



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO FIN DE GRADO

Prevención y cuidados de las úlceras por presión en pacientes adultos

Alumno: Manuel Joaquín Sánchez Chamocho

Tutor: José Luis Liebana Fernandez

Dpto: Enfermería

MAYO

Prevención y cuidados de las úlceras por presión en pacientes adultos

UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
GRADO EN ENFERMERÍA
TRABAJO FIN DE GRADO

Realizado por:

Manuel Joaquín Sánchez Chamocho

Tutor:

José Luis Liebana Fernández



UNIVERSIDAD DE JAÉN

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. OBJETIVOS.....	7
4. METODOLOGÍA.....	8
5. CONTENIDO.....	11
5.1 VALORACIÓN DEL PACIENTE.....	11
5.2 VALORACIÓN DEL CUIDADOR.....	18
5.3 VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	19
5.4 DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES.....	22
5.5 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	30
5.5.1 SUPERFICIES ESPECIALES.....	34
5.6 VALORACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	38
5.7 CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	46
5.8 OTROS TRATAMIENTOS.....	61
6. CONCLUSIÓN.....	63
7. BIBLIOGRAFÍA.....	65
8. ANEXOS.....	68
8.1 ESCALA DE BARTHEL.....	68
8.2 ESCALA DE BRADEN.....	71
8.3 ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MÚLTIPLES.....	72
8.4 ESCALA DE GLASGOW.....	73
8.5 ESCALA EMINA.....	74
8.6 ESCALA NORTON.....	75
8.7 ESCALA DE TRATAMIENTO DEL DOLOR SEGÚN LA OMS.....	76
8.8 TEST DE PFEIFFER.....	77
8.9 TEST DE ZARIT.....	78
8.10 ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR.....	78
8.11 TEST GOLDBERG DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN.....	79
8.12 DUKE-UNC.....	80

1. RESUMEN

Las úlceras por presión (UPP) son una patología frecuente en pacientes encamados y de movilidad reducida, constituyen un importante problema por la repercusión que alcanza en el nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes. Según el tercer estudio nacional de prevalencia de UPP publicado en 2011 la prevalencia de UPP en pacientes ingresados es de un 7,2%. Este dato nos hace ver lo importante que es la prevención de las UPP en los pacientes con riesgo de presentarlas. Aunque a veces la actividad de prevención no ha sido satisfactoria y aparecen UPP, esto requiere ser tratado. El cuidado de las UPP se hará principalmente por el método de la cura en ambiente húmedo aunque también valoraremos el uso de otros tratamientos dependiendo del tipo de UPP que nos encontremos.

La realización de esta revisión bibliográfica sobre la prevención y el cuidado de las UPP en personas adultas pretende mejorar la práctica clínica en la prevención y cuidados de las UPP a través de la evidencia científica, por ello han sido revisados documentos extraídos de diferentes bases de datos especializadas en el ámbito de la enfermería y de páginas web especializadas en UPP. Para que la búsqueda de documentos fuese certera y veraz se han utilizado diferentes palabras clave que acotan y seleccionan la búsqueda, también se han seguido unos criterios de inclusión/exclusión para, de este modo, desechar documentos demasiado antiguos, documentos que no se referían en sí al tema a tratar, documentos sin evidencia científica... Una vez realizada esta revisión bibliográfica podemos asegurar que se pueden prevenir las UPP con unos cuidados adecuados y que con unos cuidados protocolizados y bien realizados el tiempo de cicatrización de la UPP se reduce considerablemente, por eso es muy importante la formación del personal enfermero en este campo.

Palabras clave: úlcera por presión/ enfermería basada en la evidencia/ prevención úlceras por presión/ cuidados úlceras por presión.

ABSTRACT

Pressure ulcers (PU) are a frequent pathology in abed and reduced mobility patients, which constitute a main problem because of the repercussions they reach on the health and life quality of the patients. According to the third national study of prevalence of PU published in 2,011, the prevalence of PU is 7.2%. This information makes us see how important is the PU prevention in patients with a high risk of suffering it. Although occasionally the prevention activity has not been satisfactory enough, so the PU appear and have to be treated. The care of PU will be mainly done by the moist environment cure method, even though we will value the use of other kind of treatments depending on the kind of PU we can find.

The execution of this bibliographic review about prevention and care of PU in adults persons expect to improve the clinical experience of prevention and care of PU through scientific evidence, due to this they have been checked many documents extracted from different data bases specialised in the nursery field and websites specialised in PU. In order for this document search to be accurate and truthfull, there has been used many keywords that enclose and classify the search, there has also been used some inclusion/exclusion criteria in order to reject documents which are too old, which don't refer to the issue in question, which have no scientific evidence,... Once realized this bibliographic review, we can make sure that PU can be prevented with the proper cares and that some protocoliced and well done cares could noticeably reduce the cicatrization time of PU, for that reason is very important the training of the nursing personnel on this field.

Keywords: Pressure ulcers / nursing based on evidence / prevention pressure ulcers / care pressure ulcers.

2. INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son un grave problema de salud al que se debe prestar mucha atención durante nuestro trabajo diario. Este problema de salud afecta en primer lugar al paciente tanto física, psíquica como socialmente, ya que la aparición de UPP puede ocasionar alteraciones del bienestar por factores como el dolor, la pérdida de la independencia y autoestima, la depresión... En segundo lugar, se ve afectada la familia, con un incremento de la carga laboral, económica y emocional, y en tercer y último lugar se ve afectado el sistema de salud, por el gasto en recursos humanos y materiales, así como la estancia en el hospital y el gasto que esto acarrea⁹.

En mi corto paso por diferentes áreas de salud he podido observar como en cada centro tratan de forma diferente las úlceras por presión (UPP), por eso he realizado esta revisión bibliográfica de documentos que abordan el tema de la prevención y el cuidado de las UPP, entre otros, el objetivo de este trabajo es unificar criterios a la hora de aplicar un tipo de tratamiento u otro dependiendo de las características de la úlcera.

“Hasta el 11% de los adultos hospitalizados y hasta el 24% de los pacientes de centros de enfermería especializada desarrollarán una UPP”¹. Estos datos nos hacen ver que tratar de forma óptima las UPP es vital, por ello es importante protocolizar las actividades enfermeras necesarias para prevenir y tratar este problema.

Denominamos UPP a toda lesión de la piel producida al ejercer una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea causando una isquemia que provoca degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso al músculo y hueso².

Una inmovilidad prolongada sumada a permanecer en una misma postura son los desencadenantes de la aparición de UPP en los pacientes. Este hecho provoca que las protuberancias óseas dañen el tejido superficial debido a una opresión capilar, humedad, fricción y fuerzas de fricción paralelas¹.

Los lugares más frecuentes de aparición de las UPP son en la mitad inferior del cuerpo, sobretodo en la cintura pélvica. Las áreas susceptibles incluyen el trocánter mayor del fémur, la tuberosidad isquiática, el sacro, la cresta ilíaca, el maléolo externo, el occipucio, el mentón, el codo, el omóplato y el calcáneo¹.

Las UPP son clasificadas según el grado de afectación que producen en los tejidos³:

Estadio I

La piel está intacta, con enrojecimiento, no palidece. Se visualiza en áreas localizadas por lo general en prominencias óseas. En pacientes de piel con pigmentación oscura es difícil detectar la palidez de la zona ya que su color puede diferir de la zona circundante. El área puede producir dolor, puede ser firme, suave y cálido o más frío en comparación con el tejido adyacente.

Estadio II

Existe la pérdida de espesor parcial de la dermis, se presentan como una úlcera abierta poco profunda con el lecho de la herida enrojecido. También se puede presentar como una úlcera superficial brillante o seca sin hematomas (la presencia de hematoma indica lesión de tejido profundo)

Estadio III

Pérdida total del espesor del tejido, esto provoca una necrosis o lesión del tejido subcutáneo, se extiende hacia abajo, no por la fascia subyacente. Estas úlceras varían según la ubicación anatómica en la que se encuentren, en zonas con más tejido adiposo la UPP será más profunda que en zonas con poco tejido adiposo.

Estadio IV

Pérdida total del espesor de la piel y lesión de hueso, tendón o músculo. Puede presentar escaras, lesiones con cavernas y tunelizaciones de gran profundidad. En este estadio se hacen visibles y palpables las estructuras musculares y óseas.

Son muchos los casos en los que se pueden evitar o retrasar la aparición de las UPP. Para esto debemos hacer hincapié en los cambios posturales y la movilización, ya que la causa principal de la aparición de UPP es la presión mantenida sobre un mismo punto de la piel, es fundamental hacer rotaciones de los puntos de apoyo, una movilización adecuada favorece la buena circulación de las diferentes zonas y evita las rigideces articulares. Otro punto a tener en cuenta es el estado de la piel del paciente, debemos observarla diariamente y mantenerla limpia, seca e hidratada. La alimentación también juega un papel importante en la prevención de las UPP. La alimentación debe ser rica y

variada, teniendo en cuenta los gustos y preferencias así como las limitaciones que pueda tener el paciente a la hora de alimentarse⁴.

Para poder restablecer la integridad cutánea necesitaremos un equipo de tratamiento multidisciplinario para lograr un resultado óptimo. El régimen terapéutico incluye el alivio de la presión, asistencia de las heridas, desbridamiento del tejido necrótico, tratamiento del dolor, buena alimentación y el uso de antibióticos tópicos o sistemáticos, si existe infección. El tratamiento quirúrgico intensivo es necesario para tratar las UPP de gran tamaño resistente a la cicatrización, especialmente si las estructuras osteomusculares se encuentran expuestas¹.

3. OBJETIVOS

A continuación se exponen los distintos objetivos que se pretenden conseguir con la elaboración de este trabajo:

- Actualizar conocimientos sobre métodos de prevención y cuidados de las UPP.
- Actualizar conocimientos sobre los materiales y las técnicas utilizadas en la prevención y los cuidados de las UPP.
- Facilitar la labor diaria del personal enfermero encargado de prevenir y cuidar a pacientes con UPP.
- Unificar criterios sobre la prevención y los cuidados de las UPP.
- Promover la adecuada utilización de las técnicas enfermeras y guiar en la priorización de la distribución de recursos.
- Saber identificar a las personas con riesgo de desarrollar UPP.

4. METODOLOGÍA

La metodología usada para realizar este trabajo sobre la prevención y cuidados de las úlceras por presión en el paciente adulto es una revisión bibliográfica, en la que se ha precisado de la búsqueda de artículos, guías, protocolos y fotografías. Todo este material ha sido obtenido de diferentes bases de datos, página web especializada y colaboraciones de personal sanitario que me han cedido diferentes documentos.

La página web visitada es Grupo Nacional de Estudio y Asesoramiento de úlceras por Presión (GNEAUPP) (www.gneaupp.es), esta web además de aglutinar gran información sobre úlceras por presión, permite el acceso a otros puntos de internet con información sobre el tema.

Las bases de datos visitadas son:

- CUIDEN: Es una base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico iberoamericano, tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades y de promoción de la salud, como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y otros documentos, incluso materiales no publicados, cuyos contenidos han sido evaluados previamente por un comité de expertos.
- LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS: Esta base de datos promueve el trabajo de la colaboración Cochrane y de otros organismos que reúnen información fiable para guiar las decisiones en la atención sanitaria.
- ENFERMERÍA AL DÍA: es una completa fuente de referencia clínica con información relevante para enfermeros/as y otros profesionales de áreas afines, en el punto de consulta. Esta base de datos ofrece la mejor y más reciente evidencia clínica procedente de miles de documentos a texto completo. Contiene una extensa información sobre enfermedades y afecciones, recursos para educación al paciente, información sobre medicamentos, detalles sobre pruebas de diagnóstico y de laboratorio y lineamientos de buenas prácticas.

- **GOOGLE ACADÉMICO:** es un buscador de Google especializado en artículos de revistas científicas, enfocado en el mundo académico, y soportado por una base de datos disponible libremente en Internet que almacena un amplio conjunto de trabajos de investigación científica de distintas disciplinas y en distintos formatos de publicación.
- **ULCERA.NET:** es una página web que produce y distribuye una amplia gama de información sobre el cuidado de las heridas, incluyendo sistemas de información, publicaciones especializadas y divulgación tanto en formato impreso como online.
- **PUBMED:** es una base de datos gratuita creada y mantenida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Incluye más de 22 millones de citas en las áreas de medicina, enfermería, odontología, medicina veterinaria, el sistema de salud y las ciencias preclínicas.

Para la búsqueda de información en estas bases de datos se han utilizados las siguientes palabras clave:

“tratamiento úlceras presión”

“prevención úlceras presión”

“úlceras presión”

“pressure ulcers”

“prevention” & “pressure ulcers traitment”.

Junto a estas palabras clave se han utilizado los descriptores & y “” para acotar la búsqueda y centrarnos en el tema que nos concierne.

Los criterios de inclusión utilizados en esta revisión bibliográfica son los siguientes:

- Documentos que ofrezcan información veraz y con evidencia sobre la prevención y los cuidados de las úlceras por presión.
- Documentos de no más de 10 años de antigüedad.
- Documentos escritos en español, inglés, francés o portugués.
- En el caso de páginas web, deben ser web médicas acreditadas que ofrezcan documentos a textos completos y de forma gratuita.

Los criterios de exclusión son todos aquellos criterios que contradigan a los de inclusión:

- Documentos que carezcan de información veraz y de evidencia sobre la prevención y los cuidados de las úlceras por presión.
- Documentos de antigüedad superior a 10 años.
- Información perteneciente a páginas web no médicas, sin acreditación y que no ofrezca los documentos a textos completos o cobren por ello.

A continuación, se detalla en una tabla el número de documentos encontrados en cada base de datos, el número de documentos que han sido revisados, los que han sido incluidos y los que han sido excluidos.

BASE DE DATOS	RESULTADOS	DOCUMENTOS REVISADOS	DOCUMENTOS EXCLUIDOS	DOCUMENTOS INCLUIDOS
BIBLIOTECA COCHRANE PLUS	30	21	9	12
CUIDEN	695	17	14	3
ENFERMERÍA AL DÍA	167	32	23	9
GOOGLE ACADÉMICO	29.300	12	10	2
PUBMED	254	22	22	0

5. CONTENIDO

5.1. VALORACIÓN DEL PACIENTE

La valoración de un paciente constituye una herramienta esencial para identificar las necesidades del mismo. Debe ser un proceso organizado y sistematizado que nos permita llegar a un buen diagnóstico de enfermería y posterior puesta en marcha del plan de cuidados⁵.

Para realizar una adecuada valoración del paciente nos basaremos en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. El modelo de cuidados de Virginia Henderson es el que mayor aceptación tiene en nuestro entorno ya que es totalmente compatible con el proceso enfermero, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica. Además es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el proceso enfermero, los lenguajes NANDA-NIC-NOC (NNN). Nos permite trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial. Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables. El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada¹⁷.

Para complementar esta valoración usaremos los siguientes cuestionarios o escalas: Autonomía para las actividades de la vida diaria – índice de Barthel, Escala de Braden, Escala de riesgo de caídas múltiples, test de Pfeiffer y Escala de Glasgow.

La valoración con las 14 necesidades de Virginia Henderson quedaría estructurada de la siguiente forma:

1. Datos generales.

- Nombre
- Fecha y hora de ingreso

2. Datos relativos al ingreso.

- Procedencia
- Causa de ingreso

3. Antecedentes.

- Alergias
- Antecedentes: diabetes, hipertensión arterial, etc.
- Dieta habitual
- Prótesis
- Hábitos nocivos
- Medicación habitual

4. Gestión de la admisión, traslado y alta.

- Ansiedad
- Temor
- Síndrome de estrés del traslado
- Mantenimiento inefectivo de la salud

5. Necesidad de respirar normalmente

Valorar esta necesidad nos permite conocer la función respiratoria de la persona. De esta forma, el personal enfermero deberá saber los hábitos del paciente y planificar las intervenciones a desarrollar para satisfacer esta necesidad humana básica. Según el Modelo de Virginia Henderson, matiza que las/los enfermeras/os debemos de tener el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Dentro de esta necesidad debemos hacer referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación dentro de esta necesidad.

Los datos que obtenemos de la valoración nos permiten determinar si los comportamientos y conductas de la persona con objeto de satisfacer su necesidad son adecuados y suficientes¹⁷.

Al valorar esta necesidad tendremos en cuenta si el paciente precisa de oxigenoterapia, ya sea mediante gafas nasales o mascarilla, ya que pueden producirse UPP iatrogénicas.

6. Necesidad de comer y beber adecuadamente

La necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo.

La manera de satisfacer esta necesidad es muy variable según las culturas, la forma de vida, etc. E incluso puede variar, en una misma persona, por causas físicas, psicológicas o sociales, o sencillamente por la edad, pero lo que es incuestionable es su necesidad para la vida y por ello, la correcta e imprescindible valoración por parte de enfermería¹⁷.

Debemos tener especial atención a la valoración de esta necesidad, ya que la nutrición y la hidratación del paciente es un aspecto fundamental en la aparición de UPP, este debe estar, pues, en todo momento bien hidratado y nutrido.

7. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales

El organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La eliminación se produce principalmente por la orina y las heces, también a través de la piel, respiración pulmonar y la menstruación.

La valoración de la necesidad pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona. Describe la función y los aspectos relacionados con ella.

Los datos obtenidos de la valoración nos permiten determinar si los comportamientos y conductas de la persona con objeto de satisfacer su necesidad son adecuados y suficientes¹⁷.

La humedad es un factor a favor de la aparición de UPP por eso debemos mantener la piel del paciente siempre limpia y seca en pacientes que precisen pañal o pacientes con sudoración profusa.

8. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.

Según Virginia Henderson esta necesidad es un requisito fundamental e indispensable para mantener la integridad, entendida esta como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Desde esta perspectiva, la satisfacción de esta necesidad está condicionada no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales¹⁷.

Estar apoyado sobre un mismo plano durante un largo periodo de tiempo provoca la aparición de UPP, por ello debemos valorar si el paciente puede moverse correctamente por sí solo o, por el contrario, debemos realizarle cambios posturales para evitar la aparición de UPP.

9. Necesidad de dormir y descansar.

Lo definiremos como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relejarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna.

Las personas tenemos la necesidad de dormir y descansar durante toda la vida, pues es imprescindible recuperar la energía perdida en la realización de las actividades de la vida, para mantener la salud. Sin sueño y descanso, la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad, la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación implica un gasto adicional de energía. Con nuestra valoración, debemos describir la capacidad de la persona de cubrir esta necesidad, con el fin de intervenir eficazmente sobre un patrón ajustado que permita a la persona una adecuada interrelación con su entorno¹⁷.

10. Necesidad de escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse.

Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, las normas sociales y los gustos personales. La satisfacción de esta necesidad implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas suficientes para ponerse y quitarse la ropa¹⁷.

11. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Nos referimos a la necesidad de la persona de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente. Se persigue promover la salud a través de actividades que permitan mantener la temperatura en cifras normales, actuar ante las alteraciones de temperatura corporal relacionadas con enfermedades, y prevenir complicaciones derivadas de estas¹⁷.

12. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. El grado de higiene corporal es considerado un signo externo del estado de salud que presenta la persona. Por otro lado, es importante procurar una piel íntegra, sana, limpia y cuidada que nos permita protegernos de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo.

Con nuestra valoración, pretendemos conocer la idoneidad de la higiene de la persona, la capacidad para su ejecución y evaluar el estado de la piel y mucosas¹⁷.

Al valorar la integridad cutánea podemos comprobar si el paciente presenta UPP y valoraremos el riesgo que puede presentar de padecerlas.

Para la correcta valoración de esta necesidad utilizaremos diferentes escalas:

- Índice de Barthel (anexo 1), para valorar la dependencia del paciente.
- Escala de Braden (anexo 2), para valorar el riesgo de padecer UPP.
- Escala Norton (anexo 6), para medir el riesgo de padecer UPP
- Escala EMINA (anexo 5), para valorar el riesgo de padecer UPP

13. Necesidad de evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

Se enmarca en la conveniencia de que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas.

Tienen importancia tanto los aspectos que se relacionan con factores medioambientales que influyen en el mantenimiento de la seguridad física y las dificultades o limitaciones para mantenerla, como los sentimientos y emociones asociados a una situación de peligro, la capacidad para afrontarla, cómo identifica las dificultades o cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas¹⁷.

Para valorar esta necesidad nos ayudaremos de la escala de riesgo de caídas múltiples (anexo 3).

14. Necesidad de comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

El ser humano por naturaleza siente la necesidad de comunicarse y relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. Entre estas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor.

Para la persona es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido se debe valorar el equilibrio entre la soledad – interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja, etc., teniendo en cuenta la accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación y estímulos¹⁷.

Para valorar esta necesidad utilizaremos la escala de Glasgow (anexo 4) que mide el nivel de conciencia del paciente y el test de Pfeiffer (anexo8) para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo.

15. Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

Esta necesidad persigue atender a los valores y creencias que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionadas con la salud. La importancia de esta necesidad radica en que todos necesitamos unos

valores y creencias para poder desarrollarnos como tal. Además posee una importante relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo.

Existen necesidades que aparentemente no son necesidades de primer orden, posiblemente por carecer de una vinculación con necesidades físicas para el mantenimiento de la vida, sin embargo ayudan a que la persona mantenga una interrelación con su entorno, un equilibrio y un estado óptimo de salud.

Podemos así entender que la necesidad de vivir o adoptar estilos de vida saludables según unos valores y creencias es más una necesidad psicológica o espiritual que fisiológica. Esta necesidad debe ser satisfecha por parte de la enfermera desde el respeto a esos valores y creencias y prestando especial atención a que esta necesidad adquiere más importancia en momentos de enfermedad y podrá constituir un apoyo para ayudar a las personas a afrontar y adaptarse a su situación actual y futura¹⁷.

16. Necesidad de autorrealización.

Esta necesidad valora la capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar.

La satisfacción de esta necesidad está estrechamente ligada con el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con los valores e intereses de la persona. Valora patrones de conducta, capacidades, actividades, respuestas positivas y negativas, esfuerzos cognitivos y conductuales, tarea adaptativas.

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad, manifestado en términos de tolerancia al estrés. Incluye capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés, sistema de soporte y ayuda y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Asimismo tiene en cuenta una forma de autoexpresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora como es el trabajo o trabajar¹⁷.

17. Necesidad de participar en actividades recreativas.

El ser humano tiene necesidad de ocio y recreo, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad. Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de

la persona en su situación de vida, ocasionando al individuo un problema de independencia total o parcial para satisfacer esta necesidad¹⁷.

18. Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

La adquisición de conocimientos y adiestramiento del paciente se considera fundamental en los cuidados básicos de la persona para favorecer el manejo de la propia salud. Esta puede empeorar o mejorar según el nivel de conocimientos que posea la persona acerca de su proceso. Con esta necesidad se pretende detectar las habilidades y conocimientos del ser humano sobre las actividades beneficiosas para su salud, así como las limitaciones para el aprendizaje¹⁷.

19. Preparación/ administración de medicamentos y requerimientos diagnósticos.

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- Incumplimiento terapéutico
- Dificultad para realizarlo

5.2.VALORACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Llamamos cuidador principal al familiar o persona del entorno del paciente encargada de prestarle atención a este, sin estar vinculado a un servicio de atención profesionalizada.

El cuidador principal será la persona que tomaremos de referencia para planificar el plan de intervención y para tomar decisiones en cuestiones que afecten al paciente.

Debemos conocer la capacidad física y psíquica del cuidador, así como su nivel de instrucción, su nivel cultural, socio-laboral y económico. También hay que identificar si el cuidador principal cuenta con personas de apoyo, cuidadores secundarios¹⁹.

Una vez realizada la anamnesis del cuidador debemos realizar una valoración en la que tendremos en cuenta diferentes aspectos²⁰:

- Nutricional- metabólico: debemos conocer el tipo de alimentación que tiene, el número de comidas que realiza al día y si respeta o no los horarios.
- Actividad-ejercicio: conocer si existen limitaciones físicas que dificulten el desempeño de sus tareas como cuidador principal.

- Sueño-descanso: valoraremos el número de horas e interrupciones que tiene mientras duerme por la noche, si duerme siestas y si se siente descansado o no al despertar.
- Cognitivo-perceptual: hay que valorar la existencia de alteraciones sensoriales (auditivas, visuales...), el estado mental y psicológico del cuidador, si padece trastornos del lenguaje o problemas de idioma.
- Afrontamiento/tolerancia. Estrés: para valorar este aspecto debemos ayudarnos del test de Zarit (anexo 9) para medir la sobrecarga del cuidador, el Índice de esfuerzo del cuidador (anexo 10) que mide el grado de sobre-esfuerzo de los cuidadores, el test de depresión de Goldberg (anexo 11) que sirve para identificar la presencia o no de síntomas de depresión y el cuestionario DUKE-UNC (anexo 12) que nos permite saber la percepción de apoyo que tiene el cuidador, no el apoyo real.
- Rol- relaciones: valoraremos las alteraciones en las relaciones sociales familiares y sociales, si ha habido un cambio de domicilio y si se produce ruptura de una situación laboral previa.

En definitiva, debemos comprobar que el cuidador posee una visión social de la enfermedad, que acepta y respeta a la persona que cuida, que ambos tienen una autoestima positiva, que el cuidador toma las medidas de seguridad necesarias en la forma de ejercer los cuidados, que mantiene una actitud positiva hacia los recursos existentes, que sabe efectuar los cuidados al enfermo (cambios posturales, alimentación, higiene del paciente...) y que tiene los recursos y las habilidades personales y sociales necesarias para ejercer como cuidador²⁰.

5.3.VALORACIÓN DE RIESGO DE UPP

La valoración del riesgo de UPP consiste en la utilización de una herramienta de cribaje que nos ayude a identificar a los pacientes susceptibles de desarrollar UPP.

Para la valoración de la integridad cutánea podemos optar por la escala de Braden ya que tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal enfermero. Esta escala tiene 6 categorías que son²:

- Percepción sensorial
- Exposición a la humedad
- Actividad
- Movilidad
- Nutrición
- Roce/ peligro de lesiones cutáneas

El resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en las distintas categorías puede oscilar entre 6 y 23 puntos. Según la puntuación se identifican los siguientes grupos de riesgo²:

- < 12 = riesgo alto
- 13 – 15 = riesgo medio
- 16 – 18 = riesgo bajo
- > 19 = sin riesgo

También podemos usar la escala EMINA (anexo 5) que ofrece buenos resultados y puede ser una alternativa ya que presenta un alto valor predictivo. Esta escala contempla cinco factores de riesgo⁶:

- Estado mental
- Movilidad
- Incontinencia
- Nutrición
- Actividad

Cada uno de ellos se puntúa de 0 a 3.

Otra escala importante y muy difundida es la escala NORTON (anexo 6). Esta escala considera cinco parámetros⁶:

- Estado mental
- Incontinencia
- Movilidad
- Actividad
- Estado físico

Es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo. En su formulación original su puntuación de corte eran los 14 pero en 1987 Norton modificó el corte situándolo en 16.

La valoración debe ser realizada al ingreso del paciente y se harán revisiones cada 7 días, salvo en cambios relevantes como²:

- Intervención quirúrgica superior a 10 horas

- Aparición de isquemia por cualquier causa
- Los periodos de hipotensión
- Las pérdidas de sensibilidad de cualquier origen
- Las pérdidas de movilidad de cualquier origen
- Las pruebas diagnósticas invasivas que requieren reposo de 24 horas como la arteriografía o el cateterismo cardíaco

En pacientes de alto riesgo se medirá diariamente. Los resultados de la valoración se registrarán en la hoja de incidencias de UPP o en el soporte informático disponible.

Los factores que sitúan a las personas en riesgo de padecer UPP son los siguientes⁷:

- Factores extrínsecos:
 - Excesiva exposición a la humedad (incontinencia, transpiración, exudado de heridas)
 - Pacientes sometidos a fricción y mecanismos de cizallamiento (aquellos pacientes con movimientos involuntarios que causan fricción contra las sábanas)
- Factores intrínsecos:
 - Edad avanzada
 - Antecedentes de deterioro de la integridad cutánea
 - Personas con deterioro de la movilidad
 - Personas con riesgo o presencia de desequilibrio nutricional por defecto
 - Personas con déficit de volumen de líquidos
 - Personas con trastornos de la percepción sensorial
 - Presencia de enfermedad vascular
 - Enfermedad terminal

5.4.DIAGNOSTICOS, NOC Y NIC

“El diagnostico enfermero es el juicio clínico que formulan las enfermeras sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a las afecciones o procesos vitales. A tenor de dicho juicio, la enfermera será responsable de la monitorización de las respuestas del cliente, de la adopción de decisiones que culminarán en un plan de cuidados y de la ejecución de las intervenciones, incluyendo la colaboración interdisciplinar y la derivación del cliente si fuera necesario” NANDA-I, 2008.

Los diagnósticos de enfermería se centran en los problemas derivados de las respuestas humanas acontecidas tras una alteración de la salud particular. Esto significa que es necesario valorar a cada individuo independientemente, ya que el hecho de que dos pacientes distintos sufran una misma situación clínica puede provocar respuestas diferentes, siendo por lo tanto necesario utilizar diagnósticos diferentes.

Así, las respuestas humanas son los actos de adaptación que se producen en una persona ante una situación clínica específica. Teniendo en cuenta este concepto, podemos afirmar que el objeto de la enfermería y sus diagnósticos no es la enfermedad, sino la respuesta del paciente a esa enfermedad.

Los diagnósticos de enfermería describen las respuestas de los pacientes ante situaciones clínicas que pueden ser tratadas o abordadas por las enfermeras.

Una vez identificado y formulado el diagnóstico enfermero, debemos elegir los resultados de enfermería, para ello usaremos la Nursing Outcomes Classification (clasificación de resultados de enfermería) más conocido como NOC.

Según la propia NOC un resultado de enfermería se define como el estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que son utilizados para determinar el estado del paciente en relación al resultado.

Como intervención enfermera se entiende a cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que es realizado por un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente.

La clasificación de intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification) es un listado organizado que recoge las intervenciones o cuidados que realizamos las enfermeras. La clasificación NIC agrupa intervenciones para las diferentes especialidades de enfermería, aunque como es lógico cada enfermera tendrá los conocimientos y habilidades para realizar aquellas intervenciones que utilice habitualmente en su práctica diaria²¹.

A continuación mostramos los diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería que nos encontramos con más asiduidad en pacientes con riesgo de padecer UPP o en pacientes que ya las padecen²²:

❖ **DIAGNÓSTICO:** 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

Factores de riesgo:

- Externos: humedad, factores mecánicos (presión, sujeciones), inmovilización física, hipertermia o hipotermia, sustancias químicas, radiación, excreciones o secreciones, extremos de edad y medicamentos
- Internos: prominencias óseas, alteración del estado nutricional (obesidad, emaciación), alteraciones turgor (cambios elasticidad), alteración del estado metabólico, factores inmunológicos, factores de desarrollo, alteración de la sensibilidad, alteración de la pigmentación, alteración de la circulación y psicogenéticos.

• **OBJETIVOS:**

0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

1902 Control del riesgo.

1908 Detección del riesgo.

• **INTERVENCIONES:**

0740 Cuidados del paciente encamado.

0840 Cambio de posición.

1100 Manejo de la nutrición.

1660 Cuidado de los pies.

3500 Manejo de presiones.

3540 Prevención de úlceras por presión.

3590 Vigilancia de la piel.

❖ **DIAGNÓSTICO:** 00046 Deterioro de la integridad cutánea

Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

Factores relacionados:

- Externos: humedad, factores mecánicos (fuerza de cizallamiento, presión, sujeciones), inmovilización física, hiper o hipotermia, sustancias químicas, radiación, extremos de edad y medicamentos.
- Internos: prominencias óseas, alteración del estado nutricional (obesidad, emaciación), alteraciones del turgor (cambios en la elasticidad), alteración del estado metabólico, déficit inmunológico, factores de desarrollo, alteración de la sensibilidad, de la pigmentación, de la circulación y en el estado de los líquidos.

Características definitorias:

Invasión de las estructuras corporales, destrucción de las capas de la piel (dermis) y alteración de la superficie de la piel (epidermis).

- **OBJETIVOS:**

1004 Estado nutricional

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

1103 Curación de la herida por segunda intención

- **INTERVENCIONES:**

0740 Cuidados del paciente encamado

0840 Cambio de posición

1100 Manejo de la nutrición

1660 Cuidado de los pies

3500 Manejo de presiones

3520 Cuidados de las úlceras por presión

3540 Prevención de las úlceras por presión

3590 Vigilancia de la piel

3660 Cuidados de las heridas

5606 Enseñanza individual

7040 Apoyo al cuidador principal

❖ **DIAGNÓSTICO: 00044 Deterioro de la integridad tisular**

Lesión de la membrana mucosa, corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.

Factores relacionados:

- Externos: mecánicos (presión, cizallamiento, fricción), radiación (incluyendo las radiaciones terapéuticas), agentes térmicos y productos irritantes, químicos.
- Internos: déficit o exceso nutricional, déficit de conocimientos, deterioro de la movilidad física, alteración de la circulación y déficit o exceso de líquidos.

• **OBJETIVOS:**

1103 Curación de la herida: por segunda intención

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

• **INTERVENCIONES:**

3660 Cuidados de las heridas

1100 Manejo de la nutrición

4120 Manejo de líquidos

6550 Protección contra las infecciones

3680 Irrigación de heridas

2300 Administración de medicación

4160 Control de hemorragias

3540 Prevención de las úlceras por presión

❖ **DIAGNÓSTICO: 00132 Dolor agudo**

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión real o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.

Factores relacionados:

Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)

- OBJETIVOS:

1605 Control del dolor

2101 Dolor: efectos nocivos

2102 Nivel del dolor

- INTERVENCIONES:

1380 Aplicación de calor o frío

1400 Manejo del dolor

2210 Administración de analgésicos

2380 Manejo de la medicación

5230 Aumentar el afrontamiento

6482 Manejo ambiental: confort

❖ DIAGNÓSTICO: 00126 Conocimientos deficientes

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Factores relacionados:

- Falta de exposición.
- Falta de memoria.
- Mala interpretación de la información.
- Limitación cognitiva.
- Falta de interés en el aprendizaje.
- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

- OBJETIVOS:

0900 Capacidad cognitiva.

0904 Comunicación: capacidad receptiva.

0905 Concentración.

0907 Elaboración de la información.

0908 Memoria.

1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.

1802 Conocimiento: dieta.

1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad

1808 Conocimiento: medicación.

1805 Conocimiento: conductas sanitarias.

1811 Conocimiento: actividad prescrita.

1813 Conocimiento: régimen terapéutico.

- INTERVENCIONES:

1100 Manejo de la nutrición.

5510 Educación sanitaria.

5520 Facilitar aprendizaje.

5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.

5606 Enseñanza individual.

5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.

5614 Enseñanza: dieta prescrita.

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

- ❖ DIAGNÓSTICO: Riesgo de cansancio del rol de cuidador

El cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador familiar.

Factores de riesgo:

- Adicción o codependencia
- Comportamiento desviado y aberrante del receptor de cuidados

- Aislamiento de la familia o del cuidador
- Falta de descanso y distracción del cuidador
- Falta de experiencia en cuidados
- El cuidador es una mujer
- Cuidador no preparado para asumir el papel
- Problemas psicológicos o cognitivos del receptor
- Situación marginal de la familia o disfunción familiar previa al inicio de la situación en que se requieren cuidados
- Presencia de agentes estresantes
- Entorno físico inadecuado para dar cuidados
- Malos tratos o violencia
- El cuidador desempeña roles que entran en competencia

- OBJETIVOS:

1804 Conocimiento: conservación de la energía

1805 Conocimiento: conductas sanitarias

1806 Conocimiento: recursos sanitarios

1902 Control del riesgo

2203 Alteración del estilo de vida del cuidador familiar

2506 Salud emocional del cuidador familiar

2507 Salud física del cuidador familiar

2508 Bienestar del cuidador familiar

2606 Estado de salud de la familia

- INTERVENCIONES:

5240 Asesoramiento

5370 Potenciación de roles

5430 Grupos de apoyo

7040 Apoyo al cuidador principal

7110 Fomento de la implicación familiar

7140 Apoyo a la familia

❖ DIAGNÓSTICO: Cansancio del rol de cuidador

Dificultad para desempeñar el papel del cuidador de la familia

FACTORES RELACIONADOS	
Estado de salud del receptor de los cuidados.- . Gravedad de la enfermedad. . Enfermedad crónica. . Crecientes necesidades de cuidados o dependencia. . Incertidumbre sobre el curso de la enfermedad. . Salud inestable del receptor. . Conductas problemáticas. . Problemas psicológicos o cognitivos. . Adicción o codependencia. Actividades del cuidador.- . Cantidad de actividades. . Complejidad de las actividades. . Responsabilidad cuidados las 24 h. . Cambio continuo de actividades. . Alta de algún miembro de la familia con grandes necesidades de cuidados. . Brindar cuidados durante años. . Incertidumbre sobre la situación de cuidados. Estado de salud del cuidador.- . Problemas físicos. . Problemas psicológicos o cognitivos. . Adicción o codependencia. . Patrones afrontamiento marginales. . Expectativas irreales sobre sí mismo. . Incapacidad satisfacer expectativas propias o ajenas. Socioeconómicos.- . Aislamiento de otros. . Desempeño de roles que entran en competencia. . Alienación de la familia, amigos y compañeros de trabajo.	. Insuficiencia actividades recreativas. Relaciones cuidador / receptor.- . Antecedentes de malas relaciones. . Presencia de abusos o violencia. . Expectativas del receptor poco realistas sobre el cuidador. . El estado mental del anciano inhibe la conversación. Procesos familiares.- . Historia de afrontamiento familiar marginal. . Historia de disfunción familiar. Recursos.- . Entorno físico inadecuado para brindar cuidados (acondicionamiento domicilio, temperatura, seguridad). . Equipo inadecuado para cuidados. . Medios de transporte inadecuados. . Recursos comunitarios inadecuados (cuidados de respiro, recursos recreativos). . Recursos económicos insuficientes. . Falta de soporte. . Cuidador no preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel. . Inexperiencia en la provisión de cuidados. . Falta de tiempo. . Falta de conocimientos sobre recursos comunitarios o dificultad para acceder a ellos. . Falta de intimidad del cuidador. . Tensión emocional. . Energía física. . Asistencia y soporte (formal e informal).

Fuente: Enrique Peña Gómez. Enfermero Comunitario de Enlace. Distrito Metropolitano de Granada.

• OBJETIVOS:

1205 Autoestima

1501 Ejecución del rol

2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario

2203 Alteración del estilo de vida del cuidador familiar

2208 Factores estresantes del cuidador familiar

2506 Salud emocional del cuidador familiar

2507 Salud física del cuidador familiar

2508 Bienestar del cuidador familiar

2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional

- INTERVENCIONES:

5240 Asesoramiento

5270 Apoyo emocional

5430 Grupo de apoyo

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

7040 Apoyo al cuidador principal

7110 Fomento de la implicación familiar

7140 Apoyo a la familia

7260 Cuidados intermitentes

8100 Derivación

5.5.PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN⁸

Las actividades enfermeras que realizaremos en la prevención de las UPP deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Movilidad
- Higiene
- Incontinencia
- Nutrición
- Iatrogenia
- Protección de las zonas de riesgo
- Cuidados generales

Movilidad:

- Permanecer encamado el menor tiempo posible.
- Animar a la deambulación y los interciclos de movilización, por lo menos dos veces al día.
- Realizar cambios posturales cada 2 – 4 horas en pacientes encamados y cada hora en pacientes con silla de ruedas.
- Evitar el roce de prominencias entre sí.

- Aliviar la presión con almohadas. Colchón neumático, cojines de gel de frotación, protector de talones y codos, piel de cordero y felpa.
- Evitar levantar la cabeza de la cama más de 30°.
- Intentar mantener en todo momento la alineación corporal.

Decúbito supino:

- Almohada en cabeza.
- Almohada en gemelos para facilitar el retorno venoso.
- Almohada en piecero para evitar el pie equino.
- Almohada en trocánter para evitar rotación.

Decúbito lateral:

- Almohada debajo de la cabeza.
- Almohada a lo largo de la espalda.
- Almohada entre las rodillas para evitar roces.
- Almohada debajo del brazo.

Decúbito prono:

- Almohada debajo de la cabeza.
- Almohada debajo del abdomen para evitar tensión muscular.
- Almohada debajo de las piernas para favorecer circulación de retorno.
- Almohada debajo de los hombros para bajar tensión muscular.

Posición sentado:

- Almohada detrás de la cabeza.
- Almohada debajo del brazo.
- Almohada debajo de los pies.

Higiene:

- Utilizar una esponjilla para cada parte del cuerpo.

- Realizar una correcta higiene corporal mediante lavados con agua y jabón seguido de aclarado y perfecto secado. (especial atención a los pliegues)
- No dar con jabón en la úlcera.
- Hidratar la piel con crema.
- No masajear las prominencias óseas.
- No utilizar ningún tipo de alcoholes.
- Si se hidrata con vaselina líquida, debe ser extendida antes de secar al paciente.
- No dar masajes intensos.

Incontinencia:

- Ante pérdidas involuntarias de orina es importante la valoración de la implantación de sonda o colector urinarios.
- Con cada cambio de pañal hay que lavar e hidratar la zona.
- Reeducación de esfínteres.

Nutrición:

- Valoración diabética: alimentación adecuada a su edad y patología.
- Aporte de líquidos mínimo 2 litros al día si no hay contraindicación médica.
- Administrar suplementos hiperproteicos si no toma una dieta completa.
- Dar suplementos minerales y vitaminas.
- Si presenta problemas de deglución, emplear espesantes y gelatinas.

Iatrogenia:

Son úlceras que se producen por el roce continuo de un recurso instrumental imprescindible para el tratamiento y/o diagnóstico.

Debemos tener especial cuidado con:

- Nariz: cambiar diariamente el apósito de fijación de la sonda nasogástrica y mover apoyo en la mucosa gástrica.
- Boca: por fijación de tubos endotraqueales realizar igualmente movilización
- Meato urinario: lesiones por sondaje vesical, debemos cambiar los puntos de apoyo.

- Muñecas, codos y talones: por sujeciones mecánicas, debemos proteger la piel.
- Orejas: por gomillas de mascarilla de oxígeno, proteger del contacto directo y vigilar.
- Glúteos: debido a las cuñas, debemos intentar mantenerlas el menos tiempo posible y no realizar arrastre.

Protección de zonas de riesgo:

- Las zonas más frecuentes de aparición de UPP son sacro, glúteos, talones y trocánteres.
- Colocar una almohada en los pies para que los talones queden al aire.
- Los codos se protegerán con vendaje de algodón procurando mantener los brazos en flexión anatómica.
- Igualmente se realizará en los talones hasta los tobillos y dejando los dedos a la vista.
- Utilizar placas de protección en sacro y trocánteres, además de los métodos de movilización e utilización de superficies de apoyo especiales para aliviar la presión.

Cuidados generales:

- Debemos identificar aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de UPP:
 - o Alteraciones respiratorias
 - o Alteraciones circulatorias
 - o Alteraciones metabólicas
 - o Alteraciones por tratamiento farmacológico:
 - Los sedantes pueden interferir en la movilidad.
 - Los corticoides pueden actuar sobre los tejidos disminuyendo la resistencia e inhibiendo por lo tanto la cicatrización.
 - Citostáticos, debido al riesgo de necrosis asociado a la quimioterapia endovenosa.
- Debemos identificar y corregir el déficit nutricional.
- Debemos asegurar un estado de hidratación adecuado.

5.5.1 SUPERFICIES ESPECIALES²³

Las superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) son aquella superficie sobre la que puede apoyarse un individuo, que abarque todo el cuerpo o una parte del mismo, ya sea en decúbito supino, prono o en sedestación, y cuya configuración física y/o estructural presente propiedades de reducción o alivio de la presión.

Diferenciaremos las SEMP de los dispositivos locales para el alivio de la presión (taloneras, coderas, protectores de occipital...) o de los apósitos con capacidad de reducción de la presión en el hecho de que abarcan toda la superficie de apoyo. Además las SEMP pueden reducir el efecto de la fricción y de la cizalla, así como el calor y la humedad e incrementar el confort de los pacientes.

Los SEMP pueden ser clasificados de distintas formas, aquí vamos a enumerar las familias o grupos en los que pueden ser clasificados:

- Según el tipo de dispositivo:
 - Sobrecolchón (colchoneta, cobertor): este dispositivo se coloca encima de otro colchón que forma junto con la cama una unidad. La composición de este dispositivo es diversa. Desde aire, gel, silicona, poliuretano, agua,... Los tamaños en los que se encuentran en el mercado también varían, al igual que las propiedades de su composición.
 - Colchón de reemplazo: dispositivo que reemplaza a una ya existente, o forma junto con la cama una unidad. A diferencia de los sobrecolchones son más difíciles de almacenar y normalmente están integrados en una cama.
 - Cojín: dispositivo ideado para ser colocado en una silla para redistribuir la presión.
 - Camas especiales: Serían camas que tienen unas atribuciones especiales que les hacen diferentes a las anteriores familias. La cama y el colchón forman una unidad integrada que no se puede separar.
- Según el modo de actuación:

- Estáticas: son aquellas SEMP que no realizan movimientos por sí mismas. Sus propiedades de redistribución se deben a las características de su contenido. Este contenido es muy diverso y se pueden crear combinaciones de diferentes materiales en búsqueda de una mejor redistribución. Las cualidades de redistribución pueden ser observadas fácilmente en un laboratorio debido a su falta de automatismo en los movimientos. Esta familia necesita que se produzca una energía externa para realizar cambios de presión en la piel del sujeto.
- Mixtas: definidas como aquellas que debido a su contenido son capaces de realizar cambios en la distribución de la presión por sí mismas. Se diferencian de las dinámicas en que necesitan la aplicación de una energía para que puedan realizar esa distribución y que no tienen ningún motor para ello. Se diferencian de las estáticas en que la aplicación de una energía permite que la SEMP siga moviéndose a pesar de que la energía externa haya cesado.
- Dinámicas: son SEMP que permiten variar de forma continua los niveles de presión entre la superficie del dispositivo y la piel de la persona sin que exista una aplicación de energía externa del paciente o de otra persona. Esta SEMP redistribuye su contenido según unos ciclos de tiempo, llamados ciclos de alternancia. El contenido de la SEMP está en unas celdas que se hinchan y deshinchon según los ciclos de alternancia prefijados en un motor. Estos ciclos permiten que la presión en las zonas anatómicas de riesgo vaya variando según las presiones máximas y mínimas, según el índice de alivio de la presión y según las presiones medias.
- Fluidificadas o de flotación: son SEMP donde el paciente se encuentra prácticamente suspendido en el aire. Su actuación se debe al impulso de unas microesferas cerámicas sobre el cuerpo mediante grandes ventiladores. Permiten que el paciente tenga presiones hidrostáticas consiguiendo valores mínimos de presión. Se ha de tener monitorizada la temperatura corporal y controlar el metabolismo basal.
- Rotatorias: son SEMP integradas en una cama que tiene la posibilidad de realizar rotaciones laterales o, incluso, colocar al paciente en decúbito prono. Tienen un módulo informatizado que realiza los cambios de lateralización según un programa prefijado. Estos cambios pueden ser manuales o automatizados. Algunas SEMP tienen modalidades de terapia pulsátil indicada para tratamientos de drenaje.

- Según sus prestaciones:
 - Con ventilación por flujo de aire: son sistemas que permiten el paso de una corriente de aire a través de su interior y que permite que los líquidos derramados en la superficie de la SEMP puedan ser evaporados con mayor facilidad. Esta característica es muy útil también para el manejo térmico del paciente. No se ha de confundir con la característica de “célula abierta” de algunas SEMP estáticas o con la aireación producida por formas estructurales del núcleo de la SEMP. Decimos que una SEMP tiene ventilación por flujo de aire, cuando esta aireación es activa y producida desde un motor o sistema eléctrico.
 - Sin ventilación: son SEMP que no tienen sistema de aireación activo. Entre ellas encontramos las SEMP con una alta transpirabilidad. La estructura de su núcleo tiene huecos que permiten la aireación
 - Sistemas con posibilidad de manejo térmico: son sistemas que permiten al profesional cambiar la temperatura de la SEMP para favorecer el incremento o el descenso de la temperatura corporal de la persona que se encuentre encima de la SEMP. Son sistemas activos que mediante el paso de aire frío o caliente a través de una serie de conductos o mediante el enfriamiento/calentamiento del agua contenida en una serie de receptáculos de la SEMP, permite el cambio de temperatura corporal.
 - Sistemas sin posibilidad de manejo térmico: estos no tienen el sistema activo anterior descrito. En este grupo entrarían aquellas SEMP estáticas de célula abierta o con una temperatura con huecos que facilitan la aireación.
- Según la integración cama/silla:
 - Sistemas de uso simultáneo cama-sillón: estas permiten a la persona situarse como en un colchón o como en una silla, dependiendo de las necesidades de cada momento. Serían las SEMP dinámicas que reconocen la modalidad de sedestación y siguen realizando su función de redistribución de la presión. Con este sistema no es necesario trasladar a una persona de la cama a la silla.

- Sistemas de uso específico cama o sillón: son SEMP diseñadas específicamente para usarse en una cama o en un sillón pero ambas no pueden usarse simultáneamente o no utilizan el mismo compresor de aire o su uso no está pensado para combinarse.
- Según si son dispositivos o situaciones especiales:
 - Quirófano: son SEMP estáticas, dinámicas o dispositivos locales de redistribución de la presión en zonas específicas. Son utilizadas durante el acto quirúrgico, pero su uso también se extiende a los momentos previos a la intervención como a los días posteriores.
 - Camillas: son SEMP diseñadas para la prevención de los pacientes de riesgo situados en camillas durante un largo periodo de tiempo. Las hay dinámicas y estáticas.
 - Pacientes bariátricos: son SEMP diseñadas especialmente para pacientes con sobrepeso u obesidad, están adaptados al tamaño y peso del paciente, así como a las necesidades especiales de movilización pasiva.
 - Lesionados medulares/lesiones de espalda: ante el elevado riesgo de desarrollo de UPP, estos pacientes deben tener SEMP que permitan la redistribución de la presión sin que ello perjudique o aumente la gravedad de la lesión. La colocación de SEMP dinámicas en pacientes en fase aguda está contraindicado aunque actualmente existen SEMP dinámicas de baja presión continua que sí están indicadas en esta fase aguda. En la fase crónica estos pacientes pueden usar una amplia gama de SEMP ya que no existe riesgo de desplazamiento o agravamiento de la lesión.
 - Grandes quemados: este grupo de pacientes necesitan SEMP especiales que eviten al máximo la presión sobre las zonas de cuerpo quemadas, así como un manejo térmico adecuado.
- Según la tecnología:
 - Esta clasificación se basa en la aplicación de tecnología más o menos complicada en el diseño y utilización de las SEMP.

- Según categorías:
 - Superficie de soporte reactivo: una superficie de apoyo con motor o sin él, con la capacidad de modificar sus propiedades de distribución de la carga sólo en respuesta a la carga aplicada.
 - Superficie de soporte activo: una superficie eléctrica (con motor) con la capacidad de cambiar las propiedades de distribución de su carga independientemente de que se aplique o no una fuerza.
 - Sistema de cama integrada: SEMP y cama están combinadas en una sola unidad, donde ninguna puede funcionar sin la otra.
 - No eléctrico: cualquier superficie de soporte que no utilice energía externa para funcionar.
 - Eléctrico: cualquier superficie de soporte que necesite energía externa para funcionar.
 - Sobrecolchón: una superficie de soporte adicional diseñada para estar encima de otra superficie.
 - Colchón: una superficie de apoyo diseñada para estar encima de un somier de cama.

5.6. VALORACIÓN DE UPP⁹

Para la valoración de la UPP es muy importante, en primer lugar saber diferenciar las UPP del resto de lesiones que están englobadas dentro del término “herida crónica”, esto no es nada sencillo y en ocasiones se cae en el error de catalogar como UPP una herida crónica que no lo es.

Las heridas crónicas cuya apariencia nos puede resultar similar a las UPP son:

- Úlcera vascular: es una lesión de origen vascular. Existe un trastorno circulatorio a nivel periférico. Pueden ser arteriales o venosas.



Fuente: <http://clínica devaricesdecaracas.com/>

- Pie diabético: lesiones localizadas en el pie, secundarias a neuropatía y/o angiopatía de origen metabólico



- Quemadura: lesión tisular producida por el efecto del calor, con resultado de lesión o muerte celular.



Una vez que tenemos identificado que se trata realmente de una UPP debemos tener en cuenta los siguientes parámetros para realizar una correcta valoración de la UPP:

1. Localización

Las UPP se producen normalmente en los puntos de apoyo del cuerpo que permanecen inmóviles durante más de 3 horas y coinciden con prominencias o rebordes óseos. Las localizaciones más frecuentes son:

- Sacro
- Talón
- Maléolos externos
- Glúteos
- Trocánteres
- Escápulas
- Isquion

- Región occipital
- Codos
- Crestas ilíacas
- Orejas
- Apófisis espinosas
- Cara interna de las rodillas
- Cara externa de las rodillas
- Maléolos internos
- Bordes laterales de los pies

No hay que olvidarse de las úlceras iatrogénicas, que suelen aparecer en:

- Boca por los tubos endotraqueales, sondas de aspiración o alimentación.
- Nariz por sondas nasogástricas o gafas y mascarilla de oxígeno
- Meato urinario por sondas vesicales
- Mucosa gástrica y rectal por sonda nasogástrica y rectal
- Cintura pelviana y zonas blandas por pliegues de las sábanas
- Muñecas y codos en personas con sujeción mecánica

2. Clasificación

Según el GNEAUPP podemos clasificar las UPP en cuatro estadios.

- Estadio I: Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar. En pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azulados o morados. En comparación con un área adyacente u opuesta del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:
 - o Temperatura de la piel (caliente o fría)
 - o Consistencia del tejido (edema, induración)

o Sensación de dolor y/o escozor



- Estadio II: Es la pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Es una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



- Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.



- Estadio IV: Es la pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén (tendón,

cápsula articular, etc.). En este estadio, al igual que en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.



En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

3. Dimensiones

Resulta difícil la valoración dimensional de la UPP por el carácter tridimensional de la lesión. Para esta valoración tendremos en cuenta:

- Longitud/ anchura: Diámetro mayor y menor en cm.
- Área de superficie:
 - o Mediante planimetría mecánica: colocación de una película de film transparente sobre papel milimetrado y recuento de los cuadros.
 - o Planimetría digital: pizarra digital que calcula el área de forma inmediata.
 - o Con el producto de los diámetros: en úlceras elípticas, dada su mayor frecuencia: $\text{Área} = \text{Diámetro mayor} \times \text{Diámetro menor} \times 3,1416/4$.

Actualmente también existen programas informáticos que permiten calcular el área de superficie a través de la fotografía digital.

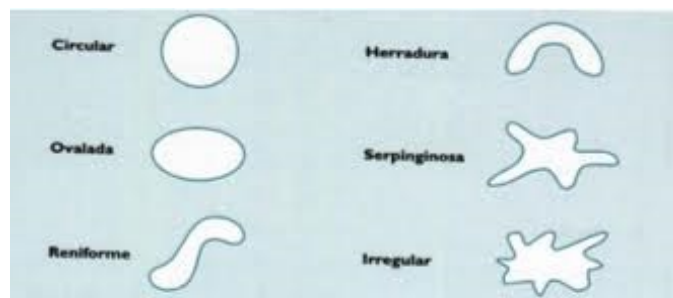
- Volumen: es el valor más adecuado para comprobar la evolución de la úlcera, aunque resulta algo compleja su medición. Se recomienda el método de medida de Berg, por su fácil ejecución y costes económicos. Partiendo de una posición idéntica del paciente en cada una de las mediciones, se aplicará un apósito

transparente adhesivo de poliuretano sobre una amplia zona de la piel perilesional, previamente limpia y seca con una superficie alrededor para garantizar una buena adhesión. A través de inyección en el film, introduciremos suero salino fisiológico hasta llegar a enrasar el líquido con la superficie del apósito. El volumen requerido para “llenar” la lesión, medido a través de una jeringa microcalibrada, nos dará el valor requerido.

4. Forma

Podemos encontrarnos con UPP de diferentes formas:

- Circulares
- Ovaladas
- Irregulares
- En forma de herradura
- Serpinginosas
- Reniformes



Fuente: www.ulceras.net

5. Existencia de tunelizaciones, excavaciones o fístulas.

6. Tipo de tejido presente en el lecho de la lesión

Debemos reconocer el tipo de tejido que nos podemos encontrar en el lecho de la UPP.

Los tejidos pueden ser:

- Tejido necrótico seco (duro) o húmedo (blando)
- Tejido esfacelado
- Tejido de granulación

- Tejido de epitelización

7. Exudado de la lesión

Debemos de especificar tanto la cantidad como las características del exudado.

- o Cantidad: nula, escasa, moderada o abundante.
- o Característica: seroso, hemático, purulento...

8. Dolor

Debemos especificar la intensidad, para ello podemos ayudarnos de escalas numéricas. Hay que identificar si el paciente relaciona el dolor con la lesión, los cambios de curas, etc.

9. Signos clínicos de infección local.

- Dolor
- Calor
- Eritema
- Exudado purulento
- Olor
- Fiebre

10. Antigüedad de la lesión

11. Estado de la piel perilesional

Consideramos piel perilesional aquella que rodea en 5-10 cm el borde de la lesión pero en el caso de las UPP la zona perilesional no tiene límites debido a los problemas que se pueden dar de control de exudado y de incontinencia.

La piel perilesional es inherente a la UPP y también presenta problemas y requiere cuidados.

Al igual que valoramos la UPP, debemos valorar la zona perilesional ya que lo consideramos una úlcera en potencia.

Los problemas que generalmente nos podemos encontrar están relacionados con los productos utilizados para el tratamiento de las UPP (cremas, apósitos o adhesivos y con el cambio de estos):

- Maceración: se produce por un mal control del exudado (fuga), por mantener el apósito durante más tiempo del recomendado, etc. Está considerado como el problema que se presenta con mayor asiduidad.
- Descamación: Se da con mayor frecuencia en personas mayores ya que suelen presentar un cierto grado de descamación que se ve agravado al despegar los apósitos.
- Eritema: producido por problemas irritativos o por el contacto con los adhesivos de apósitos, esparadrapos...
- Prurito: consecuencia de la irritación.
- Dolor: se suele producir durante el cambio de los apósitos.
- Vesículas.
- Edema.

Frente a estos problemas es adecuado proteger la piel perilesional, preservándola de la humedad y utilizando cremas hidratantes, emolientes, productos a base de óxido de zinc o películas de barrera cutánea no irritantes.

12. Evolución de la lesión

Está recomendado utilizar un instrumento para la monitorización de la evaluación de una úlcera por presión denominado PUSH. Este sistema ha sido validado por el Comité Consultivo Nacional Norteamericano de Úlceras por Presión y que ha sido traducido y aceptado por el GNEAUPP.

LONGITUD	0	<0,3	0,3-0,6	0,7-1,0	1,1-2,0	2,1-3,0
X	0	1	2	3	4	5
ANCHURA	3,1-4,0	4,1-8,0	8,1-12,0	12,1-24,0	>24	Subtotal:
(cm ²)	6	7	8	9	10	
EXUDADO	Ninguno	Escaso	Moderado	Abundante		Subtotal:
	0	1	2	3		
TEJIDO	sano	Epitelial	Granulación	Esfacelos	Necrosado	Subtotal:
	0	1	2	3	4	

- 1) Cálculo de la superficie de la UPP: medir con una regla (en centímetros) la mayor longitud y la mayor anchura. Obtener el producto (superficie) y la puntuación correspondiente.
- 2) Estimación de la cantidad de exudado presente después de retirar el apósito y seleccionar la puntuación adecuada.
- 3) Valoración del tejido presente en el lecho de la UPP seleccionando la puntuación que le corresponda.
- 4) Realizar la suma de las puntuaciones obtenidas en cada apartado para obtener la puntuación total.

La valoración de la lesión debe realizarse al menos una vez a la semana o bien siempre que existan cambios en la misma.

5.7.CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

El cuidado local de una úlcera de estadio I se basa en¹⁰:

- Aliviar la presión en la zona afectada.
- Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados para mejorar la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular.
- Usar medidas locales en el alivio de la presión.

Por otro lado los cuatro componentes básicos de un plan efectivo de curas de UPP de estadio II, III y IV son¹⁰:

- Desbridamiento del tejido necrótico
- Limpieza de la herida
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección bacteriana
- Elección de un producto que mantenga el lecho de la úlcera húmedo y la temperatura corporal.

1. Desbridamiento

La presencia en el lecho de la herida de tejido necrótico actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación.

La situación del paciente y las características del tejido a desbridar condicionará el tipo de desbridamiento que realizaremos.

Los métodos de desbridamiento se clasifican en⁹:

- Cortantes o quirúrgicos
- Autolíticos
- Enzimáticos
- Mecánicos
- Osmótico
- Terapia larval

Estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados.

- o Desbridamiento cortante o quirúrgico¹¹: Está considerado como la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo.

El desbridamiento quirúrgico es un proceso cruento, que requiere de conocimientos, destreza y de material estéril.

El desbridamiento cortante debe realizarse por planos y en diferentes sesiones (menos el desbridamiento radical en quirófano), se comienza siempre por el área central, procurando conseguir tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión.

Ante la posibilidad de aparición de dolor en esta técnica, es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico. La hemorragia puede ser una complicación frecuente que podremos controlar generalmente mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, etc. Si no cediese la situación con las medidas anteriores se recurrirá a la sutura del vaso sangrante. Una vez se controla la hemorragia sería recomendable utilizar durante un periodo de 8 a 24 horas un apósito seco, cambiándolo posteriormente por un apósito húmedo.

- o Desbridamiento autolítico⁹: este tipo de desbridamiento se lleva a cabo en toda herida de forma natural, por acción de las enzimas proteolíticas endógenas, producidas por los neutrófilos y que descomponen el tejido desvitalizado. Entre ellas la colagenasa, elastasa, mieloperoxidasa, hidrolasa ácido y enzimas lisosomales.

Es un proceso lento, selectivo y atraumático que pueden aplicarse en aquellos pacientes en los que el resto de tipos de desbridamiento estén contraindicados o bien como coadyuvante de otros tratamientos.

El procedimiento de este método de desbridación es el siguiente:

Aplicar sobre el lecho de la lesión un hidrogel, de estructura amorfa, por su acción hidratante, para ablandar y romper el tejido necrótico y cubrir con un apósito absorbente y oclusivo que permita controlar el exceso de exudado, el cual se cambiará cada 5 días o antes si lo precisara debido al volumen de exudado existente.

- o Desbridamiento enzimático⁹: es un método que se suele usar cuando el paciente no tolera el desbridamiento quirúrgico y no presenta signos de infección.

El procedimiento a seguir es el mismo que en el desbridamiento autolítico, pero con la ayuda de enzimas proteolíticas exógenas que aplicaremos en el lecho de la lesión, incrementando la efectividad del proceso natural.

Debemos aplicar colagenasa en el lecho de la lesión, así como en los trayectos fistulosos existentes, con la ayuda de una jeringa y rellenando hasta la mitad o tres cuartas partes de la lesión, pueden combinarse con una capa fina de hidrogel. Se aconseja humedecer la colagenasa ya que la humedad mejora su acción, cubrirla con un hidrocoloide o si existe mucho exudado utilizar hidrofibra de hidrocoloide por su acción absorbente o alginato de calcio y cubrir con apósito hidrocoloide.

Tanto en este tipo de desbridamiento como en el autolítico, debemos tener un especial cuidado con la piel perilesional, ante el riesgo de maceración debido al aumento de humedad que se produce en la herida. Tendremos que protegerla con pomadas a base de óxido de zinc, silicona o películas de barrera cutánea no irritantes.

- o Desbridamiento mecánico⁹: esta técnica está actualmente en desuso ya que existen otro tipo de técnicas que son más efectivas. Es una técnica no selectiva y traumática. Se realiza principalmente por abrasión mecánica a través de fuerzas de rozamiento, uso de dextranómeros, mediante la irrigación a presión de la herida o la utilización de apósitos humedecidos que al secarse pasadas 4-6 horas se adhieren al tejido necrótico, pero también al sano, que es arrancado en su retirada.
- o Desbridamiento osmótico⁹: se consigue a través del intercambio de fluidos de distinta densidad, mediante la aplicación de apósitos de poliacrilato activados con soluciones hiperosmolares. Es un método selectivo, aunque su principal inconveniente es que requiere cambios de apósitos cada 12-24 horas.
- o Terapia larval: no es un tratamiento innovador, lleva utilizándose para el tratamiento de heridas infectadas desde los tiempos de la Primera Guerra

Mundial, sin embargo con la aparición de los antibióticos en los años 40 esta técnica cayó en desuso⁹.

En los últimos años se ha retomado su uso como alternativa para el desbridamiento de lesiones de diferente etiología. No se conocen efectos secundarios, ni alergias y reduce de manera importante la carga bacteriana¹².

Para esta práctica se usan larvas estériles de mosca (*Lucila Sericata*), es un método seguro incluso para aquellas lesiones que son de difícil abordaje con otros métodos. El exceso de exudado, la excesiva sequedad, la escara muy dura o el uso de algunos hidrogeles pueden debilitar o impedir la acción de esta terapia¹³.

2. Limpieza^(9,10,14)

Debemos limpiar las lesiones inicialmente y en cada cura, intentando hacer el mínimo de fuerza mecánica. No es aconsejable secar la herida, solo la zona periulceral, para así evitar los traumatismos por fricción. Debemos evitar el uso de materiales de limpieza rugosos, como gasa y esponjas, ya que los pequeños traumatismos en la úlcera son susceptibles a la infección y enlentecen la curación.

Debemos realizar la limpieza de la UPP aplicando suero fisiológico con la mínima fuerza mecánica que permita eliminar los restos, tanto orgánicos como inorgánicos, presentes en la herida. La presión que debemos utilizar en el lavado se consigue con una jeringa de 35 ml llena y con una aguja o catéter de 19 mm, que proyecta el suero fisiológico sobre la herida a una presión de 2 Kg/cm².

No debemos utilizar desinfectantes para limpiar el lecho de la herida ya que se sabe con certeza que son productos citotóxicos para el tejido sano, aunque debemos considerar la utilización de estos en casos en el que exista sobrecarga bacteriana o se va a realizar alguna técnica cruenta como toma de muestra para cultivo o desbridamiento cortante.

3. Abordaje de la infección^(9,14,15)

“La infección es la manifestación de desequilibrio entre el tejido y las bacterias en la cual, la balanza va a favor de las bacterias” (Robson, 1997).

Son varios los factores que influyen en ello:

- Relacionados con el paciente: déficit nutricional, obesidad, fármacos como inmunodepresores o citotóxicos, enfermedades concomitantes como diabetes o neoplasias, edad avanzada, etc.
- Relacionados con la UPP: estado, existencia de tejido necrótico, alteraciones circulatorias, etc.
- Relacionado con el germen causante de la infección: patogenia y virulencia.

Para que la UPP llegue a estar infectada, debe pasar antes por dos etapas.

- 1) UPP contaminada: esto se refiere a la presencia de bacterias en la superficie del lecho de la herida, esto no implica que la lesión esté infectada ya que se considera que toda UPP está contaminada por bacterias.
- 2) UPP colonizada: cuando en la superficie existen gérmenes contaminantes que se están multiplicando, sin producir infección.

Cuando los microorganismos que se reproducen en el lecho de la UPP invaden los tejidos vivos que rodean la lesión y producen alteraciones en los mismos, estamos hablando ya de que la UPP está infectada. Se considera como infección la presencia de 10^5 microorganismos por gramo de tejido. Aunque esto requiere de una pequeña puntualización, ya que es tanto o más importante tener en cuenta la virulencia del germen que produce la infección, que la cantidad del mismo presente en la UPP.

La aparición de infección implica una serie de repercusiones negativas:

- A nivel del paciente: debido a la infección existe un aumento de la mortalidad, así como de la estancia hospitalaria. La calidad de vida del paciente sufre un importante deterioro.
- A nivel de la UPP: se produce un retraso en el proceso de cicatrización.
- A nivel del sistema sanitario: es evidente el incremento del gasto que se produce.

❖ Diagnóstico de la infección

Para diagnosticar que existe infección en la UPP nos podemos basar en el criterio clínico y en la determinación bacteriológica. Un diagnóstico precoz de la infección sobre todo cuando hablamos de UPP que se encuentran en el estadio III y/o IV reduce el riesgo de complicaciones, mejorando su evolución.

o Criterio clínico:

Los signos típicos que se asocian a la presencia de infección son:

- Ascenso de la temperatura
- Eritema
- Edema
- Dolor

Sin embargo estos signos suelen estar siempre presentes en las UPP sin que haya infección, ya que se encuentran en un estado de inflamación crónica. Con lo cual necesitamos establecer nuevos que permitan alcanzar el diagnóstico de infección.

Resuelta esencial reconocer los cambios sutiles que se producen tanto en el paciente como en la herida. Para ello es necesario hacer una primera valoración de ambos, registro y posterior seguimiento, que nos permita observar los cambios que nos harán sospechar de la presencia de infección y, de este modo, instaurar lo antes posible el tratamiento.

• Cambios en la UPP:

- Aumento de la intensidad del dolor o cambio de la naturaleza del mismo.
- El eritema comienza a extenderse.
- El volumen de exudado aumenta.
- El olor se manifiesta o se hace nauseabundo, muy característico en la infección por pseudomonas.
- Los tejidos se hacen friables y sangran con facilidad.

- Tejidos hasta entonces viables se convierten en esfacelos.
- Dehiscencia de la herida, la cicatrización se interrumpe a pesar de las medidas terapéuticas oportunas.
- Presencia de celulitis.
- Cambios en el paciente:
 - Cambios de conducta.
 - Pérdida de apetito.
 - Aislamiento social.
 - Confusión.

o Determinación microbiológica:

El primer paso para el diagnóstico microbiológico empieza con la obtención de la muestra clínica adecuada. Para que las muestras enviadas se encuentren en condiciones óptimas debemos seguir una serie de medidas referentes al procedimiento de obtención, cantidad enviada y transporte rápido y adecuado al laboratorio.

Las principales técnicas que se utilizan para la obtención de exudado son las siguientes:

- Frotis, mediante hisopo:

Las muestras de líquido que se obtiene mediante el frotis de la herida no deben usarse para cultivo, ya que pueden detectar solo los contaminantes de la superficie y no el microorganismo que genera la infección, obteniéndose así un falso valor diagnóstico.

➤ Material:

- Suero fisiológico
- Jeringa y aguja estéril
- Hisopo con medio de transporte

➤ Ejecución:

- Retiramos el apósito de la lesión.
- Lavamos la herida con suero fisiológico.

- Secamos la herida con apósito estéril.
 - Rechazaremos el pus para el cultivo.
 - Utilizar el hisopo, girándolo con movimiento rotatorios y cambiando el sentido.
 - Recoger muestra en 10 puntos distintos en los bordes de la herida (en sentido de las agujas del reloj).
 - Colocar el hisopo dentro de un tubo con medio de transporte.
- Aspiración cutánea:

Es el método más sencillo y fiable de todos.

➤ Material:

- Gasas estériles.
- Povidona yodada al 10%
- Jeringa y aguja estéril IM (0.8x40).

➤ Ejecución:

- La punción se realiza a través de la piel íntegra de la piel periulceral, seleccionando el lado de la lesión con mayor presencia de tejido de granulación o ausencia de esfacelos.
- Limpiar de forma concéntrica esa zona de punción con alcohol etílico.
- Desinfectar la piel perilesional con Povidona yodada al 10%.
- Dejar secar al menos durante un minuto, permitiendo que el antiséptico haga efecto.
- Realizar una punción-aspiración con la jeringa y aguja, manteniendo una inclinación de 45° y aproximadamente al nivel de la pared de la lesión. El volumen óptimo de aspirado se establece entre 1 y 5 ml.
- En procesos no supurados, preparar la jeringa con $\frac{1}{2}$ ml de suero fisiológico y aspirar. Es importante anotar en la petición la cantidad de líquido añadido para facilitar el conteo posterior.
- Enviar la muestra con la misma jeringa que hemos utilizado para la obtención de la misma. Si sospechamos de la presencia de microorganismos anaerobios debemos eliminar el aire que exista dentro de la jeringa y taponar la misma con un tapón de goma o bien enviar la jeringa con la aguja encapuchada.

- La muestra debe mantenerse a temperatura ambiente y enviarla con la mayor celeridad posible.

- Biopsia tisular:

Es un procedimiento de elección y alta efectividad, pero restringido a la atención especializada.

Para la realización de esta técnica se tomarán muestras de tejidos por escisión quirúrgica de zonas que manifiesten signo de infección. Las muestras líquidas se obtendrán por aspiración con jeringa y aguja.

❖ Tratamiento de la infección

El objetivo de las estrategias de tratamiento de las UPP debe ser proporcionar las condiciones óptimas que promuevan una rápida cicatrización.

Cuando existen signos de infección local, en primer lugar debe intensificarse la limpieza y desbridamiento, realizando curas cada 12-24 horas y evitando la utilización de apósitos hidrocoloides. En los últimos años varios estudios alaban la utilización de apósitos de plata en malla de carbón. Las propiedades de la plata (antimicrobiano de amplio espectro y con escasa toxicidad) la convierten en la elección idónea como tratamiento coadyuvante a la limpieza y desbridamiento, a los que no sustituye sino que mejora su efectividad.

Si tras 2-4 semanas no existe mejoría y continúan los signos de infección local, en primer lugar debemos descartar la presencia de complicaciones como osteomielitis, celulitis o bacteriemia, e iniciar el tratamiento de la lesión con antibióticos tópicos como:

- sulfadiazina argéntica: efectiva frente a Gram+, Gram-, pseudomonas e incluso algunos hongos.
- Muciporina: eficaz con los Gram+ y algunos Gram- como proteus, escherichia coli y SARM.

- Ácido Fusídico: eficaz frente a gérmenes Gram+ generalmente colonizadores de la piel como estafilococos, estreptococos y SARM.
- Metronidazol: ha demostrado eficacia en la curación de las úlceras colonizadas por anaerobios.

El tratamiento con antibióticos tópicos debe tener una duración máxima de 2 semanas, transcurrido este tiempo y si no hay respuesta positiva, se volverán a realizar nuevos cultivos bacterianos para identificar el germen causante de la infección y plantear un tratamiento antibiótico sistémico específico, siempre bajo prescripción médica. En este momento debemos reevaluar tanto al paciente como la UPP.

❖ Complicaciones

- o Celulitis: aparece cuando la infección se extiende a la piel y el tejido subcutáneo adyacente a la herida. A nivel local se observa eritema, calor y dolor, pudiendo acompañarse de fiebre y en ocasiones puede existir linfangitis. El tratamiento de la celulitis se basa en la administración de antibiótico sistémico.
- o Osteomielitis: consiste en la infección del hueso adyacente. En ocasiones son pocas las manifestaciones clínicas tanto locales como a nivel sistémico. Por ello, el curso tórpido de una úlcera, así como la presencia de fiebre o febrícula de origen desconocido puede hacernos sospechar de la presencia de osteomielitis. Un factor de riesgo evidente son las úlceras en las que el hueso está expuesto, de ahí la contraindicación de desbridar las placas necróticas de los talones sin la presencia de signos de infección, ante la posibilidad de dejar el hueso calcáneo al descubierto. Al igual que en el caso anterior el tratamiento es mediante terapia antibiótica sistémica.
- o Bacteriemia: es la complicación sistémica más grave. Normalmente aparecen signos generales de sepsis como la fiebre, escalofríos, hipotensión y confusión mental. Ante la presencia de alguno de estos síntomas en un paciente con úlceras en estadio avanzado (III-IV) aunque no tengan signos de infección local,

debemos en primer lugar descartar otro posible foco de infección y realizar cultivos bacterianos de la herida, así como hemocultivos. Ante la sospecha clínica de bacteriemia debe iniciarse un tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro y ajustarlo según el resultado del antibiograma. Es posible que se produzca una bacteriemia transitoria tras un desbridamiento quirúrgico, de modo que en dependencia del estado del paciente debe valorarse la posibilidad de un tratamiento antibiótico previo a modo de profilaxis.

4. Dolor⁹

El dolor es un fenómeno complejo y subjetivo influenciado por varios factores. En el caso de las UPP puede existir un dolor de origen neuropático (piel más sensible al tacto, hormigueo, dolor repentino como descargas eléctricas...), sensación dolorosa ante el mínimo estímulo sensorial, dolor asociado a patologías subyacentes y dolor en el momento de retirada de apósito (dolor iatrogénico).

Se hace necesaria la evaluación del dolor que nos permita conocer su etiología, características e intensidad del mismo. Para ello podemos usar la Escala de Puntuación Verbal (EPV), donde el paciente puntúa su dolor del 0 (no hay dolor) al 10 (máximo dolor experimentado), debemos prestar mucha atención al lenguaje corporal y a la comunicación no verbal.

El dolor disminuye considerablemente la calidad de vida del paciente y es uno de nuestros objetivos proporcionar el tratamiento más efectivo para aliviarlo.

Desde el punto de vista farmacológico existe una escala de tratamiento del dolor adaptada al tratamiento de UPP, basándose en las recomendaciones de la OMS. En primer nivel se recomienda AINES +/- anestesia local que administraremos momentos antes de nuestra intervención. Según el grado de dolor iremos ascendiendo a niveles superiores de dicha escala (anexo 7).

También existen tratamientos no farmacológicos, como disminuir la ansiedad del paciente (hablar con él, realizar pausas durante la intervención, escuchar música...), evitar estímulos innecesarios sobre la herida (corrientes de aire, pinchazos, golpes...). La elección del apósito juega un papel importante a la hora de disminuir el dolor del

paciente, está demostrado que el uso de apósitos basados en la cura en ambiente húmedo disminuyen considerablemente el dolor frente a la tradicional “cura seca”, así como realizar la retirada del mismo de un modo cuidadoso.

5. Apósitos ^(9,11,14)

Los apósitos que usaremos deben estar basados en la cura en ambiente húmedo, cuya eficacia en el tratamiento de UPP frente a la cura seca ya fue demostrada en los años 60 gracias a los trabajos realizados por G. Winter y Maibach.

Un apósito ideal debe ser biocompatible, que proteja la lesión de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas, que mantenga el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca, debe eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante absorción, que deje la mínima cantidad de residuos en la lesión, que sea adaptable a las localizaciones difíciles, respetuoso con la piel perilesional y que sea de fácil aplicación y retirada.

Para la elección del apósito debemos valorar varios aspectos:

- Localización de la lesión
- Estado
- Severidad de la UPP
- Cantidad de exudado
- Presencia de tunelizaciones
- Estado de la piel perilesional
- Signos de infección
- Estado general del paciente
- Nivel asistencial y disponibilidad de recursos
- Coste-efectividad
- Facilidad de aplicación en contexto de autocuidados

Una vez hayamos elegido el producto que vamos a usar lo debemos aplicar excediendo al menos 3 cm del borde de la lesión. Para que no se formen abscesos o se “cierre en falso” será necesario rellenar parcialmente las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda. La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por su deterioro y las características específicas del producto seleccionado.

Algunos apósitos así como productos basados en la cura en ambiente húmedo pueden combinarse entre sí y de este modo mejorar su efectividad. Es necesario un mínimo de 2 semanas para comprobar la efectividad de un apósito de modo que no debe cambiarse por otro antes de ese tiempo.

Es necesario proteger la piel perilesional del exudado y las agresiones, como es el cambio de apósito, para ello es conveniente la utilización de películas de barrera cutánea no irritantes.

Para la elección del apósito en función del estadio de la UPP:

- UPP en estadio I: utilizar los apósitos hidrocoloides extrafinos que reducen la presión y la fricción.
- UPP en estadio II: si existe flictena se pinchará con asepsia y se vacía sin retirar la piel. Se pueden utilizar los mismos apósitos que en el estadio I.
- UPP en estadios III y IV:
 - ✓ Si hay material desvitalizado se utilizarán productos desbridantes como hidrogeles y encima se pondrá un apósito absorbente basado en la cura húmeda (hidrocoloides, poliuretanos).
 - ✓ Si tras limpiar la UPP vemos presencia de mal olor se aconseja utilizar apósitos de carbón activado.
 - ✓ En función de la cantidad de exudado se escogerá un apósito u otro según su capacidad de absorción. Si el exudado es abundante y la piel periulceral es frágil se pueden utilizar alginatos. Los alginatos pueden ser útiles en heridas con exudado hemorrágico por su poder hemostático.
 - ✓ Si hay colonización se puede utilizar un apósito con plata que tiene capacidad antibacteriana.
 - ✓ En caso de cavidades o fistulaciones son necesarios rellenarlas (por la mitad o tres cuartas partes) para evitar que las UPP cierren en falso.

❖ Apósitos más usados en la cura húmeda

ALGINATOS

Son altamente absorbentes y poseen propiedades desbridantes. Son apropiados para el tratamiento de heridas que presentan un nivel de exudado de moderado a alto. Reducen el mal olor de las lesiones.

Los alginatos no son adhesivos y necesitan un apósito secundario de fijación y se presentan en:

Láminas finas, cintas o tiras (para el relleno de cavidades) y en combinación con antimicrobianos¹⁸.

FOAM

- **HIDROPOLIMÉRICOS:** son apósitos adecuados para UPP que presentan un nivel de exudado moderado o alto. Posee un cuerpo de espuma de poliuretano que absorben el exudado, funciona bajo compresión y son muy adaptables. Reducen el dolor y el traumatismo antes, durante y después del cambio de apósito. No se adhiere al lecho húmedo de la herida, solo a la piel seca. Sellan los bordes de la herida y previenen del riesgo de maceración. Tienen un film posterior de poliuretano transpirable e impermeable que actúa de barrera frente a virus y bacterias¹⁸.
Son hipoalergénicos y pueden ser retirados y puestos de nuevo sin que pierdan sus propiedades de adherencia.
- **HIDROCAPILARES:** están indicados en el tratamiento de UPP con bajo nivel de exudado. Se pueden encontrar en versiones adhesivas o no adhesivas, son versátiles y flexibles en su uso, fáciles de colocar sobre superficies irregulares. Están formados por una almohadilla hidrocapilar súper absorbente, rodeada y cubierta por una película semipermeable que resiste al agua y protege frente a bacterias. La capa súper absorbente es capaz de absorber y retener grandes cantidades de exudado, reduciendo el riesgo de maceración¹⁸.

ANTIMICROBIANOS

- **APÓSITOS CON PLATA:** la plata se ha usado durante siglos para el tratamiento de muchas enfermedades, esta forma compuestos insolubles que interfieren con el funcionamiento normal de la célula, produciendo la muerte de la misma. La plata también altera la replicación celular bacteriana,

interrumpiendo la división de las cadenas de ADN, por lo que es un buen complemento para tratar heridas crónicas con la colonización bacteriana o carga bacteriana en aumento. La plata es un compuesto seguro, el riesgo de toxicidad y reacción cutánea es reducido. También es multifuncional, no solo actúa como antibacteriano, sino que también ayuda al control del mal olor y reduce la cantidad de exudado.

Este tipo de apósito proporciona un medio ambiente húmedo para la cicatrización, combina el efecto antimicrobiano con la capacidad de absorción del exudado y el control del mal olor. Es fácil de usar y muy cómodo para el paciente, podemos encontrarlo en forma de parche adhesivo, no adhesivo o en láminas de espuma¹⁸.

5.8. OTROS TRATAMIENTOS

Hasta el momento el tipo de cura al que hemos hecho mención es la cura húmeda, que es con creces el tratamiento más recomendado por todas las sociedades científicas en la actualidad (evidencia alta), pero no por ello es el único tratamiento posible¹⁵.

Algunas alternativas de tratamientos son:

- Tratamiento quirúrgico mediante injertos¹⁵:

Esta es una alternativa recomendada ante el fracaso de la cura húmeda. Precisa de un lecho limpio y buen tejido de granulación.

- Oxígeno hiperbárico¹⁶:

Este tipo de tratamiento se ha indicado para mejorar el suministro de oxígeno a las UPP y, por lo tanto, mejorar su cicatrización. El tratamiento con Oxígeno hiperbárico consiste en hacer que los pacientes respiren aire puro en una cámara especialmente diseñada.

- Terapia con larvas¹¹:

Las larvas esterilizadas de la mosca verde (*Lucila Seriata*) atacan al tejido necrótico de las heridas rompiéndolo y licuándolo, produciendo el desbridamiento de la misma. También reduce la tasa de infecciones.

- Terapia térmica¹⁵:

Consiste en calentar y humedecer la herida hasta alcanzar 38°, lo que produce un aumento de flujo sanguíneo en el lecho de la herida.

- Terapia VAC⁹:

La cura por vacío o terapia VAC consiste en la aplicación de una presión negativa en la herida a tratar. Con esto conseguimos eliminar el exudado, aumentar la vascularización y oxigenación e incrementar el número de mitosis y la neovascularización por el efecto de la succión. Al controlar el exudado disminuimos el riesgo de infección en la UPP. Todos estos efectos beneficiosos permiten una correcta cicatrización de la UPP.

Es una alternativa sencilla de aplicar, efectiva, con escasos efectos secundarios y que permite la posibilidad de un tratamiento ambulatorio.

6. CONCLUSIÓN

Tras realizar una exhaustiva revisión de documentos relacionados con la prevención y el cuidado de las úlceras por presión en personas adultas podemos sacar en claro varias ideas:

Las UPP son un problema de salud que afecta gravemente al paciente tanto física como psicológicamente, además de afectar a sus familiares y al sistema de salud por el gran coste que conlleva tratar las UPP. Por eso es esencial la prevención de esta afección en los pacientes adultos que nos encontremos con riesgo de padecerlas.

La numerosa información revisada de diferentes documentos técnicos y páginas web especializadas hace de nuestro trabajo una herramienta muy útil y eficaz a la hora de saber identificar personas con riesgo de desarrollar UPP.

Como hemos podido comprobar gracias a los documentos y estudios realizados, una valoración completa y bien hecha es muy importante para identificar a las personas en riesgo de padecer UPP, así como realizar una correcta valoración a la persona encargada de realizar los cuidados al paciente una vez que este abandone el área de salud. La utilización de escalas y tests para valorar al paciente y su cuidador principal nos ayuda a reforzar la valoración realizada.

Hemos encontrado numerosa documentación de publicación reciente y diversas páginas de asociaciones en los que se realiza el esfuerzo de mantener una información científica actualizada como son GNEAUPP y ulceras.net.

Hemos recogido toda la información sobre la prevención y cuidados de UPP en los últimos años, lo que hace de nuestro documento un instrumento de apoyo para la labor de los profesionales que lo necesiten.

En el campo de la prevención podemos concluir que las actividades que debemos realizar para evitar la aparición de UPP tendrán que ver con los aspectos de la movilidad, la higiene, la incontinencia, la nutrición, la iatrogenia, la protección de las zonas de riesgo y los cuidados generales del paciente. Según documentos técnicos revisados, la reducción de la presión, el alivio de la presión y la redistribución de la

presión son las características necesarias para evitar las UPP y estas características son las que nos ofrecen las superficies especiales que usamos para el manejo de la presión.

Como muchos estudios así lo acreditan, la unificación de criterios a la hora de actuar frente a las UPP, ya sea en la prevención como en los cuidados, es la base para que se lleve a cabo una buena labor.

Con la información recogida sobre técnicas de enfermería y distribución de recursos, nuestro documento ayuda a promover de manera adecuada la utilización de las técnicas enfermeras y a guiar al personal enfermero en la priorización a la hora de distribuir recursos.

Cuando aparece infección en la UPP debemos abordarla y tratarla con los antibióticos pertinentes lo antes posible, de este modo garantizaremos la eliminación de la infección y podemos continuar con el cuidado de la UPP hasta que este restablecida totalmente la piel.

Hemos recogido información sobre diversos materiales (Foam, apósitos de plata y alginatos) para el tratamiento y sus indicaciones, así como materiales para la prevención como pueden ser SEMP. Como muchos estudios coinciden en afirmar, a la hora de elegir apósitos tenemos que tener en cuenta que sea biocompatible, que proteja la lesión de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas, debe mantener el lecho de la úlcera húmedo y la piel circundante seca, que elimine y controle el exudado y el tejido necrótico mediante la absorción, que deje la menor cantidad de residuo en la UPP, que se adapte a la zona y que sea de fácil aplicación y retirada.

Para finalizar, debemos hacer hincapié en que cualquier otro tratamiento alternativo ofrecido en esta trabajo (tratamiento quirúrgico mediante injertos, oxígeno hiperbárico, terapia térmica, terapia larval y terapia VAC) nos ofrece total garantía de éxito, pero debemos hacer un paréntesis en la terapia larval, esta terapia es utilizada con mucho éxito en el extranjero y se hace raro ver que una terapia natural y efectiva como esta no haya sido acogida con éxito en España.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Caple C; Pravikoff D; Úlceras de presión: descripción general; California; Cinahl Information Systems, 2012.
- 2) Dirección de Enfermería, Unidad de Docencia, Calidad e investigación de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba; Revisión conceptual, Protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión; Córdoba: Dirección de enfermería; 2003.
- 3) European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: Quick References Guide; Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
- 4) Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados; Guía de prevención y cuidado de las úlceras por presión para personas cuidadoras; Junta de Andalucía; 2007.
- 5) Mesa Fernández E, Conde Anguita, MA, Moral Jimenez J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. (Revista en Internet) 2010 Ene-Feb. (fecha acceso); 7 (44): (aprox 7 pant) Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protabac4315102009102235.pdf
- 6) Pancorbo-Hidalgo, PL; García-Fernandez, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Blasco García, C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2009.
- 7) Servicio Andaluz de Salud; Guía práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión; Sevilla; Servicio Andaluz. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007.
- 8) Dirección de enfermería, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid; Protocolos de cuidados, Úlceras por presión; Comunidad de Madrid; 2005.
- 9) Blasco Gil, Silvia; Guía Clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión; (Guía clínica); Alcañiz; 2007.

- 10) Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003
- 11) Canet Bolado, Carmen; Lamalfa Díaz, Engracia; Mata Morante, Mar; Olóriz Rivas, Rosario; Pérez Nieto, Carmen; Sarabia Lavín, Raquel; Sevilla Zabaleta, Sonsoles ; Soto Guatti, Soledad; Manual de prevención y tratamiento de las úlceras por presión; Valdecilla; Dirección de enfermería, Área de formación y calidad; 2003.
- 12) Enfermeras de la zona noroeste de la Comunidad de Madrid; Protocolo de trabajo para la mejora de la Coordinación Socio Sanitaria y la Continuidad de Cuidados en la atención a las Heridas cutáneas crónicas. Grupo Henderson de Enfermería; Zona Noroeste de la comunidad de Madrid; 2012.
- 13) Delgado Fernández, Ramón; Pérez Vázquez, Ángeles; Rodríguez Iglesias, F. Javier; Carregal Raño, Luis; González Gutiérrez-Solana, Rosa; Souto Fernández, Estela ; García Moncada, Nieves ; Fontenla Devesa, Luis Manuel ; Ananín Fernández, Carmen; Manual de prevención e tratamiento de úlceras por presión (edición bilingüe); Santiago de Compostela; Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. SERGAS. División de Asistencia Sanitaria; 2005.
- 14) Muñoz Alonso, M^a del Carmen; Guía de úlceras por presión, Departamento 14; Xativa; Agencia valenciana de salut, Generalitat Valenciana. 2007
- 15) Hernández Vidal, Pedro Ángel; Fernández Marín, Carmen; Clement Imbernón, Joan; Lorente Tomás, Antonio; Hernández Abril, José Manuel; Flores Muñoz, Magdalena; Marcet Prieto, Marta; García Gilabert, Antonio; Urbano Pérez, Otilia; Soler Olmos, María Amparo; Úlceras por presión y heridas crónicas; Marina Baixa; Departamento de salud de la Marina Baixa, agencia valenciana de salut; 2007.
- 16) Kranke P, Bennett MH, Martyn- St James M, Schnabel A, Debus SE. Hyperbaric oxygen therapy for chronic wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 4. Art. No.: CD004123. DOI: 10.1002/14651858. CD004123.pub3.
- 17) Alba Rosales, María Adoración; Bellido Vallejo, José Carlos; Cárdenas Casanova, Verónica; Ibáñez Muñoz, José; López Márquez, Ana; Millán Cobo, Martín David; Fernández Salazar, Serafín; García Márquez, María Dolores; Garrido de Toro, Isabel María; Ramos Morcillo, Antonio Jesús; Ríos Ángeles,

- Ángeles; Rodríguez Torres, María del Carmen; Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén; Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 2012
- 18) Camacho García, Pedro F.; Rodríguez Martín, Lorena M^a; Protocolo de elección de apósitos en heridas crónicas y quemaduras para Mölnlycke Health Care. Heridas crónicas, proceso de cicatrización, diferenciación de úlceras vasculares. ITB. UPP y pie diabético; Madrid; Mölnlycke Health Care; Enero 2012
- 19) Dirección general de ordenación y asistencia sanitaria; Atención a la familia/ cuidador principal; Comunidad Valenciana; Subdirección general de atención a la cronicidad, salud mental y drogodependencias; 2011
- 20) Área de salud de Talavera de la Reina; Guía del cuidador informal en la consulta de enfermería; Gerencia de Atención Primaria en Talavera de la Reina, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM); Talavera de la Reina; 2004
- 21) www.prescripcionenfermera.com; [internet]; País Vasco; Apuntes de NANDA-NOC-NIC; 2014 [cited 2014 Abril 25] Available from: <http://prescripcionenfermera.com/apuntes/nanda-noc-nic>
- 22) NANDA Internacional. (2010). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2009-2011. Madrid: Elsevier.
- 23) Rodríguez-Palma M, López-Casanova P, García-Molina P, Ibars-Moncasi P. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2011.

8. ANEXOS

ANEXO 1: Escala Barthel



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo bragueros, corsé, etc) sin ayuda
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro



Micción - valorar la situación en la semana previa -

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitárselo sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha						
Puntuación Total						



AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – BARTHEL-

Bibliografía

- Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med J 1958; 51: 605-609.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65.
- Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 14-17.
- Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 145-154.
- Shah S, Vanday F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989; 42: 703-709.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 28: 32-40.

ANEXO 2: Escala Braden para la valoración de riesgo de úlceras por presión.

ESCALA BRADEN PARA LA VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

RIESGO ALTO con una puntuación < 13
RIESGO MODERADO con una puntuación de entre 13 y 14
RIESGO BAJO si < 75 años, puntuación 15-16
si > 75 años, puntuación de 15-18

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	1. COMPLETAMENTE LIMITADA. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrotándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo	2. MUY LIMITADA. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. LIGERAMENTE LIMITADA. Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de sus extremidades.	4. SIN LIMITACIONES. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad.	1. CONSTANTEMENTE HÚMEDA. La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A MENUDO HÚMEDA. La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez cada turno.	3. OCASIONALMENTE HÚMEDA. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. RARAMENTE HÚMEDA. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física.	1. ENCAMADO. Paciente constantemente encamado.	2. EN SILLA. Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. DEAMBULA OCASIONALMENTE. Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	4. SIN LIMITACIONES. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	1. COMPLETAMENTE INMÓVIL. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. MUY LIMITADA. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. LIGERAMENTE LIMITADA. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.	4. SIN LIMITACIONES. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos.	1. MUY POBRE. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. PROBABLEMENTE INADECUADA. Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o Reciba menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. ADECUADA. Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. EXCELENTE. Ingiere la mayor parte de cada comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. CONSTANTE FRICCIÓN. Requiere de moderada o máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación produce un roce casi constante.	2. FRICCIÓN OCASIONAL. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción y otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. NO HAY FRICCIÓN. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

ANEXO 3: Escala de riesgo de caídas múltiples.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MÚLTIPLES

Población diana: Población de 65 años o más en el ámbito comunitario. Se trata de una escala **heteroadministrada**. El ítem "caídas previas" se presenta cuando se han presentado caídas en los últimos 12 meses, el ítem "problemas visuales" se considera presente cuando la persona es capaz de reconocer una cara a cuatro metros de distancia, con gafas o lentillas si las usan, y el ítem "Limitación funcional" se considera presente cuando la persona manifiesta dificultades para realizar 2 de las siguientes actividades: subir escaleras, uso de vehículo propio o público, y/o cortarse las uñas de los pies. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 15 puntos. El punto de corte se sitúa en 7, donde 7 o más puntos indican un riesgo mayor de caídas múltiples.

Factores Predictivos	Valor	Puntos
Caídas previas	5	
Incontinencia urinaria	3	
Problemas visuales	4	
Limitación funcional	3	
PUNTUACIÓN TOTAL		

Bibliografía:

- Tromp AM et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. J Clinical Epidemiology 2001; 54: 837-844.
- Pendiente de validación en población española.

ANEXO 4: Escala de Glasgow

Manifestación	Reacción	Puntuación
Abre los ojos	Espontáneamente (los ojos abiertos no implica necesariamente conciencia de los hechos)	4
	Cuando se le habla	3
	Al dolor	2
	Nunca	1
Respuesta verbal	Orientado (en tiempo, persona, lugar)	5
	Lenguaje confuso (desorientado)	4
	Inapropiada (reniega, grita)	3
	Ruidos incomprensibles (quejidos, gemidos)	2
Respuesta motora	Obedece instrucciones	6
	Localiza el dolor (movimiento deliberado o intencional)	5
	Se retira (aleja el estímulo)	4
	Flexión anormal	3

<u>TCE leve</u>	Pérdida de conocimiento menor de 15 minutos y un GCS después de la resucitación inicial de 14-15
TCE moderado	Pérdida de conocimiento mayor de 15 minutos y un GCS después de la resucitación inicial de 9-12.
TCE grave	lesión con pérdida de conciencia por más de 6 horas y un GCS después de la resucitación inicial de 3-8.

ANEXO 5: Escala EMINA

ESCALA EMINA

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	<u>Orientado</u> Paciente orientado y consciente	<u>Completa</u> Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla	<u>No</u> Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no ha defecado en 24 horas	<u>Correcta</u> Toma la dieta completa, nutrición enteral o parenteral adecuada. Puede estar en ayunas hasta 3 días por prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o con dieta sin aporte proteico. Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	<u>Deambula</u> Autonomía completa para caminar
1	<u>Desorientado o apático o pasivo</u> Apático o pasivo o desorientado en el tiempo y en el espacio. (Capaz de responder a órdenes sencillas)	<u>Ligeramente limitada</u> Puede necesitar ayuda para cambiar de posición o reposo absoluto por prescripción médica	<u>Urinaria o fecal ocasional</u> Tiene incontinencia urinaria o fecal ocasional, o lleva colector urinario o cateterismo intermitente, o tratamiento evacuador controlado	<u>Ocasionalmente incompleta</u> Ocasionalmente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio.	<u>Deambula con ayuda</u> Deambula con ayuda ocasional (bastones, muletas, soporte humano, etc.)
2	<u>Letárgico o hipercinético</u> Letárgico (no responde órdenes) o hipercinético por agresividad o irritabilidad	<u>Limitación importante</u> Siempre necesita ayuda para cambiar de posición	<u>Urinaria o fecal habitual</u> Tiene incontinencia urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado	<u>Incompleta</u> Diariamente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	<u>Siempre precisa ayuda</u> Deambula siempre con ayuda (bastones, soporte humano, etc.)
3	<u>Comatoso</u> Inconsciente. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado	<u>Inmóvil</u> No se mueve en la cama ni en la silla	<u>Urinaria y fecal</u> Tiene ambas incontinencias o incontinencia fecal con deposiciones diarreas frecuentes	<u>No ingesta</u> Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 días y/o desnutrición previa. Albúmina y proteínas con valores inferiores a los estándares de laboratorio	<u>No deambula</u> Paciente que no deambula. Reposo absoluto

Sin riesgo: 0;

Riesgo bajo: 1-3;

Riesgo medio: 4-7;

Riesgo alto: 8-15

Ulceras.net

ANEXO 6: Escala Norton

TABLA PARA VALORAR EL RIESGO DE ULCERACION DE NORTON

	PUNTOS	OBSERVACIONES
NIVEL DE CONCIENCIA 0 - Despierto y orientado 1 - Desorientado 2 - Letárgico 3 - Comatoso		
INCONTINENCIA* 0 - No 1 - Ocasional 2 - Urinaria o fecal 3 - Urinaria y fecal		
ACTIVIDAD* 0 - Normal 1 - Camina con ayuda 2 - Se sienta con ayuda 3 - Postrado en la cama		
MOVILIDAD* 0 - Completa 1 - Limitación ligera (p. ej. artrosis) 2 - Limitación importante (p. ej. parapléjico) 3 - Inmóvil (p. ej. tetrapléjico, comatoso)		
NUTRICION 0 - Come de forma satisfactoria 1 - Ocasionalmente rechaza la comida 2 - No toma ninguna comida completa ni líquidos. Deshidratado 3 - No come. Alimentación parenteral solamente		
ASPECTO DE LA PIEL 0 - Normal 1 - Edema con fovea en una zona 2 - Eritema y descamación en una zona 3 - Todo lo anterior en más de una localización		
SENSIBILIDAD CUTANEA 0 - Presente 1 - Disminuida 2 - Ausente en extremidades 3 - Ausente		
TOTAL**		

* Se puntúa cada una de las variables de 0 a 3, otorgando una puntuación doble a las variables incontinencia, actividad y movilidad, por considerarlas factores de mayor riesgo.

** Si la suma de dichas puntuaciones resulta igual o superior a 12 se considera que el paciente presenta un elevado riesgo de ulceración.

NOTA: Sumar dos puntos por fiebre mayor de 38°C, cabecera elevada más de 30°, edad mayor de 70 años, sudación profusa, obesidad o diabetes.

ANEXO 7: Escalera de tratamiento del dolor según la OMS

ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS



ANEXO 8: Test de Pfeiffer.



Servicio Andaluz de Salud
 COMISIÓN DE SALUD

Nombre

Unidad/Centro

Fecha

Nº Historia

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? -preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Bibliografía

- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct;23(10):433-41
- Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. J Am Geriatr Soc 1987 May;35(5):412-6.
- Sano M, Mackell JA, Ponton M, Ferreira P, Wilson J, Pawluczyk S, Pfeiffer E, Thomas RG, Jin S, Schafer K, Schittini M, Grundman M, Ferris SH, Thal LJ. The Spanish Instrument Protocol: design and implementation of a study to evaluate treatment efficacy Instruments for Spanish-speaking patients with Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. Alzheimer Dis Assoc Disord 1997;11 Suppl 2:S57-64.
- Martínez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30;117(4):129-34.

ANEXO 9: test de Zarit

Cuestionario Zarit Burden Interview (ZBI) cuidador

Test autoadministrado

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Nunca = 0, rara vez = 1, algunas veces = 2, bastantes veces = 3, casi siempre = 4

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN TOTAL

Diagnóstico de sobrecarga > 44 puntos

ANEXO 10: Índice de esfuerzo del cuidador

Índice de esfuerzo del cuidador

Test heteroadministrado

Instrucciones para el profesional:

Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que cuidan a enfermos mucho tiempo. ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso?

1. Tiene trastornos de sueño (por ejemplo, porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	Sí	No
2. Es un inconveniente para usted (por ejemplo, porque la ayuda le consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar)	Sí	No
3. Representa un esfuerzo físico para usted (por ejemplo, hay que sentarlo, levantarlo de una silla)	Sí	No
4. Supone una restricción para usted (por ejemplo, porque ayudar le limita el tiempo libre o no puede hacer visitas)	Sí	No
5. Ha habido modificaciones en la familia (por ejemplo, porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	Sí	No
6. Ha habido cambios en los planes personales (por ejemplo, se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	Sí	No
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (por ejemplo, por parte de otros miembros de la familia)	Sí	No
8. Ha habido cambios emocionales (por ejemplo, causa de fuertes discusiones)	Sí	No
9. Algunos comportamientos son molestos (por ejemplo, la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)	Sí	No
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (por ejemplo es un persona diferente a la de antes)	Sí	No
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (por ejemplo, a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)	Sí	No
12. Es una carga económica	Sí	No
13. Nos ha desbordado totalmente (por ejemplo, por la preocupación por la persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento)	Sí	No

PUNTUACIÓN TOTAL

Diagnóstico de sobrecarga > 6 puntos

ANEXO 11: Test Goldberg de ansiedad-depresión

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (E.A.D.G)

Indicación: instrumento de cribaje para detectar la ansiedad y la depresión.

Codificación proceso: 300.00 Ansiedad, 311 Depresión (CIE9-MC).

Administración: Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

Interpretación: Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son ≥ 4 para la subescala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. el instrumento está diseñado para detectar "probables casos", no para diagnosticarlos

Propiedades psicométricas La escala global tiene una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 82 %. La subescala de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85,7 %), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (captó el 66 % de los pacientes con trastornos de ansiedad). La de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72 %), pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42 % de los trastornos depresivos).

Subescala de ansiedad	Si/No
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

≥ 4 : Ansiedad probable

Subescala de depresión	Si/No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de la preguntas anteriores, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN	

≥ 2 : Depresión probable

ANEXO 12: DUKE-UNC



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Unidad/Centro

Fecha

Nº Historia

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

<u>Instrucciones para el paciente:</u> En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					



CUESTIONARIO DUKE -UNC-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **autoadministrado**, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

Bibliografía

- Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care 1988; 26: 709-23.
- De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Aten Primaria, 1991; 8: 688-92.
- Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria, 1996; 18: 153-63.