

MICROINJERTOS AUTÓLOGOS EN SELLO: CONSENTIMIENTO INFORMADO E INFOGRAFÍA

AUTOLOGOUS PUNCH MICROGRAFTS: INFORMED CONSENT AND INFOGRAPHIC

Fecha de recepción: 01/06/2023
 Fecha de aceptación: 04/08/2023

Viejo-Fernández D, Pan-Pombo S, Sanluis-Martínez V. Microinjertos autólogos en sello: consentimiento informado e infografía. *Enferm Dermatol.* 2023; 17(49): e01-e07. DOI: 10.5281/zenodo.8239896

Sr. Director:

Hace unos meses tuvimos el placer de publicar nuestro estudio sobre injertos en sello en el Número 48 de la revista *Enfermería Dermatológica*⁽¹⁾. Dicha publicación muestra las características técnicas y la efectividad de la terapia avanzada con microinjertos autólogos en sello en las úlceras crónicas de la extremidad inferior, en base a las recomendaciones y experiencias documentadas. Desde entonces, varios/as lectores/as han contactado con nosotros/as para solicitar un modelo de consentimiento informado y una infografía sobre microinjertos autólogos en sello en úlceras crónicas de la extremidad inferior. Como no podría ser de otro modo, valoramos las solicitudes recibidas y aprovechamos la ocasión que nos brinda su excelente editorial para ampliar el anterior estudio con la información solicitada: Anexos I-III.

El **Anexo I** incluye el cuestionario "Aid to Capacity Evaluation" (ACE) porque es una herramienta fiable, factible, rápida y válida para evaluar de forma consistente la capacidad de consentimiento del paciente que precise dicha deliberación⁽²⁻⁴⁾. De este modo, la facultad de la persona para adoptar decisiones con autonomía puede evaluarse en la práctica clínica diaria para respetar el artículo 5 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO 2005)⁽²⁾.

El **Anexo II** incluye un "Consentimiento Informado" (CI) elaborado por los autores de la presente carta para que tengan a disposición en su práctica clínica diaria. Este CI cumple los criterios de evaluación⁽⁵⁾, respeta la normativa legal⁽⁶⁻⁸⁾ e incluye información veraz y comprensible⁽⁵⁾. No obstante, recomendamos a los profesionales sanitarios que informen y/o acrediten dicho CI en el comité de ética para la investigación (CEI) de referencia, previa utilización clínica^(9,10). Además, el CI facilitado incorpora (texto resaltado) la información estandarizada y la solicitud de autorización necesaria para la publicación de casos clínicos⁽¹¹⁾, una información que pueden eliminar o mantener para proteger la intimidad del paciente cuando utilicen sus datos de salud para fines distintos al asistencial. Recordando, como regla general, que al tratarse de un solo caso clínico no precisa necesariamente de un dictamen favorable del CEI de referencia, pues no es considerado un estudio de investigación al uso. Si es obligatorio tener cubierto el CI y la autorización del centro sanitario, previo al inicio de cualquier trabajo de investigación en el que sea necesario acceder a los datos de salud de una persona.

El **Anexo III** incluye una "Infografía" para facilitar la asimilación de conocimientos técnicos de manera sencilla, con el propósito de mejorar la metodología docente al divulgar el procedimiento y/o ampliar la información facilitada al paciente^(13,14). Dicha infografía pretende explicar de forma clara, concisa y visual la información más relevante sobre el procedimiento^(1,15): material necesario, selección de zona donante, técnica de obtención, preparación del lecho, curas y efectividad.

Desde estas líneas, animamos a los profesionales a actualizar su formación para la implementación de protocolos con terapias avanzadas con microinjertos autólogos en sello y el desarrollo de estudios con buena calidad metodológica. En definitiva, extender y profundizar sobre un tratamiento que ha demostrado que acelera el proceso de curación y epitelización de las lesiones con resistencia a la terapia convencional mediante un procedimiento sencillo, rápido, efectivo, anti-álgico, rentable y accesible.

Autores:  Daniel Viejo-Fernández⁽¹⁾,
 Susana Pan-Pombo⁽²⁾,
 Verónica Sanluis-Martínez⁽³⁾.

(1) Enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Centro de Salud Arteixo. A Coruña (España).

(2) Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Centro de Salud de O Temple, A Coruña (España).

(3) Residente en Enfermería Familiar y Comunitaria. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Centro de Salud Arteixo. A Coruña (España).

Contacto: dani.viejo_fernandez@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA:

1. Viejo-Fernández D, Pan-Pombo S, Sanluis-Martínez V. Características técnicas y efectividad de los microinjertos autólogos en sello en la cicatrización de úlceras de la extremidad inferior. *Revisión bibliográfica. Enferm Dermatol.* 2023; 17(48): e01-e7.
2. Junta de Castilla y León. Guía de consentimiento informado. Dirección general de planificación y ordenación. Valladolid: consejería de sanidad; 2006.
3. Moraleda Barba S, Ballesta Rodríguez MI, Delgado Quero AL, Lietor Villajos N, Moreno Corredor A, Delgado Rodríguez M. Adaptación y validación al español del cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE), para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas. *Aten Primaria.* 2015;47(3):149-57. doi: 10.1016/j.aprim.2014.05.005.

CARTAS AL DIRECTOR

4. Robert BS, Reculé JI, Prato JA. Evaluación de la capacidad del paciente para emitir un consentimiento válido: ¿es posible la estandarización? *Rev Med Chil.* 2016;144(10):1336-42.
5. Calle-Urra JE, Parra-Hidalgo P, Saturno-Hernández P, Fonseca-Miranda Y, Martínez-Martínez MJ. Evaluación y mejora de la calidad de los documentos de consentimiento informado en nueve hospitales del servicio murciano de salud. *Rev Esp Salud Pública* 2015;89: 307-19.
6. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102 (29 de abril de 1986).
7. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Boletín Oficial del Estado, número 251 (20 de octubre de 1999).
8. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, número 274 (15 de noviembre de 2002).
9. López-Picazo JJ, Tomás-García N, Calle-Urra JE, Parra-Hidalgo P, Valverde-Iniesta JJ. Introducción de un sistema de acreditación para los documentos de consentimiento informado hospitalario. *Rev Calid Asist.* 2015;30(2):55-63. doi: 10.1016/j.cali.2015.01.003.
10. Mariscal-Crespo MI, Coronado-Vázquez MV, Ramirez-Durán MV. Análisis global de la legibilidad de los documentos de consentimiento informado utilizados en los hospitales públicos de España. *Rev Calid Asist.* 2017;32(4):200-208. doi: 10.1016/j.cali.2017.01.003.
11. Del Río JC, Sastre Gervás I, Romero Yuste S. Hoja de información al paciente y consentimiento informado de casos clínicos y series de casos: propuesta de un modelo estandarizado para comunicaciones en congresos y otras publicaciones científicas. *Reumatol Clin.* 2018;14(4):215-223. doi: 10.1016/j.reuma.2018.07.001.
12. Sastre Gervás I, Cruz Del Río JM, Cal Purriños N, Bugarín González R. Aportes sobre el editorial: «Importancia de los Comités de Ética en la Investigación en Medicina de Familia». *Aten Primaria.* 2020;52(6):440-441. doi: 10.1016/j.aprim.2019.07.015.
13. Pérez MDM, Machado ATS, Rivalta YÁ, León AP de. Las imágenes digitales como medios de enseñanza en la docencia de las ciencias médicas. *Edumecentro.* 2016;8(1):1.
14. Sanz-Lorente M, Castejón-Bolea R. Infografías en las ciencias de la salud: aplicación al cuidado domiciliario. *Hosp Domic.* 2018;2(2):67-78.
15. Elenaconde.com. Página web: Elena Conde Montero; 2020. (Disponible en: <https://www.elenaconde.com/>). Dermatóloga dedicada a la cicatrización de heridas [Imágenes].

ANEXO I
INSTRUMENTO DE AYUDA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD (ACE)

INSTRUCCIONES PARA LA PUNTUACIÓN. El cuestionario consta de 8 dominios de evaluación. DOMINIOS 1–6. Si la persona responde bien las preguntas abiertas, puntúe “Sí”; si necesita reformular con preguntas cerradas, puntúe “Incierto”; si no puede responder, puntúe “No”. DOMINIO 7. Si la persona parece deprimida o psicótica, se debe decidir si su decisión se ve afectada por estas condiciones. En tal caso, utilice el dominio 7a o 7b, respectivamente.

| | | | | |
|---|---------------------------|-------------------------|--|-----------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | | | |
| 1. CAPAZ DE ENTENDER LA CONDICIÓN MÉDICA: | | Si [] | Incierto [] | No [] |
| PA ¿Qué problemas está teniendo Ud. en este momento? | | | | |
| PC ¿Tiene Ud. úlceras crónicas de la extremidad inferior? | | | | |
| 2. CAPAZ DE ENTENDER EL TRATAMIENTO PROPUESTO: | | Si [] | Incierto [] | No [] |
| PA ¿Cuál es el tratamiento para las úlceras crónicas de la extremidad inferior resistentes a la terapia convencional? | | | | |
| PC ¿Podría tratarse con microinjertos autólogos en sello? | | | | |
| 3. CAPAZ DE ENTENDER ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO PROPUESTO: | | Si [] | Incierto [] | No [] |
| PA ¿Hay algún otro tratamiento posible para las úlceras crónicas de la extremidad inferior? | | | | |
| PC ¿Podría ser sometido/recibir una terapia convencional mediante curas locales? | | | | |
| 4. OPCIÓN DE RECHAZAR EL TRATAMIENTO PROPUESTO: | | Si [] | Incierto [] | No [] |
| PA ¿Qué ocurriría si Ud. no estuviera de acuerdo con realizar el tratamiento propuesto? | | | | |
| PC ¿Se puede Ud. negar a tratarse con microinjertos autólogos en sello? | | | | |
| 5. CONSECUENCIAS DE ACEPTAR EL TRATAMIENTO PROPUESTO: | | Si [] | Incierto [] | No [] |
| PA ¿Qué le puede pasar si usted recibe el tratamiento con microinjertos autólogos en sello? | | | | |
| PC ¿Pueden los microinjertos autólogos en sello causar problemas o efectos secundarios? ¿Pueden ayudarle a vivir más? | | | | |
| 6. CONSECUENCIAS DE RECHAZAR EL TRATAMIENTO PROPUESTO: | | Si [] | Incierto [] | No [] |
| PA ¿Qué podría pasar si usted no recibe el tratamiento con microinjertos autólogos en sello? | | | | |
| PC ¿Podría usted enfermar o morir si no recibe el tratamiento con microinjertos autólogos en sello? | | | | |
| 7A. LA DECISIÓN DE LA PERSONA SE VE AFECTADA POR DEPRESIÓN: | | Si [] | Incierto [] | No [] |
| PA ¿Puede ayudarme a entender por qué ha decidido [aceptar / rechazar] el tratamiento? | | | | |
| PC ¿Siente que es castigado? ¿Cree que es mala persona? ¿Tiene alguna esperanza para el futuro? ¿Merece ser tratado? | | | | |
| 7B. LA DECISIÓN DE LA PERSONA SE VE AFECTADA POR LA PSICOSIS: | | Si [] | Incierto [] | No [] |
| PA ¿Puede ayudarme a entender por qué ha decidido [aceptar / rechazar] el tratamiento? | | | | |
| PC ¿Cree que alguien está tratando de perjudicarlo? ¿Usted confía en su médico? | | | | |
| IMPRESIÓN GENERAL | Definitivamente capaz [] | Probablemente capaz [] | Probablemente incapaz [] | Definitivamente incapaz [] |
| COMENTARIOS | | | | |
| TIEMPO NECESARIO | Minutos: _____ | FECHA Y HORA | Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Hora: ____ | |

PA: preguntas abiertas. **PC:** preguntas cerradas. **NOTA.** La puntuación “definitivamente incapaz” o “probablemente incapaz” debe considerar la presencia de causas tratables o reversibles y repetir la evaluación cuando estos factores sean eliminados. Con el resultado “probablemente capaz” o “probablemente incapaz” hay que tomar medidas adicionales y aclarar la situación.

Resumido de: Joint Centre for Bioethics. Aid To Capacity Evaluation (ACE) (en línea). Disponible en URL: <http://www.jointcentreforbioethics.ca/tools/documents/ace.pdf>

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS MEDIANTE AUTOINJERTO DE PIEL DE ESPESOR PARCIAL: MICROINJERTOS EN SELLO

HOSPITAL / CENTRO DE SALUD: _____

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

INSTRUCCIONES:

Este documento tiene por objeto ofrecer información sobre el tratamiento propuesto, junto con la alternativa terapéutica y la declaración de riesgos en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, este documento no debe considerarse como absoluto ni definitivo cuando define dicha información. Los responsables de la intervención pueden facilitar información adicional o diferente basada en su caso en particular y sujeta a cambios según el avance del conocimiento científico, la tecnología y la práctica clínica.

Es importante que lea toda la documentación entregada cuidadosamente y que conteste todas sus preguntas antes de firmar este consentimiento. Por favor, ponga sus iniciales en cada página indicando que las ha leído y firme el consentimiento para el tratamiento propuesto.

INFORMACIÓN GENERAL:

En muchas ocasiones las heridas crónicas se solucionan con curas locales, pero algunos casos precisan terapias de tratamiento avanzado para lograr la cicatrización de lesiones que tienen una evolución tórpida. Una de estas terapias de tratamiento avanzado son los autoinjertos de piel de espesor parcial con microinjertos autólogos en sello. Esta intervención pretende obtener la cobertura temporal o definitiva de lesiones cutáneas con un injerto de piel tomado de su propio muslo, procurando ocasionar el menor impacto estético. No obstante, a pesar de realizar una adecuada técnica y correcta intervención, se pueden presentar efectos indeseables comunes (infecciones, hemorragias, etc.) o condicionados por patologías concomitantes (diabetes, hipertensión, etc.).

TRATAMIENTO ALTERNATIVO:

Las formas alternativas de tratamiento consisten en continuar realizando curas locales repetidas y prolongadas en el tiempo. Estas curas pueden ser diferentes y conseguir la cicatrización en determinadas ocasiones.

RIESGOS DE LA INTERVENCIÓN:

Todo procedimiento invasivo implica un riesgo, por lo que es necesario que comprenda los riesgos asociados y los compare con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan complicaciones, usted debe discutir con el responsable de la intervención cada una de las posibles complicaciones y sus consecuencias. Las principales complicaciones por su probabilidad de ocurrencia son las siguientes:

- **HEMORRAGIA.** Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la intervención. El riesgo de sangrado es bajo, por lo que no es preciso suspender tratamientos anticoagulantes, pero antes de realizar la intervención es importante confirmar que los pacientes anticoagulados tienen buen control (INR en rango terapéutico esperado).
- **INFECCIÓN.** La infección es infrecuente, pero puede ocurrir después de esta intervención, y su tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.
- **SENSIBILIDAD.** La zona receptora puede tener una disminución o pérdida de la sensibilidad. La zona donante puede sufrir una lesión en los nervios y alterar la sensibilidad por un tiempo variable, dependiendo de la lesión.
- **CICATRIZ.** En la mayoría de los casos la zona donante y la zona receptora no llegarán a ser como la piel original, pero su aspecto mejorará con el tiempo. Pueden producirse cicatrizaciones anormales, aunque la ocurrencia de este hecho es impredecible: lesiones poco estéticas, excesiva firmeza-dureza de la piel y/o lesiones con una coloración diferente a la piel circundante.
- **RECUPERACIÓN LENTA.** Es posible que haya una alteración de la herida o un retraso en la recuperación de la misma. Ciertas áreas pueden cicatrizar de manera anormal o lenta, requiriendo cambios de cura y/o reintervención.
- **PÉRDIDA PARCIAL O TOTAL DEL INJERTO.** Hay distintos factores que pueden ocasionar que los microinjertos de piel no se adhieran a la zona receptora. Si esto ocurre puede ser necesario una nueva intervención.
- **REACCIONES ALÉRGICAS.** Las posibles reacciones alérgicas a materiales y/o tratamientos tópicos aplicados pueden requerir tratamientos adicionales.

- ANESTESIA. La anestesia local implica un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e, incluso, muerte al utilizar cualquier anestésico.
- OTRAS. Consulte con el profesional responsable de la intervención acerca de las complicaciones propias de la zona donante elegida u otras dudas.

NECESIDAD DE TRATAMIENTOS ADICIONALES:

Los resultados esperados son buenos, pero no hay una garantía explícita o implícita sobre los resultados que puedan obtenerse finalmente. Además, pueden surgir complicaciones que precisen intervenciones o tratamientos adicionales para tratar de reparar los daños ocasionados.

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO Y PUBLICACIÓN DE DATOS DE SALUD:

Este apartado pretende solicitar su autorización para recoger información sobre el tratamiento propuesto. Su decisión es completamente voluntaria. Si decide autorizar, debe recibir información personalizada del profesional solicitante y hacerle todas las preguntas que precise. Si decide no autorizar, le aseguramos que su decisión no afectará a la relación con el profesional solicitante ni a la asistencia sanitaria a la que tiene derecho.

- ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTA PETICIÓN? Exponer su problema de salud y tratamiento como “caso clínico” a la comunidad científica, con la finalidad de dar a conocer cómo ha sido tratado y cómo ha evolucionado. Esta información podría ser de utilidad para otras personas con un problema de salud similar.
- ¿QUÉ ME ESTÁN SOLICITANDO? Autorización para recoger información de su historia clínica y realizar una publicación científica. La información que queremos recoger incluye: antecedentes, diagnósticos, tratamientos.
- ¿OBTENDRÉ ALGÚN BENEFICIO O INCONVENIENTE? No se espera que usted obtenga ningún beneficio ni se exponga a ningún riesgo.
- ¿PUBLICARÁN DATOS DEL CASO CLÍNICO? Sí, en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud, pero no se transmitirán datos de carácter personal. Si es de su interés, se le facilitará la publicación.
- ¿CÓMO PROTEGERÁN LA CONFIDENCIALIDAD? La obtención, tratamiento, conservación, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679) y la normativa española sobre protección de datos de carácter personal. Solamente los autores de la publicación tendrán acceso a todos sus datos, que se recogerán anonimizados, es decir, sin datos de carácter personal. Aun así, no podemos garantizar que alguien le identifique en la publicación.
- ¿PUEDO CAMBIAR DE OPINIÓN? Sí, puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones. Pero una vez que el caso clínico haya sido aceptado para su publicación no será posible cambiar de parecer.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y PUBLICACIÓN DE DATOS

Doy mi consentimiento para realizar el tratamiento propuesto y para todos los puntos que a continuación marcaré con una X al inicio de los mismos:

1. Con la presente, autorizo a _____ y los asistentes que seleccione, para desempeñar el siguiente tratamiento: *Consentimiento informado para el tratamiento de heridas crónicas mediante autoinjerto de piel de espesor parcial: microinjertos en sello*
2. Soy consciente de que durante el tratamiento pueden surgir diversos imprevistos que requieran intervenciones diferentes a las mencionadas, por lo tanto, autorizo al responsable de la intervención y a sus asistentes para que realicen las operaciones que, para su juicio profesional, sean necesarias. La autoridad otorgada en este párrafo incluirá todas las condiciones que requieran tratamiento y que el responsable de la intervención desconozca en el momento de empezar la operación.
3. Autorizo la administración de la anestesia que consideren aconsejable. Entiendo que todas las formas de anestesia implican un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y, algunas veces, la muerte.
4. Reconozco que no se me ha dado garantía alguna por parte de ninguna persona con respecto a los resultados que se puedan obtener.
5. **Doy consentimiento para el acceso y la publicación de datos de salud, incluyendo las porciones apropiadas de mi cuerpo fotografiadas o grabadas, siempre y cuando se respeten las condiciones anteriormente expuestas.**
6. Se me ha explicado de manera que yo entienda lo siguiente:
 - o El tratamiento arriba mencionado al cual me someteré.
 - o Los tratamientos alternativos disponibles.
 - o Los riesgos del tratamiento propuesto.

CARTAS AL DIRECTOR

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Don/Doña _____ mayor de edad, con domicilio en _____, DNI N° _____ y nacido/a el ____ de _____ del _____, en pleno uso de mis facultades mentales, en calidad de paciente, manifiesto:

Don/Doña _____ mayor de edad, con domicilio en _____, DNI N° _____ y nacido/a el ____ de _____ del _____, en pleno uso de mis facultades mentales, en calidad de _____, manifiesto:

(Nombre y apellidos del representante legal: _____)

Que el responsable de la intervención: _____, ha explicado que es posible/conveniente, debido al diagnóstico/evolución, la realización del tratamiento de heridas crónicas con autoinjerto de piel de espesor parcial (microinjertos en sello) sobre el cual he sido informado. Así mismo, he comprendido los beneficios, riesgos o complicaciones que tiene.

Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión, DOY MI CONSENTIMIENTO para voluntaria y libremente realizarme el tratamiento de heridas crónicas con autoinjerto de piel de espesor parcial (microinjertos en sello) sobre el cual he sido informado.

Fecha: ____ de _____ del 20__; a las ____ horas

Fdo. _____
Paciente o persona autorizada

Fdo. _____
Responsable de la intervención

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Don/Doña _____ mayor de edad, con domicilio en _____, DNI N° _____ y nacido/a el ____ de _____ del _____, en pleno uso de mis facultades mentales, en calidad de paciente, manifiesto:

Don/Doña _____ mayor de edad, con domicilio en _____, DNI N° _____ y nacido/a el ____ de _____ del _____, en pleno uso de mis facultades mentales, en calidad de _____, manifiesto:

(Nombre y apellidos del representante legal: _____)

De forma libre y consciente he decidido revocar el consentimiento firmado en _____ a fecha de ____ de _____ del 20__, a las ____ horas, para realizar el tratamiento de heridas crónicas con autoinjerto de piel de espesor parcial (microinjertos en sello) y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para mi salud.

Fecha: ____ de _____ del 20__; a las ____ horas

Fdo. _____
Paciente o persona autorizada

Fdo. _____
Responsable de la intervención

ANEXO III
INFOGRAFÍA: MICROINJERTOS EN SELLO

1 ¿QUÉ SON?

FRAGMENTOS DERMO-EPIDÉRMICOS QUE SE OBTIENEN TRAS ANESTESIAR DE MANERA LOCAL LA ZONA DONANTE



MATERIAL



2 ¿CUÁNDO SE USAN?

EN LESIONES QUE NO EVOLUCIONAN FAVORABLEMENTE Y NECESITAN TERAPIAS AVANZADAS

LECHO INJERTABLE

TEJIDO GRANULACIÓN
HERIDA SUPERFICIAL
CONTROL EXUDADO/CARGA BACTERIANA

3 ZONA DONANTE

CORTAR FRAGMENTOS DE PIEL, SABIENDO QUE ESTAMOS EN LA PROFUNDIDAD ADECUADA CUANDO ENCONTREMOS EN LA BASE DEL CORTE UN SANGRADO PUNTIFORME

REGIÓN DONANTE
ZONA ANTERO-EXTERNA DEL MUSLO IPSE-LESIONAL

Cura: alginato cálcico + apósito adhesivo de tejido sin tejer. Esperando a que caiga. Cuando presenten costras, cremas reparadoras con ácido hialurónico u óxido de zinc.

1. Corte con sangrado puntiforme.



2. Efecto "costra"



4 ZONA RECEPTORA

IDEAL: UN LECHO ÓPTIMO CON TEJIDO DE GRANULACIÓN Y EXUDADO CONTROLADO. SI NO ES POSIBLE CONSEGUIRLO PUEDEN INJERTARSE LECHOS SUBÓPTIMOS.

3. Lecho óptimo.



4. Lecho subóptimo.



Cura: óxido de zinc (bordes) + interfase lípido-coloidal inhibidora de metaloproteinasas + alginato + apósito de espuma de poliuretano+ vendaje compresivo.

5. Disposición en mosaico ±2mm.



6. Óxido de zinc.



7. Individualizar tratamiento



8. Espaciar curas.



REPOSO RELATIVO LOS ±4 DÍAS. EVITAR LIMPIAR EL CONTENIDO GELIFICADO Y/O COSTRAS.

EPITELIZAN EL ±65% DE LAS ÚLCERAS CRÓNICAS DE EXTREMIDAD INFERIOR RESISTENTES A LA TERAPIA CONVENCIONAL EN MENOS DE ±8 MESES. EFICIENTE, DISPONIBILIDAD INMEDIATA Y SENCILLEZ QUE PERMITE SU REALIZACIÓN EN AP.

