

PROTOCOLOS

FIEBRE POSTQUIRÚRGICA

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

Este protocolo actualiza el control de la fiebre postquirúrgica, su tratamiento así como el sistema PROA.

ÍNDICE

1. Definición
2. Etiología
3. Diagnóstico
4. Tratamiento
5. PROA

1. DEFINICIÓN

Se considera fiebre postoperatoria la elevación de la temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ en dos ocasiones con más de 4 horas de diferencia y pasadas más de 4 horas después de la intervención, o bien cuando la temperatura esta por encima de 39°C en una ocasión.

2. ETIOLOGÍA

Las causas de la fiebre pueden ser de origen infeccioso o no infeccioso, siendo importante el momento en el que se desarrolla esta fiebre, para establecer una sospecha diagnóstica.

a) Primeras 48 horas

1. La mayoría no son de origen infeccioso (reacciones de hipersensibilidad a la anestesia o a otros agentes farmacológicos, atelectasias pulmonares (complicación más frecuente de la cirugía, consecuencia de la intubación, acumulo de secreciones y falta de movilidad), lesiones ureterales o intestinales o la simple respuesta fisiológica a los traumatismos tisulares intraoperatorios).

2. Entre las causas infecciosas de fiebre precoz postoperatoria están la neumonía, infusiones intravenosas contaminadas, infección de la herida quirúrgica por estreptococo beta-hemolítico del grupo A, infecciones pelvianas asociadas a manipulación intrauterina, infecciones uterinas o urinarias preexistentes.

b) Primeras 72 horas:

1. Infecciones respiratorias: Neumonía, como consecuencia de atelectasias sobreinfectadas o aspiraciones en el momento de la intubación. Generalmente causada por gérmenes gram – (3ª causa de infección nosocomial).

2. Infecciones urinarias: El factor de riesgo más importante es el sondaje vesical y dentro de este los sistemas abiertos.

PROCOLOS

FIEBRE POSTQUIRÚRGICA

3. Flebitis por catéteres intravenosos: más frecuentes con catéteres de plástico. Los gérmenes causantes son S. Aureus y estreptococos. A veces también debidas a Cándida en pacientes cubiertos con antibióticos de amplio espectro.

c) Tras las primeras 72 horas:

1. Infección de la herida quirúrgica (causa mas frecuente de infección nosocomial tras la infección urinaria). En este caso los gérmenes más frecuentes son bacilos gram – y anaerobios.

2. Trombosis venosa profunda

3. Complicaciones inherentes al acto quirúrgico: fístulas intestinales, abscesos pélvicos, infección del manguito vaginal.

4. Otras causas mas raras: tirotoxicosis en el enfermo hipertiroides, feocromocitoma y otras.

3. DIAGNÓSTICO

1. Historia clínica y anamnesis cuidadosa: descartar primero la administración de fármacos a los que sea alérgico o transfusiones. Después interrogamos sobre la aparición de síntomas respiratorios, urinarios o digestivos que puedan estar en relación con un proceso infeccioso.

2. Inspección de la herida quirúrgica, estado de catéteres intravenosos, tubos de drenaje y material que se obtiene a través de ellos.

3. Exploración abdominal si la intervención ha sido abdominal y si existe riesgo de peritonitis o absceso y auscultación pulmonar.

4. Pruebas complementarias: se solicitarán unas u otras según la sospecha diagnóstica, tras la anamnesis y la exploración.

a) Hemograma.

b) Sedimento y anormales; urocultivo.

c) Ecografía abdominal, si se ha realizado cirugía abdominal previa.

d) Hemocultivos: si la temperatura asciende por encima de 38 °C ante el riesgo de bacteriemia. Si se producen además escalofríos, la extracción se hará coincidir con estos.

e) Vigilancia del catéter de la vía, retirándose si fuera necesario.

f) Radiografía de tórax y abdomen.

g) Cultivos de la herida quirúrgica.

PROTOCOLOS

FIEBRE POSTQUIRÚRGICA

4. TRATAMIENTO

No deben administrarse antibióticos empíricos si no es posible identificar una fuente de infección en las primeras 48 horas. Por debajo de 38,5º C no se aplicarán antitérmicos. Por encima de esta temperatura se administrará un antitérmico (paracetamol 500mg-1g/8h) de manera sistemática para evitar sudoración e hipotensión.

El tratamiento antibiótico empírico, hasta recibir resultado del cultivo y antibiograma, incluye varias opciones:

1ª Opción: Amoxicilina-Clavulánico, 1g/8h

2ª Opción: Cefalosporinas de 2ª generación (cefotaxima 1g/8h o cefuroxima 750mg/8h) Si sospechamos anaerobios añadir Metronidazol (250-750 mg/ 8-12 h)

3ª Opción: Clindamicina 600 mg /8h + Gentamicina 80 mg/8h (en este caso no es necesario añadir metronidazol si sospechamos anaerobios)

1. Infección de la herida quirúrgica.

a) En los casos de infección precoz (estreptococo del grupo A y clostridium) se tratará con ampicilina (1-2 g/4-6 h iv) o amoxicilina (0,5-1 g/8 h vo).

b) Pasadas las primeras 48 horas el tratamiento mas adecuado será amoxicilina-clavulánico o clindamicina más ciprofloxacino o cefalosporinas de 2ª o 3ª generación.

c) En el caso de un absceso (infección localizada supurada) el tratamiento inicialmente es quirúrgico con drenajes y desbridamiento de la cavidad y posteriormente antibióticos.

2. Infección de orina

a) Retirar la sonda

b) Tratamiento antibiótico empírico hasta recibir cultivo que se hará con quinolonas (ciprofloxacino 250-750 mg/12 h vo o 200-400/ 12 h iv)

3. Neumonía

a) Tratamiento empírico en espera del cultivo de esputo y hemocultivos con cefalosporinas de segunda-tercera generación y un anaerobida.

b) Fluidificar las secreciones con mucolíticos e hidratación.

4. Infección intraabdominal

a) Punción-aspiración y drenaje percutáneo guiado por eco y/o TAC, si se trata de un proceso localizado (absceso).

PROTOCOLOS

FIEBRE POSTQUIRÚRGICA

b) Drenaje quirúrgico si fracasa a la medida anterior. En caso de abscesos pélvicos se puede intentar el drenaje mediante abordaje transvaginal o transrectal.

5. Infección de catéter intravenoso

a) Retirar el catéter y enviar la punta de éste para cultivo.

b) Se tratarán con Cloxacilina (0,5-1 g/8h vo o 1-3g/4-6h iv) o Vancomicina (15-25 mg/12h iv o 125-500 mg/6h vo)

c) Anfotericina B (0,7 mg/kg /24h). Si la paciente continúa con fiebre tras la retirada del catéter y la cobertura antibiótica de amplio espectro.

5. PROA: PROGRAMA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS

Los PROA son programas de calidad destinados a mejorar la prescripción de los antimicrobianos, garantizando así los resultados clínicos, una menor selección de resistencias bacterianas, la minimización de efectos adversos y tratamientos coste-efectivos. Su implementación en las áreas quirúrgicas puede contribuir a optimizar el abordaje de los pacientes con patologías infecciosas.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Incidencia de sepsis en el periodo postoperatorio	$\frac{\text{Número de pacientes quirúrgicos con una estancia superior a tres días que ha sufrido una sepsis durante su periodo postoperatorio} \times 100}{\text{Número de pacientes quirúrgicos mayores de 18 años y una estancia superior a tres días, dados de alta}}$	CMBD	

BIBLIOGRAFÍA

Autores	Dr. Alkourdi		
Fecha elaboración	Fecha 18 Enero 2023	Vigencia	18/1/2026