

CURA DE HERIDAS QUIRÚRGICAS

Jorge ISLA COBETA

ATS-DUE. Refuerzo del Sector de Salud de Zaragoza III. Centro de Salud de la Almunia de Doña Gómara. Servicio Aragonés de la Salud

INTRODUCCIÓN

La piel, es una barrera protectora frente a lesiones y organismos patógenos, pero pueden sufrir lesiones, a las que denominaremos **Heridas** y que definiremos como una alteración de esta y de las mucosas adyacentes causada por una alteración de la solución de continuidad que estas representan.

Las causas de las heridas son múltiples, pero según los objetivos de esta obra, las delimitaremos en quirúrgicas y accidentales, siendo las primeras las que a continuación desarrollaremos, indicando solamente que las accidentales se pueden deber a traumatismos, mordeduras, picaduras,...

Las heridas quirúrgicas suelen ser heridas *Abiertas, Simples*: sin destrucción ni pérdida de los tejidos, ni presencia de cuerpos extraños, características que definen las heridas complicadas; y *Limpias*: al realizarse de forma aséptica y siguiendo la ordenada distribución de capas de la piel.

Para poder proceder a la ruptura de la piel, es importante conocer los mecanismos de curación de una herida, ya que cuando se cortan los tejidos, inmediatamente actúa el sistema inmune para iniciar la reparación de este. Se reconocen 3 tipos de curación de heridas: por primera intención, por segunda intención y por tercera intención, poseyendo cada una diferentes aplicaciones prácticas a la hora de cerrar incisiones o heridas "accidentales":

La unión por "*Primera Intención*": es la deseable, pues es la unión primaria de una herida quirúrgica, caracterizándose por ausencia de hinchazón post-operatoria, así como de ningún tipo de infección local, junto con una total aproximación de los bordes, de manera que quede una mínima cicatrización.

La unión por "*Segunda Intención*": se produce en lesiones infectadas, bien a causa de un gran traumatismo, o por la gran pérdida tisular causada, la cual no permite una buena aproximación de los bordes. Son heridas que se pueden dejar abiertas, de manera que se puedan limpiar desde el fondo de estas, hacia la superficie, lo cual implica una curación más lenta y un mayor riesgo de infección secundaria. El cierre de las mismas se ve facilitado por una mayor contractura de la piel, a causa del crecimiento de los fibroblastos que forman el tejido de granulación y que fuerzan el crecimiento secundario del epitelio. A causa de este proceso tan laborioso, la cicatriz resultante es mayor que en el caso anterior.

La unión por "*Tercera Intención*": o también llamada de cierre primario demorado, dado que se realiza cuando la sutura se retrasa, cuando se pretende aislar una región infectada o tras un gran desbridamiento. Dado que la sutura de la herida se realiza a los 4-6 días del post operatorio, se unen dos superficies del tejido de granulación, por lo que la cicatriz resultante suele ser más amplia y profunda.

Una vez conocido el tipo de herida quirúrgica, debemos decidir la cura más apropiada para cada tipo y determinar la periodicidad de estas:

CURA DE HERIDAS QUIRUGICAS

Definiendo **Cura** como el conjunto de técnicas que se realizan sobre una herida con el fin de conseguir una perfecta cicatrización, prevenir la aparición de infecciones locales, protegiendo así la herida y aportando la mayor comodidad posible al paciente.

Valoración de una herida quirúrgica

El cuidado de una herida es responsabilidad del personal de enfermería, así como su valoración y la aplicación del tratamiento adecuado, en la **Observación**, se debe tener en cuenta la aparición de signos tales como:

La Supuración la cual puede ser *serosa*, de color amarillento, *hemorrágico*: o bien originado por el drenaje de un hematoma anterior o por la aparición de una hemorragia superficial, y por último *purulento*, que sería signo claro de infección.

El Dolor es otro signo que sugiere infección. Se aprecia al tocar la herida y las zonas circundantes, pero no debe confundirse con la opresión que se experimenta al tocar las heridas limpias y las suturas.

El Olor sugiere una infección y una posible aparición de un absceso supurativo, siendo característico de gérmenes anaerobios.

Es decir, mediante la observación de signos tales como la aparición de hemorragias, exudados, dolor en la zona de la herida, mal olor o irritación de la zona circundante, nos indicarán los requerimientos específicos para curar cada herida y la forma en que el tratamiento que debe ser aplicado, bien sean pomadas, geles, suspensiones, apósitos,... Así como la necesidad de derivar esa cura para ser valorada por el médico.

Otras indicaciones de necesidad de cura urgente son la aparición de fiebre sin un foco aparente, así como malestar general, ambos signos de infección.

Medidas a tomar en la realización de curas

En la cura de heridas quirúrgicas se deben tomar una serie de precauciones, entre la que destacaremos la **ASEPSIA**, ya que es el elemento más importante siendo la intención evitar al máximo cualquier contaminación de la herida quirúrgica, mientras que donde ya está presente, su fin es evitar que se extienda a otras zonas de la lesión, a otros pacientes o incluso al personal. Para evitar la infección debemos conocer que las principales vías de contagio son la vía aérea, la infección cruzada desde heridas de otro paciente, o desde otras heridas en distinta localización del mismo paciente, mediante material contaminado.

Además de esta medida, se deben tomar otras que en ocasiones por obvias se pasan por alto, como son:

El tener las heridas expuestas el menor tiempo posible, usar guantes desechables para cada cura, y preparar el campo estéril de forma adecuada,

ordenada, no pasar sobre este los apósitos contaminados y en caso de humedecerse este con alguna solución, pasar a considerarlo no estéril.

En el caso de tener que realizar las curas de varias heridas no proceder a la retirada simultánea de todos los apósitos sucios, y en caso de haber una limpia y otra sucia, primero se procede a curar la limpia y después la contaminada. Cubriéndose siempre cada herida con apósitos diferentes.

Material necesario para las curas

La técnica más aséptica para la realización de curas es mediante el uso de bandejas individuales que contengan el material necesario para cada paciente, algo poco frecuente y que es sustituido por el uso de los carros de curas, por lo que estos deben estar siempre limpios y secos, bien organizados y con un perfecto control del material que en el disponemos, en cuanto a empaquetado y sellado del material estéril, tiempo transcurrido desde la abertura de antisépticos, pomadas y demás fungibles que puedan llegar a convertirse en un medio de cultivo.

El equipo necesario depende del tipo de herida sobre el que vamos a realizar la cura, siendo siempre preciso el uso de guantes, a ser posible estériles y desechables, gasas, compresas y paños estériles, que nos permitan delimitar el campo de trabajo, Suero Fisiológico lavador, y en su defecto agua Oxigenada, útil en infecciones por anaerobios, los apósitos, cremas, pomadas y /o geles específicos para cada cura. Y las pinzas y demás equipo estéril adicional.

Procedimiento en curas básicas

Preparar el material necesario, colocarse guantes desechables y retirar el apósito con cuidado tirando suavemente en dirección a la herida, si este se encuentra muy adherido a la lesión, humedecerlo con solución salina a fin de facilitar su retirada, evitando levantar con el apósito el lecho de la herida pudiendo así retrasar su mejoría. Tras la retirada se valora su aspecto como ya hemos descrito anteriormente, y se procede a palpar la herida, a ambos lados, sin realizar una presión excesiva a fin de valorar la aparición de zonas empastadas, de puntos dolorosos y calor o enrojecimiento, todos ellos indicios de infección.

Se procede a preparar el campo estéril, y a desechar los guantes colocándonos los estériles, se prepara una torunda de gasa empapada en suero y se limpia de arriba abajo, empezando por la zona central de la herida y continuando hacia fuera. Si está aconsejado el lavado por arrastre se irriga la zona con solución salina, a fin de eliminar los restos de supuración, así como de los tratamientos aplicados sobre la lesión, nunca realizar ninguna maniobra cuyo fin sea el de eliminar restos de costras duras, ya que podemos arrancar parte del epitelio renovado. Los tejidos necróticos pueden eliminarse con tijeras o bisturí ya que no es un procedimiento doloroso. En heridas cavitadas se debe proceder a la irrigación mediante el uso de jeringas con una presión suave, evitando siempre contaminar la piel sana próxima. El secado se hace de la misma manera, mediante la preparación de una torunda de gasa sin realizar una presión excesiva y usando las gasas una sola vez. Cualquier material que se contamine debe ser desechado y hay que utilizar uno nuevo.

Tras la limpieza de la herida se coloca el primer apósito que en muchas ocasiones es insuficiente, debido a la gran cantidad de exudado, en cuyo caso se deben usar, en función de las valoraciones individuales, compresas estériles o en su defecto un almohadillado con gasas estériles, procediendo en última instancia a cubrir la lesión o bien con esparadrapo hipoalérgico o con un apósito destinado a tal fin.

Por último se debe rellenar el registro del cambio de apósito, en el cual anotaremos las observaciones y los procedimientos realizados, describiendo el estado de la herida, las soluciones utilizadas y el tipo y el tamaño del apósito; y en caso de haber drenaje, la naturaleza y la cantidad drenada a fin de planificar las próximas curas

Curas de heridas infectadas

Al igual que en las básicas se precede a preparar el campo estéril, tras esto se retira el apósito y se observa la herida valorándola, localizando así la zona de la infección, iniciando la cura por la zona limpia, a fin de evitar su contaminación, de manera que tras curarla la taparemos con una gasa estéril.

En la zona infectada procederemos a separar los bordes de la herida, en el caso de las suturas al apreciar una infección, debemos retirar un punto de sutura, el que se encuentre en la posición de mayor declive, a fin de permitir la salida del exudado.

En el caso de ser necesaria la toma de muestras de la herida, se debe limpiar la zona con solución salina y antes de usar ningún antiséptico tomaremos la muestra mediante un tubo de muestras.

Tras la toma procederemos a drenar la herida mediante presiones suaves de los lados de la cavidad, eliminando la mayor cantidad de exudado posible. A continuación irrigaremos la cavidad con solución salina. Algunos autores aconsejan la dilución de ésta con agua oxigenada, repitiendo el drenaje manual de la herida, se seca bien y se aplica la medicación específica, si la precisara o bien se coloca un drenaje, preferiblemente de tipo penrose o de gasa mechada, para evitar el cierre de la superficie de la herida y que la infección quede completamente cavitada, siendo así imposible su tratamiento y precisando ser abierta de nuevo con las consiguientes molestias generadas al paciente. Se tapa la herida con un apósito absorbente y se manda la muestra a microbiología.

Curas más habituales:

Cura de suturas

La sutura se usa para mantener los tejidos unidos. En las heridas profundas se usan suturas reabsorbibles, que son absorbidas al cabo de un tiempo por el organismo, estas no precisan ningún tipo de cuidados, salvo que sean usadas en superficie, como en intervenciones ginecológicas, en cuyo caso se realiza una cura simple a la espera de que los nudos de las suturas caigan por si mismos

Las suturas no reabsorbibles precisan ser retiradas cuando la herida ya a cicatrizado, momento que suele ser entre los 7 y 10 días tras la intervención, variando en función de la tensión que sufre la herida, la capacidad de cicatrización de la herida y según zonas del cuerpo. Un caso

especial sería en pacientes inmunodeprimidos en los que las suturas pueden permanecer hasta 2 semanas.

La cura de las suturas no precisa ningún tratamiento especial, salvo mantener los puntos limpios y secos desinfectándolos con povidona yodada y tapándolos con un apósito de gasa, hasta el momento de retirarlos, proceso para el que tan solo se precisan unas pinzas de disección, preferiblemente sin dientes y una hoja y un mango de bisturí, de manera que tras limpiar la herida y liberar los hilos que sobresalen de los nudos, se pinzan estos levantando el nudo hasta poder acceder por debajo de este al hilo, a fin de poder cortarlo siempre por el extremo que menos tenga que pasar a través de la herida, y se tira del hilo, en la dirección de la herida, hasta extraerlo en su totalidad, procurando que no se rompa para que no quede en el organismo como un cuerpo extraño, pudiendo ser foco de posteriores infecciones.

En el caso de las suturas continuas el procedimiento es similar, pero tan solo hay que cortar un nudo y tirar de él suavemente hasta extraerlo del todo, siendo muy común que la tracción se deba hacer a pequeños tirones, pues con frecuencia el tejido de cicatrización se forma cogiendo el hilo dificultando la extracción, de la misma manera hemos de asegurarnos que hemos extraído la totalidad de la seda.

En las suturas interrumpidas, es conveniente retirar los puntos de manera alterna para asegurarnos de la total cicatrización, ya que en ocasiones, no se ha producido el cierre total de la herida, debiendo valorarse en cada caso su cierre por segunda intención, o bien la colocación de tiras de aproximación, las cuales se colocan sobre la piel bien seca y limpia, traccionando del tejido hasta conseguir la mayor unión posible, estas pueden permanecer hasta 12 días y en caso de ser cubiertas con un apósito de gasa. Se debe tener precaución al retirarlo para valorar, y en ningún caso mojarlo pues se separarían las tiras junto con el apósito.

En el caso de las grapas la cura se realiza de la misma manera que en los demás tipos de suturas, y al retirarlas solo es preciso un quita - agrafes, el cual se introduce entre la piel y la grapa y se presiona la pinza exterior, al igual que las suturas interrumpidas es conveniente quitarlas de forma alterna en al menos 2 sesiones diferentes.

En todos los casos tras la retirada se limpia la incisión con solución salina y se aplica un antiséptico, cubriéndose después con un apósito estéril.

Cura de Drenajes

Su fin es evacuar los líquidos y el pus de una cavidad corporal o herida quirúrgica cavitada. Se colocan en una pequeña incisión junto a la herida quirúrgica o en el extremo mas en declive de esta, siendo su fin: Eliminar la acumulación de líquidos, evitar la formación de seromas o hematomas, minimizar el potencial de contaminación de una herida, evitar la desvitalización y necrosis de los márgenes de la herida, obliterar los espacios muertos, así como disminuir el dolor post-operatorio, al no permitir la tensión por inflamación de la herida y minimizar la cicatrización.

Su acción es por rebosamiento y por capilaridad de este al vendaje absorbente, facilitado por las diferencias de presión y por la acción de la gravedad.

El más habitual es el de tipo *Penrose* un cilindro de pared delgada de látex y normalmente tiene una longitud de 15 a 30 cm. De manera que se introduce en el orificio y se fija a la piel con un punto de sutura evitando así que sea expulsado. Otros tipos de drenaje son los *continuos por gravedad* como los tubos en T, conectado a una bolsa de escala graduada de 500 a 2000 ml, debiendo estar siempre en un lugar pendiente, mas bajo que el drenaje para evitar el reflujo.

Otro tipo de drenajes son los activos, los cuales se conectan a una fuente externa de vacío constante y suave, a fin de evacuar los líquidos tisulares, sangre y aire acumulados en la lesión, entre estos destacan los drenajes torácicos, colocados en la cavidad pleural asegurando la completa expansión del pulmón.

Los drenajes son de uso único, nunca son reutilizables, ya que entre sus características está la reabsorción de sustancias químicas irritantes tisulares que producirían irritaciones en caso de ser reutilizados.

El objetivo de las curas de los drenajes es eliminar el potencial riesgo de infección que conlleva la colocación de un sistema de drenaje que comunica el medio externo y el interno.

La cura debe realizarse con la técnica estéril ya comentada anteriormente, mediante irrigación con suero de la lesión, procediendo al secado y desinfección de la zona, es conveniente en las curas proceder a la retirada paulatina del drenaje a fin de que el cierre de la herida se produzca de abajo a arriba, siendo lo aconsejado la retirada de 1- 2 cm cada 48 horas, de manera que si el drenaje está suturado a la piel se debe retirar el punto de fijación, ciertos autores aconsejan el uso de un imperdible estéril que prenda de la piel y coja el drenaje, en el caso de los drenajes cerrados, en los de tipo penrose, es suficiente con la colocación de un apósito estéril compresivo que evite su desplazamiento, y tener la precaución de humedecerlo al retirarlo para no arrastrar el drenaje con el.

Cura de injertos

Este procedimiento que implica la extracción de tejido de un lado para su posterior trasplante en otro, precisa de tratamientos específicos, ya que en este todas las conexiones de la piel están separadas, por lo que es importante que el injerto se mantenga hasta que se haya cicatrizado por completo.

Los apósitos, cuando se usen, deben ser aplicados con presión suficiente para prevenir la acumulación de líquidos bajo el injerto, a la vez que mantiene la posición de este, pero sin ser una presión tal que dificulte la irrigación sanguínea.

Se debe tener especial precaución en la técnica estéril, ya que la infección es la principal causa de rechazo de un injerto.

Al curarlo debemos valorar el color, ya que si observamos cierta palidez, podemos deducir una mala vascularización. En este caso una pequeña incisión en el injerto nos indicara, en caso de ver hemorragia, que la vascularización es adecuada.

También debemos tener en cuenta los demás signos de complicaciones que podemos encontrar en todas las heridas, como dolor, calor local, inflamación, edema,...

La cura se debe de realizar con el procedimiento de cura básica, salvo complicaciones que indiquen la necesidad de tratamientos específicos como antibióticos o cicatrizantes.

Cura de estomas

Son aberturas no naturales de los diferentes tractos, que pueden ser temporales o definitivos, cuyo fin es sustituir estas ante procesos patológicos, tales como tumores, estenosis, parálisis,...

Durante la cura debemos valorar el estoma, apreciando si tiene un aspecto amoratado que nos indicará un estrangulamiento y la posibilidad de que se necrose, ya que su estado normal es de un rojo brillante.

La limpieza se debe realizar de forma aséptica, lavando la zona con solución salina, no muy fría ni caliente, evitando el uso de antisépticos como la povidona yodada o los derivados mercuriales que producirían irritación local, debiendo diluirse en caso de tener que ser usado, en caso de infección se aconseja el uso de pomadas antibióticas, tales como la sulfatiacida argéntica que facilitan su cicatrización.

Antes del alta es aconsejable la educación al paciente y a la familia en los cuidados y en las complicaciones que pueden aparecer.

Cura de heridas en localizaciones complejas

Son aquellas curas de heridas quirúrgicas comunes pero en localizaciones anatómo-topográficas de más difícil acceso o tratamiento como son:

La Boca cuyas intervenciones y heridas son dolorosas, precisan de una correcta higiene bucal, y una dieta blanda evitando bebidas lácteas que se quedan adheridas a la lesión y son un buen medio de cultivo para las infecciones.

En el *Perineo* se encuentra el problema del apoyo del paciente y de la necesidad de eliminación, por lo que la cura se realiza mejor con irrigación y el paciente sentado sobre una cuña. En los varones en las heridas en los genitales se suelen usar los suspensorios que alivian la tirantez en caso de inflamación o puntos en la región escrotal.

En *Pies y Manos* nos encontramos zonas de mayor facilidad para la infección, por los pliegues que presentan, siendo además muy sensibles al dolor, debiendo valorar además la falta de independencia que estas lesiones suelen conllevar.

Materiales usados para cura de heridas

Soluciones limpiadoras

Solución salina: limpia e irriga las heridas, poco molesta, pero en heridas de gran extensión y profundidad debe usarse tibia, Su función es eliminar los esfácelos y la sangre así como desbridar y eliminar todos los restos de exudado, de manera que se puede usar en todo tipo de heridas.

Agua estéril: se usa de la misma manera que la solución salina y con el mismo fin, pero produce un menor efecto de desbridamiento.

Diluciones yodadas muy usadas en ginecología, limpian por arrastre, poseen acción antiséptica, pero no queman ni irritan la mucosa como los antisépticos concentrados.

Otros tipos de diluciones específicas, para lavados por irrigación.

Materiales limpiadores

Torundas, normalmente de gasa estéril, se usa para aplicar soluciones o para secar la herida, de manera que eliminamos los esfácenos por fricción y absorbe la humedad, pero se debe tener precaución de no dejar hilos sobre la herida que pueden causar infección, cosa que también ocurre con las torundas de algodón, pero que se evita usando las gasas sintéticas.

A pesar de cierta literatura ya no se aconseja la limpieza con esponja salvo ocasiones especiales quirúrgicas para una mayor asepsia, ya que elimina peor los esfácenos y no seca tanto como las gasas.

Apósitos

Pueden ser de gran variedad en función del fin que se persiga.

Los de gasa son usados directamente sobre la herida, siendo su fin proteger la lesión y absorber el exudado, en ocasiones el grosor del apósito incomoda al paciente, de la misma manera que al aplicarse directamente sobre la herida pueden levantar el lecho de esta al retirarlo.

Las gasas vaselinadas evitan el problema de la adherencia de las gasas del apósito a la herida, permitiendo una mejor cicatrización del lecho de la herida.

Las gasas sintéticas, cada vez más en desuso son adherentes, lo cual aumenta el problema de la erosión del lecho, pero son más absorbentes.

Actualmente ya poseemos una gran variedad de apósitos formados por varias capas, de manera que un solo apósito realiza varias funciones: desbrida la herida, la protege y permite la absorción de los exudados, permitiendo además un mayor distanciamiento entre una cura y la siguiente. Ejemplo de esto son los apósitos con espumas de poliuretano que absorben el exudado transmitiéndolo a una capa superior de material hidrocápsico con

un trenzado súper absorbente, quedando todo ello protegido por una lamina de silicona.

Otros son los apósitos hidrocoloides, que facilitan la cicatrización de la herida y disminuyen las secreciones, y su versión más moderna que son los hidrocelulares, que facilitan además el desbridamiento de la lesión si lo precisara.

Una de las últimas innovaciones son los que hacen de piel artificiales, permitiendo colocar el apósito y realizar las curas sobre este sin retirarlo en varios días de manera que absorben el exudado mediante una espuma de poliamida, retirándolo de la herida y mandándolo en el apósito absorbente que siempre se debe colocar sobre este. Además permite la aplicación de tratamientos adicionales y la cura plana de la herida sin necesidad de retirarlo.

Pomadas

Podemos encontrar de varios tipos:

Antibióticas como son las que contienen sulfatiazina argéntica, junto con las compuestas por nitrofurazona útiles en quemaduras, con ácido fusídico útil en infecciones dérmicas fucidine ®, de neomicina,...

Las desbridantes como las basadas en colagenasas o en proteínas tales como la tripsina, quimotripsina,...

Las cicatrizantes como las hechas con extracto de centella asiática.

Cintas adhesivas

Cuyo fin único es sujetar el apósito en el caso que no sea adhesivo, pero que en función del material del que están hechos tienen un fin u otro, como son:

Los de tela, usados cuando se requiere una sujeción fuerte, en un apósito aislante, pero que pueden causar hipersensibilidad en ciertos pacientes o con el uso continuado, irritaciones y llegar a erosionar la piel.

Los hipoalergénicos, en todas sus variedades, multiporoso, flexibles y repelentes al agua, todos ellos de uso general, salvo el último que es usado en apósitos contaminados por líquidos corporales.

Por último recordar la importancia siempre de registrar en las hojas de enfermería tanto los procedimientos, las técnicas y los materiales usados en cada cura, así como su valoración y posibles comentarios al respecto.

BIBLIOGRAFIA

Titulo: Cuidado de las heridas

Autor: Hill A. David

Editorial: Doyma

Ed:1988

Tecnicas de quirofono

Berr y Lo Kohns; Luc y Jo Atkinson

Cirugía menor para profesionales de enfermería

E. Oltra, C. Gonzalez; L. Mendiola

Ed. Edimsa 2002

Ostomias

Winkler

Ed: Doyma 1987