

DESBRIDAMIENTO AUTOLÍTICO INDOLORO EN 250 HERIDAS CRÓNICAS CON APÓSITOS DE MEMBRANA POLIMÉRICA*



Charalambos Agathangelou, doctor en Medicina, doctor en Gerontología,
ARITI centro de asistencia tutelada, rehabilitación y tratamiento de heridas, Dhali, Nicosia, Chipre

Introducción

Hay varios tipos de desbridamiento disponibles para los profesionales sanitarios, pero la decisión de limpiar las heridas se basa en el principio de que se necesita mejorar y acelerar la curación. Muchas úlceras crónicas están cubiertas con esfacelos o tejido necrótico, y tratarlas es muy doloroso y difícil, porque no existe un protocolo establecido que se pueda seguir con todos los pacientes. A menudo se necesita limpiar este tipo de heridas más de una vez. Nos hemos percatado de que, tras una limpieza quirúrgica intensa inicial, algunas heridas volvían a presentar tejido necrótico en 24 horas. Para tratar las heridas con éxito y de la mejor manera se necesita un plan que se ajuste a la herida, a las características del paciente, y a los recursos disponibles; ya que una delgada línea separa la limpieza beneficiosa de la nociva.

En los últimos 10 años hemos tratado estos tipos de úlceras con apósitos de membrana polimérica* (AMP) debido a sus singularidades.

Los AMP contienen un agente tensioactivo, un copolímero de almidón superabsorbente y glicerol, que actúan sinérgicamente para favorecer una cicatrización rápida y una reducción de la inflamación. Estos apósitos también facilitan el desbridamiento autolítico ya que suavizan la unión entre el tejido necrótico y el tejido de granulación sano.

Mujer de 96 años con Alzheimer y una gran úlcera de decúbito. Se le realizó una limpieza quirúrgica parcial en el hospital antes de ser ingresada en nuestro centro. Debido a la abundante hemorragia hubo que detener el desbridamiento quirúrgico. Tomaba antibióticos, levofloxacino y amoxicilina.



Día 1
Se utilizó el AMP como un agente de limpieza quirúrgica. La herida estaba tapada con un AMP grueso. Humedecimos el AMP en la parte sobre el tejido necrótico para mejorar el proceso de desbridamiento.



Día 2
Durante los cambios de apósitos, se frota suavemente sobre el tejido necrótico en círculos para acompañar el desbridamiento autolítico con un suave desbridamiento mecánico. Se usó un colchón específico para aliviar la presión y se cambiaba de posición a la paciente cada 2 horas.



Día 12
El desbridamiento autolítico continuo y la consecuente curación son evidentes. El glicerol presente en los AMP mantiene un equilibrio de humedad ideal para la cicatrización, el apósito absorbe el exudado y evita que la zona circundante a la herida macere, también reduce la tensión entre las superficies de tejido sano y el desvitalizado, no se adhiere al lecho de la herida, y la protege frente a traumatismos.

Paciente de 83 años con diabetes de tipo I, arteriopatía periférica y que seguía diálisis, llegó a nuestra clínica para recibir cuidados paliativos. Tenía una dolorosa herida en el tobillo que había permanecido abierta 9 meses. Debido a su estado clínico no se le podía realizar una angioplastia. Se quejaba de un dolor fortísimo y había pasado muchas noches sin dormir. Al principio se usaron gasas secas y húmedas para limpiar la herida, sin éxito.



21 de enero
En el examen, la herida provocaba dolor, 10 de 10, y estaba cubierta con esfacelos amarillos que no podían retirarse con desbridamiento quirúrgico debido a una oclusión arterial. Se usaron AMP para aliviar el dolor y facilitar el desbridamiento autolítico. Se le proporcionaba analgesia cada 4 horas.



12 de febrero
El dolor se redujo de un 10 a un 6, probablemente debido a la capacidad de los AMP de absorber iones de sodio de la piel y la hipodermis mediante su acción capilar, lo que reduce la conducción nociceptora y alivia el dolor. El agente tensioactivo disuelve los residuos al aflojar la unión entre los tejidos necróticos y absorber los esfacelos en el apósito. Solo se le proporcionaba analgesia por las noches.



5 de marzo
El desbridamiento autolítico mejorado es continuo durante el proceso de curación, y limpia la herida del tejido necrótico mientras se lleve el apósito. El nivel de dolor se redujo a cero y dejó de necesitarse analgesia. El apósito no se adhiere al tejido nuevo, por lo que no ocasiona daños secundarios a la herida en los cambios de apósitos.



14 de marzo
El agente tensioactivo reduce la tensión en la superficie, y el glicerol mantiene un nivel de humedad adecuado en la herida. De este modo se favorece y facilita una limpieza continua de la herida sin causar dolor. A pesar del mal pronóstico y la circulación periférica reducida, la herida empezó a sanar.

Método y resultados

En los últimos 10 años hemos tratado a 250 pacientes con dolorosas heridas necróticas y esfacelos en las que usamos un desbridamiento autolítico con AMP. A algunos pacientes se les había realizado un desbridamiento quirúrgico parcial antes de usar AMP.

Los AMP mejoran el proceso autolítico al reducir la tensión en la superficie de contacto entre el tejido sano y el necrótico (de este modo, el tejido necrótico se desprende más fácilmente), y al disolver el tejido desvitalizado. Al principio la cantidad de exudado aumenta y se necesita cambiar los apósitos diariamente para evitar daños en la piel circundante. Aunque es un proceso lento, su mayor ventaja comparada con otros métodos de desbridamiento autolítico es que es indoloro, y favorece la cicatrización por angiogénesis.

El desbridamiento tarda entre 3 y 10 días, dependiendo del tipo y tamaño de la herida.

DESBRIDAMIENTO AUTOLÍTICO INDOLORO EN 250 HERIDAS CRÓNICAS CON APÓSITOS DE MEMBRANA POLIMÉRICA*



Charalambos Agathangelou, doctor en Medicina, doctor en Gerontología,
ARITI centro de asistencia tutelada, rehabilitación y tratamiento de heridas, Dhali, Nicosia, Chipre

Varón de 88 años, con EPOC/enfermedad obstructiva crónica de las vías respiratorias; y una úlcera de decúbito enorme en la zona del sacro debido a que pasaba la mayor parte del día sentado (para evitar la disnea). Un cultivo de la herida confirmó que estaba infectada con seudomonas. Se utilizaron AMP de plata humedecidos con 3 ml de solución salina normal para hidratar el tejido necrótico y reducir la infección. No se recetaron antibióticos orales. En la evaluación inicial, la puntuación del dolor era de 9.



El agente tensioactivo (el limpiador de la herida) y el glicerol contenidos en el apósito contribuyen a limpiar la herida continuamente. La acción higroscópica del glicerol limpia la herida al eliminar el exudado mediante su función osmótica, y reduce el edema al impedir la diseminación linfática de la infección. Tras dos días, el nivel de dolor se redujo hasta 4.

El desbridamiento autolítico mejorado constante de la herida mantiene en lecho de la herida blando, limpio, hidratado y suave; mientras que el agente tensioactivo reduce la tensión entre las superficies de la herida y el tejido necrótico. El nivel de dolor se redujo hasta 2 tras una semana usando AMP.

Discusión

En nuestra clínica damos una gran importancia al desbridamiento continuo, a controlar el exudado, a prevenir los traumatismos y las infecciones en las heridas, y a controlar el dolor. También tenemos en cuenta cambios cutáneos en su aspecto, estructura, propiedades mecánicas y función como barrera natural, debido al envejecimiento. Los AMP nos ayudan a conseguir nuestros objetivos, ya que como modalidad de tratamiento única es eficaz para todas las fases de la curación de la herida, y no necesita de otros tratamientos adyuvantes o aditivos. Esto lo hace especialmente útiles en aquellos casos donde los pacientes o sus familiares tienen que realizar los cambios de apósitos en casa.

Una de las razones para escoger el desbridamiento autolítico en primer lugar es que las intervenciones quirúrgicas suelen ser demasiado estresantes para pacientes con bajos niveles de seroalbúmina, hemoglobina y hierro.

Dado que es imposible concentrar aquí todos los casos, he decidido presentar una selección representativa que muestre cómo funcionan los AMP y confirme nuestra decisión inicial de usarlos como el único tratamiento.

	Total	Solo AMP	Quirúrgico, antes de AMP	Quirúrgico, tras AMP humedecido
Heridas arteriales	26	26		
Úlceras varicosas	35	35		
Úlceras diabéticas	55		38	
Úlceras de presión en el talón	62		25	
Úlceras de decúbito	74	52		22

Varón de 92 años, diabético, con una úlcera de decúbito infectada con SARM. El tratamiento previo consistió en antibióticos intravenosos y crema de ácido hialurónico, que no surtió efecto en la herida, que siguió empeorando.



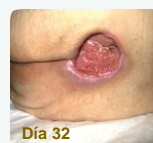
Herida infectada con SARM tras un desbridamiento quirúrgico en el hospital. Puntuó el dolor como 8 sobre 10. Cubrimos los esfacelos secos con un AMP de plata humedecido con 3 ml de solución salina.



Muestras de desbridamiento autolítico. La puntuación del dolor se redujo a 3. El nivel de albúmina del paciente era muy bajo, creemos que la disponibilidad de glicerol en los AMP les permite actuar como un sustrato nutritivo y energético, y crear un entorno de curación óptimo, que no se puede conseguir de otra manera con pacientes diabéticos.



El paciente informa de que no siente dolor. La herida sigue su curación, el exudado cada vez es mayor. Ya no necesitamos humedecer el apósito antes de aplicarlo.



Curación continua y retirada del esfacelo amarillo. Se tomaron muestras de cultivos que confirmaron que la herida ya no estaba infectada con SARM, por lo que no se necesitaban los apósitos de plata. Cambiamos a la versión rosa normal de los AMP.