

Título: ZONAS CRUENTAS

Autor

Dr. José Cairos Báez.
Especialista 2º Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Profesor Auxiliar.

Dra. Heizel Escobar Vega
Especialista de 1er. Grado en Cirugía Plástica y Caumatología.
Instructora, Máster en Urgencias Médicas.

Servicio de Cirugía Reconstructiva y Caumatología.

Email: cplástica@hha.sld.cu

Introducción

La pérdida de tejidos cutáneos, musculares, óseos y de otras estructuras (zonas cruentas) se ha convertido en una patología de difícil manejo para los servicios de cirugía plástica en el mundo y en nuestro país. El desarrollo tecnológico alcanzado en esferas del transporte y la industria ha aumentado considerable el número de accidentes. Unido a ello, el envejecimiento de la población mundial y el incremento de las tasas de morbilidad del cáncer y su tratamiento quirúrgico también han determinado un aumento en la aparición de zonas cruentas como secuelas de los tratamientos aplicados, correspondiendo. La reconstrucción de estas zonas cruentas corresponde a centros de tercer nivel de atención.

Según datos reportados por las estadísticas del Ministerio de Salud Pública de Cuba la mortalidad por accidentes ocupan el 5º lugar según causas reportadas en el 2016. A su vez, del total de ingresos de las patologías admitidas en nuestro servicio, 28 % representan las zonas cruentas con pérdidas de tejidos o sus

secuelas que posteriormente demandaron al cirujano reconstruir estos defectos, para restaurar su forma y función con garantías de éxito.

Entre las lesiones cruentas tratadas se encuentran:

- Úlceras por presión (UPP)
- Perdidas de tejidos por resecciones oncológicas, post quirúrgicas o post traumas, con pérdidas o no de las funciones articulares y alteraciones estéticas de la imagen corporal.

Objetivos

- Reparar defectos congénitos o adquiridos (postraumáticos, oncológicos, postquirúrgicos, secuelas de quemaduras, entre otros) en diferentes regiones del cuerpo mediante el empleo de colgajos pediculados o micro vascularizados.
- Evaluar los criterios para el empleo de cada colgajo de acuerdo a sus aplicaciones por región anatómica y por patología a tratar.
- Reducir la estadía hospitalaria mediante la aplicación de estas técnicas.
- Lograr una cobertura estable de los defectos tratados (oncológicos, traumáticos o secuelas de quemaduras) con el uso de los colgajos.
- Reducir los costos hospitalarios.

Desarrollo

PROCESO ASISTENCIAL

Las zonas cruentas tratadas tienen diferentes localización tamaño y profundidad, y se puede presentar con exposición de estructuras anatómicas, tales como tendón, nervios y articulaciones.

El diagnóstico se realiza teniendo en cuenta la profundidad, con o sin pérdidas de tejidos (TCS, músculo, hueso). Cuya etiología puede ser variada, entre las que se encuentran : los traumatismos , las úlceras por presión y las lesiones post quirúrgicas entre las primeras causas.

Clasificación:

Grado 1 lesiones que interesan la piel.

Grado 2 lesiones que interesan piel, TCS.

Grado 3 lesiones que interesan piel, TCS, y que pueden interesar algunas de las siguientes estructuras, nervios, tendones o exposición ósea con o sin fracturas.

Tratamiento

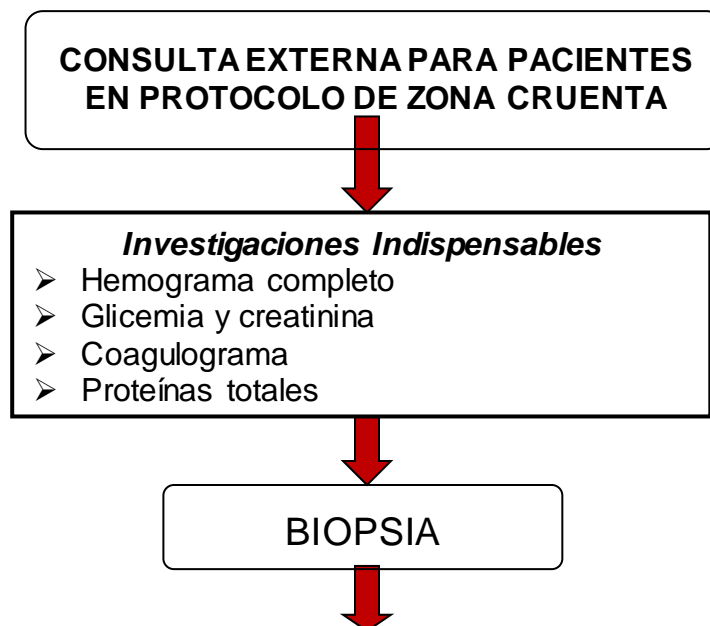
Para las zonas cruentas con tejido de granulación no útil se realizara curas locales diarias, cultivos de secreciones , exéresis de tejidos necroticos y uso de cremas necrolíticas según criterio médico. En casos de exposición de tendones nervios o articulaciones, se cubren las mismas con abundantes pomadas antibióticas, y cobertura de gasas o apósitos biológicos si están

disponibles , hasta la cobertura definitiva, que se logra con los diferentes procedimientos quirúrgicos.

La definición de cuando debe realizarse el proceder quirúrgico definitivo es muy importante y está relacionado con el éxito de la intervención, donde las características del tejido de granulación útil (rojo, brillante, gránulos finos, poco sangrado), unido a cultivo cuantitativo inferior a 100 000 colonias por gramo de tejido, ausencia de esfacelos, tejido necrotico y osteomielitis, unido al estado general favorable del paciente deciden el momento para la intervención.

El tratamiento quirúrgico varia desde los auto injertos de piel , hasta los colgajos locales o a distancia, incluyendo los microvascularizados, siempre planificados por el cirujano en el preoperatorio,

ALGORITMO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ZONAS CRUENTAS



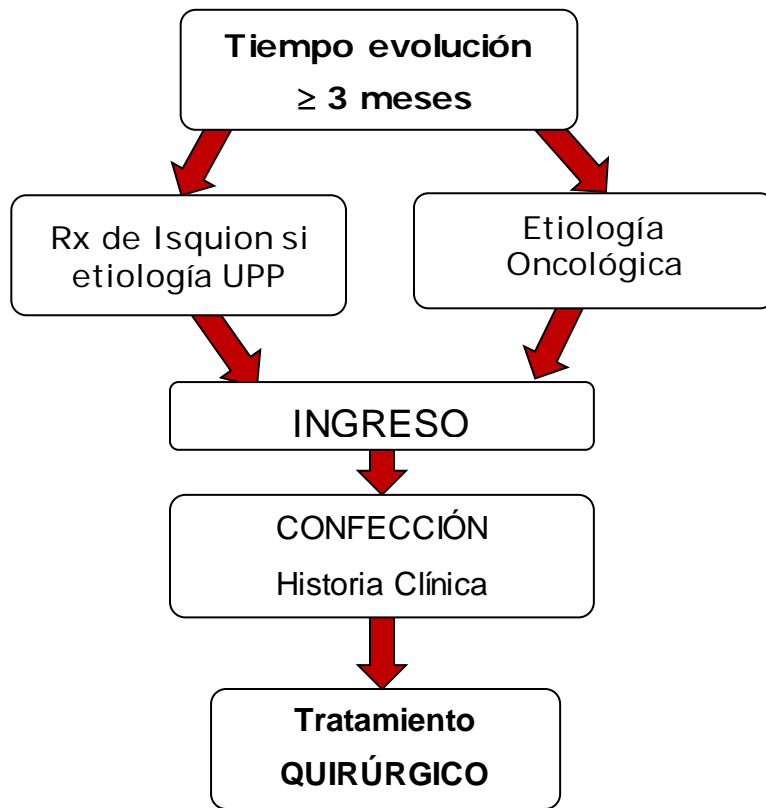
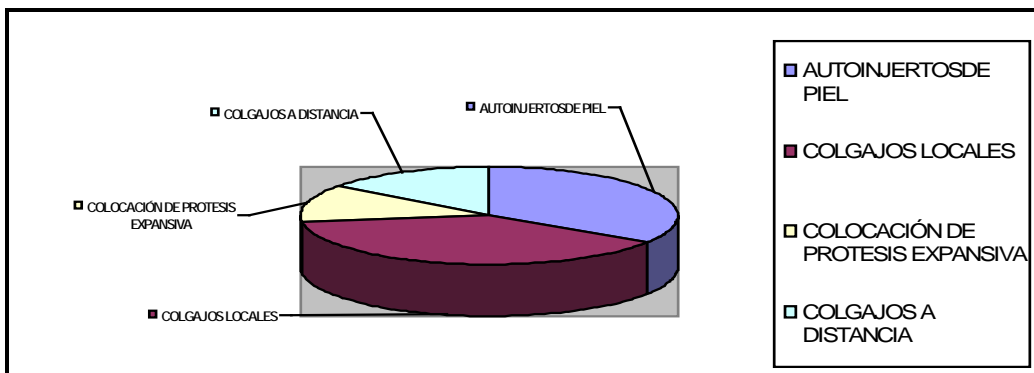


Gráfico N° 1. Tratamiento quirúrgico empleado en la solución de zonas cruentas.



Fuente : Base Datos de protocolización. Servicio de CRQ, HHA.

INDICADORES

Indicadores de Estructura	Estándar
Recursos humanos	-
% de personal calificado por categoría relacionado con el PA	100%
Recursos materiales	
% de disponibilidad de equipos médicos básicos	100%
% de disponibilidad de prótesis	100%
% de disponibilidad del instrumental	100%
% de cumplimiento del salón de operaciones	100%
Recursos organizativos	
% de planillas para la recogida de datos	100%
% de planillas en base de datos electrónica	100%
Indicadores de Procesos	Estándar
% de pacientes diagnosticados en el centro vistos en consulta central de policlínico	100%
% de pacientes con ingreso el día antes de la intervención quirúrgica	100%
% pacientes que ingresan al Servicio con el diagnóstico según PA	98%
Procesos relacionados con el Diagnóstico :	
% de diagnóstico según criterio de PA relacionados al alta	100%
% de cumplimiento de la estadía	>95%
% de evoluciones a ser realizadas y planificadas	100%
% de pacientes para ser seguidos por lo establecido en el PA	100%

% de HCL(Hospitalaria) disponible para obtener información	100%
Indicadores de Resultados	Estándar
% de cumplimiento exitoso de la conducta quirúrgica realizada	100%
% de pacientes con buen peso / talla en el postoperatorio	100%
% de resultados estéticos y funcionales satisfactorios, según plan	100%
% de rehabilitación funcional lograda	100%
% de mortalidad post operatoria	0%

Bibliografía

Alfonso Coto Juan Carlos, (2017) Cirugía reconstructiva de las úlceras por presión, Rev Cub INOR; 46(3).

Barker Anna Lucia, (2013) Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study, Inter Wound J; 10: 313 – 320.

Cheon Young-Woo, (2010) Gluteal artery perforator flap: a viable alternative for sacral radiation ulcer and osteoradionecrosis, J Plastic Reconst Aesthetic Surg, 63: 642 – 647.

Erba P., (2010) Silicone moulding for pressure sore debridement, J Plastic Reconst Aesthetic Surg; 63: 550 – 553.

He Jinguang, (2012). Treatment of complex ischial pressure sores with free partial lateral latissimus dorsi musculocutaneous flaps in paraplegic patients, J Plastic Reconst Aesthetic Surg, 65: 634 – 639.

Keys Kari A. (2010) Multivariate predictors of failure after flap coverage of pressure ulcers, *plastic and reconstructive surgery*; 125 (6): 1725 – 1734.

Kua E. H. J., (2011) The island pedicled anterolateral thigh flap via the lateral subcutaneous tunnel for recurrent ischial ulcers, *J Plastic Reconst Aesthetic Surg*; 64: e21 – e23.

Larson David L. (2012) Protocol management of late-stage pressure ulcers: a 5-year retrospective study of 101 consecutive patients with 179 ulcers, *Plastic Reconst Surg*; 129(4): 897 – 904.

Lee Hyuck-Jae, (2011) Perforator- based bilobed flaps in patients with a sacral sore: application of a schematic design, *J Plastic Reconst Aesthetic Surg*; 64: 790 – 795.

Lewis Giavonni M, (2012) Pressure ulcers and risk assessment in severe burns, *J Burn Care Research*; 33 (5): 619 – 623.

Mehta Anupama, (2012) Biplanar flap reconstruction for pressure ulcers: experience in patients with immobility from chronic spinal cord injuries, *Am J Surg*; 203 (3): 303 – 307.

Orgill Dennis P. (2011) Update on negative-pressure wound therapy, *Plastic Reconst Surg* 127(1S): 105S-115S.

Perdomo Díaz Harold Alberto (2015) Tratamiento quirúrgico de Ulceras por presión. Trabajo de Terminación de la Residencia “Hospital C. Q. “Hermanos Ameijeiras”, 2013-2015.

Remaley Trey, (2010) Pressure ulcers in orthopaedics, Review Article; 18 (9): 568 – 575.

Thiessen Filip E (2011) Flap surgery for pressure sores: Should the underlying muscle be transferred or not? J Plastic Reconst Aesthetic Surg; page 84 – 90.

Ting-Yuan Cheng Paul, (2013) Modified total thigh musculocutaneous flap: “operation of last resort” for massive pressure ulcers, J Plastic Reconst Aesthetic Surg, 68: 1 – 4.

Wang Chih-Hsin, (2011) Reconstruction of trochanteric pressure sores with pedicled anterolateral thigh myocutaneous flaps, J Plastic Reconst Aesthetic Surg, 64: 671 – 676.