

Cuidado de incisiones y elección de apósitos en heridas quirúrgicas: conclusiones de un encuentro internacional de cirujanos

- n **Rhidian Morgan-Jones (Chair)**, Consultant Orthopaedic Surgeon, Cardiff Knee Clinic, Reino Unido
- n **Michael Bishay**, Consultant Orthopaedic Surgeon, Royal United Hospital, Bath, Reino Unido
- n **José A. Hernández Hermoso**, Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona, España; profesor asociado de la UAB
- n **John C. Lantis**, Vice Chairman of the Department of Surgery, Chief of Vascular and Endovascular Surgery, Director of Surgical Clinical Research, Professor of Surgery at the Icahn School of Medicine, Mount Sinai West, New York City, New York, EE. UU.
- n **James Murray**, AOC, Southmead Hospital, University of Bristol and Knee Specialists Bristol, Reino Unido
- n **Jorma Pajamäki**, Jefe de Cirugía Ortopédica, Tekonivelsairaala Coxa Oy, Finlandia
- n **Antonio Pellegrini**, Cirujano Especialista en Ortopedia, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Centro de Cirugía Reconstructiva e Infecciones Osteoarticulares, Milán, Italia
- n **Samih Tarabichi**, cirujano especialista en Ortopedia y Director, Centro Tarabichi de Cirugía Articular, Hospital Alzahra, Dubái
- n **Christian Willy**, Catedrático de Cirugía y Jefe del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Séptica y Reconstructiva del Centro de Investigación y Tratamiento de Lesiones Complejas de Combate, Centro de Heridas (ICW e.V.), Hospital Militar de Berlín, Alemania

Cuidado de incisiones y elección de apósitos en heridas quirúrgicas: conclusiones de un encuentro internacional de cirujanos

Este informe destaca las conclusiones de un encuentro internacional de ocho cirujanos ortopédicos y un cirujano vascular en el que se debatió sobre el cuidado de incisiones y la elección de apósitos en heridas quirúrgicas. La reunión se celebró en Londres en julio de 2019 y contó con el apoyo de Mölnlycke Health Care.

Rhidian Morgan-Jones (Chair), Consultant Orthopaedic Surgeon, Cardiff Knee Clinic, Reino Unido

Michael Bishay, Consultant Orthopaedic Surgeon, Royal United Hospital, Bath, Reino Unido

José A. Hernández Hermoso, Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona, España; profesor asociado de la UAB

John C. Lantis, Vice Chairman of the Department of Surgery, Chief of Vascular and Endovascular Surgery, Director of Surgical Clinical Research, Professor of Surgery at the Icahn School of Medicine, Mount Sinai West, New York City, New York, EE. UU.

James Murray, AOC, Southmead Hospital, University of Bristol and Knee Specialists Bristol, Reino Unido

Jorma Pajamäki, cirujano ortopédico jefe, Tekonivelsairaala Coxa Oy, Finlandia

Antonio Pellegrini, cirujano especialista en Ortopedia, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Centro de Cirugía Reconstructiva e Infecciones Osteoarticulares, Milán, Italia

Samih Tarabichi, cirujano especialista en Ortopedia y Director, Centro Tarabichi de Cirugía Articular, Hospital Alzahra, Dubái

Christian Willy, Catedrático de Cirugía y Jefe del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Séptica y Reconstructiva del Centro de Investigación y Tratamiento de Lesiones Complejas de Combate, Centro de Heridas (ICW e.V.), Hospital militar de Berlín, Alemania

El cuidado postoperatorio de las incisiones quirúrgicas es esencial para la recuperación del paciente y debe optimizarse, sobre todo, en lo que respecta al riesgo de infección y las complicaciones asociadas. Las infecciones de la localización quirúrgica (ILQ) son un problema importante que afecta aproximadamente a 500000 pacientes quirúrgicos al año en EE.UU. y provoca alrededor de 8000 muertes anuales (Najjar y Smink, 2015). Se calcula que, en el Reino Unido, las ILQ se producen en el 6,4 % de los procedimientos quirúrgicos (Leaper, 2015). En toda Europa, el porcentaje global de ILQ oscila entre el 0,5 % y el 9,0 %, dependiendo del tipo de procedimiento quirúrgico; por ejemplo, la abdominoplastia en pacientes obesos alcanza un índice de infección de más del 30 %, mientras que en pacientes traumatológicos con fracturas abiertas de tipo 3C llega al 50 % (ECDC, 2018).

La elección de apósitos y los protocolos son esenciales en el cuidado de incisiones posquirúrgicas (WUWHS, 2016). La cicatrización de heridas sin interrupciones (CHSI), es decir, utilizar apósitos que duren más tiempo y mantenerlos in situ, es un concepto clave que debería plantearse en determinadas heridas quirúrgicas, sobre todo, para reducir el riesgo de contaminación. Históricamente, muchos cirujanos han recomendado mantener los apósitos en su lugar durante 7 días después de la cirugía, aunque actualmente depende de cada protocolo (Brindle y Farmer, 2019).

Es interesante destacar que, cuando los expertos del grupo internacional comentaron cuáles eran los protocolos y los intervalos de cambio de apósitos idóneos, las opiniones fueron diversas. En cambio, sí hubo acuerdo en que las necesidades y preferencias de cada paciente son un elemento clave en la elección del apósito y el protocolo de sustitución y en que la comunicación con el paciente y la información son una parte esencial del proceso. También las inquietudes respecto al baño expresadas por los pacientes y sus familias condicionaban con frecuencia las decisiones del cirujano.

Beneficios de la cicatrización de heridas sin interrupciones

El grupo estuvo de acuerdo en que el concepto “undisturbed wound healing” o “cicatrización sin interrupciones” es un aspecto importante del cuidado de incisiones que hay que tener más en cuenta. La “cicatrización sin interrupciones” se ha practicado esporádicamente durante años, pero ahora atrae mucha más atención y es un planteamiento habitual en el tratamiento clínico de cualquier herida (Stephen-Haynes, 2015). En las heridas agudas, como las incisiones quirúrgicas, proteger de la contaminación resulta vital, por lo que una cicatrización sin interrupciones resulta especialmente relevante (WUWHS, 2016).

Si bien los intervalos de cambio de apósitos y, por tanto, la selección de apósitos, varían en función del protocolo y las preferencias de cada médico en concreto (véase el recuadro 1), se convino en que es necesario un cambio de mentalidad al abordar el cuidado de incisiones y en que hay que dar más importancia al concepto de “undisturbed wound healing”.

Independientemente del intervalo de cambio de apósitos, gran parte del protocolo puede depender de rutinas, hábitos y «rituales», una cuestión al parecer generalizada en el cuidado de heridas (Berg et al., 2019). Es decir, en lugar de cambiar los apósitos cuando es clínicamente necesario, a veces se hace en un momento predeterminado concreto, no porque deban cambiarse, sino «porque es cuando siempre lo hacemos». Este enfoque general de sustitución implica no tener en cuenta las necesidades propias del paciente y de la herida, lo que puede afectar innecesariamente a la herida y dificultar la cicatrización (Berg et al., 2019).

El grupo se mostró de acuerdo en que existen ciertos criterios que deben precipitar el cambio de apósitos (véase más abajo), pero que cuando no se dan, y siempre que resulte adecuado para el paciente, habría que plantearse alargar los intervalos para favorecer la “cicatrización sin interrupciones”.

Recuadro 1. Posible tiempo de utilización de los apósitos tras la cirugía, que indica diferencias en los protocolos y las preferencias de los médicos

- Hasta que se retiran los puntos
- 14 días
- 7 días
- 4 días
- Hasta el alta del paciente (habitualmente, 2 a 4 días)
- 48 horas
- Depende del riesgo de infección del paciente
- Solo cuando el apósito está saturado o se sospecha que hay infección, de lo contrario, el cambio no resulta beneficioso
- Uso de pegamento en vez de apósitos en pacientes sanos con heridas limpias, sin cubrir la herida

Los criterios absolutos que determinan el cambio de apósitos acordados por el grupo son los siguientes:

- Saturación del material del apósito
- Sangrado excesivo
- Sospecha de infección localizada/sistémica (p. ej., dolor en la zona de la herida, eritema, tumefacción)
- Posible dehiscencia

También hay que tener en cuenta las particularidades del paciente y la herida, así como las circunstancias generales. El historial del paciente, las comorbilidades y el riesgo de infección deben integrarse en un enfoque holístico. Las necesidades concretas del paciente y la herida deben centrar cualquier posible replanteamiento de los aspectos «rituales» del protocolo de cambio de apósito.

Los beneficios potenciales de la “cicatrización sin interrupciones” dependen de cada paciente y sus circunstancias. Sin embargo, cuando resulte apropiado, alargar el tiempo entre cambios puede tener una serie de ventajas, por ejemplo (Brindle y Farmer, 2019):

- Optimización de la cicatrización al no intervenir en la herida (cuando no haya motivo para hacerlo)
- Reducción del riesgo de contaminación y posible infección
- Otras posibles ventajas como reducción de costes y de tiempo de tratamiento

También es importante tener en cuenta las circunstancias del paciente, sus necesidades y preferencias en un plano psicosocial, además de los factores clínicos (Brindle y Farmer, 2019). Por ejemplo, a algunos pacientes les inquietan las posibles infecciones o complicaciones y simplemente prefieren que las heridas se revisen con mayor frecuencia. Cuando la “cicatrización sin interrupciones” sea una opción beneficiosa para el paciente, puede que haya que explicarle en qué consiste y qué ventajas tiene: la comunicación con el paciente es crucial (Blackburn et al., 2018). También pueden entrar en juego las diferencias culturales o personales del paciente; por ejemplo, algunos prefieren que la herida esté cubierta, aunque no sea clínicamente necesario. Al decidir qué apósito es el más adecuado se deberían tomar en consideración, en consecuencia, las diferentes necesidades de los pacientes. Por otra parte, los pacientes agradecerán la reducción del dolor que implica cambiar los apósitos con menos frecuencia.

También hay que señalar que son esenciales el seguimiento y la modificación del plan de tratamiento cuando sea necesario. Por ejemplo, si el apósito se satura, deberá cambiarse independientemente del intervalo previsto. Para evitar el riesgo de maceración o daños en la piel circundante, el fluido no debería entrar en contacto directo con la piel del paciente (aunque podría depender del apósito elegido).

También se debe considerar el riesgo de infección y vigilar al paciente para detectar cualquier signo de infección localizada o sistémica, que obligaría a readaptar el plan de tratamiento. Como apunte, se sugirió que el cambio rutinario de apósitos en fases tempranas de la cicatrización podría tener el objetivo de observar posibles signos de infección. Con todo, cabe destacar que en las 48 horas siguientes a la intervención quirúrgica, los signos de infección superficial no son todavía visibles y que cualquier inflamación observada podría ser un fenómeno normal en esta etapa y no un signo de infección, así que conviene no mezclar ambas cosas (WUWHs, 2016). Los datos mencionados indican que la mayoría de ILQ se vuelven evidentes entre el 5º y el 10º día después de la intervención (la mayoría de pacientes ya han recibido el alta). Sin embargo, en el caso de implantación de prótesis, podría ocurrir varios meses después de la operación (NICE, 2019).

El grupo estuvo de acuerdo en que los «indicadores absolutos» señalados más arriba (por ejemplo, saturación o sospecha de infección) deberían motivar el cambio inmediato del apósito. También existen otros factores de importancia relativa que se deben considerar y que podrían motivar el cambio de apósito, a criterio del médico y teniendo en cuenta las necesidades, las preferencias culturales o las circunstancias del paciente.

Propiedades de los apósitos

El grupo acordó que para que un apósito sea «ideal» para tratar las heridas por incisión posquirúrgica debería reunir las siguientes condiciones:

- Ser flexible (no dificultar el movimiento del paciente) y lo suficientemente elástico para no tirar de la piel ni producir ampollas (en especial, en las articulaciones de las rodillas)
- Quedar bien adherido a la piel al aplicarlo, aunque la herida se acabe de desinfectar
- Ser absorbente, capaz de gestionar el exudado
- Proteger la piel (es decir, reducir el riesgo de irritación o formación de ampollas, sin ser excesivamente adhesivo)
- Ser impermeable: formar una buena barrera o sellar bien para que el paciente pueda ducharse
- Evitar espacios muertos donde sea necesario

La flexibilidad se consideró una propiedad fundamental, tanto para proteger la piel (y no causar mayores daños como ampollas o lesiones por tensión) como para la movilidad y la comodidad del paciente. El daño a la piel por uso de adhesivos sanitarios (MARSI, en inglés) es frecuente minusvalorado y evitable, por lo que la flexibilidad y la protección de la piel son aspectos críticos de un apósito (Wounds UK, 2016). Además de elegir bien el apósito, también hay que prestar atención a la técnica de cambio para que el riesgo de MARSI se reduzca todo lo posible.

Hubo cierto debate sobre el uso de apósitos antimicrobianos. En ciertos casos donde el riesgo de infección es elevado, los apósitos antimicrobianos (por ejemplo, con plata) podrían ser la norma. Sin embargo, según se destacó, puede que los apósitos antimicrobianos se utilicen en exceso injustificadamente, por lo que su uso profiláctico debería basarse en pruebas claras. En general, se dispone de pocos datos que respalden la aplicación de antimicrobianos tópicos si la piel está bien coaptada/cerrada.

Si la herida y las circunstancias del paciente así lo requieren, podrían necesitarse otros apósitos especiales (por ejemplo, si se practica terapia de presión negativa) en heridas problemáticas que exudan o sangran copiosamente. Queda por determinar si esto puede aumentar la depuración linfática periincisional o mejorar el flujo sanguíneo local. Cabe destacar que, en algunos casos, la herida cerrada debería protegerse además con la aplicación de terapia preventiva de presión negativa en incisión cerrada.

Además de las propiedades de los apósitos ya mencionadas, el grupo estuvo de acuerdo en que la visibilidad de la herida a través del apósito (transparencia) depende en realidad de las características concretas de la herida (por ejemplo, si hay un gran volumen de exudado). Sin embargo, si la herida lo permite, la transparencia de los apósitos puede ayudar a tratar las heridas incisionales posquirúrgicas, una posibilidad que habría que investigar más.

Superar los obstáculos para la cicatrización de heridas sin interrupciones

Se debe transmitir el mensaje de que no hay necesidad de intervenir en la herida a menos que exista un motivo clínico concreto para hacerlo. Si el apósito se elige con esto en mente, habría que tenerlo en cuenta durante todo el proceso a fin de utilizar los apósitos eficazmente.

De lo contrario, existe el riesgo de que pese a haber elegido los apósitos por su durabilidad, se acaben cambiando innecesariamente solo por seguir el «ritual» habitual, lo que supone malgastar recursos y un uso poco eficaz de los apósitos.

Del mismo modo, es importante informar sobre la capacidad de los apósitos y los beneficios potenciales de la “cicatrización sin interrupciones” en determinados pacientes. Los médicos deben ser conscientes de las ventajas y los motivos que hay detrás, que también deben transmitirse a los pacientes.

Resumen

Aunque los protocolos y las preferencias difieran, el grupo de expertos estuvo de acuerdo en que la “cicatrización sin interrupciones” cada vez cobra mayor importancia. El cambio «ritual» de

apósitos es un problema extendido en el cuidado de heridas, en especial, las heridas incisionales posquirúrgicas, donde a veces se siguen programas preestablecidos independientemente de las necesidades clínicas reales.

El tratamiento de incisiones plantea necesidades concretas desde el punto de vista de los apósitos y debe prestarse atención al paciente, la herida y las circunstancias de cada persona.

WINT

Recuadro 2. Conclusiones destacadas

1. Mantener el apósito en su sitio el máximo tiempo posible es beneficioso para la cicatrización, la prevención de infecciones y la reducción de costes
2. Disminuir la frecuencia de cambio de los apósitos reduce la aprensión del paciente al proceso
3. El apósito no debería causar daños perilesionales (p. ej., ampollas o lesiones por tensión)
4. El apósito debe diseñarse de manera que no dificulte el movimiento del paciente
5. Es vital establecer las mejores prácticas y seguirlas en las técnicas de aplicación y retirada de apósitos

Bibliografía

- Berg L, Martinez JLL, Serena TE (2019) Meeting report: promoting wound healing by optimising dressing change frequency. *Wounds International* 10(3): 44-51
- Blackburn J, Stephenson J, Atkin L et al (2018) Exploring and understanding challenges in clinical practice: appropriate dressing wear time. *Wounds UK* 14(5): 56-64
- Brindle T, Farmer P (2019) Undisturbed wound healing: a narrative review of literature and clinical considerations. *Wounds International* 10(2): 40-8
- European Centre for Disease Prevention and Control (2018) Annual epidemiological report for 2016: Surgical site infections. Available online at: https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-SSI.pdf (accessed 19.11.2019)
- Leaper D (2015) An overview of surgical site infection. *Wounds UK* 11(5): 14-9
- National Institute for Health and Care Excellence (2019) Surgical site infections: prevention and treatment. NICE Guideline: NG125
- Najjar PA, Smink DS (2015) Prophylactic antibiotics and prevention of surgical site infections. *Surg Clin N Am* 95: 269-83
- Stephen-Haynes J (2015) The benefits of undisturbed healing using ALLEVYN Life™. *Wounds International* 6(4): 18-21
- World Union of Wound Healing Societies (2016) Closed surgical incision management: Understanding the role of NPWT. *Wounds International*. Available online at <https://www.woundsinternational.com/resources/details/consensus-document-closed-surgical-incision-management-understanding-the-role-of-npwt-wme> (accessed 24.09.2019)
- Wounds UK (2015) Medical adhesive-related skin injuries (MARSI) Made Easy. Available online at: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/medical-adhesive-related-skin-injuries-marsi-made-easy> (accessed 24.09.2019)