

DOI: 10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.266-275

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1797>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 266-275







Injerto de piel en atención de pacientes quemados

Skin grafting in the care of burn patients

Enxerto de pele no cuidado de pacientes queimados

Karla Valeria Acosta Romero¹; María Angélica Mendoza Intriago²; Tricia Violeta Moreno Pincay³; Janeth Tatiana Flores Pozo⁴

RECIBIDO: 01/07/2022 **ACEPTADO:** 30/07/2022 **PUBLICADO:** 26/08/2022

1. Médica Cirujana; Investigadora Independiente; Portoviejo, Ecuador; karvalcos95@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-8298-8670>
2. Médico Cirujano; Residente en Hospital Napoleón Dávila Córdova; Chone, Ecuador; marangie_73@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-2359-760X>
3. Médico; Médico Residente en el Hospital Básico Jipijapa; Jipijapa, Ecuador; triciamoreno@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-2554-8860>
4. Licenciada en Enfermería; Investigadora Independiente; Santa Elena, Ecuador; janethflorespozo03@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7999-3257>

CORRESPONDENCIA

Karla Valeria Acosta Romero

karvalcos95@gmail.com

Portoviejo, Ecuador

RESUMEN

Las quemaduras son en la actualidad un problema de salud pública mundial, ya que mantienen una prevalencia alta, mayormente predominante en países en vías de desarrollo. Las quemaduras son lesiones de la piel y otros tejidos provocadas por el contacto térmico, radiactivo, químico o eléctrico. Parte del tratamiento para las quemaduras puede ser un injerto cutáneo o de piel. Los injertos deben ser tratados de manera especialmente cuidadosa, ya que el manejo inadecuado representa riesgos para el paciente relacionados con el retraso en la mejoría estética, riesgo de infección y costos extra para el sistema de salud. En consecuencia, el objetivo general de la presente investigación es compendiar lo relativo al injerto de piel en atención de pacientes quemados, especialmente los cuidados postquirúrgicos y tras el alta que estos pacientes con injerto cutáneo deben recibir. La investigación se desarrolló mediante una metodología de tipo documental bibliográfica bajo la modalidad de revisión. El injerto tiene el propósito de reducir el curso del tratamiento necesario y mejorar la función y apariencia de la parte del cuerpo que lo recibe. El éxito de los injertos cutáneos depende de la técnica quirúrgica y de los cuidados postoperatorios: hay que vigilar frecuentemente su viabilidad y la aparición de infección. Dentro de los cuidados del injerto es necesario considerar los cuidados propios de la zona donante, con la finalidad de prevenir complicaciones en la herida y fomentar su curación. Entre los principales cuidados se encuentran realizar las curas, vigilar el estado de los apósitos, controlar si existen signos de infección y otras complicaciones post operatorias. Igualmente, las heridas tras el alta se encontrarán vendadas y en casa el cuidado debe consistir en guardar el reposo, mantener los vendajes secos y limpios, evitar tocar las heridas, tomar los medicamentos según las indicaciones médicas, evitar movimientos que estiren o lesionen el injerto, ir al médico cuando éste lo indique para cambiar el vendaje. A medida que el sitio sane será más fácil realizar las curas en casa.

Palabras clave: Injerto, Quemadura, Atención, Cuidados, Cutáneo.

ABSTRACT

Burns are currently a global public health problem, since they maintain a high prevalence, mostly predominant in developing countries. Burns are injuries to the skin and other tissues caused by thermal, radioactive, chemical or electrical contact. Part of the treatment for burns may be a skin or skin graft. Grafts must be treated especially carefully, since improper handling represents risks for the patient related to delayed aesthetic improvement, risk of infection and extra costs for the health system. Consequently, the general objective of this research is to summarize what is related to skin grafting in the care of burned patients, especially the post-surgical care and after discharge that these patients with skin graft must receive. The research was developed through a bibliographical documentary type methodology under the review modality. Grafting is intended to shorten the course of treatment needed and improve the function and appearance of the receiving body part. The success of skin grafts depends on the surgical technique and postoperative care: its viability and the appearance of infection must be frequently monitored. Within the care of the graft, it is necessary to consider the care of the donor area, in order to prevent complications in the wound and promote its healing. Among the main cares are performing the cures, monitoring the condition of the dressings, checking for signs of infection and other post-operative complications. Likewise, the wounds after discharge will be bandaged and care at home should consist of resting, keeping the bandages dry and clean, avoiding touching the wounds, taking medications according to medical indications, avoiding movements that stretch or injure the graft, go to the doctor when he tells you to change the bandage. As the site heals, it will be easier to perform the cures at home.

Keywords: Graft, Burn, Attention, Care, Cutaneous.

RESUMO

As queimaduras são actualmente um problema de saúde pública global, uma vez que mantêm uma prevalência elevada, predominante sobretudo nos países em desenvolvimento. As queimaduras são lesões na pele e outros tecidos causadas por contacto térmico, radioactivo, químico ou eléctrico. Parte do tratamento de queimaduras pode ser um enxerto de pele ou de pele. Os enxertos devem ser tratados com especial cuidado, uma vez que um manuseamento incorrecto representa riscos para o doente relacionados com uma melhoria estética retardada, risco de infecção e custos adicionais para o sistema de saúde. Consequentemente, o objectivo geral desta investigação é resumir o que está relacionado com o enxerto de pele no tratamento de pacientes queimados, especialmente os cuidados pós-cirúrgicos e após a alta que estes pacientes com enxerto de pele devem receber. A investigação foi desenvolvida através de uma metodologia de tipo documental bibliográfico sob a modalidade de revisão. O enxerto destina-se a encurtar o curso do tratamento necessário e a melhorar a função e aparência da parte do corpo receptor. O sucesso dos enxertos de pele depende da técnica cirúrgica e dos cuidados pós-operatórios: a sua viabilidade e o aparecimento da infecção devem ser frequentemente monitorizados. Dentro dos cuidados do enxerto, é necessário considerar os cuidados da área doadora, a fim de prevenir complicações na ferida e promover a sua cicatrização. Entre os principais cuidados estão a realização das curas, a monitorização do estado dos curativos, a verificação dos sinais de infecção e outras complicações pós-operatórias. Da mesma forma, as feridas após a alta serão enfaixadas e os cuidados em casa devem consistir em descansar, manter as ligaduras secas e limpas, evitar tocar nas feridas, tomar medicamentos de acordo com as indicações médicas, evitar movimentos que esticam ou ferem o enxerto, ir ao médico quando este lhe disser para mudar a ligadura. À medida que o local cicatriza, será mais fácil realizar as curas em casa.

Palavras-chave: Enxerto, Queimadura, Atenção, Cuidado, Cutâneo.

Introducción

Las quemaduras en la actualidad representan un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia principalmente en países en vías de desarrollo, estos eventos condicionan diversas consecuencias en el individuo que la padece, independientemente de la extensión de la quemadura es necesario una evaluación minuciosa y una serie de cuidados similares a las de cualquier paciente en condición crítica, siendo fundamental inicialmente la clasificación de la quemaduras para ajustar el tratamiento a las características de la misma. (Moran et al., 2019, pág. 6)

Las quemaduras son lesiones de la piel y otros tejidos provocadas por el contacto térmico, radiactivo, químico o eléctrico. Las quemaduras se clasifican según su profundidad (espesor parcial superficial y profunda y espesor total) y según el porcentaje de la superficie corporal total afectada. Las complicaciones consisten en shock hipovolémico, rhabdomiólisis, infección, cicatrices y contracturas o retracciones articulares. Los pacientes con quemaduras grandes (> 20% superficie corporal) requieren reposición hídrica. Los tratamientos para las heridas por quemaduras consisten en aplicar antibacterianos vía tópica, limpieza periódica, elevación de las zonas quemadas y, en ocasiones, injertos cutáneos. (Wilson Carter, 2020)

Las quemaduras ocasionan aproximadamente 180.000 muertes al año, que en su gran mayoría tienen lugar en los países de ingreso bajo y mediano. Las lesiones por quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad. Las quemaduras se producen mayormente en el ámbito doméstico y laboral. Las quemaduras son prevenibles. (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2018)

Un injerto de piel consiste en una intervención quirúrgica en la que se emplean partes de la piel sana de la misma persona para reemplazar el tejido cicatrizal que producen las quemaduras profundas. Como solución

temporal, se puede usar piel de un donante fallecido o de cerdos. (Clínica Mayo, 2022)

El primer injerto autólogo de piel exitoso reportado tuvo lugar durante la Primera Guerra Mundial, en 1916, y fue realizado por un cirujano plástico de la Unidad de Quemados de Aldershot, Harold Gillies, en el Reino Unido.³ Sin embargo, desafortunadamente el uso de injertos de piel no era un procedimiento extendido en los años en los que sucedieron ambas Guerras Mundiales, y en la década de 1930 los tratamientos empleados consistían todavía en inmersiones en agua fría, apósitos de parafina y en el uso del ácido tánico (Salmerón, García, Sánchez, Pérez, & Pérez, 2020, pág. 12).

El nacimiento del estándar de atención de la cirugía del quemado se produjo en la segunda mitad del siglo XX. Décadas antes la escisión quirúrgica de las quemaduras se reservaba para las de tercer grado y se realizaba varias semanas después de la lesión. A medida que los protocolos de reposición de fluidos fueron mejorando y la causa principal de muerte en los quemados paso de ser el shock hipovolémico a la sepsis, las investigaciones en cuanto a técnica quirúrgica se concentraron en la prevención de la infección mediante el desbridamiento precoz y la cobertura de las quemaduras con injertos de piel. Pese a las esperanzas iniciales en estas técnicas, no existían estudios que demostraran claramente sus beneficios. Zora Janzekovic fue una cirujana yugoslava que revolucionó el tratamiento quirúrgico de las quemaduras. Janzekovic hipotetizó que las quemaduras de espesor parcial, que tradicionalmente se trataban mediante curas locales hasta su cierre por segunda intención, contribuían a la infección de los injertos aplicados en las zonas de quemadura de espesor completo adyacente que eran injertadas. Para optimizar su tratamiento, desarrolló la técnica del desbridamiento precoz mediante escisión tangencial progresiva, tanto en las quemaduras de espesor completo como en las de espesor parcial, antes de realizar el injerto.

Su serie inicial de 1300 pacientes fue presentada en un simposio de quemados en Yugoslavia en 1968, reportando unos resultados tan llamativos que un año después, su técnica fue presentada en el congreso de la Sociedad Norteamericana de Quemaduras y rápidamente adoptada por los cirujanos dedicados al tratamiento de las quemaduras y permanece vigente hasta la actualidad. (Janzekovic, 1970)

Los injertos deben ser tratados de manera especialmente cuidadosa, ya que el manejo inadecuado representa riesgos para el paciente relacionados con el retraso en la mejoría estética, riesgo de infección y costos extra para el sistema de salud. (Chanes, González, Luna, Lezana, & Meneses, 2020, pág. 187)

En consecuencia, el objetivo general de la presente investigación es compendiar lo relativo al injerto de piel en atención de pacientes quemados, especialmente los cuidados postquirúrgicos y tras el alta que estos pacientes con injerto cutáneo deben recibir.

Materiales y Métodos

Con el propósito de desarrollar la presente investigación se requirieron las siguientes herramientas y/o materiales: computadores personales con conexión a internet. Por medio de estos computadores fueron ubicados digitalmente una serie de literatura digitalizada que aportó información de calidad y actualizada respecto al tema. En virtud de lo expuesto, la presente investigación es de tipo documental bibliográfica, bajo la modalidad de revisión.

Esta se encuentra enfocada en la búsqueda y revisión sistemática de literatura científico-académica seleccionada y disponible en determinadas bases de datos. Entre las bases utilizadas podemos destacar: MedlinePlus, Manuales MSD, SciELO, Dialnet, ELSEVIER, Cochrane, entre otras; asimismo se usaron las siguientes páginas reconocidas internacionalmente en el área de la sa-

lud con amplia reputación en publicaciones científico académicas: Organización Mundial de la Salud – OMS, Clínica Mayo, entre otros.

Asimismo, se realizó una búsqueda aleatoria y consecutiva en las mencionadas bases de datos, usando las expresiones “Injerto de piel”, “Injerto de piel + tipos”, “Injerto de piel + paciente quemado” y “Injerto de piel + cuidados + paciente quemado”. Los registros encontrados fueron filtrados bajo criterios de: idioma español e inglés, relevancia, correlación temática. La fecha de publicación estuvo comprendida entre 2014 y 2022, con excepción de un artículo de 1970 vigente en la actualidad porque representa el primer estudio en atención de pacientes quemados.

El material usado consistió en títulos de artículos científicos, ensayos, revisiones sistemáticas, libros, boletines, folletos, tesis de grado, posgrado y doctorado, noticias científicas, entre otros documentos e información de interés científico y académico.

Resultados

Los pacientes quemados por su larga evolución requieren altos recursos económicos para su manejo convirtiéndose en un problema de salud pública, el manejo es multidisciplinario, incluye cirujanos, clínicos intensivistas, psiquiatras entre otros. (Ruíz & Martín, 2017, pág. 135)

El tratamiento de las quemaduras está enfocado en prevenir las complicaciones, entre las que destacan las infecciones secundarias en el área por ser un lugar propenso para el crecimiento de microorganismos y altamente inflamatoria. Dicho tratamiento también se enfoca en la prevención de cicatrización hipertrófica o queloide. Las quemaduras profundas transforman la piel en escaras, siendo estas últimas las responsables de que organismos bacterianos se acumulen e invadan el tejido sano, además de propiciar la liberación de células proinflamatorias como factor de necrosis

tumoral, interleucinas y citocinas, las cuales producen un estado de catabolismo que provoca el desgaste del paciente. Por lo que es de suma importancia que el tejido no viable se retire en el menor tiempo posible para disminuir la probabilidad de infección y mejorar la evolución funcional y estética, de allí que la cirugía es procedimiento electivo en el tratamiento de las quemaduras. La colocación temprana de injertos se relaciona con una disminución de secuelas funcionales y cosméticas para el paciente. Mejorando con esto la calidad de vida y la prevención de problemas psicológicos y físicos. (Chanes, González, Luna, Lezana, & Meneses, 2020)

Los injertos de piel frecuentemente se usan en lesiones graves, donde el daño compromete parte de la piel del cuerpo. En este caso se extirpa quirúrgicamente la piel dañada y posteriormente se coloca el injerto de piel, el cual tiene dos propósitos fundamentales a saber: reducir el curso del tratamiento necesario (y la estancia hospitalaria), y mejorar la función y apariencia de la parte del cuerpo que lo recibe. Más puntualmente los injertos de piel consisten en:

...capas delgadas de piel que el cirujano toma de una parte del cuerpo que no se ha quemado y las coloca con técnicas quirúrgicas en la zona quemada. El lugar del que se toma la piel se llama zona donante. El muslo y la espalda son zonas donantes frecuentes, pero el injerto se puede tomar de cualquier parte del cuerpo que no se haya quemado, a excepción de la cara. La zona donante tarda unas dos semanas en sanar. (Model Systems Knowledge Translation Center, 2017)

Como se mencionó anteriormente, la superficie donante puede ser cualquier zona de la piel, en cualquier parte del cuerpo, que se encuentre ilesa y que pueda ser susceptible de tener una buena cicatrización mediante curas. Es conveniente recordar que cuando se toman los injertos, el lecho donante representa otra pérdida cutánea, por esta

razón hay que tener en cuenta que estamos aumentando la zona cruenta en el momento de la cirugía. La indicación en estos casos son injertos de espesor parcial y podría utilizarse un expansor de piel para aumentar la cantidad de piel donante. Se suele emplear una malladora de piel para perforar el injerto en forma de malla y de esta manera aumentar su elasticidad y lograr cubrir zonas más amplias. Habitualmente se mallan en proporción 1:1.5 o 1:3 según las necesidades del paciente. Se debe tener en cuenta que no se recomienda el uso de injertos mallados en la cara, las manos, o los pliegues. (Avellaneda et al., 2018, pág. 8)

Los cirujanos deben considerar una serie de factores al decidir el tipo de injerto de piel a usar, tales como el estado, el grosor y el tamaño de la lesión, así como su ubicación en el cuerpo.

Tipos de injerto

Según procedencia los injertos se clasifican en:

- Autoinjerto o Injerto Autólogo: Es la piel trasplantada de un lugar a otro en el mismo individuo. Estos consisten en toda la epidermis y un componente dérmico de grosor variable. El autoinjerto evita la transmisión de enfermedades y el rechazo inmunológico, por lo tanto, es el injerto de elección en España.
- Isoinjerto: Se emplea la piel de un gemelo idéntico (univitelino).
- Homoinjerto o aloinjerto: Hace referencia a la piel humana cadavérica, es decir, el donante es otro individuo de la misma especie.
- Heteroinjerto o xenoinjerto: El donante pertenece a otra especie distinta. El animal de elección es el cerdo. (Díaz Cuello, 2018, pág. 5)

Según su expansión se clasifican en expandido o mallado y no expandido o laminar.

- Los injertos en malla son injertos en los que la piel donante se perfora con agujeros o cortes pequeños. De esta forma, el cirujano puede estirar la malla para cubrir una superficie grande del cuerpo.
- Los injertos laminares son injertos que se colocan directamente en la herida a partir de la zona donante, sin hacerles agujeros ni cortes. (Model Systems Knowledge Translation Center, 2017)

Según su espesor la clasificación es la siguiente:

- Injertos de espesor parcial o de espesor dividido (STSG): Se incluye la epidermis y menos del espesor completo de la dermis. Se subdividen en tres tipos: injertos de piel fina, injertos de piel semigruesa e injertos de piel gruesa. Cuanto más delgado es el injerto, menor demanda nutricional, es decir, la posibilidad de vida será mayor, no obstante, tendrá mayor fragilidad ante un traumatismo. Los injertos de piel de grosor dividido requieren menos condiciones ideales para la supervivencia y tienen un rango de aplicación mucho más amplio que los injertos de piel de espesor total. Sin embargo, son más frágiles y pueden contraerse significativamente (ver Figura 1).
- Injertos de espesor total (FTSG): Están constituidos por toda la epidermis y la dermis en su totalidad. En ellos se conservan más características de la piel normal después del injerto como el color, la textura y el grosor. Sin embargo, requieren condiciones más óptimas para la supervivencia debido a la cantidad de tejido que requiere revascularización. Los injertos de piel de espesor total son ideales para las áreas visibles de la cara que son inaccesibles por los colgajos locales o para cuando los colgajos locales están contraindicados, pero se encuentran limitados a heridas

relativamente pequeñas, no contaminadas y bien vascularizadas, por lo tanto, no tienen una gama de aplicaciones tan amplia como los injertos de grosor parcial. Además, sufren menos contracción del tejido durante el tratamiento que los injertos de piel de grosor parcial.

- Injertos epidérmicos de piel (ESG): Consisten solo en la capa epidérmica de la piel y proporcionan células epidérmicas al área receptora. No previenen la contractura de la herida y, por lo tanto, al igual que los injertos de piel de espesor parcial, su objetivo principal es restablecer la integridad funcional de la piel en el sitio receptor. Asimismo, causan cicatrices mínimas o nulas y dejan poca morbilidad en el sitio donante. (Díaz Cueto, 2018, pág. 5)



Imagen 1. Injerto de piel de espesor parcial

Fuente: Recuperado de: “La intervención de enfermería en injertos cutáneos y colgajos, propuesta de un plan de cuidados”. Díaz Cueto. (2018). URL: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30483/TFG-H1228.pdf;jsessionid=055B3F269A3E437BB-9F64C5679643D41?sequence=1>

El éxito de los injertos cutáneos depende de la técnica quirúrgica y de los cuidados postoperatorios: hay que vigilar frecuentemente su viabilidad y la aparición de infección, la zona donde se han implantado pue-

de ser movilizada al 4^o-5^o día de evolución y, si se localizan en las extremidades, hay que evitar la hipertensión venosa con un vendaje elástico. (Universidad Complutense de Madrid, 2014)

Por su parte, Avellaneda et al., (2018) explica que es importante mencionar que la adecuada cicatrización del lecho receptor dependerá de varios factores tanto propios, como de la piel trasplantada. Estos factores son principalmente:

1. La vascularización de la piel trasplantada: si el injerto es tomado de un sitio con buena vascularización, tiene más posibilidades de sobrevivir y cicatrizar adecuadamente ya que habrá mayor tasa de anastomosis vasculares con el lecho receptor.
2. La vascularización del sitio receptor: si el sitio receptor tiene un rico lecho vascular y se encuentra limpio de infecciones y microorganismos, el índice de éxito es más alto que en el caso de los injertos realizados en lechos que no tienen buena vascularización.
3. El espesor del injerto: cuanto más fino es el injerto, mayor es la tasa de revascularización del mismo. Esto se debe a que hay menos cantidad de tejido que nutrir y oxigenar. Entre más delgados los injertos, mayor es el número de capilares que se expondrán al lecho receptor.
4. Actividad metabólica del injerto: cuanto mayor es el tamaño y/o espesor del injerto trasplantado, mayores son sus requerimientos metabólicos, ya que poseen mayor cantidad de células y por tanto serán menos resistentes a la isquemia, la cual se presenta en etapas iniciales del trasplante. (p. 7)

Los cuidados del injerto son necesarios, al igual que los cuidados de la zona donante, para prevenir complicaciones en la herida y fomentar su curación.

Cuidados de la zona donante

Los cuidados de la zona donante son fundamentales para evitar complicaciones y fomentar su correcta curación. Además del manejo del dolor, Enfermería debe realizar 3 actividades fundamentales:

- Inspeccionar diariamente el apósito y valorar su estado.
- Controlar la presencia de signos de infección y complicaciones postoperatorias.
- Mantener limpia y libre de presión la zona donante. (Fuentes & Fraile, 2020)

Cuidados del injerto

Tras la cirugía de injerto cutáneo, se elige un apósito para proporcionar una presión uniforme sobre toda el área injertada, que debe ser absorbente y no adherente. Estos apósitos están destinados a inmovilizar el injerto. El vendaje inicial debe dejarse durante 3-7 días salvo presencia de dolor, olor, secreción u otros signos de complicaciones. Al realizar la retirada de apósitos se deben humedecer con solución salina para reducir la adherencia al injerto y evitar provocar dolor en el paciente. El apósito se debe retirar cuidadosamente para evitar levantar el injerto del lecho de la herida subyacente. Es recomendable poner analgesia antes de la cura de injerto o de la zona donante. Los injertos de piel de espesor dividido, al emplearse mayoritariamente en la reconstrucción de defectos de área grande, precisan de férulas para la inmovilización. La cura diaria se debe realizar cuidadosamente para no despegar y dañar la zona injertada. Las actividades que debe realizar enfermería son las siguientes:

- Aplicar apósitos de algodón o gasa para mantener la tensión adecuada en la zona del injerto, según protocolo del centro. Los apósitos primarios siguen los principios de la cura húmeda en las heridas.

- Elevar la zona del injerto hasta que la circulación entre el injerto y el receptor se desarrolle (tarda aproximadamente una semana). Después, permitir que la zona del injerto esté en posición declive durante periodos de tiempo cada vez más prolongados para favorecer la rehabilitación.
- Evitar fricción y cizallamiento en la zona del injerto.
- Se debe limitar la actividad con el fin de mantener la parte afectada lo más inmovilizada posible.
- Examinar diariamente los apósitos.
- Registrar diariamente el color, la temperatura, el llenado capilar y la turgencia del injerto, si la zona no está cubierta con apósito.
- Controlar signos de infección y otras complicaciones postoperatorias. (Díaz Cueto, 2018)

Cuidados después del alta

El cuidado después del alta es un verdadero reto para los pacientes. El personal de enfermería y en muchos casos el médico tratante, proporcionará la educación necesaria para el autocuidado del paciente, esto es fundamental para la total recuperación del mismo. Es necesario el cuidado tanto del sitio del injerto como del sitio donante. Las heridas tras el alta se encontrarán vendadas. Las principales indicaciones para el cuidado tras el alta de un paciente tratado con injerto son las siguientes:

- Necesitará descansar por varios días después de la cirugía mientras la herida sana.
- El tipo de vendaje que tenga depende del tipo de la herida y dónde está.
- Mantenga el vendaje y la zona a su alrededor limpia y libre de suciedad o sudor.
- No deje que el vendaje se moje.
- No toque el vendaje. Déjelo en su lugar por el tiempo que el médico le recomiende (cerca de 4 a 7 días).
- Tome cualquier medicamento o analgésico como se le indique.
- Si es posible, trate de elevar la herida de manera que quede por encima del nivel del corazón. Esto ayuda a reducir la hinchazón. Necesitará hacer esto mientras esté sentado o acostado. Puede usar almohadas para apuntalar la zona.
- Si su médico lo autoriza, puede utilizar una compresa de hielo sobre el vendaje para ayudar con la hinchazón. Pregunte con qué frecuencia se debe aplicar la compresa de hielo. Asegúrese de mantener el vendaje seco.
- Evite cualquier movimiento que pudiera estirar o lesionar el colgajo o el injerto. Evite golpear o chocar la zona.
- Evite ejercicio extenuante por varios días. Pregunte a su médico cuánto tiempo.
- Si tiene un vendaje con vacío, puede que tenga un tubo conectado. Si el tubo se cae, dígame al médico.
- Probablemente irá al médico para que le cambie el vendaje en 4 a 7 días. Posiblemente necesite que el médico le cambie el vendaje del sitio del colgajo o del injerto un par de veces durante 2 a 3 semanas.
- A medida que el sitio sane, probablemente usted pueda cuidarlo en casa. El médico le mostrará cómo cuidar de su herida y ponerse los vendajes.
- El sitio puede presentar picazón mientras sana. No se rasque la herida ni hurgue en ella.
- Después de que sane la zona, aplique protector solar con un factor de protección de 30 o más elevado en las zonas de la cirugía si tiene que exponerse al sol.

- Para cuidar el sitio donante, es necesario que deje el vendaje en su lugar. Manténgalo limpio y seco.
- El médico retirará el vendaje en más o menos 4 a 7 días o le dará instrucciones sobre cómo quitarlo.
- Después de retirar el vendaje, puede dejar la herida destapada. Sin embargo, si está en una zona que está cubierta por ropa, necesitará cubrir el sitio para protegerlo. Pregúntele al médico qué tipo de vendaje puede utilizar.
- No aplique ninguna crema ni loción a la herida a menos que el médico se lo indique. A medida que la zona sana, puede presentar comezón y se pueden formar costras. No hurgue las costras ni se rasque la herida mientras sana. (Enciclopedia Médica ADAM, 2020)

Conclusión

La atención de pacientes quemados debe realizarse por un equipo multidisciplinario que abarque desde cirujanos, enfermeros, intensivistas, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, entre otros. Por otra parte, el cuidado adecuado de un injerto en lesiones por quemaduras es fundamental para una mejoría más rápida, funcional y satisfactoria.

El injerto tiene el propósito de reducir el curso del tratamiento necesario y mejorar la función y apariencia de la parte del cuerpo que lo recibe. En este sentido, el cirujano debe considerar una serie de factores al decidir el tipo de injerto de piel a usar, tales como el estado, el grosor y el tamaño de la lesión, así como su ubicación en el cuerpo.

El éxito de los injertos cutáneos depende de la técnica quirúrgica y de los cuidados postoperatorios: hay que vigilar frecuentemente su viabilidad y la aparición de infección. Dentro de los cuidados del injerto es necesario considerar los cuidados propios de la zona donante, con la finalidad de prevenir complicaciones en la herida y fomentar su curación.

Entre los principales cuidados se encuentran realizar las curas, vigilar el estado de los apósitos, controlar si existen signos de infección y otras complicaciones post operatorias. Igualmente, las heridas tras el alta se encontrarán vendadas y en casa el cuidado debe consistir en guardar el reposo, mantener los vendajes secos y limpios, evitar tocar las heridas, tomar los medicamentos según las indicaciones médicas, evitar movimientos que estiren o lesionen el injerto, ir al médico cuando éste lo indique para cambiar el vendaje. A medida que el sitio sane será más fácil realizar las curas en casa.

Bibliografía

- Avellaneda, E., González, A., González, S., Palacios, P., Rodríguez, E., & Bugallo, J. (2018). Injertos en heridas. *Heridas y Cicatrización*, 8(2), 6-15. Recuperado el 05 de agosto de 2022, de https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2018/junio2018/Revision_SEHER%2025_Junio_2018.pdf
- Chanes, H., González, M., Luna, D., Lezana, M., & Meneses, F. (2020). Manejo inadecuado de injerto en quemadura por parte del personal de enfermería en paciente pediátrico. *CONAMED*, 25(4), 182-187. Recuperado el 05 de agosto de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2020/con204e.pdf>
- Clínica Mayo. (13 de agosto de 2022). Clínica Mayo. Recuperado el 28 de julio de 2022, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/burns/diagnosis-treatment/drc-20370545>
- Díaz Cueto, P. (2018). La intervención de enfermería en injertos cutáneos y colgajos, propuesta de un plan de cuidados. Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid, Facultad de enfermería. Recuperado el 10 de agosto de 2022, de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30483/TFG-H1228.pdf;jsessionid=055B3F269A3E437BB-9F64C5679643D41?sequence=1>
- Enciclopedia Médica ADAM. (22 de marzo de 2020). MedlinePlus. Recuperado el 11 de agosto de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000743.htm>
- Fuentes, R., & Fraile, A. (2020). Injertos cutáneos: manejo de Enfermería. *Ocronos*, 3(3). Recuperado el 15 de agosto de 2022, de <https://revistamedica.com/injertos-cutaneos-manejo-de-enfermeria/>

- Janzekovic, Z. (1970). Un nuevo concepto en la escisión temprana e injerto inmediato de quemaduras. *J. Trauma*, 10(12), 1103-1108. Recuperado el 16 de julio de 2022, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4921723/>
- Model Systems Knowledge Translation Center. (octubre de 2017). Model Systems Knowledge Translation Center. Recuperado el 15 de agosto de 2022, de https://msktc.org/sites/default/files/Understanding-Burn-Injury-Sp-508_1.pdf
- Moran, A., Cerro, S. J., Tapia, Z. C., Castillo, O. L., Apolo, Y. G., Lema, R. A., & Hidalgo, C. H. (2019). Abordaje terapéutico del paciente quemado: importancia de la resucitación con flúidoterapia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 6-12. Recuperado el 18 de julio de 2022, de https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_1_2019/2abordaje_terapeutico_paciente_quemado.pdf
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (06 de marzo de 2018). Organización Mundial de la Salud - OMS. Recuperado el 15 de julio de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Ruíz, M., & Martín, J. (2017). Efectos de la escarectomía temprana y tardía en pacientes quemados. *Domino de las Ciencias*, 3(2), 131-147. Recuperado el 29 de julio de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5889735.pdf>
- Salmerón, E., García, E., Sánchez, A., Pérez, A., & Pérez, M. (2020). Evolución histórica del tratamiento del paciente quemado. *Cir. Plást. Ibero-latinoamericana*, 46(1), 9-15. Recuperado el 18 de julio de 2022, de <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v46s1/1989-2055-cpil-46-s1-0009.pdf>
- Universidad Complutense de Madrid. (2014). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 30 de julio de 2022, de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-07-TRATAMIENTO-QUEMADURAS-15-Dic-2013.pdf>
- Wilson Carter, D. (noviembre de 2020). Manuales MSD. Recuperado el 25 de julio de 2022, de <https://www.msmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/quemaduras/quemaduras>

CITAR ESTE ARTICULO:

Acosta Romero, K. V., Mendoza Intriago, M. A., Moreno Pincay, T. V., & Flores Pozo, J. T. (2022). Injerto de piel en atención de pacientes quemados. *RECIMUNDO*, 6(3), 266-275. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.266-275](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.266-275)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.