
	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS

MEDIPOHDS

SINCELEJO

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

1. OBJETIVO

Garantizar la atención integral de las heridas agudas, complicadas o crónicas con altos estándares de calidad para conservar las muestras patológicas a remitir y entregar evoluciones favorables.

2. ALCANCE

Inicia con la solicitud del médico tratante sobre el traslado del paciente y/o muestras, culmina con su ubicación en la entidad a remitir.


3. RESPONSABLE

Personal asistencial (Medico – Enfermera-Auxiliar de enfermería-Auxiliar de patología).

4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- Herida: se define como la pérdida de solución de continuidad de un tejido o la separación de las siguientes estructuras: piel, fascia, músculo, hueso, tendones, y vasos sanguíneos.
- SSN: solución salina normal.
- Desbridamiento: se define como la eliminación del tejido muerto o lesionado de una herida. la presencia de este tejido retrasa la curación y predispone a la infección. por tanto, el desbridamiento es esencial para facilitar la curación.

CLINICA DE HERIDAS: La Clínica de Heridas y Ostomías es un centro de referencia con estándares de calidad, dedicada al estudio y atención especializada de personas con lesiones complejas de piel y estomas, en los que es interconsulta, investigando su comportamiento y evaluando la respuesta a los diferentes productos de alta tecnología que ofrece el mercado. Es una estrategia de apoyo a los servicios tratantes de pacientes hospitalizados o ambulatorios que requieren evaluación, tratamiento y manejo de lesiones complejas agudas y crónicas, ostomías, en un entorno de colaboración multidisciplinario.

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

1. GENERALIDADES DE LA PIEL

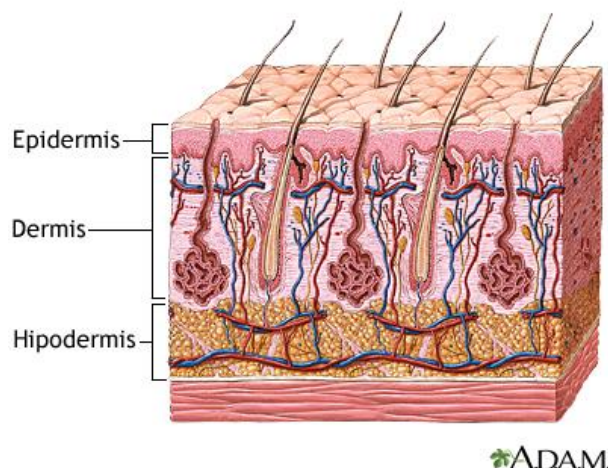


Imagen 1. Estructura de la piel.

1.1 DEFINICIÓN

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano.

El cuerpo de un adulto está cubierto por un promedio de 2,2 m² de piel y contiene un tercio de nuestra sangre.


1.2 FUNCIONES

- ✓ Regulación de la temperatura corporal.
- ✓ Protección frente a las bacterias.
- ✓ Protección frente a lesiones mecánicas.
- ✓ Protección contra los rayos ultravioletas (UV).
- ✓ Regulación del equilibrio hidroelectrolítico.
- ✓ Órgano sensorial.
- ✓ Forma parte de nuestro sistema inmunológico.
- ✓ Produce hormonas.

1.3 ESTRUCTURA DE LA PIEL

La piel está formada por dos capas principales:

- ✓ Epidermis
- ✓ Dermis: en esta se alojan los anexos cutáneos: glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas, folículos pilosos y cuerpos sensoriales.

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

Bajo la piel se encuentra el tejido celular subcutáneo o tejido adiposo.

1.3.1 Epidermis: es una fina capa de células que varía de grosor desde 0,04mm en los párpados hasta 1,6 mm en las palmas y plantas de los pies.

Composición de la epidermis:

- *Queratinocitos:* son células primarias.
- *Melanocitos:* Son las células responsables de la pigmentación de la piel y del bronceado. La pigmentación protege contra los rayos UV.
- *Células de Langerhans:* Forman parte del sistema inmune de la piel, protegiéndonos ante potenciales acciones de alérgenos, bacterias y sustancias tóxicas. Estas células desencadenan la respuesta inmunológica, de cara a prevenir o minimizar una reacción corporal.

Estructura de la epidermis: Ver imagen 2.

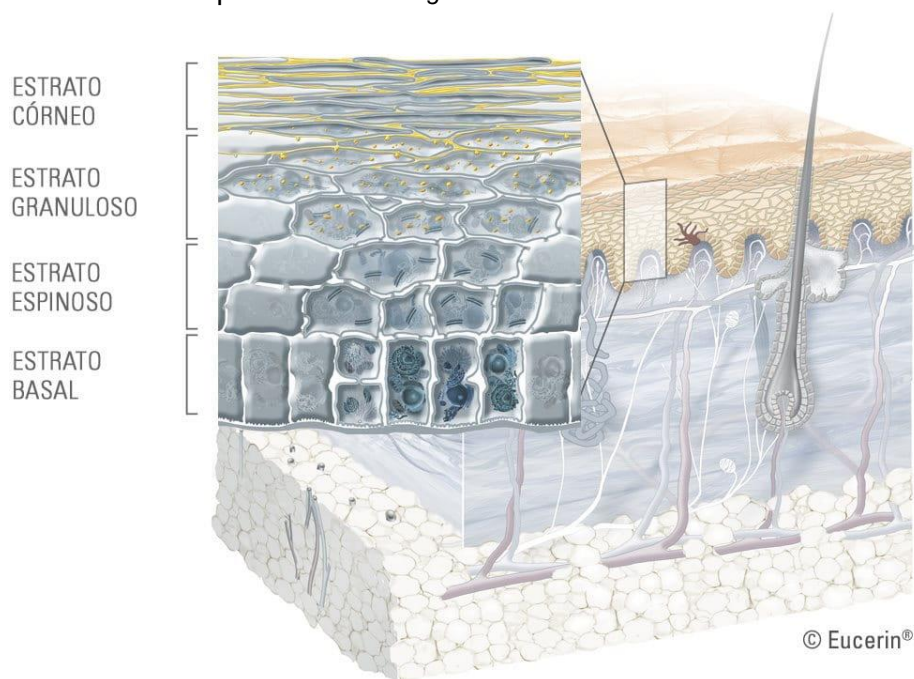



Imagen 2. Estructura de la Epidermis. Eucerin.

- Una capa externa o **estrato córneo**, compuesta por queratinocitos cornificados muertos, finos y aplanados, que agrupan en paralelo y muy densamente. Esta capa proporciona la función esencial como barrera de la piel.

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

- Capa clara o estrato lúcido: Las células están densamente comprimidas, aplanadas y no pueden distinguirse unas de otras.
- Capa granular **estrato granuloso**: Comienza la queratinización: las células producen gránulos duros y, a medida que éstos empujan hacia arriba, cambian a queratina y lípidos epidérmicos.
- Capa espinosa o **estrato espinoso**: Los queratinocitos producen queratina (fibras de proteína) y llegan a adoptar forma de huso.
- Una capa interna de células vivas, la capa basal o **estrato germinativo** donde se producen los nuevos queratinocitos. A este proceso se le conoce como queratinización.

1.3.2 Dermis: Constituye la principal capa de la piel, también conocida como piel verdadera. Está constituida por tejido conectivo fibro-elástico, actúa como soporte de las redes nerviosa y vascular, glándulas cutáneas, el pelo y las uñas. Las células primarias de la dermis son los fibroblastos.

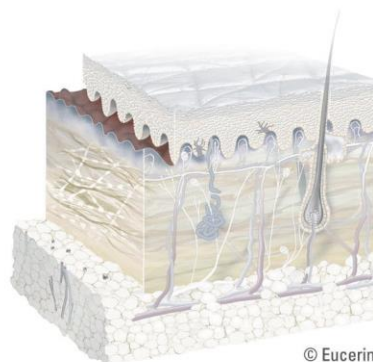



Imagen 3. Dermis. Eucerin.

1.3.3 Anexos cutáneos: Constituidos por el pelo, las uñas, las glándulas sebáceas (segregan sebo) y sudoríparas (segregan sudor) y los cuerpos sensoriales.

1.3.4 Hipodermis: Está formado por tejido conectivo y de tejido conectivo graso. En él se alojan los principales vasos sanguíneos. Sus funciones son aislar, proteger y amortiguar frente a lesiones mecánicas.

1.4 CAMBIOS EN LA PIEL RELACIONADOS CON LA EDAD

- **Epidermis:**
 - Disminuye la queratinización, reduciendo la función barrera de la epidermis.
 - Reducción de la producción de Melanocitos, con lo que la piel se vuelve más sensible a los rayos ultravioletas.
 - Reducción de la cantidad de células de Langerhans, reduciéndose así la protección de la piel ante intrusos externos, como las bacterias.

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

- Las invaginaciones de la capa basal de la epidermis, en la unión dermoepidérmica, se aplanan, reduciendo la fijación entre estas dos capas y produciendo un mayor riesgo de desgarros de la piel.

- **Dermis:**

- Reducción en cantidad de la sustancia fundamental, colágeno y fibras elásticas, dando lugar a una menor elasticidad de la piel y a un mayor riesgo de desgarros cutáneos.
- Disminución de la vascularización, principalmente de la red capilar, lo que da lugar a un menor flujo sanguíneo y nutrición de la piel.

- **Tejido subcutáneo:**

El tejido subcutáneo disminuye en grosor, provocando una menor protección frente a lesiones mecánicas.

2. HERIDAS Y CICATRIZACION DE HERIDAS

2.1 DEFINICIÓN DE HERIDA

Una herida es una lesión física en el cuerpo que causa daño a la estructura del área lesionada. La herida puede estar debajo de la piel, puede afectar solo la superficie de la piel o podría afectar la superficie de la piel y debajo de ella.


2.1.1 TIPOS DE HERIDAS

✓ **Según la integridad de la piel:**

- Herida Abierta: Herida con solución de continuidad de la piel o de las mucosas, cuya causa es traumatismo con objeto cortante o contusión. Por ejemplo, incisión quirúrgica, herida por arma de fuego o arma blanca.
- Herida Cerrada: Herida sin solución de continuidad de la piel, cuya causa es contusión con objeto romo, fuerza de torsión, tensión o desaceleración contra el organismo. Por ejemplo, fractura ósea o desgarro visceral.

✓ **Según la gravedad de la lesión:**

- Herida Superficial: Solo afecta a la epidermis, cuya causa es el resultado de la fricción aplicada a la superficie cutánea. Por ejemplo, abrasión o quemadura de primer grado.

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022


- Herida Penetrante: Con solución de continuidad de la epidermis, dermis y tejidos u órganos más profundos cuya causa es un objeto extraño o instrumento que penetra profundamente en los tejidos corporales, habitualmente de forma involuntaria. Por ejemplo, heridas por arma de fuego o corto punzante.

✓ **Según el grado de contaminación:**

- Herida Limpia: Son aquellas no contaminadas, no existe inflamación y no hay penetración a los sistemas respiratorio, digestivo, genitourinario ni cavidad orofaríngea. Cierra sin problemas.
- Herida Limpia-Contaminada: Son incisiones quirúrgicas con penetración controlada, bajo condiciones de asepsia y donde hay penetración en una cavidad corporal que contiene microorganismos en forma habitual como el aparato respiratorio, digestivo, genitourinario o en cavidad orofaríngea. Se incluyen cirugías del tracto biliar, gastrointestinal, apéndice, vagina, orofaringe, con preparación previa. Heridas o fracturas abiertas de menos de 4 horas sin recibir antibióticos. No hay contaminación de importancia. La probabilidad de infección va del 5 al 10%.
- Herida Contaminada: Son las accidentales, contaminadas con material extraño, pueden ser recientes o abiertas o las incisiones con trasgresión flagrante de las normas de asepsia quirúrgica, o derrame considerable de contenido gastrointestinal. También se incluyen las incisiones con inflamación aguda no supurativa, fracturas y heridas con más de cuatro (4) horas de evolución, así se haya iniciado el tratamiento quirúrgico. La probabilidad relativa de infección es del 10 - 15%.
- Herida Infectada-Sucia: Se trata de heridas traumáticas de más de 4 horas de evolución, con retención de tejidos desvitalizados, o incisión quirúrgica sobre una zona infectada, o con perforación de vísceras, herida que no cicatriza bien y en la que crecen organismos. La probabilidad de infección es mayor al 25%.

2.2 DEFINICION DE CICATRIZ

Es el tejido nuevo formado por el cuerpo durante el proceso de curación y/o reparación de una herida. Este tejido se sentirá de manera diferente y tendrá una textura diferente a la piel que lo rodea.

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

2.3 PROCESO DE CICATRIZACIÓN

La cicatrización constituye una parte del proceso normal de curación y reparación de las heridas mediante la neoformación de tejido conjuntivo que reemplaza una pérdida de sustancia en el mismo.

El cierre de una herida es el resultado de una serie de reacciones celulares y moleculares que se produce de forma fisiológica. *Ver imagen 4.*



Imagen 4. Proceso de cicatrización.

2.4 TIPOS DE CICATRIZACIÓN

✓ Cicatrización por primera intención:

Sucede en heridas limpias. En estas heridas se procede a la aproximación de los bordes de la herida mediante sutura. Produce una cicatriz lineal en aproximadamente 8- 10 días. *Ver imagen 5.*




Imagen 5. Cicatrización por primera intención.

✓ Cicatrización por segunda intención:

Sucede en heridas de espesor total, sin una correcta aproximación de bordes, o incluso con restos hemorrágicos, cuerpos extraños o tejidos desvitalizados. El tejido de granulación va creciendo hasta rellenar lentamente la pérdida de sustancia. *Ver imagen 5.1.*



Imagen 5.1. Cicatrización por segunda intención.

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022


- ✓ **Cicatrización por tercera intención:**
 Sucede en heridas contaminadas o con presencia de algún cuerpo extraño y en ellas se aplican los dos tipos anteriores. Cuando se observa tejido de granulación limpio se cierra mediante intervención quirúrgica. Ver imagen 5.2.



Imagen 5.2. Cicatrización por tercera intención.

2.5 FASES DE LA CICATRIZACIÓN

Fases:	Quién interviene	Proceso que realizan
Fase de hemostasia o coagulación	plaquetas	<ul style="list-style-type: none"> Favorecen la coagulación. Liberan factores de crecimiento. Inician fase inflamatoria.
Fase inflamatoria	Neutrófilos y macrófagos	<ul style="list-style-type: none"> Liberan nuevos factores de crecimiento (vienen otras células y se forma colágeno y elastina). Destruyen bacterias. Limpian detritus celulares.
Fase proliferativa	Fibroblastos, linfoblastos y células endoteliales	<ul style="list-style-type: none"> Granulación. Formación de capilares. Producción de fibroblastos. Contracción.

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

Fase de reepitelización	Fibroblastos y queratinocitos.	<ul style="list-style-type: none"> El lecho de la herida contiene tejido de granulación rojo. En los bordes hay nuevo epitelio rosado.
Fase de maduración		<ul style="list-style-type: none"> Remodelación del colágeno. Regresión capilar.

3. DESBRIDAMIENTO

El desbridamiento consiste en la eliminación del tejido necrótico y la carga bacteriana del lecho de la herida con el fin de disminuir la infección, el dolor, olor y complicaciones.


Para realizar cualquier método de desbridamiento, se deberá realizar una evaluación integral del paciente no solo de su patología local, a parte de las características propias de la herida.

3.1 CLASES DE DESBRIDAMIENTO:

- ✓ **Desbridamiento Mecánico.** Implica el uso de apósitos húmedos - secos, como la gasa impregnada en solución salina, los cuales se aplican directamente sobre las heridas y se dejan secar, para retirarlos posteriormente. Es un procedimiento traumático en el cual se elimina tejido viable y no viable, afectando el tejido epitelial y de granulación.
- ✓ **Desbridamiento Autolítico:** Implica el uso de apósitos sintéticos para cubrir las heridas y permitir la autodigestión del tejido que se encuentra desvitalizado por las enzimas normalmente presentes en los fluidos de la herida. Para favorecer la cicatrización húmeda de las heridas se utiliza varios tipos de apósitos como los apósitos de gasa húmeda con SSN al 0.9%.
- ✓ **Desbridamiento Enzimático:** Consiste en la utilización de enzimas las cuales inician un proceso de limpieza de las heridas. Las enzimas como la colagenasa aplicadas sobre los tejidos desvitalizados de la superficie de la herida favorecen la limpieza de la misma y crecimiento del tejido de granulación, acelerando el proceso de cicatrización.

VALORACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

3.2 VALORACIÓN INICIAL

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

Visión integral La valoración es el primer punto y los cimientos en la planificación del tratamiento y evaluación de los resultados. Es también esencial a la hora de la comunicación entre los miembros del equipo y/o cuidadores principales.

3.3 VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL E HIDRATACIÓN

Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización y puede evitar la aparición de nuevas lesiones. Las necesidades nutricionales de una persona con heridas están aumentadas y el aporte de calorías es necesario para asegurar la multiplicación celular, la formación de colágeno, de fibrinógeno, de nuevos tejidos y la mayor actividad enzimática.

3.4 VALORACIÓN PSICOSOCIAL

Se produce una disminución de la capacidad funcional que afecta tanto al individuo como a la familia. Se debe tener presente brindar apoyo psicológico y educación a la hora de elaborar el plan de cuidados en el seguimiento al paciente.

3.5 VALORACIÓN DEL ENTORNO DE CUIDADOS

Tiene como objetivo crear un entorno que conduzca al cumplimiento del plan de tratamiento.

- ✓ Identificar al cuidador principal y valorar aptitudes, disponibilidad, conocimientos y recursos del entorno del cuidador (familia, cuidadores informales).
- ✓ Identificar al cuidador principal y dejar registrado su capacidad de manejo del problema.
- ✓ Valorar si el cuidador demuestra capacidad para manejar la situación del paciente y si puede llevar a cabo los cuidados y recomendaciones en el hogar riesgo alguno.


3.6 VALORACIÓN DE LA LESIÓN

Los conocimientos, la habilidad, y las actitudes de los profesionales de la salud repercuten de manera importante en su capacidad para evaluar la complejidad de una herida, controlar los síntomas del paciente y tratar los problemas asociados.

La mejora de la evaluación y el tratamiento de las heridas han aumentado las esperanzas de cicatrización, cicatrización que sigue habitualmente una secuencia previsible, pero en algunos casos se prolonga o no llega a conseguirse nunca.



Imagen 6. Lecho de una herida.

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022


El proceso de la cicatrización es el resultado de una interacción compleja entre los factores del paciente y de la herida. Solo mediante una valoración inicial meticulosa y una evaluación repetida del tratamiento se pueden identificar los factores que contribuyen a diagnosticar la complejidad de una herida y evaluar el estado potencial de las mismas.

3.7 CONDICIONES GENERALES PARA VALORAR UNA HERIDA

- ✓ Medición del diámetro de la lesión y su profundidad.

Pasos a seguir:

Localización y edad de la lesión	Utilizar términos anatómicos. Establecer fecha de inicio de la lesión: agudas y crónicas.
Tamaño, forma y estadio	Medir la longitud más larga, anchura y profundidad en cm. Medir la profundidad mediante un dispositivo estéril. <i>Ver imagen 7.</i>
Presencia de túneles	Un túnel es un canal que se extiende por debajo de la piel desde cualquier parte de una lesión que implica a una zona mayor que la que ocupa la superficie visible de la lesión. La socavación ocurre cuando los bordes de la lesión se separan del lecho de la herida destruyendo tejido alrededor del perímetro.
Exudado	Cantidad: ausente, poco, moderado, excesivo. Color: transparente o amarillento pálido (seroso), rosa hemático o rojo sangre (hemático). <i>Ver imagen 8.</i> Consistencia: de acuosa a espesa, también puede ser purulenta.
Signos de infección	Infección sistémica: fiebre y aumento leucocitario. Infección local: eritema, calor, edema, purulencia o aumento de la cantidad drenada, induración y sensibilidad o dolor.*
Piel perilesional	
Maceración	Se define como una zona blanquecina y acuosa reblandecida alrededor de la herida
Bordes y epitelización	Observar la presencia de tejido de epitelización: caracterizado por un color plateado o perlado brillante.

	PROTOCOLO		COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS		VERSION: 02
			05/05/2021 13/07/2022

	<p>Bordes: pueden estar pegados al lecho de la herida, despegados (si han aparecido socavones), o enrollados hacia dentro.</p> <p>Anotar el porcentaje de epitelización: la evolución de la curación y cicatrización de una herida</p>
Tejido necrótico	El tejido muerto (necrótico) puede ser amarillento, gris, marrón o negro. El tejido necrótico hilado y amarillo recibe el nombre de esfacelo. El tejido necrótico duro, seco, negro o marrón recibe el nombre de escara. Ambos tipos de tejido necrótico inhiben la curación de la herida. Debe registrarse el porcentaje de tejido necrótico en relación a la extensión del lecho de la herida. <i>Ver imagen 9.</i>
Tejido del lecho	<p>Color del lecho: rosa pálido, rosado, rojo, amarillento o negro.</p> <p>Debe describirse en % cada uno de los tipos de tejidos que hay en el lecho.</p>
Estado	Valoración global de la herida, si es de baja, media o alta complejidad.

*Se debe anotar si se percibe olor de la herida, que puede ser un signo de infección. Aclaramos que no todos los olores son signos de infección.

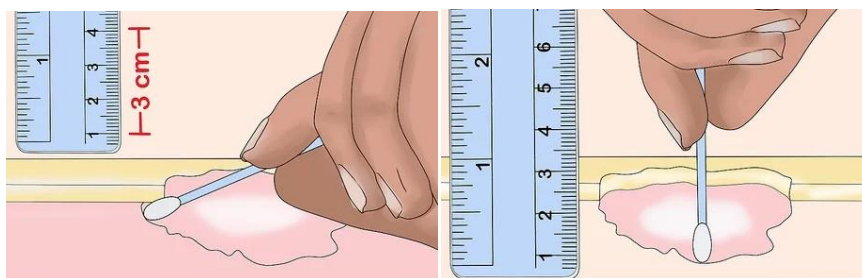
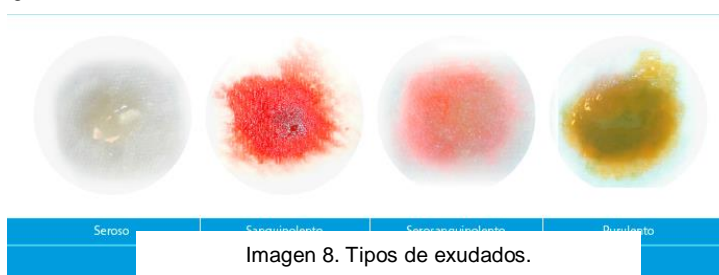



Imagen 7. Medición de una herida.



Imagen 9. Tejido necrótico color amarillo.



	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

VALORACIÓN DEL DOLOR

Al valorar el dolor, se debe tener en cuenta la localización, duración e intensidad. Es importante registrar de forma cuidadosa el historial del paciente. También hay que averiguar si el dolor está relacionado con los procedimientos y es necesario tener en cuenta el impacto del dolor de la herida en la calidad de vida del paciente y en sus actividades de la vida diaria.

3.8 VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PIEL PERILESIONAL.

En el tratamiento de una úlcera es primordial tener en cuenta el estado de la piel perilesional, hay que cuidarla y protegerla para evitar irritaciones y maceración que podrían aumentar el tamaño de la úlcera. Hay que limpiar bien la zona y retirar todos los restos de exudados y costras. Hidratar muy bien toda la piel de los miembros inferiores para evitar las grietas que pueden iniciar nuevos procesos ulcerosos. En heridas muy exudativas hay que proteger la piel cercana a los bordes con pomadas de óxido de zinc o ácidos grasos hiperoxigenados.



Imagen 10. Protección del tejido perilesional con crema de barrera.


4. ULCERAS POR PRESIÓN

Es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión y/o fricción o ambas entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (hueso), y el otro generalmente externo a él (cama, silla, etc.)

Las localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión son: hueso occipital, escápula, procesos espinosos, codos, cresta iliaca, sacro, isquion, tendón de Aquiles, talones, hombros, trocánteres, muslos, rodilla medial, lateral y posterior, maléolo medial y lateral, pierna (parte inferior), borde lateral del pie, orejas, planta del pie.

5.1 Factores de riesgo extrínsecos:

- Ropa de cama inadecuada (arrugas, plásticos...).
- Jabones y colonias.
- Yesos, tracciones, sondas...
- Presión: tanto directa como las fuerzas de cizalla y fricción

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

- Superficies de apoyo.
- Humedad prolongada: tanto por incontinencia como por sudoración y/o exceso de exudado.
- Masajes mal realizados: produciendo roturas capilares de la dermis

5.2 Factores de riesgo intrínsecos:

- Deficiencias nutricionales tanto por exceso como por defecto; delgadez, obesidad, deshidratación, etc.
- Deficiencias motoras.
- Trastornos circulatorios.
- Fiebre.
- Anemia.
- Alteración de la eliminación, tanto urinaria como fecal ó mixta.
- Edad.
- Deficiencias sensoriales.

5.3 CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

- ✓ GRADO I: Enrojecimiento de la piel que no se resuelve al disminuir la presión sobre la zona. Afecta sólo a la epidermis y no existe solución de continuidad de la piel. *(Ver imagen 11).*
- ✓ GRADO II: Se caracteriza por comprometer tanto la epidermis como la dermis (las **dos** primeras capas de la piel). Al observarla se puede ver el tejido rojizo con pérdida de la integridad de la piel, lo cual puede presentarse como ampollas o como una laceración superficial. *(Ver imagen 12).*
- ✓ GRADO III: Pérdida total del grosor de la piel, llega a dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo. Puede presentar necrosis del tejido subcutáneo. La base normalmente no es dolorosa. *(Ver imagen 13).*
- ✓ GRADO IV: Pérdida total del grosor de la piel acompañada de destrucción, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular). Presenta lesiones con cavernas y/o trayectos sinuosos. *(Ver imagen 14).*


	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022



Imagen 11. Úlcera
estadio 1

Imagen 12. Úlcera
estadio 2

Imagen 13. Úlcera
estadio 3

Imagen 14. Úlcera
estadio 4

5.4 ÚLCERA POR PRESION INFECTADAS

Úlcera que presenta bacterias u otros microorganismos en cantidad suficiente para lesionar el tejido o alterar su curación manifestándose con signos de infección local como:

- ✓ Exudado abundante y purulento.
- ✓ Celulitis.
- ✓ Mal olor.
- ✓ Inflamación alrededor de la úlcera.


5. ÚLCERAS VÁSCULARES

Definimos las úlceras vasculares de MMII como la pérdida de integridad cutánea habitualmente de la dermis y epidermis capilar. Estas úlceras no son una enfermedad ni un diagnóstico sino signos de una patología vascular, por lo tanto no debemos enfocar los esfuerzos a combatir el manejo de la úlcera en un objetivo terapéutico único, dejando de lado la enfermedad base que es la insuficiencia venosa crónica.

6.1 CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS VÁSCULARES

- ✓ **Úlceras de origen venoso:** Se deben a una alta presión en las venas de las piernas cuando se está erguido o de pie. Si la musculatura gemelar no funciona correctamente la sangre permanecerá en las venas creando un aumento de la presión en la parte inferior de las piernas. Todo ello provoca una alteración de la circulación y un insuficiente suministro de sangre a los tejidos causando así la aparición de una úlcera.



	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

- ✓ **Úlceras de etiología arterial:** Las úlceras arteriales son el resultado de un aporte sanguíneo insuficiente hacia la parte inferior de la pierna, causada por una enfermedad vascular periférica. Normalmente, se localiza alrededor de los maléolos externos, en la parte dorsal del pie, en la punta de los dedos o entre los mismos.



- ✓ **Úlceras de etiología mixta:** son úlceras producidas por enfermedades tanto venosas como arteriales.

6. ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO

El Pie Diabético se define como la infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos del pie, asociados a neuropatía y/o enfermedad vascular periférica de diferente magnitud, en las extremidades inferiores de los pacientes con diabetes mellitus.

La presencia de hiperglucemias mantenidas a lo largo del tiempo produce complicaciones crónicas en el organismo, las cuales podemos dividir en dos grandes categorías: Microangiopáticas y Macroangiopáticas.

Entre las complicaciones Microangiopáticas, se distinguen 3, en función de si está afectado el riñón (nefropatía diabética), la retina (retinopatía diabética) o el nervio periférico (neuropatía diabética).


Entre las complicaciones Macroangiopáticas se distinguen tres terrenos afectados por la arterioesclerosis que puede complicar la diabetes. Estos tres terrenos son el cerebro (enfermedad vascular cerebral), el miocardio (cardiopatía isquémica) y las extremidades inferiores (enfermedad arterial periférica o vascular periférica).

Para abordar el pie diabético, es fundamental hacer un buen diagnóstico de la lesión y aplicar el tratamiento adecuado.

7.1 PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

La única medida que se ha mostrado eficaz en la prevención de la aparición de las complicaciones tanto agudas como crónicas en la diabetes mellitus, es la educación diabetológica.

7. GENERALIDADES SOBRE EL CUIDADO DE LAS HERIDAS

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

8.1 CURACIÓN

Se define como curación a la técnica que favorece el tejido de cicatrización en cualquier herida hasta conseguir su remisión.

8.2 BENEFICIOS

- ✓ Disminuye el dolor en la herida y proporciona alivio al paciente.
- ✓ Aumenta la eficacia de los ratios de cicatrización, reforzando el movimiento del tejido epitelial dentro del lecho húmedo de la herida. Previene la desecación de la herida.
- ✓ Minimiza las molestias del paciente, relacionadas con la herida. Disminuye el tiempo empleado en el cuidado de la herida, gracias a la facilidad de uso de los apósitos.
- ✓ La oclusión protege la herida, proporcionando una barrera bacteriana y reduciendo las tasas de infección.

8.3 TIPOS DE CURACIÓN

- ✓ **Curación tradicional:** Ambiente seco, utilización de apósitos pasivos, uso de antisépticos y antimicrobianos, es de frecuencia diaria.
- ✓ **Curación avanzada:** Ambiente húmedo fisiológico, utilización de apósitos inteligentes, no utilización de tópicos como antisépticos, etc., su frecuencia depende de la naturaleza de la herida.


8.4 VENTAJAS DE LA CURACIÓN AVANZADA

- ✓ Previene la desecación celular.
- ✓ Favorece la migración celular.
- ✓ Promueve la angiogénesis.
- ✓ Estimula la síntesis de colágeno y favorece la comunicación intercelular.
- ✓ El aislamiento térmico.
- ✓ Un menor grado de dolor.
- ✓ El desbridamiento autolítico.
- ✓ Mayor velocidad de cicatrización y mejor calidad de la cicatriz.

8. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.

Herida limpia:


1. Explique el procedimiento al usuario.
2. Coloque al paciente en una posición cómoda.

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

3. Favorezca la privacidad.
4. Coloque el material a utilizar sobre la bandeja en una mesa auxiliar.
5. Realice lavado de manos según protocolo.
6. Póngase tapabocas y guantes limpios.
7. Retire el apósito sucio y deseche en la riñonera.
8. Observe las características de la herida.
9. Póngase guantes estériles.
10. Realice irrigación de la herida con SSN 0.9% con presión continua desde el sitio más limpio al más sucio.
11. Seque los bordes de la herida con gasa desde lo más limpio a lo más contaminado.
12. Cubra con gasas estériles según necesidad.
13. Fije con esparadrapo.
14. Deseche el material contaminado.
15. Retírese los elementos de protección personal.
16. Lávese las manos.
17. Guarde los materiales.
18. Indicar al paciente cómo hacer la limpieza en casa: Si está cubierta la herida, deberá descubrirla de 24 a 48 horas y lavar con agua limpia en el momento del baño general o si dispone de recursos, con solución salina (suero) y gasa, secar y cubrir de nuevo, si la herida está seca deberá dejarse descubierta.
19. Cite al paciente a las 72 horas para realizar una nueva valoración de la herida.
20. Registre el procedimiento en el formato de registro diario de actividades de enfermería.

Herida limpia contaminada:

- Realice los 11 primeros pasos para herida limpia.
- Aplique una capa fina de medicación indicada en caso de herida abierta.
- Realice afrontamiento de los bordes con esparadrapo en forma de mariposa.
- Cubra con gasa estéril.
- Fije con esparadrapo.
- Deseche el material contaminado.
- Retírese los elementos de protección personal.
- Lávese las manos.
- Guarde los materiales.
- Cite cada 24 horas hasta observar que no hay signos de infección.
- Registre el procedimiento en el formato de registro diario de actividades de enfermería.


	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

Herida contaminada.

- Realice los 6 primeros pasos para herida limpia.
- Humedezca el apósito adherido con secreciones para favorecer su retiro.
- Observe las características de la herida.
- Póngase guantes estériles.
- Realice irrigación de la herida con SSN 0.9% con presión continua desde el sitio más limpio al más sucio.
- Seque los bordes de la herida con gasa desde lo más limpio a lo más contaminado.
- Si hay presencia de tejido necrótico realice desbridamiento mecánico con gasas húmedas.
- En ausencia de tejido necrótico aplique una capa fina de medicamento indicado.
- Cubra con gasa estéril seca.
- Fije con esparadrapo.
- Deseche el material contaminado.
- Retírese los elementos de protección personal.
- Lávese las manos.
- Guarde los materiales.
- Programe la siguiente curación según las características de la herida, evolución y medicamento empleado.
- Registre el procedimiento en el formato de registro diario de actividades de enfermería.

Herida sucia:

- Realice los 6 primeros pasos para herida limpia.
- Humedezca el apósito adherido con secreciones para favorecer su retiro.
- Observe las características de la herida.
- Póngase guantes estériles.
- Realice irrigación de la herida con SSN 0.9% y jabón antiséptico con presión continua.
- Efectúe drenaje de la herida en caso necesario.
- Cubra con apósito o gasa húmeda si hay presencia de tejido necrótico o solicite colagenasa, para el correspondiente desbridamiento enzimático.
- En ausencia de tejido necrótico, aplique una capa fina de medicación indicada.
- Cubra con gasa estéril seca.
- Fije con esparadrapo
- Deseche el material contaminado.
- Retire los elementos de protección personal.

	PROTOCOLO	COD: P-059
	PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS	VERSION: 02
		05/05/2021 13/07/2022

- Lávese las manos.
- Guarde los materiales.
- Cite cada 24 horas hasta observar que no hay signos de infección.
- Registre el procedimiento en el formato de registro diario de actividades de enfermería.

8.1 COMPLICACIONES QUE PUEDEN PRESENTARSE DURANTE LA CURACION DE HERIDAS

- Hemorragia: Salida de sangre de la circulación vascular que destruye la integridad del sistema circulatorio.
- Infección: Penetración de microorganismos tales como bacterias, virus, hongos o parásitos en un organismo (el cuerpo humano), con permanencia o multiplicación posterior.
- Dehiscencia: Es una separación parcial o total de las capas de los tejidos de la piel por encima de la fascia en una herida de mala cicatrización; puede ocurrir en cualquier tipo de incisión.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Muñoz. M. Ballesteros. I. Pérez. I. Polimón. C. Díaz. J. González. A. Aparicio. A. Sánchez. S. Búa. R. López. M. Caballero. 2011. Manual de Protocolos y Procedimientos en el Cuidado de las Heridas. Edita: Hospital Universitario de Móstoles.

- Instituto de Rehabilitación Funcional. ¿Qué es pie diabético y cuales son sus síntomas?. Madrid.

- A. Burillo, A. Moreno y C. Salas. 2006. Procedimientos en Microbiología Clínica. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de piel y tejidos blandos. Editores: E. Cercenado y R. Cantón. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.

- Europea Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización; un enfoque integral. Londres: MEP LTD, 2008.

Realizó: Carla Carrascal Villadiego-Líder clínica de heridas	Revisó: Laura Mercado-Líder calidad	Aprobó: Comité técnico
---	--	-------------------------------