

# HERIDAS, ESTOMAS Y PIE DIABÉTICO: MÓDULO 1: LECHO DE LA HERIDA

Dr. Ángel H. Albores Ríos

- ▶ El lecho de la herida es la zona alrededor de una quemadura, úlcera o laceración. El lecho puede tener diferentes aspectos dependiendo del tipo de herida que el paciente presente, algunos son:

CONCEPTO

## Granulación

- Es cuando el lecho de la herida se observa con un tejido rojo sano y se deposita durante el proceso de curación. Suele presentarse como tejido húmedo de color rosado o rojo y se compone de redes de colágeno, elastina y capilares recién formadas. Ya que el tejido está bien vascularizado y sangra fácilmente.

## Epitelización

- Es el proceso en el que el lecho de la herida se cubre con nuevo epitelio. Debido a que comienza cuando la herida se ha llenado con tejido de granulación. El tejido es de color rosa, casi blanco, y solo se encuentra encima del tejido de granulación sano.

## Esfacelado

- Es la etapa donde en el lecho de la herida se puede observar la presencia de tejido amarillento desvitalizado y formado por una acumulación de células muertas. Pero que no debe confundirse con la presencia de pus.

## Necrótico

- Es cuando el lecho de la herida contiene tejido muerto. Suele parecer que la herida está dura, seca y negra. Es decir, el tejido conectivo muerto puede aparecer gris. La presencia de este tejido muerto en una herida es lo que impide la cicatrización.

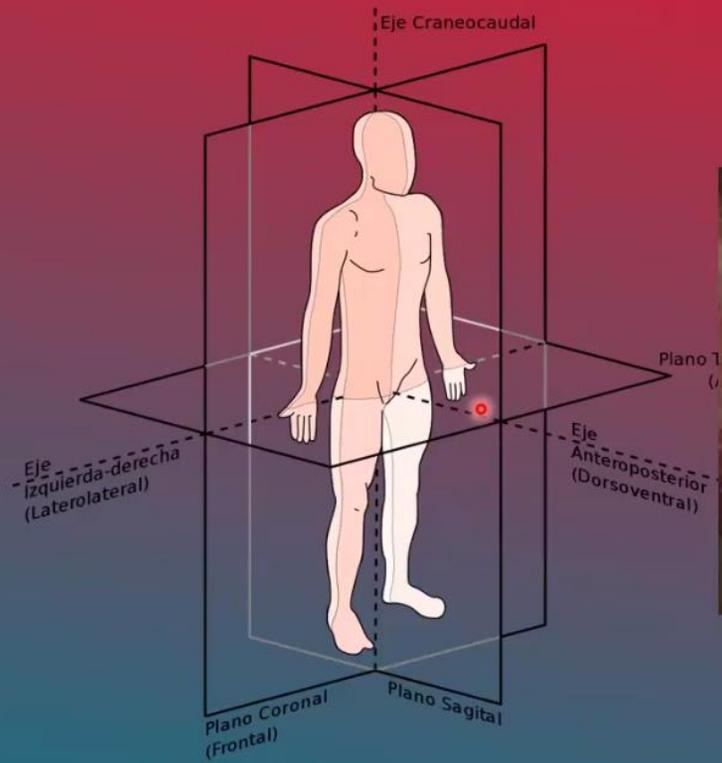
## Hipergranulación

- Esto se puede observar cuando el tejido de granulación crece por encima del margen de la herida. Esto ocurre cuando la fase proliferativa de curación se prolonga, generalmente como resultado de un desequilibrio bacteriano o fuerzas irritantes.

CONCEPTO

- ▶ Se debe considerar la topografía o localización y la morfología, la cual a su vez incluye tamaño, características del lecho de la herida, exudado (cantidad: nulo, escaso, moderado, abundante, color, consistencia y olor), descripción tanto de los bordes de la herida como de la piel perilesional. También se deben tomar en cuenta los datos de infección y dolor.

## EVALUACIÓN DE LA HERIDA



- ▶ La preparación del lecho de la herida pretende ser la base para el tratamiento de heridas. (Crónicas)
- ▶ El objetivo es incrementar la eficacia CA, acortando el tiempo de cicatrización. Esto se logra eliminando las barreras que impiden la cicatrización: el tejido necrótico, infección / inflamación y los niveles excesivos de exudado.

## LA PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA

- ▶ El primer paso en el tratamiento de heridas es la valoración global, identificar causas subyacentes (anomalías patogénicas) y considerar el estado físico general del paciente.



## LA PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA



- ▶ Seguidamente se debe evaluar cuidadosamente la herida, antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento y, periódicamente, hasta su total cicatrización. Una constante atención al aspecto y condición del lecho de la herida es necesaria para prepararla para su cicatrización.

## LA PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA

- ▶ Una adecuada valoración y preparación del lecho de la herida son componentes esenciales en el cuidado de heridas. Esto se cumple especialmente en heridas crónicas, dónde los signos de retraso en la cicatrización o de presencia de una infección subyacente pueden ser atípicos y, por tanto, no ser detectados.

## LA PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA

- ▶ OXIGENACIÓN TISULAR - el depósito de colágeno y la actividad fagocítica de los glóbulos blancos quedan afectados.
- ▶ ENFERMEDAD CONCOMITANTE - Una diabetes, una disfunción renal, una enfermedad vascular periférica o una enfermedad autoinmune.

## LA PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA

- ▶ Las heridas agudas se caracterizan, porque la fase inflamatoria se resuelve con la proliferación celular. El ambiente de la herida favorece la curación. Las defensas inmunológicas controlan el crecimiento de las bacterias.
- ▶ La herida es responsable del estímulo de curación. El proceso de curación se produce en orden, en tiempo y es continuo.

## HERIDAS AGUDAS

- ▶ Cuando una herida no cura luego de 10 semanas, debe considerarse como crónica. El retraso de curación generalmente se debe a factores del huésped: mal apoyo, malnutrición, alguna enfermedad o mala circulación.
- ▶ Para su tratamiento hay que convertir la úlcera crónica en aguda, y facilitar la curación, rompiendo el desbalance entre factores de crecimiento y proteasas.

HERIDAS CRÓNICAS.

- ▶ Es el método más selectivo que utiliza compuestos elaborados con enzimas proteolíticas las que degradan al tejido necrótico.



## DESBRIDAMIENTO ENZIMÁTICO

- ▶ Ocurre de forma natural en todas las heridas.



## DESBRIDAMIENTO AUTOLÍTICO

- ▶ Ocurre de forma natural en todas las heridas.



## DESBRIDAMIENTO AUTOLÍTICO

- ▶ Rápida cicatrización de las heridas tratadas con larvas
- ▶ Proliferación de tejido granulatorio
- ▶ La alantoína, urea, amonio y el carbonato de calcio que son producidos por las larvas son conocidos como estimulantes del tejido granulatorio
- ▶ Mejora de la circulación sanguínea: Esta demostrado que después de la TL los tejidos presentan mayor cantidad de oxígeno y menor edema.

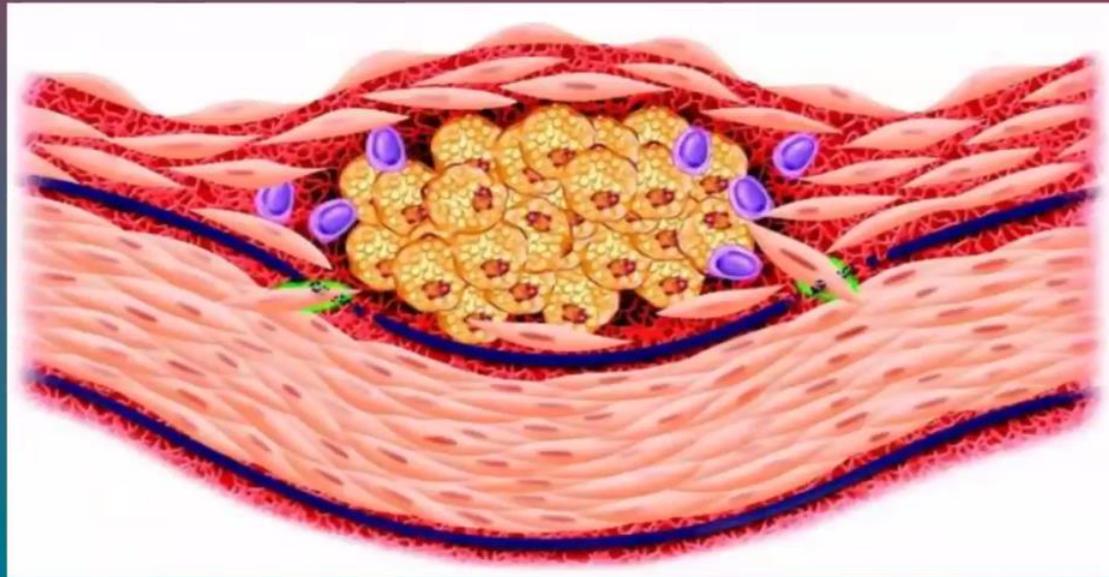
## ESTIMULACIÓN DE LA CICATRIZACIÓN

- ▶ Mosca: Familia Calliphoridae:
  - ▶ *Lucilia sericata* (Mosca verde metálico)

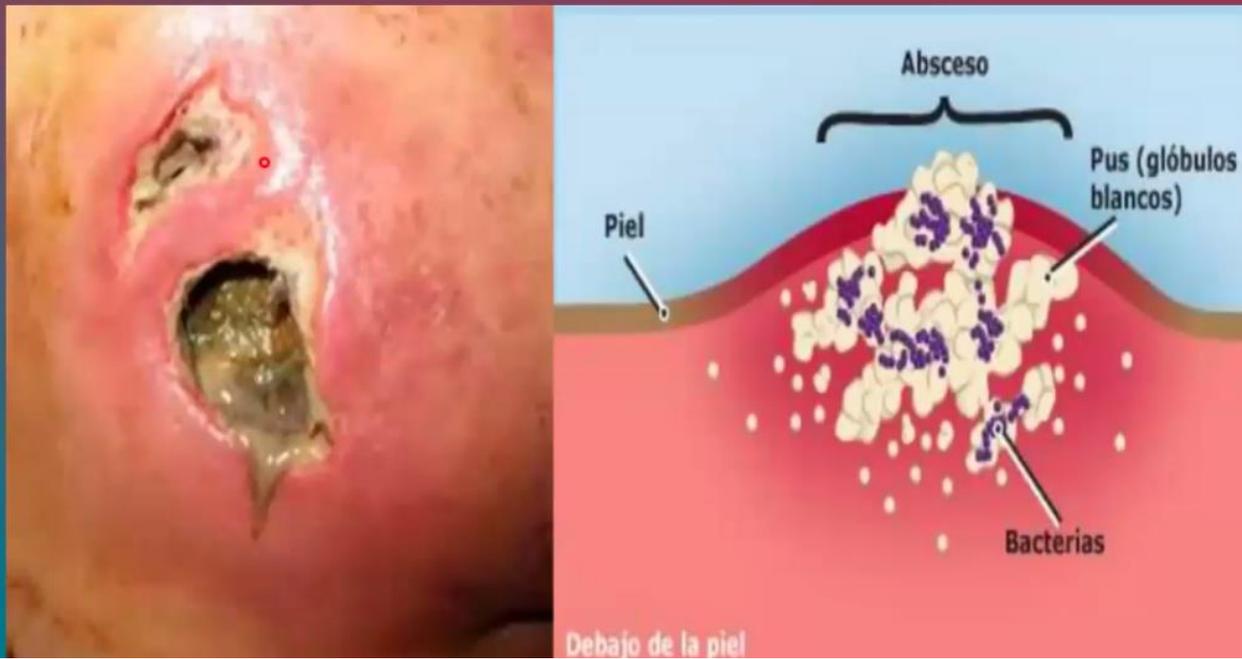


TIPOS DE LARVAS

- ▶ Genera un estímulo inflamatorio crónico lo cual favorece su fácil infección o colonización por organismos patógenos.



- ▶ Ocultan abscesos o túneles subyacentes.



- ▶ Mantener un ambiente húmedo fisiológico
- ▶ Que actúe de barrera protectora
- ▶ Permitir el intercambio gaseoso
- ▶ Permitir una adecuada circulación sanguínea
- ▶ Ser adaptable, flexible y de fácil manipulación
- ▶ Estar libre de contaminantes tóxicos
- ▶ Tener adhesivo adecuado
- ▶ Permitir el cambio sin trauma
- ▶ Permitir controlar la herida sin retirarlo

## ELECCIÓN DEL APÓSITO

## Según su localización

Primarios: están en contacto directo con la herida

Secundarios: protegen al apósito primario o tienen funciones de absorción.

## Según su modo de acción

Pasivos: no interactúan con la herida, tienen alta capacidad de desecación y poca absorción.

Activos interactúan con la herida favoreciendo el proceso de cicatrización.

# CLASIFICACIÓN DE LOS APÓSITOS

Apósito	Características	Mecanismo	Ejemplos
Hidrocoloides	Están hechos de carboximetilcelulosa, gelatina y pectinas	Al contacto con la herida, se gelifica, lo cual favorece el ambiente húmedo en la herida y permite la absorción del exudado	Duoderm® (Convatec, Princeton, NJ), Nu Derm® (Johnson & Johnson Medical, Arlington, NJ), Comfeel® (Coloplast, Høtved, Dinamarca)
Interactivos	Apósitos poliméricos transparentes, permeables al vapor de agua, al oxígeno y al dióxido de carbono, pero impermeables al agua y las bacterias	Usados para el cubrimiento de catéteres vasculares periféricos o centrales, permiten visualizar fácilmente la herida, pero no tienen capacidad de absorción	Bioclusive® (Johnson & Johnson Medical, Arlington, TX), Op-Site® (Smith & Nephew, Largo, FL)
Alginatos	Compuestos por fibras polisacáridas derivadas de las algas cafés, con gran capacidad de absorción y gelificación.	Al entrar el apósito en contacto con el exudado, los iones de sodio de la herida se unen a los iones de calcio del apósito y se forma alginato de sodio y sal de calcio	Algiderm (Bard, Murria Hill, NJ), Algosteril (Johnson & Johnson Medical, Arlington, TX), Nu Derm Alginato (Johnson & Johnson Medical, Arlington, NJ);