

Fecha: ABRIL 2015

Consulta nº 28:

¿Es recomendable el desbridamiento enzimático o quirúrgico en úlceras necróticas secas en el talón?

Respuesta:

Se han encontrado en la búsqueda 4 Guías de Práctica Clínica (GPC) y un documento técnico que hacen recomendaciones sobre el desbridamiento de heridas necrosadas. Recomiendan que para la selección del método de desbridamiento de la úlcera, previamente se debe valorar individualmente la situación de la herida, estado del paciente, capacidad del profesional, etc. Indican que pudiera ser apropiado utilizar más de un método de desbridamiento asociado. No depende de la zona anatómica la elección de método de desbridamiento.

Una GPC ⁽¹⁾ para el tratamiento de las Úlceras Por Presión (UPP), con respecto a la preparación del lecho de la herida de la UPP y del desbridamiento, sin especificar zona anatómica, recomienda:

Desbridar inicialmente para eliminar el tejido necrótico, la excesiva carga bacteriana, y el exceso de células muertas y senescentes. Siendo necesario el desbridamiento de mantenimiento para proteger el lecho de la herida de forma que se de la curación. El tejido necrótico, la carga bacteriana excesiva, las células senescentes, y los restos celulares inhiben la cicatrización de las heridas.

Se puede elegir entre diversos métodos de desbridamiento: quirúrgico/cortante profundo, mecánico, enzimático y autolítico. Puede ser apropiado utilizar más de un método de desbridamiento. (Nivel I) ^(*) El método elegido puede depender de la situación de la herida, la capacidad del profesional, la condición general del paciente, y las licencias profesionales.

Sobre el desbridamiento quirúrgico (DQ) indica que implica el uso de

instrumentos (tijeras, escalpelos, fórceps) o láser para eliminar el tejido necrótico de la herida. El DQ está indicado cuando el objetivo es lograr la eliminación rápida y eficaz de grandes cantidades de tejido necrótico y se debe realizar en quirófano. Está contraindicado cuando: no hay experiencia en esta técnica, si la herida tiene un aporte vascular insuficiente y hay ausencia de cobertura antibacteriana sistémica para la prevención de la sepsis sistémica. Una contraindicación son los trastornos de sangrado o terapia de anticoagulación.

En cuanto al desbridamiento enzimático (DE), señala que se logra mediante la aplicación tópica de enzimas exógenas en la superficie de la herida para eliminar el tejido necrótico.

Una GPC ⁽²⁾ posterior para la prevención y tratamiento de las UPP, con respecto al desbridamiento hace las siguientes recomendaciones:

- Desbridar el tejido desvitalizado de las UPP si es apropiado para la condición del individuo y coherente con los objetivos generales de los cuidados.
- Seleccionar el método(s) más adecuado según: condición del paciente, objetivos de los cuidados, estado de la úlcera y zona circundante, tipo, cantidad y localización de tejido necrótico, ámbito de la atención, y accesibilidad/capacidad del profesional.
- Utilizar un método de desbridamiento mecánico, autolítico, enzimático, y/o bioquirúrgicos cuando no hay necesidad clínica urgente de drenaje o eliminación de tejido necrótico.
- Realizar el DQ/cortante en presencia de celulitis avanzada, crepitación, fluctuación, y/o sepsis secundaria a infección por la úlcera. Debe ser realizado por profesionales competentes, cualificados, autorizados y especialmente entrenados en consonancia con la legislación local y utilizando instrumentos estériles.
- Utilizar DQ/cortante con precaución en presencia de: incompetencia inmunológica, suministro vascular de las extremidades comprometido, falta de cobertura antibacteriana para sepsis sistémica. Contraindicaciones: terapia anticoagulante y trastornos hemorrágicos.

- Derivar a evaluación quirúrgica a los individuos con UPP de Categoría/Estadio III o IV con el tejido socavado, tunelado, con fístulas y/o tejido necrótico muy extendido y que no se ha podido eliminar fácilmente por otros métodos de desbridamiento.
- Controlar el dolor asociado al desbridamiento.
- Realizar una evaluación vascular profunda antes del desbridamiento de las UPP de las extremidades inferiores (por ejemplo, descartar la insuficiencia arterial).
- No desbridar las UPP de los miembros isquémicos cuando están estables, con costra dura y seca, entonces hay que:
 - Evaluar la herida a diario en busca de signos de infección: eritema, dolor, edema, purulencia, fluctuación, crepitación y/o mal olor.
 - Consultar con urgencia al cirujano vascular cuando se presentan los síntomas anteriores.
 - Desbridar urgentemente ante la presencia de estos síntomas, si se ajusta a los deseos del individuo y a los objetivos generales de los cuidados
 - Llevar a cabo el desbridamiento de mantenimiento en una UPP crónica hasta que el lecho de la herida está cubierta con tejido de granulación y libre de tejido necrótico.

Todas las recomendaciones referidas al desbridamiento tienen un Nivel de evidencia C. (*)

Otras dos GPC, una para el tratamiento y manejo de las úlceras relacionadas con pie diabéticos ⁽⁴⁾ y la otra para las úlceras venosas en piernas (UVP) ⁽⁵⁾, también indican que el desbridamiento es un componente esencial de la preparación del lecho de la herida porque: elimina el tejido no viable, permite examen exhaustivo de la herida y evaluación del tamaño real de la herida, tiene el potencial de convertir una herida crónica en herida aguda y reduce la presión local sobre la úlcera. Se requiere DQ/ cortante quirúrgico para la gestión del tejido necrótico profundo, gangrena, recogida del drenaje, infecciones profundas o cuando el dolor requiere el uso de un anestésico. El desbridamiento cortante no quirúrgico se requiere generalmente durante 1-2 semanas para eliminar el tejido no viable, incluido el desbridamiento de la zona circundante. El desbridamiento no cortante (enzimático, autolítico y biológico)

se puede utilizar como un complemento del quirúrgico y puede ser especialmente útil para despegar la escara, o cuando el desbridamiento quirúrgico sobrepasa los límites de dolor.

En presencia de enfermedad arterial periférica, el desbridamiento potencialmente podría crear una herida que tarde más en curar, por lo tanto, previamente se debe evaluar la posibilidad de problemas vasculares. Una excepción es el absceso, que requiere de un drenaje inmediato para reducir la presión de los tejidos, controlar la infección y prevenir la pérdida de tejido.

Con respecto a las UVP la GPC (5) señala que los agentes de desbridamiento enzimático no tienen ningún efecto en la promoción de la curación de las UVP (Grado C)^(*), por lo que se deben considerar otros métodos de desbridamiento para preparar el lecho de la úlcera. (Consenso)^(*)

Un documento técnico ⁽³⁾ sobre desbridamiento de las UPP y otras heridas crónicas del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) indica que, en las UPP localizadas en los talones, que presentan una necrosis seca (escara) sin edema, eritema, fluctuación o drenaje, puede no ser necesario su desbridamiento inmediato. Debe someterse a vigilancia continua. Si en algún momento apareciesen los signos anteriormente descritos habría que iniciar el desbridamiento. Esta es una excepción a la recomendación de que toda escara debe ser desbridada.

Entre las consideraciones generales antes de iniciar el desbridamiento de las UPP señala que se debe tener en cuenta: los objetivos globales del cuidado del paciente (valorarlo en su conjunto), haciendo una consideración especial en el paciente en situación terminal; control del dolor (considerar pauta analgésica); valorar vascularización del área lesionada por medios clínicos (pulsos, color, temperatura, etc.) y/o instrumentales; prestar especial atención a determinadas áreas anatómicas (dedos, manos, mucosas, tendones expuestos, cara, genitales, etc.), que precisan de especial cuidado a la hora de seleccionar el método de desbridamiento; valorar riesgos/beneficios a la hora de seleccionar el método.

Para elegir el método de desbridamiento se debe valorar: rapidez en la eliminación del tejido desvitalizado; presencia de carga bacteriana; características del tejido a desbridar así como de la piel perilesional;

profundidad y localización del tejido a eliminar; porcentaje de tejido desvitalizado; cantidad de exudado; dolor; alteraciones de la coagulación; selectividad del método de desbridamiento a los tejidos; y coste del procedimiento.

Con respecto al DQ, señala que está indicado ante: escaras gruesas, muy adheridas, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, muy exudativas, de localizaciones especiales, y con signos de celulitis o sepsis. En osteomielitis del pie diabético y fascitis plantar puede ser un método adecuado.

Se realiza en quirófano.

Requiere conocimientos, habilidades, destreza y consentimiento informado del paciente. De coste elevado, el uso y beneficio está basado únicamente en opiniones de expertos.

Existe otro tipo de desbridamiento, el cortante, que lo realiza la enfermera a pie de cama con instrumental y técnica estéril. Indicado en tejido necrótico desvitalizado o zonas hiperqueratósicas, seco o con exudado abundante, con sospecha de elevada carga bacteriana, o signos clínicos de infección o celulitis, que no están localizadas en áreas anatómicas descritas de especial atención. Sus principales problemas: dolor, riesgo de sangrado, posibilidad de introducir bacterias en tejidos profundos y estrés para el paciente. El uso y beneficio también está basado únicamente en opiniones de expertos.

En cuanto al DE, señala que es un método selectivo que actúa en un tiempo menor que los métodos autolíticos y mayor que el cortante, siendo combinable con otros métodos. Este método parece ser mas rentable (coste/efectivo) que el autolítico y el mecánico con gasa seca. Hay que tener en cuenta que su acción puede ser neutralizada si entra en contacto con algunas soluciones jabonosas, metales pesados y algunos antisépticos. Existen evidencias científicas que indican que la colagenasa (la enzima mas utilizada) favorece el desbridamiento y el crecimiento del tejido de granulación.

(*) Ver Niveles de Evidencias y Grados de Recomendación en la GPC correspondiente

Referencias (5):

1. Whitney J, Phillips L, Aslam R, Barbul A, Gottrup F, Gould L, Robson MC, Rodeheaver G, Thomas D, Stotts N. Guidelines for the treatment of pressure ulcers. Wound Repair Regen. 2006 Nov-Dec;14(6):663-79. [\[Texto Completo\]](#) [Consulta: 28/01/2014]

2. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer treatment recommendations. In: Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington (DC): National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. p. 51-120. [432 references] [\[Texto Completo\]](#) [Consulta: 28/01/2014]
3. Shan M Bergin, Joel M Gurr, Bernard P Allard, Emma L Holland, Mark W Horsley, Maarten C Kamp, Peter A Lazzarini, Vanessa L Nube, Ashim K Sinha, Jason T Warnock, Jan B Alford and Paul R Wraight Australian Diabetes Foot Network: management of diabetes-related foot ulceration: a clinical update. Med J Aust 2012; 197 (4): 226-229 [\[Texto Completo\]](#) [Consulta: 28/01/2014]
4. Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers. New Zealand Guidelines Group. 2011 [\[Texto Completo\]](#) [Consulta: 28/01/2014]
5. Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Documento técnico nº IX. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Abril-2005. (Leído el 27 de enero de 2014 en www.gneaupp.es) [\[Texto Completo\]](#) [Consulta: 28/01/2014]