



DOCUMENTOS DE
POSICIONAMIENTO

DOCUMENTO N° 14

HERRAMIENTAS PARA CUIDADORAS DE PACIENTES CON HERIDAS CRÓNICAS

OCTUBRE DE 2025



EL PRESENTE DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO FUE ELABORADO POR:

AUTORES:

D^a. MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ TORRES

Enfermera Gestora de Casos. Master en Cuidados de Heridas Crónicas por la Universidad de Cantabria. Experto en el Cuidado de Heridas Crónicas acreditado por el GNEAUPP. Miembro del Comité Consultivo del GNEAUPP

D^a. JUANA MARÍA DIAZ MARTINEZ

Auxiliar de Enfermería. Unidad de Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario de Jaén. Miembro del Comité Consultivo del GNEAUPP

Como citar este documento:

Rodríguez Torres, MC; Díaz Martínez, JM. Herramientas para cuidadores de pacientes con heridas crónicas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP n° 14. 3ª Edición. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2025.

© 2025 GNEAUPP – 3ª edición

Edición y producción: GNEAUPP

Imprime: GNEAUPP

ISBN-13: 978-84-09-63469-9 (3ª Edición)

Los autores del documento y el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, firmemente convencidos de que el conocimiento debe circular libremente, autorizan el uso del presente documento para fines científicos y/o educativos sin ánimo de lucro.

Queda prohibida la reproducción total o parcial del mismo sin la expresa autorización de los propietarios intelectuales del documento cuando sea utilizado para fines en los que las personas que los utilicen obtengan algún tipo de remuneración, económica o en especie.

Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.



ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Perspectivas de futuro	5
3. Las personas que cuidan: elemento clave de la prevención	6
4. Empoderamiento de los pacientes y sus cuidadores	12
5. La evaluación del conocimiento de la cuidadora de pacientes con heridas	13
6. Herramientas para cuidadores de pacientes con heridas crónicas	15
6.1. Herramientas informativas	16
6.2. Herramientas formativas	20
7. Bibliografía	35

1. INTRODUCCIÓN

La aparición de heridas crónicas (HC), en general y de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD), (1-2) en particular, es un problema de salud es un problema de salud que se encuentra presente en todos los niveles asistenciales, y una gran parte de ellas requieren cuidados diarios en el domicilio (3).

La comunidad científica reconoce que gran parte de estas lesiones son evitables incluso con la implicación de nuevas tecnologías como la inteligencia artificial (4). Por ello, la prevención es una actividad prioritaria en el cuidado de los pacientes con riesgo de presentar HC, en la que a modo de “decisión estratégica”, debemos involucrar directamente al paciente y sus cuidadores, capacitándolos para el manejo de su atención con una metodología fundamentada.

Tanto el Manifiesto de Tarragona como la Declaración de Arnedillo, promovidas por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) y la Fundación Sergio Juan Jordán, resumen perfectamente la dimensión de este problema, al cual no se le presta la atención que se debiera. En primer lugar, destacar su “invisibilidad”, demostrada por el hecho de que estas lesiones siguen siendo consideradas un problema menor y prácticamente asociado a pacientes geriátricos, terminales y grandes dependientes en situación de movilidad reducida o inmóviles (5).

De forma general, la aparición de una LCRD conllevará una disminución en la calidad de vida del paciente agravando su estado de salud. También puede elevar el nivel de incidencia de mortalidad en pacientes de edad avanzada. A nivel psicológico, puede provocar baja autoestima, depresión y ansiedad en la familia. A nivel terapéutico, el coste económico de tratamiento y cuidado de las lesiones se incrementa, así como el número de posibles complicaciones y la carga de trabajo para enfermería.



Una revisión sistemática, refleja el impacto de las úlceras por presión en la calidad de vida de los pacientes en todos los niveles: físico, psicológico y social (6) siendo los pacientes de más riesgo los ancianos y encamados.

Las evidencias científicas extraídas de la Guía de Práctica Clínica (7-10) sobre prevención de estas lesiones, desde sus orígenes ponen de manifiesto, como las estrategias de educación en prevención a cuidadores basada en las mejores evidencias científicas disponibles, son capaces de estimular el desarrollo de programas de prevención eficaces, reduciendo así la incidencia de las mismas.

En líneas generales, se reconoce que esta formación puede incluir una amplia gama de intervenciones de prevención que incluyen la evaluación precisa y continua del paciente y el manejo de la presión (sola o en combinación de la cizalla) y el roce-fricción a través del uso de técnicas de posicionamiento específicas y de superficies de apoyo (3).

En este sentido también la formación del cuidador es recomendada desde el ámbito europeo por el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) (10) o en nuestro contexto más cercano por el GNEAUPP (11).

2. PERSPECTIVA DE FUTURO.

Este problema de salud, lejos de solucionarse, parece que se agravará en los próximos años por el envejecimiento de la población y el aumento de la expectativa de vida de los pacientes complejos. Su tendencia creciente es una de las principales preocupaciones mundiales, tanto en lo que se refiere a su aspecto social como sanitario.

La ONU estima que, en el año 2050, el 21% de la población mundial será mayor de 60 años, es decir, 2.000 millones de personas, el triple que en la actualidad.



Según el Informe de la OMS presentado en su Asamblea, el coste global medio de la asistencia médica relacionada con el envejecimiento aumentará, en los próximos cincuenta años un 41% (36% en los países en desarrollo y 48% en los países ricos) (12).

El Consejo Europeo de Cohesión Social elaboró un informe para la mejora de la calidad de vida de las personas dependientes afirmando que es probable que la dependencia aumente en consonancia con el envejecimiento general de la población en Europa y que en los países del sur de Europa la cobertura global de asistencia de larga duración es baja y la mayor parte de la responsabilidad de la asistencia recae en las familias (13).

Con este horizonte, se hace más necesario que nunca invertir en políticas de prevención (14). Existen evidencias de que aproximadamente un 15% de ingresos hospitalarios son evitables mediante una Atención Primaria efectiva y a tiempo (15), máxime cuando la gran mayoría de nuestros mayores prefieren envejecer en su entorno familiar (16-17). Hemos de ser conscientes de que una parte importante de estos cuidados son proporcionados por el cuidador familiar (18), que según algunos datos asumen hasta el 95% de estos cuidados (19), por tanto, dotar de herramientas formativas e informativas a las personas que cuidan, se convierte, como hemos mencionado, en una decisión “estratégica” en la lucha contra las LCRD.

3. LAS PERSONAS QUE CUIDAN: ELEMENTO CLAVE EN LA PREVENCIÓN DE LAS HERIDAS

La actividad del cuidado de uno mismo y de los demás dentro de las sociedades es una constante desde el principio de la humanidad, por tanto, podemos decir que cuidarse y ser cuidado, es una necesidad inherente al ser humano (19-20).



El cuidado de la salud ha de ser integral y, tanto las personas sanas como enfermas, necesitan cuidados a lo largo de toda su vida. Esta transversalidad de los cuidados lo sitúan como elemento imprescindible en las distintas fases del proceso de salud-enfermedad. A la vez, dificulta su medida y dimensionalidad, siendo a veces tan importante como invisible (19).

Cuidar es una clase de preocupación que tiene elementos invisibles, intangibles y difíciles de contabilizar. El papel del cuidador no se define sólo en términos de los procedimientos y las tareas que realiza, sino sobre todo por su capacidad de adquirir el conocimiento, la paciencia y el valor para ello, es decir la habilidad para el cuidado (21).

En los pacientes con heridas crónicas, el cuidador es un elemento fundamental para la prevención de las mismas.

Asumimos que la persona cuidadora tendrá que enfrentarse a situaciones complicadas, no solo para él sino también para el propio paciente y, ha de ser capaz de gestionarlas correctamente, ya que el paciente, que es quien padece el problema, en la mayoría de ocasiones no es capaz de abordar la situación por sí mismo. Dicho de otra forma, las cuidadoras asumen la responsabilidad del cuidado de forma permanente y en la mayoría de los casos, sin ninguna preparación previa para asumir y desempeñar este rol.

Preparar y apoyar al cuidador familiar y analizar aspectos fundamentales que contribuyan a la calidad del cuidado domiciliario, debe ser una prioridad para los profesionales de la salud y principalmente para las enfermeras que se enfrentan a las HC (22), teniendo en cuenta que el mismo es el puente entre el paciente y el servicio de salud y el responsable directo de realizar intervenciones de cuidado, dirigidas a la prevención de estas lesiones (20). Tenemos evidencias de que los pacientes con HC que no tienen cuidador, tienen peor calidad de vida, lesiones más severas y sus lesiones cicatrizan peor (23).



Pero las HC, ya lo hemos mencionada anteriormente, no sólo llevan aparejados los problemas físicos de la lesión (como el dolor, el riesgo de infección o la evolución de la cicatrización), sino que hay multitud de factores psicosociales que pueden afectar a una persona con HC: como son los trastornos de la estima, el aislamiento social, la depresión, problemas económicos, etc., algo que hemos visto siempre en la atención a estas personas y que ha tenido un momento álgido con la pandemia de COVID-19 donde han asumido el cuidado casi al 100% (24) y esos problemas se transmiten al cuidador familiar que también tiene que vivir con ellos.

Por tanto, y como vemos, convivimos en demasiadas ocasiones con una situación en la que una persona, que asume el cuidado de otra con HC, de forma voluntaria y por algún tipo de vínculo afectivo con esa persona, se encuentra en una situación de alta demanda de cuidados físicos (dolor, cuidado de la herida, prevención de nuevas lesiones, etc.) con una alta demanda de atención psicológica y afectiva, con posibles problemas económicos y en la que además para mucha de estas tareas no se la ha preparado, pudiendo afectarse su calidad de vida y una sobrecarga de los mismos, lo que influye directamente sobre el cuidado de las lesiones a la vez que puede provocar una claudicación al caer en un cansancio en el rol del cuidador (25).

Así pues, es igual de importante priorizar la formación del cuidador hacia la prevención y cuidados del paciente, como a su propio autocuidado, preparándolas para la gestión del estrés y la sobrecarga que la persona cuidadora va a asumir, entrenándolas en habilidades y estrategias de autocuidado: Cuidarse para cuidar.

La impotencia y la ansiedad hacen mella en el cuidador familiar que no logra prevenir la aparición de una HC o que no consigue que la lesión de un paciente cicatrice.



Existen diferentes recursos para el apoyo psicológico de los cuidadores familiares, pero desde aquí quisiéramos destacar los grupos de ayuda mutua (GAM) (26).

Ayuda Mutua es el intercambio de dar y recibir entre dos o más personas, con resultados positivos para la salud de las personas, para el bienestar social de la comunidad en la que viven y del desarrollo del sentimiento de solidaridad y de reciprocidad social (26).

Los GAM suelen ser agrupaciones, formales o no, de personas que se unen porque tienen algún problema de salud en común que se auto-gestionan: regulan y formalizan las normas propias de funcionamiento, planteándose objetivos y decidiendo los recursos que destinarán a esta finalidad.

En estos grupos no tiene por qué haber profesionales de la salud, salvo que, a petición del grupo, estén presentes y den soporte o colaboración puntual sobre algunos temas. Los apoyos pueden ser proporcionados no sólo por los profesionales de la salud (enfermeros, médicos o psicólogos) también pueden ser prestados por profesionales de los servicios sociales u otros (abogados, arquitectos, etc.) según las necesidades que se presenten.

Estos grupos deciden encontrarse por y para:

- Compartir e intercambiar información y experiencias
- Facilitarse soporte emocional
- Buscar posibles soluciones en los profesionales que tienen como referencia
- Paliar el sentimiento de soledad delante de situaciones no deseadas



Algunos de estos grupos deciden hacer actividades formativas, sociales y hasta ofrecer servicios y recursos a quien está en su misma situación.

Las evidencias muestran que los GAM pueden ayudar a reducir el malestar físico y psicológico de los cuidadores, fortaleciendo así el sistema familiar (26).

Además, la asistencia de los cuidadores a GAM proporciona beneficios para las personas cuidadas, con una disminución de recaídas.

Las características de los GAM se fundamentan en el apoyo entre sus miembros, generalmente en reuniones presenciales, pero en los últimos años, también, se han encontrado ventajas en los GAM online, uno de ellos y fundamental la accesibilidad sin necesidad de dejar a la persona cuidada.

No obstante, existen pocos estudios sobre la eficacia de los GAM en cuidadoras de personas con HC, por lo que se deberían realizar más estudios, y con alto nivel de calidad metodológica, para poder extrapolar los resultados a estas personas.

Lo que si podemos afirmar es que se debería impulsar la implementación de los GAM en nuestra sociedad como herramientas de apoyo psico-afectivo de nuestras cuidadoras.

Como profesionales de la salud es fundamental mejorar la calidad de atención de las personas con LCRD y sus cuidadores desde una perspectiva integral, aportando estrategias que mejoren la calidad de vida y el contexto socio-familiar de la persona en riesgo de desarrollar estas lesiones.

El Grupo de Expertos en la Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores Dependientes del Comité Europeo de Cohesión Social (13) antes mencionado, ha puesto de manifiesto, que la ausencia de estrategias de asistencia daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos y aunque su comentario es genérico, tiene especial trascendencia



para los pacientes con LCRD cuya prevención recae esencialmente en las personas que cuidan, con un coste para ellas, en términos de sobrecarga.

La sobrecarga emocional y física es consecuencia del desconocimiento de los recursos para dar los mejores cuidados de prevención.

Existe una relación significativa entre el nivel de sobrecarga y la habilidad del cuidado por parte de los cuidadores familiares, es decir, a mayor nivel de sobrecarga, menor nivel de habilidad para el cuidado.

Por ello, dotarles de los conocimientos y las habilidades para el cuidado preventivo de las LCRD es vital para evitar esta sobrecarga, ya que si al proceso de enfermedad, cronicidad y dependencia le sumamos los cuidados de una herida crónica, el riesgo de claudicación e institucionalización se dispara.

Sabemos que las LCRD producen un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes en todos los niveles: físico, psicológico y social.

En demasiadas ocasiones nos centramos en la lesión y en la vida del paciente y no consideramos los otros aspectos de las personas que se ven afectados. Su proceso conlleva también en los cuidadores efectos emocionales, físicos y mentales que a veces no son abordados por las enfermeras (27)

A nivel físico, las LCRD tienen un impacto significativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes (28). En particular mediante:

- La imposición de restricciones físicas.
- Cambios de estilo de vida.
- La necesidad de adaptaciones en el medio ambiente.
- Y especialmente por el dolor asociado a ellas. El dolor fue la consecuencia más significativa de tener una LCRD y afecta a todos los aspectos de la vida de los pacientes, incluidos los pacientes que no pueden responder (por ejemplo, los pacientes con demencia, isquemia o cáncer).



Las LCRD también tienen un impacto social en los pacientes. Éste está provocado fundamentalmente por la restricción física impuestas por las heridas y su tratamiento, lo que provoca una restricción de la actividad social con el consecuente aislamiento y afectación de su vida personal con la pérdida de relaciones sociales con familiares y amigos (28).

El conjunto de todos estos problemas también tiene un importante impacto psicológico que se manifiesta fundamentalmente en una variedad de problemas emocionales.

- Problemas de afrontamiento.
- Problemas de aceptación de la imagen corporal y de cambios en el auto-concepto propiciados fundamentalmente por la pérdida de control y de la independencia.

Los pacientes consideran que sus sufrimientos relacionados con las UPP se proyectan en los más cercanos a ellos, lo que aumenta la sobrecarga y cansancio de los mismos. Por tanto, empoderarlos en la prevención de estas lesiones, es un elemento básico.

4. EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES Y SUS CUIDADORES

El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal (29).

El empoderamiento para los cuidadores es la riqueza de sus conocimientos, el uso de herramientas adecuadas y la motivación para realizar los cuidados de forma correcta.

Tiene cuatro elementos (29):



- Acceso a la información que incluye la formación y el acceso al conocimiento.
- Participación en la toma de decisiones.
- Responsabilidad compartida.
- Habilidad para resolver problemas.

Para alcanzarlo es fundamental la información que pueda transmitir la enfermera al paciente y los cuidadores con el fin de tener cuidadores informados, formados, activos y expertos. La enfermera aportará información, coordinación y apoyo en forma de colaboración continua y la cuidadora principal será reconocida como agente activo y con responsabilidad en todas las decisiones del proceso. El empoderamiento constituye una herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, en el cual se produce un crecimiento y desarrollo humano, los cuales son los protagonistas desde los diferentes contextos, en la búsqueda por transformar el entorno con la finalidad de restablecer o mantener la salud. (19).

En la literatura científica (21,30-31) sobre el cuidado de personas LCRD encontramos que los cuidadores tienen muchas lagunas sobre el cuidado y especialmente sobre la prevención, es por ello que se hace imprescindible medir dicho nivel de conocimientos.

5. LA EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR DEL PACIENTE CON HERIDAS CRÓNICAS.

Existen muchos artículos en la literatura, que resaltan la importancia de la educación sanitaria de los cuidadores en la prevención de las HC (32). Algunos estudios realizados sobre intervenciones de ayuda por parte de las enfermeras a cuidadoras familiares de personas dependientes demuestran que la información y la formación de la familia de personas dependientes mejora la calidad de vida de los enfermos y de sus familiares (30). Las evidencias hacen



referencia a la importancia de aumentar las medidas preventivas en las situaciones de riesgo detectadas antes de la aparición de una HC en general y de las LCRD en particular, en el domicilio.

Una de las acciones preventivas de mayor impacto resulta ser la educación mediante un programa educativo enfocado a sus déficits de conocimientos (30,31).

Un estudio cualitativo sobre vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras familiares de pacientes con enfermedades de larga duración, consideraban que existe un vacío en el desarrollo de actividades formativas a las cuidadoras, tanto en relación con el entrenamiento y formación de técnicas específicas como en las actividades de prevención y promoción de la salud (cambios posturales y ejercicios de movilidad) (33). Otro estudio concluye que, en la literatura científica están claramente identificados como factores de prevención, la correcta formación de los cuidadores de los pacientes encamados y el uso de dispositivos protectores en la cama o el colchón, por lo que sería imprescindible tener información acerca del nivel de conocimientos en prevención de LCRD de los cuidadores familiares y dotar de recursos suficientes tanto a los familiares como a las unidades de atención domiciliaria (34).

Aquí quizás es donde encontramos el elemento clave, el de conocer el nivel de conocimientos de los cuidadores para adecuar la formación de los mismos. No en todos los tipos de heridas crónicas disponemos de cuestionario específicos para poder determinar las lagunas de conocimiento de nuestros cuidadores, pero afortunadamente sí, para las lesiones más frecuentes y que más asumen el cuidado: las LCRD (35)

El cuestionario COCU-LCRD 23, es un instrumento desarrollado específicamente para medir los conocimientos sobre prevención de las LCRD y entre ellas, las lesiones por presión, en personas dependientes que viven en su domicilio y cuyo cuidado recae en gran medida en los cuidadores familiares.



Como hemos mencionado, con demasiada frecuencia estas personas cuidadoras no tienen los conocimientos adecuados sobre la forma de prevenir la aparición de lesiones en la piel, o no tiene la información sobre las recomendaciones más actuales sobre de prevención. Incluso, a veces, aplican medidas desaconsejadas, que aumentan el riesgo de daño a la piel.

Para esto fue creado y validado específicamente este Cuestionario sobre Conocimiento de cuidadores familiares sobre prevención de LCRD.

El cuestionario COCU-LCRD-23 debe ser usado para la práctica asistencial, con objeto de valorar el grado de conocimiento de las personas cuidadoras familiares y poder planificar estrategias de intervención (35).

6. HERRAMIENTAS PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON HERIDAS CRÓNICAS

Como hemos visto las evidencias nos proponen y analizar el nivel de conocimientos que los cuidadores tienen, pero realmente no hemos encontrado ninguna publicación en la que se den herramientas útiles para adquirir el conocimiento y la habilidad necesaria para llevar a la práctica estos cuidados.

Todos estos artículos recogen medidas globales de prevención dirigidos a profesionales de enfermería para formar a las cuidadoras, pero no se encuentran documentos en términos y formatos específicos dirigidos a personas cuidadoras.

Por ello, y basándose en los cuatro elementos de empoderamiento de los pacientes antes mencionados (acceso a la información que incluye la formación y el acceso al conocimiento, participación en la toma de decisiones, responsabilidad compartida y habilidad para resolver problemas) desde el GNEAUPP se han desarrollado hasta la fecha cuatro instrumentos que entendemos pueden ser realmente útiles a las personas que cuidan en esta área de atención.



Estos instrumentos los podemos dividir en: herramientas informativas y herramientas formativas para la adquisición de conocimientos y habilidades, es decir para la capacitación de la persona cuidadora.

6.1. Herramientas informativas.

Como herramientas informativas a pacientes y cuidadores se han desarrollado dos instrumentos que mantienen dos formatos distintos. El primero mantiene el formato papel tradicional, es el denominado tríptico de prevención y el segundo utiliza nuevas tecnologías de la información para llegar de forma más accesible a sus destinatarios, es la Web: cuidados de las heridas.

6.1.1. Tríptico informativo

El mismo se presenta en las figuras 1 y 2.



Figura 1: Anverso del tríptico informativo sobre prevención de úlceras por presión. Fuente propia



Figura 2: Reverso del tríptico informativo sobre prevención de úlceras por presión. Fuente propia

Como podemos observar, esta herramienta contiene consejos e información para cuidadores y pacientes en un documento sencillo, manejable que se puede ver de una sola ojeada.

Consta de cuatro apartados con iconos gráficos que recuerdan las señales de tráfico de recomendación, obligación y prohibición y contiene información sobre:

- Qué es una úlcera.
- Cuáles son las principales zonas de riesgo de aparición de las LPP.
- Posturas adecuadas para evitarlas.
- Consejos que están indicados para prevenirlas sobre: alimentación, hidratación, vigilancia de la piel, etc.
- Qué medidas son necesarias aplicar para evitarlas.

- Qué acciones están desaconsejadas, elemento que estimamos fundamental para eliminar algunos mitos muy arraigados sobre el cuidado.

En la portada del mismo aparece información relativa a quien edita este documento y para qué, enmarcándose dentro de la campaña del GNEAUPP “STOP a las UPP”.

Por último, en la contraportada anima a consultar ante cualquier duda con su enfermera.

Este documento está disponible en la página web del GNEAUPP (<http://gneaupp.info/triptico-prevencion/>) traducido a diferentes hasta 14 idiomas.

6.1.2. Página WEB: “Cuidadosdelasheridas.com”

En la figura 3 se presenta la página Web.



Figura 3: Imagen de la página Web: www.cuidadosdelasheridas.com . Fuente propia



Como alude la propia página web en su presentación, desde el nacimiento del GNEAUPP ahora hace más de dos décadas, no hemos perdido de vista quienes eran los beneficiarios finalistas de toda nuestra andadura y responsablemente, todas nuestras acciones, aquellos a quienes nos debemos: los pacientes y consecuentemente sus cuidadores.

El GNEAUPP como sociedad científica española se posiciona con esta página web entre las pioneras en dedicar un espacio propio a los pacientes con una inequívoca finalidad de: informar, enseñar, orientar, acompañar, adiestrar, responder, aliviar, anunciar, conectar, escuchar, declarar, fortalecer, reunir, animar, romper la soledad,...

Como apreciarán es una página web intuitiva y directa. En ella se puede encontrar una amplia información sobre:

- Quienes somos. Aquí se explica a los pacientes y cuidadores quien sostiene esta página garantizando que la información que van a encontrar sobre estas lesiones es completamente fiable.
- Cómo cuidar mi herida. En esta sección se presentan consejos básicos y videos, preguntas más frecuentes, así como un apartado sobre heridas urgentes. La información está en un lenguaje sencillo y directo para que pueda ser comprendido por todos.
- El mundo de las heridas. Aquí los pacientes con heridas y sus cuidadores pueden obtener consejos de salud sobre las heridas, algunas lecturas recomendadas sobre ellas, por ejemplo, mitos y leyendas urbanas relacionadas con las mismas o noticias de interés.
- Necesito ayuda. En esta sección se informa a los usuarios sobre donde obtener ayuda profesional si fuera necesario. Indica quienes son los centros y profesionales de referencia para el cuidado de las heridas crónicas, así como enlaces recomendados sobre salud en Internet.



- Contacto. Esta última sección permite contactar con los responsables de la página en el seno del GNEAUPP.

Esta web está adaptada para ser descargada tanto en teléfonos inteligentes (Smartphone) como en tabletas, lo que la hace fácil de consultar, información inmediata y con acceso cómodo y rápido.

6.2. Herramientas formativas.

En la actualidad, elevar el nivel de conocimientos y habilidades de los cuidadores familiares (sus competencias) nos pondría en situación de prevenir casi la totalidad de estas lesiones en los domicilios articulando un programa global e integrado de prevención. Es por ello que desde el GNEAUPP también se han desarrollado dos herramientas formativas específicas para pacientes y cuidadores.

6.2.1. Cursos formativos para cuidadores y agentes de salud de la Escuela de Heridas.

Con el soporte de la Escuela de Heridas del GNEAUPP y, se vienen realizando dos cursos específicos para cuidadores familiares y cuidadores formales (figura 4).

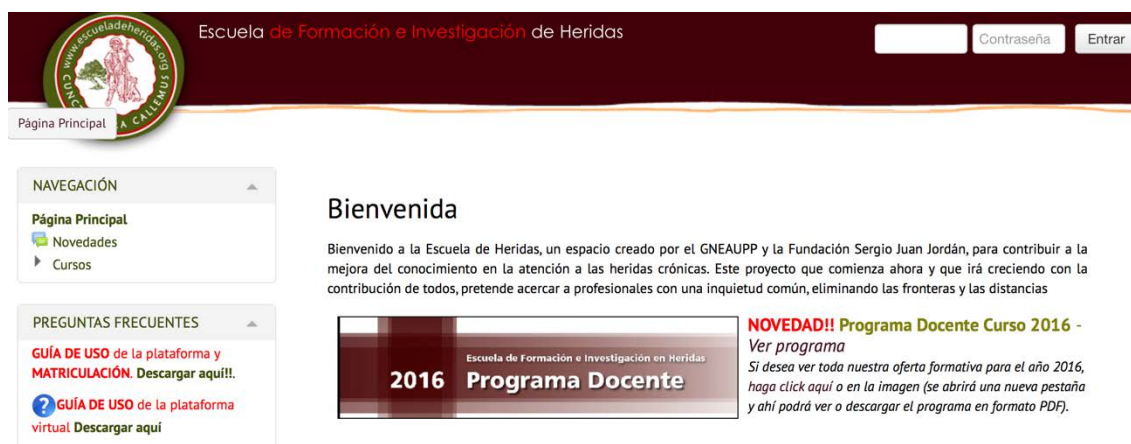


Figura 4: Escuela de Formación e Investigación de Heridas. Fuente propia

Se tratan de cursos que se realizan de forma completamente virtual (on-line) cuyos objetivos son:

- Acercar al cuidador familiar la verdadera dimensión del problema de las úlceras por presión.
- Revisar la etiología y patología de las lesiones.
- Analizar las directrices generales de prevención de las úlceras por presión.
- Identificar los principales materiales y productos utilizados para prevenir las úlceras por presión.

Los cursos tienen una duración de seis semanas, durante las cuales pueden los alumnos participar de forma libre durante todo el tiempo y a las horas que precise cada uno, de una forma fácil y cómoda.

Habitualmente se planifican dos cursos al año, pero cualquier asociación de pacientes y/o cuidadores, puede, contactando con el GNEAUPP solicitar cursos adaptados a sus necesidades y características.

6.2.2. Escala de valoración del GNEAUPP para cuidadores de pacientes con riesgo de padecer lesiones relacionadas con la dependencia y recomendaciones preventivas.

Pero sin duda, la gran herramienta desarrollada para los cuidadores es la escala de valoración GNEAUPP para cuidadores de pacientes con riesgo de desarrollar LCRD que contiene además las recomendaciones sobre las medidas preventivas para evitarlas.

En la literatura científica lo que más destaca es la falta de conocimiento y herramientas para la prevención de las lesiones de la piel.



Lo mismo que las enfermeras utilizan las escalas para realizar una adecuada valoración y prevención de las LCRD, hemos visto necesario que existan herramientas que sirvan a las enfermeras para enseñar a los cuidadores y que sean estos mismos los que las usen para aplicar las medidas preventivas en función del nivel de riesgo que tenga su familiar, definidas con un lenguaje sencillo y comprensible para éstos.

Existen evidencias (33) que ponen de manifiesto que aún existe una laguna en la literatura sobre la cuestión de los factores de riesgo y las medidas de prevención de las úlceras por presión bajo la mirada de los familiares y cuidadores.

Otros estudios (34) afirman que los cuidadores son conscientes de que la inmovilidad es uno de los factores más importantes para la aparición de úlceras, sin embargo, desconocen otros factores importantes como son la alimentación, humedad, higiene y adelgazamiento entre otros.

Por ello, y desde el GNEAUPP nos hemos planteado una pregunta fundamental ¿cómo podemos formar a los cuidadores sobre los niveles de riesgo, las medidas de prevención y el momento oportuno en el que se deben empezar a aplicar?

Para responder a esta cuestión nace esta herramienta de valoración y recomendaciones de prevención dirigida a cuidadores para reconocer el nivel de riesgo de desarrollar LCRD en función de los factores de riesgo principales y las medidas preventivas recomendadas según éstos.

Para la realización de esta escala se han fusionado aquellos parámetros que mejor miden las LCRD de dos de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar lesiones por presión que han demostrado mayor validez: Braden y EMINA (36-37), y se han adaptado para cuidadores familiares y no profesionales, estableciendo una relación con las recomendaciones preventivas de tal manera que ayude a la cuidadora a identificar el riesgo que tiene el paciente y los



cuidados que tiene que realizar en función de ese nivel de riesgo que tenga en cada parámetro, además de otros parámetros relacionados con las lesiones, no contemplados en ellas como los dispositivos clínicos o la piel dermatoporótica, que el avance del conocimiento nos ha hecho identificar su importancia para las LCRD.

Aunque está basada en ellas, es una escala diferente a Braden o EMINA en la que no hay clasificación sumatoria, es decir, no hay clasificación del riesgo absoluto si se alcanza una puntuación específica (36-37). Sólo se habla de nivel de riesgo en base a unas indicaciones y se pueden trabajar las medidas preventivas de forma independiente sobre el factor que haya alteración.

Por tanto, no existen puntos numéricos de corte sino códigos de colores degradados que son completamente independientes y que llevan a medidas de prevención autónomas. Dicho de otra forma, un paciente puede tener riesgo en algunos de los parámetros y en otros no, pero en aquellos donde haya riesgo se deben poner de forma independiente las medidas preventivas indicadas.

En la figura 5 se presenta la escala de valoración del GNEAUPP para cuidadores.



Figura 5: Escala de valoración del GNEATUPP para cuidadores de pacientes con riesgo de desarrollar LRD.



Escala de valoración y prevención para cuidadores de pacientes con riesgo de padecer lesiones relacionadas con la dependencia y recomendaciones preventivas

ESCALA DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON RIESGO DE PADECER LCRD

	SIN RIESGO	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
ESTADO DE LA PIEL	Piel normal/ sana	Picor, escoriación y/o descamación	Maceración, edemas y/o vesículas	Piel dermatoporótica (púrpura senil, atrofia y escara blanca)
ROZAMIENTO / FRICCIÓN	Independiente. No necesita ayuda	Pequeños roces con la sábana al moverse en la cama o sentado	Existen roces con alguna frecuencia al movilizarlo	Movilización en cama o sillón con roces muy frecuentes
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Piel generalmente seca	Piel ocasionalmente húmeda	Piel a menudo húmeda	Piel constantemente húmeda
MOVILIDAD	Independiente. No necesita ayuda para moverse	Ligeramente limitada. Necesita mínima ayuda	Movilidad muy limitada. Necesita ayuda pero colabora	Inmovil. No cambia de posición sin ayuda
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Alimentación y nutrición adecuada	Ocasionalmente incompleta	Incompleta	No ingesta
APARATAJE (DISPOSITIVOS CLÍNICOS)	Sin aparatos o dispositivos	Porta catéteres, sueros o sonda vesical	Porta férulas, tracciones o sondas de alimentación	Uso de CPAP, BIPAP o contención mecánica

Fuente propia

Como podemos ver, utiliza tonos e intensidades de colores. Cada color identifica un factor de riesgo. Así nos encontramos con los siguientes parámetros:

- Estado de la piel (escala de color naranja)
- Rozamiento/fricción (escala de color azul)
- Exposición a la humedad (escala de color amarillo)
- Movilidad (escala de color rojo)
- Nutrición/hidratación (escala de color verde)
- Uso de dispositivos clínicos o aparataje (escala de color rosa)

La intensidad del color se relaciona con el nivel del riesgo (a mayor riesgo mayor intensidad de color) organizados en cuatro niveles: sin riesgo, riesgo bajo, medio



y alto. En función de este riesgo están construidas las recomendaciones para la prevención de cada sub-escala.

Sub-escala estado de la piel



Escala de valoración y prevención para cuidadores de pacientes con riesgo de padecer lesiones relacionadas con la dependencia y recomendaciones preventivas

ESTADO DE LA PIEL

NIVEL DE RIESGO	MEDIDAS PREVENTIVAS
SIN RIESGO: Piel sana/normal	• Vigilancia diaria de la piel con cuidado correcto de las uñas. • Limpieza suave de la piel con jabones de PH adecuado 5.5 y correcto aclarado. • Secar la piel sin frotar ni friccionar. • Fomentar el autocuidado del paciente e implicar a los cuidadores.
RIESGO BAJO: Picor, escoriación y/o descamación	• Además de los puntos del apartado anterior evitar el uso de productos agresivos como los adhesivos con poliacrilato (esparadrapo, etc.). • En caso de picor y/o escoriación aplicar cremas emolientes 1-2 veces al día. • En caso de descamaciones aplicar ácidos grasos 1-2 veces al día.
RIESGO MEDIO: Maceración, edemas y/o vesículas	• Además de los puntos de los apartados anteriores evitar el uso de productos agresivos como los adhesivos con poliacrilato (esparadrapo, etc.) • En el caso de maceración (ver subescala exceso de humedad) y en el caso de edemas garantizar un correcto estado nutricional (ver subescala nutrición e hidratación). • En el caso de vesículas avisar a la enfermera para que las drene de forma correcta y proteger la piel con apósitos de espuma de poliuretano con silicona.
RIESGO ALTO: Piel dermatoporótica (púrpura senil, atrofia y escara blanca)	• Además de los puntos de los apartados anteriores evitar el uso de productos agresivos como los adhesivos con poliacrilato (esparadrapo, etc.) incluso acrilatos suaves. • Aumentar la vigilancia diaria de la piel 2-3 veces al día aplicando cremas emolientes cada vez que se valore y protegiendo si es necesario las zonas de riesgo con espumas de poliuretano con silicona. • Modificar las rutinas domésticas: de baño (baños menos frecuentes, mejor duchas) y del domicilio, caminos despejados e iluminación adecuada, retirar joyas, almohadillar muebles y equipo según sea necesario (por ejemplo, rieles de la cama y sillas de ruedas)

La subescala estado de la piel hace referencia a posibles patologías o lesiones previas que pueda presentar el paciente, desde las más banales como picor, escoriación y/o descamación a problemas algo más importantes como la maceración, edemas o vesículas.

Finalmente dedica especial atención a la piel dermatoporótica y a la forma de prevención de esta complicación, la más grave que puede ocasionar los desgarros cutáneos en las personas de edad extrema (ancianos y niños) ante traumatismos mínimos como pueden ser la retirada de apósitos adhesivos y otros productos con acrilatos.



Sub-escala rozamiento fricción.



Escala de valoración y prevención para cuidadores de pacientes con riesgo de padecer lesiones relacionadas con la dependencia y recomendaciones preventivas

ROZAMIENTO FRICCIÓN

NIVEL DE RIESGO	MEDIDAS PREVENTIVAS
SIN RIESGO: No necesita ayuda. Independiente	Vigilancia diaria de la piel. (Ver subescala estado de la piel)
RIESGO BAJO: Pequeños roces con la sábana al moverse en la cama o sentado	- Vigilancia periódica de la piel. - Animar y enseñar al paciente a moverse y/o reposicionarse por sí mismo en un solo movimiento sin arrastrarse si está sentado o en la cama. - Usar Ácidos Grasos (AG) 1 vez al día.
RIESGO MEDIO: Existen roces con alguna frecuencia al movilizarlo	- Vigilancia de la piel a diario. - Animar y enseñar al paciente a moverse y/o reposicionarse por sí mismo en un solo movimiento sin arrastrarse si está sentado o en la cama. - Ayudar al paciente a moverse en un solo movimiento. (Ver Vídeo Movilización hacia arriba de la cama) - Usar AG 2 veces al día.
RIESGO ALTO: Movilización en cama o sillón con roces muy frecuentes	- Vigilancia de la piel al menos una vez al día - Mantener el alineamiento del cuerpo. No levantar más de 30° la cabecera de la cama - Movilizar entre dos personas con la ayuda de una sábana travesera evitando el arrastre (video Movilización del paciente con entremetida). - Utilizar dispositivos que disminuyan el roce y el deslizamiento (apósitos de espuma de poliuretano, almohadas, cojines, taloneras ,etc.) evitando el contacto de las prominencias óseas. - Usar AG 3 veces al día.

El rozamiento/fricción se produce cuando se realizan movimientos en la misma dirección pero en distinto sentido. Es frecuente que esto ocurra si la persona cuidadora que realiza estos movimientos al paciente no sabe cómo realizarlos (al movilizarlo, colocar una cuña, sentar en un sillón, etc.).

En el parámetro Rozamiento/fricción las medidas preventivas que más se recomiendan es la vigilancia de la piel, el uso de AGHO y como movilizar al paciente evitando la fricción y de roce.



Sub-escala exposición a la humedad.



Escala de valoración y prevención para cuidadores de pacientes con riesgo de padecer lesiones relacionadas con la dependencia y recomendaciones preventivas

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD

NIVEL DE RIESGO	MEDIDAS PREVENTIVAS
SIN RIESGO: Piel generalmente seca	- Vigilancia diaria de la piel. (Ver subescala estado de la piel) - No utilizar talco, ni alcoholes (romero, taninos) ni colonias.
RIESGO BAJO: Piel ocasionalmente húmeda	- Vigilancia periódica de la piel - Si el paciente es incontinente, implíquelo en su control para ser autosuficiente en los cambios de absorbentes, higiene e hidratación de la piel.
RIESGO MEDIO: Piel a menudo húmeda	- Vigilancia de la piel a diario. - Ayudar al paciente en la higiene y cuidados generales de la piel e hidratación diaria (uso de jabón con pH cercano al de la piel, secado minucioso de la piel, hidratación) - Usar el absorbente adecuado en cada ocasión. Consulte con su enfermera sobre ello. - Valorar el uso de protectores cutáneos de tipo de los indicados en el riesgo alto. - Establecer horarios pautados que ayuden al paciente en la eliminación. - Evitar las barreras arquitectónicas que propicien la incontinencia por no llegar a tiempo al aseo (incontinencia funcional)
RIESGO ALTO: Piel constantemente húmeda	- Vigilancia de la piel al menos una vez al día, especialmente en las zonas de riesgo (zona perineal y perianal, ingles, pliegues interglúteos, glúteos, mamas, etc). - Extremar la higiene y cuidados generales de la piel e hidratación diaria. - Usar protectores cutáneos (películas barrera, o cremas de dimeticona u óxido de zinc) para proteger la piel del contacto con los fluidos. - Controlar el exceso de humedad en la ropa manteniendo las sábanas y las ropas limpias, secas y sin arrugas. - Usar pañales de gran absorción, que mantengan la humedad alejada de la piel, controlando la saturación de los mismos.

El exceso de humedad y la incontinencia se viene valorando como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la piel y mucosas desde que Doreen Norton publica la primera escala (36-37). En los últimos tiempos los últimos estudio (38) se incluye como factor importante relacionado con las lesiones relacionadas con la dependencia.

Las medidas preventivas recomendadas en el caso de la Exposición a la humedad es la vigilancia de la piel, no usar productos que alteren el ph y la maceren, el control de la humedad, evitando el exceso usando el absorbente adecuado y los cambios necesarios, la utilización de productos barrera e hidratantes.



Sub-escala movilidad



Escala de valoración y prevención para cuidadores de pacientes con riesgo de padecer lesiones relacionadas con la dependencia y recomendaciones preventivas

MOVILIDAD

NIVEL DE RIESGO	MEDIDAS PREVENTIVAS
SIN RIESGO: No necesita ayuda para moverse. Independiente	Vigilancia diaria de la piel. (Ver subescala estado de la piel)
RIESGO BAJO: Ligeramente limitada. Necesita mínima ayuda	- Vigilancia periódica de la piel - Fomentar la movilidad y actividad. - Valorar las necesidades de taloneras y Ácidos Grasos (AG) por la noche.
RIESGO MEDIO: Movilidad muy limitada. Necesita ayuda pero colabora	- Vigilancia de la piel a diario. - Ayudar en la movilización o realizar cambios posturales sentado y acostado. - Aliviar presión zonas de apoyo mediante el uso de colchonetas y cojines estáticos (como silicona, viscoelásticos, etc.) y apósitos para alivio local de la presión (taloneras, sacro, etc.) - Utilizar apósitos. - Usar AG 2 veces al día.
RIESGO ALTO: Inmovil. No cambia de posición sin ayuda	- Vigilancia de la piel al menos una vez al día las zonas de riesgo. Extremar los cuidados en el aseo, hidratando la piel con cremas. Aplique, especialmente en las zonas de riesgo, poca cantidad, sin masajear y hasta su total absorción. - Realizar cambios posturales en cama cada 4 h o cada hora si está sentado. Si no es posible, mantener al paciente acostado. Evitar apoyar al enfermo sobre lesiones existentes, y nunca utilizar roscos o flotadores. - Aliviar presión zonas de apoyo mediante el uso de colchonetas y cojines estáticos de altas prestaciones o de presión alternante de aire tanto en cama como en sillón además de apósitos para alivio local de la presión (taloneras, sacro, etc.) u otros dispositivos. - Usar AG 3 veces al día.

El deterioro de la movilidad física es un factor importante para la aparición de lesiones en pacientes dependiente puesto que no conservan la capacidad para cambiar y controlar la posición de cuerpo.

Las medidas preventivas en el caso de una movilidad deteriorada que se recomiendan es el fomento de la movilidad y actividad en el caso de pacientes que puedan colaborar, el uso de materiales para el alivio de la presión, mantenimiento de una postura adecuada, los cambios posturales y la vigilancia y protección de la piel y puntos de apoyo.



Sub-escala nutrición e hidratación.



Escala de valoración y prevención para cuidadores de pacientes con riesgo de padecer lesiones relacionadas con la dependencia y recomendaciones preventivas

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

NIVEL DE RIESGO	MEDIDAS PREVENTIVAS
SIN RIESGO: Nutrición e hidratación adecuada	• Vigilancia periódica de la ingesta, estimulando una alimentación saludable y equilibrada.
RIESGO BAJO: Ocasionalmente incompleta	• Vigilancia periódica de la ingesta, estimulando una alimentación saludable y equilibrada. • Recordar a menudo la toma de líquidos. • Animar para que tome la mayor parte de cada ración.
RIESGO MEDIO: A menudo incompleta	• Vigilar y ayudar a tomar una alimentación rica y variada, según gustos y preferencias teniendo en cuenta las limitaciones. Ofrecer dietas enriquecidas. • Adaptar dieta al enfermo en cuanto a la textura (blanda, triturada, etc.) • Ofrecer líquidos a menudo. • Valorar la consulta a la unidad de nutrición para suplementos dietéticos.
RIESGO ALTO: Sin ingesta	• Garantizar la ingesta de 1,5 a 2 litros de líquidos diarios. • Si come en cama, mantener durante la ingesta el cabecero a 45º para evitar la aspiración, pero el menor tiempo posible para evitar las úlceras. Utilizar almohada en los pies para que no resbale. • Dar recomendaciones sobre la correcta elaboración de los platos según necesidades (espesantes, dietas enriquecidas, adaptación de texturas etc.) • Proporcionar dietas hiperproteicas (carne, leche y derivados, pescado, huevos), si su función renal lo permite. Consultar a su médico de familia. • Valorar la consulta a la unidad de nutrición para suplementos dietéticos, incluso, si fuera necesario, mediante sondas.

En los estudios consultados se sabe que la malnutrición o la inadecuada alimentación es un factor importante tanto en el desarrollo como en la posterior cicatrización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Es muy importante en la formación a los cuidadores en prevención de estas lesiones darles las recomendaciones necesarias para evitar estados carenciales.

En cuanto a la Nutrición e Hidratación se propicia el estímulo para una alimentación saludable y equilibrada rica en proteínas si existen heridas, y las recomendaciones adecuadas a la posición y evitar riesgos durante la ingesta, para evitar aspiraciones u otras complicaciones.



Sub-escala aparataje (dispositivos clínicos)



Escala de valoración y prevención para cuidadores de pacientes con riesgo de padecer lesiones relacionadas con la dependencia y recomendaciones preventivas

APARATAJE (DISPOSITIVOS CLÍNICOS)

NIVEL DE RIESGO	MEDIDAS PREVENTIVAS
SIN RIESGO: Sin dispositivos o aparatos	Vigilancia diaria de la piel. (Ver subescala estado de la piel)
RIESGO BAJO: Porta catéteres, sueros o sonda vesical	- Vigilancia periódica de la piel. - Usar Ácidos Grasos (AG) 1 vez al día en la zona de apoyo del dispositivo. - Evitar apoyar sobre el dispositivo (vigilando colocación correcta). - De precisarse, usar apósitos transparentes que permitan la vigilancia.
RIESGO MEDIO: Porta férulas, tracciones o sonda de alimentación	- Vigilancia diaria de las zona de apoyo del dispositivos - Usar AG 2 vez al día en la zona de apoyo del dispositivo. - Uso de apósitos de espuma de poliuretano. - Rotación periódica del dispositivo si es posible.
RIESGO ALTO: Uso de CPAP, BIPAP o contención mecánica	- Vigilancia al menos una vez al día de las zona de apoyo de los dispositivos - Usar AG 3 vez al día en la zona de apoyo del dispositivo. - Proteger todos los puntos de apoyo con apósitos de espuma de poliuretano.

Actualmente no existen muchas recomendaciones sobre la prevención de lesiones producidas por el uso de dispositivos clínicos (como sondas, catéteres, escayolas, etc) siendo importante, pues muchas secuelas pueden afectar incluso a la imagen corporal de los pacientes.

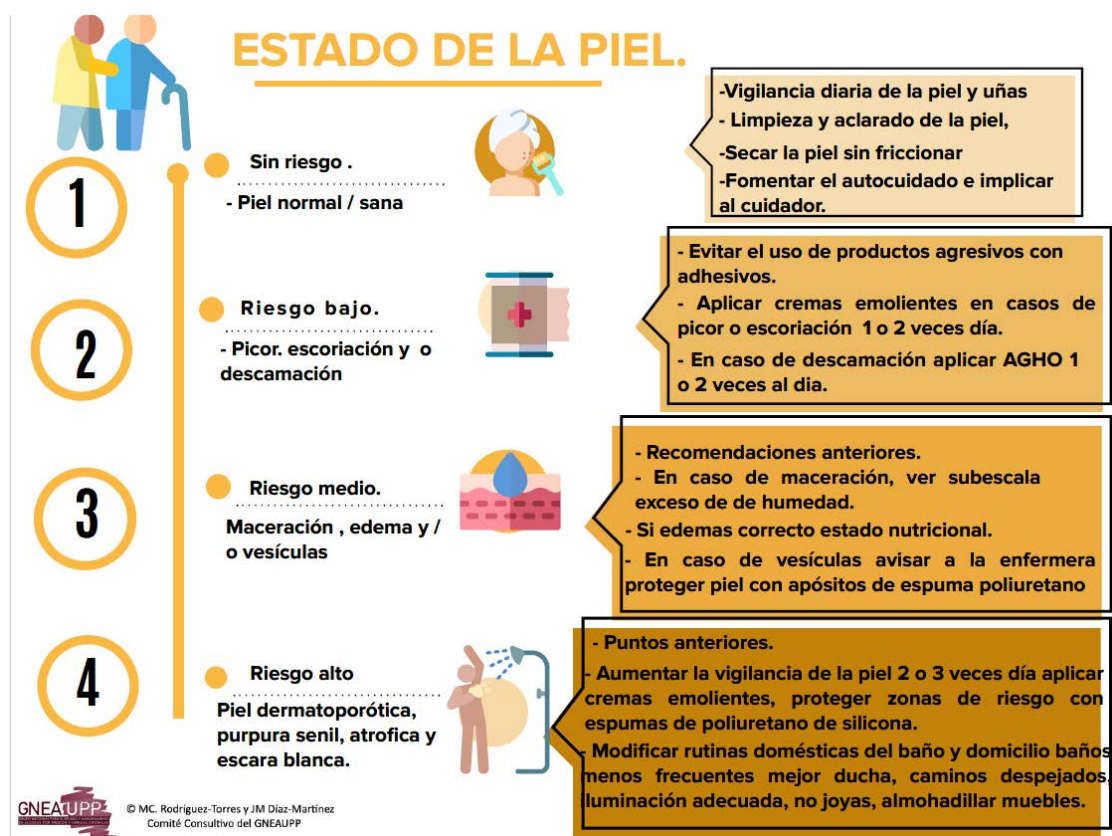
El aumento del cuidado en domicilio de pacientes dependientes que necesitan el uso de alta tecnología para su cuidado hace necesario la valoración y vigilancia por parte de los familiares de las zonas de riesgo. Según datos recientes hasta el 25% de las lesiones de UCI en adultos y hasta el 17% en niños son causadas por estos materiales (39), luego su abordaje es primordial. Por ello que incluimos este parámetro en esta escala recomendando el alivio de la presión de la zona donde apoyan estos materiales, la vigilancia de la piel y del periestoma y la protección con el uso de AGHO y de apósitos de espuma de poliuretano y películas barrera.

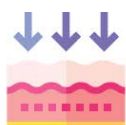


Además, y para hacerlo más fácil y comprensible cada sub-escala se ha presentado en formato infografía. En ellas se presentan los niveles de riesgo con imágenes relativas y una selección de las principales recomendaciones para ese riesgo.

Son una síntesis de las principales recomendaciones, pero con un formato más atractivo y manejable para el día a día.

A continuación, se presentan todas las infografías en el mismo orden que las presentadas en la escala.





Rozamiento / fricción

1

- Sin riesgo**
Independiente no necesita ayuda.



-Vigilancia periódica de la piel

2

- Riesgo bajo**
Pequeños roces con la sabana al moverse en la cama o sentado.



-Recomendaciones anteriores.
-Enseñar al paciente a moverse o reposicionar por sí mismo sin arrastrar en superficies.
- AGHOS una vez al día.

3

- Riesgo medio**
Existen roces a menudo al movilizarlo.



- Recomendaciones anteriores
-Ayudar al paciente a moverse en un solo movimiento sentado o acostado.
-Usar AGHOS 2 veces al día.

4

- Riesgo alto**
Movilización en cama o sillón con roces muy frecuentes.



- Recomendaciones anteriores. AGHOS 3 veces al día
- Alineación del cuerpo, cabecero de la cama 30°
-Movilizar entre dos personas sin arrastrar, utilizar sábana travesera.
-Usar dispositivos que eviten el roce y deslizamiento evitando contacto entre prominencias óseas.



Exposición a Humedad

1

- Sin riesgo**
Piel generalmente seca.



- Vigilancia periódica de la piel.
-No usar talcos, alcoholes ni colonias.

2

- Riesgo bajo**
Piel ocasionalmente húmeda.



-Recomendaciones anteriores
-Implicar al paciente en los cambios del pañal.

3

- Riesgo medio**
Piel a menudo húmeda.



- Recomendaciones anteriores
-Valorar el uso de protectores cutáneos.
-Pautar horarios para ayudar en la eliminación.
-Evitar barreras arquitectónicas para prevenir incontinencia funcional.

4

- Riesgo alto**
Piel constantemente húmeda.



-Recomendaciones anteriores.
-Vigilar la piel más de una vez al día, zonas de riesgo
-Controlar el exceso de humedad en ropa de cama
-Usar pañales de gran absorción, controlando la saturación de los mismos
-Extremar la higiene y cuidados generales de la piel, hidratación diaria.



NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

1

Sin riesgo
Alimentación y nutrición adecuada



-Vigilancia periódica de la ingesta, alimentación saludable y equilibrada.

2

Riesgo bajo
Ocasionalmente incompleta.



- Recomendaciones anteriores.
-Recordar a menudo la toma de líquidos.
-Animar para que tome toda la ración

3

Riesgo medio.
Incompleta.



-Vigilar y ayudar a tomar una alimentación rica y variada, tener en cuenta las limitaciones.
-Adaptar dieta en cuanto la textura.
-Ofrecer líquidos a menudo
-Valorar consulta al servicio de nutrición.

4

Riesgo alto.
No ingesta.



- Recomendaciones anteriores.
-Ingesta de 1,5 a 2 litros de líquidos diarios.
- Mantener durante la ingesta la cama a 45° el menor tiempo posible, evitando lesiones por presión.
- Proporcionar dietas hiperproteicas.



MOVILIDAD.

1

Sin riesgo
Independiente no necesita ayuda para moverse.



-Vigilancia periodica de la piel.

2

Riesgo bajo
Ligeramente limitada, minima ayuda.



- Recomendacion anteriores.
- Fomentar la movilidad y actividad.
-Valorar la necesidad de taloneras y AGHOS por la noche.

3

Riesgo medio.
Movilidad muy limitada, necesita ayuda pero colabora.



- Recomendaciones anteriores.
-Ayudar a las movilizaciones, realizar cambios posturales.
- Aliviar presiones zonas de apoyo. colchones y apósitos. AGHOS 2 veces al día.
- Recolocar al paciente adecuadamente

4

Riesgo alto.
Inmovil, no cambia de posición sin ayuda.



- Recomendaciones anteriores aumentando la frecuencia de los cuidados.
- Vigilancia de la piel mas de una vez al día..
-Hidratación de la piel sin masajear. AGHOS 3 veces/ día.
-Cambios posturales c/4 h en cama y sedestación c/1h.
- No apoyar sobre lesiones, no roscos ni flotadores.



APARATAJE (DISPOSITIVOS CLÍNICOS)

1

- Sin riesgo
Sin aparataje o dispositivos clínicos.



-Vigilancia periódica de la piel

2

- Riesgo bajo
Portador de catéteres, sonda vesical o sueros.



- Recomendaciones anteriores.
- AGHOS 1 vez al día zona de apoyo del dispositivo.
- No apoyar sobre el dispositivo.
- Usar apósitos transparentes que permitan observar zona.

3

- Riesgo medio
Porta férulas, tracciones y sondas alimentación.



- Vigilancia diaria zona dispositivo.-
- AGHOS 2 veces día zona de apoyo dispositivo.
- Uso de apósitos de espuma de poliuretano
- Rotación periódica del dispositivo.

4

- Riesgo alto
Uso de CPAP, BIPAP o contención mecánica.



- Vigilar más de una vez al día zonas de apoyo
- Usar AGHOS 3 veces al día en zona de apoyo del dispositivo
- Proteger todos los puntos de apoyo con apósitos de espuma de poliuretano.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. García-Fernández FP, Agreda JJ, Verdu J, Pancorbo-Hidalgo PL. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions. Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau. 2014 Oct 11;46(1):28-38.
2. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Soldevilla Agreda JJ et al. Classification of dependence-related skin lesions: a new proposal. J Wound Care. 2016; 25(1):26, 28-32.
3. Rodríguez-Torres MC, Díaz-Martínez JM, Ibars-Moncasí P, Arboledas Bellón J. El rol del cuidador en la atención de las personas con heridas crónicas. En: García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Torra Bou JE (eds). Atención Integral de las Heridas Crónicas- 3ª edición. Barcelona: Elsevier España S.A.U. 2024. Cap. 23: 183-193
4. Cross, K, Harding, K. Risk profiling in the prevention and treatment of chronic wounds using artificial intelligence. Int Wound J.2022;19:1283–1285
5. Zabala, J. Torra, J. Sarabia, R. Soldevilla, J J. Bioética y úlceras por presión: una reflexión desde la ética de mínimos. Gerokomos, 2011, 22, 4. 184-190
6. Olsson M, Järbrink , Divakar U, Bajpai R, Upton Z, Schmidtchen A, Car Josip. The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review. Wound Repair Regen. 2019;27(1):114-125
7. Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. Clinical Practice Guideline n 3. Rockville, MD. US: Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research, 1992.
8. Parslow N, Barton P, Harris C, Harrison M, Labrèche D, Macleod F. Guía de buenas prácticas en enfermería. Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/UlcerasPresion_spp_022014.pdf
9. García-Fernández FP, Montalvo Cabrerizo M, García Guerrero A et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla 2007
10. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
11. García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez-Palma, M. Prevención de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº I. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014



12. Organización de las Naciones Unidas. Una sociedad para todas las edades. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid. 2002
13. Eamon O'Shea, et al. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Comité Europeo de Cohesión Social (CECS). Traducción: Mercedes Villegas Beguiristáin. Universidad Nacional de Irlanda, Galway. 2003.
14. Fuentelsaz Gallego C, et al. Visita Domiciliaria de Enfermería a personas mayores de 65 años. Instituto de Salud Carlos III. Subdirección General de Investigación Sanitaria Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Ministerio de Sanidad y Consumo 2002
15. Alfonso Sánchez JL, Sentís Vilalta J, Blasco Perez S, Martínez Martínez I. Hospitalización evitable en España. Med Clin (Barc) 2004; 122(17): 653-8.
16. Bermejo Caja C, Martínez Marcos M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nure Investigación, nº 11, Diciembre 04–Enero 05
17. Instituto de migraciones y Servicios Sociales. Plan de acción para personas mayores 2003-2007. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales 2003:41
18. Ballester Rubio M, Borrás Español L, Corbalán Carrillo G, Hernandez Vian B, Paul Garceran G, Pérez Rodríguez J. Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallès. Nure Investigación, nº 32, Enero – Febrero 08.
19. Lafuente Robles N, Rodríguez Gómez S, Casado Mora M. Estrategia de Cuidados de Andalucía: nuevos retos para el cuidado de la ciudadanía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. 2015
20. Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 393-405
21. Eterovic Diaz, C; Mendoza Parras, S; Sáez Carrillo, C; Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes; Enfermería Global; 2015; 38:235-248.
22. Huang Y, Mao BQ, Ni PW, et. al. Investigation on the Status and Determinants of Caregiver Burden on Caring for Patients with Chronic Wound. Adv Wound Care. 2019;8(9):429-437.
23. Perdomo Pérez, E; Soldevilla Agreda, J; García-Fernández, FP. Relación entre calidad de vida y proceso de cicatrización en heridas crónicas complicadas. Gerokomos. 2020;31(3):166-172.
24. Huang Y, Mao BQ, Ni PW, et. al. Investigation of the status and influence factors of caregiver's quality of life on caring for patients with chronic wound during COVID-19 epidemic. Int Wound J. 2021;18(4):440-447
25. Rodrigues AM, Ferreira PL, Ferré-Grau C. Providing informal home care for pressure ulcer patients: how it affects carers' quality of life and burden. J Clin Nurs. 2016;25(19-20):3026-35.
26. Bernabéu-Álvarez, C., Faus-Sanoguera, M., Lima-Serrano, M. y Lima-Rodríguez, J.-S. 2020. Revisión sistemática: influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre cuidadores familiares. Enfermería Global. 2020;19(2):560–590.



27. Esson L. Inpatients felt that pressure ulcers Evid Based Nurs 2007; 10(4):128
28. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2009 Jul;57(7):1175-83.
29. Jiménez, LO; Camue Torres, VI. Empoderamiento, una herramienta en el desempeño profesional de Enfermería en la promoción y prevención de salud. Revista Cubana de Enfermería, 2023;39:e5441
30. De Haro Fernández, F; Flores Antigüedad, ML. Evaluación de las sesiones educativas a personas cuidadoras realizadas por Enfermería Gestora de Casos Hospitalaria. Gerokomos.2012; 23 (4): 156-161
31. Gil-García E, Escudero-Carretero M, Prieto-Rodríguez MA, Frías-Osuna A. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. Enferm Clin. 2005;15(4):220-6.
32. Calvo Pérez, AI; Fernández Segade, J; Arantón Areosa, L. et al. La enfermería ante el reto de la promoción de la salud en pacientes y cuidadores con riesgo de deterioro de la integridad cutánea o con heridas (1ª parte). Enf. Derm.2011; 13-14:16-21
33. De Figueiredo ZM, Tirado JJ, Mulet FV et al. Úlceras por presión en personas con lesión medular: conocimientos de familiares y cuidadores. Av Enferm. 2010; 28(supl.1):29-38
34. Martínez López R, Ponce Martínez DE. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre las úlceras de presión. Enferm Global. 2011;28:60:84
35. Arboledas Bellón J, Pancorbo-Hidalgo P L. Cuestionario de conocimientos de cuidadores familiares sobre la prevención de úlceras por presión y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia: desarrollo y validación. Gerokomos. 2016. 27 (2):73-79
36. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Agreda JJ. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos. 2008;19(3):40-8.
37. Garcia-Fernandez FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Soldevilla Agreda JJ. Predictive Capacity of Risk Assessment Scales and Clinical Judgment for Pressure Ulcers: A Meta-analysis. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2014 Nov 25;41(1):24-34.
38. Rodríguez Palma M. Revisión sistemática sobre los factores relacionados con la Dermatitis asociada a la Incontinencia. Propuesta de un nuevo modelo teórico [Tesis doctoral] Universidad de Alicante. 2015
39. Torra i Bou JE. Incidencia de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos. Revisión sistemática con Meta-análisis. [Tesis doctoral] Universidad de Alicante. 2016



