

una guía práctica



Coordinador: Luc Téot

Michel de la Brassinne, Mieke Flour, Rosella Gallo, Henk Hoeksema, Aníbal Justiniano, David Leaper, Maarten J. Lubbers, Sylvie Meaume, Stan Monstrey, Aurora Parodi, Ali Pirayesh, Xavier Santos, Rosine Van den Bulck

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

Depósito legal: M-2851-2010

cuidado de heridas crónicas

una guía práctica

Coordinador: Luc Téot

Michel de la Brassinne, Mieke Flour, Rosella Gallo, Henk Hoeksema, Aníbal Justiniano, David Leaper, Maarten J. Lubbers, Sylvie Meaume, Stan Monstrey, Aurora Parodi, Ali Pirayesh, Xavier Santos, Rosine Van den Bulck

Prólogo

Difícil es encontrar un ser humano que a lo largo de su existencia no haya sufrido en alguna ocasión una herida. Una herida es la ruptura de la continuidad del mayor órgano del cuerpo, la piel. Ésta es el elemento de contacto del organismo con su entorno y por ello la que, en caso de una agresión, sufre primero sus consecuencias. Las heridas pueden ser tan sólo una anécdota fácilmente olvidada o llegar a tal grado de gravedad que pongan en peligro la propia vida.

En pocos territorios de la Medicina es más importante como en éste el trabajo en equipo. El adecuado manejo de las heridas exige un planteamiento multidisciplinario. Enfermeros, médicos, cirujanos, podólogos, rehabilitadores, farmacéuticos, todos ellos están implicados en el cuidado de las heridas. Conscientes de este planteamiento, un grupo de profesionales de reconocido prestigio europeo han elaborado la Guía Práctica de Cuidado de las Heridas.

Esta Guía es un intento de establecer los criterios elementales para un manejo adecuado de las heridas crónicas. Son éstas uno de los caballos de batalla de la práctica clínica diaria, tanto al nivel ambulatorio como hospitalario. Su frecuencia es altísima y las consecuencias, tanto para la calidad de vida del paciente como para los costes económicos del sistema de salud, elevadísimas. Es hora de racionalizar

cuidado de heridas

el tratamiento y cuidado de estas afecciones y ello debe ser hecho desde un planteamiento multidisciplinario. Enfermeros y médicos deben trabajar a la par, compartiendo las responsabilidades en único beneficio de los pacientes.

Las indicaciones que en la Guía se proponen parten de la experiencia acumulada durante años por los autores, que han hecho un ímprobo esfuerzo por simplificar al máximo los conceptos para facilitar la elección del tratamiento y cuidados adecuados. Detrás de cada indicación de tratamiento o cuidado hay acumulada mucha ciencia, mucha investigación básica y aplicada, para justificar cada una de las propuestas. Por todo ello, quienes empleen esta Guía en su práctica asistencial pueden tener la seguridad de que están avalados por criterios objetivos, independientes y basados únicamente en evidencia científica.

Ojalá esta Guía sirva para tratar más científicamente las heridas crónicas de nuestros pacientes e integrar a todos los miembros del equipo multidisciplinario de salud con el único objetivo que es aceptable: mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Dr. Fco. Xavier Santos Heredero
Presidente de la Sociedad Española de Heridas

OBSERVACIONES GENERALES SOBRE EL MANEJO DEL CUIDADO DE HERIDAS

- Tratar enfermedades subyacentes (isquemia, diabetes, desnutrición...) y causas (presión)
- Monitorizar y controlar el dolor al cambiarse el apósito (anestesia local o sistémica o analgesia)
- Valorar la herida regularmente
- Adherirse a la **MEJOR PRÁCTICA DE HIGIENE** para evitar infecciones cruzadas
- Limpiar la herida (y al paciente cuando sea posible)
- Minimizar la carga bacteriana
- Seguir las pautas nacionales e internacionales con respecto a la selección de apósitos
- Elegir apósitos reembolsados, si es posible
- Proteger la piel circundante
- Derivar a un especialista cuando sea necesario

HERIDA CRÓNICA =

cualquier herida que no cicatriza después de 6 semanas de terapia óptima

MEJOR PRÁCTICA DE HIGIENE:

- Lavarse/desinfectarse las manos antes y después del cuidado de la herida
- Usar guantes (no necesariamente esterilizados)
- Nunca usar antibióticos tópicos (como, por ejemplo, ácido fusídico, mupirocina, bacitracina...) para evitar la selección de bacterias resistentes
- Usar antisépticos en caso de signos locales de infección
- En caso de signos sistémicos de infección, usar antisépticos tópicos en combinación con antibióticos sistémicos
- No se recomienda la limpieza rutinaria con hisopos

CAUSAS

DIABÉTICAS
ARTERIALES Y/O
NEUROLÓGICAS



ARTERIALES



VENOSAS



PRESIÓN



OTRAS HERIDAS CRÓNICAS
QUE NO CICATRIZAN
DESPUÉS DE 6 SEMANAS
DE TERAPIA ÓPTIMA
(POSTRAUMÁTICAS,
POSTQUIRÚRGICAS, CÁNCER...)



MEDIDAS GENERALES

- Promover la higiene podal
- Revisar el control diabético →
- Educar sobre la diabetes

- Comprobar el estatus vascular (pulso distal, ITB*, Doppler) →
- Promover la revascularización

- Elevar las piernas en reposo
- Usar terapia de vendajes de compresión →
- Derivar a un cirujano vascular

- Aliviar la presión:
 - Usar dispositivos apropiados →
 - Cambiar frecuentemente de posición al paciente

- Seguir la terapia indicada por el especialista →

* ITB = Índice tobillo-brazo

MEDIDAS LOCALES

- Prevenir y tratar la infección
- Derivar a un centro especializado
- Aplicar los apósitos apropiados
- Descargar la presión en el pie

- Prevenir y tratar la infección
- Mantener el tejido necrótico seco hasta la revascularización
- Aplicar los apósitos apropiados
- No aplicar compresión

- Prevenir y tratar la infección
- Desbridar si es necesario
- Aplicar los apósitos apropiados

- Prevenir y tratar la infección
- Desbridar si es necesario
- Aplicar los apósitos apropiados

- Prevenir y tratar la infección
- Desbridar si es necesario
- Aplicar los apósitos apropiados

CUÁNDO DERIVAR A UN MÉDICO O A UN CENTRO ESPECIALIZADO

- Todas las heridas crónicas sin un diagnóstico preciso
- Exposición de huesos, articulaciones, tendones, vasos sanguíneos y nervios
- Edema persistente de las extremidades inferiores
- Claudicación/dolor en reposo
- Dolor en aumento y/o incontrolado
- Signos o sospecha de infección
- Heridas muy exudativas y/o malolientes
- En todas las heridas con escasa respuesta a una terapia apropiada después de 6 semanas

Derivar a un médico o centro especializado de heridas crónicas

VALORACIÓN

HERIDA



- Medir el área superficial y la profundidad de la herida
- Evaluar el grado de socavación

PIEL CIRCUNDANTE



- Evaluar el grado de maceración
- Buscar signos de eccema o de dermatitis con picor

**VALORACIÓN DEL LECHO
DE LA HERIDA:
CÓDIGO DE COLOR**

NEGRO



AMARILLO



ROJO



ROSA



VERDE*



**Desbridar
(exepcto cuando haya
sospecha de oclusión
arterial)**



**CONSULTE
PAGINA 18**

Desbridar y limpiar



**CONSULTE
PAGINA 24**

**Limpiar y proteger
el tejido de granulación**



**CONSULTE
PAGINA 32**

**Proteger la reepitelización
en curso**



**CONSULTE
PAGINA 40**

**Tratar la infección (cultivo)
y limpiar el lecho
de la herida**



**CONSULTE
PAGINAS
25/29**

VALORACIÓN DE LA HERIDA: EXUDADO

■



+



++



+++



++++



Humedecer



Hidrogeles

Mantener el entorno húmedo



Apósitos de interfase, gases impregnadas

Mantener el área húmeda y/o controlar el exudado



Apósitos absorbentes (hidrocoloides, espumas)

Controlar el exudado, buscar la causa y prevenir la maceración de la piel circundante



Apósitos muy absorbentes y drenaje activo (alginatos, hidrofibra)

Derivar a un especialista

PIEL CIRCUNDANTE

MACERACIÓN



**ECCEMA/DERMATITIS
POR CONTACTO**



PIEL FRÁGIL



HIPERQUERATOSIS



**Controlar el exudado
y proteger la piel**



**Apósitos absorbentes/
Productos de barrera
(ej. spray de poliuretano)**

**Identificar la causa:
alergia ≠ irritación**



- Limpiar con sol. salina
- Cubrir con gasas vaselinizadas
- Derivar a un especialista

Proteger la piel



Evitar adhesivos

**Humedecer
y eliminar**



- Reducir la fricción
- Usar un dispositivo para descarga



cuidado

información

de he

crór

Estado
sobre heridas crónicas

INFORMACIÓN SOBRE HERIDAS CRÓNICAS

Heridas
crónicas

NECROSIS SECA



Úlcera por presión de gran tamaño: Necrosis seca

NECROSIS SECA

OBJETIVO

Desbridar, excepto cuando haya:

- sospecha de oclusión arterial (foto A)
- proximidad a estructuras neurovasculares importantes (foto B)
- cercanía al talón en ancianos o estado general deteriorado



Necrosis seca con oclusión arterial



Necrosis seca próxima a estructuras neurovasculares

LIMPIEZA

- Agua del grifo y jabón
- Betadine® Solución Dérmica

NECROSIS HÚMEDA



Úlcera por presión en el talón
Necrótica levemente exudativa no infectada



Úlcera por presión en el sacro:
Necrótica levemente exudativa infectada

EXUDADO LEVE

TÉCNICAS DE DESBRIDAMIENTO

Desbridamiento mecánico

- Desbridamiento quirúrgico
- Desbridamiento superficial cortante (por enfermeros/as)

Desbridamiento no mecánico:

- Desbridamiento autolítico (apósitos)
- Bioterapia (gusanos)
- Desbridamiento enzimático
- Desbridamiento osmótico

CASOS ESPECIALES

No realizar ningún desbridamiento de rutina en:

- heridas de origen arterial
- heridas tumorales
- presencia de problemas de coagulación

NECRÓSIS HÚMEDA

HERIDA NO INFECTADA

Objetivo

Desbridar y prevenir la infección

Limpieza

- Limpiar con agua del grifo o sol. salina
- Desbridar
- Limpiar de nuevo



Apósito primario

- Conforme a los signos locales y la mejor práctica local:
 - Hemorrágica → Alginato
 - No completamente desbridada → Hidrogel
 - Otra → Hidrocoloide, apósitos de silicona ...



Apósito secundario

En función de la localización de la herida

EXUDADO LEVE

HERIDA INFECTADA

Objetivo

Desbridar y tratar la infección

Limpieza

- Lavar con Betadine® Scrub
- Aclarar
- Desbridar
- Limpiar de nuevo con Betadine® Solución Dérmica



Apósito primario

- La mejor práctica local
- Antisépticos locales:
 - Betadine® Gel
 - Apósitos con plata: eficacia clínica todavía bajo investigación.



Apósito secundario

En función de la localización de la herida

En presencia de infección de la herida prescribir antibióticos sistémicos (derivar al especialista)

HERIDA FIBRINOSA



Herida postraumática crónica:
fibrinosa no infectada no exudativa (-)



Úlcera venosa de pierna:
fibrinosa infectada ligeramente exudativa (++)

SIN EXUDADO O SÓLO LEVE

SI ES POSIBLE, CONSIDERAR DESBRIDAMIENTO MECÁNICO

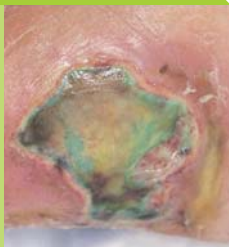
Sugerencia de tipos de apósitos

- Hidrocoloides (heridas superficiales)/espumas
- Hidrogel
- Betadine® Gel - Betatul® (PVP-I para prevenir una nueva formación de biopelícula)

CASOS ESPECIALES

EXUDADO VERDE:

presencia de
Pseudomonas aeruginosa
→ limpiar, desbridar,
cambiar de apósito con
más frecuencia, no utilizar
apósitos oclusivos,
antisépticos locales



HERIDA FIBRINOSA

HERIDA NO INFECTADA

Objetivo

Desbridar y prevenir la infección

Limpieza

- Lavar con agua del grifo o sol. salina
- Eliminar la fibrina
- Lavar de nuevo



Apósito primario

- Conforme a la mejor práctica local (ejemplo: hidrogel)



Apósito secundario

En función de la localización de la herida

SIN EXUDADO O SÓLO LEVE

HERIDA INFECTADA

Objetivo

Desbridar y tratar la infección

Limpieza

- Lavar con Betadine® Scrub
- Aclarar con solución salina
- Eliminar la fibrina
- Limpiar de nuevo con Betadine® Solución Dérmica



Apósito primario

- Conforme a la mejor práctica local (ej. alginato, hidrofibra)
- Antisépticos locales:
 - Betadine® Gel
 - Apósitos con plata: eficacia clínica todavía bajo investigación.



Apósito secundario

En función de la localización de la herida

HERIDA FIBRINOSA



Úlcera venosa de pierna:
fibrinosa no infectada muy exudativa (+++)



Úlcera venosa de pierna:
fibrinosa infectada exudativa (++)

EXUDATIVA HASTA MUY EXUDATIVA

de heridas

SUGERENCIA DE TIPOS DE APÓSITOS

- Alginato
- Hidrofibra

CASOS ESPECIALES

EXUDADO VERDE:

presencia de
Pseudomonas aeruginosa
→ limpiar, desbridar,
cambiar de apósito con
más frecuencia, no utilizar
apósitos oclusivos,
antisépticos locales



HERIDA FIBRINOSA

HERIDA NO INFECTADA

Objetivo

Desbridar y prevenir la infección

Limpieza

- Lavar con agua del grifo o sol. salina
- Eliminar la fibrina
- Lavar de nuevo



Apósito primario

- Conforme a la mejor práctica local (ejemplo: alginato, hidrofibra, espuma)



Apósito secundario

En función de la localización de la herida

EXUDATIVA HASTA MUY EXUDATIVA

HERIDA INFECTADA

Objetivo

Desbridar y tratar la infección

Limpieza

- Lavar con Betadine® Scrub
- Aclarar con solución salina
- Retirar la fibrina
- Limpiar de nuevo con Betadine® Solución Dérmica



Apósito primario

- Conforme a la mejor práctica local (ej. alginato)
- Antisépticos locales:
 - Betadine® Gel
 - Apósitos con plata: eficacia clínica todavía bajo investigación.



Apósito secundario

En función de la localización de la herida

HERIDA CON TEJIDO DE GRANULACIÓN



Herida pretibial postraumática crónica:
no infectada no exudativa con tejido de granulación



Úlcera venosa de pierna:
infectada ligeramente exudativa (+) con tejido de granulación

SIN EXUDADO O SÓLO LIGERO

SUGERENCIA DE TIPOS DE APÓSITOS

- Hidrogel
- Interfases (apósitos no adherentes)
- Hidrocoloide
- Espuma

CASOS ESPECIALES

- Presión Negativa Tópica (PNT) en caso de heridas grandes o con cavidades
- En caso de hipergranulación aplicar: corticosteroides tópicos o Betatul®
- Si la herida es hemorrágica, usar preferentemente alginato



**HERIDA CON TEJIDO
DE GRANULACIÓN**

Cuidado de heridas crónicas

SIN EXUDADO O SÓLO LIGERO

Objetivo

Promover la cicatrización y prevenir la infección

Limpieza

Reducir la carga bacteriana con Betadine®
Solución Dérmica si es necesario



**Derivar a un especialista para posible
tratamiento quirúrgico usando injertos de
piel o colgajos cutáneos**

Reducir la carga bacteriana con Betadine® Gel
o Betadine® Solución Dérmica antes de aplicar
injertos o colgajos



**Si no es posible,
considerar tratamientos conservadores**

Seleccionar apósitos conformes
a la mejor práctica local

HERIDA CON TEJIDO DE GRANULACIÓN



Úlcera por presión en el talón:
no infectada exudativa (++) con tejido de granulación



Úlcera venosa de pierna inferior:
infectada muy exudativa (+++) con tejido de granulación

EXUDATIVA HASTA MUY EXUDATIVA

SUGERENCIA DE TIPOS DE APÓSITOS

- Alginato
- Hidrofibra

CASOS ESPECIALES

- Presión Negativa Tópica (PNT) en caso de heridas grandes o con cavidades
- En caso de hipergranulación aplicar: corticosteroides tópicos o Betatul®
- Si la herida es hemorrágica, usar preferentemente un alginato seguido por antisépticos locales.



HERIDA CON TEJIDO DE GRANULACIÓN

HERIDA NO INFECTADA

Objetivo

Prevenir la infección

Limpieza

Lavar con agua del grifo o sol. salina



Apósito primario

- Conforme a la mejor práctica local (ejemplo: espuma, hidrofibra)



Apósito secundario

En función de la localización de la herida

EXUDATIVA HASTA MUY EXUDATIVA

HERIDA INFECTADA

Objetivo

Tratar la infección

Limpieza

Limpiar con Betadine® Solución Dérmica



Apósito primario

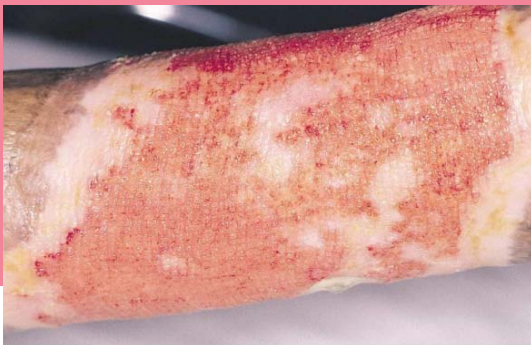
- Conforme a la mejor práctica local (ej. hidrofibra)
- Antisépticos locales:
 - Betadine® Gel
 - Apósitos con plata: eficacia clínica todavía bajo investigación.



Apósito secundario

En función de la localización de la herida

HERIDA LISTA PARA RE-EPITELIZACIÓN



Úlcera venosa de la pierna en proceso de re-epitelización



Úlcera venosa de pierna: casi cierre total ¡Proteger!

NO-EXUDATIVA

Objetivo

Promover la re-epitelización, mantener la herida húmeda y proteger la piel circundante



Apósito primario

- Proteger la piel con un apósito conforme a la mejor práctica local: hidrocoloide, interfase, película de poliuretano o apósito de silicona.
- No cambiar los apósitos con demasiada frecuencia

CASO ESPECIAL

- **En caso de hipergranulación:**
aplicar corticosteroides tópicos o Betatul®

Michel de la Brassinne, MD

Profesor Emérito de Dermatología • Universidad de Liege, Liege, Bélgica

Mieke Flour, MD

Dermatólogo • Antigo Presidente de la ETRS (Sociedad Europea de Reparación Tissular) • Hospital Católico Universitario de Leuven, Leuven, Bélgica

Rosella Gallo, MD

Consultora de Dermatología • Sección de Dermatología - Di.S.E.M. • Universidad de Génova, Génova, Italia

Henk Hoeksema, PT

Coordinador de investigación y cuidado de heridas • Servicio de Cirugía Plástica, Unidad de Quemados e Ingeniería Tissular • Hospital Universitario de Ghent, Ghent, Bélgica

Aníbal Justiniano, MD

Cirujano General • Presidente de la Asociación Portuguesa del Manejo de Heridas • Profesor Invitado, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Católica, Porto, Portugal • Escuela Superior de Enfermería Santa María, Porto, Portugal

David Leaper, MD, ChM FRCS FACS

Profesor Emérito de Cirugía, Universidad de Newcastle sobre el Tyne • Profesor Visitante, Universidad de Cardiff y del Colegio Imperial, Londres, Reino Unido

Maarten J. Lubbers, MD

Cirujano- Intensivista • Miembro del Consejo EWMA (Asociación Europea del Manejo de Heridas) • Miembro del Consejo de Administración de la EPUAP • Centro Académico de Medicina, Universidad de Ámsterdam, Ámsterdam, Países Bajos

Sylvie Meaume, MD

Dermatóloga, Geriatra • Jefe de Servicio • Presidente de la Sociedad Francesa del Cuidado de Heridas • Hospitales de Asistencia Pública de Paris, Universidad 6 de Paris, Ivry – sur – Seine, Francia

Stan Monstrey, MD, PhD

Consultor Plástico, Cirujano Estético y Reconstructivo • Profesor y Jefe de Servicio • Antiguo Secretario General de la Asociación Europea de Cirujanos Plásticos • Servicio de Cirugía Plástica, Unidad de Quemados e Ingeniería Tissular • Hospital Universitario de Ghent, Ghent, Bélgica

Aurora Parodi, MD

Directora de la Sección de Dermatología – Di.S.E.M • Universidad de Génova, Italia

Ali Pirayesh, MD

Consultor Plástico, Cirujano Estético y Reconstructivo • Servicio de Cirugía Plástica, Unidad de Quemados e Ingeniería Tissular • Hospital Universitario de Ghent, Ghent, Bélgica

Xavier Santos, MD, PhD

Cirujano Plástico, Estético y Reconstructivo • Jefe de Servicio del Hospital Universitario Madrid Montepíncipe • Secretario General de la Fundación Docente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica (SECPRE) • Presidente de la Sociedad Española de Heridas • Profesor de Cirugía, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

Luc Téot, MD, PhD

Cirujano Plástico, Reconstructivo y de Quemados • Antiguo Presidente de la Sociedad Mundial de Cuidado de Heridas • Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Europea de Reparación Tissular • Hospital Universitario de Montpellier, Montpellier, Francia

Rosine Van den Bulck

Enfermera Clínica Especialista en el cuidado de heridas y estomas • Presidenta de la ECET (Consejo Europeo de Enterostomatología) • Clínica Edith Cavell, Bruselas, Bélgica