

El No Uso de Apósitos en las Heridas

DOCTORES CLAUDIO ORLICH CARRANZA Y OSCAR FUENTES BAUDRIT*

Desde hace varios años adoptamos como rutina el no colocar apósitos en las heridas operatorias de la cara, sin haber tenido infección o complicación alguna que puedan atribuirse a ésto. Posteriormente tuvimos conocimiento del trabajo de Einerth y Wiklander, en el cual se hace mención al no uso de apósitos en toda clase de heridas y regiones, pero con la aplicación de Nobecutan (Spray de acrílico) y la colocación de un paño estéril sobre la incisión que es retirado unas horas después, generalmente en la sala de recuperación.

De acuerdo con estas ideas, desde hace algún tiempo, decidimos el no cubrir las heridas operatorias de nuestros pacientes, sin aplicación de medicamento alguno y sin cubrirlas con ningún paño estéril o apósito temporal. Claro está que en los casos en que ha sido necesario colocar apósitos, para obtener compresión o por alguna otra razón, lo hemos hecho.

Consideramos que el uso de apósito no evita en modo alguno la infección postoperatoria de la herida; que ésta, tal como ha sido mencionado por diversos autores, se encuentra sellada poco tiempo después de suturada, por la coagulación de fibrina, lo cual la independiza del medio ambiente. Creemos nosotros que la contaminación de la herida se efectúa en la operación misma y que la buena técnica operatoria y la buena técnica de sala de operaciones son la mejor prevención para la infección.

Consideramos que con el uso de apósitos lo que se obtiene es ocultar la infección hasta que ésta se hace evidente por los síntomas generales o locales, cuando se encuentran ya en plena manifestación y no en su inicio. La herida sin apósito puede revisarse fácilmente y con tanta frecuencia como el cirujano lo desee, sin molestias para el paciente y con considerable economía para la Institución.

El uso rutinario de antibióticos tampoco es empleado por nosotros y no creemos que sea buena profilaxis a la infección cuando ha habido contaminación, por defectos de técnica, en la herida, casi siempre por estafilococo dorada, de tipo intrahospitalario, ya resistente a casi todos los antibióticos. Empleamos los antibióticos de amplio espectro cuando no ha sido posible mantener la técnica estrictamente aséptica, por apertura del tubo digestivo, de cavidades sépticas, por causa accidental, etc.; o bien cuando hay una indicación precisa como en el caso de pacientes diabéticos, en tratamiento con corticoides, etc., o cuando se presenta alguna complicación.

* Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

MATERIAL Y METODOS

Hemos revisado pacientes operados por diversas causas y que se presentan en los cuadros siguientes. En todos ellos se dejaron las heridas operatorias descubiertas. En los casos en que fue necesario dejar drenaje en la cavidad abdominal, como en operaciones sobre las vías biliares u otras, los drenajes fueron extraídos por una incisión contralateral, aplicando un pequeño apósito sobre ésta y no sobre la herida operatoria principal. Hemos mantenido hasta donde nos ha sido posible la mejor técnica quirúrgica y de sala y en muy pocos de ellos se empleó antibióticos. Solamente en pacientes muy obesos se hizo sutura del tejido adiposo subcutánea. El material de sutura fue seda N° 00 en todos los pacientes y fue retirada en el tiempo habitual, dependiendo de la región intervenida.

65 PACIENTES

N° 1 — Distribución de pacientes por edades:

0 — 9 años	1 paciente
10 — 19 años	3 pacientes
20 — 29 años	18 pacientes
30 — 39 años	9 pacientes
40 — 49 años	12 pacientes
50 — 59 años	6 pacientes
60 — 69 años	10 pacientes
70 — 79 años	2 pacientes
80 — 84 años	2 pacientes
No se sabe edad	2 pacientes
TOTAL	65 pacientes

N° 2 — Tipo de operación efectuado:

Safenectomía	14
Herniorrafia	21
Laparotomía	35

RESULTADOS

De los 65 casos operados solamente en una paciente se presentó infección postoperatoria de poca importancia. Fue sometida a safenectomía bilateral con stripping; la herida operatoria en el pliegue inguinal izquierdo presentó hematoma e infección, que cedió con solo el drenaje, sin antibióticos. El resto de las heridas en ambos miembros cicatrizó normalmente. Creemos que como factor predisponente importante existe la presencia de hematoma: pero aun sin consi-

derar este factor, el porcentaje de infección fue de 1.5%. Este porcentaje es menor al obtenido en pacientes a los que ha sido aplicado o no apósito a sus heridas. Creemos que ello se debe a que se hallan extremado las medidas de técnica aséptica.

Consideramos el no uso de apósitos en las heridas operatorias como muy ventajoso ya que la herida puede vigilarse fácil y frecuentemente, se mantiene seca, especialmente a nivel de los pliegues de flexión, y representa una considerable economía de material y trabajo a la Institución.

S U M A R I O

Se presentan 65 casos en los cuales la herida operatoria no fue cubierta con apósitos, sin aplicación de medicación tópica o paños estériles en forma transitoria. No se administraron antibióticos como rutina postoperatoria. Solamente un caso, operado de safenectomía bilateral presentó infección de una de las heridas que hizo un hematoma postoperatorio. Se discuten las ventajas del método.

S U M M A R Y

Sixty five cases are shown. The operative wounds were not covered with dressings, not topic treatment or steril towel were used. Antibiotic were not used as a rutine postoperatively. Only one case with bilateral safenectomy had an infection on a postoperative hematoma. The advantages of the procedure are discussed.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—Y. EINERTH AND O. WIRKLANDER.
Acta Chirug. Scand. 126:1-6, 1963.