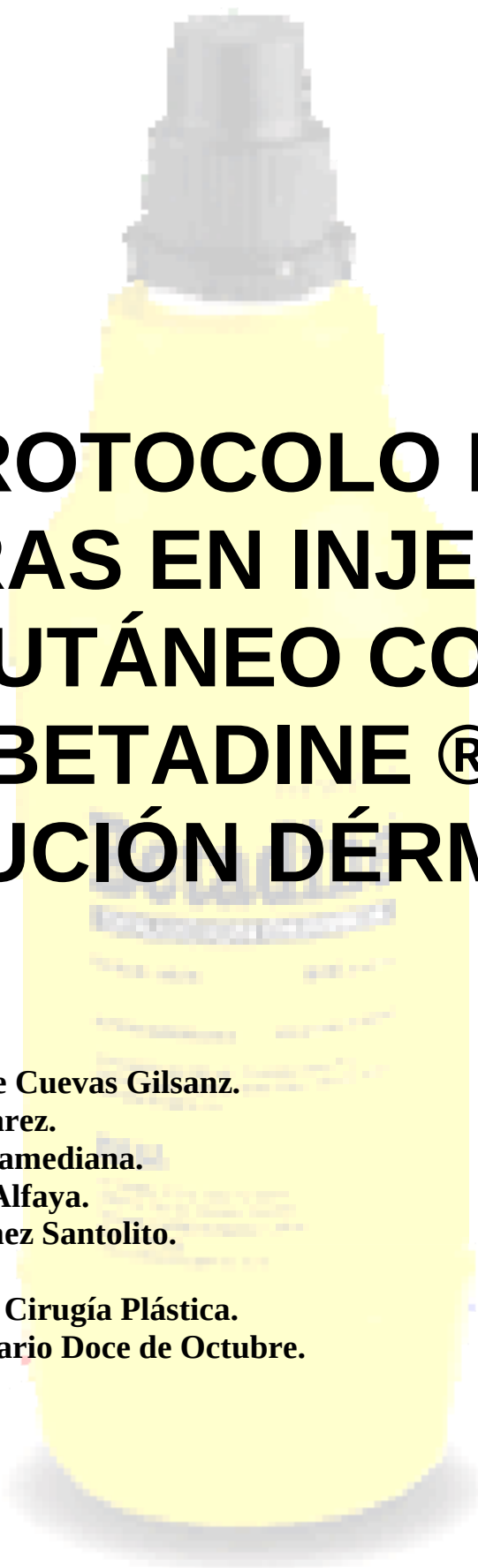




PROTOCOLO DE CURAS EN INJERTO CUTÁNEO CON BETADINE® SOLUCIÓN DÉRMICA.

Autores:

Rita Fernández de Cuevas Gilsanz.

Teresa Hueso Álvarez.

Zuriñe López Villamediana.

Sandra Martínez Alfaya.

Saria Maria Sánchez Santolito.

D.U.E. Servicio de Cirugía Plástica.

Hospital Universitario Doce de Octubre.

Protocolo de Injertos

CONCEPTO:

Se conoce como **injerto** al procedimiento quirúrgico por el cual se separa o retira piel y/o músculo de la localización habitual en el organismo para situarlo en una nueva localización.

Esta técnica se emplea para reparar lesiones agudas o crónicas que de otra forma no sería posible solucionar estéticamente, dada su complejidad, o bien, por lo prolongado en el tiempo que sería el tratar de solucionarlas con otras técnicas (curas locales).

Se denomina **zona donante**, a la lesión que resulta al extraer piel o piel y músculo, de forma intencional, para reparar una lesión que existe previamente.

TIPOS DE INJERTOS

Los más habituales son los injertos de piel y los colgajos.

- **Injerto de piel:** Se retira una fina capa de piel del tamaño necesario para cubrir la zona lesionada con ayuda de un microtomo. Esta técnica se lleva a cabo en quirófano bajo anestesia general o epidural. Esta técnica es de elección, en el caso de precisar reparar una lesión superficial.

Hay ocasiones en que el cirujano realiza pequeños cortes en la piel a injertar o la prepara en mallado. En ambos casos se persigue ampliar

la superficie de piel y reducir en lo posible la cantidad de piel a extraer.

- **Colgajo**: Se retira piel y músculo o solo músculo, según el caso. Se realiza de forma manual con ayuda de bisturí. Esta técnica se lleva a cabo en quirófano bajo anestesia general de forma habitual. Esta técnica es de elección, en el caso de precisar reparar una lesión más profunda en la que hay más pérdida de sustancia o mayor destrucción de tejido.

Hay ocasiones en que se precisa implantar piel, músculo y vasos sanguíneos (microcirugía) para conseguir una buena vascularización del colgajo y así asegurar su supervivencia. Esta técnica se lleva a cabo en los casos en que la zona receptora o lesión de base, está muy deteriorada y mal perfundida (tejidos que han recibido radioterapia, etc....).

ACTIVIDADES PREVIAS A LA CIRUGÍA

-Aseo con jabón antiséptico del paciente.

-Rasurado de la zona de donde se va a extraer la piel a injertar.

Se suele elegir una zona próxima a la lesión a cubrir. Por ejemplo: si se va a reparar una lesión en zona tibial de MII, se rasurará el muslo de MII (salvo que el cirujano indique otra cosa distinta).

- Asegurarse de que el paciente no toma tratamiento anticoagulante y si así fuera, hay que asegurarse que esté controlado de forma previa por el Servicio de Hematología. Si el paciente tomara de forma habitual anti-agregantes plaquetarios, estos han de estar suspendidos 5 días antes de la intervención. Esto es porque tanto el injerto y/o colgajo, así como la zona donante sangran con facilidad.

ACTIVIDADES POST-CIRUGÍA

INJERTO/ COLGAJO. No se debe levantar apósitos hasta el 4-5º día tras la cirugía



fig. 1: zona injertada a las 6h de la cirugía

Durante las primeras 48-72 h tras la cirugía la enfermera deberá vigilar los siguientes parámetros:

- **Temperatura:** Se debe advertir a través del tacto de nuestra mano. El injerto debe estar cálido y/o templado. Si notamos que está **frío** es un signo de mala perfusión (signo de alarma, se debe consultar con otra compañera/o y si coincide en el juicio, se debe avisar al cirujano plástico).

- Color: Debemos observar con buena luz y asegurarnos de que presenta color rosado. Al presionar un poco la piel con uno de los dedos de la mano, la zona debe recuperar rápido el color rosado.

Si estuviera **pálido** puede ser indicativo de mala perfusión (signo de alarma, se debe consultar con otra compañera/o y si coincide en el juicio, se debe avisar al cirujano plástico).

Si estuviera **amorado y/o cianótico** es indicativo de congestión vascular (signo de alarma, se debe consultar con otra compañera/o y si coincide en el juicio, se debe avisar al cirujano plástico).

- Sangrado y/o hematoma: Se debe observar en los apósitos la cantidad de superficie manchada ya que es habitual que los colgajos e injertos sangren al principio y si es necesario, se delimita con un rotulador. Si aumentase en exceso y en poco tiempo, se considera un signo de alarma y se debe avisar al cirujano plástico.

ZONA DONANTE. Igualmente no se deben levantar apósitos hasta el 4-5º día tras la cirugía. Durante las primeras 48-72h.



Fig. 2: Zona donante a las 6h de la cirugía

La enfermera deberá vigilar los siguientes parámetros:

- Sangrado: Es habitual que las zonas donantes sangren y manchen los apósitos. Si esto ocurre, no se debe levantar la cura, pues se podría

provocar mas sangrado. Lo correcto es reforzar con compresas quirúrgicas y venda elástica.

- Olor: Se suele percibir cierto olor que proviene de la sangre seca que hay en los apósitos. En principio no cabe alarmarse al ser una lesión exudativa.
- Prurito: Los pacientes nos suelen comunicar que perciben sensación de prurito. No es signo de alarma. Se debe tratar de tranquilizar al paciente pues es algo propio del proceso de cicatrización que se está produciendo en la lesión.

MATERIAL EMPLEADO EN LA CURA:



- Guantes estériles
- Paños estériles
- Compresas estériles
- Empapadores
- Betadine ® solución dérmica.

PROTOCOLO DE CURAS

ZONA INJERTADA

- No se deben levantar apósitos hasta el 4-5º día tras la cirugía, salvo que existan signos de alarma o por indicación del cirujano.



fig. 3 zona injertada a las 6h de la cirugía

- Se deben despegar los apósitos con cuidado, humedeciéndolos con SF para evitar tirones y posibles arrancamientos del injerto prendido.

- Si encontramos un **apósito atado (sujeto)** con seda y/o grapas) lo humedeceremos con betadine y lo volveremos a cubrir. Salvo que el cirujano nos indique su retirada.
- Una vez levantados apósitos, se comprueba el estado del injerto y la proporción en que ha prendido para hacer un pronóstico.
- Cubrimos con tules desgrasados y ponemos compresas betadinadas, compresas secas, almohadillado y venda elástica o malla (a criterio del profesional de enfermería que tendrá en cuenta para ello, el mayor confort del paciente).
- Si el injerto está inestable. Debemos curar a diario. En caso contrario se puede hacer cura a días alternos.
- Cuando el injerto está prendido en la proporción que sea, pero estable, debemos dejarlo en expositiva con tules desgrasados y una gasa fina que regaremos con betadine mañana y tarde u otra indicación que nos realice el cirujano.



Fig 4: zona injertada prendida

- Para mayor comodidad del paciente a la hora de dormir se le puede cubrir la zona injertada con una compresa quirúrgica y malla.
- Los cuidados básicos de las zonas injertadas al alta son: ducha diaria y aplicación de crema grasa nutritiva varias veces al día. Se le recomendará al paciente que utilice cremas protectoras solares pantalla total y evitar la exposición solar de la zona.

ZONA DONANTE

- No se deben levantar apósitos hasta el 4-5º día tras la cirugía, salvo que existan signos de alarma.



Fig. 5: zona donante a las 6h de la cirugía.

- Se deben despegar los apósitos con cuidado, humedeciéndolos con SF para evitar tirones ya que es una lesión muy dolorosa.
- El apósito de base se debe dejar puesto y no retirar hasta su total re-epitelización. Es aconsejable que este tenga la propiedad de ser antiadherente (Tulgrasum, linitul, urgotul...).
- Se cubre apósito de base con una gasa fina y se comenzará a regar la gasa con **betadine Mañana y Tarde**, dejándolo en expositiva.



Fig. 6: Zona donante 6º día postquirúrgico. Regado de zona cada 12h.

- Para mayor comodidad del paciente a la hora de dormir se le puede cubrir la zona donante con una compresa quirúrgica y malla o colocar un arco protector para aumentar el tiempo de exposición de la lesión con Betadine ®. (favorece una cicatrización más rápida)



Fig. 7: Zona donante con arco protector

- Cuando la gasa betadinada se va desprendiendo por los bordes, al secar el betadine, esto nos indica que el proceso de epitelización ha comenzado.
- En el momento que se aprecia que la gasa betadinada está muy reseca y que la zona ya no exuda (no se humedece en ningún punto de contacto con la piel), es cuando se puede iniciar la **aplicación de vaselina** para ayudar a que se despegue poco a poco en unos días.

- Los bordes que se van despegando se pueden ir recortando con la ayuda de un bisturí hasta conseguir que la gasa betadinada se despegue por completo.



Fig. 8: Zona donante al retirar la gasa betadinada

- Cuando la gasa está completamente despegada y la ZD reepitalizada, los cuidados básicos al alta son los mismos que para las zonas injertadas.



Fig. 9: Zona donante al alta.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Edmonton A, Crenshaw A. Microcirugía. Cirugía ortopédica: Panamericana; 2000. p. 2361-2461.
2. Long BC, Phipps WJ, Cassmeyer VL. Enfermería perioperatoria. Enfermería Médico Quirúrgica Madrid: McGraw-hill/Interamericana; 2000. p. 347-349.
3. Protocolo de enfermería, Hospital Universitario Doce de Octubre, Servicio de Cirugía Plástica.
4. Wiechula R, 2001 Post Harvest Management of Split Thickness Skin Graft Donor Sites. A Systematic Review No. 13, The Joana Briggs Institute, Adelaide.
5. NHMRC, 1999, A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines, Canberra, NHMRC.