

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN CIERRE PRIMARIO DIFERIDO

Autor principal MARÍA BELÉN ÁLVAREZ PUGA

CoAutor 1 OLGA LOPEZ GONZALEZ

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave enfermería herida contaminada cierre primario diferido

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Presentamos el caso clínico de una paciente que acudió a consulta de Enfermería de Atención Primaria 7 días después de haberse cortado con un cuchillo en el dorso de la mano. Presentaba una herida incisa de 2cm de longitud que no había recibido tratamiento previo ninguno. Valorada la herida se decidió suturarla mediante el método de cierre primario diferido.

Material y métodos: estudio descriptivo, reporte de un caso clínico.

Resultado: cicatrización completa de la herida en diez días.

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 considerar al decidir si se debe dejar una herida abierta o si hay que proceder a su cierre.

Para los criterios de contaminación, está vigente actualmente la clasificación realizada en 1964 por el National Research Council de Canadá sobre las heridas quirúrgicas (limpia, limpia-contaminada, contaminada, sucia) (1). Respecto a la antigüedad de la herida parece no haber un consenso tan claro. Tradicionalmente el límite de tiempo para realizar una sutura primaria en una herida accidental es de 6 horas. Un tiempo superior a 6 horas obliga a cicatrización por segunda intención. Brancato CJ(2) 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

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Las heridas traumáticas menores (heridas superficiales que afectan solo a piel y tejido celular subcutáneo) habitualmente son tratadas y suturadas por el personal de enfermería.

El tratamiento habitual del caso que presentamos 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 con el objetivo de conseguir una curación en menor tiempo versus cierre por segunda intención.

El cierre primario diferido o cicatrización por tercera intención consiste en demorar la sutura cutánea de 3 a 5 días siempre que no hayan aparecido signos de infección. El desbridamiento e irrigación se trata de una técnica para convertir la herida contaminada en una herida quirúrgica limpia.

El profesional que atiende este tipo de lesiones debe tener un conocimiento profundo de la manera en que se produce la cicatrización de las heridas. De este conocimiento se deducen las decisiones que llevan a realizar determinadas acciones terapéuticas, como son suturar las heridas o no, elegir un tipo de sutura u otro, seleccionar el material más adecuado, indicar el tiempo preciso para retirar los puntos, utilizar determinados apósitos y otras actuaciones que tienen como finalidad disminuir el dolor, controlar la hemorragia y la infección y acortar el tiempo de cicatrización.

HIPÓTESIS:

El cierre primario diferido o cicatrización por tercera intención es una técnica poco utilizada por el personal de enfermería para el tratamiento de heridas agudas superficiales con más de seis horas de evolución por desconocimiento de la misma.

OBJETIVOS:

Principal:

Cierre de una herida limpia-contaminada en menor tiempo aplicando un cierre primario diferido versus cierre por segunda intención.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo. Reporte de un caso clínico.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 27 años de edad que acudió a consulta de Enfermería de Atención Primaria 7 días después de haberse cortado con un cuchillo en la base del cuarto dedo 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 era superficial e incisa (afectaba a piel y tejido celular subcutáneo), de unos 2 cm de longitud, de bordes desvitalizados y sin signos de infección. Se explicó a la paciente las ventajas e inconvenientes de cerrar la herida mediante cierre primario diferido, ésta expresó su consentimiento verbal para que se le suturase la herida mediante cierre primario diferido. Primero se aplicó 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 (desbridamiento). Se aplicó antiséptico (povidona yodada) sobre la piel perilesional y se concluyó uniendo los bordes con 3 puntos de sutura de seda 3/0. 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.

A propósito del caso, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed y UpToDate. Los idiomas de búsqueda fueron español e inglés, contenía las palabras clave: enfermería, herida limpia-contaminada, cierre primario diferido/nurse, clean wound, infected wound, delayed

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

RESULTADO:

48 horas después de haber realizado la sutura no se evidenciaron los signos cardinales de infección (calor, rubor, dolor y tumor).

A los diez días se retiró la sutura observándose un cierre completo de los bordes de la herida.

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 considerar al decidir si se debe dejar una herida abierta o si hay que proceder a su cierre.

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) (1). 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 ó 24 horas. (3). Brancato CJ (2) 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. (4) 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).

Eliya-Masamba E. (5) 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

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

En este caso la paciente presentaba dos diagnósticos enfermeros que se encuentran dentro de la Necesidad de Seguridad y Protección del Modelo de Cuidados de Virginia Henderson. Son los siguientes:

DIAGNÓSTICO NANDA 00046: Deterioro de la integridad cutánea (alteración de la epidermis, dermis o ambas) r/c: factores mecánicos y m/p: alteración de la superficie de la piel.

DIAGNÓSTICO NANDA 00004: Riesgo de infección (aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos) r/c: alteración de las defensas primarias (rotura de la piel, traumatismo de los tejidos) y m/p: pérdida de continuidad de la piel.

Los dos diagnósticos comparten el mismo resultado NOC y las mismas intervenciones NIC:

Resultados NOC (1102): Curación de la herida por primera intención(*)

-Indicadores:

110201 Aproximación cutánea (completa).

Intervenciones NIC y actividades relacionadas:

3660 Cuidados de las heridas.

Actividades:

- Anotar las características de la herida.
- Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.
- Mojar en solución salina.
- Atender el lugar de incisión.
- Suturar.
- Aplicar un vendaje oclusivo.

3440 Cuidados del sitio de incisión.

Actividades:

- Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial.
- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con solución antiséptica.
- Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o ducha.

3590 Vigilancia de la piel.

Actividades:

- Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación o edema.
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.

(*) En este caso el objetivo fue cierre primario diferido, pero la taxonomía NANDA no lo recoge.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

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.

Del presente trabajo ha nacido un proyecto de investigación para valorar mediante una encuesta los conocimientos que tiene el personal de Enfermería Comunitaria de la provincia de Almería sobre el cierre de heridas traumáticas menores mediante la técnica de cierre primario diferido.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

1. 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 (supl 2): 1-196.
 2. Brancato CJ; Stack AM. Minor wound preparation and irrigation. *Jan*, 2014.
 3. García GF, Gago FM, Chumilla LS, Gaztelu VV. Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. *Gerokomos* 2013; 24 (3): 132-138
 4. Martínez RJB, Bugarín GR, García QA. Heridas superficiales. *Jano* 1427-1429; 2004.
 5. 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.
- Página