

MANUAL DE CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA





Diseño y maquetación | Andrea Rodríguez López

Ilustraciones | Camilo López Rey

Publicación | Santiago de Compostela, 2023

Autoras

Mónica Rodríguez Castaño. *Enfermera Referente en heridas del Servicio Gallego de Salud*

Mª Ángeles Mera Cores. *Enfermera Referente en heridas del Servicio Gallego de Salud*

Ana Isabel Calvo Pérez. *Enfermera Referente en heridas del Servicio Gallego de Salud*

Revisor

Luis Arantón Areosa. *Enfermero Referente en heridas del Servicio Gallego de Salud*

Coordinación | Programa Úlceras Fóra. programa.ulceras.fora@sergas.es

MANUAL DE CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA

¿Qué son las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia? (LCRD)

Denominamos LCRD al daño que se produce en la piel y/o tejidos subyacentes en las personas con limitación o pérdida temporal o permanente de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial debido a la discapacidad, edad, proceso o enfermedad y que requieren de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Clasificación

LESIONES POR PRESIÓN (LPP) Y CIZALLA

LPP son las lesiones que se producen en la piel y /o en los tejidos subyacentes al estar sometidos a una presión mantenida en el tiempo.

Las lesiones por cizalla se forman cuando hay un deslizamiento y presión sobre los tejidos que hay entre la piel y el hueso.

LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD (LESCAH)

Lesiones superficiales en la piel causadas por la exposición prolongada a la humedad de orina, heces, sudoración, etc.

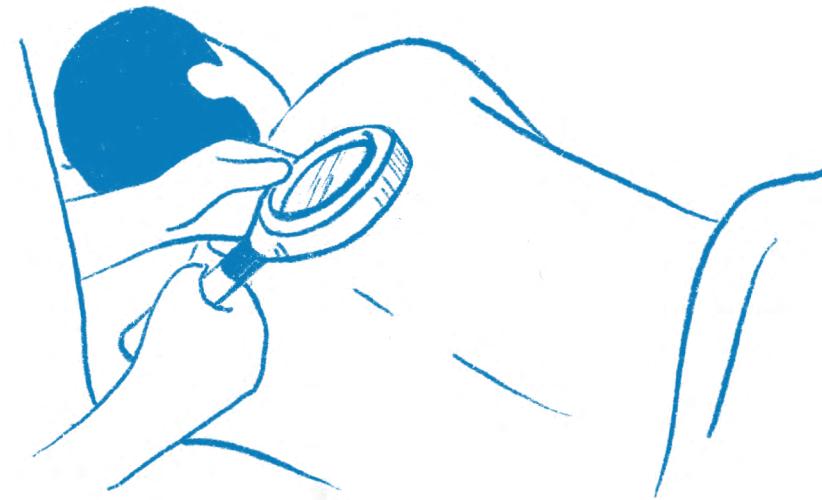
LESIONES POR FRICCIÓN

Lesiones superficiales en la piel provocadas por el rozamiento, en sentido contrario, entre la piel del paciente y otra superficie paralela en movimiento.

¿Cómo se puede ayudar a evitarlas?

En muchos casos las úlceras se pueden evitar, o al menos retrasar su aparición, siguiendo las siguientes recomendaciones generales:

- Examine la piel diariamente, aprovechando el aseo, buscando en las zonas de riesgo áreas enrojecidas, rozaduras o ampollas.
- Revise si hay alteración de la humedad de la piel, cambios en la textura, cambios en la temperatura en las zonas de riesgo (calor localizado), cambios de color (enrojecimiento), inflamación o hinchazón, grietas, dolor o picor.
- Si detectase alguna de estas alteraciones, aumente el número de cambios de posición y consulte a su enfermera/o.



VALORACIÓN DEL PACIENTE

Su enfermera/o del Centro de Salud utilizará una escala para la valoración del riesgo de LCRD. Con el resultado obtenido se aplicarán medidas específicas además de las detalladas a continuación.

Se debe de procurar un entorno adecuado para el paciente:

- ✓ Mantener temperatura y humedad adecuadas (19-21°C).
- ✓ Ventilación e iluminación suficiente.
- ✓ Ausencia de ruidos.

Y, en resumen, todo aquello que pueda contribuir a un ambiente agradable.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Para la prevención de LPP, cizalla, fricción y humedad es necesario tener en cuenta la movilidad del paciente, cambios posturales, Superficies Especiales de Manejo de la Presión (SEMP) y protección local.

Es fundamental seguir las siguientes recomendaciones:

CUIDADOS DE LA PIEL

- Mantener la piel hidratada, aplicando crema hidratante o ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), según le indique la enfermera/o.
- No realice masajes. Aplicar no es masajear.
- En la medida del posible no apoye al paciente sobre un enrojecimiento ni lesión/herida.
- Proteja la piel del exceso de humedad.
- Evite materiales sintéticos.
- Evite situaciones de fricción.



ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS

Es un tipo de aceite que mejora la hidratación y la renovación de la piel, evitando la sequedad y mejorando la resistencia de la piel al rozamiento.

MOVILIZACIÓN

La inmovilidad puede provocar

EN LA MUSCULATURA

Sin una correcta contracción y relajación muscular (movimiento) puede aparecer:

- Atrofia muscular (pérdida de fuerza).
- Merma del tono muscular.
- Contracturas.

EN LOS HUESOS

Sin los estímulos de compresión y descompresión que se producen, por ejemplo, al caminar, el hueso se debilita, lo que provoca pérdida de masa ósea y, por eso, aumentaría la probabilidad de producirse fracturas.

EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS

Riesgo de atrofia cardíaca, de disminución del retorno venoso, de aparición de trombos, de hipotensión ortostática
(mareo al levantarse)

EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS

Insomnio, desorientación, desmotivación...

EN EL APARATO DIGESTIVO

Facilita la falta de apetito y el estreñimiento.

EN EL SISTEMA RESPIRATORIO

Retención de las mucosidades aumentando el riesgo de infección.

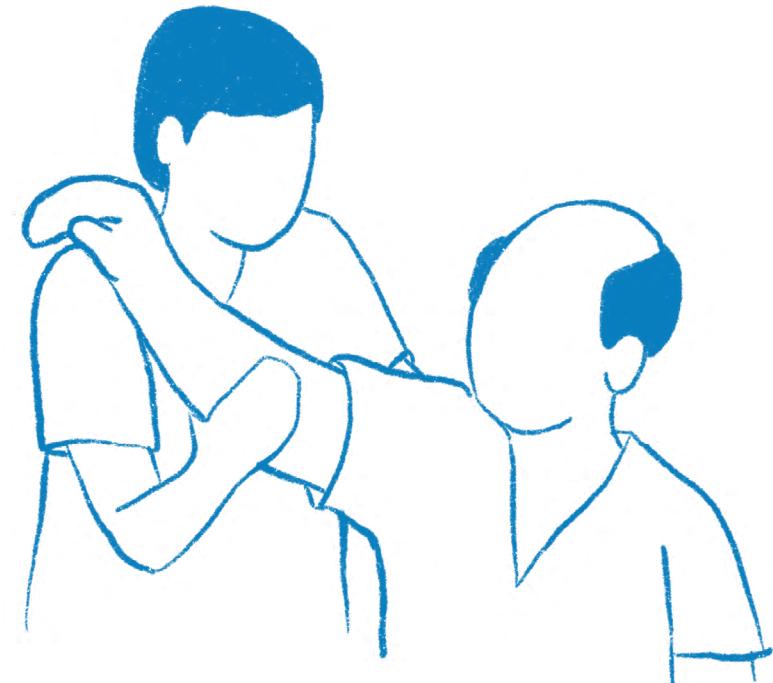
EN LA PIEL

Enrojecimiento, irritación y dolor, lo que conlleva un mayor riesgo de LPP.

La INMOVILIDAD es el factor de riesgo más importante en el desarrollo de LPP

EN PACIENTES COLABORADORES

- Invitar al paciente a movilizarse por sí mismo, de modo que a intervalos frecuentes redistribuya el peso y la presión (si está sentado, cada 15 minutos).
- Estimular la actividad del paciente ayudándole a participar en las actividades de la vida diaria (aseo, ir al cuarto de baño, comer por sí solo, ...) y animar a la deambulación, proporcionando dispositivos de ayuda si fuese preciso (andador, bastón) y fijando los dispositivos clínicos (sondas, drenajes,...) de modo que no dificulten sus movimientos.



SI EL PACIENTE NO COLABORA

Es necesario moverle las articulaciones al hacer los cambios posturales, por lo menos 3-4 veces al día y sin provocar dolor.

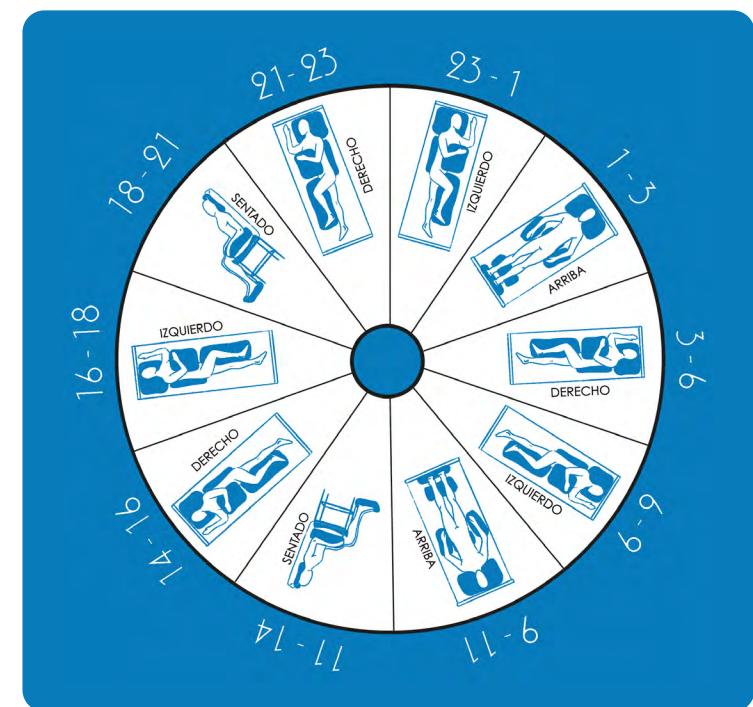
CAMBIOS POSTURALES

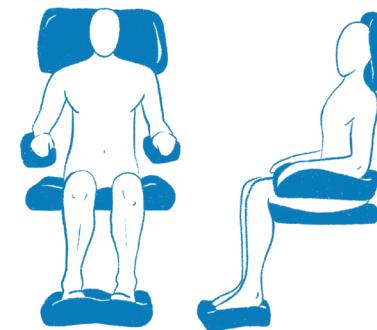
El cambio postural es la variación en la posición de un paciente en la cama, para evitar las complicaciones derivadas de la falta de movilidad. El objetivo es evitar o disminuir la presión sobre una misma zona y, con eso, evitar que se produzca una lesión.

- Si el paciente no puede cambiar de postura por sí solo, es necesario ayudarle.
- En pacientes encamados, se hará cada 2-3 horas, siguiendo un sistema de rotación programado como el que se indica a continuación.
- En pacientes sentados se hará cada hora y cada 15-20 minutos deberá descargar el peso de las nalgas realizando pequeñas elevaciones de un lado a otro.

PARA ESO, DEBEMOS DE TENER EN CUENTA LOS SIGUIENTES ASPECTOS

- ✓ Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- ✓ Evitar el arrastre: despegar el cuerpo de la superficie para eliminar la fricción.
- ✓ Evitar el contacto entre prominencias óseas, por ejemplo, entre las rodillas.
- ✓ No usar flotadores ni rodetes. No reparten la presión, sino que la concentran en la zona del cuerpo en la que apoya el rodillo, produciendo un efecto compresor e inflamación, lo que favorece la aparición de LPP.
- ✓ No incorporar o elevar la cabecera de la cama con más de 30° de inclinación.
- ✓ No situar al paciente de lado con una inclinación superior a los 30°.





EN DECÚBITO SUPINO

Cabeza con la cara arriba en posición neutra y recta, el cuerpo alineado con una posición relajada. Los brazos estirados y las piernas ligeramente flexionadas con las rodillas separadas evitando una hiperextensión. Los pies y las manos se colocarán en una posición funcional evitando que los talones se apoyen en un plano duro.

Las almohadas se colocarán:

- Bajo la cabeza y hombros.
- Bajo las pantorrillas (gemelos) evitando el apoyo y el roce de los talones, así como la hiperextensión de las rodillas.
- En la planta de los pies para evitar el pie equino.
- En la zona lumbar si el paciente presenta mucha curvatura en la espalda (lordosis).

EN DECÚBITO LATERAL

Cuerpo apoyado de lado, tanto derecho como izquierdo, alineado. Con la pierna inferior estirada y la pierna que queda en la parte superior, así como los brazos quedarán flexionados.

Las almohadas se colocarán:

- Debajo de la cabeza.
- En la espalda para evitar que el cuerpo se gire.
- Entre las piernas para elevar la pierna superior, evitando el apoyo sobre el plano duro y la rotación interna de la cadera.
- Bajo el brazo superior.

EN SEDESTACIÓN/SENTADA

Con la espalda apoyada en el respaldo, repartiendo el peso en las caderas, rodillas y pies en ángulo recto. Manos y pies en posición funcional y con los talones liberados de presión, sin que los pies cuelguen.

Para más información
haga click en los dibujos



SEMP = SUPERFICIES ESPECIALES PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN

Son dispositivos que permiten la redistribución de la presión y/o el alivio de la misma. La redistribución de la presión es la capacidad que presenta una superficie de apoyo para distribuir la carga en las zonas de contacto con el cuerpo humano.

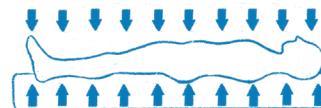
Pueden ser:

- **Colchones especiales:** Son superficies especiales de apoyo que nos ayudarán a manejar mejor las presiones según el estado del paciente.
- **Otros dispositivos:** cojines, almohadas, etc. que nos ayudarán a evitar la presión sobre zonas determinadas. Nunca usaremos protectores tipo flotador o anillo, pues concentran la presión en la zona de apoyo.



COLCHÓN CONVENCIONAL

La presión se concentra en 4 puntos, en los que hay mayor riesgo de lesiones por presión y cizalla.



SUPERFICIES ESTÁTICAS

(por ejemplo, colchón viscoelástico)

La presión se redistribuye por inmersión y adaptabilidad.



SUPERFICIES DINÁMICAS

Por las celdas alternantes, además de redistribuir la presión, se elimina por momentos (alivio de presión).

El uso de estos dispositivos no sustituye a los cambios posturales, pero pueden espaciarse.

MANEJO DE LA HUMEDAD

Para prevenir las lesiones por humedad es necesario

HIGIENE E HIDRATACIÓN DE LA PIEL

La piel debe permanecer limpia y seca en todo momento. Debe realizarse higiene diaria usando jabones o soluciones limpiadoras con bajo potencial irritativo y de pH neutro, aclarando, secando sin frotar y evitando la humedad, sobre todo en las zonas de pliegues.

En el mercado existen toallitas húmedas específicas.

Usar crema hidratante después del aseo, extendiéndola bien, y sin masajear. No emplear colonias, ni alcohol, ni talco, porque resecan la piel y favorecen la aparición de grietas.



EVITAR EL CONTACTO DE LA PIEL CON LA HUMEDAD

Tenga especial cuidado si el paciente tiene incontinencia, fiebre y/o sudoración.

En caso de incontinencia, la/el enfermera/o evaluará el uso de colectores o pañales absorbentes de manera personalizada según la talla y necesidad de absorción. Nunca se debe utilizar pañal doble porque aumenta el riesgo de aparición de lesiones y reduce la eficacia de los absorbentes.

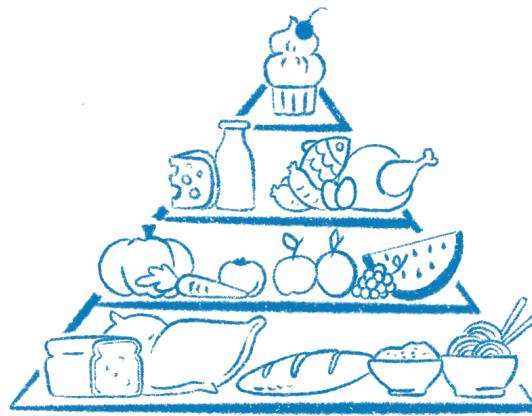
Usar ropa de tejidos naturales, algodón o hilo..., procurando que estén bien estiradas, limpias y secas, evitando los pliegues y arrugas.



USO DE PRODUCTOS BARRERA

La/el enfermera/o valorará el uso de productos específicos para las zonas de riesgo como productos barrera, tales como películas barreras cutánea no irritante (PBCNI) o una crema barrera (pomadas de óxido de zinc).

ALIMENTACIÓN



La alimentación ha de ser rica y variada, pensando en el enfermo y teniendo en cuenta sus gustos y preferencias, así como sus dificultades y limitaciones. Los alimentos deben estar a la temperatura adecuada. Comer sentado favorece la deglución.

Debemos proporcionarle diariamente proteínas (carnes, pescados, huevos, leche y derivados), minerales y vitaminas (frutas, hortalizas, verduras) y que beba diariamente por lo menos 1,5-2 litros de agua, zumos o infusiones (salvo contraindicación).

Las hortalizas, frutas y verduras, junto con los cereales integrales y el agua, evitan el estreñimiento.

Si el paciente tiene dificultad para tragar, pueden añadirse espesantes a los líquidos.

Si el enfermo no puede tomar una dieta adecuada, existe la posibilidad de utilizar suplementos nutricionales que le indicará su enfermera/o o médica/o.

Con ayuda de su enfermera/o y/o médica/o se ajustará el tipo de alimentación adecuada para el estado de salud y situación personal del paciente.

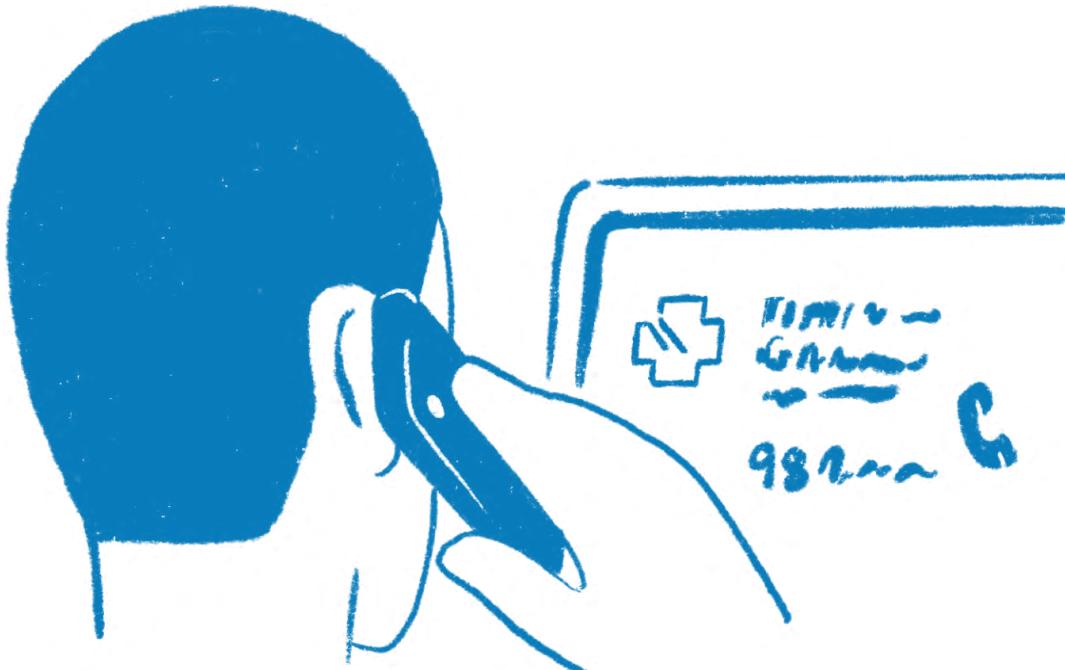


Existen productos de apoyo que facilitan el mantenimiento de la autonomía tanto para la preparación de alimentos (cortadores, trituradores, loncheadores...), para servir los alimentos (jarras...), como de comer y beber de forma autónoma (cubiertos adaptados, tazas con dos asas y ligeramente inclinadas, platos inclinados y con reborde...).

¿QUÉ HACER SI APARECEN LESIONES?

Póngase en contacto con la enfermera/o del centro de salud, el cual realizará la valoración del paciente y de la lesión, establecerá un plan de cuidados, aclarará dudas y educará al cuidador o cuidadores.

Una vez instaurados los cuidados y la realización de la cura, se debe avisar a la enfermera/o ante la aparición de:



- Cambio en el olor.
- Si el apósito está arrugado, despegado o pierde líquido.
- Fiebre.
- Aumento de dolor en la herida.
- Inflamación o enrojecimiento alrededor de la herida.

Cuidarse para cuidar

Podemos definir como cuidadora aquella persona que sin tener una formación específica y sin recibir remuneración económica lleva a cabo las tareas de cuidado de una persona dependiente.

El papel de la/el cuidadora/or es fundamental para la realización de los cuidados de la persona dependiente ya que habitualmente no se puede disponer de un profesional las 24h.



La persona que cuida necesita tener un profesional de apoyo a quien recurrir en los momentos difíciles o de dudas y esta figura recae en el personal de enfermería.

Es frecuente que los cuidadores se sientan desbordados, ya que dejan de lado su vida normal para dedicarse a la tarea del cuidado. Deben pedir ayuda cuando aparecen los siguientes signos y síntomas de alarma:

- Ansiedad.
- Cansancio permanente.
- Tristeza.
- Falta o exceso de sueño.
- Irritabilidad.
- Sentimiento de culpabilidad.
- Pérdida o exceso de apetito.
- Falta de cuidado personal.
- Aislamiento social y soledad.

COMO PREVENIR LA SOBRECARGA

- ✓ Acepte toda la ayuda que tenga disponible y admita que tiene derecho a cometer errores y a no culpabilizarse por eso.
- ✓ Comparta el cuidado con otras personas siempre que sea posible y busque ayuda en los familiares, los amigos, los servicios de la administración pública o los servicios privados.
- ✓ Es importante que reserve tiempo para su propia preparación física y psíquica.
- ✓ Dedique más tiempo a sí mismo haciendo cosas que le gusten como leer, escuchar música, pasear, descansar o practicar relajación.
- ✓ Preste atención a sus necesidades y cuide de su salud: dormir 8 horas, hacer ejercicio físico con regularidad, evitar el aislamiento...
- ✓ Organice el tiempo, planifique los cuidados y reparta las tareas.
- ✓ Mantenga el contacto con sus amigos y cuide las relaciones familiares con la pareja, los hijos, etc.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Souto Fernández E. M., Calvo Pérez A. I., Rodríguez Iglesias F. J.; *Guía práctica de úlceras por presión. Guía nº 1.* En: Rumbo Prieto J. M., Raña Lama C. D., Cimadevila Álvarez M. B., Calvo Pérez A. I., Fernández Segade J., editores. Colección de Guías Prácticas de Feridas do Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde; 2017
- Rumbo Prieto J.M., Arantón Areosa L., López de los Reyes R., Vives Rodríguez E. *Guía práctica de lesións cutáneas asociadas á humidade. Guía n.º 7.* En: Rumbo Prieto J.M., Raña Lama C.D., Cimadevila Álvarez M.B., Calvo Pérez A.I., Fernández Segade J., editores. Colección de guías prácticas de feridas do Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde; 2017.
- Martínez Pizarro, S. *Síndrome del cuidador quemado.* Revista clínica de medicina de familia 13.1 (2020): 97-100.
- Bremer P, et al. *Informal dementia care: Consequences for caregivers health and health care use in 8 European countries.* Health Policy 119.11; 2015: 1459-1471
- Hernández NE, Moreno CM, Barragán JA. *Necesidades de cuidado de la díada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería.* Rev Cuid. 2014; 5(2): 748-56.
- García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodriguez-Palma M, Torra i Bou JE. *Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia.* Serie Documentos Técnicos GNEAUPP Nº II. 3^a edición: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2021.
- Delgado Fernández R, Pérez Vázquez, Rodríguez Iglesias Fj, Carregal Raño L, González Gutiérrez-Solana R, Souto Fernández E, García Moncadan, Fontenla Devesa LM, Ananín Fernández MC; *Manual de prevención e tratamiento de úlceras por presión.* Edita: Xunta de Galicia; 2006
- González F, Graz A, Pitiot D, Podestá J. *Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas.* Revista del Hospital J.M. Ramos Mejias 2004; 9 (4): 1-22.
- Mangini S. *Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento.* Rev Lat Am Enfermagem. 2004; 12(1): 115-121



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE