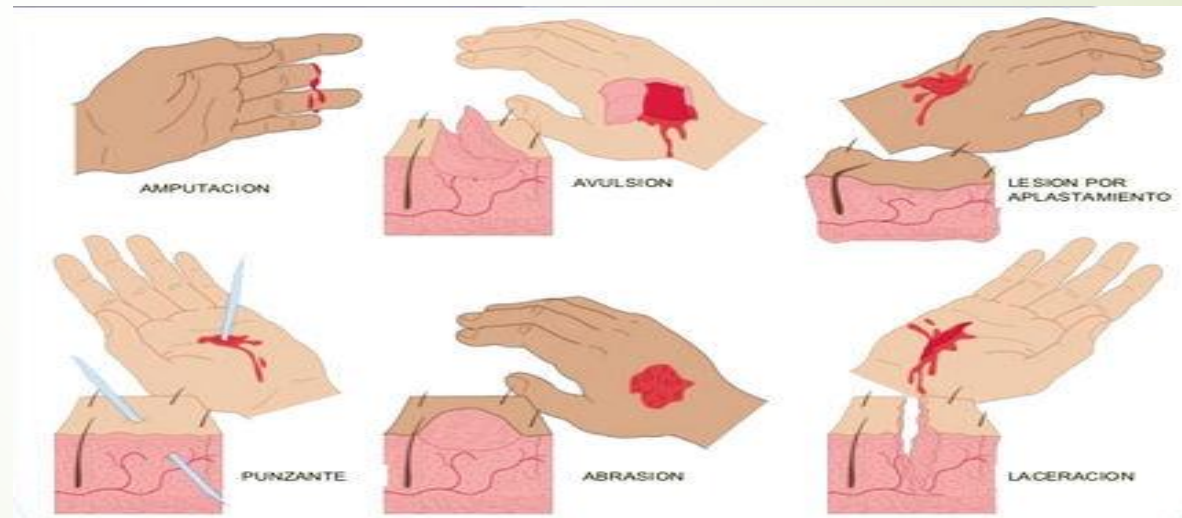


# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

## LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

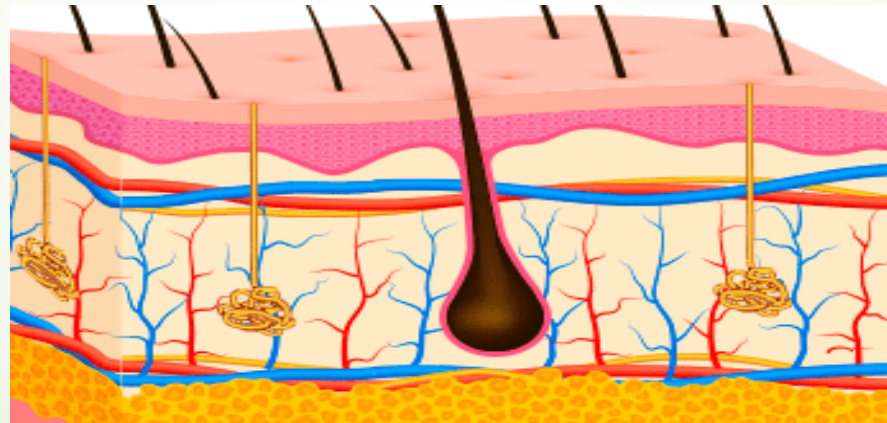
### MATERIA: ENFERMERÍA CLÍNICA I

### TEMA: HERIDAS

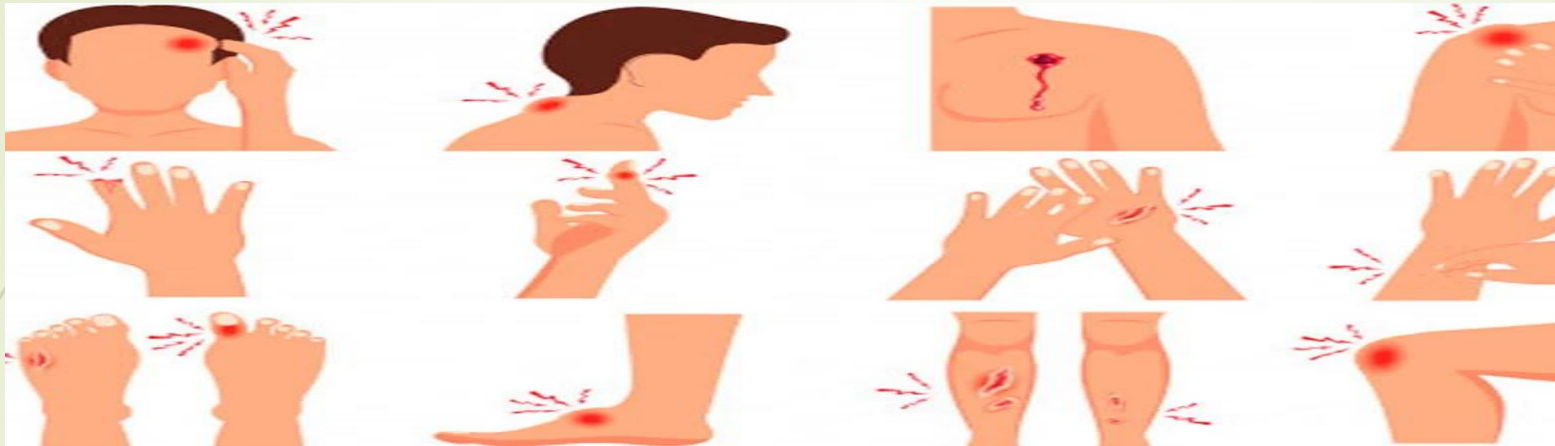


**LA PIEL:** representa por su peso el órgano más grande del cuerpo humano, ya que constituye el 15 a 20 % de la masa corporal total. Cumple con 6 funciones principales los cuales son: **homeostasis, endocrinológica, excretora, sensitiva, inmunitaria y barrera mecánica, de permeabilidad y ultravioleta.**

- La piel consta de 2 estratos principales que se separan mediante la membrana basal:
- **Epidermis.**
- **Dermis.**



**Herida:** se define como una lesión, intencional o accidental, que puede producir pérdida de la continuidad de la piel y/o mucosa.



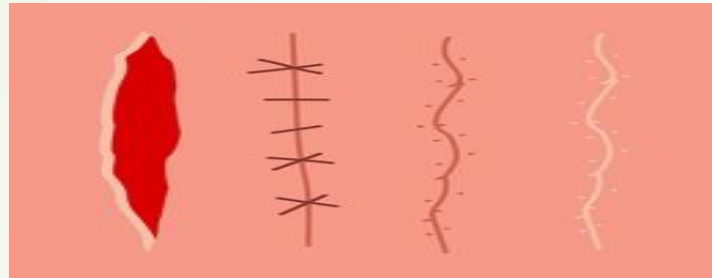
► **Concepto de herida según la OMS:**

Es la pérdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o químico. Producida una herida, acontece un conjunto de procesos biológicos que utiliza el organismo para recuperar su integridad y arquitectura.

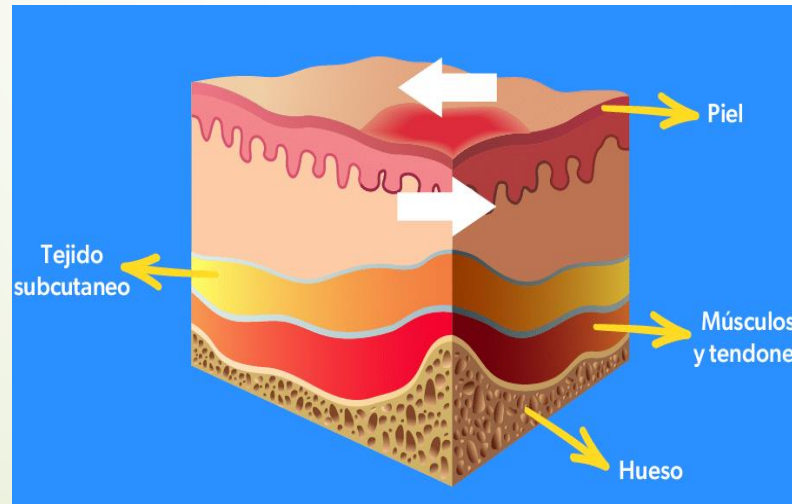
# Clasificación de las heridas.

## Clasificación según naturaleza causal de la lesión.

- **Incisión:** causada mediante objetos afilados, que generan daño en piel, generalmente una baja disrupción del soporte sanguíneo.



- **Cizallamiento o desaceleración:** causada por objetos capaces de superar la fuerza de cohesión del tejido.





- ▶ **Contusión:** la fuerza de aplastamiento genera muerte celular inmediata y daño del suministro de sangre subyacente al tejido.



- ▶ **Quemaduras:** causada por el contacto de la piel con una fuente de calor, la cual puede provenir de varias fuentes, entre las más comunes están fuego/llamas, escaldaduras y objetos calientes.



- **Ulceración:** causada por alteración en el revestimiento epitelial.



- **Mordeduras:** causadas por humanos o animales.




## Clasificación según contaminación.

En toda cirugía se producen heridas(s) quirúrgica(s). En el post operatorio existe un riesgo de infección de 0 a 20% dependiendo de factores propios de cada cirugía, así como de factores de cada paciente.

- ▶ **Clase I (limpia):** herida desinfectada y en ausencia de inflamación. Son principalmente cerradas. Tiene riesgo de desarrollar infección del 2%. **Ejemplo:** incisiones para reparación de hernia, laparotomía exploratoria, mastectomía entre otras.
- ▶ **Clase II (limpia/contaminada):** en la cirugía se accede intencionalmente al tracto respiratorio, gastrointestinal o genitourinario. El riesgo de desarrollar infección es del 5-15% por microorganismos endógenos del paciente. **Ejemplos:** histerectomía, colectomía, lobectomía pulmonar entre otros.
- ▶ **Clase III (contaminada):** herida abierta <6hrs y accidental. El riesgo de desarrollar infección es de 15% por microorganismos endógenos o exógenos del procedimiento. **Ejemplo:** apendicetomía en apendicitis aguda, masaje cardíaco abierto, colecistectomía con inflamación aguda y derrame de bilis.



- 
- ➔ **Clase IV (sucia/infectada):** herida > 6 hrs, traumática que contiene tejido desvitalizado con inflamación purulenta. El riesgo de desarrollar infección es del 30%. Ejemplos: apendicectomía por rotura de apéndice, apendicectomía con presencia de pus, tratamiento quirúrgico de un absceso entre otras.

### **Clasificación según su temporalidad.**

- **Aguda:** < 6 horas, de evolución, son potencialmente estériles.
- **Subaguda:** >6 horas, pero <5 días de evolución, puede ser colonizada, a menos que se tomen determinadas medidas de limpieza.
- **Crónica:** >5 días de evolución, se considera colonizadas por bacterias.



## Clasificación según profundidad.

- ❑ **Excoriación:** herida que abarca epidermis y dermis, afectando solamente el estrato de la piel.
- ❑ **Superficial:** heridas que pueden abarcar desde la epidermis hasta la hipodermis.
- ❑ **Profunda:** herida que compromete el espesor desde la epidermis hasta el músculo, pudiendo lesionar vasos sanguíneos y/o nervios de mayor calibre.
- ❑ **Penetrante:** herida que abarca desde la epidermis hasta la fascia profunda subserosa que cubre las paredes internas musculoesqueléticas y forma del peritoneo.
- ❑ **Perforante:** herida que abarca desde la epidermis hasta una víscera contenida en una cavidad.
- ❑ **Empalamiento:** herida generada por un objeto inciso-punzante de forma tal que queda atrapado en el organismo.



**Herida por excoriación.**



**Herida superficial.**



**Herida profunda.**



**Herida penetrante**



**Herida perforante.**



**Herida por empalamiento.**

# Cuidados de enfermería en heridas.

El cuidado de heridas es una técnica estéril, por lo que previamente a su realización se deberá realizar lavado de manos y colocación de guantes.

El cuidado de heridas se realizará en la posición más adecuada para el paciente según la localización de la herida.

## Heridas no quirúrgicas.

- **Heridas con fondo rojo.** Se trata de heridas limpias y con tejido de granulación que se deben proteger y manipular poco.
- **Heridas con fondo amarillo.** Son heridas que tienen esfacelos y placa semisólida. Se tomará cultivo si procede.
- **Heridas de fondo negro.** Indican tejido necrótico y deben ser desbridadas.



## Actuación de enfermería en el cuidado de las heridas.

1. Dejar al aire la herida. Retirar el apósito anterior en el caso de que existiera.
2. Lavar con agua y jabón y aclarar abundantemente con agua, posteriormente secar bien.
3. Lavar a chorro la herida con suero fisiológico, favoreciendo el arrastre de los posibles materiales extraños.
4. Para el desbridamiento de heridas en ocasiones será necesario aplicar anestésicos locales tópicos.

### Herida quirúrgica.

1. Dejar al aire la herida.
2. Retirar apósito.
3. Observar el apósito y la herida.
4. Limpieza de herida.
5. Desinfección de herida con antiséptico indicado y aplicar fármaco o tópico si está indicado.
6. La retirada de suturas y grapas se realizará de manera estéril.




# Intervención de enfermería (NIC)

## Cuidados de las heridas 3660

Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.

### Actividades:

- Despegar los apósitos y el esparadrapo.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Medir el lecho de la herida, según corresponda.
- Extraer el material incrustado (astilla, garrapata, cristal, grava, metal), según sea necesario.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.
- Administrar cuidados de la úlcera cutánea, si es necesario.
- Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión, según corresponda.
- Aplicar vendaje apropiado al tipo de herida.
- Reforzar el apósito si es necesario.
- Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido por la herida.


- 
- Colocar de manera que se evite la tensión sobre la herida, según corresponda.
  - Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas, según corresponda.
  - Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda.
  - Remitir al médico especialista en ostomías, según corresponda.
  - Remitir al dietista, según corresponda.
  - Aplicar TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) para favorecer la curación de la herida, según corresponda.
  - Colocar mecanismos de alivio de presión (p. ej., colchones con baja pérdida de aire, de espuma o gel; almohadillas para el codo o el talón; cojín para la silla), según corresponda.
  - Ayudar al paciente y a la familia a obtener material.
  - Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.
  - Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.
  - Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.

## Cuidados de las heridas: quemaduras 3661

Definición: Prevención de complicaciones de las heridas debidas a que maduras y estimulación de su curación.

### Actividades:

- Enfriar la herida con agua templada (20°C) o solución salina en el momento de la lesión, si es posible.
- Lavar las heridas químicas continuamente durante 30 minutos o más para garantizar la eliminación de todo el producto cáustico.
- Determinar el área de entrada y salida de quemaduras eléctricas para evaluar qué órganos pueden estar afectados.
- Obtener un electrocardiograma (ECG) en todas las quemaduras eléctricas.
- Elevar la temperatura en el paciente con quemaduras por frío.
- Mantener permeables las vías aéreas para asegurar la ventilación.
- Controlar el nivel de consciencia en pacientes con quemaduras graves.
- Evaluar la boca y las fosas nasales del paciente para identificar cualquier posible lesión por inhalación.
- Evaluar la herida examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección.
- Administrar toxoide tetánico, según corresponda.
- Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección (p.ej., mascarilla, bata, guantes estériles, gorro y calzas).

- 
- Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para vendar la herida.
  - Proporcionar medidas de confort antes de cambiar vendajes.
  - Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso.
  - Retirar el vendaje/apósito exterior cortándolo y mojándolo con solución salina o agua.
  - Realizar el desbridamiento de la herida, según corresponda.
  - Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda.
  - Colocar un apósito oclusivo sin comprimir.
  - Colocar una postura correcta para preservar la funcionalidad de las extremidades y articulaciones para evitar la retracción.
  - Proporcionar un control adecuado del dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas.
  - Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios donante e injerto.
  - Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos.
  - Administrar gammaglobulina para evitar desplazamiento de fluidos, según corresponda.
  - Ayudar al paciente a determinar el grado real de cambios físicos y funcionales.
  - Ofrecer al paciente opciones de reparación estética.
  - Recomendar métodos para proteger la parte afectada.
  - Ayudar al paciente a aceptar los cambios físicos y adaptarse a su estilo de vida (p.ej..) relaciones sexuales, familiares, laborales y sociales.
  - Proporcionar aceptación y soporte emocional durante los cuidados.




## Cuidados de las heridas: drenaje cerrado 3662

Definición: mantenimiento de un sistema de drenaje presurizado en una herida.

### Actividades:

- Reunir el equipo y suministros necesarios a la cabecera de la cama del paciente (p.ej., frasco de muestras calibrados empapador y guantes).
- Ayudar al paciente a ponerse en una posición cómoda.
- Evitar la transferencia de microorganismo (es decir, lavarse las manos y utilizar guantes limpios desechables).
- Exponer el sitio de inserción del catéter y del tubo, colocando el sistema de drenaje sobre un empapador.
- Comprobar la permeabilidad, hermeticidad y estabilidad de la bomba y del catéter, teniendo cuidado de no retirar suturas de forma involuntaria, si están presentes.
- Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias alrededor del drenaje.
- Notificar al profesional sanitario adecuado la oclusión del catéter, los signos de infección o molestias, el desplazamiento de los tubos y los sistemas de drenaje que estén llenos.
- Retirar el tapón o desconectar el tubo, dependiendo del sistema de drenaje (p.ej., Hemovac o Jackson-Pratt).
- Vaciar el drenaje en un frasco para muestras, evitando la contaminación de la boquilla del drenaje.

- 
- Limpiar la boquilla del drenaje con una gasa empapada en antiséptico.
  - Comprimir el sistema de drenaje y sujetarlo con fuerza mientras se reinserta el tapón o se conecta el tubo.
  - Colocar el sistema de forma adecuada (es decir, evitar el acodamiento del tubo y fijarlo a la ropa del paciente o de la cama, según corresponda).
  - Registrar el volumen y las características del drenaje (p.ej., color, consistencia y olor).
  - Comprimir el sistema para aplicar aspiración a intervalos regulares, según la política del centro.
  - Numerar los dispositivos de recogida, sí hubiera más de uno.
  - Eliminar los elementos sucios de manera adecuada.

## Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización 3664

Definición: Cuidados paliativos y prevención de las complicaciones de una herida maligna o de otro tipo cuando no es previsible la cicatrización.

### Actividades:

- Proporcionar un control adecuado del dolor (p.ej., relajación, distracción, administración de terapia analgésica antes y después de los cambios de vendaje).
- Acordar la realización de descansos mientras se realizan procedimientos en la úlcera.
- Humedecer los vendajes con solución salina antes de retirarlos, cuando proceda.
- Describir las características de la úlcera, observando el tamaño, ubicación, exudado, color, hemorragia, dolor, olor y edema.
- Registrar los cambios observados en la evolución de la úlcera.
- Observar los signos y síntomas de infección de la herida.
- Observar los signos de dermatitis en la piel periulcerosa, usando cremas de barrera, si procede.
- Irrigar la úlcera con agua o solución salina, evitando una presión excesiva.
- Evitar la fricción con gasa durante la limpieza.
- Evitar el uso de antisépticos.
- Limpiar la úlcera, comenzando con la zona más limpia y moviéndose hacia la más sucia.
- Limpiar suavemente la piel periulcerosa seca.
- Evitar la debridación química o mecánica del tejido.
- Aplicar medicación tópica (p.ej., citostáticos, antibióticos, analgésicos), según sea necesario.
- Usar apósitos de carbón activado, si procede.
- Utilizar apósitos muy absorbentes cuando haya abundante secreción.

- Colocar un dispositivo de drenaje, según sea necesario.
- Aplicar presión manual sobre los puntos hemorrágicos o en las zonas que puedan sangrar.
- Establecer comunicación con el paciente sobre el aspecto que más le preocupa de la úlcera.
- Determinar el impacto que la úlcera está teniendo en la calidad de vida del paciente (p.ej., sueño, apetito, actividad, estado de ánimo, relaciones).
- Enseñar al paciente y/o a sus familiares el procedimiento para el cuidado de la úlcera, según corresponda.
- Instruir al paciente y a su familia acerca de los signos de infección.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener los materiales necesarios para los cambios de vendaje.
- Enseñar al paciente y a la familia cómo deshacerse de los apósitos usados.
- Enseñar los métodos para proteger la herida de golpes, presión y fricción (p.ej., uso de almohadas, cojines, almohadillas).
- Animar al paciente a participar en actividades sociales, ejercicio y relajación, si procede.
- Animar al paciente a que mire la parte del cuerpo que ha sufrido el cambio.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente y al cuidador familiar.
- Identificar los métodos de reducir el impacto causado por cualquier desfiguración mediante el uso de prendas de vestir, si es apropiado.
- Ayudar al paciente a asumir a una mayor responsabilidad con el autocuidado, en la medida posible.
- Animar al paciente y a la familia para que desempeñe un papel activo en el tratamiento y la rehabilitación, según corresponda.





## Irrigación de heridas 3680

Definición: Irrigación o lavado de las heridas con una solución.

### Actividades:

- Reunir el equipo y suministros a la cabecera de la cama del paciente (p.ej., equipo de irrigación, empapador, batea estéril, solución de irrigación estéril, guantes y equipo para el cambio de vendaje).
- Identificar cualquier alergia relacionada con los productos utilizados.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Proporcionar analgésicos antes de los cuidados de las heridas, según sea necesario.
- Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda, asegurándose de que la solución fluya por gravedad desde la zona menos contaminada a la más contaminada y luego a la batea de recogida.
- Colocar un empapador y toallas bajo el paciente.
- Lavarse las manos.
- Colocarse una mascarilla, gafas y bata, si es necesario.
- Retirar vendaje e inspeccionar la herida y el tejido circundante, notificando las anomalías al profesional sanitario apropiado (p.ej., infección y necrosis).
- Verter la solución de irrigación prescrita en el recipiente de irrigación estéril, asegurándose de calentar la solución a la temperatura corporal.
- Ponerse guantes estériles.
- Abrir la jeringa de irrigación y colocarla en el recipiente con solución.

- 
- Colocar la batea estéril en el extremo distal de la herida.
  - Llenar la jeringa de irrigación de solución.
  - Evitar reaspirar la solución con la jeringa.
  - Lavar la herida suavemente con la solución hasta que el líquido recogido en la batea salga limpio, asegurándose de mantener la punta de la jeringa 2,5 cm por encima de la herida y lavando de la zona menos contaminada a la más contaminada.
  - Conectar un catéter estéril de látex o de silicona a la jeringa llena , cuando sea necesario (p.ej., para irrigar heridas profundas).
  - Evitar forzar el catéter en una herida abdominal para evitar así la perforación del intestino.
  - Rellenar la jeringa de irrigación con solución, manteniendo la esterilidad (es decir, si se usa un catéter, desconectarlo, llenar la jeringa y volver a conectar el catéter).
  - Abrir un frasco de solución de limpieza si se va a usar para la irrigación y utilizarlo según las instrucciones.
  - Limpiar y secar la piel circundante después del procedimiento.
  - Instituir los cuidados apropiados de la herida o quemadura.
  - Aplicar un vendaje estéril.
  - Vendar la herida con el tipo de vendaje estéril adecuado.

- 
- Monitorizar el dolor, la tolerancia, la comodidad y los niveles de ansiedad del paciente durante el procedimiento.
  - Mantener un campo estéril durante el procedimiento, si procede (p.ej., utilizar ayudantes para evitar que el niño se mueva y contamine la herida o el campo estéril e indicar al niño que no toque la herida).
  - Enseñar a los pacientes o familiares la técnica adecuada y las modificaciones necesarias para que realicen el procedimiento en casa (p.ej., subrayar la importancia de lavarse las manos antes y después de la irrigación cuando no se utiliza una técnica estéril).
  - Desechar los objetos usados de una manera apropiada.


## Cuidados de úlceras por presión 3520

Definición: Facilitar la curación de úlceras por presión.

### Actividades:

- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud x anchura x profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.
- Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.
- Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
- Desbridar la úlcera, si es necesario.
- Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.
- Utilizar una aguja del calibre 19 y una jeringa de 35 ml para limpiar las úlceras profundas.
- Anotar las características del drenaje.
- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.
- Remojar con solución salina, según corresponda.
- Aplicar pomadas, según corresponda.



- 
- Aplicar vendajes, si está indicado.
  - Administrar medicaciones orales, según corresponda.
  - Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
  - Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
  - Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda.
  - Utilizar dispositivos en la cama (badana) para proteger al paciente.
  - Asegurar una ingesta dietética adecuada.
  - Controlar el estado nutricional.
  - Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad.
  - Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.
  - Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
  - Iniciar los servicios de consulta con la enfermera estomaterapeuta, según sea necesario.



¡Gracias!