

RECOMENDACIONES DE LAS MEJORES PRÁCTICAS EN

ESTRATEGIAS HOLÍSTICAS PARA PROMOVER Y MANTENER LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Recomendaciones de un grupo de trabajo de expertos

PUBLICADO POR:

Wounds International
108 Cannon Street
Londres EC4N 6EU, Reino Unido
Tel: + 44 (0)20 3735 8244
info@woundsinternational.com
www.woundsinternational.com

© Wounds International, 2020



La reunión del consenso y este documento han contado con el soporte de los siguientes patrocinadores.

Las opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente las de los promotores.



GRUPO DE TRABAJO DE EXPERTOS

Dimitri Beeckman (copresidente), PhD, RN, FEANS, Professor at Ghent University, Monash University, University of Southern Denmark, Örebro University, University of Surrey y Royal College of Surgeons in Ireland

Karen E. Campbell (copresidenta), PhD, NSWOC, RN, Adjunct Professor, Western University, Canadá

Kimberly LeBlanc, PhD, Advanced Practice Nurse, KDS Professional Consulting; Adjunct Professor, School of Physical Therapy, Faculty of Health Sciences, Western University; Affiliate Faculty, Ingram School of Nursing, Faculty of Medicine, McGill University, Canadá

Jill Campbell, Clinical Nurse, Skin Integrity Service, Royal Brisbane and Women's Hospital; Joint Appointment, School of Nursing, Queensland University of Technology, Brisbane, Australia

Ann Marie Dunk, PhD (c), Clinical Nurse Consultant, Tissue Viability Unit, Canberra Hospital, Australian Capital Territory Health, Australia

Catherine Harley, Chief Executive Officer, Nurses Specialised in Wound, Ostomy & Continence Canada (NSWOCC), Canadá

Samantha Holloway, Reader, Centre for Medical Education, School of Medicine, College of Biomedical and Life Sciences, Cardiff University, Gales, Reino Unido

Diane Langemo, PhD, RN, FAAN, President, Langemo & Associates Consulting, EE.UU.

Marco Romanelli, Professor and Chairman, Department of Dermatology, University of Pisa, Italy

Gulnaz Tariq, Unit Manager for Wound Care, Sheikh Khalifa Medical City (SKMC), Abu Dabi, EAU

Hubert Vuagnat, Head Physician, Centre for Wounds and Wound Care, Geneva University Hospitals, Ginebra, Suiza

PANEL DE REVISIÓN

Sue Bale, OBE, PhD, BA, RGN, NDN, RHV, PG Dip, Dip N, R&D Director, Aneurin Bevan University Health Board, Reino Unido

Sharon Baranoski, MSN, RN, CCNS-APN, CWCN, MAPWCA, FAAN, Advanced Practice Nurse, Independent Nurse Consultant, EE.UU.

Lucie Charbonneau, Assistant Lecturer and Wound Care Nurse Specialist, HES-SO University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, Ginebra; Wound Care Nurse Specialist, Lausanne University Hospital, Lausana, Suiza

Dawn Christensen, BScN, MHSc(N), NSWOC, IIWCC, Independent Nurse Consultant, Canadá

Sebastien Di Tommaso, Registered Nurse Specialised in Wound Care, Geneva University Hospitals, Ginebra, Suiza

Karen Edwards, MSS, RN, BSN, CWOCN, University of Alabama at Birmingham (UAB) Hospital, Birmingham, Alabama, EE.UU.

Keith Harding, CBE, FRCGP, FRCP, FRCS, FLSW, Professor of Wound Healing Research, Cardiff University, Reino Unido; Medical Director, Welsh Wound Innovation Centre, Reino Unido; Senior Clinical Research Director, A*Star, Singapur

Rosemary Hill, BSN CWOCN WOC (C), Lions Gate Hospital, Vancouver Coastal Health, Canadá

Zena Moore, PhD, MSc (Leadership in Health Professionals Education), MSc (Wound Healing & Tissue Repair), FFNMRCIS, PG Dip, Dip First Line Management, RGN, Professor and Head of the School of Nursing and Midwifery, Royal College of Surgeons in Ireland, Dublín, Irlanda

Sebastian Probst, Associate Professor of Tissue Viability and Wound Care, Geneva School of Health Sciences, HES-SO University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, Suiza

Vera Santos, PhD, CETN (TiSOBEST Emerit), School of Nursing, University of São Paulo, Brasil

Ann Williams, BSN RN BC CWOCN CFCN, Reston Hospital Center, Virginia, EE.UU.

Nos gustaría dar las gracias a los miembros del grupo GNEAUPP por su apoyo en la validación de la traducción al español de este documento:

Pedro L. Pancorbo-Hidalgo, Joan Enric Torra i Bou, J. Javier Soldevilla-Agreda, Francisco P. García-Fernández y Carmen Blasco-García.

PREFACIO

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano. Las funciones de la piel son, principalmente, protegernos de las agresiones externas y mantener la homeostasis interna. A lo largo de la vida, puede haber periodos con una mayor vulnerabilidad cutánea que hacen que la persona sea más propensa a padecer problemas en la piel. Las fases críticas son las etapas iniciales de la vida (cuando la piel no ha madurado por completo), los momentos en que las personas sufren afecciones dermatológicas u otros tipos de enfermedades sistémicas y crónicas, la edad avanzada y el final de la vida. El International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) ha identificado lagunas de conocimientos sobre la prevención y el tratamiento de los problemas de la piel en estas fases críticas, que permitirán mejorar las intervenciones y el pronóstico clínico.

El ISTAP reconoció la necesidad de disponer de unas directrices que tengan en cuenta los factores de riesgo comunes y las estrategias de prevención de las enfermedades de la piel frecuentes en personas con gran vulnerabilidad cutánea:

- Desgarros cutáneos
- Úlceras por presión
- Lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH)
- Cambios en la piel al final de la vida.

El objetivo de este documento es definir los conceptos relacionados con la vulnerabilidad cutánea y guiar a los profesionales sanitarios en su tarea de identificar los factores de riesgo comunes de los problemas de la piel y las formas de mantener o promover la integridad cutánea. La intención no es hacer un resumen de cada una de estas enfermedades cutáneas, las publicaciones científicas al respecto son muy numerosas, sino agruparlas según los factores de riesgo comunes y definir un enfoque preventivo sinérgico que elimine barreras en la práctica clínica. El *Skin Safety Model* (Campbell et al., 2016) es un modelo de seguridad cutánea que identifica numerosas lesiones de la piel que son consecuencia de la fragilidad cutánea, así como de diversos factores transversales; este documento se basa en dicho trabajo.

El ISTAP reunió a un grupo de expertos internacionales en octubre de 2019 para comentar este nuevo enfoque y acordar las recomendaciones de las mejores prácticas que servirán de guía en las intervenciones y permitirán mejorar los resultados clínicos.

Tras la reunión, se redactó un documento preliminar que se sometió a una exhaustiva revisión por el grupo de trabajo de expertos. Se consultó además a otros expertos internacionales para poder reflejar la práctica clínica en entornos sanitarios de distintas partes del mundo.

Este documento ofrecerá a los profesionales sanitarios la información y los recursos que necesitan para proporcionar los cuidados adecuados a las personas de riesgo con piel frágil.

Dra. Karen Campbell y Dr. Dimitri Beeckman, copresidentes del ISTAP y del grupo de trabajo de expertos

Para más información sobre el ISTAP, consulte: www.skintears.org

Conceptos relacionados con la vulnerabilidad cutánea: ¡una auténtica Torre de Babel terminológica!

La terminología y las definiciones en relación con la vulnerabilidad cutánea adolecen de una total falta de coherencia. Aunque el concepto de «integridad cutánea» se utiliza ampliamente en muchos campos y contextos sanitarios distintos, hasta el momento no existe una definición formal (Kottner et al., 2019a). Actualmente, se utilizan muchos términos y se da un cierto cruce de significados, como: fragilidad cutánea, fragilidad cutánea, integridad cutánea, resiliencia tisular, insuficiencia cutánea y dermatoporosis (Kaya y Saurat, 2007). Todavía no se ha llegado a un consenso en las publicaciones científicas respecto a los términos concretos o el concepto de vulnerabilidad cutánea (Ayello et al., 2019; Kottner et al., 2019b).

La clasificación internacional de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2018) incluye dos diagnósticos relacionados con la integridad cutánea. El «deterioro de la integridad cutánea (*impaired skin integrity*)» se define como la «alteración en la epidermis y/o la dermis», y el «riesgo de deterioro de la integridad cutánea (*risk for impaired skin integrity*)» se define como el «riesgo de alteración en la epidermis y/o la dermis que puede poner en peligro la salud». Al igual que en la perspectiva médica, la integridad cutánea se define aquí como una alteración de lo «normal». Sin embargo, este enfoque conceptual puede ser demasiado simplista. Kottner et al. (2019a) definen la integridad cutánea como la combinación de una estructura cutánea intacta y una capacidad funcional lo suficientemente alta como para mantenerla.

La «insuficiencia cutánea» también es un término que se ha sugerido, no obstante, tiene distintas definiciones en las publicaciones dermatológicas (Irvine, 1991) y en las publicaciones sobre úlceras por presión (Langemo y Brown, 2006). Concretamente, se continúa debatiendo sobre los conceptos interrelacionados de «insuficiencia cutánea», cambios en la piel al final de la vida, úlceras por presión y los criterios para etiquetar como inevitable; por consiguiente, es fundamental aclarar las definiciones y términos (Kottner et al., 2019b).

La «fragilidad cutánea» es el término genérico sugerido para la piel vulnerable o de riesgo. El grupo de trabajo de expertos debatió sobre ello y llegó a un acuerdo. Se acordó que esta aclaración de los términos podría representar un cambio de paradigma hacia una opinión más cohesionada respecto a los conceptos de fragilidad cutánea. Es necesario un abordaje proactivo para proteger la piel frágil y prevenir los daños, y que las personas, sus familiares y cuidadores, puedan beneficiarse de una formación que, siempre que sea posible, les pueda ayudar a mantener su propia integridad cutánea.

Es importante no mezclar la fragilidad cutánea con la «debilidad» en general, un término que puede tener connotaciones negativas para algunas personas. Aunque no se ha alcanzado un consenso sobre la definición exacta de «fragilidad», ya que no puede clasificarse como el resultado del proceso de envejecimiento ni como una enfermedad (Bergman et al., 2007), sí puede definirse como «un estado de salud en el que las reservas funcionales están disminuidas y que conduce a una situación de vulnerabilidad, con el riesgo inherente de numerosos resultados adversos» (Junius-Walker et al., 2018).

«Fragilidad» es un término genérico que engloba factores físicos, psicológicos, sociales, medioambientales y económicos que interactúan entre sí; dichos componentes se describieron como factores transversales (es decir, que influyen y son influidos a su vez por otros componentes del término genérico) y que aumentaban la vulnerabilidad de los ancianos a resultados negativos como ingresos hospitalarios y caídas (Coker et al., 2019). La «fragilidad» se puede considerar un estado cambiante o dinámico, dependiendo de la interacción de dichos factores. Una mala salud física o mental y factores relacionados (por ejemplo, cambios en la salud física/mental, el entorno físico y las circunstancias sociales, como puede ser un duelo) pueden provocar cambios temporales en el aspecto o la fragilidad (Lang et al., 2009; Coker et al., 2019).

Es importante destacar también que, aunque la fragilidad cutánea puede estar asociada al envejecimiento, no solo es aplicable a los ancianos ni debe verse como un mero resultado del envejecimiento. En la Tabla 1 se exponen ejemplos de grupos particulares que pueden estar en riesgo de padecer fragilidad cutánea, y de qué forma afecta a la persona y a su salud.

Tabla 1: Grupos de pacientes en riesgo de sufrir fragilidad cutánea (adaptado de Wounds UK, 2018)

Grupo de pacientes	Cambios en la piel	Posibles problemas
Ancianos	La piel se vuelve más fina, pierde elasticidad, recibe menos aporte de sangre, disminuye la grasa subcutánea, pierde hidratación, se reduce la unión dermoepidérmica (disminuyendo la adherencia entre la epidermis y la dermis; Moncrieff et al., 2015; Levine, 2020)	Desgarros cutáneos, úlceras por presión, infecciones, inflamación, sequedad/descamación, picor, celulitis, úlceras del pie diabético, posibles problemas de nutrición; posibles problemas relacionados con la demencia
Personas con problemas de movilidad/ parálisis	Alteración del aporte vascular, control de la temperatura, maceración/humedad, pérdida de colágeno, pérdida de tejido muscular/atrofia, pérdida de sensibilidad causada por daños en los nervios cutáneos (Rappl, 2008)	Desgarros cutáneos, úlceras por presión, infecciones, inflamación
Niños/neonatos	Piel inmadura; cambios intrínsecos debido a la duración de la presión, cizallamiento y fricción, mala perfusión y maceración (Inamadar & Palit, 2013)	Dermatitis del pañal, desgarros cutáneos, úlceras por presión
Personas con espina bífida y parálisis cerebral infantil	Menor perfusión cutánea, reacciones cutáneas a fármacos, dermatitis perineal e inflamación debido a la incontinencia (Inamadar & Palit, 2013)	Úlceras por presión; posible dermatitis asociada a la incontinencia
Pacientes bariátricos	Alteración de las células epidérmicas, mayor pérdida de agua, piel seca, maceración, aumento de la temperatura cutánea y reducción del flujo linfático y perfusión linfática (Shipman & Millington, 2011)	Úlceras por presión, desgarros cutáneos, úlceras del pie diabético, psoriasis, lesiones húmedas, intertrigo
Pacientes oncológicos	La radiación causa inflamación, daño epidérmico y menor perfusión (NHS, 2010)	Úlceras por presión, retraso en la cicatrización de heridas, infecciones cutáneas, celulitis, radiodermatitis
Enfermedades crónicas y otros problemas	Cambios en la piel causados por enfermedades crónicas (p. ej., renales, hepáticas, cardiovasculares); medicamentos; desnutrición; estomas y dispositivos; problemas psicosociales (Wounds UK, 2018)	Desgarros cutáneos, úlceras por presión, infecciones, inflamación, lesiones húmedas; otros problemas relacionados

Fragilidad cutánea: Puntos clave

- «Fragilidad cutánea» es el término genérico elegido y es distinto a fragilidad global
- La fragilidad cutánea constituye un riesgo o una amenaza para la piel, no necesariamente una herida, rotura o alteración
- La fragilidad cutánea afecta a todas las edades, pero especialmente a los extremos de la vida (es decir, neonatos y ancianos) y se sabe que es multifactorial
- El abordaje de la fragilidad cutánea se debe hacer desde una perspectiva holística, dirigida a la persona, que mejore el pronóstico en pacientes con la piel frágil, y ello, aplicando una estrategia integrada.

La fragilidad cutánea puede ser multifactorial y el resultado del efecto acumulado de una combinación de factores intrínsecos y extrínsecos (Moncrieff et al., 2015). Además, algunos de estos factores intrínsecos y extrínsecos pueden ser modificables y otros no serlo.

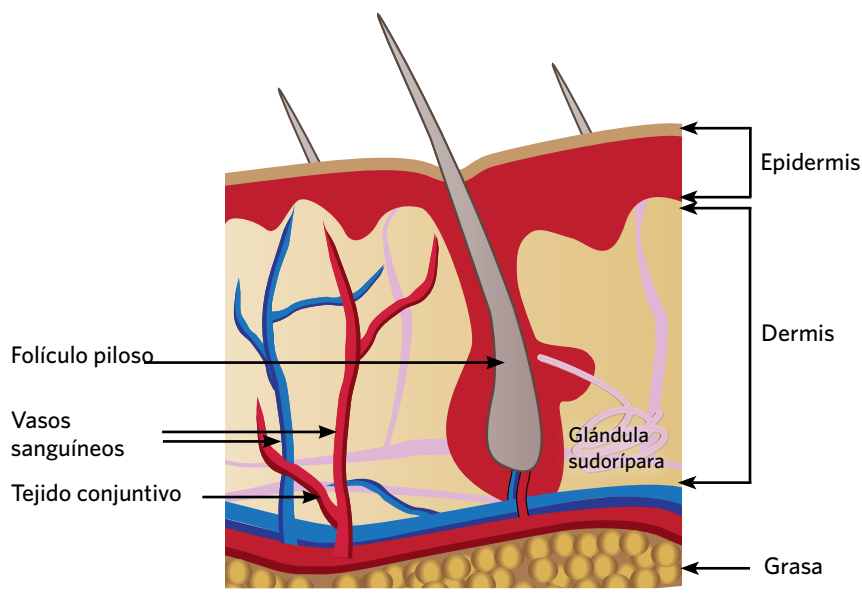
El grupo de trabajo de expertos identificó la necesidad de disponer de definiciones estandarizadas para cada uno de los conceptos relacionados con la vulnerabilidad cutánea, a fin de evitar confusiones y permitir una mayor claridad en la identificación y el tratamiento continuo de las personas indicadas. De esta forma, será posible centrarse más en los factores de riesgo frecuentes/sinérgicos implicados. También se ha señalado que se deben extremar las precauciones a la hora de seleccionar los términos y las etiquetas antes de introducirlos en las publicaciones, y que una mayor claridad es esencial para aumentar la concienciación y mejorar los resultados (Kottner et al., 2019b).

La importancia de la piel

La piel es el órgano más grande del cuerpo y representa el 15% del peso corporal (Wingerd, 2013). En la Figura 1 se muestran las principales capas de la piel. La función principal de una piel sana es actuar como barrera frente a los peligros químicos, físicos y mecánicos y a la invasión por microorganismos y alérgenos (Proksch et al., 2008). En las personas sanas, la piel es fuerte, resistente, y tiene una extraordinaria capacidad de reparación (Wounds UK, 2018).

Algunas de las funciones más importantes de la piel son la termorregulación, la participación en la inmunidad innata y adaptativa, la percepción sensorial, la producción de vitamina D y muchas otras. Además, el aspecto externo de la piel y su capacidad para captar sensaciones son factores importantes para el bienestar, la autoestima, el atractivo estético y la comunicación (Kottner et al., 2019a).

FIGURA 1 | Las principales capas de la piel



La piel sana desempeña numerosas funciones, como:

- Protección: actúa como barrera impidiendo que se dañen los tejidos internos debido a traumatismos, radiación ultravioleta (UV), toxinas, patógenos y alérgenos (Butcher & White, 2005)
- Barrera frente a infecciones: además de la barrera física que supone la piel intacta, la presencia en la epidermis de grasa y sustancias químicas que son antibióticos naturales (péptidos antimicrobianos) y un manto ácido superficial bien conservado ayudan también a prevenir infecciones (Günnewicht & Dunford, 2004)
- Percepción sensorial: las terminaciones nerviosas en el interior de la piel responden a estímulos como las lesiones tisulares (que causan dolor), la temperatura, las vibraciones, el tacto y el picor (Wounds UK, 2018)
- Regulación de la temperatura: permite tanto el aislamiento térmico como la refrigeración del cuerpo (Timmons, 2006)
- Comunicación, mediante el tacto y el aspecto físico: proporciona pistas sobre el grado de bienestar físico de la persona (Flanagan & Fletcher, 2003)

- Producción de vitamina D en respuesta a la luz solar: muy importante para la homeostasia del calcio y el desarrollo y mantenimiento de la masa ósea (Butcher & White, 2005)
- Producción de melanina: responsable del color de la piel y de la protección frente a los daños que produce la radiación solar (Wounds UK, 2018).

La fragilidad cutánea, que hace a la piel vulnerable y de riesgo, puede ser debida a distintos factores (Wounds UK, 2018). Por ejemplo, el proceso normal de envejecimiento provoca cambios en la piel que la vuelven más frágil y propensa a sufrir daños (LeBlanc et al., 2018), debido al adelgazamiento de la epidermis, la pérdida de colágeno y elastina y una pérdida general de humedad (Levine, 2020). Otros factores que pueden contribuir a la fragilidad cutánea son los daños causados por radiación UV, los trastornos genéticos como la ictiosis (piel seca), algunos medicamentos y sustancias irritantes de la ropa, la maceración a causa de la incontinencia, y la limpieza reiterada de la piel (Wounds UK, 2018).

Los cambios cutáneos que hacen a la piel vulnerable a las lesiones pueden clasificarse en extrínsecos, como los daños ambientales (p. ej., uso habitual de jabones, exposición al sol o tabaquismo) o la presión, e intrínsecos, como el envejecimiento, los efectos de las afecciones cutáneas (p. ej., psoriasis o eccema atópico) o una enfermedad subyacente (Moncrieff et al., 2015; LeBlanc et al., 2018). Además, estos factores de riesgo pueden ser modificables o no.

En consecuencia, es importante recordar que la fragilidad cutánea puede deberse a varios factores distintos y afectar a grupos y personas diferentes. El riesgo de fragilidad cutánea, y los posibles problemas derivados, pueden cambiar según las personas en diferentes momentos de su vida, lo que significa que es fundamental evaluarlas una y otra vez. Siempre que sea posible, dependiendo de las combinaciones de factores de riesgo y su naturaleza (es decir, intrínsecos o extrínsecos, modificables o no) se deben dar los pasos necesarios para reducir el riesgo individual.

Fragilidad cutánea: *Puntos clave*

- La piel no debe pasarse por alto, ya que es un órgano importante (y el más grande del cuerpo), que afecta a la salud general y desempeña muchas funciones vitales
- La fragilidad cutánea puede estar causada por multitud de factores y afectar a grupos y personas muy distintos
- Los factores de riesgo de fragilidad cutánea pueden ser intrínsecos o extrínsecos y modificables o no.

Desarrollo de un marco de riesgos de fragilidad cutánea

Si la piel de una persona tiene una mayor vulnerabilidad, también tiene mayor riesgo de sufrir lesiones cutáneas. Esta situación puede generar diversos problemas, como son, entre otros:

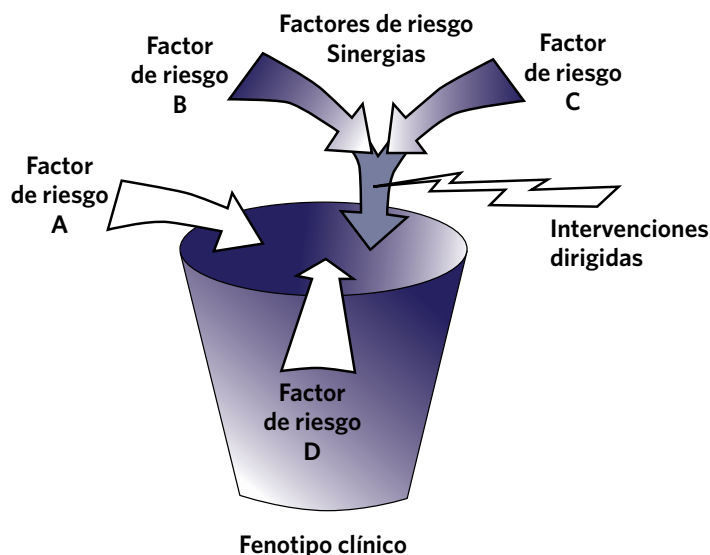
- Desgarros cutáneos
- Úlceras por presión
- Lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH)
- Cambios en la piel al final de la vida.

Cada vez existen más evidencias de que estas afecciones de la piel tan distintas pueden estar relacionadas entre sí; por ejemplo, las LESCAH como factor de riesgo de úlceras por presión (Woo et al., 2017; Gray & Giuliano, 2018), o las reducciones sinérgicas, de los desgarros cutáneos y las úlceras por presión (Bale et al., 2004). Los cambios en la piel al final de la vida constituyen un conjunto único de circunstancias; sin embargo, los principios relativos a la fragilidad cutánea siguen siendo los mismos. Las heridas paliativas también pueden estar relacionadas con problemas de fragilidad cutánea; cabe señalar, que las heridas paliativas incluyen, entre otras, las heridas oncológicas y las heridas de los pacientes terminales. Las heridas paliativas son todas aquellas que no se cierran y se deben tratar como tales: abarcan desde las heridas crónicas y las que no cicatrizan, hasta las heridas de los cuidados paliativos.

Fragilidad cutánea: un enfoque sinérgico

Se debe adoptar un enfoque integrativo y abordar la sinergia de los principales factores de riesgo para estas afecciones (Campbell et al., 2016). Se trata de un nuevo enfoque con el que se reducen los factores de riesgo en general y la incidencia de todas estas afecciones disminuye, dando lugar a un mejor pronóstico para los pacientes. El objetivo es alejarse de una forma de pensar «compartimentada» y considerar todas estas afecciones en el contexto más amplio de la fragilidad cutánea. En la Figura 2 puede verse el modelo conceptual.

FIGURA 2 | Modelo concéntrico interactivo centrado en la sinergia de factores de riesgo (adaptado de Inouye et al., 2007)



Desgarros cutáneos

Los desgarros cutáneos son las heridas más frecuentes entre los ancianos (el proceso normal de envejecimiento cutáneo implica que las personas de edad avanzada tengan una piel de riesgo, aunque no son el único grupo con esta característica). Es importante señalar que los desgarros cutáneos se pueden presentar en todas las edades, incluidos los niños (p. ej., y en especial, los que sufren kwashiorkor -desnutrición protéica severa-).

Los desgarros cutáneos se definen como: «heridas traumáticas causadas por fuerzas mecánicas, incluida la retirada de adhesivos. La gravedad puede variar según la profundidad (no se extiende a través de la capa subcutánea. La clasificación se basa en el grado de pérdida del «colgajo cutáneo». Un colgajo en los desgarros cutáneos se define como una porción de piel (epidermis/dermis) que se separa de forma no intencionada (parcial o totalmente) de su lugar de origen, debido a cizallamiento, fricción y/o contusión» (LeBlanc et al., 2018). Este concepto no debe confundirse con las intervenciones en las que el tejido se separa intencionadamente de su lugar de origen por motivos terapéuticos; por ejemplo, un injerto de piel (Van Tiggelen et al., 2019). En personas con fragilidad cutánea se necesita menos fuerza para provocar una lesión traumática, lo que significa que el riesgo de desgarros cutáneos aumenta (LeBlanc et al., 2018).

Los desgarros cutáneos pueden producirse en cualquier parte del cuerpo, pero son más frecuentes en las extremidades, tanto superiores como inferiores, o en el dorso de las manos (LeBlanc and Baranoski, 2011). Pueden ser heridas dolorosas, que afectan a la calidad de vida de la persona y aumentan el riesgo de hospitalización o su duración (LeBlanc et al., 2018). En una revisión de las características de los pacientes y de la piel asociadas a los desgarros cutáneos, se observó que las más frecuentes en los pacientes eran los desgarros cutáneos previos, los problemas de movilidad y los problemas cognitivos, mientras que las características de la piel asociadas a los desgarros cutáneos incluían púrpura senil, la equimosis y el edema. (Rayner et al., 2015; Strazzieri-Pulido et al., 2017).

Úlcera por presión

En Europa, el término «úlcera por presión» es ampliamente utilizado, mientras que en Australia y Nueva Zelanda se ha adoptado el término «lesión por presión (*pressure injury*)». En Estados Unidos se está cambiando al término «lesión por presión», recomendado por el US National Pressure Injury Advisory Panel. Sin embargo, las discusiones terminológicas continúan. Aunque ninguno de los términos utilizados describe completamente la etiología de estas heridas, todos ellos se refieren al mismo fenómeno. La terminología sigue siendo objeto de discusiones y debates. A lo largo de este documento el término utilizado será siempre «úlcera por presión».

Una úlcera por presión es un daño localizado en la piel o el tejido subyacente, causado por la presión o por la presión en combinación con el cizallamiento. Las úlceras por presión suelen producirse sobre una prominencia ósea, pero también pueden estar relacionadas con un dispositivo clínico u otro objeto (EPUAP, 2019). Aunque se han conseguido avances significativos en la comprensión de la etiología de las úlceras por presión, existen todavía muchas incertidumbres, entre ellas, la evaluación correcta del riesgo, la detección precoz y el tratamiento más eficaz (NPUAP et al., 2014; EPUAP, 2019; Kottner et al., 2019b).

Las úlceras por presión siguen siendo una importante causa de morbilidad y constituyen todavía una significativa carga para los pacientes y los sistemas sanitarios (Coleman et al., 2014). Las úlceras por presión pueden ser debidas a la inmovilización o producirse por permanecer encamado durante largos periodos de tiempo (Lindgren et al., 2004). También suelen ser consecuencia de una combinación de comorbilidades o de una mala salud general (incluida la salud de la piel); las enfermedades crónicas de larga duración y la debilidad general pueden reducir la movilidad y contribuir a un posible aumento de peso que, a su vez, incrementan el riesgo de formación de úlceras por presión (Jaul et al., 2018). Sin embargo, la inmensa mayoría de las úlceras por presión son evitables, lo que significa que la prevención es la máxima prioridad aunque aplicarla, supone una considerable dificultad en la práctica clínica (Edsberg et al., 2014; Mervis & Phillips, 2019).

Prevenir las úlceras por presión implica utilizar superficies de apoyo adecuadas, cambiar con frecuencia la postura del paciente, una buena nutrición, controlar la humedad y la utilización preventiva de apósitos de espuma multicapa recubiertos de silicona (Mervis & Phillips, 2019). La evaluación y el seguimiento de la salud de la piel, un aspecto que a menudo se pasa por alto, debería ser la piedra angular de las estrategias para prevenir las úlceras por presión.

Desarrollo de un marco de riesgos de fragilidad cutánea (continuación)

Lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH)

Las LESCAH son afecciones complejas y a las que cada vez se concede más importancia (Woo et al., 2017). Las LESCAH son un tipo de dermatitis de contacto de origen irritativo, y los irritantes más frecuentes son la orina, las heces, los líquidos intestinales que supuran de los estomas y el exudado de las heridas. Se reconocen cuatro tipos de LESCAH: dermatitis asociada a la incontinencia (DAI), dermatitis intertriginosa (DIT), lesión cutánea alrededor de la herida y lesión cutánea alrededor del estoma (Gray et al., 2011). El desarrollo y la gravedad de las LESCAH dependen de varios parámetros y se producen con frecuencia en personas que podrían estar afectadas por los siguientes factores de riesgo intrínsecos: sudoración excesiva, aumento del metabolismo dérmico (elevada temperatura local), pH de la piel anormal, antecedentes de atopia (sensibilidad de tipo genético a contaminantes/irritantes), pliegues cutáneos profundos, atrofia dérmica y producción inadecuada de grasa (Gray et al., 2011; Bianchi, 2012). También pueden estar causadas por factores de riesgo extrínsecos, como incontinencia, sudoración, irritantes químicos/biológicos u otros parámetros medioambientales (Bianchi, 2012).

La sobrexposición de la piel a la humedad puede alterar la integridad de su función de barrera, haciéndola más permeable y más susceptible a los daños (Woo et al., 2017). Las personas con LESCAH padecen síntomas persistentes que afectan a la calidad de vida, como dolor, ardor y prurito (Woo et al., 2017).

La evidencia actual apunta a una relación entre las LESCAH y otras enfermedades de la piel, como dermatitis, infecciones cutáneas y úlceras por presión (Jones et al., 2008; Woo et al., 2009; Beeckman et al., 2017).

Cambios en la piel al final de la vida

No hay consenso sobre la terminología relativa a los cambios que se producen en la piel al final de la vida, y se ha reconocido que es necesaria una mayor claridad en este campo (Ayello et al., 2019).

Las personas que se encuentran al final de la vida experimentan cambios en la piel y necesitan unos cuidados específicos (Latimer et al., 2019). Estos cambios están relacionados con el aumento general de la fragilidad cutánea, que normalmente se conocen también como «insuficiencia cutánea» (Rivera & Stankiewicz, 2018). La insuficiencia cutánea fue definida por Langemo y Brown (2006) como: «un episodio en el cual la piel y los tejidos subyacentes mueren debido a la hipoperfusión que se produce al mismo tiempo que la disfunción grave o la insuficiencia de otros órganos y sistemas».

El documento SCALE (Sibbald et al., 2010) establece que los cambios fisiológicos que se producen en las personas próximas a la muerte pueden provocar cambios inevitables en la piel o los tejidos blandos, a pesar de aplicar unos cuidados adecuados. La perfusión tisular disminuida (isquemia local), la deficiente oxigenación de la piel, la disminución de la temperatura cutánea local, la pigmentación irregular y la necrosis cutánea son manifestaciones reconocidas del proceso SCALE (*skin changes at life's end*) y pueden conducir a insuficiencia cutánea en caso de que estén implicados dos o más órganos internos.

En los días o semanas previos a la muerte, algunas personas sufren una pérdida de la integridad cutánea conocida como úlcera terminal de Kennedy (UTK) o «síndrome 3:30», que es un subtipo de las úlceras por presión. Si bien se acepta que las UTK son inevitables, los clínicos no suelen reconocerlas fácilmente debido a que desconocen su existencia (Nesovic, 2016). Esta situación puede dificultar el diagnóstico y tratamiento exactos que, a su vez, tendrá repercusiones en términos de dolor y comodidad en los últimos días de vida del paciente (Latimer et al., 2019). Las UTK se manifiestan como pequeños puntos negros a causa de la hipoperfusión, que aparecen rápidamente y luego aumentan de tamaño, a menudo en solo unas pocas horas (Ayello et al., 2019).

El documento SCALE (Sibbald et al., 2010) recomienda evaluar regularmente la totalidad de la piel para documentar todas y cada una de las zonas afectadas, siempre teniendo en cuenta los deseos y

el estado del paciente y su familia, amigos y personas de apoyo. Los cambios en la piel al final de la vida pueden variar de una persona a otra y, aunque se considera una parte inevitable del proceso de la muerte, no todas las personas sufren insuficiencia cutánea al final de su vida (Ayello et al., 2019). Por otra parte, cabe señalar que algunas situaciones que se consideran terminales pueden revertirse, y es posible que estos pacientes finalmente se recuperen de la insuficiencia cutánea (Ayello, 2019).

Se ha reconocido que se constata la necesidad de un mayor esfuerzo de investigación y concienciación sobre los cambios en la piel al final de la vida, basándose en estrategias holísticas centradas en el paciente como parte de los cuidados continuos que, además, podría contribuir a mejorar su comodidad y calidad de vida (Latimer et al., 2019). Como los cambios en la piel al final de la vida están relacionados con la fragilidad cutánea, se incluyen bajo la propuesta integrada de abordaje de la piel de las personas.

Desarrollo de un marco de riesgos: *Puntos clave*

- El análisis del concepto de fragilidad cutánea debe incluir un enfoque integrado, que contemple la piel como un todo e incorpore factores de riesgo sinérgicos ligados a la salud general y el bienestar de las personas
- Las afecciones que pueden estar relacionadas con la fragilidad cutánea son, entre otras: desgarros cutáneos, úlceras por presión, LESCAH y cambios en la piel al final de la vida
- Se reconoce que puede haber otros trastornos relacionados con la fragilidad cutánea; sin embargo, la evidencia para estas cuatro grandes afecciones es sólida
- La aceptación de que existe una relación sinérgica entre estos factores podría ayudar a optimizar el pronóstico para los pacientes y garantizar que se ponga el foco en la salud de la piel y, en consecuencia, reducir el riesgo de todas estas afecciones.

Centrarse en promover la salud de la piel y prevenir las lesiones cutáneas

Poner el foco en la importancia de la piel y dar los pasos necesarios para promover una salud óptima de la piel, sobre todo en personas con piel vulnerable, es clave para optimizar el pronóstico de la integridad cutánea. La fragilidad cutánea es un problema complejo y multidimensional, y es necesario un enfoque holístico para prevenir las lesiones cutáneas. La optimización de los resultados clínicos de integridad cutánea se debe basar en la atención a las necesidades y preferencias individuales, la identificación y corrección de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, la valoración y evaluación continuas, y el desarrollo y administración de unos cuidados basados en la evidencia y centrados en la persona.

Evaluación

Está generalmente aceptado que es importante tener en cuenta la imagen global de las personas (p. ej., su movilidad, estado nutricional, situación socioeconómica y factores psicosociales). La evaluación holística es fundamental para conseguirlo; por lo tanto, si fuera posible realizar una evaluación completa de la piel como un solo proceso, no habría necesidad de herramientas de evaluación independientes (p. ej., para el riesgo de desgarros cutáneos o de úlceras por presión): un enfoque integrado, basado en el sentido común, es mucho más útil (véase la Tabla 2).

Tabla 2. Componentes clave de una evaluación completa de la piel (adaptado de Wounds UK, 2018)

- Evaluación de la piel
- Historia médica del paciente
- ¿Tiene el paciente factores de riesgo intrínsecos para una piel vulnerable, como edad avanzada, diabetes, atopía (respuesta inmunitaria aumentada a los alérgenos) o piel fina?
- ¿Está la piel intacta?
- ¿Tiene el paciente factores de riesgo relacionados con las heridas, como eccema varicoso, infección, altos niveles de exudado/humedad excesiva, edema o erupción puntiforme?
- ¿Tiene el paciente alguna afección cutánea? ¿Presenta algo inusual, como eritema o sequedad, o la piel duele o pica? ¿Cómo siente su piel el paciente?
- Evaluación de los conocimientos del paciente sobre su afección cutánea
- Historia de la afección cutánea:
 - ¿Desde cuándo sufre el paciente la afección?
 - ¿Con qué frecuencia se produce?
 - ¿Presenta variaciones estacionales?
 - ¿Tiene antecedentes familiares de afecciones cutáneas?
 - ¿Podrían el trabajo o las aficiones del paciente afectar a su piel (p. ej., exposición a sustancias químicas, lavado repetido de manos)?
 - ¿Qué medicamentos toma el paciente (en especial si son fármacos de uso prolongado como los corticoides)?
 - ¿Tiene alguna alergia conocida?
 - ¿Está expuesto a otros factores de riesgo extrínsecos (p. ej., aumento de la exposición al sol, tabaco, alcohol)?
 - Tratamientos previos y pasados y su eficacia
 - ¿Algún tratamiento, acción o comportamiento influye en su afección?
 - ¿Nota algún olor?
- Toque o presione suavemente la piel para obtener información sobre su textura
- Con las puntas de los dedos, compruebe la temperatura de la piel (o utilice termografía de infrarrojos sin contacto)
- Preferentemente, realice la exploración de piel en una sala privada y cálida (aunque se reconoce que esto no es siempre posible)

En la primera visita o en el ingreso en una institución de salud, se debe realizar una completa evaluación holística de la piel, e incorporar una exploración continua de la piel en un programa de cuidados diarios documentado e integrado, a fin de garantizar la detección de cualquier cambio en la salud o el estado de la piel de la persona (Wounds UK, 2015). Es importante señalar que un parte fundamental de este proceso es mantener registros claros, coherentes y exactos.

Si se considera que una persona está en riesgo, se debe implementar la lista de verificación del programa de reducción de riesgos (Tabla 3).

Tabla 3. Lista de verificación del programa de reducción de riesgos (adaptado de LeBlanc y Baranoski, 2011)	
Factor de riesgo	Acción
Piel	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inspeccione la piel e investigue los antecedentes de fragilidad cutánea <input type="checkbox"/> Si el paciente tiene la piel seca, frágil, vulnerable, evalúe el riesgo de un traumatismo accidental <input type="checkbox"/> Trate la piel seca y utilice un producto emoliente/hidratante para rehidratar las extremidades dos veces al día/a demanda <input type="checkbox"/> Aplique un plan de cuidado de la piel personalizado, utilizando un limpiador suave (no jabón tradicional) y agua templada (no caliente) <input type="checkbox"/> Evite los traumatismos cutáneos causados por apósitos adhesivos y esparadrapo (utilice cinta de silicona y vendas de retención cohesivas) <input type="checkbox"/> Tenga en cuenta los medicamentos que pueden afectar directamente a la piel (p. ej., esteroides sistémicos y tópicos) <input type="checkbox"/> Tenga presente el aumento del riesgo que acompaña a las edades extremas <input type="checkbox"/> Comente el uso de prendas protectoras (p. ej., espinilleras, mangas largas o vendas de retención) <input type="checkbox"/> Evite las uñas largas o el uso de joyas durante el contacto con el paciente
Movilidad	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fomente la participación activa/los ejercicios si la función física está deteriorada <input type="checkbox"/> Evite las fuerzas de fricción y cizallamiento (p. ej., el uso de sábanas deslizantes, elevadores...), utilizando unas buenas técnicas manuales de manejo del paciente según las directrices locales <input type="checkbox"/> Realice una evaluación y prevención del riesgo de caídas <input type="checkbox"/> Asegúrese de que utiliza un calzado cómodo/ confortable <input type="checkbox"/> Aplique las prendas de vestir y de compresión con mucho cuidado <input type="checkbox"/> Garantice un entorno seguro: luz adecuada, retirada de obstáculos <input type="checkbox"/> Utilice un acolchado protector para los equipos (según las normas de su centro) y para los muebles <input type="checkbox"/> Evalúe la posibilidad de lesiones cutáneas causadas por las mascotas
Salud general	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informe al paciente y sus cuidadores sobre el riesgo de fragilidad cutánea y la prevención de lesiones <input type="checkbox"/> Implice de forma activa al paciente/cuidador en las decisiones sobre los cuidados, cuando lo considere adecuado <input type="checkbox"/> Optimice la nutrición y la hidratación, remitiendo al paciente al dietista si es necesario <input type="checkbox"/> Remita al paciente al especialista adecuado si la pérdida de percepción sensorial es problemática (p. ej., diabetes) <input type="checkbox"/> Tenga en cuenta los posibles efectos de los fármacos y la polimedicación en la piel del paciente

Centrarse en promover la salud de la piel y prevenir las lesiones cutáneas

(continuación)

Un elemento importante de la evaluación debe ser el historial médico del paciente, tanto general como específico de la piel (p. ej., estado de la piel y antecedentes de problemas cutáneos o lesiones cutáneas previas), y tomar medidas en consecuencia. También es fundamental evaluar la capacidad de la persona y su idoneidad para intervenir en sus propios cuidados, ya que el autocuidado puede ser una herramienta poderosa como parte de un programa de cuidado de la piel (consulte la sección "Autocuidado", en la página 15). En caso de que familiares o cuidadores estén involucrados, también se les puede impartir formación sobre el cuidado de la piel y sobre cómo pueden ayudar.

Cuidado de la piel

La hidratación regular de la piel debe considerarse como una parte fundamental en los cuidados de las personas con fragilidad cutánea, para así favorecer la salud general de la piel y reducir el riesgo de lesiones cutáneas (Wounds UK, 2015). Esto puede ayudar a restaurar la función de barrera de la piel, reducir el picor y aumentar el grado de hidratación cutánea. Los beneficios de hidratar la piel para tratar afecciones cutáneas específicas están ampliamente reconocidos, no obstante, en pacientes con riesgo de pérdida de la integridad cutánea, deben utilizarse también como parte de una rutina diaria de cuidado de la piel. Se ha observado que el uso de productos hidratantes ayuda a prevenir diversas formas de lesiones cutáneas, como los desgarros y las úlceras por presión superficiales (Bale et al., 2004; Carville et al., 2014). Cualquier posible daño debido a la humedad puede minimizarse o eliminarse utilizando tejidos absorbentes.

Los productos hidratantes están disponibles en distintos formatos (cremas, pomadas y lociones), así como geles de baño, que deben tener un pH equilibrado (es decir un pH de 4,5 a 6,5), no contener aromas y no ser sensibilizantes (Wounds UK, 2018). Pueden utilizarse en todas las fases del aseo diario para las personas con fragilidad cutánea, tanto para la limpieza como para la hidratación. En caso necesario, pueden utilizarse productos con ingredientes añadidos (p. ej., humectantes como la urea, el glicerol o el miristato de isopropilo) que tienen propiedades de retención de la humedad, al drenar de forma activa el agua de la dermis hacia la epidermis y reemplazar así la humedad perdida por la piel (Wounds UK, 2015).

En el caso de pieles de riesgo, deben tenerse en cuenta otros factores, como reducir la exposición al sol, minimizar la frecuencia del baño, cuidar que la temperatura del agua no sea demasiado alta y secar la piel mediante toques con la toalla, en vez de frotar (LeBlanc et al., 2018; Wounds UK, 2018).

El método estándar del cuidado de la piel debe incorporar el uso de productos adecuados que contribuyan al control de la humedad, y utilizar líquido limpiador en vez de jabón puede ayudar a proteger e hidratar la piel vulnerable en riesgo de sufrir lesiones (Wounds UK, 2018). Por lo tanto, se recomienda un plan completo de cuidado de la piel para las personas afectadas, que incluye el uso de una combinación de productos sin jabón, así como cremas y pomadas que no necesiten aclarado (Wounds UK, 2018).

Hidratación de la piel en riesgo de sufrir LESCAH

Se ha reconocido que un exceso de humedad es dañino; sin embargo, es importante reponer la humedad natural de la piel y se puede conseguir aplicando productos hidratantes, asegurándose siempre de que se utilizan adecuadamente y se evita el riesgo de maceración añadida.

En algunos casos, puede ser beneficioso utilizar productos que contengan aminoácidos, ceramidas y ácidos grasos esenciales (Woo et al., 2017). Sin embargo, en caso necesario debe tenerse en cuenta el coste y la disponibilidad, así como el uso de los productos correctos para cada paciente.

Es importante señalar que la humedad excesiva no debe verse como una barrera frente al uso de productos hidratantes, ya que sirven para proteger la piel y mejorar su integridad general (Woo et al., 2017).

Se recomienda el uso de una barrera protectora (por ej., en spray o crema) que ayude a evitar una mayor alteración cutánea (Benbow, 2012), junto con los productos adecuados para ayudar al control de la incontinencia (Wounds UK, 2018).

Prevención de las lesiones cutáneas: Puntos clave

- La evaluación holística y una vigilancia continua de la persona son factores clave
- El tratamiento emoliente debe formar parte de un programa diario para las personas con piel frágil, de riesgo
- Se debe fomentar el autocuidado siempre que sea posible, ya que puede aumentar el compromiso con el tratamiento y mejorar los resultados
- El nivel de pH se debe mantener entre 4,5 y 6,5 para preservar el manto ácido de la piel.

Autocuidado

En las personas afectadas, se debe incorporar la hidratación de la piel en la rutina diaria: por ejemplo, se les debe enseñar a aplicarse ellas mismas productos emolientes o hidratantes (o, si ya lo hacen, aumentar la frecuencia) y optimizar su propio plan de aseo para que incorpore medidas adecuadas de cuidado de la piel que reduzcan el riesgo de lesiones.

En un estudio por grupos, controlado y aleatorizado, se evaluó la eficacia de una pauta de hidratación de la piel dos veces al día, en comparación con el cuidado cutáneo «normal», para la reducción de la incidencia de desgarros cutáneos en una residencia de ancianos (Carville et al., 2014). El estudio demostró que aplicar un producto hidratante sin perfume, de pH neutro para la piel, disponible comercialmente, dos veces al día en las extremidades, redujo la incidencia de desgarros cutáneos en cerca de un 50%.

En otro estudio, la aplicación dos veces al día de un producto hidratante sin perfume, de pH neutro para la piel (4,5 a 6,5) en pacientes mayores de 65 años con piel de riesgo, redujo la incidencia de desgarros cutáneos (Finch et al., 2018). El personal encargado de los cuidados aplicó el producto hidratante dos veces al día a los pacientes que lo necesitaban; cuando fue posible, los pacientes o sus familiares recibieron formación sobre la forma de hacerlo y se les aconsejó que se aplicaran el producto hidratante ellos mismos. Se registró el momento de cada aplicación del producto hidratante: la documentación y la constancia son fundamentales para el éxito. El estudio aportó pruebas de los beneficios de esta pauta, una intervención relativamente barata que redujo los costes globales y mejoró el resultado de los cuidados.

Implicar a la persona en sus propios cuidados es fundamental para el éxito de cualquier programa asistencial. Las preferencias y la aceptación del paciente son especialmente importantes a la hora de seleccionar el producto emoliente. Las propiedades y beneficios de los emolientes pueden variar y ser adecuadas o no para cada persona; por ejemplo, las pomadas pueden ser más eficaces porque tienen un elevado contenido en aceites, pero pueden resultar más difíciles de aplicar y dejan la piel más grasienta; los emolientes que contienen sustancias humectantes pueden tener una mayor aceptación cosmética en algunas personas (Wounds UK, 2015).

Es importante contar con una visión holística en el autocuidado, garantizando que el paciente esté lo más sano posible. La nutrición y la hidratación son claves para la salud de la piel y pueden ayudar a prevenir lesiones cutáneas. También se debe aconsejar al paciente que se mueva, siempre que sea posible. Cuando sea necesario, se tendrán también en cuenta los problemas de polimedicación, ya que algunos fármacos pueden causar cambios en la piel que deben tratarse adecuadamente (LeBlanc et al., 2018).

Se facilitará una lista de verificación de autocuidados para estimular al paciente a que controle la salud de su piel y el bienestar general (Tabla 4).

Tabla 4. Lista de verificación de autocuidados para pacientes con piel vulnerable
(adaptado de Wounds UK, 2015)

- ¿Se me ha facilitado un plan de cuidado de la piel personalizado?
- ¿Utilizo un producto emoliente todos los días?
- ¿Estoy comiendo bien y bebiendo la suficiente cantidad de agua?
- ¿Me mantengo lo más activo y móvil posible?
- ¿He pensado en usar prendas que me protejan la piel, como por ejemplo manga larga, espinilleras o vendajes tubulares?
- ¿He hecho que mi entorno sea lo más seguro posible; por ejemplo, iluminación adecuada, ausencia de obstáculos y acolchado de los muebles, si es necesario?
- Llevo calzado cómodo/confortable para evitar las caídas?

Implementación en la práctica clínica

Es fundamental tener en cuenta la fragilidad cutánea como un todo y adoptar un nuevo enfoque que englobe todos los aspectos de la salud de la piel y los riesgos asociados, y que esto se traduzca en un cambio en la práctica, para que se integre como algo habitual en el equipo multidisciplinar y en todas las etapas asistenciales. El resultado debe ser una evaluación holística exhaustiva como punto de partida seguida de un seguimiento continuo y nuevas intervenciones siempre que sea necesario. De esta forma, se lograría la atención de todos los pacientes con piel de riesgo y la reducción de las probabilidades de que sufran lesiones cutáneas.

El *Skin Safety Model* (Campbell et al., 2016) propuso un marco unificado que ofrecía una perspectiva única sobre los antecedentes diversos, pero interconectados, que contribuyen a la aparición de una serie de lesiones cutáneas en pacientes ancianos vulnerables hospitalizados (Figura 3).

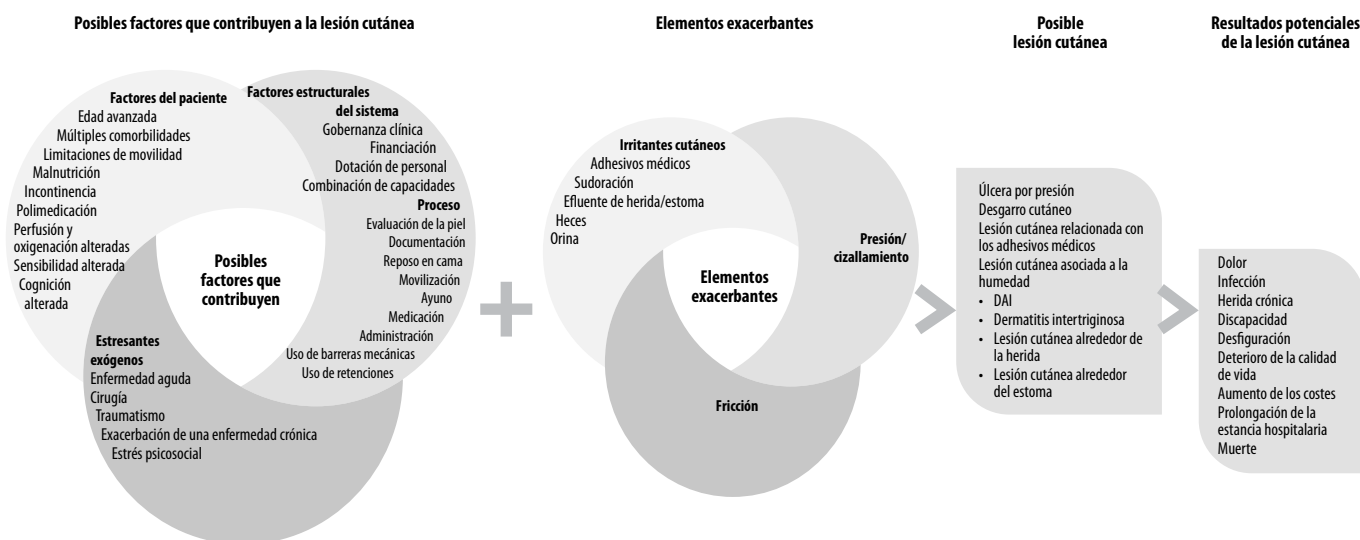


FIGURA 3 | El *Skin Safety Model* (Campbell et al., 2016)

La puesta en práctica estos principios exige que los cuidados se contemplen como un todo. Los principios para el cuidado de la piel de riesgo deben basarse en la evidencia, ser sistemáticos y contar con los siguientes aspectos asistenciales fundamentales:

1. Establecer unos cuidados centrados en la persona que prioricen las necesidades y preferencias de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.
2. Realizar una evaluación holística completa, formular un plan de cuidado de la piel, ponerlo en práctica y evaluarlo de forma continua
3. Evaluar, tratar y valorar el dolor de forma continua
4. Impulsar las actividades de la vida diaria (AVD)
5. Favorecer y facilitar la movilidad, incluyendo el cambio de postura y el uso de los equipos apropiados
6. Fomentar y mantener la continencia y tratar adecuadamente la incontinencia
7. Promover y facilitar un estado adecuado de nutrición e hidratación
8. Establecer un programa de cuidado de la piel completo e individualizado.

Cuidados centrados en la persona

Debe darse prioridad a las necesidades y preferencias de las personas, sus familias y sus cuidadores. Las necesidades de las personas cambiarán con el tiempo y, también, su capacidad de autocuidado. Es fundamental que todos los cuidados estén perfectamente adaptados a la persona.

Evaluación holística integral

En la página 12 encontrará más información sobre la evaluación holística y lo que debe incluir. Es necesario insistir en que es indispensable disponer de una documentación clara y precisa, con pruebas de la toma de decisiones y los objetivos de tratamiento compartidos entre el paciente y el médico (incluidos temas como la concordancia). La evaluación debe ser sistemática e incluir todos los elementos listados en el formato de evaluación; sin embargo, es importante recordar que los cuidados deben estar perfectamente adaptados a la persona, y esto incluye la evaluación. Es fundamental escuchar a la persona y asegurarse de que se han identificado todos los problemas psicosociales o socioeconómicos.

Evaluación y tratamiento del dolor

Actualmente no disponemos de una herramienta de referencia para evaluar el dolor; sin embargo, los profesionales sanitarios deben utilizar una herramienta de evaluación adecuada que se adapte a su población de pacientes. No debe pasarse por alto la evaluación del dolor como parte de la evaluación general del paciente. Es importante comprender la perspectiva de la persona sobre su propio dolor, en vez de hacer suposiciones basadas en la salud de su piel o en la herida.

La evaluación debe ser la piedra angular de un tratamiento óptimo del dolor en la práctica clínica, y se deben tomar medidas, cuando sea necesario, de acuerdo con las necesidades y la idoneidad para el paciente (Fink, 2000).

Maximizar las actividades de la vida diaria (AVD)

Normalmente, se consideran AVD básicas actividades tales como bañarse, vestirse, usar el inodoro y comer; las AVD instrumentales, por otra parte, son tareas más complejas como cocinar y limpiar. Las personas que sufren cualquiera de las cuatro afecciones principales comentadas, pueden tener una capacidad insuficiente para realizar las AVD necesarias para llevar una vida independiente. Poder realizar todas las AVD, cuando sea posible (con ayuda de un terapeuta ocupacional en algunos casos) se asocia con beneficios significativos para la calidad de vida y las relaciones familiares, así como con una reducción de los costes asistenciales (Ciro, 2014).

Movilidad

En las personas indicadas, fomentar el ejercicio o aumentar la movilidad puede ser beneficioso. Se puede recomendar la derivación a fisioterapia o consultar a otros fisioterapeutas sobre las necesidades de un paciente.

Las actividades relacionadas son aquellas en las que la actividad física se produce como parte de las actividades básicas de vida diaria, como caminar hasta el baño, trasladarse de un sitio a otro y vestirse. Realizar las actividades básicas de la vida diaria puede ser el ejercicio más sencillo para muchas personas (Victoria State Government, 2019).

Siempre que sea posible se animará a las personas a:

- vestirse (valorar la posibilidad de la ropa y el calzado de un día normal)
- levantarse de la cama y moverse, bajo supervisión o con asistencia y una ayuda adecuada para la marcha si es necesario
- sentarse fuera de la cama tan pronto como se considere seguro hacerlo, tanto como sea posible según su enfermedad
- caminar hasta el lavabo, bajo supervisión o con asistencia si es necesario

Implementación en la práctica clínica

(continuación)

- comer fuera de la cama, preferiblemente en un comedor común, si lo hay y es adecuado
- realizar o participar en actividades como la ducha y otras relacionadas con el aseo personal.

Algunas intervenciones de ayuda que el personal puede realizar son:

- supervisar o asistir a los ancianos durante la marcha, los traslados y las AVD, si es necesario
- crear un plan de continencia y movilidad que se ajuste a los pacientes que se sientan fuera de la cama para comer
- ajustar la altura de la cama para permitir unos traslados seguros e independientes
- en el entorno asistencial de los pacientes hospitalizados, orientarlos en la planta, mostrarles dónde está el baño
- promover un estilo de vida que fomente el ejercicio incidental
- proporcionar ayudas para conseguir unos traslados y una movilidad óptimos
- evitar el uso de barandillas en la cama, que pueden limitar la movilidad y ser peligrosas
- mejorar la comprensión de los riesgos de limitar la movilidad, y ofrecer estrategias para evitar la pérdida de condición física.

Continencia

Siempre que sea posible debe identificarse y eliminarse la causa de la incontinencia y estudiarse las opciones de tratamiento (Wishin et al., 2008). Será necesario evaluar, por tanto, la función vesical y renal en caso de incontinencia urinaria, y la función del intestino y el colon en el caso de incontinencia fecal (Beele et al., 2017). Si el tratamiento no es posible, se recomienda utilizar productos para la incontinencia adecuados y realizar intervenciones comportamentales no invasivas (Beeckman et al., 2018). Las intervenciones comportamentales pueden incluir la gestión de la nutrición y la ingesta de líquidos, la mejora de la movilidad y distintas técnicas de uso del inodoro (Wishin et al., 2008). La evidencia señala que intervenciones estructuradas sobre el uso del inodoro y el ejercicio pueden mejorar la incontinencia y el estado de la piel en los residentes de hogares de ancianos (Bates-Jensen et al., 2003). Se recomienda reevaluar periódicamente el tipo y la frecuencia de la incontinencia, a fin de adaptar su tratamiento y calcular el riesgo de lesiones cutáneas, como la DAI (Beeckman et al., 2018).

Nutrición e hidratación

Una correcta nutrición está considerada una estrategia importante para mantener la integridad y la salud de la piel y garantizar una cicatrización correcta (Kottner et al., 2013). Debe realizarse una evaluación nutricional, por ejemplo con la Malnutrition Universal Screening Tool (MUST, 2018), a fin de garantizar que la nutrición y la hidratación del paciente sean las adecuadas para mantener la integridad de la piel o favorecer la cicatrización. Debe hacerse un seguimiento continuo e informar al paciente sobre la importancia de la nutrición y la hidratación, cuando sea necesario y apropiado.

Limpieza suave de la piel

La limpieza debe ser una parte importante de cualquier programa de cuidado de la piel estándar. En caso de fragilidad cutánea, es especialmente necesario asegurarse de que la limpieza sea suave y no dañe la piel. El proceso de limpieza en sí mismo puede ser perjudicial para la barrera cutánea (Voegeli, 2008; Ananthapadmanabhan et al., 2013). Una limpieza excesiva puede causar sequedad e irritación cutáneas, además de influir en el pH y, por tanto, en la flora bacteriana (Beele et al., 2017); muchos jabones tienen un pH alto y pueden dañar la piel. Secar la piel frotando causa una mayor fricción y se debe evitar (Voegeli, 2008). En consecuencia, se debe encontrar el correcto equilibrio entre eliminar las sustancias irritantes e impedir la irritación añadida debido a una limpieza frecuente, que es especialmente necesario en cualquier paciente con un problema de DAI (Beeckman et al., 2018).

Debe evitarse el lavado tradicional con agua y jabón, ya que altera la barrera y eleva el pH de la piel (Kuehl et al., 2003; Beele et al., 2017). Los productos líquidos de lavado sin jabón pueden ser buenos sustitutos del jabón tradicional en algunos pacientes (Wounds UK, 2018); para más información, consulte la página 14 sobre el cuidado de la piel en general. Los limpiadores cutáneos que contienen tensioactivos no iónicos, que se ajustan el intervalo de pH del manto ácido de la piel sana, también son preferibles por su suavidad (Nix, 2000; Kuehl et al., 2003).

Siempre que sea posible, se recomienda utilizar limpiadores sin aclarado, con un pH equilibrado, como las toallitas desechables suaves, que también pueden simplificar los cuidados y mejorar la comodidad del paciente (Gray et al., 2012; Kottner et al., 2013; Beeckman et al., 2016; Beeckman et al., 2018).

Hidratar y proteger la piel

Hidratar y proteger la piel es también un paso fundamental para reducir el riesgo. Los productos hidratantes sin aclarado pueden ser útiles en este caso (para más información, consulte la página 14).

Los productos sin aclarado pueden utilizarse tanto para la prevención (a modo de barrera entre el estrato córneo y cualquier humedad o sustancia irritante) como para el tratamiento (para favorecer la cicatrización y permitir que se recupere la barrera cutánea; Beeckman et al., 2016). Los productos sin aclarado, incluidos los hidratantes cutáneos, deben aplicarse siguiendo las instrucciones del fabricante; la idoneidad para su uso en la piel lesionada o desnuda debe estar corroborada por los datos de seguridad del fabricante. En recientes revisiones sistemáticas se ha llegado a la conclusión de que aplicar productos sin aclarado (hidratantes o protectores cutáneos o una combinación de ambos) es más eficaz que el uso de agua y jabón (Beeckman et al., 2016; Pather et al., 2017).

El objetivo de los hidratantes cutáneos es reparar o fortalecer la barrera cutánea, retener y/o aumentar su contenido en agua, reducir la pérdida de agua transepidérmica (PATE) y restaurar o mejorar la estructura lipídica intercelular (Beeckman, 2017). Un producto de barrera para la piel tiene como objetivo evitar la pérdida de la integridad cutánea al proporcionar a la piel una barrera impermeable o semipermeable. (Beeckman et al., 2009; Kottner & Beeckman, 2015; Beeckman et al., 2016).

Los protectores cutáneos deben aplicarse con regularidad y mediante toques suaves, evitando la fricción, en la cantidad adecuada para que la piel no se ablande; en personas con un problema de DAI, esto debe realizarse preferiblemente antes de la exposición y aplicarse en todas las zonas de la piel que entren en contacto con la orina y/o las heces (Kottner and Beeckman, 2015; Beele et al., 2017).

Precauciones en la aplicación y retirada de dispositivos clínicos

En la piel vulnerable, el lugar de inserción de un dispositivo médico (Moreiras-Plaza, 2010) o la zona de colocación del dispositivo pueden entrañar un daño adicional para el tejido (Ong, 2011; Hogeling et al., 2012). Los dispositivos médicos pueden causar fricción o crear presión sobre los tejidos blandos (Jaul, 2011) y provocar la formación de una úlcera por presión (WUWHS, 2016). El esparadrápalo utilizado para fijar el dispositivo médico también puede irritar la piel sensible, sobre todo si se produce un edema alrededor del dispositivo; sin embargo, una cuidadosa selección del adhesivo del esparadrápalo (p. ej., a base de silicona) puede evitar complicaciones cutáneas (Black et al., 2010; WUWHS, 2016).

Implementación en la práctica clínica (continuación)

Se han propuesto diversas estrategias para prevenir las úlceras por presión relacionadas con los dispositivos médicos, como:

- Colocación correcta y cuidado del equipo. Esto incluye la correcta selección del dispositivo de sujeción y el tipo de adhesivo, conforme a las directrices del fabricante (Apold & Rydrych, 2012; Boesch et al., 2012)
- Uso de hidrocoloides finos, apósitos de película o productos de barrera debajo del dispositivo médico para reducir la humedad, la fricción y el cizallamiento (Weng, 2008; Huang et al., 2009; Jaul, 2011; Iwai et al., 2011; Boesch et al., 2012)
- Uso de almohadillas de gel dérmicas para reducir la presión (Large, 2011).

En caso de que haya una herida, es importante también extremar las precauciones al colocar y retirar los apósitos, a fin de evitar las lesiones cutáneas relacionadas con el uso de adhesivos. Algunos consejos para colocar y retirar los apósitos en la piel vulnerable son (LeBlanc et al., 2018):

- Valorar el uso de apósitos de retirada atraumática
- Dedicar tiempo a retirar el apósito lentamente y sin tirar hacia arriba
- Marcar el apósito con un flecha para indicar la dirección correcta de retirada y asegurarse de que esté claramente explicado en las notas cuando sea pertinente (p. ej., en los desgarros cutáneos)
- A fin de minimizar el traumatismo al retirar el adhesivo, se pueden utilizar productos específicos para eliminar adhesivos
- Utilizar un apósito diseñado para estar en contacto directo con la piel perilesional
- También se puede valorar el uso de un producto de barrera cutánea para proteger la piel circundante (p. ej., para prevenir la maceración en caso de heridas con alta producción de exudado, o evitar desgarros al retirar el adhesivo/apósito o fijar el dispositivo médico)

Implementación en la práctica clínica: *Puntos clave*

- Los principios del cuidado de la piel deben tener un enfoque basado en la evidencia y centrado en la persona
- Tras la evaluación se debería continuar con el seguimiento y un plan asistencial personalizado para las personas de riesgo
- Promover la salud de la piel y prevenir las lesiones cutáneas en individuos vulnerables debe ser una prioridad en todos los aspectos asistenciales.

Conclusiones

Es imprescindible mejorar el pronóstico de la integridad de la piel en personas con fragilidad cutánea. La piel es el órgano más grande del cuerpo, cumple múltiples funciones y es importante para la salud general. Un enfoque holístico, centrado en la persona, de la salud de la piel puede acabar con los «cuidados compartimentados» y mejorar el pronóstico de la integridad cutánea y la calidad de vida en las personas con fragilidad cutánea. Elementos esenciales de este enfoque para el cuidado de la piel son: una cuidadosa evaluación holística y un seguimiento continuo, tener en cuenta los múltiples factores interrelacionados que incluyen las preferencias y necesidades individuales, el estado de salud general, la movilidad, la nutrición, el grado de continencia, la situación socioeconómica y los factores psicosociales

Está claro que es necesario aumentar la concienciación sobre la piel y su importancia en la salud general, en determinados grupos de pacientes que podrían estar en riesgo de sufrir lesiones en la piel debido a su fragilidad cutánea. La piel es un órgano vital y debe tratarse como tal, además de ser un indicador importante de la salud general y el bienestar de la persona y constituye una gran oportunidad para prevenir una serie de complicaciones que de otra forma podrían pasar desapercibidas. Aunque nos hemos centrado en afecciones específicas y sus factores de riesgo sinérgicos, existen muchas otras.

El margen para la implicación individual de los pacientes y sus cuidadores/familiares también es importante. Se ha constatado que los programas de autocuidado en las personas de riesgo tienen un efecto beneficioso sobre los resultados clínicos, tanto en términos de salud del paciente como de calidad de vida, y es una forma relativamente barata de mejorar los sistemas y reducir costes (Finch et al., 2018).

Este nuevo enfoque puede fomentar una forma de pensamiento que incluya todos los aspectos de la salud de la piel, observando los problemas de la piel a través de la lente de la fragilidad cutánea, en vez de como afecciones separadas. Este nuevo enfoque, a su vez, mejoraría el pronóstico y, lo que es más importante, el estado de la persona

Referencias

- Ananthapadmanabhan K, Subramanyan K, Nole G (2013) A global perspective on caring for healthy stratum corneum by mitigating the effects of daily cleansing: report from an expert dermatology symposium. *Br J Dermatol* 168(Suppl 1): 1-9
- Apold J, Rydrych D (2012) Preventing device related pressure ulcers: Using data to guide statewide change. *J Nurs Care Qual* 27(1): 28-34
- Ayello EA, Levine JM, Langemo D et al (2019) Reexamining the literature on terminal ulcers, SCALE, skin failure and unavoidable pressure injuries. *Adv Skin Wound Care* 32(3): 109-21
- Bale S, Tebble N, Jones V, Price P (2004) The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. *J Tissue Viability* 14(2):44-50
- Bates-Jensen BM, Alessi CA, Al Samarrai NR, Schnelle JF (2003) The effects of an exercise and incontinence intervention on skin health outcomes in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 51(3): 348-55
- Beeckman D (2017) A decade of research on incontinence-associated dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps. *J Tissue Viability* 26(1): 47-56
- Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S et al (2009) Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs* 65(6): 1141-54
- Beeckman D, Smet S, Van den Bussche K (2018) Incontinence-associated dermatitis: why do we need a core outcome set for clinical research? *Wounds International* 9(2): 21-5
- Beeckman D, Van Damme N, Schoonhoven L et al (2016) Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. CD011627
- Beele H, Smet S, Van Damme N, Beeckman D (2017) Incontinence-associated dermatitis: pathogenesis, contributing factors, prevention and management options. *Drugs Aging* 35(1): 1-10
- Benbow M (2012) Skin care of the incontinent patient. *J Commun Nurs* 26(2): 31-7
- Bianchi J (2012) Causes and strategies for moisture lesions. *Nurs Times* 108(5): 20-2
- Black JM, Cuddigan JE, Walko MA et al (2010) Medical device related pressure ulcers in hospitalised patients. *Int Wound J* 7(5): 358-65
- Boesch RP, Myers C, Garrett T et al (2012) Prevention of tracheostomy-related pressure ulcers in children. *Pediatrics* 129(3): 792-7
- Butcher M, White R J (2005) The structure and functions of the skin. In: RJ White (ed) *Skin Care in Wound Management: Assessment, Prevention and Treatment*. Wounds UK Books, Aberdeen
- Campbell J, Coyer F, Osborne S (2016) The Skin Safety Model: Reconceptualising skin vulnerability in older patients. *J Nurs Scholarship* 48(1): 14-22
- Carville K, Leslie G, Osseiran-Moisson R et al (2014) The effectiveness of a twice-daily skin-moisturising regimen for reducing the incidence of skin tears. *Int Wound J* 11(4): 446-53
- Ciro CA (2014) Maximizing ADL performance to facilitate aging in place for people with dementia. *Nursing Clinics* 49(2): 157-69
- Coker JF, Martin ME, Simpson RM, Lafortune L (2019) Frailty: an in-depth qualitative study exploring the views of community care staff. *BMC Geriatrics* 19: 47
- Coleman S, Nixon J, Keen J et al (2014) A new pressure ulcer conceptual framework. *J Adv Nurs* 70: 2222-34
- Edsberg LE, Langemo D, Baharestani MM et al (2014) Unavoidable pressure injury: state of the science and consensus outcomes. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 41: 313-34
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific PU Panel (2019) Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. Available online at: <https://www.eupap.org/pu-guidelines/> (accessed 14.01.2020)
- Finch K, Osseiran-Moisson R, Carville K et al (2018) Skin tear prevention in elderly patients using twice-daily moisturiser. *Wound Practice and Research* 26(2): 99-109
- Fink R (2000) Pain assessment: the cornerstone to optimal pain management. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 13(3): 236-9
- Flanagan M, Fletcher J (2003) Tissue viability: Managing chronic wounds. In: Booker C, Nicol M (eds) *Nursing adults: The practice of caring*. Mosby, St Louis
- Gray M, Black JM, Baharestani MM et al (2011) Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 38(3): 233-41
- Gray M, Beeckman D, Bliss DZ et al (2012) Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 39(1): 61-74
- Gray M, Giuliano KK (2018) Incontinence-associated dermatitis, characteristics and relationship to pressure injury: A multisite epidemiologic analysis. *JWOCN* 45(1): 63-7
- Günnewicht B, Dunford C (2004) *Fundamental aspects of tissue viability nursing*. Southampton: Quay
- Hogeling M, Fardin SR, Frieden IJ, Wargon O (2012) Forehead pressure necrosis in neonates following continuous positive airway pressure. *Pediatr Dermatol* 29(1): 45-8
- Huang TT, Tseng CE, Lee TM, et al (2009) Preventing pressure sores of the nasal ala after nasotracheal tube intubation: from animal model to clinical application. *J Oral Maxillofac Surg* 67: 543-51
- Inamadar AC, Palit A (2013) *Critical care in dermatology*. Jaypee Medical Publishing, Delhi
- Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA (2007) Geriatric syndromes: Clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *JAGS* 55: 780-91
- Irvine C (1991) 'Skin failure' - a real entity: discussion paper. *J R Soc Med* 84(7): 412-3
- Iwai T, Goto T, Maegawa J, Tohna I (2011) Use of a hydrocolloid dressing to prevent nasal pressure sores after nasotracheal intubation. *Br J Oral Maxillofac Surg* 49: e65-6
- Jaul E (2011) A prospective pilot study of atypical pressure ulcer presentation in a skilled geriatric unit. *Ostomy Wound Manage* 57(2): 49-54
- Jaul E, Barron J, Rosenzweig JP, Menczel J (2018) An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC Geriatrics* 18(305): 1-11
- Jones JE, Robinson J, Barr W, Carlisle C (2008) Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration. *Nurs Stand* 22(45): 53-8
- Junius-Walker U, Onder G, Soleymani D et al (2018) The essence of frailty: A systematic review and qualitative synthesis on frailty concepts and definitions. *Eur J Intern Med* 56: 3-10
- Kayer G, Saurat JH (2007) Dermatoporosis: a chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome. Clinicopathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. *Dermatology* 215(4): 284-94
- Kottner J, Beeckman D (2015) Incontinence-associated dermatitis and pressure ulcers in geriatric patients. *G Ital Di Dermatol Venereol* 150(6): 717-29
- Kottner J, Beeckman D, Vogt A, Blule-Peytav U (2019a) Chapter 11: Skin Health and Skin Integrity. In: *Innovations and Emerging Technologies in Wound Care 1st Edition*. Editor: A. Gefen. p183-92
- Kottner J, Lichtenfeld A, Blume-Peytavi U (2013) Maintaining skin integrity in the aged: a systematic review. *Br J Dermatol* 169(3): 528-42
- Kottner J, Sigauco-Roussel D, Cuddigan J (2019b) From bed sores to skin failure: Linguistic and conceptual confusion in the field of skin and tissue integrity. *Int J Nurs Studies* 92: 58-9
- Kuehl B, Fyfe K, Shear N (2003) Cutaneous cleansers. *Skin Therapy Lett* 8(3): 1-4

- Lang PO, Michel JP, Zekry D (2009) Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. *Gerontology* 55(5): 539-49
- Langemo DK, Brown G (2006) Skin fails too: acute, chronic and end-stage skin failure. *Adv Skin Wound Care* 19(4): 206-11
- Large J (2011) A cost-effective pressure damage prevention strategy. *Br J Nurs* 20(6 Suppl): 22-5
- Latimer S, Shaw J, Hunt T et al (2019) Kennedy Terminal Ulcers: A scoping review. *J Hospice Palliat Nurs* 21(4): 257-63
- LeBlanc K, Baranoski S (2011) Skin tears - state of the science: Consensus statements for the prevention, prediction, assessment and treatment of skin tears. *Adv Skin Wound Care* 24(9): 2-15
- LeBlanc K, Campbell K, Beeckman D (2018) Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. *Wounds International*. Available online at: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/istap-best-practice-recommendations-prevention-and-management-skin-tears-aged-skin> (accessed 6.12.2019)
- Levine J (2020) Clinical aspects of aging skin: Considerations for the wound care practitioner. *Adv Skin Wound Care* 33(1): 12-9
- Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, Ek AC (2004) Immobility - a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scand J Caring Sci* 18(1): 57-8
- Malnutrition Advisory Group (2018) The 'MUST' Report. Nutritional Screening for Adults: A Multidisciplinary Responsibility. Available at: www.bapen.org.uk (accessed 21.01.2020)
- Mervis JS, Phillips TJ (2019) Pressure ulcers: Prevention and management. *J Am Acad Dermatol* 81(4): 893-902
- Moncrieff G, Van Onselen J, Young T (2015). The role of emollients in maintaining skin integrity. *Wounds UK* 11(1):68-74
- Moreiras-Plaza M (2010) Abdominal wall skin pressure ulcer due to a peritoneal catheter. *Perit Dialysis Int* 30(2): 257-8
- National Health Service (2010) Skincare of patients receiving radiotherapy. NHS Quality Improvement Scotland
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, PPPI (2014) Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline. Cambridge Media, Osborne Park, Western Australia
- Nesovic AV (2016) Kennedy Terminal Ulcer: A retrospective chart review of ulcers in the hospice setting and educating providers and nurses on the importance of skin changes at life's end. Bozeman, MT: Nursing, Montana State University
- Nix DH (2000) Factors to consider when selecting skin cleansing products. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 27(5): 260-8
- North American Nursing Diagnosis Association (2018) Nursing Diagnoses, Definitions and Classification. Available at: www.nanda.org/nanda-i-publications/ (accessed 25.11.2018)
- Ong JC, Chan FC, McCann J (2011) Pressure ulcers of the popliteal fossae caused by thromboembolic deterrent stockings (TEDS). *Ir J Med Sci* 180(2): 601-2
- Pather P, Hines S, Kynoch K, Coyer F (2017) Effectiveness of topical skin products in the treatment and prevention of incontinence-associated dermatitis: a systematic review. *JBI Database Systematic Rev Implementation Reports* 15(5): 1473-96
- Proksch E, Brandner JM, Jensen JM (2008) The skin: an indispensable barrier. *Exp Dermatol* 17(12): 1063-72
- Rappl LM (2008) Physiological changes in tissues denervated by spinal cord injury tissues and possible effects on wound healing. *Int Wound J* 5: 435-44
- Rayner R, Carville K, Leslie G, Roberts P (2015) A review of patient and skin characteristics associated with skin tears. *J Wound Care* 24(9): 406-14
- Rivera J, Stankiewicz M (2018) A review of clinical incidents: skin failure in the dying patient. *J Stomal Ther Aust* 38(1): 12-4
- Shipman AR, Millington GWM (2011) Obesity and the skin. *Br J Dermatol* 165(4):743-50
- Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J (2010) SCALE: Skin changes at life's end: final consensus statement. October 1, 2009. *Adv Skin Wound Care* 23(5): 225-36
- Strazzieri-Pulido KC, Peres GRP, Campanili T et al (2017) Incidence of skin tears and risk factors. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 44: 29-33
- Timmons J (2006) Skin function and wound healing physiology. *Wound Essentials* 1: 8-17
- Van Tiggelen H, LeBlanc K, Campbell K et al (2019) Standardizing the classification of skin tears: validity and reliability testing of the International Skin Tear Advisory Panel Classification System in 44 countries. *Br J Dermatol* Oct 12. doi: 10.1111/bjd.18604.
- Victoria State Government (2019) Maintaining and improving mobility and self-care. Available online at: <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people/falls-mobility/mobility/mobility-improving> (accessed 16.12.2019)
- Voegeli D (2008) The effect of washing and drying practices on skin barrier function. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 35(1): 84-90
- Weng MH (2008) The effect of protective treatment in reducing pressure ulcers for non-invasive ventilation patients. *Intensive Crit Care Nurs* 24(5): 295-9
- Wingard B (2013) The human body: Concepts of anatomy and physiology (3rd ed). London: Lippincott, Williams and Wilkins
- Wishin J, Gallagher TJ, McCann E (2008) Emerging options for the management of fecal incontinence in hospitalized patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 35(1): 104-10
- Woo KY, Beeckman D, Chakravarthy D (2017) Management of moisture-associated skin damage: A scoping review. *Adv Skin Wound Care* 30(11): 494-501
- Woo KY, Coutts PM, Price P et al (2009) A randomized crossover investigation of pain at dressing change comparing 2 foam dressings. *Adv Skin Wound Care* 22: 304-10
- World Union of Wound Healing Societies (2016) Role of dressings in pressure ulcer prevention. Available online at: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/consensus-document-role-dressings-pressure-ulcer-prevention1> (accessed 14.01.2020)
- Wounds UK (2015) All-Wales guidance for the prevention and management of skin tears. Available online at: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/prevention-and-management-skin-tears> (accessed 6.12.2019)
- Wounds UK (2018) Best practice statement: Maintaining skin integrity. Available online at: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/maintaining-skin-integrity> (accessed 26.11.2019)

Apéndice

Resumen de artículos científicos				
Campo de investigación	Datos del autor/ la revista	Tipo	Finalidad	Resultados
Desgarros cutáneos	Van Tiggelen H et al. (2019) <i>British J of Dermatology</i> Oct 12. doi: 10.1111/bjd.18604	Estudio multicéntrico	Medir la validez y fiabilidad del Sistema de clasificación del International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) a nivel internacional	<p>Se desarrolló una definición del concepto de «colgajo cutáneo» en el campo de los desgarros cutáneos y se añadió al sistema de clasificación del ISTAP, que incluye tres tipos de desgarro cutáneo.</p> <p>El acuerdo general con el patrón de referencia fue de 0,79 (IC del 95%, 0,79-0,80) y la sensibilidad se situó entre el 0,74 (IC del 95%, 0,73-0,75) y el 0,88 (IC del 95%, 0,87-0,88). La fiabilidad entre evaluadores fue de 0,57 (IC del 95%, 0,57-0,57). El índice Kappa de Cohen que midió la fiabilidad entre evaluadores fue de 0,74 (IC del 95%, 0,73-0,75).</p> <p>El sistema de clasificación del ISTAP cuenta con evidencia científica en cuanto a su validez y fiabilidad. Debería ser utilizado para la evaluación y la notificación sistemáticas de los desgarros cutáneos en la práctica clínica y la investigación en todo el mundo.</p>
Desgarros cutáneos	Carville et al. (2014) <i>Int Wound J</i> 11(4):446-53	Ensayo controlado aleatorizado	Evaluar la eficacia de una pauta de hidratación de la piel dos veces al día, en comparación con el cuidado cutáneo «normal», para reducir la incidencia de desgarros cutáneos	La aplicación de un producto hidratante dos veces al día redujo la incidencia de desgarros cutáneos en cerca de un 50% en los residentes de una residencia de ancianos.
Desgarros cutáneos	Finch K et al. (2018) <i>Wound Prac Res</i> 26(2): 99-109	Estudio prospectivo de intervención	Medir el grado de prevención de los desgarros cutáneos en pacientes ancianos con la aplicación de productos hidratantes dos veces al día. Ámbito: un hospital privado de 580 camas en Brisbane; una muestra; una muestra intencional de pacientes mayores de 65 años fueron invitados a participar.	<p>La tasas mensuales de incidencia de desgarros cutáneos se calcularon como el número de desgarros cutáneos/días de cama ocupados por el paciente x 1000. En total, se incluyeron 762 pacientes elegibles en el grupo de intervención, y sus resultados se compararon con los de 415 pacientes del grupo de control histórico.</p> <p>En total, 104 pacientes desarrollaron al menos un desgarro cutáneo (grupo de intervención: n = 60, grupo de control: n = 44).</p> <p>Se notificaron un total de 185 desgarros cutáneos (media = 1,79 desgarros cutáneos/paciente; DE = 1,55; rango = 19). La tasa promedio de incidencia mensual en el grupo de intervención fue de 4,35 por cada 1000 días de cama ocupada (89 desgarros cutáneos en de 6 meses).</p> <p>Los resultados indican la eficacia de la aplicación dos veces al día de un producto hidratante en las extremidades de los pacientes ancianos para la prevención de los desgarros cutáneos.</p>

Resumen de artículos científicos (continuación)

Campo de investigación	Datos del autor/ la revista	Tipo	Finalidad	Resultados
Desgarros cutáneos	Kaya G and J Saurat (2010) <i>European Geriatric Medicine</i> 1(4): 216-219	Revisión de artículos científicos	Identificar el potencial epidémico de la dermatoporosis: un nuevo concepto propuesto para cubrir distintas manifestaciones e implicaciones del síndrome de insuficiencia/fragilidad cutánea crónica.	<p>El tratamiento con esteroides sistémicos o tópicos y la exposición crónica a la radiación ultravioleta parecen ser las principales causas de la dermatoporosis. Las vías moleculares de la unión CD44-hialuronato desempeñan un papel importante en la patogénesis.</p> <p>Se necesitan más investigaciones y ensayos clínicos para encontrar soluciones preventivas o terapéuticas para la dermatoporosis.</p>
Desgarros cutáneos	Koyano Y et al. (2016) <i>International Wound Journal</i> 14(4): 691-697	Estudio prospectivo de cohorte	Identificar las propiedades de la piel que podrían utilizarse para predecir el desarrollo de un desgarro cutáneo entre los pacientes de edad avanzada. Realizado en un centro médico de larga estancia en Japón, durante un periodo de 8 meses con pacientes mayores de 65 años ($n=149$).	<p>Se registraron un total de 52 desgarros cutáneos entre los 21 pacientes, lo que supuso una tasa de incidencia de 1,13/1000 días-persona.</p> <p>El grosor de la dermis fue un factor pronóstico (HR = 0,52; intervalo de confianza 95% = 0,33-0,81; <i>valor de p</i> = 0,004). El valor de corte para el grosor de la dermis fue de 0,80mm (área bajo la curva = 0,77; intervalo de confianza 95% = 0,66-0,88; <i>valor de p</i> = 0,006).</p> <p>Los resultados indican que medir el grosor de la dermis en el momento inicial es una forma fácil y exacta de identificar a los pacientes de alto riesgo.</p>
Desgarros cutáneos	LeBlanc K et al. (2018) <i>ISTAP Best Practice Recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin</i> . Londres: Wounds International	Declaración de buenas prácticas	El International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) pidió a un grupo de expertos que elaborasen unas recomendaciones reconocidas internacionalmente para la prevención y el tratamiento de los desgarros cutáneos, con definiciones y terminología actualizadas.	<p>A pesar de que en los últimos años se ha prestado más atención al tema de los desgarros cutáneos, todavía existen vacíos de conocimientos y aspectos que deben ser investigados con más profundidad.</p> <p>El grupo identificó en primer lugar la necesidad de una terminología estandarizada para ayudar a la identificación correcta y el posterior tratamiento de los desgarros cutáneos. También la conveniencia de un sistema de clasificación validado y estandarizado para facilitar las mejores prácticas asistenciales desde la etapa más temprana posible.</p> <p>La prevención debe ser el objetivo, siempre que sea posible.</p> <p>Los productos utilizados deben: tratar el desgarro cutáneo de forma adecuada, evitar más traumatismos a la piel y tener en cuenta la fragilidad de la piel perilesional.</p> <p>No se ha evaluado por completo el efecto de los desgarros cutáneos en la calidad de vida de los pacientes; conocer mejor sus experiencias y perspectivas requiere, por lo tanto, más investigación.</p> <p>Los desgarros cutáneos pueden ser dolorosos, causar complicaciones y retrasar la cicatrización. La prevención y un tratamiento adecuado son fundamentales.</p>

Apéndice (continuación)

Resumen de artículos científicos (continuación)				
Campo de investigación	Datos del autor/ la revista	Tipo	Finalidad	Resultados
Desgarros cutáneos	LeBlanc K et al. (2016) <i>Eur Wound Manag Assoc J</i> 16(1): 17-23	Estudios de casos	Se utilizaron tres estudios de casos para examinar la relación entre las úlceras por presión y los desgarros cutáneos, mediante el análisis de las características demográficas, las comorbilidades, los factores predisponentes, la causa de la herida, la descripción de la evolución de la herida y otras variables.	En estos estudios quedó patente la dificultad de diferenciar los desgarros cutáneos de las úlceras por presión. En los tres casos, los desgarros cutáneos se diagnosticaron erróneamente como úlceras por presión, y este diagnóstico erróneo hizo que se retrasase la aplicación de estrategias para prevenir el desgarro cutáneo.
				Identificar y clasificar los desgarros cutáneos y las úlceras por presión como tipos distintos de heridas puede plantear dificultades clínicas a los profesionales sanitarios.
				El National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPIAP), el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), la Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) y el ISTAP sostienen que, a pesar de las similitudes en cuanto al aspecto de las heridas y las dificultades de diagnóstico, es fundamental diagnosticar adecuadamente estas heridas.
Desgarros cutáneos	Lewin G et al. (2015) <i>Int Wound J</i> 13(6): 1246-51	Estudio de casos y controles	Identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de desgarros cutáneos en los ancianos. Se realizó un estudio de casos y controles en un hospital especializado metropolitano con 500 camas de Australia Occidental, en el que participaron 453 pacientes (151 casos y 302 controles) entre diciembre de 2008 y junio de 2009. Requisitos para los casos: desgarro cutáneo producido en los últimos 5 días o un desgarro cutáneo ocurrido durante la hospitalización.	El modelo más escueto para predecir la aparición de un desgarro cutáneo comprende seis variables: equimosis (moretones), púrpura senil, hematoma, evidencia de un desgarro cutáneo previo cicatrizado, edema e incapacidad para cambiar de postura de forma independiente.
				La capacidad de estas seis características para predecir quiénes, entre los pacientes ancianos, podrían sufrir posteriormente un desgarro cutáneo se debería determinar mediante un estudio prospectivo.
Desgarros cutáneos	Rayner R et al. (2015) <i>J Wound Care</i> 24(9): 406	Revisión sistemática de artículos científicos	Identificar estudios en los que se evaluaron las características de los pacientes y de su piel asociadas a los desgarros cutáneos. Centrada en la literatura científica en inglés entre 1980 y 2013, utilizando las siguientes bases de datos: PubMed, Medline, CINAHL, Embase, Scopus, Evidence Based y Medicine Reviews (EBM). Búsqueda de términos como edad, piel, desgarros o laceraciones, desgarro cutáneo, desgarro geriátrico, desgarro epidérmico y prevalencia.	Se encontraron 343 artículos en los que se utilizaron los términos de búsqueda. Tras leer los resúmenes, se encontraron nueve relevantes para la búsqueda.
				Los principales resultados de ocho artículos publicados más uno no publicado revelaron que las características más frecuentes de los pacientes eran los desgarros cutáneos previos, los problemas de movilidad y los problemas cognitivos.
				Las características de la piel asociadas más frecuentemente a los desgarros cutáneos eran púrpura senil, equimosis y edema.
				La revisión ofrece una descripción general de las características identificadas del paciente y de la piel que predisponen a los ancianos a los desgarros cutáneos, y deja clara la falta de investigación en este ámbito.

Resumen de artículos científicos (continuación)

Campo de investigación	Datos del autor/ la revista	Tipo	Finalidad	Resultados
Fragilidad cutánea	Persico I et al. (2018) <i>J Am Geria Soc</i> 66(10): 2022-30	Revisión sistemática y metaanálisis	<p>Evaluar la relación entre la fragilidad y el delirio confusional. Participantes mayores de 65 años.</p> <p>Dos autores revisaron de forma independiente todas las citas en lengua inglesa, extrajeron los datos relevantes y evaluaron los estudios para detectar posibles sesgos. Se excluyeron los artículos que hacían referencia a poblaciones pediátricas o neuroquirúrgicas, abuso de alcohol o drogas, trastornos psiquiátricos, traumatismo craneal o ictus, así como los artículos de revisión, cartas e informes de casos.</p>	En la búsqueda inicial, se identificaron 1.626 artículos de los cuales, 20 cumplían los criterios de selección ($n = 5.541$ participantes, edad media = 77,8 años).
				Ocho estudios fueron elegibles para el metaanálisis que demostraron una relación significativa entre la fragilidad en el área Q2 y el posterior delirio confusional (RR = 2,19, IC del 95% = 1,65-2,91).
				Se observó una baja variabilidad entre los estudios en cuanto a las medidas de la relación entre la debilidad y el delirio confusional (Índice I ² = 2,24, <i>valor de p</i> para el estadístico Q = 0,41) pero los métodos utilizados para evaluar ambos trastornos fueron muy heterogéneos.
				Esta revisión sistemática y metaanálisis corrobora la existencia de una relación independiente entre debilidad y delirio confusional, aunque los métodos utilizados para evaluar ambos trastornos son muy heterogéneos.
Fragilidad cutánea	Clegg A et al. (2013) <i>Lancet</i> 381: 752-62	Revisión sistemática de artículos científicos	Desarrollar métodos más eficaces para detectar y determinar el grado de debilidad como parte de la práctica clínica habitual, en particular métodos con utilidad para la atención primaria.	Distinguir a las personas mayores débiles de aquellas que no lo son, debería ser una parte esencial de la evaluación realizada en cualquier visita de profesionales sanitarios que pueda dar lugar a un procedimiento invasivo o una medicación potencialmente dañina.
				El procedimiento que más se basa en la evidencia para detectar y determinar el grado de debilidad es la evaluación geriátrica integral. Se trata de un procedimiento que consume muchos recursos, de manera que es urgente encontrar nuevos métodos igualmente fiables, pero más eficaces y sensibles, para la rutina asistencial.
Fragilidad cutánea	Junius-Walker U et al. (2018) <i>Eur J Intern Med</i> 56: 3-10	Revisión sistemática de artículos científicos	<p>El objetivo del grupo ADVANTAGE es analizar los distintos conceptos de «fragilidad», a fin de revelar la esencia del concepto como base para una comprensión compartida.</p> <p>Se revisaron las publicaciones elegibles utilizando un análisis de concepto que condujo a la extracción de datos de texto para los temas «definición», «atributos», «antecedentes», «consecuencias» y «conceptos relacionados».</p>	En la revisión se incluyeron 78 publicaciones y se extrajeron para su análisis 996 pasajes de texto relevantes. Cinco componentes formaron una definición completa: vulnerabilidad, génesis, síntomas, características y resultados clínicos adversos.
				Cada componente se describe con más detalle mediante un conjunto de criterios definitorios y explicativos. Una perspectiva esencialmente funcional de la salud o los trastornos se considera la más compatible con la fragilidad como entidad.
				Los resultados facilitan un enfoque en los componentes básicos que definen la fragilidad. Señalan los puntos en común de los distintos conceptos y definiciones de la debilidad.

Apéndice (continuación)

Resumen de artículos científicos (continuación)				
Campo de investigación	Datos del autor/ la revista	Tipo	Finalidad	Resultados
Úlceras por presión	Ayello E et al. (2019) <i>Adv Skin Wound Care</i> 32(3): 109-21	Revisión de artículos científicos	<p>Llevar a cabo una síntesis de los artículos científicos sobre las úlceras por presión que sufren los pacientes al final de la vida y aclarar los términos utilizados para describir estas afecciones.</p> <p>El consenso sobre la terminología adecuada es esencial para reducir la confusión entre las partes implicadas y garantizar que el paciente reciba una atención adecuada.</p>	<p>Aunque existe acuerdo en que los cambios en la piel que se producen al final de la vida son fenómenos clínicos reales observados en la práctica clínica, todavía no se conoce por completo la fisiopatología de dichos cambios en los pacientes terminales y en cuidados paliativos.</p>
				<p>También es necesario llegar a un acuerdo sobre términos y definiciones y empezar a precisar los criterios diagnósticos de la insuficiencia cutánea, así como de los cambios en la piel que se producen al final de la vida, a fin de evitar confusiones y no entorpecer la comunicación entre los profesionales sanitarios, especialmente entre las distintas disciplinas.</p>
				<p>La terminología debe, por tanto, ser sistemática y estar sujeta a validación en el entorno clínico. Este artículo constituye una plataforma para continuar el debate.</p>
Úlceras por presión	Jackson D et al. (2019) <i>Int J Nurs Studies</i> 92: 109-20	Revisión de estudios observacionales	<p>Revisar los estudios observacionales que traten sobre las úlceras por presión relacionadas con los dispositivos médicos, a fin de identificar los más frecuentemente asociados con dichas úlceras.</p>	<p>Fueron elegibles para su inclusión en esta revisión 29 estudios (17 transversales; 12 de cohortes) que agruparon en total a 126.150 pacientes. La media de edad de los pacientes era aproximadamente de 36,2 años (adultos) y 5,9 años (niños).</p>
				<p>Se calculó que la incidencia combinada y la prevalencia de las úlceras por presión relacionadas con los dispositivos médicos era del 12% (IC del 95%, 8-18) y del 10% (IC del 95%, 6-16) respectivamente. Estos resultados deben interpretarse con precaución, debido a los altos niveles de heterogeneidad que se observaron entre los estudios incluidos.</p>
				<p>Los dispositivos médicos que se identificaron como frecuentemente asociados al riesgo de desarrollar úlceras por presión fueron: respiradores, collarines cervicales, tubos, férulas y catéteres intravenosos.</p>
Úlceras por presión	Jaul E et al. (2018) <i>BMC Geriatrics</i> 18: 305	Revisión de artículos científicos	<p>Describir las enfermedades agudas y crónicas que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en los pacientes ancianos.</p>	<p>Múltiples enfermedades crónicas y complicaciones asociadas a la inmovilidad, la isquemia tisular y la desnutrición pueden causar úlceras por presión en entornos extrahospitalarios, hospitales y enfermerías.</p>
				<p>Identificar los factores de riesgo clave y la repercusión de las comorbilidades y las enfermedades geriátricas asociadas, en la sensibilidad del paciente de edad avanzada, es de vital importancia para prevenir las úlceras por presión.</p>

Resumen de artículos científicos (continuación)

Campo de investigación	Datos del autor/ la revista	Tipo	Finalidad	Resultados
Úlceras por presión	Kottner J et al. (2018) <i>Clinical Biomechanics</i> 59: 62-70	Revisión sistemática de artículos científicos	Propiciar un debate actualizado y en profundidad sobre el microclima en el contexto de la prevención de las úlceras por presión, enlazar las ideas actuales desde las perspectivas de la biomecánica dermatológica, los resultados de laboratorio y la práctica clínica, y analizar las tecnologías de prevención actuales y futuras desde la perspectiva del microclima.	<p>Un objeto colocado en la superficie de la piel es un obstáculo que impide tanto la pérdida de calor por convección como la pérdida de humedad por evaporación.</p> <p>El microclima es un modificador de los efectos o un factor de riesgo indirecto para el desarrollo de úlceras por presión. No está claro el efecto de las «intervenciones sobre el microclima» en la prevención de las úlceras por presión.</p> <p>El término «gestión del microclima» no debe utilizarse.</p>
Úlceras por presión	Mervis J & Phillips T (2019) <i>J Am Acad Dermatol</i> 81(4): 893-902	Artículo de formación continua	La prevención ha sido uno de los principales objetivos en la investigación de las úlceras por presión. Este artículo se centra en la prevención y tratamiento, poniendo el énfasis en la evidencia de las prácticas generalmente aceptadas.	<p>Las úlceras por presión siguen siendo una carga significativa para los pacientes y la sociedad, y son necesarias estrategias de prevención y tratamiento continuas y eficaces.</p> <p>Todavía se necesitan estudios de alta calidad que comparen muchas de las intervenciones disponibles.</p> <p>Sin duda, las úlceras por presión requieren un enfoque multifactorial que optimice el alivio de la presión, el estado nutricional y el cuidado adecuado de la herida, así como los tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos que sean necesarios.</p>
LESCAH	McNichol L et al. (2018) <i>Adv Skin Wound Care</i> 31(11): 502-13	Revisión de artículos científicos	<p>Examinar la evidencia sobre la DAI. Se presentan las mejores estrategias para el control de las lesiones cutáneas en la DAI (tanto prevención como tratamiento). Se presenta una regla mnemotécnica para ayudar a los clínicos a traducir la evidencia sobre la DAI a la práctica clínica.</p> <p>Las experiencias en el lugar de trabajo complementan esta síntesis de la evidencia. También se ofrecen enfoques para ayudar a traducir estos conocimientos y evidencias a la práctica clínica.</p>	<p>La DAI sigue siendo un importante problema en la práctica clínica.</p> <p>En la literatura científica se puede encontrar información y directrices sobre la DAI, pero resulta complicado que los profesionales sanitarios, siempre bajo presión por la falta de tiempo, puedan adoptarlas en la práctica clínica habitual.</p> <p>Los cuidados en la DAI requieren una combinación de procesos y productos que se utilicen de forma sistemática. Se necesitan herramientas y algoritmos de toma de decisiones simplificados para ayudar a los profesionales sanitarios a evaluar la DAI e implementar las opciones de prevención y tratamiento.</p> <p>Esta revisión corrobora el uso de varios productos diseñados para proteger la piel, la limpieza de la piel inmediatamente después de un episodio de incontinencia y el uso de productos absorbentes más modernos que eliminan la humedad de la piel, a fin de reducir las lesiones cutáneas causadas por la DAI.</p>

Apéndice (continuación)

Resumen de artículos científicos (continuación)				
Campo de investigación	Datos del autor/ la revista	Tipo	Finalidad	Resultados
LESCAH	Metin A et al. (2015) <i>Clin Dermatol</i> 33(4): 437-47	Artículo de revisión	Considerar las infecciones superficiales, que están muy extendidas, con independencia de la edad y el sexo, en poblaciones de todo el mundo. La prevalencia de los hongos puede variar según el paciente y determinados factores medioambientales.	<p>Las partes poco ventiladas y húmedas, expuestas a la fricción, son especialmente sensibles a las infecciones fúngicas, como los párpados, el conducto auditivo externo, la parte posterior de las orejas, el ombligo, la región inguinal y las axilas (los pliegues cutáneos).</p> <p>Los hongos pueden colonizar directamente la piel, provocando infecciones, y estimular indirectamente los mecanismos inmunitarios debido a la interacción con los tejidos y sus características antigénicas, y contribuir al desarrollo o la exacerbación de las infecciones bacterianas secundarias, la dermatitis seborreica, la dermatitis atópica y la psoriasis.</p> <p>«Las infecciones fúngicas se pueden clasificar y estudiar como dermatofitosis, candidiasis, infecciones por <i>Malassezia</i> y otras infecciones superficiales, independientemente de los pliegues cutáneos afectados.»</p>
LESCAH	Woo K et al. (2017) <i>Adv Skin Wound Care</i> 30(11): 494-501	Revisión exploratoria	Identificar y ofrecer una integración narrativa de la evidencia existente en relación con el tratamiento y la prevención de las LESCAH.	<p>37 artículos fueron considerados adecuados para esta revisión. Los resultados incluyeron definiciones funcionales y tasas de prevalencia de los cuatro tipos de LESCAH, escalas de evaluación para cada uno de ellos y siete estrategias basadas en la evidencia para el tratamiento de las LESCAH.</p> <p>A tenor de esta revisión exploratoria de la literatura científica, los autores proponen intervenciones fundamentales para proteger y prevenir las LESCAH, incluido el uso de pomadas barrera, polímeros líquidos y cianoacrilatos para crear una capa protectora que mantenga los niveles de hidratación y al mismo tiempo bloquee la humedad externa y los irritantes.</p>
LESCAH	Zulkowski K et al. (2017) <i>Adv Skin Wound Care</i> 30(8): 372-81	Artículo de formación continua	Examinar los problemas de la superficie cutánea relacionados con las LESCAH, las lesiones cutáneas relacionadas con los adhesivos médicos y los desgarros cutáneos. Se describirán las similitudes, las diferencias, la prevención y el tratamiento.	<p>Todas las irritaciones cutáneas se deben documentar con el subsiguiente plan de cuidados y el tratamiento apropiado. Los profesionales sanitarios deben determinar la o las causas de la irritación para encontrar las soluciones adecuadas.</p> <p>La humedad debajo de los apósitos o los productos para el estoma, el uso de productos adhesivos en la misma zona de la piel o su colocación y extracción incorrectas, la humedad en los pliegues cutáneos, la incontinencia y otros factores del paciente influyen en la posibilidad de que se produzca un problema.</p> <p>Muchos problemas epidérmicos pueden y deben prevenirse. Cualquier problema cutáneo se debe rastrear y contemplar como una oportunidad para mejorar los cuidados. Todo el personal debe entender bien sus funciones y sobre qué deben informar.</p> <p>Impartir formación al paciente y a su familia es también muy importante para evitar otros problemas cutáneos tras recibir el alta hospitalaria.</p>

Resumen de artículos científicos (continuación)

Campo de investigación	Datos del autor/ la revista	Tipo	Finalidad	Resultados
LESCAH	Gray M and Weir D (2007) <i>J Wound Ostomy Cont Nurs</i> 34(2): 153-57	Revisión de artículos científicos	Identificar las intervenciones eficaces para prevenir y tratar la maceración de la piel perilesional	<p>La aplicación de un protector cutáneo (a base de vaselina o zinc que no irritan la piel) en la piel perilesional reduce el riesgo de maceración. (Fuerza de la evidencia: nivel 1)</p> <p>No se dispone de evidencias clínicas suficientes para determinar si los apósitos compuestos o de espuma son más eficaces que los apósitos de hidrocoloide para prevenir la maceración de la piel perilesional. (Fuerza de la evidencia: nivel 3)</p> <p>La limitada evidencia sugiere que los apósitos de espuma impregnados de plata pueden ser más eficaces que los apósitos de espuma simples en la prevención de la maceración de la piel perilesional. (Fuerza de la evidencia: nivel 2)</p> <p>La evidencia es insuficiente para poder concluir que la miel sin procesar, la terapia con presión negativa y la terapia de compresión sean eficaces para prevenir la maceración de la piel perilesional. (Fuerza de la evidencia: nivel 5)</p> <p>Se necesitan con urgencia más estudios para identificar y evaluar las estrategias de tratamiento de la maceración perilesional existente.</p>
Fragilidad cutánea	Conroy S and Elliott A (2017) <i>Medicine</i> 45(1): 15-18	Evaluación geriátrica integral	Un problema con el concepto de fragilidad es la búsqueda de una definición operativa adecuada que pueda utilizarse en la práctica clínica. Existen muchas definiciones en la literatura científica, sin embargo, no se ha llegado a un acuerdo sobre cuál es la mejor medida de todas las que se exploran en este artículo.	<p>La más popular de estas definiciones incluye el modelo de fragilidad de Fried y el Índice de fragilidad.</p> <p>Es recomendable identificar la fragilidad para dirigir las intervenciones y ayudar a mejorar los resultados clínicos.</p>
Cambios en la piel al final de la vida	Latimer S et al. (2019) <i>J Hospice Palliative Nurs</i> 21(4): 257-63	Revisión exploratoria	Identificar y clasificar la literatura publicada sobre las úlceras terminales de Kennedy en cuanto a su definición, prevalencia, evaluación, tratamiento, manejo clínico, costes de la atención sanitaria y calidad de vida de los pacientes en todos los entornos asistenciales.	<p>Los datos sobre la prevalencia de la úlcera terminal de Kennedy son limitados y no se dispone de herramientas de evaluación validadas.</p> <p>Las úlceras terminales de Kennedy pueden clasificarse de forma errónea como úlceras por presión, y aumentar la carga económica para la institución. Esta revisión exploratoria reveló significativos conocimientos y también vacíos en la práctica clínica, en la evaluación del paciente, el manejo clínico y el tratamiento de las úlceras terminales de Kennedy.</p> <p>Impartir la oportuna formación al paciente puede ayudar a la toma de decisiones informadas sobre los cuidados y la calidad de vida de los pacientes terminales.</p> <p>Se necesitan más estudios que pongan a disposición de la práctica clínica conocimientos que permitan mejorar los cuidados del paciente.</p>

