

Heridas cutáneas

Valoración inicial del paciente con laceraciones cutáneas:

- Descartar cualquier situación de riesgo vital.
- Si ninguna otra situación requiere una actuación médica urgente, se procederá a valorar la herida descartando la necesidad de derivación para tratamiento quirúrgico especializado.
- En caso de decidirse la derivación, se contendrá la hemorragia con un vendaje compresivo y elevación de la zona y se agilizará el transporte al hospital. No ligar nunca vasos en las amputaciones, ya que dificultarían los reimplantes.

Los posibles miembros amputados (dedos, etc.) deben derivarse junto al paciente para intentar el reimplante. Se lavan con suero salino, se envuelven en gasas o paños estériles, se aíslan en bolsas de plástico (o en un bote de recogida de orina) y se introducen en algún recipiente con hielo. Evitar el contacto directo con hielo o líquidos del miembro amputado.

Consideraciones técnicas de interés para el tratamiento quirúrgico de las heridas

¿Cuándo anestesiarse la herida?

Siempre después de explorar la función nerviosa (luego será indetectable una lesión neural)

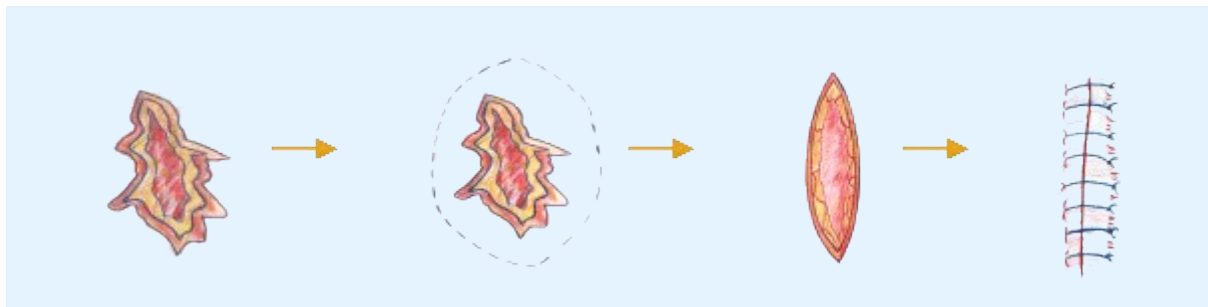
¿Cómo limpiar la herida?

Realizar una limpieza mecánica hasta la completa eliminación de cualquier cuerpo extraño. Se eliminan con pinzas los cuerpos extraños, se irriga a presión suero fisiológico con una jeringa grande con una aguja im., y se cepilla la zona con un cepillo estéril hasta la total desaparición de cualquier resto. En casos de suciedad extrema no existe inconveniente en realizar un primer lavado bajo el chorro de agua corriente.

¿Es necesario desbridar los tejidos?

Debe eliminarse todo tejido desvitalizado de la herida. La técnica de Friedrich consiste en el corte limpio, con tijera o bisturí de los tejidos avasculares, hasta lograr unos nuevos bordes limpios y vitalizados. Conviene planear previamente, e incluso pintar sobre la piel, la zona de resección prevista para evitar la eliminación excesiva de tejido.

Técnica de Friedrich.



Si existe gran cantidad de tejido lesionado, o se trata de una zona de potencial compromiso estético o funcional, la herida debe ser valorada por un cirujano plástico para decidir la mejor solución reconstructora.

¿Qué tipo de cierre está indicado?

El tipo de cierre dependerá del tipo de herida y del tiempo transcurrido hasta ser atendida.

El cierre primario por sutura directa de la herida es la solución de mejor resultado estético. El cierre secundario o por segunda intención, más lento y de peor resultado estético, es imperativo en las heridas infectadas. Tras desbridar la zona, se cubre con un vendaje oclusivo húmedo (Tulgrasumã, Linitulã) hasta su granulación completa y reepitelización.

Directrices básicas para el manejo quirúrgico de laceraciones.

Herida limpia y atendida < 6 h.	Cierre primario	No antibiótico
Herida sucia o atendida 6-12 h. (contaminadas)	Friedrich + cierre primario	Antibiótico oral
Heridas supurante o atendida > 12 h. (infectadas)	Cierre secundario	Antibiótico oral + curas antisépticas locales

Aclaraciones: limpio/sucio hace referencia a la presencia o no de cuerpos extraños y/o tejidos devitalizados en la herida, motivos ambos de predisposición a la infección. En cara y manos, por su buena vascularización y para minimizar las secuelas funcionales y estéticas, se amplía a 12-24 el período de evolución sin tratamiento de una herida para considerarla contaminada y > 24 horas para infectada. Las heridas por mordedura deben considerarse siempre infectadas y manejarse como tales. Su posible sutura, en caso de grandes destrozos, debe ser evaluada por un cirujano.

¿Cuándo poner drenaje en una herida?

Es conveniente drenar todas las heridas suturadas con riesgo de infección. Un criterio conservador es poner drenaje en las heridas limpias suturadas después de 6 horas de evolución (12-24 h. En la cara) y en todas las heridas sucias.

En AP un drenaje disponible y eficaz es un dedo de guante estéril cortado por sus extremos y situado en la zona más declive de la herida y fijado con un punto.

Mientras el drenaje elimine supuración debe mantenerse en su lugar. Mientras se mantenga el drenaje el paciente estará bajo cobertura antibiótica oral.

¿Cuándo revisar las heridas?

Las heridas deben vigilarse estrechamente por personal sanitario. Se recomienda realizar la 1ª cura a las 48 horas para valorar infecciones etc. Posteriormente según evolución y a criterio del profesional (diariamente si la evolución no es buena), en busca de signos de infección

En caso de infección se pueden retirar parcialmente los puntos de la herida, evacuar el exudado (tomar muestra para laboratorio) y pautar antibióticos.

¿Qué antibiótico utilizar en las heridas infectadas?

Si es preciso usar antibióticos se usarán fármacos que cubran al *Stafilococcus aureus*: cloxacilina, amoxicilina-clavulánico o cefalosporinas de 1ª generación.

En alérgicos a la penicilina se sustituirán por macrólidos (aunque el *Streptococcus pyogenes* presenta niveles de resistencia crecientes a la eritromicina).

Las heridas por mordedura se tratan con amoxicilina-clavulánico, por la presencia constante de productores de betalactamasas en la saliva humana y animal.

Las heridas en pacientes diabéticos se tratan con amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino, para cubrir la posible infección por *Pseudomona aureoginosa*.

Otras medidas complementarias

La analgesia de la herida exige el reposo de la zona (si es preciso se inmoviliza con una férula). Puede utilizarse paracetamol en caso de dolor leve, AINEs para el dolor moderado u otros analgésicos de la escala de la OMS se precisan.

La asistencia a un herido es una ocasión inexcusable para comprobar y actualizar la inmunización antitetánica.

Autores

- Francisco Beneyto Castelló. Médico de Familia. Centro de Salud Manises (Valencia)
[Miembro del Grupo de Trabajo de Cirugía Menor de SVMFiC](#)
- Antonio Masiá Alegre. Médico de Familia. Centro de Salud Guillem de Castro (Valencia)
[Miembro del Grupo de Trabajo de Cirugía Menor de SVMFiC](#)

Autor para correspondencia

- Francisco Beneyto Castelló
E-mail: pacobeneyto@hotmail.com

Bibliografía

1. Christian D, Weiss B. Surgical Problems & Procedures in Primary Care. New York: McGraw-Hill; 2001.
2. Pfenninger J, Fowler G. Procedures for Primary Care Physicians. St. Louis: Mosby-Year Book. Inc; 1994.
3. Grossman J. Minor Injuries and Repairs. Gower Medical Publishing. New York 1993.
4. Beneyto F, Batalla M, Ortiz F, Roselló V, Masiá A. Talleres de Cirugía Menor en Atención Primaria. SVMFiC. Diversas ediciones.