

tales como la hipotermia terapéutica controlada— están siendo evaluadas. Cada sistema de órganos está en riesgo durante este tiempo y, en última instancia, los pacientes pueden desarrollar disfunción multiorgánica.

El objetivo del período de posreanimación es el restablecimiento de la perfusión sistémica, con el fin de aumentar la probabilidad de supervivencia y un estado neurológico intacto.

Bibliografía

Intensive Care National Audit and Research Centre (ICNARC), Londres, dic 1995-oct 2004.

Hypothermia after cardiac arrest study group. Mild therapeutic hypothermia to

improve the neurologic outcome after cardiac arrest. *N Engl J Med.* 2002; 346:549-556.

Postresuscitation Support Circulation 2005, nov 28 2005, I 84-88 [acceso: 15 de septiembre del 2009] Disponible en: http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/112/24_suppl/IV-84

Post-resuscitation therapy in adult advanced life support. Australian resuscitation council. [Acceso: septiembre 25 del 2009]. Disponible en: http://www.resus.org.au/policy/guidelines/section_11/post_resuscitation_therapy_aals.htm.

Manejo de heridas en urgencias Injury management in the emergency room

Fernando Antonio Cardona Restrepo*

to avoid the possible complications inherent in its formation and treatment.

Key Words

injuries, injuries in the emergency room

Definición

Se entiende por herida toda lesión traumática de la piel o las mucosas con solución de continuidad de las mismas y afectación variable de estructuras adyacentes. Es una interrupción de la integridad tisular por traumatismo, intervención quirúrgica o trastorno médico subyacente. Como objetivo de este trabajo, nos centramos en las heridas de origen traumático.

Clasificación

Dentro de los múltiples criterios para la clasificación de heridas, están los siguientes:

Según la urgencia

gran urgencia: trauma que amenaza la vida o una extremidad (hemorragia arterial incontrolada, lesiones con hipovolemia asociada, lesiones con compromiso neurovascular);

urgencia: lesiones que requieren cierre con sutura; en las heridas infectadas se realiza desbridamiento y extracción de cuerpos extraños;

no urgentes: laceraciones, abrasiones, contusiones simples, heridas pequeñas por punción.

Resumen

Durante la atención de pacientes en los servicios de urgencias, se observa que las heridas se convierten en una de las causas más frecuentes de consulta, aunque la mayoría de estas lesiones pueden ser tratadas sin dificultades. La evaluación y detección de lesiones que amenazan la vida, la restauración de la función y la prevención y el manejo de la infección son elementos fundamentales en su tratamiento; cada paso en la atención de una herida va dirigido a lograr estos objetivos. El propósito de este trabajo es entonces el de servir como guía para la atención de las heridas traumáticas en los servicios de urgencias, evitando las posibles complicaciones inherentes a su formación y tratamiento.

Palabras claves

heridas, heridas en urgencias

Abstract

While attending patients in the emergency room, it has been observed that injuries become one of the causes for the most frequent consultations, even though the majority of these lesions can be treated without difficulty. The evaluation and detection of these lesions which are life threatening, the restoration of function and the prevention and management of infection are fundamental elements in its treatment; each step in the attention given to an injury is focused on achieving these objectives. The purpose of this work is to serve as a guide for the attention of traumatic injuries in emergency services, so as

*Enfermero, especialista en atención al adulto en estado crítico de salud
fdocardona@une.net.co

Según el agente etiológico

heridas incisas: son las producidas por agentes cortantes. en ellas predomina la longitud sobre las otras dimensiones; poseen bordes limpios y suelen sangrar mucho;

heridas contusas: son producidas por objetos de superficie roma; poseen bordes contundidos y aplastados;

heridas punzantes: son producidas por objetos alargados y puntiagudos; en ellas predomina la profundidad sobre la longitud;

heridas por arrancamiento: son producidas por tracción violenta sobre tejidos; son irregulares y con bordes despegados;

heridas por mordedura: de especial importancia por el riesgo de infección que conllevan;

heridas por arma de fuego: el orificio de entrada es menor que el de salida; este último es irregular y de bordes evertidos;

heridas abrasivas: afectan la epidermis y se producen por frotamiento;

heridas por aplastamiento: pueden aparecer como lesiones superficiales de poca importancia y dar lugar a un importante síndrome compartimental.

Según su profundidad y gravedad

heridas superficiales o simples: no afectan elementos nobles (vasos, nervios, tendones);

heridas profundas o complicadas: afectan varios tejidos (piel, músculo, hueso);

heridas penetrantes (graves): afectan a cavidades, sin lesionar vísceras u órganos;

heridas perforantes (graves): penetran y lesionan vísceras u órganos.

Evaluación del paciente y valoración de la herida

Antes de comenzar la reparación de cualquier tipo de herida, es necesario realizar una valoración completa del paciente partiendo desde el abc de la reanimación, con el objetivo de identificar las lesiones con compromiso vital o para una extremidad; una vez estabilizado, se evalúan las implicaciones locales que se presentan con el fin de determinar el tipo de tratamiento y la necesidad de evaluación especializada. La valoración de la herida debe hacerse en un ambiente con buena iluminación y con las mayores medidas de asepsia posibles; en detalle, esta valoración incluye:

- etiología y mecanismo de la lesión;
- presencia de hemorragia, localización, forma, extensión y longitud de la herida;
- bordes de la herida, limpios o contusos;
- profundidad y estructuras se afectan;
- grado de suciedad y posible presencia de cuerpos extraños;
- grado de contaminación, secundario al tipo de agente traumático, y tiempo transcurrido desde la lesión hasta el tratamiento.

Es importante recalcar que cada hallazgo registrado de la valoración de la herida influye en cada una de las fases de reparación de una herida, como son la anestesia, la limpieza y la estrategia de cierre.

Tratamiento de la herida

Se recomienda que los pacientes deben ser atendidos en posición supina en una camilla, con el fin de evitar el riesgo de caída por síncope vasovagal, lo que pudiera resultar en lesiones adicionales; la presencia de acompañantes solo esta recomendada para la atención en niños, si

su acudiente se siente cómodo en esa situación.

Hemostasia inicial

Una de las medidas más efectivas de controlar la hemorragia sigue siendo la aplicación de presión directa sobre la herida, y la elevación en el caso de las extremidades. Evite pinzar a ciegas zonas de la herida, ya que se pueden causar daños de tendones, nervios u otras estructuras importantes; esta técnica, en conjunto con la ligadura con sutura absorbible, se reserva solo para vasos únicos de calibre considerable encontrados de forma directa durante la valoración.

Analgesia y anestesia

Para conseguir el máximo de colaboración del paciente, durante las distintas etapas de atención de la herida es necesario brindarle un adecuado manejo del dolor. Esto debe incluir también un trato amable y la explicación de cada uno de los procedimientos, con el fin de controlar la ansiedad durante estos. Las respectivas técnicas incluyen la administración de analgésicos por vía parenteral intravenosa o intramuscular, anestesia por infiltración y bloqueo nervioso, teniendo en cuenta que este último solo debe ser realizado si los componentes sensitivo y motor ya se han valorado en el paciente.

Limpieza y desinfección

Como ya se mencionó, la prevención y el

manejo de la infección es uno de los elementos fundamentales en el manejo de las heridas. No sobra recordar que todo el tratamiento se debe realizar bajo condiciones asépticas, el cual incluye un enfoque interdisciplinario en el que la limpieza de manos, la desinfección del material y la correcta realización de técnicas y procedimientos constituyen elementos fundamentales.

Los objetivos en la limpieza de la herida son remover restos de material orgánico y cuerpos extraños, además de disminuir el recuento de gérmenes contaminantes. Para ello, se diferencia entre dos áreas:

área cutánea perilesional: se limpiaran los bordes de la herida y desde ahí se limpiará una zona más amplia; esta limpieza se efectúa con antiséptico después de retirar los restos de material orgánico que puedan inactivar el antiséptico;

la herida: para esta limpieza se recomienda utilizar técnica de irrigación con solución salina al 0,9%, teniendo en cuenta que la irrigación excesiva o potente puede dañar el tejido sano y profundizar la contaminación bacteriana; la limpieza con gasa de alta porosidad aumenta el daño del tejido y la tasa de infección, por lo cual se recomienda la irrigación y limpieza solo con guante estéril.

Antisépticos

En el mercado existen diferentes tipos de

ANTISEPTICO	ESPECTRO DE ACCION	INICIO DE LA ACTIVIDAD	EFECTO RESIDUAL	ACCION FRENTE A MATERIA ORGANICA	SEGURIDAD	TOXICIDAD	CONTRAINDICACIONES
Alcohol al 70%	Bacterias: Gram+ gram- Virus: SIDA, Citomegalovirus	2 minutos	Nulo	Inactivo	Inflamable	Irritante	Heridas abiertas
Gluconato de clorhexidina	Bacterias: Gram+ (MARSA) gram- (Pseudomona) Esporas Hongos Virus	15-30 segundos	6 horas	Activo	A concentraciones de mas de 4% puede dañar el tejido	No toxico	No se han descrito
Yodopovidona	Bacterias: Gram+ (MARSA) gram- Hongos Virus	3 minutos	3 horas	Inactivo	Retrasa el crecimiento de tejido de granulación	Irritación cutanea, absorción de yodo a nivel sistémico	Embarazo Recien nacidos lactantes personas con alteracion tiroidal.

Tabla 1. Características principales de los antisépticos

antisépticos con propiedades y mecanismos de acción muy diferenciados, por lo cual no todos tienen la misma efectividad. En la tabla 1 se encuentran las principales características de los antisépticos más utilizados en nuestro medio.

Cierre y cicatrización de la herida

De acuerdo con la valoración realizada de las características de la herida, se decide el tipo de cierre o intención de cierre para la herida, así:

Cierre por primera intención: es la sutura primaria; recomendada para heridas limpias o con mínima contaminación y mínima pérdida o de tejido.

Cierre por segunda intención: es la curación espontánea con tejido de granulación que rellena el fondo de la herida. Se recomienda para heridas contaminadas o con signos claros de infección, por ejemplo, cavidades de abscesos, mordeduras de animales sin relevancia estética, heridas por bala.

Cierre por tercera intención: es la sutura primaria retardada; se deja la herida abierta durante las primeras fases de cicatrización y a continuación se cierra quirúrgicamente para completar la cicatrización. Aquí se consideran las heridas susceptibles de cierre primario tras limpieza y desbridamiento. Son heridas demasiado contaminadas, pero sin pérdida importante ni desvitalización de tejido.

Como norma general, el límite de tiempo para realizar una sutura primaria es de seis horas. Un tiempo superior a este obliga a cicatrización por segunda intención, salvo en zonas muy vascularizadas, como cara y cuero cabelludo, en que se puede retrasar hasta 12 o 24 horas. En términos generales, toda herida que pueda convertirse en aspecto reciente, hemorragia leve, no desvitalizada, sin contaminación o restos visibles tras una limpieza, lavado y desbridamiento agresivos, es candidata a cierre primario.

Para heridas en cuero cabelludo o zonas con

abundante pelo, se recomienda solo el recorte con tijeras o cuchillas con protección, con el fin de no dañar la piel; la zona que no debe rasurarse o recortarse nunca es la ceja, debido a lo impredecible de su crecimiento sin que pueda garantizarse el aspecto original; además, es un buen marco de referencia para alinear la sutura.

Complicaciones de la herida

La infección: es la complicación más frecuente, pues cerca de 3,5 a 6,3% de las heridas se infectan, en proporción directa con el grado de contaminación secundario y al mecanismo del trauma.

El uso de antibióticos para cortes limpios no ha demostrado relevancia en la prevención de infección; sin embargo, existen heridas en las cuales debe considerarse el uso de estos, que deben ser administrados antes o durante las siguientes cuatro horas a la reparación de la herida, ya que fuera de este tiempo su efectividad para la prevención de la infección disminuye. Estas heridas incluyen:

heridas complejas o mutilantes, principalmente en las manos o pies;

cortes amplios de la oreja y su cartílago;

sospecha de penetración del hueso, articulaciones y tendones (fracturas abiertas);

enfermedad o uso de medicamentos inmunosupresores o que alteren las defensas del huésped (diabetes).

Tétanos: existe el riesgo de tétanos en toda lesión abierta, desde pequeñas erosiones hasta traumatismos graves, incluidas mordeduras y fracturas abiertas.

Hematoma o seroma de la herida: se trata de una tumoración con fluctuación sin fiebre, en la que la acumulación puede ser serosa o hemática; retrasa la curación de la herida. Se debe drenar por aspiración o abriendo la herida

total o parcialmente.

Dehiscencia de la herida: su tratamiento depende de las condiciones de la herida; en heridas limpias se pueden afrontar los bordes con cinta adhesiva; si la dehiscencia es por infección, se debe realizar lavado y esperar el cierre por segunda intención.

Instrucciones al paciente

Para lograr un resultado óptimo del tratamiento hospitalario realizado, es necesario brindar a los pacientes, en un lenguaje sencillo, información precisa con respecto a los cuidados que deben tener con su herida. En un estudio observacional, se encontró que los puntos más preocupantes para los pacientes con respecto a la reparación de la herida son el riesgo de infección, la conservación de la función, el resultado estético y el dolor en la reparación. Dentro de las recomendaciones generales están:

evitar cualquier presión directa sobre la herida aunque ya se encuentre suturada;

la elevación, principalmente en heridas en extremidades, con el fin de evitar el edema linfático que retrasa el proceso de cicatrización y aumenta el dolor en la herida;

evitar la exposición directa a la luz del Sol y el uso de bloqueador solar, con el fin de mejorar resultados estéticos;

puede permitirse el baño en ducha, no de inmersión, 12 a 24 horas después de la reparación de la herida, seguido de un secado rápido con materiales suaves que no lastimen los bordes de la herida;

explicar los posibles signos de infección de la herida y la necesidad de consulta médica ante su aparición;

brindar recomendación para el retiro de material de sutura:

Parpados: 3 días

Cara: 3-6 días

Tronco y extremidades: 7 días

Espalda: 10-14 días

Finalmente, debe explicarse claramente que toda herida se repara dejando cicatriz, y que las fuerzas reparadoras de la piel y del cuerpo son más determinantes sobre el resultado final y el aspecto de la cicatriz de la herida que cualquier intervención.

Bibliografía

Trott AT. *Heridas y cortes*. 3.^a ed. España: Elsevier; 2007

Ramírez MM, Mojica DC, Corredor Y, Cañizares Y, Arias NJ, Leal LK. *Manejo de heridas por trauma en el servicio de urgencias*. Ciencia y cuidado [revista en internet] 2007 [acceso: 8 de septiembre del 2009]; (10). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2884813>

Torres SM. *Manejo de heridas traumáticas. Guías para manejo de urgencias*. [acceso: 8 de septiembre del 2009]; (11). Disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Manejo_de_heridas_traumaticas.pdf.

Casamada N, Ibáñez N, Rueda J, Torra JE. *Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas, ¿dónde?, ¿cuándo? y ¿por qué?* Barcelona: Laboratorios Salvat; 2002.

Ruiz M, Muñoz F, Lorda L. *Heridas: Clasificación y tratamiento en urgencias*. [acceso: 12 de septiembre del 2009], Disponible en <http://www.dep19.san.gva.es/intranet/servicios/Docpostgrado/librourg/capitulo44.htm>.

Otero M. *Heridas: diagnóstico y tratamiento de urgencia*. [acceso: 12 de septiembre del 2009], disponible en: <http://www.medicinageneral.org/abril2000/379-384.pdf>.