



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

1.- OBJETO

Describir el conjunto de actividades encaminadas a cubrir las necesidades asistenciales de los pacientes que una vez han sido valorados en triaje entran a formar parte en el protocolo de reparación de heridas y alta de enfermería.

2.- ALCANCE

El proceso se inicia cuando la enfermera ha colocado la hoja de triaje en la bandeja correspondiente y finaliza con el alta de enfermería

3.- DESCRIPCIÓN

a. PROCEDIMIENTO DE INCLUSIÓN EN PROCESO DE REPARACIÓN DE HERIDAS Y ALTA DE ENFERMERÍA

1. Los pacientes susceptibles de entrar en le protocolo de reparación de heridas con alta de enfermería serán aquellos pacientes con Motivo de consulta:

- ✓ herida abierta de cabeza (873)
- ✓ herida abierta de codo, antebrazo y muñeca (881)
- ✓ herida abierta de hombro y brazo (880)
- ✓ herida abierta de cadera y muslo (890)
- ✓ herida abierta de dedo del pie (893)
- ✓ herida abierta del pie, excepto dedo del pie (892)
- ✓ herida abierta de rodilla/pierna/tobillo (891)
- ✓ herida abierta de la mano (882)
- ✓ herida abierta de espalda (876)
- ✓ herida abierta de región glútea (877)
- ✓ herida abierta de genitales externos (878)
- ✓ herida abierta de párpado y zona periocular (870)
- ✓ herida abierta de tórax (875)
- ✓ herida abierta de cuello (874)
- ✓ herida abierta inespecificaza, excepto extremidades (879)
- ✓ herida abierta múltiple e inespecificada de miembro inferior (894)
- ✓ herida abierta múltiple e inespecificada de miembro superior (884)

 Govern de les Illes Balears Hospital Son Llàtzer	<h1>URGENCIAS</h1>	Nº:
		Rev.:
		Fecha: 25/11/2013
		Página 3 de 6

<h2>PROCESO</h2> <h3>De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría</h3>
--

2. Que no cumplan criterios de exclusión. Estos son:

- Heridas con signos de infección.
- Heridas complicadas que afecten a estructuras importantes (vasos, nervios, tendones, grandes pérdidas de sustancia) que precisan valoración por el especialista correspondiente.
- Amputaciones.
- Heridas con hematomas en expansión.
- Heridas por picadura/mordedura salvo excepciones.
- Heridas asociadas a TCE.
- Heridas por asta de toro y armas de fuego.
- Heridas muy evolucionadas en el tiempo.
- Herida con posibilidad de fractura
- Sospecha de malos tratos

2. Todos aquellos pacientes a los que la enfermera realice el triaje y que no cumplan criterios de inclusión, serán derivados al facultativo y enfermería no realizará informe de alta de enfermería

3. Aquellos pacientes a los que la enfermera realice el triaje y cumplan criterios de inclusión, la enfermera de triaje dejará la hoja en la bandeja correspondiente. Serán valorados por la enfermera de boxes; Esta tras valoración exhaustiva y objetivar que no se cumplen criterios de exclusión, procederá a la sutura de la herida y cumplimentación del informe de alta de enfermería

ANEXO 1. PROTOCOLO DE REPARACIÓN DE HERIDAS

La enfermera ubicada en boxes realizará la historia en el box de trauma:

- ¿Cuándo? Hora de producción, ya que la decisión de cerrar la herida también depende del tiempo transcurrido.
- ¿Cómo? Mecanismo.
- ¿Dónde? Lugar, ambiente donde se produjo, posibilidad de cuerpos extraño.
- Alergias (látex, antibióticos, anestésicos)
- Calendario vacunal

Explorará la herida:

- Vascularización: valoraremos siempre la existencia de sangrado, si es asociado a la propia herida o por afectación de algún vaso. En extremidades: tomar pulsos periféricos, relleno, color...Retirada de coágulos.
- Valorar la pérdida de sensibilidad o respuesta al estímulo doloroso (siempre antes de la infiltración anestésica).
- Afectación de la función motora. A nivel de extremidades (explorar grupos musculares, movimientos de flexo-extensión, así como tendones individuales, contra resistencia) en cara (ptosis palpebral).
- Localización

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra en la Intranet del HSLI. Existe una única copia papel autorizada y controlada en poder del Responsable de Calidad, por lo que cualquier otro documento papel se considerará copia no controlada.



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

- Longitud, forma y profundidad.
- Presencia de cuerpos extraños.
- Color de la piel circundante (valorar sanear bordes mediante Friedrich)

DESCRIPCION DE LAS ZONAS ANATOMICAS DE RIESGO:

- SUPRACILIAR: zona que implica el paso del nervio frontal cuya lesión puede provocar anestesia de la zona frontal.
- ANGULO INTERNO DEL OJO: posible lesión del aparato lagrimal.
- PARPADO: puede dejar retracciones.
- OREJA: a nivel de cartílago, por su mala vascularización, la que favorece su necrosis e infección.
- LABIOS: están muy irrigados. Una mala aproximación de los bordes resulta en un acabado estético deficiente.
- CUELLO: en la zona anterior pasa la vena yugular, tiroides. En zona lateral el paso del nervio auricular y en la zona posterior el nervio espinal accesorio.
- FOSA SUPRACLAVICULAR: arterias, venas, plexo braquial, vértice pulmonar.
- AXILA: riesgo de afectación de arterias y venas humerales y del plexo braquial.
- EPICONDILO: afectación del nervio radial.
- EPITROClea: afectación del nervio cubital.
- MUÑECA: afectación del nervio radial, nervio cubital, nervio mediano. Afectación de tendones y arteria cubital y radial.
- INGLE: afectación plexo arterio-venoso.
- PALMA DE LA MANO: funcionalidad y estética.
- PLANTA DEL PIE: funcionalidad y estética.

Preparará la herida

- Hemostasia: previo al cierre de la herida es necesario conseguir una adecuada hemostasia. Para ello podemos utilizar.
 - Presión manual sobre la herida con una gasa estéril.
 - Material hemostático. (espongostan®)
 - Adrenalina (no zonas acras)
- Irrigación mediante suero fisiológico a chorro para reducir la contaminación y prevenir la infección. Favorecer el arrastre de la suciedad o cuerpos extraños. La herida debe ser irrigada con solución salina 100-200ml por cada 2cm de herida si existe bajo riesgo de contaminación, utilizando mayor cantidad de suero cuanto mayor sea el riesgo de infección.
- Corte de pelo: no rasurar, aumenta el riesgo de infección, si es necesario se cortará el pelo mediante tijera lo más cerca posible de la piel peri lesionada. Nunca cortar el pelo de las cejas.
- Antisepsia y frote de la herida: limpiar la piel alrededor de la herida con solución antiséptica. Evitar el frote de la herida porque aumenta el riesgo de infección. Sólo se frotará la herida en aquellos casos de gran contaminación (lavar con cepillo quirúrgico)
- Valoración de cuerpos extraños: debemos buscar cuerpos extraños en áreas profundas, tras anestesiar la herida.



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

- Desbridamiento: necesario en ocasiones en heridas contaminadas, con tejido no viable. Aumenta la viabilidad del tejido, acorta el periodo de inflamación y crea bordes bien definidos. No extirpar piel viable, colgajos musculares ni fragmentos óseos.

Preparará el campo estéril con la colaboración de la auxiliar de enfermería

- Lavado de manos higiénico antes y después de la técnica
- Colocación de guantes desechables.
- Preparación del campo de trabajo.
- Material necesario:
 - Paño estéril sin fenestrar (para cubrir la mesa de trabajo)
 - Dependiendo de la sutura:
 - Porta agujas
 - Mosquito
 - Pinza de disección.
 - Tijeras.
 - Bisturí.
 - Sutura reabsorbible y /o irreabsorbible.
 - Guantes estériles.
 - Gasas con clorhexidina.
 - Paño estéril fenestrado.
 - Paño estéril.
- Lavado de manos estéril.
- Colocación de guantes estériles.
- Pañeado del campo:
 - Primero desinfección (clorhexidina) de una zona lo suficientemente amplia. De forma circular de adentro hacia afuera.
 - Limitar el campo de actuación mediante paños estériles fenestrados o no fenestrados.

Elegirá el material de sutura

La elección del material de sutura y su calibre dependerá de:

- De las características de la herida.
- De la zona anatómica.
- De la profundidad (tensión de la herida)
- De la experiencia del profesional que realiza la sutura.
- El calibre mínimo necesario para fijar los bordes sin desgarrar los tejidos.

La clasificación es diversa atendiendo a:

- A. Según origen: Naturales o Sintéticos.
- B. Según el acabado: Mono filamentosas o Multifilamentos
- C. Según permanencia en el organismo: Reabsorbibles o No reabsorbibles

POLIPROPILENO (Prolene®, Surgilene®, Premilene®):

Es un monofilamento sintética, no reabsorbible. Está indicada para el cierre cutáneo y en general, aproximación y ligadura de tejidos blandos.

Ventajas: una alta fuerza de tensión, una mínima reacción tisular, y permite una retirada fácil de los tejidos. Ideal para suturas intradérmicas y heridas faciales.

Están diseñadas para ser muy duraderas.

Inconvenientes: incluyen alta plasticidad, alto precio y mayor dificultad de uso.

Están teñidas de azul para permitir una visualización fácil frente a la piel y durante la intervención.

SEDA:

Es un multifilamento trenzado, de naturaleza proteica, obtenido a partir de las fibras del capullo de gusanos de seda., no reabsorbibles. Su principal característica es su elevada flexibilidad lo que le confiere fácil manejo y anudación muy superior a cualquier material de sutura. Igualmente su elevada resistencia tensil y su bajo precio, hace que la seda sea el material de sutura utilizado mayoritariamente en todo tipo de intervenciones.

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra en la Intranet del HSLI. Existe una única copia papel autorizada y controlada en poder del Responsable de Calidad, por lo que cualquier otro documento papel se considerará copia no controlada.



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

POLIGLACTIN 910(vicryl®) Y AC. POLIGLICOLICO (Dexon®):

El poliglactín 910 es un tipo de sutura absorbible, sintética, multifilamentosa y entrelazada.

El Ac.Poliglicólico en forma de monofilamento es rígido y difícil de manipular, por ello existe una presentación trenzada que facilita el manejo.

Presentan características de fuerza de tensión y absorción parecidas, gran fuerza tensil, son lentamente eliminados por hidrólisis con poca reacción tisular y ofrece seguridad del nudo durante la sutura.

Absorción alrededor de 90-120 días.

Bien para mucosa oral.

USO DE LAS SUTURAS EN RELACIÓN CON LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:

ZONA	SUTURA
Cuero cabelludo	Grapas o seda 2/0-3/0
Cara	Seda o polipropileno 5/0-6/0
Mano, pie	Seda o polipropileno 3/0-4/0
Tórax-abdomen. Brazo-pierna.	Seda o polipropileno 2/0.3/0.4/0.
Espalda	Seda o polipropileno 2/0-3/0
Tejido celular subcutáneo.	Absorbible sintética. 3/0-4/0

DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL BÁSICO:

1. BISTURÍ: Se utiliza para cortar o diseccionar tejidos, los más empleados son el nº 11 (recto y punta picuda, retirada de puntos) y el nº 15 (corte convexo, para Friedrich). Para pequeñas incisiones debe cogerse como si se tratase de un lápiz apoyando firmemente el resto de la mano.
2. TIJERAS: Se cogen con la mano dominante, introduciendo el 1º y 4º dedo en las anillas y con el 2º y 3º se dirige el movimiento de uso para cortar partes blandas, laxas, diseccionar tejidos y retirar suturas.
 - a. T. Mayo
 - b. T. Metzembau
3. PINZAS DE DISECCION: Se manejan con la mano no dominante. Con dientes para manipulación de la piel, de 12 cm. Tipo Adson. Sin dientes para retirada de puntos o realizar hemostasia. Tipo Mosquito: son de punta fina y puntiaguda según su forma puede ser recta o curva y son muy usados para realizar hemostasia.
4. PORTA-AGUJAS: Se maneja con la mano dominante, se cogen igual que las tijeras. El movimiento con la porta se inicia en pronación forzada realizando el movimiento a supinación de la mano. La aguja se sujeta a 1/3 proximal del hilo.

Anestesiara la herida

Clasificación de los anestésicos locales:

Los podemos dividir en Amidas y Esteres:

AMIDAS

Lidocaína
Mepivacina
Prilocina
Bupivacaina
Ropivacaina

ESTERES

cocaína
benzocaina
procaina
tetracaina
clorprocaina

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra en la Intranet del HSLI. Existe una única copia papel autorizada y controlada en poder del Responsable de Calidad, por lo que cualquier otro documento papel se considerará copia no controlada.



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

Descripcion de AL que utilizaremos:

MEPIVACAINA:

● CARACTERISTICAS:

- La ventaja es que provoca una suave y benigna vasoconstricción que permite reducir los niveles del anestésico o eliminar los vasoconstrictores.
- Mepivacaína al 2% + Bicarbonato sódico 1M (al 50%) = reducción del dolor de forma significativa.
- Fetotóxico.

PRESENTACION:

Viales 1% y al 2%

DOSIFICACION RECOMENDADA;

Se efectuará en función del área que debe ser anestesiada, de la vascularización de los tejidos y de la técnica anestésica que se utilice.

PREPARADOS ANESTESICOS:

EMLA:

COMPOSICION(por cada gr de EMLA):

- Lidocaína (25mgr), Prilocaína (25mgr) y aceite de ricino.

INDICACIONES:

Piel intacta (procedimientos menones) venopunción, punción lumbar(en niños aplicar aproximadamente 1gr/cm2,durante 30 minutos, cubierto con un apósito oclusivo)

Mucosa genital, rectal y nasal en adultos sin sobrepasar 30-60'.

Ulceras en EEII.

PRECAUCIONES DE USO:

- No aplicarse en heridas abiertas, excepto úlceras en EEII
- No sobre piel con dermatitis atípica.
- Precaución en zonas cercana a los ojos.
- Embarazadas: Lidocaína y Prilocaína (Cat.B)
- Son comunes las reacciones locales transitorias: palidez, eritema o edemas.

CONTRAINDICACIONES:

-Metahemoglobinemia congénita o idopática.

-Ojo en niños prematuros y menores de 12 meses.(ya que la prilocaína es capaz de producir metahemoglobinemia).

-Hipersensibilidad a los AL.

-Porfirias.

GEL LAT:

Anestésico tópico.

COMPOSICION:

LIDOCAINA4%

ADRENALINA0.1%

TETRACAINA 0.5%

Preparado en jeringas de 2 ml (fórmula magistral de farmacia)

INDICACIONES:

- Sutura de laceraciones no complicadas que no excedan de dimensiones (6-8cm).
- Localizadas principalmente en cara y cuero cabelludo (debido a que estas zonas el tejido esta mas vascular izado y es más receptivo a este tipo de anestesia).

METODO DE APLICACIÓN

- Higiene de la zona.
- Se aplica sobre el área de actuación y en sus márgenes.
- La dosis es de 1-2 ml dependiendo de la herida (lo suficiente para cubrir la herida)
- Posteriormente ocluir durante 30 minutos.
- Empleamos tegaderm®
- Asegurar antes de la sutura el efecto deseado, se puede repetir otra dosis.

CONTRAINDICACIONES:

- Superficies distales (punta de los dedos, orejas, pene, aletas nasales),
- En membranas mucosas (labios, ojos),
- En superficies amplias de quemaduras o abrasiones.
- Heridas profundas.

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra en la Intranet del HSLI. Existe una única copia papel autorizada y controlada en poder del Responsable de Calidad, por lo que cualquier otro documento papel se considerará copia no controlada.

 Govern de les Illes Balears Hospital Son Llàtzer	<h1>URGENCIAS</h1>	Nº:
		Rev.:
		Fecha: 25/11/2013
		Página 8 de 6

PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

Es muy útil en niños, ya que minimiza el dolor que comporta una sutura.

*Sería conveniente realizar registro de la respuesta obtenida.

1. ANESTESIA TÓPICA.

Se realiza mediante la aplicación directa sobre la piel/ mucosas.

Los anestésicos tópicos son de elección para anestesiarse heridas no complicadas en el niño porque tienen la ventaja que su aplicación no es dolorosa.

Suelen ser preparados anestésicos con varios compuestos (EMLA®, GEL LAT, lubricantes urológicos órganon®, colirio colircusi anestésico®, cloruro de etilo, topicaina en spray®...)

2. ANESTESIA POR INFILTRACION:

Es la administración del AL en forma de infiltración directamente sobre el tejido a anestesiarse (piel, tejido subcutáneo). Interrogar sobre posibles alergias a fármacos.

Técnica:

- Formación de primer habón anestésico que realizamos con aguja subcutánea, que puede ser intradérmico (para pequeños procedimientos) o subcutáneo (más profundo); con ello anestesiaremos una zona de piel por donde realizaremos la infiltración subcutánea, pudiendo usar la misma aguja o agujas mayores (intramusculares).
- Infiltración subcutánea. A partir del habón anestesiaremos toda la zona de intervención, inyectando pequeñas cantidades de anestésico; para ello utilizamos toda la longitud de la aguja, infiltrando a medida que la introducimos o la retiramos, aspirar la jeringa antes de inyectar anestésico, para evitar su administración intravascular.

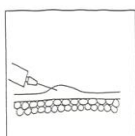
Podemos realizar esta maniobra de diferentes formas:

- Infiltración lineal: se filtra directamente de forma lineal.
 - Infiltración peri-lesional o poligonal: se filtra anestésico de manera que rodee la lesión mediante diferentes puertas de entrada, formando una figura poligonal, es imprescindible superponer las sucesivas punciones, con lo que conseguiremos provocar dolor únicamente en la primera punción.
 - Infiltración angular: a partir de uno o dos puntos de entrada se filtra siguiendo dos o tres direcciones diferentes, en abanico. Es imprescindible para cambiar la dirección retirar la aguja hasta casi salir de su punto de entrada en la piel, para evitar lesiones tisulares.
- Tras la infiltración esperaremos los minutos recomendados dependiendo del tipo de anestésico utilizado.

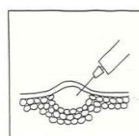


PROCESO

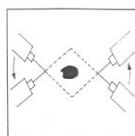
De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría



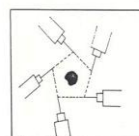
Habón anestésico intradérmico



Habón anestésico subcutáneo



Infiltración anestésica angular



Infiltración anestésica perifocal

3. ANESTESIA POR BLOQUEO REGIONAL DIGITAL:

La utilizaremos para realizar intervenciones sobre los dedos de las manos y de los pies, se inyecta el anestésico local en un punto del trayecto teórico de un tronco nervioso. La inervación de los dedos corre a cargo de los nervios digitales, que van por las caras laterales. Requiere menos cantidades para anestesiarse zonas mayores. No usar con vasoconstrictores. No inyectar volumen excesivo, para evitar compresión vascular e isquemia.

Técnica:

Se inyecta en ambas caras laterales de la base de la falange proximal, alrededor de 1ml, para lo cual se introduce perpendicularmente la aguja de calibre fino (25G) en profundidad, (siempre test de aspiración) y se infiltra el anestésico local (sin vasoconstrictor). Esperaremos 10 minutos antes de la intervención.

Procederá a la reparación de la herida

SUTURAS DISCONTINUAS:

CARACTERISTICAS GENERALES:

- Son las más empleadas.
- Cada punto realizado es independiente del siguiente.
- Los puntos se van repartiendo uniformemente a lo largo de la herida.
- Más facilidad para retirar los puntos
- Favorece el drenaje de la herida.

- En caso de desprenderse un punto, no se abre la herida.
- Frente a infecciones no precisa tener que abrir la herida completamente

DESCRIPCION:

A) Punto simple:

Características:

- Es el más utilizado
- Rápido y sencillo de ejecutar
- Se realiza con material no reabsorbibles.

Técnica:

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra en la Intranet del HSLI. Existe una única copia papel autorizada y controlada en poder del Responsable de Calidad, por lo que cualquier otro documento papel se considerará copia no controlada.



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

Los puntos de entrada y de salida de la aguja deben guardar la misma distancia respecto a los bordes de la herida (3-5mm) y esa distancia debe marcar la separación entre puntos sucesivos.

Abarca la piel y una porción de tejido subcutáneo y queda tan ancho como profundo.

El nudo debe ponerse a un lado de la línea de incisión, para evitar problemas a la hora de retirarlos o que la cicatrización englobe al nudo.

B) Punto simple invertido:

Características:

- Aproxima planos profundos.
- Cierra espacios muertos.
- Cierra tejido subcutáneo.
- Disminuye la tensión de la herida.
- El nudo queda en la profundidad de la herida.
- Se realiza con material reabsorbibles, cortando el nudo a ras.

C) Punto colchonero vertical:

Características:

- Permite en una sola operación, suturar varios planos de la herida (cutáneo y subcutáneo) con un solo material.
- Proporciona una buena eversión de los bordes.
- Punto hemostático.
- Se realiza con material no reabsorbibles.
- Usado en dorso de manos, codos y zonas de mucha tensión por movimientos de dorso-flexión.
- Suprime la tensión en la línea de afrontamiento.
- Inconveniente: cicatriz bastante marcada, contraindicado en cara.

Técnica parecida al punto en U horizontal o Colchonero horizontal.

D) Punto colchonero horizontal:

Características:

- Indicado en heridas con mucha tensión o con dificultad para aproximar los bordes.
- Punto ideal para dividir una herida larga en dos mitades, repartiendo la tensión entre ambas.
- Previene la dehiscencia de suturas.
- Proporciona una buena eversión de los bordes.
- Se realiza con material no reabsorbible.

Técnica:

Se inicia introduciendo la aguja en la piel de manera similar al punto simple, saliendo por el lado opuesto de la herida, respetando la distancia de 3-5 mm de los bordes de la misma (ida). Se finaliza introduciendo la aguja a unos 5 mm lateralmente al punto de salida inicial, saliendo por el lado opuesto a unos 5mm lateralmente al punto de entrada inicial (vuelta).

E) Punto en "x":

Características:

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra en la Intranet del HSLI. Existe una única copia papel autorizada y controlada en poder del Responsable de Calidad, por lo que cualquier otro documento papel se considerará copia no controlada.



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

-Indicado en sutura de tendones por proporcionar gran fuerza de tensión.

-En dedos, para evitar suturar en la misma zona de flexión.

Técnica:

Se realiza la primera parte como un punto simple, cuando estamos en el lado contrario al inicial sin cortar el hilo se vuelve por la parte externa al lado inicial y se realiza otro punto simple. Realizando el anudado con el extremo del segundo pase y el extremo inicial, formando una X.

F) Punto de colgajo/ ángulo:

Características:

- Indicado para suturar heridas en forma de "V", colgajos cutáneos o bordes de diferente grosor.
- Intenta reducir la posibilidad de necrosis vascular que pudiera aparecer en el vértice.
- Es una sutura de 3 puntos (dos cutáneos de la porción no colgante de la herida y uno dérmico del colgajo de la herida).
- Se realiza con material no reabsorbible.

SUTURAS CONTINUAS:

CARACTERISTICAS GENERALES

Los puntos se realizan continuamente sin cortar el hilo.

Los puntos se retiran con más dificultad, no existiendo la posibilidad de retirarlos en varias sesiones. Dificultan el drenaje de la herida (se perdería la tensión de la sutura). Se ejecutan de forma más rápida. Buen resultado estético.

- Heridas largas, rectilíneas.
- En zonas que no están sometidas a tensión.
- Zonas donde la estética es primordial (la forma continua intradérmica).

Contraindicaciones: heridas sucias, con signos de infección, necrosis, mala vascularización

Intradérmica

Características:

- Permite realizar una sutura sin atravesar la piel, evitando las cicatrices por marcas de puntos.
- Requiere una buena aproximación de los bordes, no debiendo existir tensión en la herida.
- Inmejorable resultado estético.
- Se refuerza con suturas adhesivas (Steri-Strip®).
- Se realiza con material no reabsorbible (monofilamento)

Técnica:

Se inicia introduciendo la aguja en la piel por delante de la herida, con un nudo inicial realizado previamente sobre el extremo distal del hilo (o realizándolo después de introducir el hilo) saliendo por dentro de la herida, cerca del vértice, en la dermis de un borde o del otro.

El resto de puntos se realiza pasando el hilo por la dermis en sentido horizontal de un borde a otro, avanzando a lo largo de la herida. Se finaliza dando un punto desde el vértice opuesto, por dentro de la herida y saliendo a la piel, efectuando un nudo final sobre el propio hilo

Los puntos se van colocando alternativamente a cada lado de la herida cruzando la línea de incisión de forma paralela, de esta manera se evita que se monten los bordes.

Una vez terminada se realiza la tensión adecuada al realizar el nudo y se observa como quedan los bordes.

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra en la Intranet del HSLI. Existe una única copia papel autorizada y controlada en poder del Responsable de Calidad, por lo que cualquier otro documento papel se considerará copia no controlada.



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

TÉCNICAS DE ANUDADO

PRINCIPIOS GENERALES:

1. Manual:

Hay diferentes formas: a dos manos, con una mano.

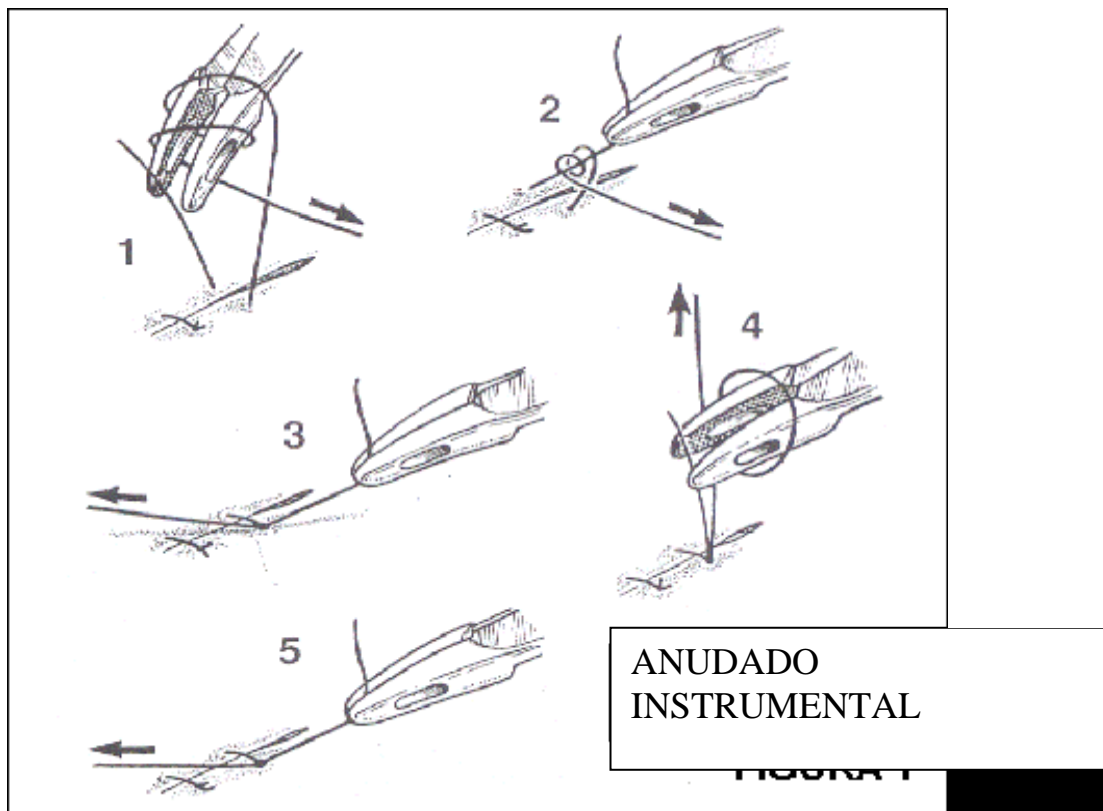
-La primera lazada se hace doble (nudo de cirujano), la siguiente lazada se hace en sentido contrario a la anterior, reforzándola sin causar aumento de tensión.

Nudo plano: se obtiene al realizar dos lazadas distintas.

Nudo comadre: se obtiene al realizar la misma lazada dos veces.

2. Instrumental:

-Los dos primeros nudos se hacen en un sentido, y el siguiente se hace en sentido contrario a los anteriores, reforzándolos sin causar aumento de tensión.



En ambos casos, el nudo no debe someterse a excesiva tensión y debemos dejarlo siempre a uno de los lados de la herida, lo que permite:

- Inspeccionar la herida.
- Interferir menos en la cicatrización y vascularización.
- Facilitar la retirada de puntos.



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

El anudado incorrecto de los puntos hace que se aflojen.

GRAPAS:

- Muy usadas en heridas de cuero cabelludo, aunque en cirugía ortopédica y vascular también se usan.
- Heridas lineales no complicadas. Dejan cicatriz.
- Rapidez en el cierre.
- Usar pinzas para aproximar los bordes anteponiendo éstas a la grapadora.
- No usar yodo en su limpieza.
- Se retiran con quita grapas.

BANDAS ADHESIVAS. (Steri-strip®)

- Útiles en heridas pequeñas, lineales, superficiales y sin tensión.
- No aplicar en superficies de tensión o articulaciones.
- Ventajas: indoloras, económicas, fácil de aplicar y retirar, confiere a la herida más resistencia a la infección que la sutura cosida.
- Reforzar suturas subcutáneas.
- Principal inconveniente: no se pueden mojar.
- Se colocan transversalmente sobre la herida, primero de un lado de la misma, aproximar bordes y adherir otro lado.

COMPLICACIONES

INFECCIÓN:

Colección de pus subcutáneo que se acompaña de enrojecimiento, dolor, calor. Se previene utilizando todos los medios de asepsia correctamente, material de sutura y técnica adecuada. Si ya existe infección, eliminar el punto, curas diarias y dejar curar por segunda intención; se valorará la administración oral de antibióticos.

DEHISCENCIA:

Se trata de la separación/apertura espontánea de los bordes de la herida antes de su curación, por tensión, infección o necrosis. Se previene con asepsia, evitando tensión excesiva de los bordes al cerrar y dejando los puntos el tiempo preciso para la cicatrización.

GRANULOMA:

Producido por reacción del individuo a un cuerpo extraño. Restos de suciedad o material de sutura (hilo). Se evita con suturas finas reabsorbibles, pocos nudos y cortando los cabos a ras de nudo.

HEMATOMAS Y SEROMAS:

Son acumulaciones subcutáneas de sangre o exudado inflamatorio. Favorecen la infección, dehiscencia de la herida. Se producen al no suturar correctamente por planos (dejando espacios muertos). Se previenen mediante la hemostasia y cierre por planos.

QUELOIDES Y CICATRIZ HIPERTRÓFICA:

Alteración de la cicatrización por exceso (aumento de fibras colágenas). Cicatrices duras, abultadas, de color encarnado. Suelen aparecer en esternón, hombros y zona interescapular. Más frecuente en raza negra. No tocar estas lesiones pues aumentarán de tamaño. No depende de la técnica, predisposición individuo. Cicatriz hipertrófica: es prominente, pero respeta los límites de la cicatriz.

NECROSIS:

Por excesiva tensión de los puntos, que dificultan la circulación. El proceso de reepitelización requiere un adecuado aporte vascular. Es necesario desbridar, tratar como una herida sucia, y vigilar por si se agrava: infección necrotizante, necrosis de tejidos profundos, etc.

Realizará el informe de Alta de enfermería y la hoja de recomendaciones

Calendario vacunal al día (Anexo 3)

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra en la Intranet del HSLI. Existe una única copia papel autorizada y controlada en poder del Responsable de Calidad, por lo que cualquier otro documento papel se considerará copia no controlada.



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

Primera cura en 24-48 hrs.

Lavado con suero fisiológico y jabón. Retirar restos de secreciones.

Vigilar signos de infección (calor, rubor, inflamación)

Evitar maceración por la humedad.

En la cara se puede poner pomadas que ayuden a la cicatrización (epitelizante oftalmológico).

En caso que la herida se encuentre sobre una articulación, inmovilizaremos en posición funcional la zona.

ANEXO 2. CAPACITACIÓN TÉCNICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería que vaya a realizar el Proceso de reparación de heridas y alta de enfermería deberá:

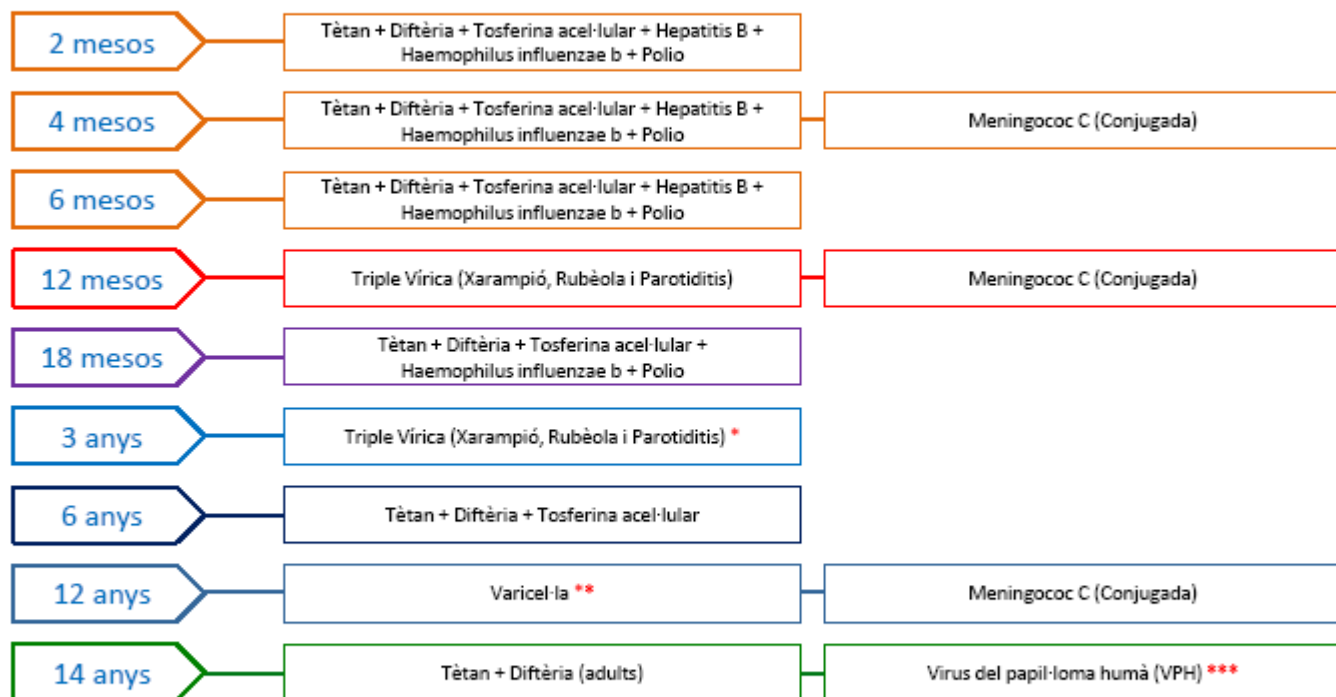
- Tener una experiencia acreditada en la Unidad de Urgencias mínima de 2 años, habiendo demostrado experiencia profesional en cura de heridas. Dicha experiencia podrá ser evaluada por los responsables de enfermería de la unidad.
- Disponer de formación acreditada en reparación de heridas

ANEXO 3. CALENDARIO VACUNAL 2014



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría



* Es manté la vacunació als 6 anys per als nins que al 2014 ja hagin complit els 3.

** Pauta de 2 dosis. S'ha de vacunar només els infants que no hagin patit la malaltia o que no s'hagin vacunat anteriorment.

*** Es vacunen únicament les nines. La vacunació es fa en els centres docents.



PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

VACUNACION ANTITETANICA EN HERIDAS

Nº dosis de vacuna	Heridas limpias	Heridas sucias
Menos de 3 dosis o desconocida	dosis Td	Td + Ig antitetànica
Más de 3 dosis	Td si más de 10 años de la última dosis	Td si mas de 5 años de la última dosis

En España ya no existe la vacuna antitetànica sola

En el hospital solamente disponemos de vacuna Td (aunque en menores de 4 años se debería administrar DTPa)

4.- DOCUMENTOS.

- 1.- Hoja de triaje de enfermería) (H301)
- 2.- Informe de enfermería al alta en cura de heridas (H0309)

5.- REGISTROS

1. HP-his
2. Etiquetas
3. Pulsera identificativa
4. PAT (Programa de Ayuda al Triage, versión web 4.0)

6.- MAPA DE PROCESOS

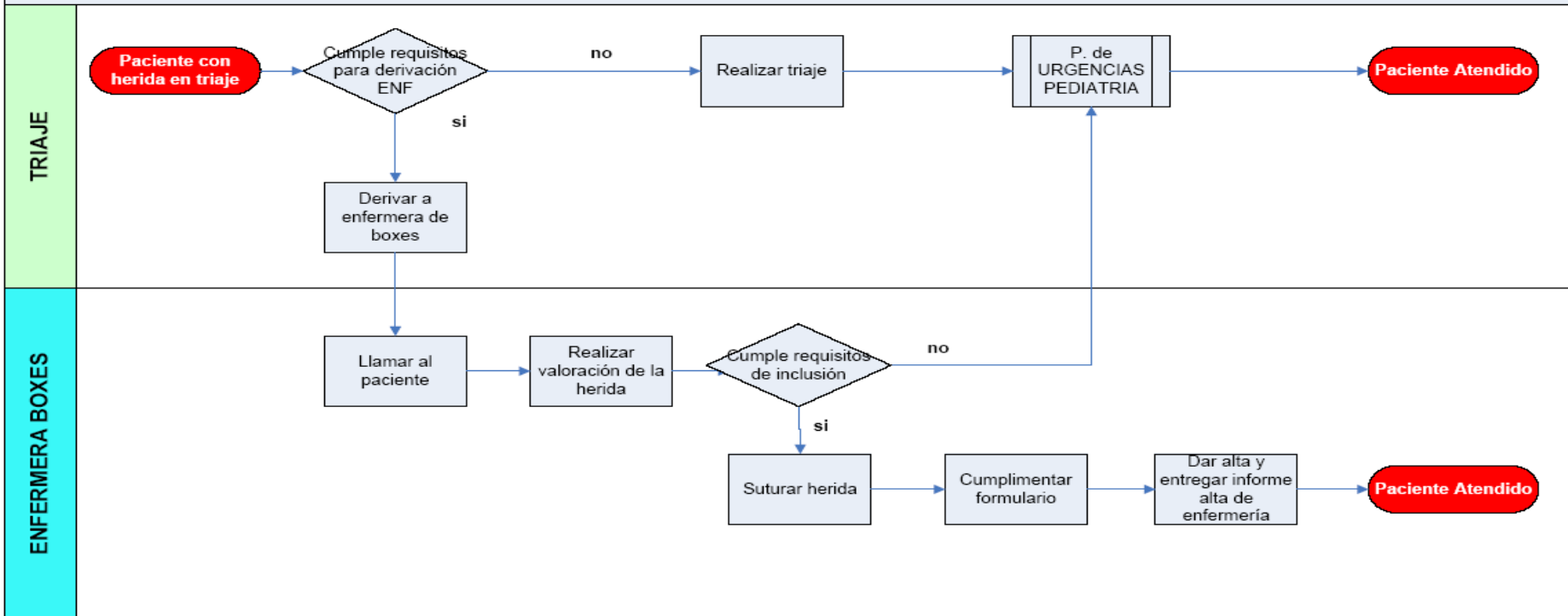


PROCESO

De Reparación de Heridas en Urgencias de Pediatría

PROCEDIMIENTO REPARACIÓN HERIDAS en URGENCIAS PEDIATRÍA.

Rev A
28/08/2013



Montserrat García Minguillan. Jefe Unidad de Calidad y Medio ambiente