



H-3 CURA DE HERIDAS QUIRÚRGICAS Y RETIRADA DE SUTURAS

Fecha de revisión: 27-oct-10

Responsables de revisión	Puesto que desempeña
Alarcón Barcos, Francisca	Supervisora de Maternidad
Contreras Puerta, María Jesús	Enfermera Maternidad
Corrales Mayoral, María Teresa	Jefa de Bloque Materno-Infantil
De Gracia Gutiérrez, María	Enfermera Maternidad
Florez Almonacid, Clara Inés	Enfermera Unidad de Investigación e Innovación en Cuidados
Galván Ledesma, José	Supervisor Unidad de Investigación e Innovación en Cuidados
Navarro Díaz, Concepción	Supervisora Maternidad
Toro Santiago, Joaquín	Supervisor Infantil
Romero Bravo, Ángela	Jefa de Bloque Cuidados Críticos y Urgencias, e Investigación e Innovación en Cuidados

1. OBJETIVO:

- Proteger la herida de la contaminación bacteriana, para promover la curación y prevenir la transferencia de organismos a partir de una herida infectada a otros sitios.
- Recuperar el deterioro de la integridad cutánea.
- Promover el bienestar del paciente.
- Valorar el proceso de curación y disminuir el tiempo de cicatrización.

2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES:

- Los tipos de cicatrización de las heridas son:
 - Primera Intención: La cicatrización se produce cuando el tejido lesionado es suturado con precisión y limpieza. En la reparación hay disminución del edema, no hay evidencia de infección local o abundante secreción, se realiza en un tiempo mínimo y los bordes de la herida están juntos.
 - Segunda Intención: Es la cicatrización de una herida abierta o de un espacio inerte cerrado mediante la formación de tejido de granulación y, finalmente, cierre del espacio por la migración de células epiteliales. La mayor parte de las heridas y quemaduras infectadas cicatrizan de esta forma.

2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- Tercera Intención: Conocida también como cierre diferido o primario tardío. Este es un método de reparación seguro para aquellas heridas contaminadas, sucias, infectadas y traumáticas, que consiste en, dejarlas abiertas inicialmente, para que al cabo de cuatro días o mas y cuando se observe tejido de granulación limpio, sean cerradas mediante intervención quirúrgica.
- Las heridas según la cicatrización se clasifican en:
 - Cerradas: La evolución favorable de estas heridas está relacionada con las condiciones generales del paciente, los procedimientos y el ambiente quirúrgico. El objetivo es lograr que la herida cicatrice normalmente, sin complicaciones, permitiendo el restablecimiento de la función.
 - Abiertas: Generalmente se les deja abiertas a propósito para evitar infecciones, o son lesiones de gran extensión como en quemaduras de considerable superficie y en las que se intentará realizar cierre diferido, tratando de evitar que la contracción de estas heridas produzca severas deformidades
- No hay un solo tipo de cura que pueda proporcionar todos los factores necesarios para todas las heridas, es preciso priorizar las necesidades de cada herida de forma individualizada.
- Las características deseables en una cura, independiente del tipo de herida, incluyen: protección contra las bacterias y materiales extraños, absorción del exudado, prevención de la pérdida de calor y de líquidos de la herida, provisión de compresión para minimizar el edema, eliminar el espacio muerto y creación de un medio oclusivo y calido.
- La literatura apoya el uso de apósitos que promuevan factores microambientales, que estimulen la cicatrización, en particular aquellos que favorecen un medio húmedo para la herida.
- Evaluación de la herida:
 - La evaluación integral de la herida debe tener lugar antes de la elección de un apósito. (Nivel IV)
 - La evaluación debe incluir: la información general y específica sobre el paciente, la piel y la herida; permitiéndonos, de este modo, un diagnóstico preciso.
 - Se debe evaluar los factores de riesgo y administrar un tratamiento efectivo. (Nivel IV)
 - La evaluación del paciente Incluye: (Nivel IV)
 - ♦ Los factores del paciente que podría retrasar la curación.
 - ♦ Las causas inmediatas de la herida y toda la fisiopatología subyacente.
 - ♦ Las condiciones locales en el sitio de la herida.
 - ♦ Las consecuencias potenciales de la herida en la persona.
- La limpieza de heridas:
 - Limpieza de la herida sólo debe considerarse después de una evaluación exhaustiva de la herida. (Grado B)
 - El objetivo es crear las condiciones óptimas locales de la herida para curarse, mediante la eliminación de exudado, los residuos y el tejido necrótico. (Nivel IV)

2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- El agua corriente del grifo es una solución efectiva en :
 - ◆ Laceraciones y heridas postoperatorias de adultos. (Grado B)
 - ◆ Laceraciones de niños. (Grado A)
 - ◆ Heridas crónicas. (Grado B)
- La solución salina estéril (0.9%) es efectiva. (Grado B)
- El agua hervida enfriada puede utilizarse en aquellos medios donde no pueda disponerse de agua potable. (Grado C)
- No limpiar las heridas con agentes antisépticos (solución de hipoclorito sódico, agua oxigenada, ácido acético), pues, son citotóxicos para el tejido. (Grado B)
- La povidona yodada se considera una solución de limpieza efectiva de las heridas contaminadas. (Nivel I)
- Las presiones de irrigación entre 8 y 13 psi (1 psi = 0,070 kp/cm²) son efectivas para reducir la infección y la inflamación sin causar trauma tisular. Estas presiones pueden lograrse mediante jeringa de 20 ml con catéter de 0.8 mm (21G) proyectando una presión de 13 psi. (Grado B)
- La presión de fluido producida por un grifo/ducha es de 40 psi y puede producir daño tisular. (Grado B)
- La presión menor a 4 psi puede no eliminar detritus. (Grado B)
- Técnicas para la limpieza de heridas:
 - La terapia de Whirlpool (hidroterapia con irrigación) resulta efectiva para reducir el dolor y la inflamación en las heridas quirúrgicas y mejora el ritmo de curación de las úlceras crónicas. (Grado C)
 - La limpieza con gasa por arrastre o presión (técnica de swabbing) sobre el lecho de la herida redistribuye las bacterias y puede causar lesiones en el tejido de granulación y de epitelización nuevo, así como dejar fibras en el lecho de la herida. (Grado D)
 - Se recomienda la ducha del paciente con heridas postoperatorias porque no aumenta la tasa de infección y mejora la sensación de bienestar y salud del paciente. (Grado A)
 - En el caso de heridas crónicas se recomienda la ducha con precaución. (Grado C)
 - Los baños de asiento pueden ser utilizado en episiotomías. (Grado E)
- Cultivo de heridas:
 - La técnica con hisopo es el método más utilizado para obtener un cultivo de la herida. Es un procedimiento rápido, barato y reproducible que requiere ser enviado de forma rápida al laboratorio. (Nivel IV)
 - La técnica con frotis produce resultados, falsos positivos, especialmente si el lecho de la herida, no está preparado, el resultado del cultivo sólo puede reflejar la contaminación superficial. (Nivel IV)
 - El cultivo de la herida sólo se deben tomar si se sospecha que hay una infección en la herida. (Nivel IV)
 - Hay pruebas que sugieren, en ausencia de signos clínicos de infección de la herida que el cultivo no proporcionará ninguna información útil para el tratamiento de

2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

rutina y por, lo tanto, no está justificado. (Nivel IV)

- o Los síntomas indicativos de una infección clínica son: inflamación, rubor, calor, secreción purulenta, aumento del nivel de exudado, el deterioro de la herida o de transición, cambio en la apariencia de los tejidos (por ejemplo, la granulación normal se vuelve oscura y sangra con facilidad) y la elevación de la temperatura sistémica. (Nivel IV)

▪ Apósitos:

- o Los apósitos utilizados para la cicatrización de heridas dependen del tipo y localización de la herida, de la presencia de esfacelos o infección, del nivel de exudado, de la eficiencia, de la comodidad del paciente, del costo, de la indicación /contraindicación de los apósitos y los resultados que se deseen obtener en el paciente. (Grado A)
- o El tipo de apósitos que se utilice en las heridas quirúrgicas afectará a la cicatrización. (Nivel I)
- o Los apósitos para la cura de heridas son:
 - ♦ Primarios: Están en contacto con la herida.
 - ♦ Secundario: No está en contacto con la herida pero cubre el apósito primario. Al elegir un apósito secundario se debe garantizar su compatibilidad con el apósito primario. (Nivel IV)
- o Los apósitos de gasa en la curación de heridas quirúrgicas por segunda intención se han asociado con el aumento del dolor del paciente. (Grado B)
- o Los apósitos hidrocoloides se consideran una mejor elección frente a los apósitos de gasa para la curación completa de las heridas crónicas. Los alginatos se recomiendan para el desbridamiento de heridas necróticas. (Nivel I)
- o Los apósitos de hidrofibra, las espumas y los apósitos con plata, en comparación con los apósitos tradicionales, reducen el tiempo de curación de las heridas agudas. (Nivel I)
- o Se recomiendan para las heridas crónicas: los hidrogeles en la fase de desbridamiento, espumas de baja adherencia en la fase de granulación, e hidrocoloides de baja adherencia en la fase de epitelización. (Nivel IV)
- o En las heridas agudas en fase de epitelización y en pieles frágiles se recomienda utilizar apósitos de baja adherencia. (Nivel IV)
- o Se recomiendan los apósitos de alginatos para las heridas hemorrágicas y los de carbón activo para las heridas con mal olor. (Nivel IV)
- o Es necesario que se fije una pauta de curas y se planifiquen posteriores evaluaciones de la herida, registrando en la historia del paciente los cambios que se producen y el tratamiento que se aplica. (Grado B)
- o Es importante utilizar una técnica aséptica al retirar las suturas o las grapas. (Nivel IV)
- o La correcta eliminación de las suturas o grapas de la herida promueve la cicatrización, esquiva los daños tisulares, la introducción de microorganismos que pueden producir una infección a los tejidos y previene la aparición de dolor. (Nivel IV)

2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- Si hay dehiscencia al eliminar las primeras suturas o grapas no retirar todo el material de sutura. Si no existe la dehiscencia de las suturas o grapas las restantes pueden ser retiradas. (Nivel IV)

3. EQUIPAMIENTO NECESARIO:

- Apósitos quirúrgicos estériles.
- Apósitos.
- Bolsa para residuos.
- Carro de curas.
- Contenedor de objetos cortantes.
- Empapador cubrecamas.
- Gasas y compresas estériles.
- Guantes de un solo uso.
- Guantes estériles.
- Jeringa 20 cc con aguja 21 G.
- Mascarilla, lentes protectoras y bata desechable impermeable.
- Paños estériles.
- Povidona yodada, suero salino fisiológico, polihexamida al 0,1% y solución acuosa de clorhexidina al 5%.
- Quita-agrafes.
- Set de curas.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Informe al paciente del procedimiento a realizar y solicite su colaboración, siempre que sea posible. (Grado C)
2. Pregúntele sobre alergias a los productos de limpieza de heridas.
3. Garantice la intimidad del paciente.
4. Verifique si existe riesgo de que se produzcan aerosoles o salpicaduras de fluidos biológicos que puedan contaminar piel o mucosas, y si concurren signos de enfermedades respiratorias agudas.
5. Compruebe que el enfermo se haya duchado, si sus condiciones lo permiten, o se ha realizado la higiene del enfermo encamado.
6. Traslade el carro de curas al lado del paciente.
7. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
8. Coloque al paciente en la postura adecuada para realizar la cura.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

9. Descubra sólo la zona en la que se va a realizar la cura.
10. Proteja la cama con el empapador, si fuese necesario.
11. Informe al paciente del procedimiento a realizar y solicite su colaboración, siempre que sea posible. (Grado C)
12. Pregúntele sobre alergias a los productos de limpieza de heridas.
13. Garantice la intimidad del paciente.
14. Verifique si existe riesgo de que se produzcan aerosoles o salpicaduras de fluidos biológicos que puedan contaminar piel o mucosas, y si concurren signos de enfermedades respiratorias agudas.
15. Compruebe que el enfermo se haya duchado, si sus condiciones lo permiten, o se ha realizado la higiene del enfermo encamado.
16. Traslade el carro de curas al lado del paciente.
17. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
18. Coloque al paciente en la postura adecuada para realizar la cura.
19. Descubra sólo la zona en la que se va a realizar la cura.
20. Proteja la cama con el empapador, si fuese necesario. Prepare el campo estéril en una bandeja del carro de curas o en una mesa auxiliar.
21. Abra el paquete de gasas y el equipo de curas siguiendo una técnica aséptica y dépositelos en el campo estéril.
22. Colóquese los guantes no estériles.
23. Retire suavemente el apósito sucio, humedézcalo con suero fisiológico si está adherido. Doble sobre sí mismo el apósito para no contaminar y dépositelo en la bolsa de residuos junto con los guantes.
24. Valore la herida (tipo, etiología, fase de cicatrización, signos de infección y dolor).
25. Examine cuidadosamente la herida y si hay variación en el aspecto de la misma (enrojecimiento, emplastamiento, dehiscencias o aparición de un absceso) notifíquelo al médico.
26. Colóquese el equipo de protección individual si es necesario (mascarillas/gafas).
27. Colóquese los guantes estériles:
 - Póngase el guante estéril en la mano dominante para mantener la técnica aséptica y, en la otra mano, utilice una técnica limpia con guante no estéril para manejar los elementos que no están en el campo estéril.
 - Colóquese los guantes estériles en ambas manos y solicite al auxiliar de enfermería su ayuda.
 - Use guantes limpios cuando realice la cura con una pinza de disección y una de Köcher. Para mantener la esterilidad, doble una gasa en cuatro de forma que los extremos queden hacia dentro, como indica la siguiente imagen.(Figura 1)
 - Irrigue la herida con suero salino fisiológico, polihexamida al 0,1% cargada en la jeringa de 20 cc (con aguja de 0.8 mm 21G). (Grado B)
 - Repita el mismo procedimiento hasta que la herida esté completamente limpia

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

- Para hacer una torunda doblando las compresas en 4, utilizar las pinzas de Kocher y las pinzas de disección (según la siguiente ilustración).

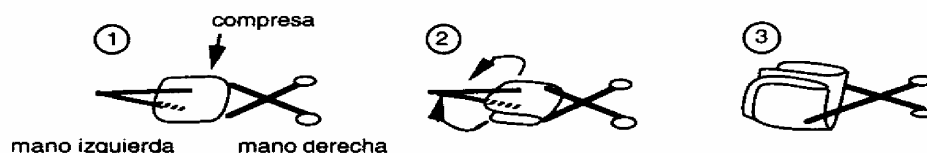


Figura 1

28. Tome cultivo de la herida si procede.

29. Herida cerrada:

- Irrigue de la herida con solución antiséptica si procede: digluconato de clorhexidina 2% o solución de povidona yodada al 10% o poliheximida al 0,1% (dejar actuar 10 minutos).
- Seque la herida con gasas estériles.
- Cubra la herida con apósito estéril y/o vendaje adecuado según la localización y características de la herida o déjela al aire, si lo precisa.
- Si el paciente es portador de un drenaje, siempre que sea posible, se mantendrá aislado de la herida. Limpie, en último lugar, con suero fisiológico de dentro hacia fuera. Secar sin friccionar, aplicar antiséptico en la misma forma y cubrir con un apósito estéril (si procede), evitando el acodamiento del drenaje.
- Retire las suturas, previa limpieza:
 - Puntos separados: Sujete el punto con las pinzas, tire de él hacia afuera para que la porción de hilo que está por debajo quede visible. Corte por debajo del nudo el cabo más cercano a la piel. Extraiga suavemente cada punto sujetando la piel al mismo tiempo con la otra mano, para evitar la tracción y molestia al paciente. (Nivel IV)
 - Sutura continua: Movilice ambos extremos de la sutura. Corte uno de los extremos y tire del otro suavemente, sujetando la piel al mismo tiempo con la otra mano hasta que salga todo el hilo de la sutura. (Nivel IV)
 - Grapas/agrafes: Enganche la grapa por su centro con el extractor de agrafes presionando hasta el fondo en un solo movimiento. La grapa saldrá sola enganchada en el extractor. (Nivel IV)
 - Vuelva a limpiar la insición con antiséptico.

30. Herida abierta:

- Coloque gasas dentro de la herida e impregne las gasas con polihexamida al 0,1%. Deje actuar de 10 a 15 minutos.
- Deseche las gasas.
- Irrigue la herida con la jeringa de 20 cc y aguja de 0.8 mm (21G) que contiene polihexamida al 0,1%, o suero fisiológico si existe exudado.
- Aplique el producto que esté indicado según las características de la herida. (H-3.1)

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

31. Si la herida no tiene exudado, humedezca el primer apósito con polihexamida al 0,1% o administre un hidrogel y coloque el apósito secundario.
32. Si hay exudado coloque el apósito primario seco y luego el apósito secundario.
33. Deje al paciente en posición cómoda y con acceso al timbre y objetos personales.
34. Retire el material utilizado.
35. Deséchese los guantes.
36. Lávese las manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
37. Planifique la frecuencia de las curas de acuerdo a la situación de la herida, tolerancia del paciente y los productos utilizados para el tratamiento de la misma (H-3.1).
38. Enseñe al paciente y cuidador familiar:
 - A comunicar al personal de enfermería cualquier cambio que se produzca en la herida.
 - Las medidas higiénicas y las recomendaciones adecuadas para la higiene en ducha.
 - A observar la evolución de la herida, las medidas higiénicas adecuadas y la necesidad de mantener la asepsia cuando se lleve a cabo el cuidado de la herida en su domicilio.
 - Registre el tipo de cura realizada, evolución de la herida, apósito utilizado, tolerancia del enfermo al procedimiento y la enseñanza suministrada.

5. BIBLIOGRAFÍA:

- Best practice. *Soluciones, técnicas y presión para la limpieza de heridas*. 2007; 7(1):1-7.
- Brown, M. & Brookfield, K. A. *randomized study of closed wound suction drainage for extensive lumbar spine surgery*. Spine. 2004; 29(10):1066-1068. Gates S, Anderson ER. Wound drainage for caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2005; 1.
- Caruana, Emily. [Wound Cleansing: Effectiveness Review](#). Wound Care. JBI Database of Evidence Summaries. 2007.
- Chaby, G.; Senet, P. Vaneau, M. and col. *Dressings for acute and chronic wounds: a systematic review*. Arch Dermatol. 2007; 143(10):1297-304.
- Edwards, P.S. & Lipp, A. *Antisépticos cutáneos en el preoperatorio para la prevención de infecciones en la herida quirúrgica después de una intervención quirúrgica limpia*. Biblioteca Cochaane plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software.
- Fernández, R. & Griffiths, R. *Water for wound cleansing*. Cochrane Database Syst. Rev. 2008.
- Gurusamy, K.S.; Samraj, K.; Mullerat, P. & Davidson, B.R. *Routine abdominal drainage for uncomplicated laparoscopic cholecystectomy*. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 4.
- Gurusamy, K.S. & Samraj, K. *Wound drains after incisional hernia repair*. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 1.
- Gurusamy, K.S. & Samraj, K. *Routine abdominal drainage for uncomplicated open cholecystectomy*. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 2.

5. BIBLIOGRAFÍA: (continuación)

- Fletcher, Jacqu. *Exudates theory and the clinical management of exuding wounds*. Nursing Times.net, 2002.
- James, Barbara. [Wound Packing](#). Aged Care. JBI Database of Evidence Summaries Consumers. 2007.
- Joanna Briggs Institute. *Solutions, techniques and pressure in wound cleansing: A systematic review*. JBI Reports. 2006; 10(2): 1-4.
- Harris, Julie. [Surgical Wounds \(Secondary Intention\): Dressings & Topical Agents](#). Wound Care. JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
- McRae, Sally. [Skin Graft: Management](#). Acute Care. JBI Database of Evidence Summaries. 2008.
- Parker, M.J. Livingstone, V.; Clifton, R. & McKee, A. *Closed suction surgical wound drainage after orthopaedic surgery*. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 3.
- Rie, Cono. [Wound Dressing](#). Aged Care. JBI Database of Evidence Summaries. 2008.
- Samraj, K. & Gurusamy, K.S. *Wound drains following thyroid surgery*. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 4.
- Carr, Sharon. [Wound Care \(Community\): Infection Control](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2007.
- Selby, T. *Managing exudates in malignant fungating wounds and solving problems for Patients*. Nursing Times (2009) 105: 18.
- Stern, Cindy. [Wound Packing: Clinician Information](#). Wound Care. JBI Database of Evidence Summaries. 2007.
- Syah Afrainin, Nur. [Hand Hygiene: Alcohol-Based Solutions](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
- Vaneau, M.; Chaby, G.; Guillot, B.; Martel, P.; Senet, P.; Teot, L. & Chosidow O. *Consensus panel recommendations for chronic and acute wound dressings*. Arch Dermatol. 2007; 143(10):1291-4.
- Vermeulen, H.; Ubbink, D.; Gossens, A.; de Vos, R. & Legemate, D. *Dressings and topical agents for surgical wounds healing by secondary intention*. Cochrane Database Syst Rev. 2004; 1.
- Vuolo, Juli. *Current options for managing the problem of excess wound exudate*. Nursing Times.net 2004.
- Xue, Yifan. [Wound Dressing: Clinician Information](#). Infection Control. JBI Database of Evidence Summaries. 2008.
- Xue, Yifan. [Wound Specimen Techniques: Clinician Information](#). Infection Control. JBI Database of Evidence Summaries. 2008.

6. Documentos asociados:

H-3.1	Productos para el tratamiento de heridas y úlceras por presión.
-------	---