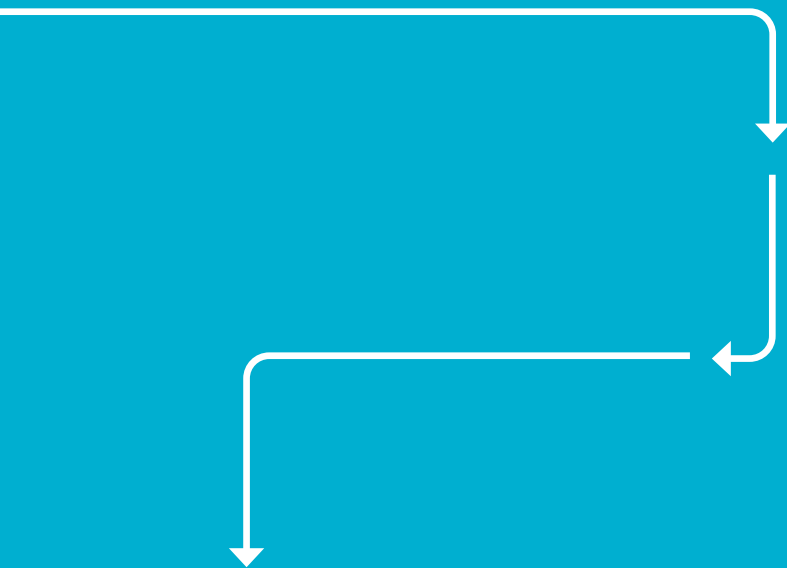




La Ruta para el Cuidado de Heridas

Cinco pasos para la cicatrización de la herida

Desarrollado por profesionales sanitarios
para profesionales sanitarios



Autores

Dr. David Keast, Canadá | Mary Brennan, WOCN (Sociedad de Enfermería para Heridas, Ostomía y Continencia), EE.UU. | Dr. Marcelo Liberato, Brasil | Dr. Hubert Vuagnat, Suiza | Dra. Caroline Dowsett, Reino Unido | Terry Swanson, enfermero especializado, Australia | Dr. Tonny Karlsmark, Dinamarca | Dr. Alessandro Greco, Italia | Dr. Christian Münter, Alemania | José Luis Lázaro-Martínez, España

Desarrollado por profesionales sanitarios para profesionales sanitarios - presentado por Coloplast.

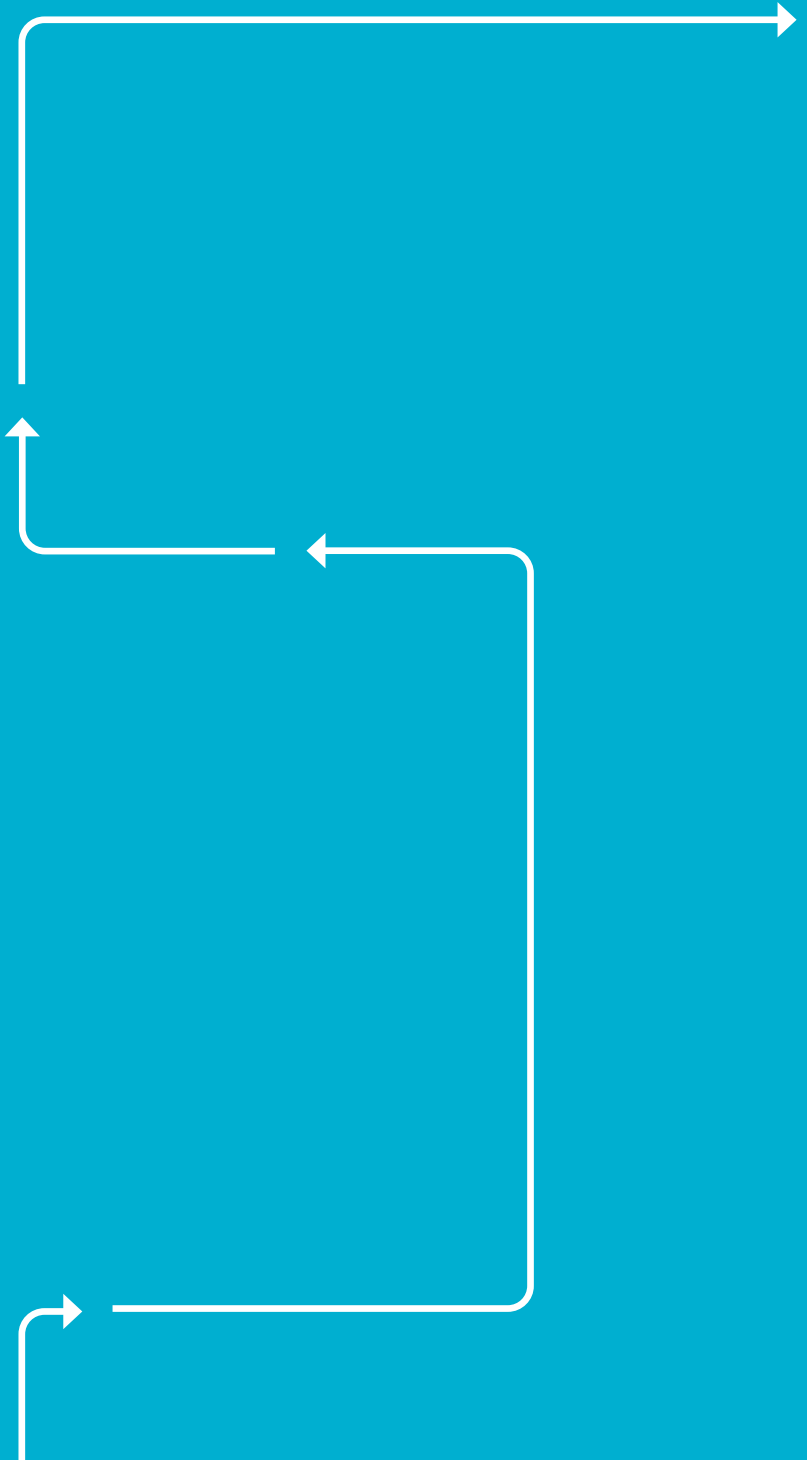
La Ruta para el Cuidado de Heridas fue desarrollada con el *feedback* y las aportaciones de más de 2200 profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito del cuidado de heridas. Ofrece un enfoque único y con base en la evidencia para tratar heridas crónicas.

El camino más corto para la cicatrización

Todos queremos que nuestros pacientes que tienen heridas crónicas pasen menos días con heridas. Sin embargo, encontrar la manera más rápida para la cicatrización puede ser un reto.

Si seguimos esta *Ruta para el Cuidado de Heridas* nos aseguramos actuar de la mejor manera posible para crear un entorno de curación idóneo y prevenir complicaciones que puedan conducir a la demora de la cicatrización o al empeoramiento de la herida.

La Ruta para el Cuidado de Heridas fue desarrollada por y para profesionales sanitarios y su objetivo es ayudar y poner en práctica los descubrimientos más recientes.



Ruta paso a paso

¿Qué es una herida crónica?	06
Paso 1. Cómo evaluar a una persona que tiene una herida crónica ...	10
Paso 2. Cómo establecer un plan de tratamiento	16
Paso 3. Cómo tratar una herida crónica	22
Paso 4. Cómo elegir un apósito	32
Paso 5. Cómo monitorizar al paciente y la evolución de la herida	36
Quando derivar o consultar a un especialista	39
Glosario de <i>La Ruta para el Cuidado de Heridas</i>	41

¿Qué es una herida crónica?

Cualquier herida que no ha cicatrizado en 30 días, a pesar de las mejores prácticas en su intervención, se considera una «herida crónica». Asimismo, reciben el nombre de «crónicas» las heridas que no se espera que cicatricen en un periodo de cuatro a seis semanas, sin importar su etiología (causa).

La orientación que se aporta en esta ruta ayudará a los profesionales a suministrar un entorno de curación idóneo para todos los tipos de heridas crónicas*.

En el caso de heridas con baja probabilidad de cicatrización (p. ej., con vascularización inadecuada) o heridas en pacientes paliativos, también son válidas las recomendaciones de esta ruta de tratamiento.



Tenga en cuenta que: ¡cualquier herida aguda puede convertirse en una herida crónica si no se sigue el tratamiento adecuado!

* En la siguiente página veremos ejemplos de las heridas crónicas más frecuentes, pero también son consideradas heridas crónicas las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, las de las extremidades inferiores, las agudas cronificadas y las de baja prevalencia como, las lesiones neoplásicas, las autoinmunes, las infecciosas, las vasculitis, etc.

Tipos de heridas crónicas más frecuentes



Una **úlcer**a o lesión por presión es un daño en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, que ocurre debido a la presión constante y mantenida en la zona producida por la inmovilidad. En ocasiones, también puede aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos. Esta puede presentarse como piel intacta o como úlcera abierta y suele ser dolorosa.



Una **úlcer**a de pie diabético se origina por infección, ulceración o destrucción de tejidos del pie asociado a la presencia de neuropatía y/o enfermedad arterial periférica en la extremidad inferior de una persona con antecedentes de diabetes mellitus.



Una **úlcer**a venosa de la pierna es un defecto de la piel de espesor completo que persiste debido a una insuficiencia venosa en el miembro inferior. Una ulceración venosa es un problema crónico que, en general, se considera como el resultado de una oclusión venosa, una función de bombeo incompetente del sistema muscular de la pierna, dando lugar a la hipertensión venosa.



Una **herida quirúrgica** es un corte o incisión en la piel, normalmente causada por un bisturí durante cirugía. Por lo general, están cerradas mediante suturas o grapas, pero a veces se dejan abiertas para curarlas por segunda intención. También existe el concepto dehiscencias de sutura, a veces debidas a hematomas, seromas, infecciones o puntos que no se reabsorben, que provocan un fallo de la sutura (que origina una herida abierta por este fallo).





1

Cómo evaluar a una
persona que tiene una
herida crónica



Cómo evaluar una herida crónica

Cuando se evalúa una herida crónica siempre se debe tener en cuenta tanto al paciente como a la herida. Desde un «enfoque holístico» existe una mayor probabilidad de establecer una mejor ruta a seguir.

Una evaluación «holística» de la herida considera una amplia gama de factores más allá de la biología de esta y requiere coordinación con los demás profesionales sanitarios involucrados.

La evaluación de la herida crónica se realizará en cada cambio de apósito. La evaluación holística de la persona con heridas crónicas debe realizarse al menos cada 4 semanas, para valorar si hay cambios significativos del estado del paciente.

Cuando se lleva a cabo la evaluación, siempre se debe utilizar una herramienta validada, como el Triángulo de Evaluación de Heridas y asegurar que todos los miembros del equipo utilicen los mismos parámetros de medición para evaluar la herida.

En las siguientes páginas se encuentran descripciones de los parámetros más importantes que se deben tener en cuenta durante las evaluaciones.



Recuerde: que la herida la tiene un paciente, quien está en su entorno y este entorno forma parte de un sistema sanitario.



Escanee aquí para acceder a una herramienta de evaluación aprobada.



Escanee aquí para saber más sobre la evaluación holística de pacientes.

Cómo evaluar a un paciente:

- ✓ Determine su edad, su movilidad, su destreza, su capacidad mental y su habilidad de realizar autocuidados.
- ✓ Compruebe su medicación actual y su historial farmacológico.
- ✓ Compruebe la presencia de comorbilidades, patologías mal controladas o limitantes, y si hay un historial de riesgo de heridas o lesiones por presión.
- ✓ Compruebe el historial clínico: cirugías previas, heridas y enfermedades, alergias a medicación, etc.
- ✓ Identifique los factores de riesgo de su estilo de vida, como por ejemplo: tabaquismo, nutrición (IMC, niveles bajos en ciertas vitaminas*, etc.), estilos de vida sedentarios y abuso de alcohol u otras sustancias.
- ✓ Compruebe si existe patología vascular en las extremidades (arterial o venosa). La patología arterial es especialmente peligrosa ya que puede precipitar la pérdida de la extremidad**.
- ✓ Compruebe si hay enfermedades dermatológicas o complicaciones como alergias a productos de tratamiento.
- ✓ Identifique problemas sociológicos tales como inestabilidad de ingresos, laboral, de vivienda, en su entorno social, si existe aislamiento social o si hay problemas en su calidad de vida en general.
- ✓ Identifique problemas psicológicos como depresión, ansiedad, etc.
- ✓ Tome nota del nivel de dolor experimentado (se debe evaluar tanto en el momento de cambio de apósitos, como durante el plan de tratamiento acordado)***

*Niveles bajos de vitamina B12, D y ácido fólico, pueden influir en la cicatrización

**Ver apartado "¿Cuándo derivar a un especialista?"

***Se recomienda el uso de una escala de dolor validada como la Escala EVA

Cómo evaluar el tipo y la condición de una herida

- Determinar la causa de la herida (la etiología de esta).
- Entender la «historia» de la herida, su duración y la evolución de su cura.
- Registrar la ubicación de la herida y medir su tamaño (profundidad, longitud y ancho).
- Identificar si hay signos de infección (mal olor, cambio del color del lecho, tejido de granulación friable, aumento del exudado, etc.)

Para evaluar la profundidad de la herida:

- Mida la profundidad de esta.
- Inspeccione el lecho de la herida y su topografía.
- Compruebe la acumulación de exudado.

Para evaluar el exudado de la herida:

- Examine el apósito que se usa, busque fugas (siempre tome nota de cuándo se cambió el apósito por última vez).
- Determine la cantidad de exudado tanto en la herida como en el apósito (¿cómo de empapado está el apósito?).
- Compruebe el color, la viscosidad y el olor del exudado de la herida.

Para evaluar el borde de la herida y la piel perilesional:

- Valore los bordes de la herida (¿están pegados, engrosados, inflamados, socavados, avanzados o macerados?).
- Valore la piel perilesional (¿está intacta, frágil, lesionada* o macerada?).

*Lacerada, escoriada, eritematosa, descamada, etc.

Pregúntese:



¿Cómo de profunda es la herida?



¿El apósito que se utilizó ha sido el más apropiado?



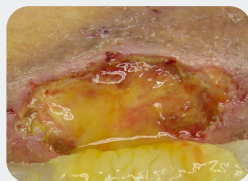
¿Se aprecia acumulación de exudado?



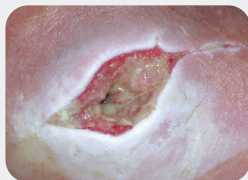
¿Absorbió y retuvo el exudado el anterior apósito?



¿El exudado es transparente o turbio?



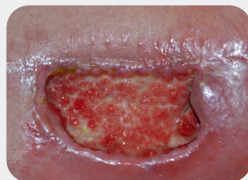
¿Qué color tiene el exudado?



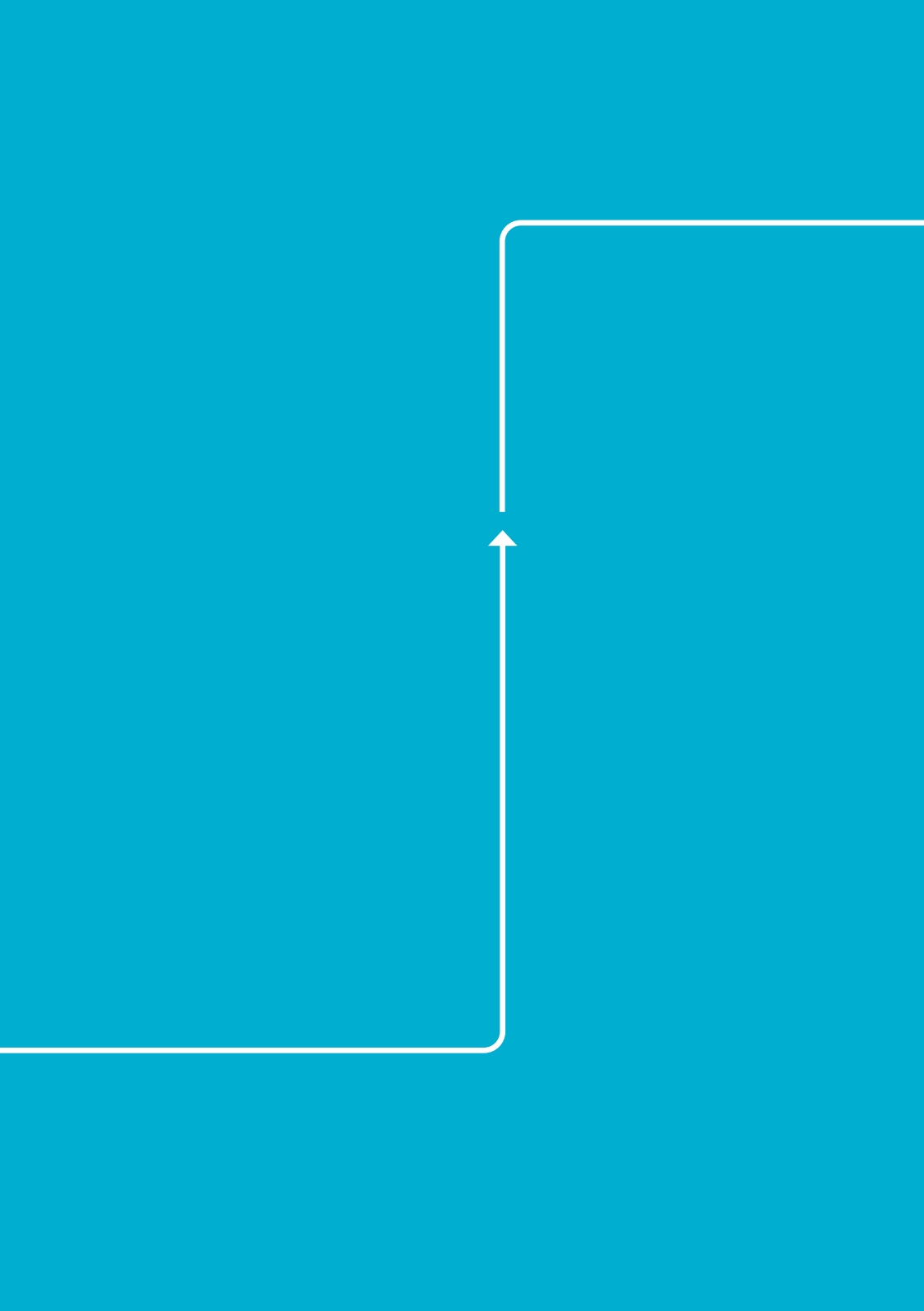
¿Están el borde de la herida y la piel perilesional maceradas?



¿Está socavado el borde de la herida?



¿Hay bordes de la herida que estén engrosados?





2

Cómo establecer un
plan de tratamiento

Cómo establecer un plan de tratamiento

Una vez se haya completado la evaluación holística del paciente y de la herida, se debe desarrollar un plan de cuidados en base a las evidencias que definirá el camino para seguir. Este proceso debería acordarse por todos los implicados en el cuidado de la herida y del paciente, incluyendo aquí a los propios pacientes y sus cuidadores.

El plan de tratamiento debería centrarse en:

- Tratar la causa y la etiología subyacente de la herida.
- Gestionar las comorbilidades existentes.
- Garantizar una preparación y gestión eficaz del lecho de la herida.
- Seleccionar los apósitos adecuados*.

**Escoger un apósito capaz de gestionar la herida adecuadamente según las condiciones de esta y las del paciente, y los productos sanitarios adicionales necesarios como cremas barrera, etc.*



Escanee aquí para saber más sobre cómo desarrollar un plan de tratamiento holístico.

Lista de verificación para el plan de tratamiento:

Acciones del equipo de cuidado de heridas sobre el plan:

- Mi plan de tratamiento aclara quién es parte del equipo multidisciplinar de cuidados.
- Es un plan realista y ha sido planificado por todos los miembros del equipo clínico de cuidados (como médicos, profesional de enfermería, personal de cuidado en el domicilio, etc.).
- Ha sido comprendido y acordado por el paciente y su familia o su red de apoyo.

Objetivo:

- Mi plan de tratamiento formula claramente los pasos o ruta de cuidados, incluye el tratamiento específico de la piel perilesional, bordes y lecho de la herida.
- Incluye metas específicas para medir la progresión de la cicatrización de la herida (tanto a corto como a largo plazo).
- Expresa qué hacer si no se llega a dichas metas.
- Identifica factores de riesgo y eventos adversos para evaluar al paciente, e instrucciones sobre qué hacer si estos aparecen o se sospecha que van a aparecer (como: primeros signos de infección, un cambio en el exudado de la herida o en la maceración del borde de la herida).

Seguridad:

- Mi plan de tratamiento deja claro al paciente cuándo avisar al profesional sanitario a cargo del cuidado de la herida (como signos que requieren atención o síntomas de infección).
- Define claramente cuándo es necesario consultar o derivar a un especialista.

Cómo incluir al paciente y a sus cuidadores

La investigación que se llevó a cabo muestra que los pacientes a los que se incluye en una planificación de su tratamiento y a los que se educa en un autocuidado efectivo, están más predispuestos a seguir el plan de tratamiento.

Incluir a pacientes y a los cuidadores significa:

- Escuchar al paciente.
- Hacer que conozca la causa de su herida.
- Buscar soluciones con el paciente.
- Considerar e involucrar al paciente en la planificación del cuidado.
- Animar al paciente a que sienta que tiene control sobre los resultados respecto a su salud.
- Proveer herramientas para ayudar a que los pacientes sigan las instrucciones (por ejemplo, dándoles una copia del plan de cuidado diarios y herramientas de seguimiento del progreso).
- Reconocer y discutir la realidad socioeconómica del paciente.
- Considerar las peticiones del paciente.



Un plan de tratamiento siempre debería considerar las preferencias personales del paciente y tener en cuenta su habilidad para autocuidarse y su red de apoyo.



Escanee aquí para descargar un e-book sobre *Cómo mejorar la relación con el paciente*.



Escanee aquí para comprender mejor la espiral de negatividad emocional que sufren las personas con heridas crónicas.

Incluir al paciente y a los cuidadores significa:

- Mostrarles cómo cambiar los apósitos de forma efectiva.
- Informarles de cómo identificar las señales de infección y otros riesgos que signifiquen que deban contactar a su especialista en cuidados de la herida.
- Aconsejar sobre higiene personal y de la herida.
- Preguntarle si encuentra dificultades a la hora de ejecutar la tarea recomendada por el profesional.
- Incidir en comportamientos que sean dañinos (como fumar, consumir alcohol, una hidratación inadecuada, no elevar una extremidad o quitarse la bota ortopédica inmovilizadora).

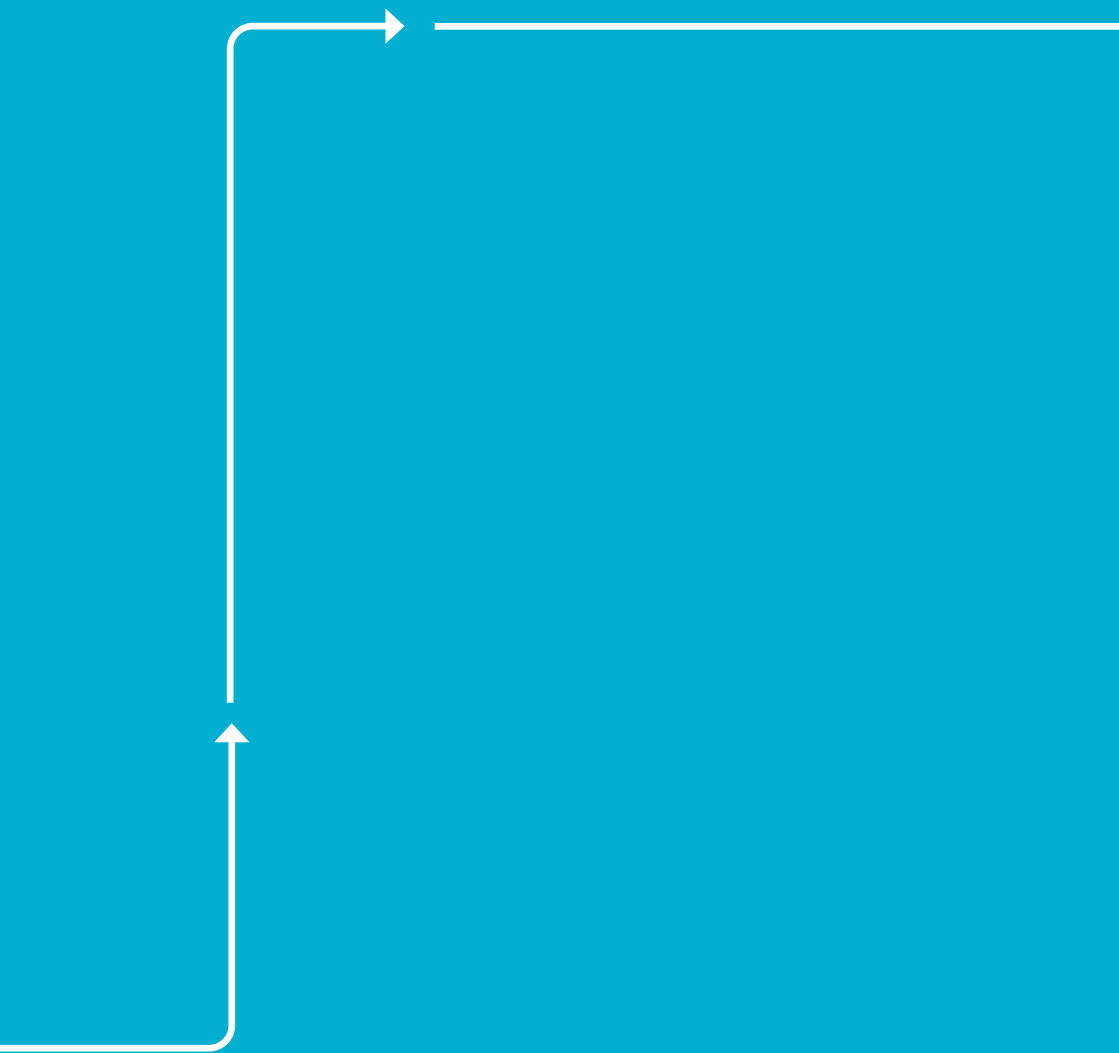
Para facilitar la comprensión de los pacientes y familiares o cuidadores, considere usar varios métodos de comunicación (como demostraciones, imágenes, folletos o vídeos). No olvide realizar un seguimiento y preguntar si todo ha sido bien comprendido (un ejemplo es pedirle que repita el plan con sus propias palabras).



Escanee aquí para ver material útil sobre el autocuidado de las heridas.



Adherencia del paciente – también recibe el nombre de cumplimiento terapéutico, es un factor crítico para prevenir complicaciones y para curar heridas crónicas. Las investigaciones que se han llevado a cabo, muestran que implicar a los pacientes en la toma de decisiones y ofrecerles educación continua en autocuidados efectivos y prevención, es la mejor forma de aumentar la adherencia del paciente.





3

Cómo tratar una
herida crónica

Cómo tratar una herida crónica

Cuando tratamos una herida crónica, nuestro objetivo principal debe ser prevenir las complicaciones y crear el entorno óptimo para la cicatrización, basándonos en la etiología (causa) de la herida. Si queremos hacer una evaluación holística debemos ceñirnos a los estándares de cuidado basados en la evidencia:

1. Tratar las causas subyacentes y controlar las comorbilidades.
2. Preparar el tejido de la herida mediante la limpieza y el desbridamiento.
3. Manejar el exudado de la herida gestionando/eliminando el espacio muerto.
4. Prevenir o tratar la infección.

El cómo tratar las causas subyacentes y controlar las comorbilidades dependerá de las circunstancias individuales.

En las siguientes páginas se puede encontrar una ruta sobre el tratamiento del tejido de la herida y el exudado de esta, así como consejos sobre cómo prevenir o tratar las infecciones.

Preparar el tejido de la herida

Antes de aplicar un apósito a la herida crónica es esencial limpiarla y desbridarla. Una preparación efectiva del lecho de la herida y la piel perilesional es clave para mantener un entorno de cicatrización óptimo y para prevenir complicaciones.

¡Recuerde! Debe evaluar y preparar el lecho de la herida, los bordes y la piel perilesional en cada cambio de apósito. No obstante, según evolucione la cicatrización, menos desbridamientos y cuidados de los bordes de la herida serán necesarios.



La limpieza y el desbridamiento importan porque estamos:

- Retirando el detritus y el tejido necrótico o no viable, que favorece un medio para el crecimiento bacteriano, inicia la inflamación y retrasa la cicatrización.
- Reduciendo los componentes inflamatorios y las enzimas en la herida.
- Favoreciendo el equilibrio bacteriano para una cicatrización óptima.

Preparar el tejido de la herida

Cómo limpiar:

- ✓ Use suero salino o agua potable limpia.
- ✓ Considere utilizar soluciones con un agente surfactante, antiséptico o antimicrobiano si se sospecha de infección o biofilm.
- ✓ Las soluciones de limpieza deben estar a temperatura corporal en lo posible.
- ✓ Aplique la solución con fuerza leve en el lecho de la herida, los bordes y la piel perilesional para retirar el tejido desvitalizado superficial, los residuos de la herida, los residuos extraños y el biofilm. Debe limpiarse bien toda la zona a tratar (ej.: si la herida es en la pierna, toda la zona comprometida).
- ✓ La limpieza profunda de la herida es especialmente importante cuando hay sospechas de infección o biofilm, pero puede ser dolorosa para el paciente y debe gestionarse con cuidado.



Limpieza de la herida.



Limpieza de la herida.



Escanee aquí para saber más sobre la limpieza.



Escanee aquí para saber más sobre el desbridamiento.

Cómo desbridar:

- ✓ Utilice la irrigación terapéutica con una fuerza de 1 a 4 kg/cm² (desbridamiento mecánico).
- ✓ También pueden usarse para desbridar almohadillas o toallitas especiales si están disponibles.
- ✓ Retire el tejido necrótico, los esfacelos, el detritus y el biofilm.
- ✓ Remodele los bordes de la herida para asegurar que la piel esté alineada con el lecho de la herida para facilitar la cicatrización.
- ✓ El desbridamiento profundo puede considerarse si se sospecha de infección o biofilm. Valorar y controlar el dolor que puede causar (valorar la aplicación de un anestésico tópico o inyectado).
- ✓ El desbridamiento profundo (cortante, quirúrgico o ultrasónico) debe hacerlo un profesional en cuidado de heridas, con formación en este tipo de prácticas.



No se recomienda el desbridamiento de una herida sin el suministro vascular adecuado.



Desbridamiento cortante.



Úlcera por presión antes del desbridamiento.



Úlcera por presión después del desbridamiento.



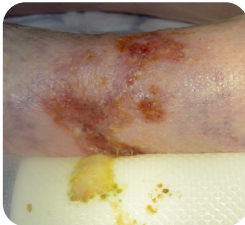
Recuerde: para limpiar de nuevo una herida después del desbridamiento use agua potable, solución salina o una solución surfactante, antiséptica o antimicrobiana.

Manejo del exudado de la herida y gestión del espacio muerto

Tras haber preparado de manera efectiva el lecho de la herida, es momento de continuar en función de la evaluación de la herida y del exudado de esta. (Más información en páginas 12 y 13).

El exudado puede definirse como el fluido que genera una herida. Las heridas producen el exudado como parte normal del proceso de cicatrización, pero una sobre o infra producción de exudado, o la acumulación de este, puede retrasar la cicatrización y favorecer la infección.

Es por esto por lo que el manejo del exudado es clave para la cicatrización. Se debe determinar la mejor elección de apósito y la frecuencia de cambios para crear un equilibrio hídrico óptimo en la herida.



Nivel bajo del exudado en la herida.



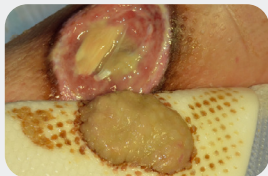
Nivel medio del exudado en la herida.



Nivel alto del exudado en la herida.

Para el manejo del exudado se necesita:

- ✓ Tratar las causas sistémicas para la sobre o infra producción del exudado (por ejemplo, adecuar si se precisa o no terapia compresiva, edema en la extremidad inferior, nutrición o deshidratación).
- ✓ Adaptar la frecuencia de los cambios de apósito.
- ✓ Escoger el apósito adecuado para rellenar el espacio muerto (más información en página 33).
- ✓ Educar al paciente/cuidador en técnicas efectivas de manejo del exudado de su herida (con compresión, elevación, hidratación, y frecuencia de cambios de apósito del miembro afectado, entre otros).



Escoja un apósito que se conforme al lecho de la herida, maneje bien el exudado y disminuya el riesgo de acumulación de este, rellenando el espacio muerto entre el lecho de la herida y el apósito.

Escanee aquí para saber más sobre cómo manejar el exudado.



Prevenir o tratar una infección

Prevenir la infección o biofilm debe ser siempre el objetivo en el cuidado de las heridas, y el manejo efectivo del exudado es clave para lograrlo. No obstante, si una herida se infecta se debe tratar la infección.

Es necesario comprobar los signos de infección y biofilm en cada cambio de apósito.



Señales de alerta:

- Cuando se observa que una herida que se puede curar no está cicatrizando (existe retraso en la cicatrización).
- Cambios en la salud general o bienestar del paciente (fiebre, etc.).
- Aumento en la cantidad de exudado, decoloración y mal olor.
- Deterioro de los bordes de la herida o la piel perilesional.
- Hipergranulación: presencia de tejido granulado sobreelevado en la herida.
- Deberíamos sospechar de biofilm si una infección local no responde a un tratamiento antimicrobiano tópico.



Infección local.



Infección sistémica.



Tejido friable.



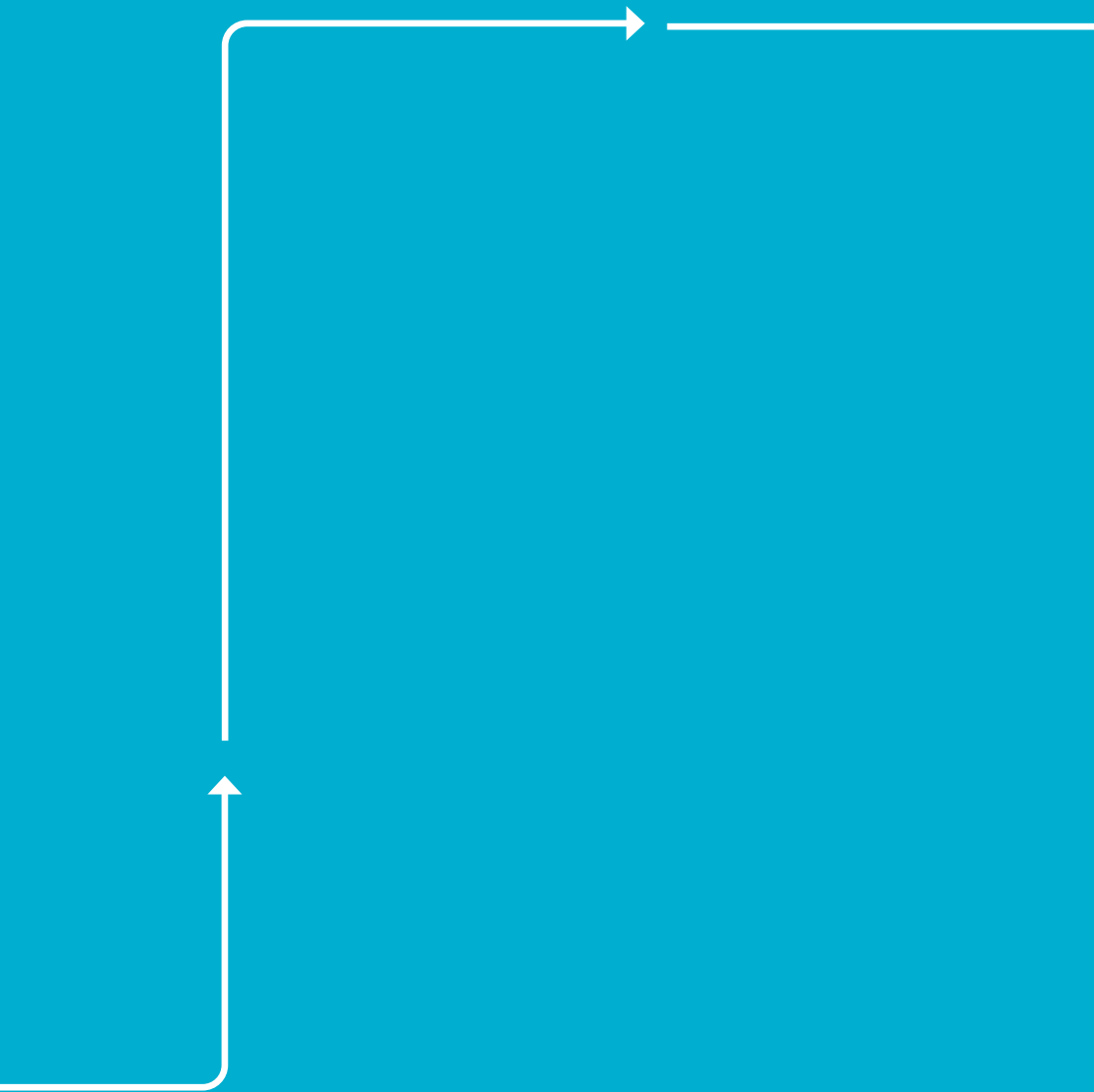
Sospecha de biofilm.

Para prevenir de manera efectiva o tratar la infección y biofilm se necesita:

- ✓ Preparar el lecho de la herida, de forma apropiada, en cada cambio de apósito (con limpieza y desbridamiento).
- ✓ Aplicar limpieza terapéutica en la herida y en la piel perilesional, utilizar suero salino o agua potable, o una solución surfactante, antiséptica o antimicrobiana en cada cambio de apósito tanto antes como después del desbridamiento.
- ✓ Desbridar para retirar el tejido desvitalizado o no viable, las bacterias y los contaminantes.
- ✓ Evaluar la carga biológica de la herida en cada cambio de apósito utilizando el Continuum de infección de la herida (IWII, 2022).
- ✓ Tratar la carga biológica de la herida.
- ✓ Utilizar un apósito con propiedades antimicrobianas para las infecciones locales, diseminadas o sistémicas.
- ✓ Tratar el exudado con un apósito que rellene el espacio muerto entre el lecho de la herida y el apósito.
- ✓ Cambiar los apósitos con una frecuencia adecuada.
- ✓ Utilizar antibióticos sistémicos apropiados para el tipo y nivel de las infecciones diseminadas o sistémicas (evite prescribir antibióticos cuando no se indique o cuando su propósito es simplemente prevenir la infección o mejorar la cicatrización).
- ✓ Asegurarse de que existe una adecuada higiene personal y de la herida.
- ✓ Educar y apoyar al paciente para asegurar la creación de un entorno de limpieza constante mediante el lavado de manos, el uso de antisépticos, etc.

Escanee aquí para saber más sobre cómo tratar y prevenir infecciones.







4

Cómo elegir
un apósito



Cómo elegir un apósito

Una parte importante de tratar una herida crónica es escoger el apósito apropiado. Saber si un apósito es «adecuado» depende tanto del estado de la herida (¿la herida está cicatrizando, empeorando o infectada?) como de la frecuencia estimada de cambios de apósito.

En función de la evaluación (ver páginas 12 y 13) deberá decidir qué apósito le ayudará más para tratar la herida.

El apósito será apropiado si:

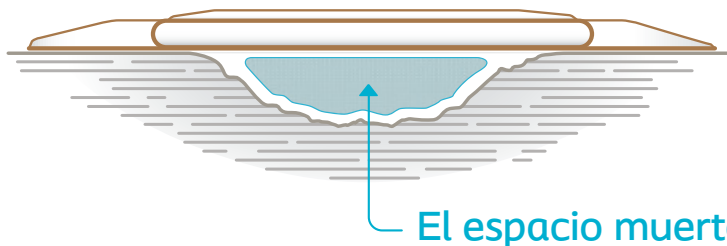
- Su tamaño y forma permiten ajustarlo para proteger el borde de la herida y la piel perilesional y que se pueda adherir a la piel seca y limpia.
- Retira el exceso de exudado del lecho de la herida al absorberlo y retenerlo en el apósito.
- Mantiene un entorno húmedo de cicatrización.
- Se conforma al lecho de la herida y disminuye el riesgo de acumulación de exudado al rellenar el espacio muerto entre el apósito y el lecho de la herida.
- Protege los bordes de la herida y la piel perilesional del trauma y la maceración al absorber verticalmente el exudado.
- Proporciona confianza y seguridad al paciente.
- Es cómodo para el paciente y facilita llevar a cabo el autocuidado de acuerdo con el tratamiento.



Escanee aquí para descubrir más sobre la conformabilidad.



Considere la disponibilidad de apósitos y cualquier limitación socioeconómica, física o mental a la que se enfrente el paciente.



Elija un apósito que se conforme al lecho de la herida y rellene «el espacio muerto».



Siga siempre la disponibilidad de apósitos que tenga a nivel local y sus protocolos. Si una herida no progresa según el plan de tratamiento sería recomendable la derivación o consulta con un especialista.



Utilice un apósito que se ajuste al lecho de la herida, absorba y retenga el exudado de la herida para disminuir el riesgo de fuga y para proteger los bordes de la herida y la piel perilesional.

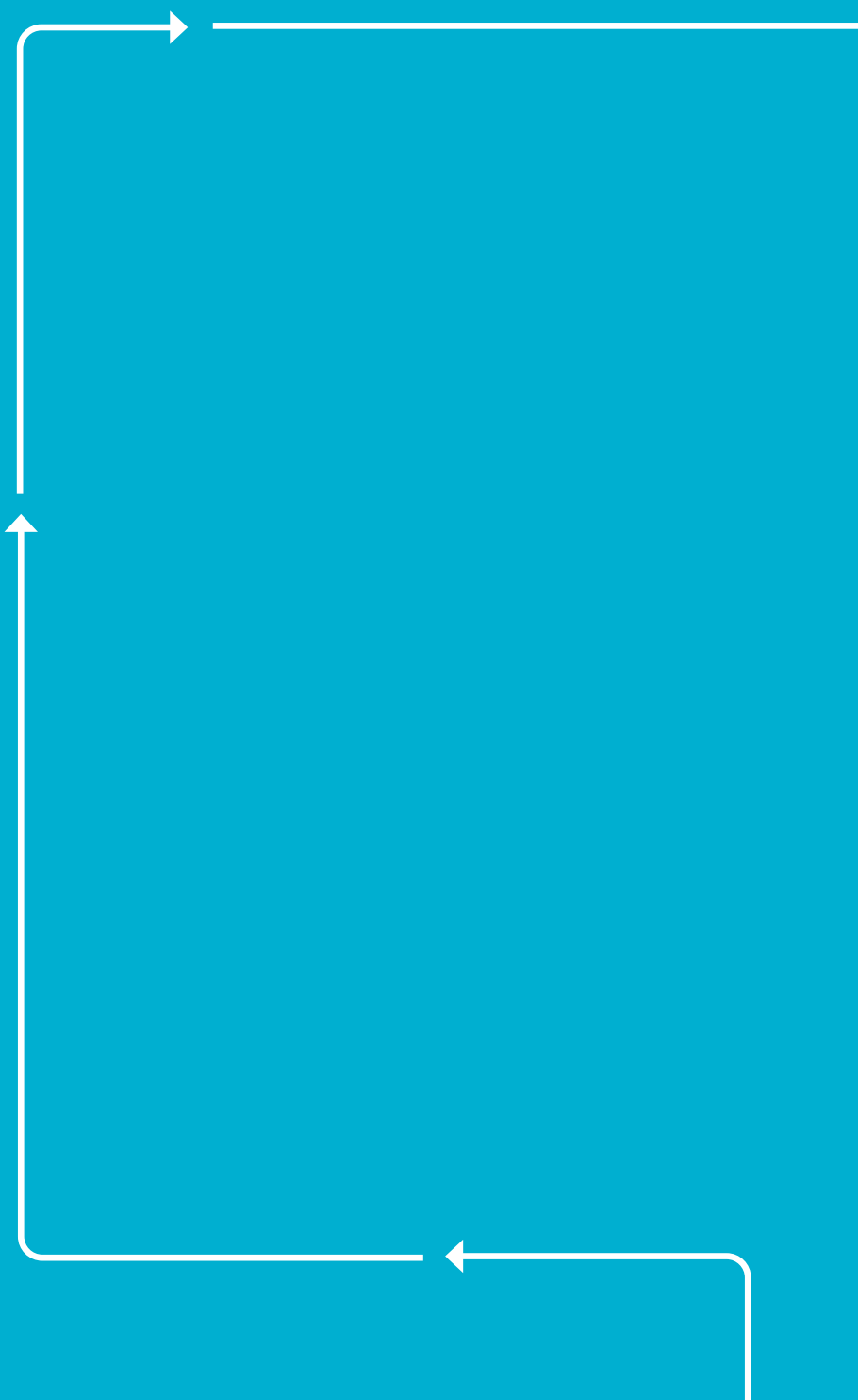
Escanee aquí para ampliar la información sobre la gestión del espacio muerto.



En caso de infección local considere siempre un apósito con un componente activo (plata, miel, iodo, PHMB).

Escanee aquí para saber más sobre la elección del apósito apropiado.





5

Cómo monitorizar la
evolución del paciente
y de la herida

5

Cómo monitorizar la evolución del paciente y de la herida

Para evaluar la evolución de la herida y comprobar si existe infección, debe realizarse una evaluación básica en cada cambio de apósito. Se puede utilizar una herramienta de evaluación validada, como el Triángulo de Evaluación de Heridas.

La condición de la herida y del paciente deben encajar con los objetivos y las metas identificadas en el plan de tratamiento (ver páginas 16 y 17).

Independientemente de la valoración diaria de la herida, cada 4 semanas realizaremos una valoración más en profundidad, del paciente y la herida (que incluya la medición de la profundidad, longitud y anchura de la herida) para monitorizar la evolución de la cicatrización, bienestar general del paciente y adherencia al plan de tratamiento.



Bordes de la herida sanos.



Piel perilesional sana.



Lecho de la herida granulado.



Día 0
Profundidad de la herida 9 mm y
anchura 40 mm.



Día 40
Profundidad de la herida 2 mm y
anchura 25 mm.

En esta reevaluación es importante determinar:

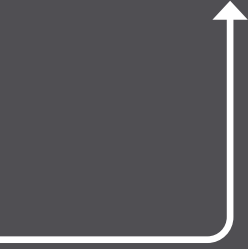
- ✓ Si el tratamiento de apósitos actual cumplió las metas clínicas y de los pacientes.
Recuerde: el estado del apósito anterior puede indicar si se necesita un cambio del tipo de apósito o si se necesita variar la frecuencia de cambios.
- ✓ Si se necesita cambiar el plan de tratamiento.
Recuerde: los cambios significativos en el plan de tratamiento, como el cambio en el tipo de apósito o la frecuencia de cambio, generalmente requieren una implementación constante de 14 días para determinar su eficacia.
- ✓ Si se necesita derivar al paciente a un especialista.
Recuerde: el deterioro de la herida o del bienestar general del paciente debe conllevar una derivación automática a un especialista en cuidado de heridas (ver siguiente página).
- ✓ Si se requieren otro tipo de diagnósticos.



Debe continuar monitorizando la herida después del cierre cutáneo para evaluar los riesgos de infección y reapertura.

Escanee aquí para saber más sobre la monitorización del paciente y la evolución de la herida.





Cuando derivar o consultar a un especialista

Debería contactar con un especialista del cuidado de heridas cuando:


- ✓ A pesar de establecer y seguir el plan, la herida no muestra indicios de que la curación evolucione en 14 días.
- ✓ La superficie de la herida ha disminuido menos de un 20 % en cuatro semanas.
- ✓ Se observe un empeoramiento del estado de la herida en el aumento del tamaño, olor, dolor o exudación de la herida.
- ✓ Se vea un deterioro del borde de la herida (ej. aumento del tamaño de los bordes, bordes engrosados, bordes socavados maceración, etc.) o de la piel perilesional (maceración avanzada, etc.)
- ✓ Hay estructuras subyacentes en la herida, como huesos o tendones expuestos.
- ✓ La etiología (causa) de la herida se desconoce.
- ✓ Hay sospecha o indicios de infección sistémica.
- ✓ Si se sospecha de un biofilm perjudicial o infección local, y se ha recomendado una limpieza o desbridamiento profundo, pero fuera de su alcance de práctica.
- ✓ Aparecen complicaciones de comorbilidad (ej. diabetes mal controlada, aumento del nivel de glucosa en sangre, nivel elevado de proteína C reactiva, estado vascular, etc.).
- ✓ Hay una disminución general de la salud y el bienestar del paciente.
- ✓ Si sospecha una isquemia arterial de la extremidad (ausencia de pulsos) el paciente debe ser derivado para valoración a un cirujano vascular.

Descarga aquí los materiales y accede al webinar de la herramienta P.E.L.I.G.R.O. un sistema de autoevaluación para la detección precoz.

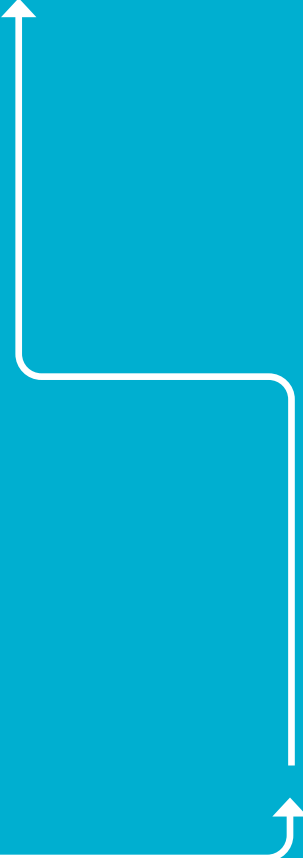


Escanee aquí para saber más sobre la monitorización del paciente y la evolución de la herida.





Este glosario recoge las
definiciones de los términos que
se usan en esta *Ruta para el
Cuidado de Heridas*



Glosario



Quality of wound dressings, JOWC 2016

Absorción vertical

Cuando se habla de las propiedades de los apósitos, la absorción vertical significa que el fluido o exudado es extraído o absorbido del lecho de la herida al apósito. El apósito entonces retiene el exudado, lo que significa que no se propaga lateralmente o hacia los lados para filtrarse en los bordes de la herida o la piel perilesional. La absorción vertical reduce las posibilidades de maceración en los bordes de la herida y en la piel perilesional.



Closing the gap between the evidence and clinical practice – a consensus report on exudate management, WINT 2020

Acumulación de exudado (o acúmulo de exudado)

Es el depósito de exudado que se genera en el espacio muerto que se produce entre el lecho de la herida y el apósito. El acúmulo de exudado puede ocurrir en heridas con topografía irregular, o cavidades y puede impactar de forma negativa en la cicatrización, causando maceración y una potencial infección. La acumulación de exudado también puede ocurrir cuando el exudado no se absorbe por el apósito de la herida o cuando el volumen de fluidos excede la capacidad absorbente del apósito. Elegir un apósito adecuado puede ayudar a controlar el exudado y reducir el espacio muerto y el riesgo de acumulación.



Patient-Centred Clinical Method, 2013

Adherencia del paciente

También se le conoce como cumplimiento terapéutico del paciente, y se refiere a la forma en la que se está siguiendo el plan de tratamiento. La concordancia del paciente es un término que se usa en el mismo contexto, sin embargo, se ha abandonado el término concordancia debido a sus connotaciones negativas.

Biofilm

Los biofilms son microorganismos incrustados en una matriz gruesa y viscosa de azúcares y proteínas que actúa como una barrera que protege los microorganismos del sistema inmunitario natural del paciente y de muchos agentes antimicrobianos. Los biofilms son una comunidad estructurada de microbios con diversidad y expresión genética variable (fenotipo) que crea comportamientos y defensas que se usan para producir infecciones únicas (infección crónica). Los biofilms se caracterizan por una tolerancia significativa a los antibióticos y bactericidas a la vez que se mantienen protegidos de la inmunidad del huésped. Un biofilm puede desarrollarse entre 2 y 4 días tras la colonización inicial, y volverse firmemente adherido a los componentes de la matriz extracelular o al lecho de la herida, lo que hace que resulten difíciles de retirar mediante irrigación o desbridamiento superficiales.



Preventing and treating infection in wounds: translating evidence and recommendations into practice, WINT 2020

Bordes socavados

Un borde socavado se produce por la erosión bajo los bordes de la herida. Una herida con bordes socavados ocurre cuando el tejido bajo los bordes de la herida se vuelve erosionado, lo que resulta en una cavidad debajo de la piel en el borde de la herida. La socavación de los bordes se mide insertando un catéter debajo del borde de la herida, de forma casi paralela a la superficie hasta que se sienta resistencia.

Comorbilidades

Se trata de la presencia de enfermedades adicionales en relación con una enfermedad de base en un individuo. Técnicamente, la comorbilidad indica un problema o problemas que coexisten en el contexto de una enfermedad de base.



Defining Comorbidity, ANNFAMMED 2009

Conformabilidad

En el contexto de apósitos de heridas, la conformabilidad significa que el apósito debería adaptarse estrechamente al contorno del lecho de la herida, para eliminar el espacio muerto entre el lecho de la herida y el apósito. La conformabilidad estrecha facilita el control efectivo del exudado, protege los bordes de la herida y la piel perilesional de la maceración y reduce el riesgo de infección.



An investigation into the conformability of wound dressings, WUK 2011



Dressing conformability and silver-containing wound dressings, WUK 2010



Debridement, EWMA 2013

Desbridamiento

La European Wound Management Association define el desbridamiento como «el acto de retirar material necrótico, costras, tejido desvitalizado, costras serosas, tejido infectado, hiperqueratosis, esfacelos, pus, hematomas, cuerpos extraños, residuos, fragmentos de hueso, o cualquier otro tipo de carga biológica de una herida con el objetivo de favorecer la cicatrización».



Managing the gap to promote healing in chronic wounds - an international consensus, WINT 2020

El espacio muerto

Es el espacio entre el apósito y el lecho de la herida. Se debería evitar dejar un espacio entre el lecho de la herida y el apósito, ya que esto perjudica la cicatrización de la herida. El espacio muerto es perjudicial para la herida ya que se puede originar sobrecrecimiento bacteriano y un retraso en la cicatrización.

Etiología de la herida

La etiología de la herida hace referencia a la causa de esta e incluye las comorbilidades.

Evolución de la herida

Es cuando la evolución, o la falta de esta, mejora, se mantiene igual o empeora.

Exudado

El exudado es el fluido que se produce en una herida y es el resultado del proceso inflamatorio. El exudado suele ser de un color claro o ámbar y contiene proteínas, enzimas (especialmente metalopeptidasas de matriz/metaloproteinasas o MMPs), leucocitos (granulocitos, macrófagos), azúcares, células del tejido, bacterias y hongos.

Aunque la producción de exudado es una característica normal de las heridas que están cicatrizando, la sobreproducción o la producción insuficiente de exudado o el exudado con una composición incorrecta, pueden retrasar la cicatrización. En las heridas crónicas, el exudado reduce o incluso bloquea la proliferación celular, interfiere con la disponibilidad del factor de crecimiento y contiene niveles elevados de intermediarios inflamatorios y 8 o 10 MMPs activadas. Una gestión efectiva del exudado permite la cicatrización de la herida en ambiente húmedo y previene la maceración del borde de la herida y la piel perilesional.

Herida aguda

Una herida aguda es una herida que progresa a través de las fases de cicatrización normal y que resulta en el cierre de la herida sin complicaciones.



Closing the gap between the evidence and clinical practice – a consensus report on exudate management, WINT 2020

Herida crónica

Son heridas de cualquier etiología con retraso en su cicatrización. Heridas difíciles de curar, que no han cicatrizado o no progresan rápidamente, o que no está previsto que cicatricen, dentro de las 4 o 6 semanas con un cuidado apropiado de la herida.

Las heridas crónicas no siguen un proceso de cicatrización normal, se mantienen atascadas en una etapa inflamatoria que da lugar a dificultades clínicas que estas recomendaciones abordan.

Las heridas crónicas perduran más de 30 días a pesar de la mejor intervención práctica. Heridas en el curso de diabetes *mellitus*, insuficiencia venosa crónica, enfermedad arterial periférica y lesiones por presión se consideran crónicas desde su principio.

Heridas curables

Son heridas que, fisiológicamente, tienen el potencial de curarse de manera oportuna.

Heridas incurables

Son las que no tienen el potencial de cicatrizar sin intervención quirúrgica, debido a factores como el suministro vascular o la malignidad.

Heridas que no cicatrizan

Heridas que tienen el potencial de cicatrizar, pero no están cicatrizando debido a factores relacionados con el paciente o sistémicos. Por ejemplo, una úlcera venosa de la pierna no se está curando porque el paciente es reticente o incapaz de usar terapia de compresión o porque la terapia de compresión no está disponible.

Holístico (a)

Holístico significa que un sistema y sus propiedades se analizan como un todo, de una manera global e integrada, ya que desde este punto de vista su funcionamiento sólo se puede comprender de esta manera y no sólo como la simple suma de sus partes. Un enfoque holístico en el paciente con heridas implica tratar no solo la herida sino al paciente en su contexto.

Infección diseminada

Es la invasión de tejido circundante por parte de organismos infecciosos que se han propagado de una herida. Los microorganismos se multiplican y propagan hasta tal grado que las señales y síntomas se extienden más allá del borde de la herida. Una infección diseminada puede comprender el tejido profundo, los músculos, la fascia, los órganos o las cavidades corporales.

Infección local

Es una infección que solo afecta a la herida. Una infección local está limitada a una localización, sistema o estructura. Los microbios se replican a un ritmo que provocan una respuesta inmune.

Infección sistémica

Los microorganismos se propagan por todo el cuerpo mediante los sistemas vascular o linfático, de forma metabólica o provocando respuestas en la persona.



Ten top tips:
wound cleansing,
WINT 2019

kg/cm²

Magnitud usada para medir la fuerza mecánica, que servirá para retirar de forma adecuada los detritos de bacteria de la superficie de la herida. Una fuerza de 1 a 4 kg/cm², ha sido determinado como el rango más seguro y efectivo, para la irrigación terapéutica. Como norma general, una presión más baja es recomendable para heridas limpias granuladas, mientras que una presión más alta es adecuada para aquellas heridas que requieran una limpieza más profunda.

Maceración

La maceración tiene lugar cuando la piel ha sido expuesta a humedad durante demasiado tiempo. Una señal indicadora de maceración en una herida es que la piel aparece pastosa, está blanda o más blanca que de costumbre. Puede haber un círculo blanco alrededor de la herida, lo que significa que está demasiado húmeda o está expuesta a demasiado exudado.



Preventing and
treating infection
in wounds:
translating
evidence and
recommendations
into practice,
WINT 2020

MMPs

Las metaloproteinasas de matriz (MMPs), también conocidas como metaloproteinasas de matriz o matrixinas, son metaloproteinasas que son endopeptidasas que dependen del calcio y que contienen zinc; otros miembros de esta familia son las adamalisinias, las serralisinas y las astacinas. Las MMPs pertenecen a una gran familia de proteasas conocida como la superfamilia metzincinas.



Preventing and
treating infection
in wounds:
translating
evidence and
recommendations
into practice,
WINT 2020

PHMB

El polihexametileno biguanida o polihexanida es un componente activo que se usa para tratar infecciones locales en heridas.

Piel perilesional

Es el tejido que rodea la herida. Tradicionalmente, el área perilesional está limitado a 4 cm fuera del borde de la herida, pero puede extenderse más allá de este límite si la piel presenta daños externos.

Propiedades de los apósitos antimicrobianos

Los apósitos antimicrobianos pueden dividirse en apósitos simples y apósitos compuestos. Los apósitos antimicrobianos simples solo ejercen actividad antimicrobiana, mientras que los apósitos compuestos ejercen, no solo la acción antimicrobiana principal sino también otras funciones, incluyendo la regularización del exudado, el desbridamiento o bioactividad.



Wound infection
in clinical practice,
IWII 2022

Socavación con profundidad o tunelización

Perforación del tejido a niveles más profundos en el lecho de la herida o donde el borde de la herida no está unido y una sonda puede acceder al espacio subyacente.



www.coloplast.es

Síguenos en www.menosdiasconheridas.com

Ostomy Care / Continence Care / Wound & Skin Care / Urology Care

Todos los derechos reservados para Coloplast A/S Coloplast Productos Médicos S.A.
Calle Condesa de Venadito 5, 4ª planta 28027 Madrid, España. Septiembre/2022_ 460NOL8996