

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Actualización en base a recomendaciones publicadas recientemente en documentos de consenso internacionales en el cuidado de heridas quirúrgicas, especialmente en el ámbito de la cirugía obstétrica y ginecológica.

INDICE

1. DEFINICIONES
2. MEDIDAS GENERALES PARA CURAR UNA HERIDA
3. MEDIDAS ESPECÍFICAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE HERIDA
4. DESBRIDAMIENTO DE HERIDAS
5. INDICADORES DE EVALUACIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

1. DEFINICIONES

i. Tipos de heridas

En función de la contaminación y el riesgo de infección se clasifican en:

- ✓ *Limpias*: es aquella que se origina de forma quirúrgica, bajo condiciones asépticas, con trauma tisular mínimo y exposición a microorganismos estrictamente controlada.
- ✓ Limpias contaminadas (ejemplo: cirugía de la vagina)
- ✓ *Contaminadas*: cuando el tiempo transcurrido a partir de la injuria es corto, los tejidos han sido dañados e inoculados con microorganismos que aún no han comenzado a desarrollar en el tejido desvitalizado.
- ✓ *Sucias infectadas*: cuando ha transcurrido el tiempo suficiente como para que los microorganismos comiencen a desarrollarse. Se caracterizan por inflamación, dolor, exudado purulento y, posiblemente, fiebre asociada a neutrofilia en los últimos estadios de la infección.

ii. Antisepsia

La antisepsia es la destrucción de microorganismos patógenos en tejidos vivos íntegros o lesionados mediante la aplicación de unos productos químicos llamados antisépticos seleccionados, que sean activos frente a la materia orgánica y que presenten pocas contraindicaciones.

- ✓ Diguconato de clorhexidina: es uno de los mejores antisépticos, con acción muy rápida, de amplio espectro, acción residual significativa (hasta 6 horas), no es tóxico y no se absorbe a través de la piel. También es recomendable como antiséptico bucal. Permanece activo en presencia de jabón, sangre y materia orgánica. Las soluciones de este compuesto deben protegerse de la luz.
- ✓ Povidona yodada: de segunda elección, ya que no mantiene buena actividad en presencia de secreciones corporales.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

MANEJO DE LAS HERIDAS

- ✓ Agua oxigenada (peróxido de hidrógeno): buen desinfectante de material pero menos satisfactorio en su aplicación habitual como desinfectante de heridas. Sus mejores cualidades son ayudar al desbridamiento de la herida y la acción sobre anaerobios; es por ello que es posible su uso en hematomas por ejemplo en la cirugía de la mama.
- ✓ Sulfadiazina argéntica: es el antiséptico de elección en la prevención de infecciones en quemaduras en cremas al 1%.

2. MEDIDAS GENERALES PARA CURAR UNA HERIDA

- i. Elegir la posición más cómoda y adecuada del paciente para la realización de la cura.
- ii. Realizar las curas en condiciones de asepsia.
- iii. Retirar el apósito (si lo tuviera) humedeciendo la zona para disminuir el dolor, el sangrado y no dañar la zona perilesional.
- iv. Limpieza de la herida: es una parte esencial de su cuidado para la eliminación de restos orgánicos e inorgánicos.
 - ✓ Se recomienda el uso de suero salino isotónico a 30- 35°C. Si produjese demasiado dolor y escozor (debido a su pH entre 4 y 7), se puede sustituir por Ringer Lactato (con pH 6-7). No se deben utilizar soluciones antisépticas como normal general ya que son nocivos para el proceso de cicatrización al destruir el colágeno, pero se recomienda su uso en heridas que van a ser sometidas a desbridamiento cortante o cuando se realice una técnica diagnóstica invasiva (ej. biopsia).
 - ✓ La *técnica de lavado* debe asegurar una mínima fuerza mecánica, aconsejando la utilización de presiones efectivas que se consiguen mediante la aplicación de suero desde el envase irrigador (limpieza por gravedad) o con la ayuda de una jeringa y un catéter. En las lesiones con tejido de granulación no está indicada la irrigación a presión por el riesgo de infección del tejido neoformado.
 - ✓ No secar la herida, sólo la zona perilesional, para evitar traumatismos por fricción.

3. MEDIDAS ESPECÍFICAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE HERIDA

En función del tipo de herida además de lo anterior deberemos realizar:

- i. Herida quirúrgica no complicada: en principio es suficiente con las medidas generales de una cura. Si la herida tiene sangrado, se puede colocar un apósito de alginato de calcio.
- ii. Herida quirúrgica colonizada o infectada
 - ✓ Diagnóstico: es clínico. La mayor parte de las lesiones con signos de infección local no complicada no necesitan de forma sistemática la realización de cultivos. Si la evolución

fuera tórpida, será preciso y urgente filiar el organismo responsable. Si decidimos tomar cultivos, las diferentes técnicas son:

- Lavado por arrastre mecánico con suero las veces que sea necesario, siempre desde la zona más contaminada a la que menos; se recomienda como mínimo una cura diaria (en aquellos casos en los que no se utilicen apósitos bioactivos). También es posible el uso de antisépticos aunque hay que saber que su penetración es muy superficial.
- Si la herida tiene tejido esfacelado o necrótico es necesario realizar un desbridamiento (punto III).
- El cierre podrá realizarse por segunda intención; también es posible la cura húmeda. En función de la cantidad y calidad del exudado y de las características del tejido se decide el tipo de cobertura. Si el exudado es escaso, utilizamos como primer eslabón apósitos de plata pero tener en cuenta que se inactivan con la colagenasa. Si la herida no evoluciona favorablemente se aplica, durante un periodo máximo de dos semanas, un antibiótico local como la sulfadiacina argéntica (Silverderma). Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse cultivos bacterianos. En cualquier caso, en heridas infectadas, no se debe utilizar ningún producto hidrocoloide ya que favorece el desarrollo bacteriano. El resto de materiales concebidos para las curas en ambiente húmedo pueden usarse (hidropolimérico, alginato de calcio e hidrogel; el hidrogel está disponible en forma de gel y de apósito). En los casos en los que exista un exudado abundante, es recomendable el uso de apósitos de alginato de calcio.

iii. Herida dehiscente no infectada

- ✓ Concepto: es la apertura espontánea y no esperada de una herida.
- ✓ Manejo: es posible la cicatrización por segunda o tercera intención o bien el uso de la terapia VAC (cierre asistido por vacío). En el cierre por segunda intención se recomienda el uso de Nitrofuril 0,2% (Furacin®; acción antiséptica y desinfectante) en el lecho de la herida y cubrirlo posteriormente con un apósito de algodón. El cierre por tercera intención es la nueva sutura de la herida. La terapia VAC se puede utilizar en aquellas heridas en las que se prevea un largo periodo para su cierre y no se pueda realizar cierre por tercera intención. Es un tratamiento avanzado de cicatrización de heridas que utiliza una presión negativa continua o intermitente sobre la herida quirúrgica, cubierta previamente con una esponja de poliuretano (que queda por dentro de los bordes de la herida) y sellada con un plástico adherente, con el objeto de limpiar la herida y acelerar el proceso de cicatrización de la misma. Existen, a su vez, apósitos de terapia de presión negativa de un solo uso (PICO®), que absorben los fluidos sin necesidad de almacenarlos en ningún depósito y que serán de

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

MANEJO DE LAS HERIDAS

elección siempre que la cantidad de exudado de la herida lo permita. Está contraindicado en presencia de tejido necrótico o escaras, en heridas con tejido neoplásico o en presencia de sangrado activo.

iv. Úlceras

- ✓ Concepto: cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa e independiente de la posición.
- ✓ Prevención durante el ingreso: son esenciales las siguientes actuaciones:
 - Mantener la piel limpia y seca
 - Utilizar jabones con potencial irritativo bajo
 - Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO)
 - Realizar cambios posturales
- ✓ Manejo: Tras la cura se pueden aplicar diferentes apósitos según el tipo de úlcera:
 - Úlceras no infectadas:
 1. Exudado ligero/moderado: apósito hidrocólico
 2. Exudado moderado/alto: apósito de alginato de calcio
 - Úlceras Infectadas:
 1. No exudativas o en fase de granulación: apósito de hidrogel.
 2. Exudativas: apósito de carbón activado + plata.

4. DESBRIDAMIENTO DE HERIDAS

En función del tipo de herida además de lo anterior deberemos realizar:

i. Concepto: Técnica que consiste en la eliminación del tejido esfacelado o necrótico de una herida o úlcera por medios quirúrgicos o médicos. El tejido necrótico o escara constituye una costra dura y deshidratada, de color negro, café o grisácea. Es una barrera mecánica para la cicatrización y favorece la infección. El tejido esfacelado o desvitalizado es una capa viscosa, de color amarillo o blanquecino que se suelta con facilidad; también predispone a la infección.

ii. Indicaciones: Se recomienda desbridar cuando una herida tenga abundante tejido necrótico, purulento o una extensa zona infectada. Una herida o úlcera no cicatrizará si está presente el tejido necrótico.

iii. Contraindicaciones: No realizarlo en heridas limpias, no infectadas, libres de cuerpos extraños, con escaso tejido esfacelado o necrótico.

iv. Tipo de desbridamiento

- ✓ Quirúrgico: es el procedimiento de elección en heridas infectadas o con alto riesgo de infección, heridas en preparación de injerto, etc. Consiste en eliminar el esfacelo o tejido necrótico a través de un bisturí o tijera.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

MANEJO DE LAS HERIDAS

- ✓ Médico: se utiliza después del desbridamiento quirúrgico o con el tejido esfacelado o necrótico.
 - Enzimático: aplicación de una capa delgada de una crema, ungüento o pomada que contenga enzimas proteolíticas, fibrinolíticas o colagenolíticas. Se debe repetir varias veces al día. El más utilizado es el Irujol® que contiene colagenasa. No se recomiendan los colagenolíticos en heridas que contengan tejido de granulación ya que destruyen el tejido cicatrizal.
 - Químico: utilizamos el cadexómero yodado (Iodosorb®), que además de limpiar la herida del tejido desvitalizado, tiene efecto bactericida y absorbe el exudado.

5. INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Reintervención	Porcentaje de pacientes que precisan reintervención por complicación de herida quirúrgica	Auditoría	Inferior 5%

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Vig S, Dowsett C, Berg L, et al. Evidence-based recommendations for the use of negative pressure wound therapy in chronic wounds: steps towards an international consensus. *J Tissue Viabil* 2011; 20: S1–S18.
2. Schultz G, Bjarnsholt T, James GA, Leaper DJ, McBain AJ, Malone M, et al. Consensus guidelines for the identification and treatment of biofilms in chronic nonhealing wounds. *Wound Repair Regen*. 2017 Sep;25(5):744-757.
3. Sandy-Hodgetts K, Leung E, Andrews E et al (2023) Surgical wound dehiscence (SWD): International consensus statement on assessment, diagnosis and management. London: Wounds International. Available to download from: www.woundsinternational.com
4. Subramonia S, Pankhurst S, Rowlands BJ, Lobo DN. Vacuum-assisted closure On postoperative abdominal wounds: a prospective study. *World J Surg* 2009; 33(5):931–3
5. Li Z, Knetsch M. Antibacterial Strategies for Wound Dressing: Preventing Infection and Stimulating Healing. *Curr Pharm Des*. 2018;24(8):936-951.
6. Sandy-Hodgetts K et al (2024) Incision care and dressing selection in obstetrics and gynaecology: Findings from an international meeting of obstetricians and

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

MANEJO DE LAS HERIDAS

gynaecologists. Wounds International, London. Available to download from www.woundsinternational.com

Autores	Dra. Gómez Vázquez/ Dra. González Paredes
Fecha elaboración	2013
Fecha de revisión	Enero 2025
Vigencia	Enero 2028