

## **PROTOCOLO DE HERIDAS**

Una herida es una solución de continuidad en las partes blandas, producida por una violencia exterior y por lo tanto es una puerta de entrada a los microorganismos patógenos.

Las clasificamos por:

Abierta: aquella en la cual los labios se hallan separados

Por aplastamiento: Los tejidos se desgarran por presión

Por arrancamiento o avulsión: en la que es separado por tracción violenta un miembro o segmento del mismo

Aséptica: la no contaminada por gérmenes patógenos

Contusa: la producida por un objeto obtuso

Incisa: la producida por un elemento cortante

Lacerada: desgarro de tejidos

Penetrante: la que deja una cavidad corporal abierta o que atraviesa el cuerpo de parte a parte

En sedal: la penetrante con orificio de entrada y salida en el mismo lado

Séptica: La infectada con gérmenes patógenos

Subcutánea: la de una parte u órgano subcutáneo en la que sólo existe una pequeña puntura en la piel por las que se ha producido.

Para el tratamiento adecuado de las heridas es necesaria la extirpación cuidadosa de todos los materiales extraños o necrosados.

Los fragmentos de tejidos y los cuerpos extraños adheridos a la superficie de la herida se pueden eliminar mediante irrigaciones de suero fisiológico.

## **HERIDAS NO INFECTADAS**

Las heridas traumáticas sucias: deben desbridarse utilizando material estéril apropiado, una vez limpias se procederá a suturarlas siempre que los bordes no estén excesivamente separados, que la herida no siga conteniendo cuerpos extraños, o que no medie un período de tiempo muy largo desde su producción hasta su primera cura. Una vez concluido el proceso, se cubre con una gasa estéril fijada a la piel con esparadrapo antialérgico. Esta cura se revisará cuando el apósito esté manchado o, en su defecto, a las 48 horas.

### **REVISIÓN DE HERIDA NO INFECTADA:**

En una herida con bordes limpios y exenta de cuerpos extraños, se procederá a limpiarla con un desinfectante(betadine) y cubrirla con un apósito estéril fijado con esparadrapo antialérgico. Esta cura se revisará cuando el apósito esté sucio o, en su defecto pasadas 48 horas.

En esta revisión se procede a levantar el apósito, limpiaremos la herida con suero fisiológico y si está suturada la dejaremos al aire siempre que medio lo permita, en el caso contrario cubrimos la herida con un apósito fijado a la piel con esparadrapo antialérgico. La retirada de los puntos se realizará entre los cinco y ocho días de su aplicación dependiendo de la vascularización de la zona.

### **HERIDAS INFECTADAS**

**Herida y afectada vista por primera vez:** en este caso limpiaremos la herida con agua oxigenada inspeccionando su interior para ver si existen cuerpos extraños, que retiráramos con material apropiado; se hará una limpieza lo más exhaustiva posible arrastrando el exudado con una gasa estéril y luego se procederá a desinfectarla definitivamente con un producto que no la colorea en exceso, puede utilizarse betadine, etc.; a continuación cubrimos la herida con un apósito estéril sobre el que haremos un almohadillado con algodón para que absorba los exudados y fijaremos todo esto a la piel con esparadrapo antialérgico. Este apósito se cambiará cuando el exudado lo traspase o en su defecto cada veinticuatro horas.

**Revisión y cura de la herida infectada:** inspeccionaremos el apósito que la cubre para ver si el exudado la ha traspasado y si los cuidados higiénicos de esa cura han sido deficientes, una vez hecho esto, retiramos el apósito, se observa el exudado (cantidad, color, olor) y se procede a su limpieza con agua oxigenada, sobre todo en las zonas poco accesibles, se exprime con cuidado para ayudar a salir de el exudado que contenga adherida y volvemos a limpiarla con un desinfectante que no la tiña en exceso, podemos utilizar betadine, cubrimos con un apósito estéril y sobre él un almohadillado de algodón. Esta cura la revisaremos cuando el exudado traspase el algodón o en su defecto cada veinticuatro horas.

**Absceso de partes blandas:** una vez abierto, desbridado y drenado su contenido, procedemos a limpiar su interior con agua oxigenada, se le coloca un drenaje del tipo Penrose o en su defecto una gasa estéril para facilitar la salida de exudado por capilaridad y evitar que cierren los bordes de la piel antes de estar completamente vacío su interior. Para facilitar la introducción de la gasa se pueden emparar con agua oxigenada. Una vez terminado todo esto, se cubre la herida con un apósito estéril procurando que el drenaje no entre en contacto con la piel; procederemos a añadir un almohadillado de algodón si observamos que la salida de exudado va a ser abundante, todo esto lo fijaremos a la piel con esparadrapo antialérgico. Esta cura se cambiará cuando el exudado traspase o en su defecto cada veinticuatro horas. El Penrose lo movilizaremos a diario y no cambiaremos cada 48 horas, si el sistema de drenaje es de gasa lo cambiemos a diario.

En el caso de que siguiendo estos pasos la herida cursara una evolución desfavorable nos plantearíamos la posibilidad de utilizar pomadas antibióticas haciendo previamente una toma de exudado con un hisopo estéril que mandaríamos a cultivar al laboratorio para determinar el germen causante de la infección y administrar antibiótico apropiado.