postoperatorio:**

Manejo de catéteres y drenajes.

Tejidos contaminados o infectados, tejidos desvitalizados.

## **2.- CONTAMINACIÓN TRANSMITIDA POR AIRE:**

### **Durante la intervención quirúrgica:**

Aunque son situaciones poco frecuentes, esta transmisión puede ser importante en cirugías de duración prolongada.

### **Período postoperatorio:**

Esta posibilidad de contaminación se considera sólo en quemaduras e incisiones abiertas.

## **3.- DISEMINACIÓN HEMATOLINFÁTICA:**

Esta contaminación puede originarse en infecciones preexistentes provenientes de sitios diferentes al de la incisión, por ejemplo, infección urinaria, neumonía, infección dental.

## **VIII. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE INFECCIÓN SITIO OPERATORIO.**

### **A.- PREOPERATORIO.**

#### **Hospitalización Preoperatorio.**

- El período de hospitalización preoperatorio debe ser el mínimo necesario, a fin de evitar la colonización del paciente con cepas hospitalarias, por lo cual, en cirugías electivas el paciente debe ser evaluado en forma ambulatoria. Cat 1A
- En el caso de suspensión de cirugía electiva, el paciente debe ser dado de alta en forma transitoria si sus condiciones físicas lo permiten.
- Todo paciente que va a una intervención quirúrgica electiva, debe estar sin focos infecciosos dístales, por ejemplo, piel, piezas dentales, tracto urinario, etc., con el fin de evitar diseminación hemolinfática de microorganismos hasta el sitio de la intervención. Cat 1 A

#### **Higiene del paciente.**

- El paciente debe llegar al día de la intervención quirúrgica en condiciones higiénicas óptimas, a través de una ducha con agua y jabón, por lo menos, para obtener una piel limpia, libre de suciedad, residuos y flora bacteriana reducida a niveles mínimos, especialmente, los Estafilococos, que son las principales causas de infección de la herida quirúrgica. Cat 1 B

#### **Paciente con Diabetes mellitus.**

- Controlar la glicemia en todos los pacientes diabéticos antes de una intervención electiva y mantenerla por debajo de 200 mg/dl durante la operación y en las primeras 48 horas del postoperatorio. Cat 1B

### **Tabaco:**

- Se recomienda promover el cese del consumo de tabaco en cualquiera de sus formas; pipa, cigarrillo, etc., por lo menos, en los 30 días previos a la cirugía. La nicotina entorpece el proceso de cicatrización, lo que favorece la infección del sitio quirúrgico. Cat. 1 B

### **Administración Hemoderivados**

- No evitar la administración de hemoderivados para prevenir las Infecciones del sitio quirúrgico Cat 1 B

### **Estado Nutritivo.**

- Se recomienda en el preoperatorio la evaluación, manejo y tratamiento de la mal nutrición, aún cuando no hay evidencia suficiente que ayude a prevenir infecciones. La obesidad disminuye el flujo sanguíneo y aumenta el tamaño de la herida, de modo que la cirugía se hace más dificultosa y aumenta el riesgo de infección. Cat II

### **Preparación de la piel en Sala de Hospitalización o Ambulatoria.**

- Corte de uñas de manos y pies.
- Todo paciente debe realizarse un baño con agua y jabón la noche antes de la intervención. Cat 1 A
- El día de la intervención quirúrgica debe realizarse un nuevo baño que incluya lavado del cabello, ( ducha o en cama), lo más cercano a la intervención ya que habrá menos células descamadas Cat 1 B.
- En los pacientes hospitalizados con higiene personal deficiente, este baño debe ser supervisado por un miembro del equipo de salud.
- Posterior al baño el paciente debe colocarse ropa o camisa de dormir limpia.
- En caso de estar hospitalizado la ropa de cama debe estar limpia.
- Si el transporte es realizado en camilla, debe ser hecho con sábanas limpias.

### **Preparación de la piel en Pabellón.**

Objetivos: Disminuir la flora microbiana normal.

Eliminar la flora transitoria de la piel.

- Proporcionar una solución antiséptica con efecto residual que disminuya el crecimiento bacteriano de la piel durante la intervención quirúrgica:
- Debe ser realizado inmediatamente previo a la intervención quirúrgica.
- No afeitar el campo quirúrgico, ya que se ha comprobado el aumento de infecciones por micro traumatismos y colonización de la piel, aumentando 10 veces el riesgo de infección. Cat 1 A
- Si fuera necesario remover el vello, se debe efectuar un recorte del vello con tijeras en buen estado, o con una recortadora de vello eléctrica o a batería con cabezal desechable o que se pueda desinfectar entre pacientes. Debe realizarse en húmedo para controlar la dispersión por el aire de los vellos desprendidos. Cat 1 A

- La zona operatoria y el área circundante deben ser preparadas con solución antiséptica a través de un lavado por arrastre con técnica aséptica que incluya guantes estériles, riñón estéril y compresa estéril para cada paciente. Cat 1 A
- Pincelación de la piel con solución antiséptica presentado en dispositivo estéril de un solo uso (copela, riñón), Cat 1B
- Si el sitio de incisión es considerado sucio, (ostomías, recto, etc.) , se prepara el área limpia primero y las contaminadas después para evitar la dispersión de microorganismos a otras zonas del área quirúrgica, aumentando el riesgo de infección.
- Se recomienda que el antiséptico utilizado en la preparación debe ser de la misma familia que el antiséptico que se utilizó en la pincelación de la piel ya que se pueden producir antagonismos entre antisépticos diferentes.

### **Selección de los antisépticos: ( Norma de Antisépticos)**

- Deben ser de amplio espectro.
- Deben ser de acción rápida, con efecto en el menor tiempo posible.
- Deben tener acción residual, que prolongue su efecto por varias horas después de aplicado.
- Deben ser seleccionadas de acuerdo a localización de la incisión, condiciones de la piel y necesidades del paciente.

### **Factores a considerar para la seguridad del paciente.**

- Al usar Povidona Yodada evitar quemaduras químicas impidiendo que el antisépticos se “empocen” bajo el paciente. Además, por efecto de la humedad, se puede desprender la placa neutra, produciéndose una quemadura eléctrica en el paciente.
- Se debe esperar el tiempo suficiente para que los antisépticos se sequen antes de poner los paños de campo, ya que forma una película de antiséptico que permite aumentar su eficacia y la duración de su acción.
- En caso de usar preparaciones alcohólicas como clorhexidina alcohólica, es imperioso que se respete el tiempo de secado y evaporación del alcohol, para evitar accidentes por inflamación del alcohol al usar electro bisturí o rayos Láser.
- Junto con sus beneficios, las soluciones antisépticas presentan un riesgo potencial para los pacientes: la preparación de la piel debe ser hecha de forma rigurosa que aseguren la integridad de la piel, previniendo de esta forma complicaciones.

## **B.- INTRAOPERATORIO.**

### **1.- Manos del equipo quirúrgico.**

- Todo miembro del equipo quirúrgico debe realizarse lavado quirúrgico de manos previo a la intervención quirúrgica con jabón yodóforo o clorhexidina según norma durante 2 a 3 minutos según corresponda. Cat 1 B
- Mantener las manos alejadas del cuerpo después del lavado y con los codos flexionados para que el agua fluya desde la punta de los dedos hacia los codos. Secarlas con paño estéril y colocarse bata y guantes estériles. Cat 1 B
- La escobilla para el lavado quirúrgico de manos, se debe usar exclusivamente para el escobillado de uñas si no se dispone de espátula que es lo indicado para este fin. Cat 1 B

- Usar guantes estériles para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos invasivos. Cat 1 B
- La Pabellonera que presenta el material estéril, debe efectuarse lavado clínico de manos con jabón antiséptico antes de manipular material estéril.

## **2.- Ropa del equipo quirúrgico.**

- El personal de Pabellón debe usar gorro limpio que cubra todo el cabello y mascarilla de alta eficiencia durante el acto quirúrgico, que cubra todo el vello facial. Cat. 1 B
- El equipo quirúrgico debe colocarse delantal estéril con técnica aséptica rigurosa. Cat. 1 B
- El equipo quirúrgico debe usar guantes estériles que se colocarán después de la bata. Cat. 1 B
- La ropa y campos quirúrgicos deben ser impermeables para mantener la eficacia contra la contaminación cuando se mojan. Cat. 1 B
- Cambiar la ropa quirúrgica cuando se contamine de forma visible. Cat. 1 B

## **3.- Material Quirúrgico.**

- Todo material quirúrgico debe ser estéril, ya que se considera un artículo crítico por ingresar a tejidos normalmente estériles. Cat 1 A
- La condición de esterilidad del material debe ser evaluada previa a la intervención en cuanto a la indemnidad del envoltorio, fecha de vencimiento, sellos y controles químicos de esterilización. Cat 1 A
- El material a utilizar en implantes o prótesis estará en condiciones de uso, una vez efectuado el análisis de los controles biológicos de esterilización en la central de esterilización, los que deben ser negativos. Cat 1 A
- La zona operatoria debe ser aislada durante el acto quirúrgico con ropa estéril. Las zonas contaminadas cercanas al sitio de la intervención, (región perineal) deben ser aisladas con compresas estériles u otro similar.

## **4.- Técnica quirúrgica.**

- Técnica quirúrgica aséptica cuidadosa que incluye manejar los tejidos con delicadeza, realizar una correcta hemostasia, minimizar los tejidos desvitalizados y los cuerpos extraños y una correcta selección del material de sutura. Cat 1 B
- Dejar la herida abierta para cierre primario diferido o para cierre por segunda intención, si ha existido una contaminación importante de la misma. Cat 1 B
- Si se utilizan drenajes en la intervención, éste debe ser aspirativo y cerrado, extraído por contrabertura y por el menor tiempo posible. Cat 1 B

## **5.- Ambiente en la Sala de Operaciones.**

- Mantener las puertas del quirófano cerradas. Cat 1 B
- Evitar turbulencias de aire en pabellón durante la intervención, por lo que se debe restringir, las salidas y entradas de los quirófanos, sólo a las urgencias.
- Mantener dentro del quirófano una ventilación con presión positiva con respecto a su entorno. Cat 1 B.

- Debe existir un sistema de filtración de aire y de recambios por hora ( al menos 15 cambios de aire por hora) que garantice una disminución de la carga microbiana en cada pabellón. Cat 1 B
- El sistema de filtración de aire debe ser evaluado en intervalos de tiempo regulares con el fin de certificar su buen funcionamiento y calidad. Cat 1 B
- Limitar al mínimo indispensable el número de personas presentes en el quirófano Cat II
- Al término de la intervención quirúrgica se debe realizar aseo con agua y detergente de las superficies sucias o contaminadas, antes de comenzar la siguiente operación. Cat 1 B
- Realizar un aseo detallado de pisos, superficies de mesas y lámparas después de la última intervención realizada en el día.

### **C.- PROFILAXIS ANTIBIÓTICA.**

- Se ha comprobado que la profilaxis antibiótica es de mayor utilidad en Heridas Limpias Contaminadas. Seleccionar un agente antimicrobiano eficaz contra los gérmenes que con mayor frecuencia provocan las ISO. Cat 1 A
- Se debe considerar profilaxis antibiótica en las Heridas Limpias cuando existe un factor de riesgo como la utilización de prótesis o cuando la infección implica riesgo vital para el paciente.
- Administrarlos por vía intravenosa y el tiempo necesario ( máximo 1/2hora minutos previo a la incisión quirúrgica), para que alcance una concentración bactericida en los tejidos cuando se vaya a realizar la incisión, y mantener dicho nivel hasta pasadas unas horas después de finalizada la operación. Cat 1 A
- En las operaciones colo rectales electivas hay añadir la preparación mecánica del colon con enemas y laxantes y la administración de antibióticos no absorbibles la víspera de la intervención, de forma fraccionada y por vía oral.
- En intervenciones prolongadas repetir la dosis durante la intervención . Cat 1 B
- La profilaxis antibiótica no debe ser mayor de 24 horas ya que no se ha demostrado beneficio con la prolongación de su uso.
- La profilaxis **no debe incluir** antimicrobianos de uso restringido de segunda o tercera línea ( por ejemplo, Vancomicina). Cat. 1 B

### **D.- POSTOPERATORIO.**

#### **1.- Manejo de heridas.**

- Si no presentan complicaciones, las heridas operatorias deben mantenerse cubiertas durante las primeras 48 horas del postoperatorio, es decir, no debe realizarse curación. Cat 1 B
- Cuando sea necesario realizar curación, ésta debe ser hecha por profesional ( médico, enfermera) con técnica aséptica, lavado clínico de manos con jabón antiséptico antes y después del procedimiento. Cat 1 B
- El material utilizado en la curación debe ser estéril. Cat 1A
- La herida operatoria debe mantenerse seca, por lo que no se recomienda el uso de gasas con antiséptico sobre ella ya que la mantiene húmeda y hace permeable los apósitos a material no estéril ( sábana, ropa) y el ambiente que la rodea.

## 2.- Manejo de drenajes.

- Los drenajes deben ser evaluados diariamente y retirados tan pronto cese su indicación.
- Para cumplir su función aspirativa los hemosuc deben mantenerse al vacío.
- Los drenajes deben ser manejados por profesionales capacitados (médico, enfermera).
- Los drenajes deben ser mantenidos en circuitos cerrado estéril. C at 1 B
- Los drenajes deben ser medidos y cambiado el sistema recolector por otro estéril, con técnica aséptica rigurosa. Cat 1 B

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Normas de Procedimientos Invasivos para la Prevención y Control de las IIH, MINSAL, 1989.
- 2.- Norma N° 11 "Prevención y Control de Infección de Herida Operatoria", MINSAL, Servicio de Salud Valdivia.
- 3.- Instrumentación quirúrgica, principios y prácticas Jaenra R. Fuller 2ª edición 1998.
- 4.- Manual de Normas de Prevención y Control de IIH, MINSAL, 1993.
- 5.-Curso integrado de Clínica Quirúrgica, MFC-251C
- 6.- Infection Control and Hospital Epidemiology 2001.

## X. RESPONSABLE EVALUACIÓN PREVENCIÓN INFECCIONES SITIO QUIRÚRGICO

Jefes y Supervisores de áreas de servicios y unidades clínicas y de apoyo clínico

**Registros:** Pautas de Supervisión o evaluación de procesos

**Periodicidad:** Trimestral .

**Umbral de cumplimiento esperado:** 95% en cada uno de los componentes.

**Indicador propuesto:**

% de cumplimiento de preparaciones del sitio operatorio en pabellón de acuerdo a la normativa



FOMINTECUBA

### XI. GRUPO DE TRABAJO:

#### Elaborado por:

- Dr. Juan Lombardi S. Jefe Oficina Calidad y Seguridad del Paciente.
- EU. Laura Araya V. Coordinadora Programa de Calidad y Seguridad del Paciente
- EU. Erica Olivares V. Enfermera Programa de Calidad Seguridad del Paciente

#### Revisado por:

- Nury Villafaña Supervisora Area Quirúrgica
- Juana Egaña Supervisora Area Quirúrgica

### XII. FECHAS RELACIONADAS

Fecha de entrada en vigencia	Fecha de ultima actualización	Nº de actualizaciones	Fecha de próxima revisión
Diciembre 2008	Junio 2008	5	Diciembre 2013