

# [Guía de Actuación Procedimientos de Enfermería]

[Capítulo X: Procedimientos sobre el Control de Heridas].AUTORES:

**DIRECTOR DE ENFERMERÍA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE. HOSPITAL GENERAL: Dr. D. Miguel Ángel Fernández Molina.**

**ENFERMERO Y GERENTE DE AULASALUD: D. Federico Juárez Granados.**

**SUPERVISORAS DEL HGUA:**

**Dña. M<sup>a</sup>Carmen Gozalves Manzanera.**

**Dña. Nieves Izquierdo García.**

**Dña. Rosario Perales Pastor.**

**ENFERMERAS DEL HGUA:**

**D. Félix Avendaño Córcoles**

**Dña. Rosa del Pilar Berenguer Grau.**

**Dña. Trinidad del Castillo García.**

**Dra. Dña. Manuela Domingo Pozo.**

**Dña. Luisa Juan Baño.**

**Dña Rosa Ana Montoyo Antón.**

**Dña. Nieves Prieto Castelló.**

**Dña. Ana Isabel Sabater Sala.**

**MATRONAS HGUA. D.Francisco Javier Gómez Robles.**

**ADJUNTOS DE ENFERMERÍA DEL HGUA: D. Francisco Vicente Blanes Compañ y Dña. M<sup>a</sup> José Muñoz Reig.**

**GRABACIONES REALIZADAS POR: AULASALUD, Formación, Desarrollo e Innovación S.L.**



## **CAPÍTULO X: PROCEDIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DE LAS HERIDAS**

### **10.1 VIGILANCIA DE LA PIEL**

#### **DEFINICIÓN**

Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y membranas mucosas.

#### **OBJETIVOS**

- Mantener la integridad de la piel y membranas
- Prevenir infecciones en las heridas
- Educar al paciente y familia en los signos y síntomas de alarma

#### **EQUIPO**

Guía de cumplimentación de la hoja de valoración de enfermería.

#### **MATERIAL**

- Hoja de valoración de enfermería
- Hoja de cumplimentación de cuidados de enfermería

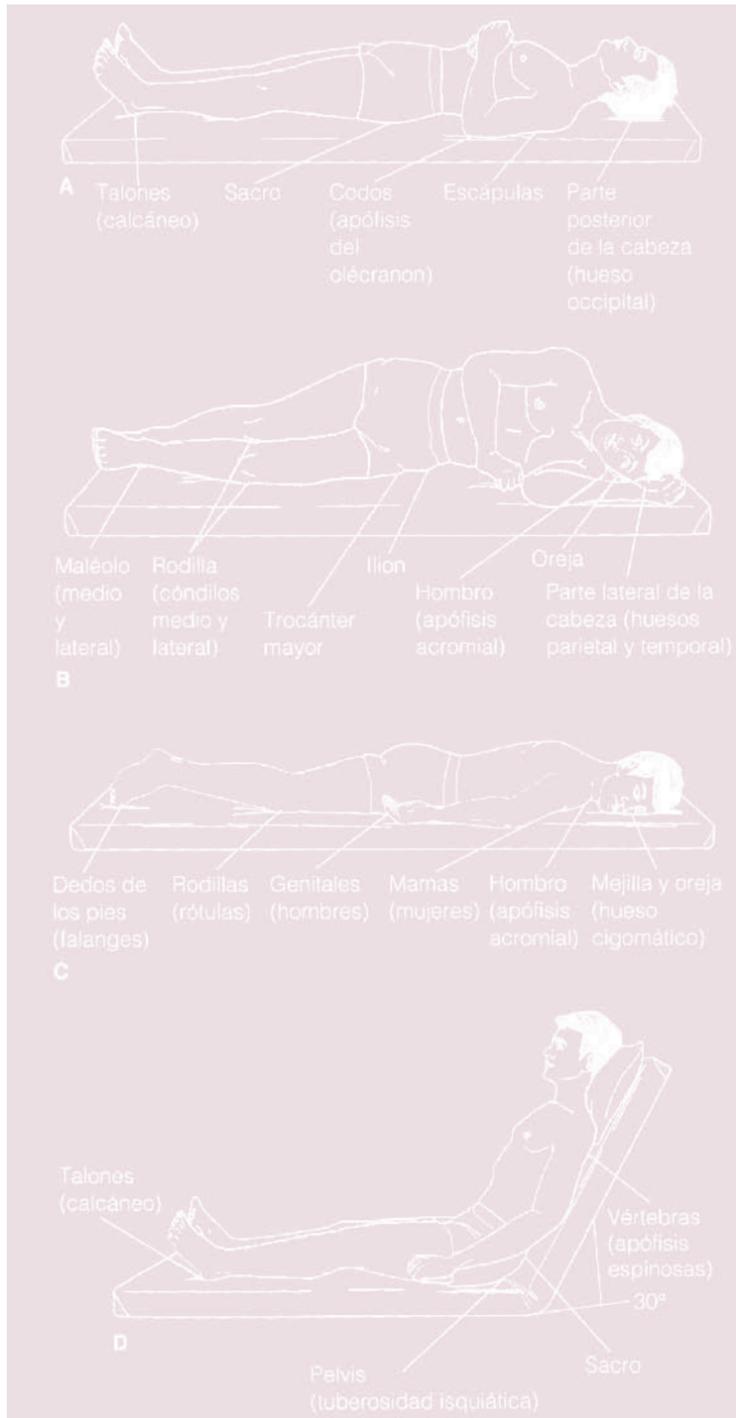
#### **PROCEDIMIENTO**

- Informar al paciente
- Preservar la intimidad del paciente
- Solicitar la colaboración del paciente y familia
- Valorar color, textura, inflamación, edema, pérdida de integridad de la piel, erupciones, abrasiones, pulsos en las extremidades y presencia de ulceraciones.
- Observar puntos de presión y fricción.
- Valorar el estado de la zona de incisión o herida, si las hubiera.
- Observar signos de infección: piel caliente y brillante (tensa), sensibilidad de la zona y dolor, enrojecimiento e inflamación.
- Observar humedad o sequedad de la piel
- Instaurar las medidas apropiadas para evitar deterioro
- Instruir al paciente y familia sobre los signos de infección y pérdida de integridad de la piel.
- Planificar cuidados de enfermería
- Registrar en la documentación de enfermería: valoración del estado de la piel, fecha y hora, incidencias y respuestas del paciente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Protocolos de la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea. Revista digital ANEDIDIC. Marzo 2008, nº 3;p. 7. Disponible en: [www.anedidic.com](http://www.anedidic.com) . [Consultado el 22 de julio de 2011].
- Bibliografía general

**ZONAS DE PRESIÓN CORPORAL.** En A: posición en decúbito supino. En B: posición en decúbito lateral. En C: posición en decúbito prono. En D: posición de Fowler.



### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registro de la valoración de la piel al ingreso y cada 24 horas en pacientes de riesgo de deterioro de la integridad cutánea	

## **10.2 NORMAS GENERALES EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS**

### **DEFINICIÓN**

Conjunto de actividades que aplica la enfermera para la estimulación de la curación de las heridas.

### **OBJETIVOS**

- Prevención de las complicaciones de las heridas: hemorragias, infección, dehiscencia y eventración.
- Evaluar el dolor del paciente antes y después de la cura de la herida.
- Limitar el dolor y las molestias al mínimo durante las curas de las heridas.

### **EQUIPO**

- Carro de curas o batea
- Pinzas de disección con y sin dientes
- Tijeras estériles
- Pinzas de mosquito
- Mango de bisturí
- Pinzas kocher
- Portagujas

### **MATERIAL**

- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Gasas estériles.
- Empapador.
- Desinfectante alcohólico para las manos
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Agua oxigenada.
- Apósitos estériles.
- Bolsa para residuos.
- Cremas, pomadas, geles, etc.
- Registros de enfermería

### **PROCEDIMIENTO**

- Informar al paciente del procedimiento
- Solicitar su colaboración y la de la familia
- Crear un entorno terapéutico de tranquilidad ante las curas
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar lavado de manos
- Preparar el material

- Valorar el grado de dolor (escala del dolor) para determinar la necesidad de analgesia antes de comenzar la cura de la herida.
- Retirar el apósito evitando producir dolor al hacerlo: retirar en la dirección del vello mojándolo previamente en suero fisiológico si está bien adherido.
- Valorar el estado de la piel perilesional (Escala Fedpalla).
- Retirar guantes.
- Realizar la desinfección alcohólica de las manos.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Colocarse guantes estériles.
- Limpiar la herida con suero fisiológico (solución de limpieza preferida ya que es isotónica y no interfiere con el proceso de cicatrización) (Grado B) a chorro por arrastre (Grado B) desde el centro de la herida hacia los extremos.
- Secar con gasas estériles por empapamiento y no por fricción (la limpieza con gasa por arrastre o técnica de swabbling redistribuye las bacterias por el lecho de la herida y puede causar lesiones en el tejido de granulación (Grado E).
- Aplicar antiséptico según proceda, teniendo en cuenta la temperatura del producto antes de aplicarlo.
- Masajear la zona de alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Aplicar apósito adecuado y fijarlo, evitando que ejerza demasiada presión.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición adecuada.
- Retirar se los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería las características de la herida y el procedimiento realizado, fecha y hora, y evaluación.

#### OBSERVACIONES

- Si existiesen 2 ó más heridas empezar la cura por la herida más limpia.
- Seguir las instrucciones según la ficha técnica del apósito o antiséptico a utilizar.
- Evitar que la herida esté expuesta durante períodos prolongados y toda manipulación innecesaria.
- Si se aplican pomadas, desechar la primera porción de la pomada (**Grado B**)

#### BIBLIOGRAFÍA

- Manual de técnicas y procedimientos de enfermería del Hospital Universitario La Paz. Comunidad de Madrid [Consultado el 1 de agosto de 2011] Disponible en: [www.hulp.es/web\\_enfermeria/](http://www.hulp.es/web_enfermeria/)
- Bibliografía general

#### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registra valoración del aspecto de la herida y fecha de realización del procedimiento	

Apósito limpio y seco	
Ausencia de lesiones en la piel alrededor de la herida	
Ausencia de signos de infección	

### 10.2.1 CUIDADO DE LAS HERIDAS MEDIANTE TÉCNICA DE CURA SECA

#### DEFINICIÓN

Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

#### OBJETIVOS

- Facilitar la cicatrización de la herida
- Prevenir y controlar la infección
- Educar al paciente y familia en las medidas de protección de la herida.

#### EQUIPO

- Carro de curas o batea
- Pinzas con dientes y sin dientes, tijeras estériles, mosquito, pinzas kocher, portaagujas y quitagrapas.

#### MATERIAL

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Paños estériles
- Empapador
- Desinfectante alcohólico para las manos
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Agua oxigenada.
- Apósitos estériles.
- Bolsa para residuos.
- Vendas
- Esparadrapo antialérgico
- Puntos de aproximación adhesivos
- Registros de enfermería

#### PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente del procedimiento
- Solicitar su colaboración y la de la familia
- Crear un entorno terapéutico y de tranquilidad ante las curas
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar lavado de manos

- Preparar el material
- Valorar el grado de dolor (escala del dolor) para determinar la necesidad de analgesia antes de comenzar la cura de la herida.
- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Ponerse los guantes no estériles y retirar el apósito evitando producir dolor al hacerlo: retirar en la dirección del vello mojándolo previamente en suero fisiológico si está bien adherido.
- Valorar el estado de la piel perilesional (escala fedpalla).
- Retirar guantes.
- Realizar la desinfección alcohólica de las manos.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Colocarse guantes estériles.
- Inspeccionar la herida por si presenta enrojecimiento, inflamación, signos de dehiscencia, evisceración o exudado.
- Limpiar la herida con suero fisiológico (solución de limpieza preferida ya que es isotónica y no interfiere con el proceso de cicatrización) (Grado B) a chorro por arrastre (Grado B) desde el centro de la herida hacia los extremos.
- Secar con gasas estériles por empapamiento y no por fricción (la limpieza con gasa por arrastre o técnica de swabbling redistribuye las bacterias por el lecho de la herida y puede causar lesiones en el tejido de granulación (Grado E).
- Aplicar antiséptico según proceda, teniendo en cuenta la temperatura del producto antes de aplicarlo.
- Masajear la zona de alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Aplicar puntos de aproximación adhesivos, si procede, y antiséptico.
- Retirar suturas si está indicado.
- Masajear la zona de alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Aplicar apósito adecuado y fijarlo.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición adecuada.
- Retirar se los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería las características de la herida y el procedimiento realizado, fecha y hora, y evaluación.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de incisión.
- Enseñar al paciente y familia a cuidar la incisión incluyendo signos y síntomas de infección.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, características de la herida, fecha y hora y evolución.

## **OBSERVACIONES**

- Realizar el cambio de apósito cada 24 horas o cuando esté manchado o húmedo.
- La deambulación mejora la circulación sanguínea y, en consecuencia, la irrigación de la herida.
- Se avisará al médico si se observan signos de infección.

## BIBLIOGRAFÍA

- Manual de técnicas y procedimientos de enfermería del Hospital Universitario La Paz. Comunidad de Madrid. [Consultado el 1 de agosto de 2011] Disponible en: [www.hulp.es/web\\_enfermeria/](http://www.hulp.es/web_enfermeria/)
- Bibliografía general

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registrada valoración del aspecto de la herida, fecha de realización del procedimiento y cómo se ha llevado a cabo	
Apósito limpio y seco	
Ausencia de lesiones en la piel alrededor de la herida	
Ausencia de signos de infección	

### 10.2.2 CUIDADOS DE LAS HERIDAS MEDIANTE CURA EN AMBIENTE HÚMEDO

#### DEFINICIÓN

Actividades que mantienen unas condiciones fisiológicas y ambientales en el lecho de una úlcera o herida aguda de ambiente húmedo, favoreciendo y acelerando su proceso de cicatrización por segunda intención.

#### OBJETIVOS

- Facilitar la cicatrización de la herida y acortar el proceso de recuperación de la integridad cutánea
- Prevenir las infecciones
- Educar al paciente y familia en las medidas de protección de la herida.

#### EQUIPO

- Carro de curas
- Pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, pinzas de kocher y portaagujas.

#### MATERIAL

- Guantes estériles
- Guantes no estériles
- Bisturí
- Gasas estériles

- Desinfectante alcohólico para las manos
- Empapador
- Bolsa para residuos
- Esparadrapo antialérgico
- Solución antiséptica
- Suero fisiológico
- Cremas, pomadas, geles y apósitos hidrocoloides, etc.
- Apósitos estériles
- Vendas
- Registros de enfermería

## PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente del procedimiento
- Solicitar su colaboración y la de la familia
- Crear un entorno terapéutico y de tranquilidad ante las curas
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar lavado de manos
- Preparar el material
- Valorar el grado de dolor (escala del dolor) para determinar la necesidad de analgesia antes de comenzar la cura de la herida.
- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Ponerse los guantes no estériles y retirar el apósito evitando producir dolor al hacerlo: retirar en la dirección del vello mojándolo previamente en suero fisiológico si está bien adherido.
- Valorar el estado de la piel perilesional (escala fedpalla).
- Retirar guantes.
- Realizar la desinfección alcohólica de las manos.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Colocarse guantes estériles.
- Inspeccionar la herida por si presenta enrojecimiento, inflamación, signos de dehiscencia, evisceración o exudado.
- Limpiar la herida con suero fisiológico (solución de limpieza preferida ya que es isotónica y no interfiere con el proceso de cicatrización) (Grado B) a chorro por arrastre (Grado B) desde el centro de la herida hacia los extremos.
- Secar con gasas estériles por empapamiento y no por fricción (la limpieza con gasa por arrastre o técnica de swabbling redistribuye las bacterias por el lecho de la herida y puede causar lesiones en el tejido de granulación (Grado E).
- Aplicar cremas, pomadas, geles y apósitos hidrocoloides, etc., según proceda. (Seguir el procedimiento especificado de UPP en el Capítulo VII).
- Cubrir el apósito húmedo con otro seco.
- Masajear la zona de alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Fijar con esparadrapo el apósito.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Retirar se los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la herida durante el baño o la ducha.

- Registrar en la documentación de enfermería las características de la herida y el procedimiento realizado, fecha y hora, y evaluación.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar al paciente y familia a cuidar la herida incluyendo signos y síntomas de infección.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, características de la herida, fecha y hora y evolución.

### OBSERVACIONES

- El cambio de apósito se realiza según la ficha técnica o cuando esté el apósito húmedo o manchado.
- Se avisa al médico si se observan signos de infección.
- En caso de infección, no utilizar apósito hidrocoloide (descrito en capítulo de UPP).

### BIBLIOGRAFÍA

- Protocolos de la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea. Revista digital ANEDIDIC. Marzo 2008, nº 3;p. 7. Disponible en: [www.anedidic.com](http://www.anedidic.com) . [Consultado el 22 de julio de 2011].
- Bibliografía general

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

<b>Criterios de evaluación</b>	<b>¿Consta?</b>
	<b>SI/NO</b>
Registrada valoración del aspecto de la herida, fecha de realización del procedimiento y cómo se ha llevado a cabo	
Apósito limpio y seco	
Ausencia de lesiones en la piel alrededor de la herida	
Ausencia de signos de infección	

## 10.3 CONTROL Y CUIDADO DE LOS DRENAJES QUIRÚRGICOS

### DEFINICIÓN

Vigilancia y mantenimiento de un sistema de drenaje que presenta una herida.

## **OBJETIVOS**

Mantener la permeabilidad de un sistema de drenaje evitando complicaciones como infecciones, dehiscencia o desplazamiento de la sutura.

## **EQUIPO**

- Carro de curas o batea
- Soporte para bolsa de drenaje.
- Pinzas con dientes y sin dientes, tijeras estériles, mosquito, pinzas kocher y portaagujas.

## **MATERIAL**

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Bolsa de drenaje
- Sistema de drenaje estéril
- Empapador
- Desinfectante alcohólico para las manos
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Hoja de bisturí
- Apósitos estériles.
- Bolsa para residuos.
- Vendas
- Esparadrapo antialérgico
- Registros de enfermería

## **PROCEDIMIENTO**

- Informar al paciente del procedimiento
- Solicitar su colaboración y la de la familia
- Crear un entorno terapéutico y de tranquilidad ante las curas
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar lavado de manos
- Preparar el material
- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Ponerse los guantes no estériles y retirar el apósito evitando producir dolor al hacerlo: retirar en la dirección del vello mojándolo previamente en suero fisiológico si está bien adherido.
- Valorar el estado de la piel perilesional (escala fedpalla).
- Valorar el drenaje: volumen, permeabilidad, color y olor del exudado.
- Inspeccionar suturas y estado de la incisión.
- Vaciar sistema de drenaje o reemplazar.
- Retirar guantes.
- Realizar la desinfección alcohólica de las manos.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.

- Colocarse guantes estériles.
- Limpiar la herida con suero fisiológico (solución de limpieza preferida ya que es isotónica y no interfiere con el proceso de cicatrización) (Grado B) a chorro por arrastre (Grado B) desde el centro de la herida hacia los extremos.
- Secar con gasas estériles por empapamiento y no por fricción (la limpieza con gasa por arrastre o técnica de swabbling redistribuye las bacterias por el lecho de la herida y puede causar lesiones en el tejido de granulación (Grado E).
- Aplicar antiséptico.
- Cortar con las tijeras estériles las gasas desde la mitad de sus bordes al centro y colocarla alrededor de la salida del tubo de drenaje, fijándola a la piel (drenajes cerrados). En los Penrose se tapaná la herida con gasas suficientes para absorber el exudado. Si es excesivo, colocar bolsas colectoras.
- Cubrir el drenaje con un apósito estéril separado del apósito de la herida quirúrgica.
- Numerar los dispositivos de recogida si hubiera más de uno.
- Fijar con esparadrapo el drenaje a las ropas del paciente o a la cama.
- Si se va a retirar el drenaje:
  - Limpiar herida quirúrgica y cubrirla con gasas estériles.
  - Con una pinza montada con gasa se limpia con solución antiséptica la zona del drenaje con círculos desde dentro hacia fuera.
  - Con las tijeras se corta el punto de fijación de la piel.
  - Extraer el drenaje con suavidad, pero con rapidez y continuidad.
  - Cubrir el orificio con apósito estéril.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Retirar se los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, características de la herida, fecha y hora y evolución.

#### **OBSERVACIONES**

- El cambio de apósito se realiza cada 24 horas o cuando esté manchado o húmedo.
- Se avisa al médico si se observan signos de infección.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Bibliografía general

#### **CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

<b>Criterios de evaluación</b>	<b>¿Consta?</b>
	<b>SI/NO</b>

Registrado tipo y medidas específicas de vigilancia	
Registrado aspecto y cantidad de líquido drenado cada 24 horas	
Tubos sin acodamientos	
Conexiones aseguradas y sin pérdidas	
Apósito limpio y seco	

## 10.4 RETIRADA DE SUTURAS QUIRÚRGICAS

### DEFINICIÓN

Técnica de retirada de los puntos de sutura no reabsorbibles de la herida de un paciente.

### OBJETIVO

Facilitar el proceso de curación de una herida.

### EQUIPO

- Carro de curas o batea.
- Pinzas con dientes y sin dientes, tijeras estériles, mosquito, pinzas kocher, portaagujas.

### MATERIAL

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Paños estériles
- Desinfectante alcohólico para las manos
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Hoja de bisturí nº 11.
- Apósitos estériles.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico
- Puntos de aproximación adhesivos
- Quitagrapas
- Registros de enfermería

### PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente del procedimiento
- Solicitar su colaboración y la de la familia
- Crear un entorno terapéutico y de tranquilidad ante las curas

- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar lavado de manos
- Preparar el material
- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Ponerse los guantes no estériles y retirar el apósito evitando producir dolor al hacerlo: retirar en la dirección del vello mojándolo previamente en suero fisiológico si está bien adherido.
- Inspeccionar suturas y estado de la incisión.
- Retirar guantes.
- Realizar la desinfección alcohólica de las manos.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Colocarse guantes estériles.
- Limpiar la herida con suero fisiológico (solución de limpieza preferida ya que es isotónica y no interfiere con el proceso de cicatrización) (Grado B) a chorro por arrastre (Grado B) desde el centro de la herida hacia los extremos.
- Secar con gasas estériles por empapamiento y no por fricción (la limpieza con gasa por arrastre o técnica de swabbling redistribuye las bacterias por el lecho de la herida y puede causar lesiones en el tejido de granulación (Grado E).
- Aplicar antiséptico.
- Verificar el tipo de sutura para seleccionar procedimiento y material.
- Valorar la retirada de puntos y si se debe curar por segunda intención en caso de seroma, y determinar si hay que retirar todos los puntos o solo los alternos de forma que los restantes mantengan los bordes aproximados.
- Sujetar el punto de sutura por uno de los extremos con la pinza de disección y cortar la sutura cerca de la superficie de la piel, en el lado opuesto al nudo o por debajo de éste.
- Tirar con cuidado hasta retirarlo.
- Si la sutura es metálica: colocar la punta del quita-ágrafes debajo de la grapa, cerrarlo y cuando los extremos de la grapa sobresalgan de la piel y sean visibles retirar suavemente la grapa.
- Valorar la necesidad de aplicar sutura adhesiva estéril para sujetar los bordes de la herida.
- Aplicar antiséptico y dejar secar.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición adecuada.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y evaluación.

## **OBSERVACIONES**

- Retirar los puntos a partir del 7º-10º día desde la colocación de los mismos.
- Si se observan signos de infección avisar al médico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Bibliografía general

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN

<b>Criterios de evaluación</b>	<b>¿Consta?</b> <b>SI/NO</b>
Registrada valoración del aspecto de la herida y cuándo se retiran las suturas	