



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/304.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Heridas. Cicatrización por tercera intención, a propósito de un caso**

*Autores* **María Belén Álvarez Puga, Ana María Álvarez Gallardo, Olga López González**

*Centro/institución* **UGS Santa María del Águila, Servicio Andaluz de Salud (SAS)**

*Ciudad/país* **Almería, España**

*Dirección e-mail* **Alpuga3@hotmail.com**

## RESUMEN

Presentamos el caso clínico de una mujer de 27 años de edad que acudió a consulta de enfermería siete días después de haberse ocasionado una herida traumática en el dorso de la mano, no había recibido tratamiento previo. El tratamiento habitual hubiera sido un cierre por segunda intención (dejar la herida abierta porque había transcurrido más de 6 horas desde que se produjo la lesión y se hubiera considerado herida contaminada o infectada). Valorada la herida se trató mediante cierre primario diferido o cicatrización por tercera intención.

*Objetivo:* conseguir una curación en menor tiempo versus cicatrización por segunda intención.

*Material y métodos:* caso clínico.

*Resultado:* curación de la herida a los diez días.

*Conclusiones:* es necesario valorar y tratar cada herida de forma particular. Teniendo en cuenta que el desbridamiento quirúrgico tiene el potencial de reducir la infección de la herida, el cierre primario diferido después del desbridamiento de heridas traumáticas y sin infección clínica, tiene el beneficio potencial de una rápida cicatrización.

**Palabras clave:** Enfermera/ Herida limpia-contaminada/ Cierre primario diferido.

## **TEXTO DE LA COMUNICACIÓN**

### **Introducción**

Presentamos el caso clínico de una mujer marroquí de 27 años que acudió a consulta de enfermería de atención primaria siete días después de haberse cortado con un cuchillo en el dorso de la mano. Presentaba una herida traumática, incisa de unos 2cms de longitud. En la práctica enfermera habitual la herida no se hubiera suturado, (había transcurrido más de 6 horas desde que se produjo la lesión y se hubiera considerado herida contaminada o infectada), dejándola evolucionar mediante cierre por segunda intención. Valorada la herida, (bordes desvitalizados, no signos de infección y localización anatómica en una zona bien vascularizada) se decidió suturarla. La evolución fue satisfactoria y a los diez días la herida estaba totalmente resuelta. A propósito de este caso, hemos realizado una actualización de conocimientos entre el personal de enfermería de nuestro centro de trabajo sobre la técnica de cierre primario diferido.

### **Caso**

Una mujer marroquí de 27 años de edad acudió a consulta de enfermería de atención primaria siete días después de haberse cortado con un cuchillo en la base del cuarto dedo, cara dorsal de la mano. No había recibido tratamiento previo.

Se realizó anamnesis y valoración. La paciente no padecía ninguna alergia medicamentosa ni enfermedad de interés. La herida (imagen 1), era superficial e incisa (afectaba solo a piel y tejido celular subcutáneo), de unos 2 cm de longitud, de bordes desvitalizados y sin signos de infección.



Imagen 1. Herida inicial

Se explicó a la paciente las ventajas e inconvenientes de cerrar la herida mediante cierre primario diferido, ésta expresó su consentimiento verbal. Primero se procedió a aplicar un anestésico local, después se realizó una exhaustiva limpieza mecánica de la herida con suero fisiológico estéril a chorro y una torunda para refrescar el lecho de la misma y provocar el sangrado (imagen 2). Se aplicó antiséptico (povidona yodada) sobre la piel perilesional y se concluyó uniendo los bordes con 3 puntos de sutura de seda 3/0, (imagen 3). Hubiera sido recomendable utilizar una sutura monofilamento, pero en el centro de salud no disponíamos de ella. Finalmente se ocluyó con un apósito estéril. Las recomendaciones a la paciente fueron mantener limpia y seca la mano las primeras 48 horas. No se prescribió antibiótico y se asignó una cita control a las 48 horas para valorar signos de infección.



Imagen 2. Herida limpia (después de limpieza mecánica).



Imagen 3. Herida suturada, cierre primario diferido.

48 horas después de haber realizado la sutura no se evidenciaron los signos cardinales de infección (calor, rubor, dolor y tumor). (Imagen 4) A los diez días se retiró la sutura observándose un cierre completo de los bordes, (imagen 5).



Imagen 4. 48horas post-sutura.



Imagen 5. Herida resuelta.

El presente trabajo es independiente, no ha recibido ninguna subvención económica por parte de la industria farmacológica ni de ningún otro sector. Se encuentra sujeto a las limitaciones propias del reporte de casos, como son: gran subjetividad personal, no permite hacer comparaciones, la presencia de algún factor de riesgo puede ser sólo coincidencia, no representan evidencia sólida para cambiar la práctica clínica y suelen reportarse sólo aquellos casos de terapia exitosa.

## **Discusión**

El tiempo transcurrido entre la lesión y su tratamiento, así como el tipo y grado de contaminación, son aspectos importantes que se han de tener en cuenta al decidir si se debe dejar una herida abierta o si hay que proceder a su cierre. (1)

Para los criterios de contaminación, está vigente actualmente la clasificación realizada en 1964 por el National Research Council de Canadá y adoptada por el American College of Surgeons, sobre las heridas quirúrgicas (limpia, limpia-contaminada, contaminada, sucia). (2)

Sin embargo, respecto a la antigüedad de la herida parece no haber un consenso tan claro. Tradicionalmente, como norma general, el límite de tiempo para realizar una

sutura primaria en una herida accidental es de seis horas. Un tiempo superior a seis horas obliga a cicatrización por segunda intención, salvo en zonas muy vascularizadas como la cara por el daño estético y el cuero cabelludo en que se puede retrasar hasta 12 o 24 horas. (3) Brancato CJ (4) en un artículo publicado recientemente (enero 2014) habla de 12 a 18h para el cierre primario de heridas causadas por objetos cortantes limpios, aunque concluye que la duración óptima de tiempo entre la lesión y la reparación de las heridas superficiales no se ha definido adecuadamente.

Para Martínez et al. (5) la historia de la herida permite saber el riesgo de contaminación e infección: el tiempo de evolución es el principal factor, ya que cuanto mayor es el retraso en la limpieza de la herida, mayor será la proliferación bacteriana. Aunque el “período de oro” no es un número fijo de horas, ya que existen otras variables que influyen (lugar anatómico, mecanismo producción, agente causante, enfermedades del paciente, etc) Brancato (4) coincide con Martínez et al, (5) en que la decisión del tipo de cierre que aplicar a la herida depende de la edad de la lesión, así como del mecanismo de producción y el grado de contaminación.

Eliya-Masamba E. (6) realizó una revisión bibliográfica en octubre de 2013 sobre cierre primario inmediato versus cierre retardado para el tratamiento de heridas traumáticas después de las 24 horas de la lesión. Concluyó que actualmente, no hay evidencia científica para orientar la toma de decisiones clínicas sobre el mejor momento para el cierre de las heridas traumáticas y que se necesitan estudios de investigación sólidos para determinar el efecto del cierre primario en comparación con el cierre tardío para el tratamiento de las heridas traumáticas (excepto mordeduras) que se presentan en el transcurso de 24 horas después de la lesión.

Todos los autores coinciden que el desbridamiento es la práctica más importante a realizar para minimizar el riesgo de infección. Las contraindicaciones absolutas para

el cierre de la herida son signos de inflamación (enrojecimiento, calor, hinchazón, dolor). En ausencia de estos hallazgos, la decisión de suturar una herida debe ser realizada en base al juicio clínico del profesional.

La experiencia de nuestro caso da sentido a la frase de Cracroft D. (1) cuando dice que cualquier clasificación arbitraria basada en el período de evolución de la herida o en algún otro factor aislado resulta insuficiente como guía, pues es imposible establecer reglas simples para problemas complejos. Cada herida debe ser evaluada de forma independiente.

## **Conclusiones**

Según la clasificación vigente del tipo de cirugía según el grado de contaminación bacteriana del National Research Council las heridas incisas superficiales se pueden considerar heridas limpias o limpia-contaminada.

Una herida contaminada puede transformarse en una herida quirúrgica limpia por medio de la limpieza mecánica y el desbridamiento meticuloso.

La contaminación puede diferenciarse de la infección por la presencia, en este último caso, de los signos cardinales de la inflamación: calor, rubor, dolor y tumor. Estos signos indican que existe infección y representan una contraindicación absoluta para el cierre de la herida, con independencia del tiempo que haya permanecido abierta.

Teniendo en cuenta que el desbridamiento quirúrgico tiene el potencial de reducir la infección de la herida, el cierre primario diferido después de desbridamiento de heridas traumáticas y sin infección clínica por lo tanto, tiene el beneficio potencial de una rápida cicatrización.

Atendiendo a las premisas anteriores, es necesario valorar y tratar cada herida de forma particular.

## **Bibliografía**

1. Cracroft D. Heridas menores y abrasiones. Urgencias médicas Vol. 1 Sección 1º-5º. Dr. TC Kravis, Dra. CG Warner. Ed. Médica Europea; 1992; 9:97-100.
2. National Academy of Sciences, National Research Council, Division of Medical Sciences, Ad Hoc Committee on Trauma Postoperative wound infections: The influence of ultraviolet irradiation on the operating room and various other factors. *Ann Surg.* 1964; 160 (suppl 2): 1-196.
3. García GF, Gago FM, Chumilla LS, Gaztelu VV. Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. *Gerokomos* 2013; 24 (3): 132-138.
4. Brancato CJ; Stack AM. Minor wound preparation and irrigation. *Jan*, 2014.
5. Martínez RJB, Bugarín GR, García QA. Heridas superficiales. *Jano* 1427-1429; 2004.
6. Eliya-Masamba MC, Banda GW. Primary closure versus delayed closure for non bite traumatic wounds within 24 hours post injury (review). 2013, Núm.10. CD008574. DOI: 10.1002/14651858.CD008574.