



1. PROCESO/SUBPROCESO RELACIONADO:	Gestión de la cultura y el bienestar- Gestión asistencial Unidad de Salud Universidad del cauca
2. RESPONSABLE(S):	Personal de enfermería
3. OBJETIVO:	Estandarizar normas de cuidado en el manejo de las heridas que se realiza en el servicio de enfermería de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, para favorecer la reparación de una herida, actuando sobre los factores que inhiben la cicatrización, controlando la hemorragia, previniendo la infección, preservando la función de la zona lesionada y recuperando la estética
4. ALCANCE:	Aplica al área de procedimientos mínimos, de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, donde se realizan las actividades de enfermería.
5. MARCO NORMATIVO:	<p>Decreto 2423 de 1996: Clasifica los procedimientos médicos.</p> <p>Ley 266 de 2006: Reglamenta la profesión de enfermería en Colombia.</p> <p>Ley 911 de 2004: Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería.</p> <p>Decreto 3616 del 10 octubre 2005: Se establecen las denominaciones de los auxiliares en el área de la salud.</p> <p>Resolución 1043 de 2006: estándar 4: gestión de medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>Resolución 1441 de 2013: establecer los procedimientos y condiciones de habilitación así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir.</p> <p>Resolución 2003 de 2014: define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.</p>



6. CONTENIDO:

No.	Actividad / Descripción	Cargo Responsable	Punto de control
1	Saludar al usuario, a sus padres y/o acompañantes confirmar su identificación. Solicitar orden médica. Revisar que este agendado y facturado.	Personal de enfermería	Agenda medica
2	Realizar lavado de manos según protocolo institucional.	Personal de enfermería	Historia clínica
3	Crear un ambiente de confianza para la atención	Personal de enfermería	Historia clínica
4	Explicar el procedimiento al paciente advertir sobre el objetivo del procedimiento y la sensación que puede percibir. La explicación ayuda a disminuir la ansiedad en el paciente y favorece su colaboración.	Personal de enfermería	Historia clínica
5	Realizar anamnesis y precisar el tipo de herida para definir el tratamiento a realizar. Ver anexo 10. Clasificación de las heridas.	Personal de enfermería	Historia clínica
6	Tener en cuenta las precauciones para la realización de curaciones. •Comprobar la identidad del paciente. • Valorar la existencia de antecedentes personales y patologías previas tales como: enfermedades vasculares y metabólicas, anticoagulación, alergias... • Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de colaboración. • Valorar el tiempo transcurrido desde que se produjo la herida, la localización anatómica y la causa. •Evaluar también las características de la herida: limpia o contaminada, profundidad, infección, forma, pérdida o no de sustancia, existencia de cuerpos extraños y lesiones asociadas. •Verificar la existencia de posibles alergias a los materiales y/o productos a utilizar. •Determinar la fase de curación en la cual se encuentra la herida. •Valorar el dolor referido por el paciente.	Personal de enfermería	Historia clínica

7	<p>Alistar la bandeja con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paños Limpios, Guantes estériles y no estériles. • Bata y gafas, si es preciso. • Mascarilla y gorro, si es necesario. • Tijeras. • Suero fisiológico isotónico o hipertónico. • Antiséptico, preferentemente en monodosis, solo si es preciso. • Paquete de curas (pinzas de disección sin dientes y de Kocher), si es necesario. • Gasas estériles. • Apósitos, si es preciso. • Esparadrapo micropore. • Paño limpio, si es necesario. • Analgésicos, si es preciso. • Jeringas para lavado de la herida, si es necesario. • Puntos adhesivos, si es preciso. • Contenedor para objetos punzantes, si es necesario. • Productos indicados para la cura de heridas (alginatos, pomadas, hidrocoloides, etc). • Protector de cama de celulosa. • Batea y bolsa de residuos roja. 	Personal de enfermería	Historia Clínica
8	<p>Curación de Herida Limpia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explique el procedimiento al paciente. 2. Coloque al paciente en una posición cómoda. 3. Favorezca la privacidad. 4. Coloque el material a utilizar sobre la bandeja en una mesa auxiliar. 5. Realice lavado de manos según protocolo. 6. Póngase tapabocas y guantes limpios. 7. Retire el apósito sucio y deseche en la riñonera. 8. Observe las características de la herida. 9. Póngase guantes estériles. 10. Realice irrigación de la herida con SSN 0.9% con presión continua desde el sitio más limpio al más sucio. 11. Seque los bordes de la herida con gasa desde lo más limpio a lo más contaminado. 12. Aplicar medicamento vaselina o fitoestimulina si aplica 13. Cubra con gasas estériles según necesidad. 	Personal de enfermería	Historia Clínica



	<p>14. Fije con micropore o esparadrapo. 15. citar nuevamente al paciente a las 48 para realizar nueva cura y dejar cubierta la herida con micropore. 16. Registre el procedimiento en la Historia Clínica del paciente.</p>		
9	<p>Herida Limpia Contaminada 1. Realice los 11 primeros pasos para herida limpia. 2. Aplique una capa fina de Ácido Fusídico (o el material que utilice para realizar la curación) en caso de herida abierta. 3. Realice afrontamiento de los bordes con esparadrapo en forma de mariposa. 4. Cubra con gasa estéril. 5. Fije con micropore o esparadrapo. 6. Cite cada 24 horas hasta observar que no hay signos de infección. 7. Registre el procedimiento en la Historia Clínica del paciente.</p>	Personal de enfermería	Historia Clínica
10	<p>Herida Sucia 1. Administre analgesia previa a la curación. 2. Realice los 6 primeros pasos para herida limpia. 3. Humedezca el apósito adherido con secreciones para favorecer su retiro. 4. Observe las características de la herida. 5. Póngase guantes estériles. 6. Realice irrigación de la herida con SSN 0.9% y jabón antiséptico con presión continua. 7. Efectúe drenaje de la herida en caso necesario. 8. Cubra con apósito o gasa húmeda si hay presencia de tejido necrótico aplique colagenasa al paciente, para el correspondiente desbridamiento. En ausencia de tejido necrótico, aplique una capa fina de Ácido Fusídico o Sulfadiazina de plata. 9. Cubra con gasa estéril seca. 10. Fije con micropore o esparadrapo. 11. Cite cada 24 horas hasta observar que no hay signos de infección. 12. Registre el procedimiento en la Historia Clínica del paciente.</p>	Personal de enfermería	Historia Clínica
11	HERIDAS CON CIERRE POR PRIMERA	Personal	Historia



	<p>INTENCIÓN: Es una forma de cicatrización primaria que se observa en las heridas operatorias y las heridas incisas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Observar el estado de la sutura, comprobando que no existe ninguna complicación como infección, hematoma, etc.• Valorar su posible retirada.• Limpiar la herida con una gasa humedecida en suero fisiológico (utilizando el paquete de curas, si fuera necesario), de dentro hacia fuera y de arriba hacia abajo, cambiándola en cada maniobra.• Secar la herida con toques suaves y nunca frotando.• No utilizar antisépticos de forma rutinaria. Si es imprescindible su uso, proceder de la misma forma que en la limpieza y respetar los tiempos de secado.• Si se puede retirar la sutura, se procederá de la siguiente manera dependiendo del material utilizado:<ul style="list-style-type: none">• Sutura de hilo: Se tracciona del cabo con unas pinzas y se corta con una hoja de bisturí entre el nudo y la piel, por la zona del hilo más próxima a la piel. En suturas intradérmicas cortar el extremo de uno de los hilos y tirar del otro hacia fuera.• Tiras adhesivas: despegar ambos laterales hacia el centro de la cicatriz y tirar suavemente.• Aplicar tiras adhesivas si fuera necesario, tras retirar la sutura, para prevenir la dehiscencia de la herida.• Ocluir la herida con un apósito, o dejarla cubierta con micropore, si procede, a partir de las 48 horas.	de enfermería	Clínica
12	<p>Heridas con Cierre por Segunda Intención: Ésta ocurre en forma lenta y a expensas de un tejido de granulación bien definido, dejando como vestigio una cicatriz larga, retraída y antiestética. Por lo general ocurre cuando hay pérdida de sustancia o dificultad para afrontar los bordes de una herida o también cuando existe un compromiso infeccioso en la herida.</p>	Personal de enfermería	Historia Clínica

	<ul style="list-style-type: none"> •Limpiar la herida mediante irrigación con suero fisiológico (utilizando una jeringa, si es preciso) a presión moderada directamente sobre la herida, o con una gasa humedecida de dentro hacia fuera y de arriba hacia abajo, cambiándola en cada maniobra. •No utilizar antisépticos de forma rutinaria. •Aplicar los productos prescritos por el facultativo o indicados en relación al estado de la herida (pomadas, hemostáticos, apósitos, etc.). •Tapar la herida con un apósito, según sea necesario. 		
13	<p>HERIDAS CON CIERRE POR TERCERA INTENCIÓN: Así denominada cuando reunimos las dos superficies de una herida, en fase de granulación, con una sutura secundaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Se realizará la cura de la misma forma que las de segunda intención. •A continuación, se procederá a la aproximación de los bordes en el momento que se produzca tejido de granulación, ausencia de infección, etc. (sutura por el facultativo o puntos adhesivos). •Posteriormente curar como una herida de cierre por primera intención. 	Personal de enfermería	Historia Clínica
14	<p>Tener en cuenta las observaciones para el cierre de las heridas por primera, segunda o tercera intención:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Como norma general, la primera cura de las heridas con cierre por primera intención debe hacerse a las 24 o 48 horas, si no hay alteraciones. Tras las 48 horas se puede dejar al aire. • Las heridas cicatrizadas por primera intención, no necesitan una cura especial, deben mantenerse limpias y secas. <p>En heridas con cierre por segunda intención curar cuando esté pautado y cuando sea necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Valorar el dolor durante la cura de la herida. •En caso de existir varias heridas, empezar a curar siempre por la más limpia. •Realizar la higiene de manos y cambiarse los guantes de una a otra. 	Personal de enfermería	Historia Clínica



	<ul style="list-style-type: none"> •Las suturas se pueden retirar cuando la piel es capaz de resistir la tensión local de los tejidos y soportar el efecto de traumas menores. En caso de duda es útil quitar algunos puntos alternos y comprobar cuidadosamente la resistencia de la herida. •La retirada de las suturas de estética debe realizarse según indicación. •Explorar la piel circundante en busca de alteraciones. •Ante la presencia de exudado, signos o síntomas de infección informar al médico de turno. •Si existen complicaciones en la herida, tales como esfacelos, hematomas, etc., valorar el tratamiento de la herida junto con el médico. 		
15	Colocar al paciente en posición cómoda.	Personal de enfermería	Historia Clínica
16	Desechar los insumos utilizados de acuerdo al protocolo del PEGHIR y lavar nuevamente las manos.	Personal de enfermería	Historia Clínica
17	Dejar material utilizado (pinzas, tijeras), limpio y desinfectado para ser llevado al área de esterilización.	Personal de enfermería	Historia Clínica
18	Brindar educación al paciente haciendo énfasis en: <ul style="list-style-type: none"> • La importancia de continuar con la realización del procedimiento de la cura. • Avisar ante la aparición de cualquier alteración (dolor, fiebre, inflamación, calor, enrojecimiento...). •Evitar tomar el sol en la cicatriz durante al menos los 6 meses posteriores y a utilizar filtros solares de alta protección. 	Personal de enfermería	Historia Clínica
19	Registrar el procedimiento en formato establecido, el registro debe incluir: fecha y forma de realización de la herida, características de la herida, descripción del procedimiento, presencia de algún efecto secundario, frecuencia de la curación, educación brindada al paciente.	Personal de enfermería	Historia Clínica PA-GU-10-FOR-77 Registro mínimo de enfermería

7. FORMATOS:

PA-GU-10-FOR-77 Registro mínimo de enfermería



8. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES:	<p>HERIDAS: Se define como la pérdida de solución de continuidad o un tejido o la separación de las siguientes estructuras: piel, fascia, músculo, hueso, tendones, y vasos sanguíneos. Consiste en un estado patológico en el cual los tejidos están separados entre sí y/o destruidos que se asocia con una pérdida de sustancia y/o deterioro de la función.</p> <p>DESBRIDAMIENTO: Se define como la eliminación del tejido muerto o lesionado de una herida. La presencia de este tejido retrasa la curación y predispone a la infección. Por tanto, el desbridamiento es esencial para facilitar la curación; puede ser quirúrgico o debido a la acción de apósitos. La necesidad de desbridamiento viene inducida por la historia de la lesión o el aspecto clínico de la herida</p> <p>SOLUCION SALINA NORMAL (SSN): Solución esterilizada de agua y cloruro sódico que es isotónica con la sangre y puede ser inyectada por vía intravenosa. Es decir, la solución y la sangre tienen igual presión osmótica. Igualmente se utiliza para realizar curaciones.</p> <p>HERIDA INCISA: Herida que se produce con un instrumento u objeto cortante.</p>
--	--

9. REGISTRO DE MODIFICACIONES:

FECHA	VERSIÓN No	CÓDIGO	MODIFICACIONES
11-04-2016	0	PA-GU-10-PT-58	Creación de protocolo

10. ANEXOS:	Anexo 7. PEGHIRS Anexo 10. Clasificación de heridas.
--------------------	---



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud- Asistencial
Curación de Heridas

Código: PA-GU-10-PT-58

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 9 de 9

ELABORACIÓN		REVISIÓN	
Nombre: Yenny Patricia Galindo Valencia		Nombre: María del Socorro Cisneros Enríquez	
Cargo: Enfermera		Responsable Subproceso	
Fecha: DD-MM.AA		Cargo: Directora	
		Fecha: DD-MM.AA	
REVISIÓN		APROBACIÓN	
Nombre: María del Socorro Cisneros Enríquez			
Responsable Proceso			
Cargo: Directora		Rector Juan Diego Castrillón Orrego	
Fecha: DD-MM.AA		Fecha: 11-04-2016	

COPIA NO CONTROLADA

ANEXO 10. Clasificación de Heridas

Tipos de Heridas

1 Según la integridad de la piel

● Herida Abierta

Herida con solución de continuidad de la piel o de las mucosas, cuya causa es traumatismo con objeto cortante o contusión. Por ejemplo, incisión quirúrgica, venopunción o herida por arma de fuego o arma blanca.

● Herida Cerrada

Herida sin solución de continuidad de la piel, cuya causa es contusión con objeto romo, fuerza de torsión, tensión o desaceleración contra el organismo. Por ejemplo, fractura ósea o desgarro visceral.

2 De acuerdo con la gravedad de la lesión

● Herida Superficial

Solo afecta a la epidermis, cuya causa es el resultado de la fricción aplicada a la superficie cutánea.

Por ejemplo, abrasión o quemadura de primer grado.

● Herida Penetrante

Con solución de continuidad de la epidermis, dermis y tejidos u órganos más profundos cuya causa es un objeto extraño o instrumento que penetra profundamente en los tejidos corporales, habitualmente de forma involuntaria. Por ejemplo, heridas por arma de fuego o puñalada.

3 De acuerdo a la limpieza o grado de contaminación

a) Herida Limpia

Son aquellas no contaminadas, no existe inflamación y no hay pene tracción a los sistemas respiratoria, digestiva, genitourinaria ni cavidad orofaríngea. Cierra sin problemas.

b) Herida Limpia-Contaminada

Son incisiones quirúrgicas con penetración controlada, bajo condiciones de asepsia y donde hay penetración en una cavidad corporal que contiene microorganismos en forma habitual como el aparato respiratorio, digestivo, genitourinario o en cavidad orofaríngea. Se incluyen cirugías del tracto biliar, gastrointestinal, apéndice, vagina, orofaríngea, con preparación previa. Heridas o



fracturas abiertas de menos de 4 horas sin recibir antibióticos. No hay contaminación de importancia. La probabilidad de infección va del 5 al 10%.

c) Herida Contaminada

Son las accidentales, contaminadas con material extraño, pueden ser recientes o abiertas o las incisiones con trasgresión flagrante de las normas de asepsia quirúrgica, o derrame considerable de contenido gastrointestinal. También se incluyen las incisiones con inflamación aguda no supurativa, fracturas y heridas con más de cuatro (4) horas de evolución, así se haya iniciado el tratamiento quirúrgico. La probabilidad relativa de infección es del 10 -15%.

d) Herida Infeccionada – Sucia

Se trata de heridas traumáticas de más de 4 horas de evolución, con retención de tejidos desvitalizados, o incisión quirúrgica sobre una zona infectada, o con perforación de vísceras, herida que no cicatriza bien y en la que crecen organismos. La probabilidad de infección es mayor al 25%.

COPIA NO CONTROLADA