

Cómo actuar ante una UPP de talón



Unidad de enfermería dermatológica, úlceras y heridas. CHGUV. Foto 1.



Unidad de enfermería dermatológica, úlceras y heridas. CHGUV. Foto 2.

El talón es una de las localizaciones donde con más frecuencia se desarrollan las úlceras por presión (UPP), junto con la zona de sacro y los trocánteres.

Es imprescindible iniciar la prevención de la UPP de talón al ingreso del paciente con riesgo a desarrollarla.

Una vez establecida la UPP, ésta va a acarrear múltiples cargas: al paciente, al profesional y al sistema de salud.

Es preciso realizar el desbridamiento de la escara, sin el cual será imposible su evolución hacia la cicatrización. En cuanto al desbridamiento cortante en el talón, lo realizaremos siempre con criterio y mucha precaución, por la proximidad del calcáneo y tendón Aquileo.

Palabras clave: UPP, prevención, escara, desbridamiento.

Introducción

El talón es una de las localizaciones donde con más frecuencia se desarrollan las úlceras por presión (UPP), junto con la zona de sacro y los trocánteres.

Una de nuestras funciones como profesionales de la salud, y quizás la más importante es la del cuidado y seguridad del paciente, y esto es lo que hay que hacer, cuidar, para en primer lugar evitar la aparición de las UPP, y en segundo

lugar para tratar la úlcera en el caso de pacientes en los que a pesar de aplicar medidas de prevención, la desarrollan inevitablemente.

Una vez establecida la UPP, ésta va a acarrear múltiples cargas: al paciente, con disminución de la calidad de vida, riesgo de infección, dolor etc., al profesional, con mayor responsabilidad y sobrecarga de trabajo y al sistema de salud porque supone mayores costos económicos.

Objetivos

- Procurar una correcta atención de enfermería y abordaje a los pacientes de riesgo de desarrollar UPP y pacientes que presentan UPP de talón.
- Elaborar (un plan de tratamiento una vez establecida la UPP de talón, según sus características morfológicas) guía de actuación clínica en las UPP de talón.

Procedimiento

La prevención es la intervención más importante, tanto para evitar la UPP, como para lograr su curación una vez instaurada y también procurar que no evolucione hacia un III y IV grado.

La prevención consistirá en:

- Realizar una valoración de riesgo de desarrollar UPP al ingreso, para aplicar las medidas de prevención.

B. Fomes Pujalte,
Enfermera Unidad de
Enfermería Dermatológica,
CHGUV.

P. Díez Fomes,
Enfermera.

Correspondencia:
fomes_beg@gva.es



Foto 3.



Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas. CHGUV

Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.



Foto 7.

- Inspección diaria de los talones e hidratación de la piel. Existen productos con probada efectividad en la prevención de UPP², y como complemento a otras medidas de prevención, como son los ácidos grasos hiperoxigenados (AGH) cada 12/24 horas. No debemos esperar a aplicarlos cuando ya aparece el eritema o UPP I grado.
- Aplicación de taloneras de espuma de poliuretano para reducir la presión, hay estudios que demuestran la efectividad de dichas taloneras para prevenir UPP de talón³. Colocación de cojín debajo de las pantorrillas para elevar los talones junto con cambios posturales.
- Sujetaremos la talonera de forma suave, sin comprimir, con venda tubular. Si vendamos será sin comprimir, para evitar nuevas UPP en antepié.
- Si se protegen los talones con vendas de algodón, se deben de cambiar a diario, es preferible evitar este tipo de vendajes, pues el algodón se apelmaza rápidamente y no cumple la función de reducir las presiones.
- Por mucha protección que pongamos, el primer criterio de prevención es la observación diaria del estado de la piel.
- En pacientes de alto riesgo a parte de las medidas locales se aplicarán colchones de alivio de la presión de altas prestaciones (aire alterno).

Si aparece una UPP a pesar de las medidas de prevención, sabemos que hay un 5% que son inevitables, esto suele ocurrir en los diez primeros días de ingreso. El tratamiento será distinto según el grado de la UPP, pero seguirá siendo prioritario reducir y aliviar la presión en todos los casos.

A continuación se muestran distintos casos de UPP de talón y su correspondiente intervención, según las características de cada úlcera. La fotografía nº 1, se trata de una úlcera por presión grado I (eritema en piel intacta que no palidece al retirar el estímulo de la presión). Está indicada la aplicación de AGH cada 8-12 horas, con la consecuente vigilancia diaria y las medidas de prevención antes comentadas.

La fotografía nº 2, se trata de una UPP de II grado con flictena seroso. Aplicación de productos secantes como la eosina acuosa 2%, o astringentes como el sulfato de cobre al 1x1000 en fomentos durante 10 minutos, dos veces al día. Si la flictena es grande se puede drenar su contenido mediante punción, sin retirar la piel. Las UPP II grado (foto 3), con flictena serohemorrágica, ya seca. No precisa desbridamientos puesto que no hay necrosis. Vigilancia e hidratación, dejando que la costra caiga poco a poco.

La UPP de II grado con gran flictena. Tras su desbridamiento (foto 4), no se observa necrosis, >>>



Foto 8.



Foto 9.



Foto 10.



Foto 11.

hay pérdida de epidermis y dermis, estará indicada la aplicación de ácido hialurónico y apósitos de espuma, hidrocoloideos o hidrofibra según cantidad de exudado.

En la fotografía nº 5 nos encontramos ante una úlcera de grado II, pero tras desbridar la flictena vemos la necrosis. Hay afectación de tejido subcutáneo, consideraremos pues la úlcera de III grado. No se puede hacer desbridamiento cortante, al no estar delimitada la necrosis. Se hará desbridamiento enzimático y autolítico, utilizando enzimas proteolíticas como la collagenasa, tripsina, quimotripsina; cura en ambiente húmedo con hidrogeles, hidrofibras, alginatos, apósitos de espuma.

En la fotografía nº 6 nos encontramos con una úlcera grado III, con necrosis no delimitada. Comenzaremos con desbridamiento enzimático y autolítico. Aplicación de enzimas proteolíticas y/o hidrogeles con apósito de espuma/hidrocoloide/hidrofibra, aplicando protectores cutáneos para mantener la piel perilesional seca e íntegra; eosina acuosa en caso de maceración de la piel periulceral.

En las UPP de III grado con necrosis seca (foto 7). No se puede hacer desbridamiento cortante, sí incisiones con bisturí, desbridamiento enzimático y/o autolítico.

Las úlcera de III grado con escara húmeda (foto 8). En este caso podemos hacer un desbridamiento

cortante con pinzas y bisturí, realizándolo por capas, en varias sesiones y evitando producir sangrado. Aplicamos al mismo tiempo desbridamiento enzimático y/o autolítico.

Las UPP III grado tras desbridamiento cortante de escara húmeda (foto 9) aplicamos el mismo tratamiento que en el caso anterior.

En los casos mas graves cuando nos encontramos con una UPP grado III, con necrosis, celulitis y exudado purulento en su borde superior (foto 10). Se intentará realizar desbridamiento cortante, limpieza y toma para cultivo por aspiración transcutánea. Aplicación de hidrogel y apósito de plata hasta la desaparición de los signos de infección/colonización. También estarían indicados geles coloidales hidroactivos antimicrobianos. Administración de antibioterapia oral por facultativo por la presencia de celulitis y posterior confirmación por antibiograma.

En las UPP grado III con 90% tejido de granulación y 10% tejido esfacelado (foto 11). Se realiza desbridamiento cortante con pinza tijera o bisturí de los esfacelos. Aplicación de ácido hialurónico y enzimas proteolíticas, o bien hidrogel con polvos de colágeno y cubrir con apósitos de alginato, hidrofibra, espuma o hidrocoloide según cantidad de exudado.

Las UPP IV grado con necrosis seca (foto 12). Realizar incisiones con bisturí y desbridamiento enzimático y autolítico. Una vez humedecida la



Foto 12.



Foto 13.



Foto 14.



Foto 15.

escara procederemos con cuidado a efectuar desbridamiento cortante.

Pero en las UPP de grado IV, 100% tejido esfacelado (foto 13). Realizaremos desbridamiento cortante cuidadoso por la proximidad del calcáneo y tendón Aquileo, se irán retirando los esfacelos que se vayan soltando. Aplicación de enzimas proteolíticos, sólo o en combinación con hidrogeles, geles coloidales hidroactivos y descontaminantes, cubriendo con apósitos de alginato, de espuma, de hidrofibra.

Conclusiones

- Es imprescindible iniciar la prevención de la UPP de talón al ingreso en todos en los que se detecta una valoración de riesgo de UPP elevada o media.
- Sujetaremos la talonera de forma suave, sin comprimir, con venda tubular. Si vendamos será sin comprimir, para evitar nuevas UPP en antepié (foto 14).
- Evitar vendajes de algodón, pues este tipo de vendajes se apelmaza rápidamente y no cumple la función de reducir las presiones (foto 15).
- En cuanto al desbridamiento de la UPP, la escara no protege (como se lee en foros sobre cicatrización de úlceras), si no que alarga en el tiempo el proceso de cicatrización, siendo causa del desarrollo de un proceso infeccioso.

Es imprescindible realizar el desbridamiento de la escara, sin el cual será imposible su evolución hacia la cicatrización. Hay que diferenciar bien lo que es una escara y lo que es una flictena hemorrágica seca. Si a veces nos cuesta discernirlo a simple vista, realizaremos un desbridamiento enzimático/autolítico y valoraremos en unos días su evolución, la escara seca cambiará a húmeda y entonces ya es apta para proceder con el desbridamiento cortante. Acortaremos con esta medida el tiempo de tratamiento. Lo mismo haremos con la UPP del paciente diabético y con isquemia leve. Sólo evitaremos desbridamientos ante isquemia grave, derivando al paciente a cirugía vascular para revascularización y/o amputación.

- No es preciso esperar a realizar el desbridamiento de talón cuando la escara fluctúa o presenta inflamación perilesional/supuración, es mejor empezar cuanto antes con desbridamiento enzimático y autolítico, seguido de desbridamiento cortante.
- En cuanto al desbridamiento cortante en el talón, lo realizaremos siempre con criterio y mucha precaución, por la proximidad del calcáneo, realizando incisiones, desbridando la escara húmeda por capas y en sucesivas sesiones, retirando los esfacelos poco a poco.

Bibliografía:

- 1 www.chguv.org. Unidad de enfermería dermatológica, úlceras y heridas Úlceras por presión, prevención, en línea.
- 2 Torra, J.E.; Rueda, J.; Segovia, T. y Bermejo, M. Aplicación tópica de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados: efectos preventivos y curativos en úlceras por presión. Rev ROL Enferm. 2003; 26 (1): 54-61
- 3 Torra i Bou, J.E.; Rueda López, J. y Camañes G et al. Úlceras por presión en los talones. Estudio comparativo entre el vendaje protector de talones y un apósito hidrocelular con forma especial para los talones. ROL 2002; 25 (6): 51-56
- 4 www.anedidic.org Protocolo: Protección piel perilesional, en línea.
- 5 www.anedidic.org Protocolo: Cuidado de las UPP.
- 6 www.anedidic.org: Protocolo: Guía de práctica clínica en prevención de UPP.