

¿ES EL RASURADO DE LA PIEL COMO PREPARACIÓN PARA LA SUTURA UNA TÉCNICA CORRECTA?

AUTORÍA

Martin Fernández, Agustín*.

Martín Reina, Marta**.

Álvarez Jiménez, Pablo***.

Cano Burgos, Silvia****.

Aguilera Rodríguez, Francisco Javier****.

Pérez Fernández, Antonio Juan*****.

* Enfermero. Experto Universitario en Enfermería de Urgencias y Emergencias. A.G.S. Sur de Granada.

**Enfermera. Coordinadora de Cuidados UGC CCyU del AGS Sur de Granada. Experta Universitaria en Enfermería de Urgencias y Emergencias.

*** Medico. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. AGS Sur de Granada.

**** Enfermero. Experto Universitario en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Especialista Obstetricia-Ginecología. Hospital Clínico Málaga.

***** Enfermera. AGS Sur de Granada.

*****Enfermero. Coordinador de Cuidados UGC Cirugía del AGS Sur de Granada.

Dirección para correspondencia:

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

RESUMEN

El rasurado de la piel como paso previo a la cura y sutura de heridas incisas en los Servicios de Urgencias ha sido una técnica ampliamente empleada desde hace mucho tiempo. A la vista de numerosos estudios realizados tanto en el ámbito quirúrgico como en el de la atención urgente podemos observar como el rasurado puede suponer una desventaja para la evolución de la herida del paciente frente a otras técnicas de limpieza y preparación de la piel antes de cualquier acto quirúrgico.

PALABRAS CLAVE

Rasurado, limpieza de heridas, infección de heridas, suturas.

TITLE

SHAVING SKIN PREPARATION FOR WOUND SUTURE. A CORRECT TECHNIQUE?

ABSTRACT

The shaving of the skin as a step toward healing and suturing of incision wounds in the Emergency Services has been a technique widely used for a long time. In view of numerous studies both in the surgery as well as urgent care can be seen as shaving can be a disadvantage for the evolution of the patient's wound compared to other methods of cleaning and preparing the skin before any surgery.

KEY WORDS

Shaved, cleaning of wounds, wounds infection, sutures.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, el paso previo a la limpieza cura y sutura de heridas incisas en zonas con mucho vello o pelo ha sido el rasurado de la piel circundante a la herida, con objeto de despejar el campo quirúrgico y, teóricamente, disminuir las posibilidades de contaminación del mismo. Cuando se prepara a las personas para una cirugía, la eliminación del vello corporal del área de la incisión quirúrgica puede disminuir las probabilidades de una infección del campo quirúrgico. En la actualidad el vello se puede rasurar con una máquina de rasurar, cortar con una maquinilla o utilizar una crema que lo disuelva. Con el paso del tiempo, los profesionales que trabajamos en el campo de la Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias hemos podido observar como en el ámbito quirúrgico han ido evolucionando estas técnicas de preparación

de la piel previa a la cirugía. Sin embargo, estos cambios no se han aplicado tan universalmente en las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias. Incluso aún hoy en día podemos ver que en la mayoría de los centros sanitarios de nuestro entorno donde se presta este tipo de asistencia el único material que existe para realizar esta tarea son maquinillas rasuradoras de piel.

Partimos de la hipótesis de que el rasurado de la piel circundante a las heridas traumáticas en urgencias no tiene fundamento científico. Así, nuestro objetivo con el presente documento es difundir la recopilación de una serie de documentos en los que se señala que existe evidencia científica que justifica en base a nuestra hipótesis el cambio en las técnicas tradicionales de gestión del pelo corporal con fines quirúrgicos en los servicios de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica online usando para ello el motor de búsqueda para prácticas basadas en la evidencia EXCELENCIACLINICA.NET, desarrollado en el marco del Plan Nacional de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social que integra el acceso a los contenidos a la Biblioteca Cochrane Plus, revistas secundarias solventes, alertas sanitarias, repositorios de guías de práctica clínica e informes técnicos.

RESULTADOS

Usando tan solo la fuente anteriormente descrita se ha obtenido algo más de 100 referencias, entre estudios científicos primarios y secundarios, guías de práctica clínica y documentos de práctica basada en la evidencia. De todos ellos pasamos a resumir brevemente algunos de los más significativos para nosotros. La publicación Best Practice (1,2), del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia alude a que no hay evidencia suficiente para afirmar si la eliminación del vello aumenta o reduce las infecciones. Así, se puede tomar la decisión de eliminar el vello de la zona quirúrgica por diferentes razones (como acceder mejor manual y visualmente al campo quirúrgico), pero la prevención de la infección no debería estar entre una de ellas. Una vez tomada la decisión, el uso de cuchillas de afeitar demuestra aumentar la incidencia de infección de la zona quirúrgica en comparación con el uso de crema depilatoria (Nivel de evidencia IB) o la eliminación del vello con maquinilla eléctrica (Nivel de evidencia IA). El uso de crema depilatoria no obstante menos aconsejable por posibles reacciones alérgicas o de irritación cutánea. Se prefiere incluso realizar la cirugía sin eliminar el vello corporal (Nivel de evidencia IB) antes que rasurar la zona quirúrgica. En los mismos términos se declaran Kjønniksen y cols (3), Mangran y col. (4), el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica de Londres (5), la Agency for Healthcare Research and Quality (6) del departamento de salud de los EEUU y el Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction de Boston (7) que además incide en que el vello no debe ser eliminado a no ser que entorpezca la técnica quirúrgica, y en caso de hacerlo, debe hacerse con maquinilla eléctrica que corte el pelo, no rasuradoras, inmediatamente antes de la intervención, aconsejando al paciente que no se afeite la zona quirúrgica al menos 48 horas antes de la cirugía. Tanner y col. (8) tras un metanálisis establecen que según las pruebas no hay diferencias en las infecciones de la zona quirúrgica (IZC) entre los pacientes a los que se les eliminó o no el vello antes de la cirugía. Si es necesario eliminar el vello, entonces el corte de vello y las cremas depilatorias provocan menos IZQ que el rasurado con una máquina de rasurar. Introduciendo el factor tiempo, aluden además que no hay diferencias en las IZQ cuando se afeita o se corta el vello de los pacientes un día antes de la cirugía o el día de la cirugía. Otros autores aluden a la importancia de acostar el tiempo entre la gestión del pelo y el acto quirúrgico, aunque la técnica sea el afeitado: Wick y cols (9) y Razavi y cols (10).

Basevi (11) en su revisión sistemática que evalúa la necesidad de rasurado en gestantes a término establece que, en ocasiones, el rasurado pubiano o perineal (afeitar el área alrededor de la vagina) se hace antes del parto con la creencia de que puede disminuir el riesgo de infección y facilitar la sutura, en caso de ser necesaria. Sin embargo, los rasguños del rasurado pueden causar infección y el rasurado puede generar incomodidad y malestar posteriormente, cuando vuelve a crecer el vello. La revisión no halló pruebas en los ensayos de cualquier beneficio del rasurado sistemático en el trabajo de parto.

Diana y cols. (12) encuestaron a 45 cirujanos suizos en 2008. El 90% afirmó realizar corte del vello con maquinilla eléctrica, y lo hacían dentro del mismo quirófano.

Howars y Antonelli (13) establecen que no hallaron evidencia que determine que el afeitado total de la cabeza sea más seguro en términos de infecciones postoperatorias que un mínimo afeitado en la cirugía de implantes cocleares. Celik y Kara (14) realizan en Estambul un estudio prospectivo aleatorio en el que estudian las consecuencias del afeitado

frente al no afeitado de la zona en cirugía espinal en cuanto a IZC, concluyendo que el afeitado incruento las posibilidades de IZC.

Brown, Kurtsikashvili y cols.(15) analizaron en tres hospitales de la capital de la República de Georgia las causas de la elevada tasas de infecciones quirúrgicas existente, llegando a la conclusión de que tanto la profilaxis antibiótica perioperatoria como la técnica de gestión del pelo de la zona quirúrgica son dos campos importante de intervención para reducir las IZC.

Babcock y colaboradores (16) establecen en un ensayo en el que estudian las infecciones tras cirugía por artroscopia, estableciendo que existe un punto de inflexión claro en la disminución de las IZC a partir de que el hospital prohíbe el rasurado sistemático preoperatorio de la zona quirúrgica. En cuanto a documentos que se refieren específicamente a la atención de heridas en los servicios de urgencias, encontramos varias revisiones sistemáticas importantes, como la de Richard, George y cols (17), James y Gregory (18), Richard y Vikram (19) y Moreira y Markovchick (20). Estos autores, ya en el contexto de la reparación de heridas traumáticas, coinciden en que: no todas las heridas requieren actuación sobre el cabello/vello circundante (puede separarse del lecho de la herida usando lubricante estéril o pomada antibiótica); el rasurado proporciona siempre una mayor probabilidad de infección que el corte tijeras o con maquinilla eléctrica (probablemente debido a que el rasurado lesiona la piel y además deja acceso libre de las bacterias foliculares a la herida); la actuación sobre el vello debe ser inmediatamente anterior a la técnica quirúrgica; debe evitarse la actuación sobre el pelo de la zona ciliar (es una región estética importante y además las cejas proporcionan una importante referencia para la aproximación precisa de los bordes de la herida); debería obtenerse siempre autorización del paciente antes del rasurado o corte de zonas amplias. Moreira y Markovchick además establecen una regla nemotécnica para recordar el manejo de la herida en urgencias, usando la palabra **LACERATE** como recordatorio de L(Look: exploración vasculonerviosa y movilidad) A(Anestésiar) C(Clip and Clean: cortar el pelo o apartarlo de alguna forma antes que afeitarse) E(Equipment: tener todo lo necesario preparado)R(Repair: reparar, sin olvidar desbridar) A(Asses Results: reevaluar resultados) T(Tetanos) E(Educate: educación sanitaria acerca del cuidado de la herida)

DISCUSIÓN

Como vemos, se han incluido datos de documentos heterogéneos en cuanto a su origen, su génesis (estudios primarios, revisiones, guías clínicas) y en cuanto a las especialidades quirúrgicas. Esto es debido a que nos gustaría que quedase remarcado para los profesionales de enfermería que este tema ha sido universalmente debatido en todos los sentidos, y que no se ha quedado en el escalón científico divulgativo, sino que se está implementando desde hace tiempo como una práctica consolidada.

CONCLUSIONES

Dado que ha quedado sobradamente probado a la vista de la literatura que existe evidencia científica que justifica el abandono del rasurado de la piel como técnica prequirúrgica ya que aumenta el riesgo de infección de la herida, podemos establecer que en el manejo de heridas en los servicios de urgencias a la vista de los documentos consultados:

- Valoraremos si es realmente necesario actuar sobre el pelo circundante a la herida. Siempre podemos plantearnos si bastaría con usar lubricante estéril para apartar el pelo del lecho de la misma.
- En caso de tener que actuar, lo haremos si es posible bajo consentimiento del paciente y nunca rasurando la zona, sino cortando con tijeras o usando maquinilla eléctrica con cabezal desechable.
- No rasurar ni cortar las cejas.

BIBLIOGRAFÍA

- The Joanna Briggs Institute. Impacto de la eliminación del vello en las infecciones de la zona quirúrgica. Best Practice 2003; 7(2): 1–6.
- The Joanna Briggs Institute. Eliminación del vello para reducir las infecciones de la zona quirúrgica. Best Practice 2007; 11(4).
- Kjønniksen I, Andersen BM, Søndena VG, Segadal L. Preoperative hair removal—a systematic literature review. AORN J. 2002 May;75(5):928–38, 940.

- Mangran AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for the prevention of surgical site infection, 1999. Centers for disease control practices advisory committee. *Am J Infect Control*. 1999;27:97-132.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Prevention and treatment of surgical site infection. NICE Clinical Guideline 74. Octubre de 2008.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Closing The Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies: Volume 6—Prevention of Healthcare- Associated Infections, Structured Abstract. January 2007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/hainfgaptp.htm>.
- Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction, JSI Research and Training Institute, Inc. Prevention and control of healthcare-associated infections in Massachusetts. Part 1: final recommendations of the Expert Panel. Boston (MA): Massachusetts Department of Public Health; 2008 Jan 31. p. 61-8.
- Tanner J, Woodings D, Moncaster K. Eliminación preoperatoria de vello para reducir la infección del área quirúrgica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Wick EC, Gibbs L, Indorf LA, Varma MG, Garcia-Aguilar J. Implementation of quality measures to reduce surgical site infection in colorectal patients. *Dis Colon Rectum*. 2008 Jul;51(7):1004-9.
- Razavi SM, Ibrahimpoor M, Sabouri Kashani A, Jafarian A. Abdominal surgical site infections: incidence and risk factors at an Iranian teaching hospital. *BMC Surg*. 2005 Feb 27;5:2.
- Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Diana M, Hübner M, Eisenring MC, Zanetti G, Troillet N, Demartines N. Measures to prevent surgical site infections: what surgeons (should) do. *World J Surg*. 2011 Feb;35(2):280-8.
- Howard NS, Antonelli PJ. Complications of cochlear implant placement with minimal hair shave. *Am J Otolaryngol*. 2004 Mar-Apr;25(2):84-7.
- Celik SE, Kara A. Does shaving the incision site increase the infection rate after spinal surgery? *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008 May 1;33(10):1156.
- Brown S, Kurtsikashvili G, Alonso-Echanove J, Ghadua M, Ahmeteli L, Bochoidze T, Shushtakashvili M, Eremin S, Tsertsvadze E, Imnadze P, O'Rourke E. Prevalence and predictors of surgical site infection in Tbilisi, Republic of Georgia. *J Hosp Infect*. 2007 Jun;66(2):160-6.
- Babcock HM, Carroll C, Matava M, L'ecuyer P, Fraser V. Babcock HM, Carroll C, Matava M, L'ecuyer P, Fraser V. *Arthroscopy*. 2003 Feb;19(2):172-81.
- Richard F. Edlich, George T. Rodeheaver, John G. Thacker, Kant Y. Lin, David B. Drake, Shelley S. Mason, Courtney A. Wack, Margot E. Chase, Curt Tribble, William B. Long III, Robert J. Vissers, REVOLUTIONARY ADVANCES IN THE MANAGEMENT OF TRAUMATIC WOUNDS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT DURING THE LAST 40 YEARS: PART I. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 38, No. 1, pp. 40-50, 2010.
- James A. Pfaff, Gregory P. Moore, Reducing Risk in Emergency Department Wound Management. *Emerg Med Clin N Am* 25 (2007) 189-201.
- Richard F. Edlich, Vikram R. Reddy. REVOLUTIONARY ADVANCES IN WOUND REPAIR IN EMERGENCY MEDICINE DURING THE LAST THREE DECADES. A VIEW TOWARD THE NEW MILLENNIUM. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 20, No. 2, pp. 167-193, 2001.
- Moreira ME, Markovchick VJ. WOUND MANAGEMENT. *Emerg Med Clin N Am* 25 (2007) 873-899.