

# RELACIÓN ENTRE APARICIÓN DE HEMATOMAS POSTQUIRÚRGICOS E INCIDENCIA DE INFECCIÓN

## AUTORES:

M<sup>a</sup> Dolores Gómez Barriga( Fisioterapeuta y DUE Hospital Clínico San Carlos, unidad de COT)

## COAUTORES:

Lourdes Mascaraque Sánchez( DUE Hospital Clínico San Carlos, unidad de COT)

## INTRODUCCIÓN:

♦ **HEMATOMA:** Masa localizada de sangre fuera de los vasos sanguíneos generalmente en estado de semicoagulación. Los principales síntomas son dolor, inflamación y decoloración de la piel. El hematoma comienza como un sitio de color rojo rosáceo que puede ser muy sensible al tacto y, a menudo, es difícil utilizar el músculo afectado. Con el tiempo, el hematoma cambia a un color azulado, luego amarillo-verdoso y finalmente regresa al color normal de la piel a medida que sana.

♦ **INFECCIÓN:** Invasión del cuerpo por microorganismos vivos. Puede resultar o no en una enfermedad. Dentro de la definición es esencial incluir la infección nosocomial como aquella infección adquirida como resultado de una hospitalización o tratamiento y que no estaba presente, ni siquiera en incubación en el momento de la exposición al ambiente hospitalario, denominada también infección hospitalaria.

## REALIZACIÓN DE CURAS DE HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTE CON CIRUGIA DE RODILLA CON PRESENCIA DE HEMATOMA POSTQUIRÚRGICO (INCLUIDA EN ESTUDIO)



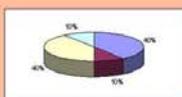
1. Apósito manchado de contenido hemático moderado debido a la presencia de gran hematoma en el lecho quirúrgico.
2. Se evidencia el hematoma de la herida quirúrgica.
3. Se procede a lavado por arrastre de herida quirúrgica con solución salina isotónica estéril.
4. Secado de la zona sin frotación.
5. Presión de la herida quirúrgica de forma manual palpando la presencia de edema con fóvea, y favoreciendo su evacuación.
6. Presión de nuevo del lecho quirúrgico esta vez con ayuda de una compresa estéril en forma de rodillo para disminuir el dolor del paciente, y poder evacuar el máximo débito hemático en cada cura.
7. Pinzelado de la herida quirúrgica con solución antiséptica estéril.
8. Protección mediante compresas estériles y fijación mediante esparadrapo dando cierta compresión a la misma.

## RESULTADOS FINALES

1. Para cada paciente fue el siguiente:

- ♦ **Paciente 001:** CURA LOCAL SIN EJERCER PRESIÓN SOBRE HERIDA QUIRÚRGICA, PERO SI EVACUACIÓN EN QUIRÓFANO, APARECIERON SIGNOS DE INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.
- ♦ **Paciente 002:** CURA LOCAL DE LA HERIDA QUIRÚRGICA SIN EJERCER PRESIÓN SOBRE LA MISMA, APARECIERON SIGNOS DE INFECCIÓN.
- ♦ **Paciente 003:** CURA LOCAL EJERCENDO PRESIÓN MANUAL DE LA HERIDA QUIRÚRGICA MÁS EVACUACIÓN EN QUIRÓFANO, NO APARECEN SIGNOS DE INFECCIÓN.
- ♦ **Paciente 004:** CURA LOCAL DE HERIDA QUIRÚRGICA EJERCENDO PRESIÓN MANUAL SOBRE LA MISMA, NO APARECEN SIGNOS DE INFECCIÓN.
- ♦ **Paciente 005:** CURA LOCAL SIN EJERCER PRESIÓN MANUAL SOBRE LA MISMA, NO APARECEN SIGNOS DE INFECCIÓN, Y SE REABSORBE HEMATOMA.
- ♦ **Paciente 006:** CURA LOCAL DE HERIDA QUIRÚRGICA SIN EJERCER PRESIÓN MANUAL SOBRE LA MISMA, APARECEN SIGNOS DE INFECCIÓN.
- ♦ **Paciente 007:** CURA LOCAL DE HERIDA QUIRÚRGICA SIN EJERCER PRESIÓN MANUAL SOBRE LA MISMA, APARECEN SIGNOS DE INFECCIÓN.
- ♦ **Paciente 008:** CURA LOCAL EJERCENDO PRESIÓN MANUAL SOBRE LA HERIDA QUIRÚRGICA, APARECEN SIGNOS DE INFECCIÓN.
- ♦ **Paciente 009:** CURA LOCAL DE HERIDA QUIRÚRGICA EJERCENDO PRESIÓN MANUAL SOBRE LA MISMA MÁS EVACUACIÓN DE HEMATOMA EN QUIRÓFANO, NO APARECEN SIGNOS DE INFECCIÓN.
- ♦ **Paciente 010:** CURA LOCAL DEL HERIDA QUIRÚRGICA EJERCENDO PRESIÓN MANUAL SOBRE LA MISMA, NO APARECEN SIGNOS DE INFECCIÓN.

En la valoración final se observa que de los 5 pacientes en los que no se había ejercido presión manual sobre la incisión quirúrgica presentaban signos de infección 4 (color azul oscuro en gráfico), y no la presentaba 1 (color rojo burdeos en gráfico), en el caso de los 5 pacientes en los que se había ejercido presión manual sobre herida quirúrgica 4 de ellos no presentaban signos de infección (color amarillo en gráfico), uno de ellos si los presentaba (color verde en gráfico).



## BIBLIOGRAFÍA:

- ♦ Martínez Correa, A "Estudio sobre complicaciones en heridas de cirugía menor". Enfermería integral 2002; 61:XI-XII
- ♦ Elvira Zorzo, G; "Complicaciones quirúrgicas en el postoperatorio: la herida quirúrgica". Podoscopio 2001; 1(13): 9-12
- ♦ Jiménez Murcia, J.M; Clares Gómez, S; Martínez Castillo, J; "Cuidados de heridas quirúrgicas". Enfermería científica 1990;98: 11-21.
- ♦ Hopper Collins; Diccionario Médico ilustrado; ED Marban 2005

## ESTUDIO REALIZADO

♦ Se seleccionan 10 pacientes de la unidad de hospitalización de traumatología y cirugía ortopédica del Hospital Clínico San Carlos en un periodo de tiempo determinado (desde junio 2006 hasta noviembre 2006), los cuales presentan hematomas postquirúrgicos sobre el lecho de la herida quirúrgica, y se decide realizar un estudio observacional para intentar generar una hipótesis tras la comparación en la incidencia de infección y tipo de tratamiento local a realizar para que sirva de base a futuros estudios analíticos o experimentales que intentarán confirmar dichas hipótesis planteadas.

♦ Al resultado final que se quiere llegar es el siguiente:

**ESTABLECER UNA RELACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO LOCAL DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS QUE PRESENTAN HEMATOMAS EN EL LECHO DE LA INCISIÓN Y LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN.**

♦ Para la realización del estudio se deciden incluir varios criterios de exclusión, los cuales se consideran oportunos para evitar la mayor parte de los sesgos que puedan aparecer y éstos son:

- Tratamiento previo con anticoagulantes orales.
- Presencia de hematoma previo a la cirugía.

♦ **VARIABLES DEPENDIENTES DEL ESTUDIO:**

- Cura local ejerciendo presión manual sobre herida quirúrgica sobre 5 pacientes.
- Cura local sin ejercer presión manual sobre el lecho de la herida quirúrgica sobre 5 pacientes.

## CONCLUSIONES

1. UN HEMATOMA PUEDE RETRASAR LA CURACIÓN DE LA HERIDA Y SERVIR DE MEDIO DE CULTIVO PARA UNA INFECCIÓN BACTERIANA. SI SE FORMA UN HEMATOMA DURANTE LAS PRIMERAS 48 HORAS POSTQUIRÚRGICAS SE DEBE TRATAR MEDIANTE UN VENDAJE COMPRESIVO PARA INTENTAR LA REABSORCIÓN DEL MISMO SIN MANIPULACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA Y LA REALIZACIÓN DE LAS CURAS COMO SE HAN DESCRITO EN LAS IMÁGENES ANTERIORES SI CON LA COMPRESIÓN NO HA SIDO SUFICIENTE, Y SI CON TODO ELLO NO FUERA POSIBLE LA EVACUACIÓN EN SU TOTALIDAD Y EL HEMATOMA SE ASOCIA CON UN RETRASO EN LA CURACIÓN DE LAS HERIDAS CON O SIN INFECCIÓN, DEBERÁ SER EVACUADO EN QUIRÓFANO
2. MEDIANTE LA VALORACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA A TRAVÉS DE LA INSPECCIÓN VISUAL Y PALPACIÓN DE LA MISMA, EN BUSCA DE SIGNOS DE FÓVEA QUE NOS INDIQUE LA PRESENCIA DE EDEMA, DEBIDO AL LIQUIDO ACUMULADO EN EL ESPACIO EXTRAVASCULAR Y LA CORRECTA EVACUACIÓN DEL HEMATOMA MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE LAS CURAS LOCALES EJERCENDO PRESIÓN MANUAL SOBRE LA HERIDA QUIRÚRGICA SE CONSIGUE LA CORRECTA CICATRIZACIÓN DE UNA MANERA ACEPTABLE, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN Y EVITANDO LAS COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS COMO PUEDE SER LA ANQUILOSIS POR LA INMOVILIZACIÓN, CON LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL QUE ESTO CONLLEVA, LA INFECCIÓN SIENDO NECESARIO EN ALGUNOS CASOS LA DESIMPLANTACIÓN DE LA PRÓTESIS O LA RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN LOS CASOS MÁS COMPLICADOS Y QUE NO RESPONDEN AL TRATAMIENTO.



ANTERIOR



POSTERIOR

3. EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEBE A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN DETECTAR CUALQUIER SIGNO QUE EVIDENCIE LA PRESENCIA DE UN HEMATOMA PARA PREVENIR COMPLICACIONES Y FAVORECER LA CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA.