

¿Preparamos el tejido del lecho de la herida?

Abr 2022. Iván Durán Sáenz, Èrica Hòms Romeros, Francisco Cegri Lombardo, Begoña De Miguel Lekue



Cómo citar este documento: Durán Sáenz I, Homs Romero E, Cegri Lombardo F, De Miguel Lekue B. Monografía: ¿Preparamos el tejido del lecho de la herida?. [Internet]. Álava: HeridasenRed; 2022 [citado «añadir día mes año»]. Disponible en: <https://heridasenred.com/monografia-preparamos-el-tejido-del-lecho-de-la-herida/>

La preparación del lecho de la herida (PLH) es un enfoque estructurado para la curación de heridas. Su definición responde a; “*Un proceso por el cual se retiran las barreras locales para facilitar la cicatrización y proporcionar medios más eficaces para el tratamiento local*”. En estos momentos el paradigma de la PLH entra en su tercera década de uso generalizado, se publicó por primera vez en el año 2000, con actualizaciones periódicas en 2003, 2006, 2011, 2015 y ahora en 2021.

En su edición más reciente, establece que cuando sea apropiado, se deben desbridar las heridas con un control adecuado del dolor(1). Ese **desbridamiento** consiste en “*el conjunto de mecanismos (fisiológicos o externos), dirigidos a la retirada de tejidos necróticos, exudados, colecciones serosas o purulentas y/o cuerpos extraños asociados, es decir, todos los materiales **NO viables (tejido desvitalizado)** presentes en el lecho de la herida*”(2), pero para llevarlo a cabo debemos reconocer los diferentes **tipos de tejido en el lecho de las lesiones**(3):

Tipos de tejido en el lecho de las lesiones	
Necrótico Escara seca	De aspecto grueso, duras, compactas, secas (deshidratadas), de color negro / marrón oscuro, es una necrosis con gran cantidad de colágeno y fibrina. Doloroso a la presión.
Necrótico Esfacelos	De aspecto viscoso, de color amarillo / blanquecino/grisáceo. Es una necrosis húmeda con gran cantidad de fibrina que puede ir acompañada de pus, y es maloliente. Doloroso al estiramiento.
Fibrinoso Fibrina desnaturalizada	Amarillo mate o gris pardo, duro al tacto, doloroso (+), 1 mm de espesor, fijación al lecho (forma parte de él), no es tejido necrótico, es el denominado tejido fibrinoso
Granulación	Rojo vivo y brillante, aspecto granuloso, compacto, al tacto es blando y no doloroso. Matriz extracelular formada.
Epitelial	La existencia del nuevo epitelio comienza desde los bordes de la herida, es una piel fina y translúcida, en su consistencia es seca y fibrosa por déficit de elastina.
Biofilm bacteriano	Amarillo mate e incluso amarillo verdoso-gris (dependiendo de la flora colonizante), doloroso al tacto, de 1-2 mm de espesor con fijación en el lecho. Requiere de confirmación por microbiología

Tabla 1: Tipos de tejido en el lecho de las lesiones. Adaptada de Palomar Llatas F, Pastor Orduña M, Bonías López J, Fornes Pujalte B, Sierra Talamantes C, Zamora Ortiz J, et al. Características y manejo del lecho de las heridas crónicas. 2018;12(33):10-8.

Uno de los retos que se nos presentan en la valoración del lecho de las lesiones, es la identificación diferencial de esfacelo, fibrina y **biofilm**. Este último también llamado biopelícula se define como un ecosistema microbiano organizado, conformado por una o varias especies de microorganismos asociados a una superficie viva o inerte con características funcionales y estructurales complejas(4).

Se puede decir que, a nivel local, el lecho de la herida sufre un bloqueo en su proceso de cicatrización normal. La biopelícula provoca que la fase inflamatoria se convierta en crónica, como consecuencia los cambios que se producen en dicha fase son elevación de proteasas (metaloproteasas de la matriz y elastasas de neutrófilos) y de especies reactivas del oxígeno (ROS) que dañan las proteínas y las moléculas esenciales para la cicatrización. Un aspecto a tener en cuenta en su manejo es que la gran mayoría de los microorganismos que conforman las comunidades de la biopelícula son metabólicamente latentes, condición que les genera tolerancia a los antibióticos. Tampoco conviene olvidar que las moléculas desinfectantes con una alta reactividad química que utilizamos, reaccionan con frecuencia con los componentes de la matriz exopolimérica de la biopelícula, reduciendo su concentración e impidiendo su penetración hacia dentro de la matriz del biofilm(5).



¿Cómo diferenciarlos?		
	Esfacelo, Fibrina.	Biopelícula.
NO 	¿Se retira fácilmente y de forma no traumática mediante técnicas de retirada física? ¿La sustancia de la superficie persiste pese al uso de desbridamiento autolítico o enzimático? ¿La sustancia de la superficie se vuelve a formar rápidamente (en 1-2 días) pese a la intervención? (Ej: ¿desbridamiento, limpieza)? ¿El tratamiento antimicrobiano produce cambios significativos?	SI 

Tabla 2: ¿Cómo diferenciarlos? Adaptado de: Metcalf et al. A clinical algorithm for wound biofilm identification. J Wound Care 2014; 23: 137-142

Como conclusión, recordar que el **biofilm** no es visible de forma macroscópica(6). Por tanto, solo contamos con datos clínicos para llegar a su diagnóstico. Los dos predictores más importantes de la presencia de un biofilm en una herida son el aumento del dolor y el aumento en el tamaño. Para realizar su abordaje es necesaria la limpieza, el desbridamiento de la herida y la aplicación de antimicrobianos tópicos e incluso antibióticos sistémicos en función del estado microbiológico de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sibbald RG, Elliott JA, Persaud-Jaimangal R, Goodman L, Armstrong DG, Harley C, et al. Wound Bed Preparation 2021. Adv Skin Wound Care. 2021;34(4):183-95.
2. Torra-Bou J, Segovia-Gómez T, Jiménez-García J, Soldevilla-Agreda J, Blasco-García C, Rueda-López J. Desbridamiento de heridas crónicas complejas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no IX. 2a ed. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño.2021.
3. Palomar Llatas F, Pastor Orduña M, Bonías López J, Fornes Pujalte B, Sierra Talamantes C, Zamora Ortiz J, et al. Características y manejo del lecho de las heridas crónicas. 2018;12(33):10-8.
4. Romero Collado A, Verdú Soriano J, Homs Romero E. Antimicrobianos en heridas crónicas. Serie de Documentos Técnicos GNEAUPP No VIII. 2a Edición. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2021.
5. Unión Mundial de Sociedades de Cicatrización de Heridas (World Union of Wound Healing Societies; WUWHS). Tratamiento de Biofilm. Congr Florencia, Doc Posición [Internet]. 2016;28. Disponible en: <https://wuwhs2022.org/position-documents/>
6. Sainz-Espiga Michelen I, Folguera Álvarez C, Lebrancón Cortés P, Valerdiz Casasola S. Colonización crítica: la gran invisible [Internet]. 2016. 17-30 p

AUTORES

Pincha sobre el autor para ver su descripción

- [Duran Saenz, Ivan](#)
- [Homs Romero, Erica](#)
- [Cegri Lombardo, Francisco](#)
- [De Miguel Lekue, Begoña](#)

PUBLICACIONES RELACIONADAS

Todos los meses hay SERIE MENSUAL que contiene:

- Monografía
- Dos vídeos
- Infografía

Visualiza esta serie con el código QR



En colaboración con:

SmithNephew



Ninguno de los autores declara conflicto de intereses. Esta información va dirigida a profesionales sanitarios. Si no pertenece a este colectivo, ante cualquier duda, consulte a su enfermera/médico de referencia. Este artículo cumple las normas de la [política editorial](#) y está bajo licencia de [Creative Commons](#)