

Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Zonas donantes para injertos cutáneos de espesor parcial: manejo post-quirúrgico o post -injerto

Introducción

Este *Best Practice Information Sheet* se basa en una revisión sistemática realizada bajo la supervisión del Instituto Joanna Briggs¹. Esta revisión se centra en el manejo de las zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial tras su recogida. Los estudios incluidos en la revisión sistemática se detallan en los artículos referenciados en el informe de la revisión sistemática disponibles en el Instituto Joanna Briggs y en su página web:

www.joannabriggs.edu.au

Antecedentes

El uso del injerto de piel parcial como técnica reconstructiva es muy común. Consiste en la implantación de una capa de piel que comprende epidermis y espesores variables de dermis. Naturalmente este proceso implica la creación de una herida

Este Best Practice Information Sheet abarca:

- Nuevas zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial
- Zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial infectadas
- Zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial curadas
- Recomendaciones
- Conclusiones basadas en el consenso

superficial en la zona donante, que se cura por un proceso de regeneración del epitelio. Las células epiteliales migran hacia la superficie de la herida desde el borde de la misma y desde los bordes de varias estructuras en la capa dérmica, tales como las glándulas sebáceas y los folículos pilosos. Este proceso tiene como resultado un cubrimiento

Niveles de Evidencia

Todos los estudios se clasificaron según el nivel de la evidencia basándonos en el siguiente sistema de clasificación revisado².

Nivel I Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.

Nivel II Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.

Nivel III.1 Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.

Nivel III.2 Evidencia obtenida de estudios de cohortes, de casos y controles o de series temporales interrumpidas con un grupo de control.

Nivel III.3 Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios con grupo único, o de series temporales interrumpidas sin grupo control paralelo.

Nivel IV Evidencia obtenida de estudios de series de casos, pre y post-test o sólo post-test.

epitelial de las zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial, normalmente en 7-14 días. La tasa de curación es bastante variable y depende de factores tales como la profundidad, área, tamaño de la herida, y edad del paciente. El objetivo del manejo de las zonas donan-

tes es mantener un entorno que promueva una cura óptima y prevenga la morbilidad; que puede incluir dolor, infección y, en última instancia, cura retardada. Se utilizan diversos productos tópicos y distintos apósitos en las zonas donantes. Generalmente, en el manejo de heridas las investigaciones más recientes se han centrado en la introducción de nuevos apósitos alternativos, dando más importancia a la cura húmeda de heridas. Las ventajas de estos apósitos están bien documentadas. Los productos húmedos para heridas previenen la desecación y la profundización de las heridas, reducen el riesgo de daño mecánico del tejido al ser retirados, y proporcionan un entorno de curación más rápida. A pesar de las ventajas de utilizar esta técnica, es evidente que los métodos de cura de heridas no húmedos todavía se usan en el manejo de las zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial. Otros apósitos o productos tópicos usados fueron revisados incluyendo: factores de crecimiento, cultivos de piel, membrana amniótica, fenitoína, cera de abeja, ácido hialurónico y derivados de células de levaduras vivas. En el proceso de la revisión sistemática se encontraron un gran número de ensayos clínicos relevantes.

Manejo de las nuevas zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial

Los siguientes apósitos primarios para las áreas donantes se colocan cubriendo la herida y aplicando un vendaje compresivo. Los vendajes compresivos permanecen in situ durante periodos variables, normalmente más de 24 – 48 horas. Los apósitos primarios deberían permanecer intactos hasta que puedan retirarse sin causar ningún traumatismo. Si hay un exudado excesivo, los apósitos se refuerzan o se cambian completamente. Los apósitos usados más comúnmente en el manejo de zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial están clasificados en una serie de categorías genéricas. Las principales categorías se indican a continuación.

Gasa engrasada

Hay una serie de productos en esta categoría que se impregnan con diferentes sustancias como son la parafina, lanolina, gelatina de petróleo, etc. Estos apósitos se cubren con capas de apósitos absorbentes. La circulación del aire a través de los apósitos permite que el exudado se seque, formando los apósitos normalmente una costra dura. La retirada del apósito a menudo causa un dolor considerable y daña al nuevo epitelio. Según a los resultados de muchos ensayos clínicos con asignación aleatoria correctamente diseñados, los apósitos de gasa engrasada son inferiores a los productos húmedos de heridas en términos de curación, tasas de infección y dolor o molestia y no deberían usarse en el manejo de zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial (Level I).

Películas Transparentes Semipermeables de Poliuretano

Estos productos son capas de poliuretano autoadhesivas y permeables al vapor. Este tipo de apósito ha ganado una considerable aceptación clínica y utiliza los principios de la curación húmeda de heridas. Los resultados de la revisión indican que las películas de poliuretano mejoran el dolor y la infección en comparación con la gasa engrasada (Level I). Sin embargo, las películas de poliuretano no tienen la misma capacidad de absorción al compararlas con otros productos húmedos para heridas. Las películas de poliuretano pueden recomendarse para su uso en el manejo de zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial. Se ha sugerido, sin embargo, que son más adecuadas para heridas con exudado de leve a moderado.

Hidrocoloides

Los hidrocoloides también utilizan los principios de curación húmeda de heridas. Estos productos son láminas oclusivas de polímero hidrocoloide sobre una superficie de espuma de poliuretano que forma una capa con aspecto de gel en la superficie de la herida.

Se demostró que los hidrocoloides daban mejores resultados que los productos no húmedos para heridas en cuanto a la curación, dolor e infección (Level I).

Los estudios que comparan directamente hidrocoloides con otros productos húmedos son insuficientes para demostrar su superioridad. El coste total de cualquiera de los tratamientos utilizados en el manejo de heridas depende en gran medida de la frecuencia de los cambios de apósitos.

Se ha sugerido que cuando los hidrocoloides se deterioran y gotean, es más apropiado reforzarlos que cambiar el apósito, y no tiene mayor riesgo de morbilidad.

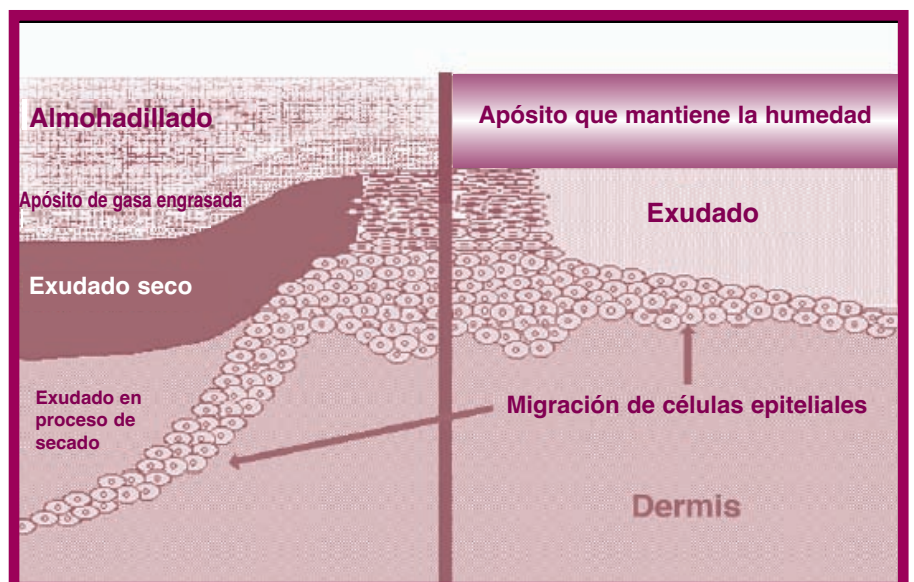
Figura 1: *La curación húmeda de la herida ayuda a crear un entorno óptimo para la autólisis y la reparación del tejido*

Apósitos de fibra

La mayoría de los apósitos de fibra son alginatos de calcio aunque ahora existen otros tipos. Estos son muy absorbentes y al igual que los hidrocoloides forman una superficie gelatinosa cuando entran en contacto con una herida húmeda. Muchos de estos apósitos tienen propiedades hemostáticas útiles en el manejo de las zonas donantes. No existían suficientes estudios de calidad para hacer ninguna comparación entre la acción de los alginatos de calcio y otros productos húmedos de curación de heridas, o entre productos específicos en el grupo de alginatos de calcio. Se recomienda que se realicen ensayos clínicos bien diseñados para poder comparar los alginatos de calcio con otros productos de cura húmeda de heridas.

Apósitos de fijación

Los apósitos de fijación son tiras de tela utilizadas a menudo para reforzar apósitos primarios. También han sido utilizados como apósitos primarios colocados directamente en el zona donante y cubiertos inicialmente con una capa absorbente y almohadillada más un vendaje compresivo. Estos apósitos se han utilizado particularmente en pacientes pediátricos. La ventaja es que se ajustan bien y son bastante flexibles. Los pacientes pueden ducharse y secar después el apósito. En el momento de realizar esta revisión no existían ensayos clínicos que comparasen estos apósitos con los de gasa engrasada o con productos de curación húmeda de heridas. Su mayor beneficio potencial es la comodidad, lo que justifica que se investigue más sobre el tema.



Selección del producto adecuado

El tiempo de curación es importante pero a menudo no es una cuestión crítica. La decisión de utilizar un producto de curación húmeda de heridas se basa frecuentemente en reducir el nivel de dolor y mejorar la comodidad del paciente, particularmente durante la deambulación. Sin embargo, para un grupo relativamente pequeño, p.e. individuos con quemaduras extensas que pueden requerir re-injertos de la misma zona donante, la curación rápida de las zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial es extremadamente importante. Esta ha sido la causa de que se realicen una serie de estudios usando intervenciones como aloinjertos epiteliales cultivados o factores de crecimiento. Estos han resultado ser superiores a los apósitos no húmedos pero ha habido pocos estudios que comparen estas terapias con productos de curación húmeda de heridas. Debido al coste no es probable que estas intervenciones se utilicen rutinariamente en la mayoría de los pacientes con zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial, sin embargo, pueden ser apropiados en aquellos que requieran re-injertos.

Manejo de zonas donantes de espesor parcial curadas

El manejo de la zona donante curada tiene como objetivo mantener la integridad de la nueva piel previniendo la deshidratación y reduciendo el riesgo de exposición al sol. La educación del paciente y las intervenciones específicas deberían incluir el uso de cremas hidratantes aplicadas frecuentemente (2-3 veces al día), evitar la exposición a los rayos ultravioletas (UV) y el uso de cremas de alta protección solar con efecto pantalla. Aunque se han realizado algunos ensayos clínicos no se puede recomendar una crema hidratante específica. Considerando el coste de muchos de estos productos, y su uso habitual, se recomienda que se lleven a cabo más ensayos clínicos.

Manejo de zonas donantes para injertos cutáneos de espesor parcial infectadas

En el momento de la revisión no se encontraron ensayos clínicos que estudiaran específicamente alguno de los tratamientos alternativos de las zonas donantes infectadas. Algunos de los estudios incluidos en el análisis examinaron los productos antimicrobianos, pero estos se usaron en nuevas zonas donantes y no en heridas infectadas.

Una búsqueda más amplia encontró artículos sobre el uso de antimicrobianos en quemaduras. Es lógico que la evidencia referente a los antimicrobianos y a su uso en el manejo de quemaduras superficiales infectadas pueda ser extrapolado a las zonas donantes. Muchos antimicrobianos se han usado en el manejo de quemaduras y zonas donantes infectadas. Los ejemplos incluyen Nitrato de Plata, ácido acético, Sulfamilon®, Betadine®, gentamicina, Furacin®, y Sulfadiazina argéntica (Flammazine®, Silvederma®). El manejo de la infección clínica debería basarse en diagnósticos precisos y en las necesidades individuales del paciente, sin embargo, la sulfadiazina argéntica es a menudo el tratamiento elegido por su capacidad de reducir la cantidad de bacterias, particularmente en el caso de la *Pseudomonas aeruginosa*. El tratamiento aplicado debería ser corto y evaluado con regularidad.

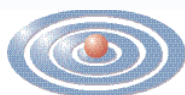
Conclusión

Los productos para la cura húmeda de heridas tienen una gran ventaja clínica con respecto a los productos no húmedos en el manejo de zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial. Esta ventaja tiene que ver con la curación, el dolor /comodidad y las tasas de infección. Los productos húmedos para heridas pueden dividirse en grupos, dependiendo de su

acción sobre el exudado. Por lo tanto se recomienda que las heridas con exudado de ligero a moderado se traten con películas de poliuretano, las heridas con exudado moderado con hidrocoloides, y las heridas con exudado elevado con alginatos de calcio. Esto aún tiene que ser comprobado rigurosamente con más ensayos clínicos.

Tabla 1: Ejemplos de productos de cura húmeda de heridas incluidos en la revisión sistemática. Esta no es una lista exhaustiva de los productos disponibles.

Grupo Genérico		Nombre Comercial
Húmedo	Alginatos de calcio	Algiderm Kaltostat
	Apósitos de hidrocoloides	Comfeel Thin Dermasorb DuoDERM Granuflex Varihesive Sure Skin Wound Contact Layer
	Películas de poliuretano semi-permeables	Eurothane Omiderm Opsite Tegaderm Ventex
	Apósitos de fijación	Fixomull Hypafix Mefix



Recomendaciones para la Práctica

Los apósitos primarios que siguen los principios de la cura húmeda de heridas, como los apósitos de hidrocoloides y de las películas de poliuretano semi-permeables, deberían usarse preferentemente frente a los apósitos de gasa engrasada en el manejo de zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial. (Nivel 1)

Conclusiones basadas en el Consenso

- La selección del apósito primario debería basarse en la evaluación de la posible cantidad de exudado.
- Los apósitos primarios deberían fijarse con vendajes compresivos durante al menos 24–48 horas.
- Si la zona donante muestra signos persistentes de infección, deberá comenzarse un tratamiento corto de antimicrobianos tópicos con un seguimiento frecuente.
- Los apósitos deberían mantenerse intactos, siempre que sea posible, hasta que puedan retirarse sin traumatismo del área.
- En caso de deterioro o goteo del apósito primario, y si la evaluación clínica no indica infección, el apósito deberá reforzarse.
- Si continúa el deterioro o goteo, el apósito primario deberá retirarse y deberá evaluarse la herida para ver si muestra signos clínicos de infección. Si no hay signos clínicos de infección el área deberá volver a vendarse con un apósito primario a elección.
- Las zonas donantes que han completado el cubrimiento epitelial deberán lavarse con cuidado y aplicar crema hidratante al menos dos veces al día.
- Deberá educarse a los pacientes para que eviten la exposición de la zona donante a los rayos UV. Si la exposición es inevitable deberán aplicarse cremas de alta protección solar con efecto pantalla.

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande

Traducción revisada por: Clara Juandó Prats

Bajo la coordinación del Centro Colaborador del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

- The Joanna Briggs Institute Margaret Graham Building Royal Adelaide Hospital, North Terrace South Australia 5000
<http://www.joannabriggs.edu.au>
ph:(+618)83034880
fax:(+618)83034881
- Published by Blackwell Publishing Asia

“The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of Best Practice summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded”.

This sheet should be cited as:
JBI, 2002 Split Skin Graft Donor Sites: Post Harvest Management, Best Practice Vol 6 Iss 2, Blackwell Publishing Asia, Australia.

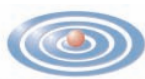
Referencias

1. Wiechula R, 2001 Post Harvest Management of Split Thickness Skin Graft Donor Sites. A Systematic Review No. 13, The Joanna Briggs Institute, Adelaide.
2. NHMRC, 1999, A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines, Canberra, NHMRC.

Agradecimientos

This information sheet was derived from a systematic review conducted by Rick Wiechula of The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. The review report and recommendations were reviewed by a multidisciplinary panel. In addition the Best Practice sheet has been peer reviewed by experts nominated by JBI collaborating centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong.

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA