

## HERIDAS Y LACERACIONES

*Uehara Benites M, Gómez González del Tánago P, Navarro Vidal B, Panadero del Olmo LE,  
Panadero Carlavilla FJ*

### SUMARIO

*Una herida es toda lesión que conlleva una pérdida de continuidad estructural de la piel o mucosas ocasionada por un agente traumático. El paciente con una herida o una laceración requiere una evaluación completa, incluyendo anamnesis, exploración física con una buena iluminación y revisión de la posibilidad de que aparezca compromiso vascular o de otras estructuras. Es importante saber que no todas las heridas se deben suturar, sobre todo si han pasado más de 6 horas y son heridas sucias o contaminadas; se deben remitir a un centro hospitalario cuando las heridas sean complejas y estén en lugares con riesgo estético y funcional (cara, nariz oreja). La buena irrigación de una herida y desbridamiento de los bordes necróticos o contaminados es muy importante para una buena cicatrización y evitar las infecciones, aunque no todas las heridas requieren profilaxis antibiótica ni antitetánica*

### CLASIFICACIÓN

Una herida es la lesión caracterizada por pérdida de continuidad estructural de los tejidos causada por medios físicos (un agente traumático). Más del 50% de las heridas se presentan como lesiones por contusión producidas por fuerzas de cizallamiento, que desplazan los diferentes planos cutáneos; el resto son cortes producidos por objetos afilados de metal, cristal, madera u otros materiales. Una minoría es por mordeduras; ocurren con más frecuencia en hombres jóvenes y su localización es típicamente en la cara, cuero cabelludo y manos. Dependiendo de los tejidos afectados, las heridas se definen de manera específica:

- **Laceración:** Es una solución de continuidad de la piel causada por lo general por traumatismo romo, o bien debido a la incisión por un objeto cortante.
- **Abrasión:** Es una herida que suele ser de menor importancia en la cual la superficie de la piel es lesionada por el frotamiento o la fricción. Esta herida puede ser muy dolorosa, suele estar contaminada y puede ir asociada a lesiones más profundas y graves.

La anterior definición abarca muchas lesiones, desde pequeñas heridas que no precisarán tratamiento, hasta aquellas que pueden afectar a órganos vitales y que por lo tanto, pueden comprometer la vida. Por ello es necesario clasificar las heridas que nos ayudará a valorar el pronóstico y el tratamiento.

Clasificaremos las heridas en función de los siguientes parámetros:

- **Aspecto Macroscópico:**
  - Limpias: Buen aspecto, fondo sangrante, sin cuerpos extraños, sin necrosis.
  - Sucias: Cuerpos extraños (tierra, aguas estancadas) o por mordeduras humanas o de mamíferos, más de 6 horas de evolución.
- **Grado de Complejidad**
  - Complejas: Afectan a estructuras internas (tendones, nervios, arterias, etc) con riesgo de causar secuelas funcionales o estéticas.
  - Simples: Afectan a piel y tejido celular subcutáneo
- **Profundidad**
  - Superficiales: Afectan a la piel y el tejido celular subcutáneo.
  - Profundas: Afectan más allá del tejido celular subcutáneo.
- **Relación con cavidades corporales:** Son heridas penetrantes las que pueden provocar lesiones de órganos internos y comprometer la vida del paciente (hemorragias, neumotórax, etc).
- **Agente Traumático**
  - Punzantes: Producidas por un objeto afilado, tienen poco riesgo de infección, aunque pueden ser profundas.

- Incisas: Producidas por objetos cortantes, tienen mayor riesgo de infección aunque suelen ser superficiales.
- Contusas: Producidas por un objeto romo, tienen gran peligro de infección. Poseen bordes irregulares y tejidos desvitalizados que precisaran tratamiento previo al cierre o incluso cierre por segunda intención. Dentro de este grupo se incluyen las lesiones por mordedura (humana o animal).
- Avulsiones: Son heridas especiales producidas por traumatismos tangenciales que producen un despegamiento de colgajo de tejido; cuando se produce en el cuero cabelludo se denomina scalp.



excoriación



**Heridas cortantes**

### **EPIDEMIOLOGIA**

Cada año se atienden en los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, cientos de miles de heridas. Las diferentes publicaciones indican que estos procesos suponen el 15% de todos los procesos atendidos en los servicios de urgencias. Las heridas más frecuentes son las contusas en la región cefálica y extremidades, por accidentes domésticos o deportivos, seguidas de las heridas incisas generalmente en las manos.

### **¿QUE DEBEMOS HACER?**

El objetivo del tratamiento de una herida , una vez descartado su compromiso vital, es detener la hemorragia, prevenir la infección, preservar la función y recuperar la forma. La causa, profundidad y ubicación de una laceración, van a ser factores determinantes en su tratamiento. Por ello, debemos seguir un protocolo de actuación, ordenado y basado en la mejor evidencia científica (ver tabla 1)

<b>Tabla 1 Protocolo de manejo de las heridas en atención primaria (modificado de: PRODIGY Guidance-Lacerations 2004)</b>	
1.	Valoración inicial del paciente con heridas: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1a Derivación a servicios hospitalarios</li><li>• 1b Tratamiento en atención primaria</li></ul>
2.	Conocer el tiempo desde el accidente
3.	Decisión clínica para el tratamiento de la herida (sutura o no)
4.	Elección del material de sutura
5.	Profilaxis del tétanos
6.	Profilaxis antibiótica o tratamiento antibiótico

### **Valoración inicial**

#### ***Anamnesis***

¿Cómo y dónde se produjo la lesión?

¿Cuál fue el agente etiológico?

¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde la lesión?

¿Padece de alguna enfermedad que afecte a la cicatrización?

¿Es alérgico a algún anestésico o antibiótico?

¿Está vacunado contra el tétanos?

### **Exploración Física**

- Estado General del paciente: Si el paciente refiere haber perdido mucha sangre o haber sufrido un accidente grave, debemos controlar las funciones vitales (presión arterial y frecuencia cardíaca). La prioridad es restablecer la estabilidad hemodinámica.
- Inspección local: La exploración cuidadosa es fundamental para un buen resultado. Es importante extraer los cuerpos extraños, determinar la vitalidad de los tejidos y detectar si se han lesionado otras estructuras distintas de la piel (tendones, vasos sanguíneos, músculos, etc)

Para explorar una herida es necesario:

- **Colaboración del paciente:** El paciente colabora más si se tranquiliza con la presencia del médico. Para ello, hay que mostrar empatía, hablar serenamente al explicar brevemente lo que se va a hacer, manteniendo un ambiente de orden y calma. Si el paciente persiste agitado o intranquilo, se puede ofrecer sedación con midazolam 7,5 mg v.o. (benzodiazepina de acción y rápida y vida media corta). También ayuda a la tranquilidad del paciente calmar el dolor con la aplicación de una buena anestesia local o regional. El paciente debe participar respondiendo a la petición de mover la extremidad afectada para descartar lesión nerviosa o tendinosa o si presenta alteraciones sensitivas en los márgenes de la lesión o en el territorio distal a la misma.
- **Buena iluminación:** Se debe tener una luz enfocada directamente sobre la herida, a una distancia no mayor de 1 metro. No explorar con luces distantes o tangenciales.
- **Buena Hemostasia:** Para visualizar bien la herida, es básico controlar el sangrado. En heridas simples se consigue mediante la presión directa sobre el punto hemorrágico. Si el sangrado persiste, será necesario localizar el vaso, pinzarlo con una pinza hemostática y ligarlo con sutura absorbible. En las extremidades con sangrados refractarios a las maniobras mencionadas, se puede aplicar un torniquete proximal para controlar temporalmente el sangrado, insuflando el esfigmomanómetro durante un tiempo de 15 minutos hasta una presión de 200 o de 10 mm de Hg por encima de la presión sistólica, previamente se debe haber elevado la extremidad para favorecer el retorno venoso. Evitar los torniquetes estrechos (menores de 1 cm de ancho) debido a la posibilidad de causar lesiones en vasos o nervios subyacentes

## **TRATAMIENTO**

### **Normas generales**

Colocar al paciente en posición decúbito antes inyectar el anestésico para estar preparado ante cualquier reacción vagal, frecuente pero afortunadamente leves y transitorias, y que se tratarán con una maniobra simple acomodando al paciente en postura de Trendelenburg.

- Antisepsia y asepsia: Limpieza de la piel de alrededor de la herida con una torunda embebida en povidona yodada al 10%. Lavado de manos con agua y jabón.

Uso de guantes estériles

- Anestesia local o regional
- Limpieza de la herida: La maniobra más importante y simple, para limpiar una herida contaminada, es usar fuerzas hidráulicas. Esto significa irrigar la herida a alta presión (con lo que se consigue eliminar bacterias y partículas muy pequeñas). En la práctica se utiliza una jeringa de 34-50 ml, unida a una aguja de 18-19 G. El lavado a menores presiones, o el acto de frotar enérgicamente la herida, no reduce la incidencia de infección. Se debe lavar con suero salino pero si no se dispone de éste, el agua de grifo es una buena alternativa. La incidencia de infección está en relación inversa a la cantidad de irrigación. Si el tejido estuviera muy desvitalizado, será mejor completar la limpieza desbridando los bordes.
- Desbridamiento: Es el factor aislado más importante contra la infección dado que reduce ampliamente la inoculación bacteriana, más potente aun que la profilaxis antibiótica. Consiste en la escisión de la totalidad del borde de la herida (contaminada o desvitalizada) hasta obtener unos bordes rectos y sangrantes.

- **Cierre primario:** La clave para decidir el cierre de una herida es el tiempo que transcurrió desde la lesión hasta la evaluación. Se considera un “tiempo de oro” las primeras 6 horas, en los cuales el crecimiento bacteriano no supera los 100000 por gramo de tejido para producir infección. En la práctica sirve para recomendar que las heridas simples sucias se suturen solo si no han transcurrido más de 6 horas y que en las heridas simples limpias o poco contaminadas se realice el cierre primario hasta las primeras 12 horas tras el accidente. Existe la excepción de las heridas simples contaminadas en cualquier punto de la cabeza o la cara, que pueden suturarse hasta las 19 horas de evolución debido a que su riqueza vascular les da protección contra la infección: estos tiempos son orientativos y pueden reducirse en presencia de factores adversos propios del huésped.
- **Cierre primario retardado:** Indicado en las heridas con alto riesgo de infección, como las heridas contaminadas de más de 12 horas de evolución o las sucias de más de 6 horas o en las piernas de diabéticos mal controlados. La técnica consiste en irrigar y desbridar como si fuera a realizar un cierre primario y cubrir la herida con gasa vaselinada o apósito que favorezca la granulación. A partir del cuarto día se levanta la cura y se inspecciona la herida. Si no hay secreción purulenta o tejido necrótico, se vuelve a irrigar y se sutura la herida. Teóricamente, se produce una disminución del recuento bacteriano hasta alcanzar el nivel más bajo a las 72-96 horas de la acción inflamatoria local.

### Normas específicas

- **Heridas en cuero cabelludo:** Frecuentemente son heridas contusas estrelladas en las que se debe palpar el cráneo para descartar fracturas. Los ángulos de estas heridas tienen riesgo de isquemia por lo que cerrarán mejor con “puntos de colchonero horizontal” y para la hemostasia de desanconseja la ligadura de vasos individuales dada su ineficacia.
- **Heridas en las cejas** se recomienda no afeitar las cejas porque el nuevo crecimiento puede resultar anormal. Se recomienda un cierre simple o un desbridamiento mínimo de los bordes irregulares.
- **Heridas en los párpados** deben de ser derivadas al oftalmólogo debido a sus múltiples complicaciones.
- **Heridas en pabellón auricular.** Se recomienda derivar a un cirujano. Las orejas son fácilmente comparables por un observador y cualquier error cosmético es evidente.
- **Heridas en la nariz** al igual que en las orejas el resultado estético es fundamental. Por lo tanto deben ser derivadas al especialista.

### Fármacos

- **Antibióticos:** Se aconseja evitar su uso sistemático. La mayoría de heridas no requieren profilaxis antibiótica. Sin embargo, hay que reconocer aquellas en las que añadir antibióticos es muy importante (ver tabla 2 y 3)
- **Analgésicos:** Para el dolor se recomienda el uso de paracetamol.

Tabla 2. Indicación de profilaxis antibiótica en heridas incisocontusas
Huéspedes inmunodeprimidos
Heridas sucias de más de 6 horas o con signos groseros de infección
Heridas punzantes y por aplastamiento, o que retienen cuerpos extraños.
Heridas extensas en boca
Heridas por mordeduras humanas o de mamíferos
Se recomienda utilizar cloxacilina, amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas en dosis terapéuticas durante 7 a 10 días

**Tabla 3. Profilaxis antitetánica: recomendaciones**

<i>Situación inmunitaria del paciente</i>	<i>Herida limpia o contaminada</i>	<i>Herida sucia o tetanígena<sup>1</sup></i>
Desconoce o tiene menos de 3 dosis	Completar vacunación	Completar vacunación + IgT
Tiene 3 o 4 dosis	Nada. Excepto si han pasado más de 10 años de la última dosis, administrar 1 dosis	Nada Excepto si han pasado más de 5 años de la última dosis, administrar 1 dosis + IgT
Tiene 5 dosis o más	Nada	Nada. Excepto si han pasado más de 10 años de la última dosis, administrar 1 dosis + IgT

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Pacientes con inestabilidad hemodinámica.
- Heridas complejas.
- Heridas con riesgo estético o funcional: párpados, cartílago auricular o nasal, las extensas en la cara o las de manos y los pies.

### COMPLICACIONES DE LAS HERIDAS

- Las heridas simples se complican raramente. De todas maneras, se debe advertir al paciente sobre dicha posibilidad.
- Las complicaciones más frecuentes son : infección, hematomas y seromas, la dehiscencia de la sutura y las cicatrices anómalas

### REFERENCIAS

- Armstrong, DG, Meyer AJ. Basic principles of wound management. *UpToDate* 2014.
- Armstrong, DG, Meyer AJ. Clinical assessment of wounds. *UpToDate* 2014.
- Arribas JM, Castelló JR. Heridas: Clasificación y valoración inicial. *Cirugía Menor y procedimientos en medicina de Familia*. 2006; 507-16.
- Atiyeh BS, Ioannovich J, Al-Amm CA, El-Musa KA. Management of acute and chronic open wounds: the importance of moist environment in optimal wound healing. *Curr Pharm Biotechnol* 2002; 3: 179.
- Capellán O, Hollander JE. Management of lacerations in the emergency department. *Emergency Med Clin N Am*. 2003; 21: 205-31.
- Disa J, Hidalgo D. Open wound requiring reconstruction. *American College of Surgeons*. 2003; Cap 3 ; 1-10.
- Grupo de trabajo para la actualización del capítulo sobre vacunas de tétanos y difteria del documento "Vacunación en adultos". Recomendaciones. Vacuna de difteria y tétanos, actualización 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moreira ME, Markovchick WJ. Wound management. *Emerg Med Clin N Am* 2007; 25: 873-99.
- Parrilla P. Jaurrieta E. Evaluación y tratamiento inicial del paciente politraumatizado. *Manual de la Asociación Española de Cirujanos* 2010. 1097-104
- Semfyc. Atención de las Heridas Incisocontusas. *Guía de Actuación en Atención Primaria* . 4ª Edición.. 2011; 1058-74

<sup>1</sup> Heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), las contaminadas con cuerpo extraño, fracturas con herida, mordeduras, congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica y que ésta se retrasa más de 6 horas, y en aquellas que se presentan en pacientes con sepsis sistémica.

**IgT:** Inmunoglobulina antitetánica específica