

2. Importancia de la Atención Primaria en el seguimiento, manejo y tratamiento de las úlceras por presión en pacientes con movilidad reducida y/o síndrome de inmovilidad

Elena Mediavilla Álvarez

Graduada en Enfermería. Asturias.

Fecha recepción: 05.04.2021

Fecha aceptación: 30.04.2021

RESUMEN

Durante la primera definición establecida en la Declaración del Alma-Ata en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud convocada por la Organización Mundial de la Salud en 1978, en la que se nombraba a la Atención Primaria como la responsable de realizar una serie de acciones de salud pública en cuanto al diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, la Atención Primaria se ha considerado el mejor mecanismo para proveer una mejora en la salud de la población.

Como cabe de esperar, a lo largo de estos años ha ido realizando modificaciones hasta tener la Atención Primaria que conocemos hoy en día. El personal de enfermería es un importante eslabón en el cuidado y la prevención de lesiones cutáneas, ya que la piel es el principal mecanismo (primera línea) de defensa que tiene el organismo contra el medio externo. Cuando debido a determinadas circunstancias, de las cuales resaltaremos la inmovilidad en los pacientes, en las que se produce un deterioro o ruptura de la integridad cutánea, surgen como consecuencia las úlceras por presión. Debido a que estos cuidados requieren un plan individualizado de cuidados, la enfermería de Atención Primaria deberá realizar una evaluación de las mismas y pauta de tratamiento y cuidados para conseguir controlar los factores externos, y así junto con ayuda del paciente y cuidadores, prevenir o curar estas lesiones. Es importante la implicación de todos los agentes y que actuarán en el cuidado de la persona en riesgo de padecer úlceras por presión.

En este trabajo realizaremos una definición de los términos principales y en los cuales está centrado este trabajo, y no nos olvidaremos del tratamiento de las patologías asociadas y la importancia del equipo de Atención Primaria para la mejora del estado de salud.

Palabras clave: Atención primaria, AP, inmovilidad, movilidad reducida, síndrome burnout, síndrome del cuidador, sistema sanitario, úlceras por presión, UPP.

ABSTRACT

During the first definition set forth in the Declaration of the Alma-Ata at the International Conference on Primary Health Care convened by the World Health Organization in 1978, in which the Primary Health Care was appointed responsible for carrying out a series of public health actions in terms of diagnosis, prevention, cure and rehabilitation, Primary Care has been considered the best mechanism to provide an improvement in the health of the population.

As can be expected, over the years it has made changes to have the Primary Care that we know today. The nursing staff is an important link in the care and prevention of skin lesions, since the skin is the main mechanism (first line) of defense that the organism has against the external environment.

When due to certain circumstances, from which we highlight immobility in patients, in which a deterioration or rupture of the skin integrity occurs, pressure ulcers arise as a consequence. Because these care require an individualized plan of care, the Primary Care Nursing should perform an evaluation of the same and pattern of treatment and care to manage to control the external factors, and thus together with the help of the patient and caregivers, prevent or cure these injuries. It is important to involve all agents and they will act in the care of the person at risk of suffering from pressure ulcers.

In this work we will define the main terms on which this work is focused, and we will not forget the treatment of associated pathologies and the importance of the Primary Care team for the improvement of health status.

Keywords: Primary care, PA, immobility, reduced mobility, burnout syndrome, caregiver syndrome, healthcare system, pressure ulcers, UPP.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la atención primaria (AP) como el núcleo del sistema de salud de un país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad que se esté estudiando. Corresponde por tanto a la asistencia sanitaria esencial y accesible para todos aquellos individuos y familias que forman parte de una comunidad, teniendo en cuenta los medios disponibles para ellos, su participación y el costo asequible para la comunidad y el país correspondiente (1).

La Atención Primaria aborda las cuestiones de salud y bienestar tanto físicos, mentales como sociales de una forma global e interrelacionada entre los individuos de una misma comunidad (2).

La AP es la responsable de satisfacer las necesidades sanitarias a lo largo de la vida del individuo, y no únicamente ante una enfermedad a lo largo de su vida. Se interpreta

que es la responsable de velar por que todos los individuos reciban un tratamiento integral desde la promoción de la salud (Educación Para la Salud – EPS) y la prevención de enfermedades, hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, de una forma socialmente justa y equitativa (2). De esta manera se estaría reconociendo el derecho fundamental tratado en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (3).

Históricamente hablando, el concepto de la AP se ha reinterpretado y redefinido en multitud de ocasiones. Bien es cierto que tampoco se puede de datar cronológicamente la aparición exacta de la AP, ya que surgió a modo de realizar estrategias para mejorar la situación sociosanitaria del momento, aunque si se conocen fechas clave en el desarrollo de la misma.

Precursora de la AP, nos encontramos con la Salud Pública la cual estudiaremos con los eventos más señalados a lo largo de la historia con el fin de ayudarnos a establecer los componentes finales de la AP en la actualidad:

Salud pública a lo largo de la historia (4)

• *Edad Media:*

- Influencia principal de la sociedad: Cristianismo.
- Durante esta época a consecuencia de los movimientos migratorios de las civilizaciones (migración a la meca, las cruzadas, las líneas de comercio...) aparecen las primeras epidemias registradas: la lepra y la peste.
- Destacan como principales cuidadores y responsables de salud las diaconisas (Febe) y las órdenes religiosas.
- Nacimiento de las primeras medidas de aislamiento y por tanto nacimiento de la Salud Pública.

• *Revolución Industrial:*

- Se producen grandes cambios en la sociedad: aumentan en este caso las migraciones por zonas. Al aparecer la industrialización, los trabajadores abandonan progresivamente el trabajo en el campo hacia la ciudad.
- Existe un empeoramiento en general de la salud de la población: Aparecen las enfermedades ocupacionales, aumentan de las enfermedades infecciosas, accidentes laborales, problemas en la salud mental etc.
- Se mantienen los cuidados a cargo de las órdenes religiosas y aparece la figura de las enfermeras visitadoras.
- *El Informe de Chadwick:* el conocido como Movimiento Sanitarista. Este informe relacionaba la pobreza de un sociedad/ciudad/país con la prevalencia de las enfermedades. De esta manera se recomendaba la interven-

ción del Estado para establecer unas ordenes mantenidas que fomentasen la salud en la comunidad:

- » *Saneamiento*
- » *Protección maternal*
- » *Organización sanitaria*

– Aparecen las escuelas de enfermería y la medicina orientada a los problemas ambientales.

– Informe de Lemuel Shattuck – Nacimiento de la Salud Pública en EEUU (1850): en este informe se realizó principal hincapié en las recomendaciones al Estado sobre:

- » *Creación de Departamentos de Salud Pública*
- » *Inmunizaciones y educación sanitaria*
- » *Saneamiento ambiental*

• *Siglo XIX:*

– William Rathbone (1859) aparece como figura importante en el siglo XIX junto con el nacimiento del Servicio de Enfermería del Distrito:

- » Primera escuela de enfermeras de Salud Pública (1862)
- » Primeros documentos escritos sobre Enfermería de Salud Pública (1861)

– *Florence Nightingale:* figura más ilustre de la enfermería responsable de la propuesta y mejora del Programa de formación “HealthNursing” cuyas funciones principales irían dirigidas al:

- » Saneamiento
- » Cuidados de salud a los niños y adultos
- » Educación para la Salud (EpS).

• *Siglo XX: Considerada la “Era terapéutica”:*

– Se descubre la Historia Natural de las Enfermedades:

- » Vacunas, sulfamidas, antibióticos... etc.

– Los mecanismos de transmisión de las enfermedades y la mortalidad se reducen.

– La Salud Pública se debilita y se produce un hincapié en la salud individual y en los servicios médicos.

– Tras la postguerra en 1946 se establece una nueva definición de “Salud”. Las clases sociales exigen unas mejores condiciones de vida y un reparto más igualitario y justo de la riqueza. A esto se le añade la reivindicación de los sistemas de salud basados en el reconocimiento del derecho a la salud y a la cobertura universal (alimentación, vivencia, empleo, energía transporte y ambiente). Hay un nuevo pacto social que se llamará Estado de Bienestar Social (5).

• *Nuevo planteamiento de la Salud Pública desde los años 70 hasta nuestra actualidad:*

- *Conferencia de Alma Ata (1978)*: el 12 de septiembre de 1978 se enuncia por primera vez el término "Atención Primaria de Salud". Esta conferencia surge como expresión de la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, los profesionales sanitarios, los implicados en el desarrollo y la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo (5, 6).

Como ya se ha mencionado con anterioridad, el concepto de AP se ha interpretado de varias formas a lo largo del tiempo (2):

1. Atención primaria como la prestación de servicios de asistencia sanitaria personal ambulatoria o de primer nivel.
2. Atención primaria o atención primaria selectiva como el conjunto de intervenciones sanitarias prioritarias para las poblaciones de ingresos bajos.
3. Atención primaria como componente esencial del desarrollo humano, especialmente en los aspectos económicos, sociales y políticos.

Atención primaria en España

De la misma manera que hubo reformas socio-sanitarias en todo el mundo, en España la sanidad española se fue remodelando con los años hasta ser el sistema actual de salud que todos conocemos hoy en día (7, 8).

Principales etapas evolutivas del sistema sanitario del Estado Español:

- 1855-1904:
 - Creación de la Primera Ley de Sanidad en 1855 basada en el ejercicio de los médicos en donde cada individuo de una comunidad es responsable de su propia salud.
 - Creación de estructuras asistenciales para atender a personas con bajos ingresos y recursos, y mejora en el programa de higiene pública, dependientes del Ministerio de Gobernación.
 - Creación de la Dirección General de Sanidad tras la publicación de la Instrucción General de Sanidad Pública en 1904.
- II República:
 - Estructura dual de abordaje de la salud: la asistencia sanitaria se divide en sistema de beneficencia pública (el cual iba dirigido a la gente sin recursos) y luego por otro lado el sistema privado de coberturas mutuales o seguros de población (para gente con recursos).
 - Problema en la salud pública con el abordaje de las epidemias, control de enfermedades...
- Dictadura:
 - Ley del 14 de Diciembre de 1942: Creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) para trabajadores bajo las teorías del modelo Bismarkiano de Seguridad Social.

- La Sanidad Pública se ve reforzada por medio de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional en 1944 en la que se crean los Cuerpos de funcionamiento técnicos del Estado a servicio de la Sanidad (médicos, farmacéuticos, practicantes, veterinarios, matronas, tocólogos y odontólogos).

- Creación de los "partidos sanitarios" en donde se realizan funciones de sanidad pública y asistencia de la población (aquí se incluye también la beneficencia pública).

- 1960 - 1970:

- Desarrollo científico técnico: hegemonía biomédica.
- Aumento en la formación universitaria de los profesionales sanitarios, formación de los postgraduados MIR. Se produce también la expansión de la red de la atención especializada en los hospitales.
- Aparición de movimientos sociales por la democracia y las mejoras en la calidad de vida.

- 1978-1986:

- Constitución de 1978: se recogen los derechos fundamentales de los ciudadanos, incluyendo el derecho a la protección de la salud.
- Entre los 80 y los 90:
 - » Consolidación de la democracia parlamentaria, ayuntamientos y estados de Autonomías.
 - » Creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (1978).
 - » Apertura de los centros municipales de salud (1979-80).
 - » Real Decreto 137/1984 de 11 Enero: estructuras de salud
 - » Trasferencia de las competencias de Sanidad e Higiene a las CC.AA (1984).
 - » Aprobación de la Ley de Sanidad de 1986 (SNS).
 - » Incorporación de España a la Comunidad Económica Europea en 1986.

- 1990 - 2000 en adelante:

- Informe Abril Martorell en 1991.
- Ley de 15/97 de las nuevas formas de gestión del SNS potenciando la colaboración entre el sector Público y Privado.
- Finalización del proceso de descentralización de las competencias sanitarias en 2002.
- Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad de SNS.
- Programa de Estabilidad 2011-2014 con recortes presupuestarios en inversión sanitaria y aplicación de las medidas dictadas por la UE.
- Real Decreto Ley 16/2012 cambio en el modelo de aseguramiento sanitario.

OBJETIVOS

Los objetivos de nuestro trabajo serán:

- Dar a conocer la importancia de la creación de un vínculo en la buena praxis de enfermería en cuanto a la colaboración y comunicación entre profesionales de atención primaria y atención especializada para el manejo de las úlceras por presión.
- Exponer, clasificar e informar sobre las úlceras por presión como problema o problema potencial en los pacientes con movilidad reducida.
- Ofrecer una guía de pautas de tratamiento de las úlceras y/o heridas crónicas que se pueden presentar en los pacientes con movilidad reducida.
- Informar sobre la importancia de incluir a la familia o a los cuidadores de los pacientes con movilidad reducida para el aprendizaje y la colaboración de los mismos, en el manejo de las patologías por úlceras por presión.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se llevó a cabo una búsqueda de información en múltiples bases de datos como Medline, The Cochrane Library, PubMed, Google Académico, o SciELO. A su vez, también se realizó una búsqueda de información en revistas, páginas web, asociaciones relacionadas con úlceras por presión y apoyo al rol del cuidador, y libros sobre dichos temas, teniendo en cuenta el rango de antigüedad bibliográfica de los mismos de aproximadamente 5 años. A su vez se tomamos como posibilidad la incursión de un sesgo de información ya que en algunos documentos se superaba dicho periodo temporal.

- *Criterios de inclusión:* información adquirida en artículos o páginas web con antigüedad menor a cinco años.
- *Criterios de exclusión:* descartar información de las páginas web cuya actualización fuese superior a los 5 años. Se estableció un filtro de idioma para realizar la búsqueda de artículos en inglés, español y portugués.

Esta revisión bibliográfica se llevó a cabo en una cronología de 6 meses comenzando en el 10 de febrero de 2020 hasta su fin el 30 de agosto 2020.

Como total de búsqueda bibliográfica se consideraron 74 citas bibliográficas para la composición de este trabajo.

- Artículos utilizados en el trabajo y encontrados en buscadores médicos: (n = 11)
- Artículos utilizado en el trabajo y encontrado en Google Académico: (n = 18)
- Artículos eliminados tras excluir duplicados: (n = 9)
- Artículos totales utilizados en el trabajo (n = 20)
- Citas bibliográficas totales utilizadas en el trabajo: (n = 37)
 - Resto de las citas mencionadas corresponden a monografías de páginas web, libros y guías públicas.

Palabras clave: Atención primaria, AP, inmovilidad, movilidad reducida, síndrome burnout, síndrome del cuidador, sistema sanitario, úlceras por presión, UPP.

DESARROLLO

Importancia de la Atención Primaria

La OMS razona la importancia de reforzar la AP y situarla en el epicentro de las medidas de mejora de la salud y bienestar de los habitantes de un país basándose en dos premisas (2):

- Nuestro mundo está en continua evolución: La AP juega un papel muy importante ya que reúne las condiciones adecuadas para responder y tratar los cambios económicos, tecnológicos y demográficos de una población que, indirectamente, repercuten en la salud y en el bienestar de los ciudadanos. Se debería de tratar a las personas y a las propias comunidades como vehículo de producción de salud y bienestar. Un ejemplo de ello es la reducción en la mortalidad infantil durante los periodos de 1990-2010 debido a la mejora en cuanto al saneamiento de las aguas, la educación y el crecimiento económico del país (disminuyendo el hambre, las enfermedades...).
- A mayor calidad de servicios de AP, menores costos totales en Sanidad: No cabe duda que la AP es el primer contacto con la asistencia sanitaria. Se demuestra por tanto que es una forma eficiente y eficaz para abordar y tratar las principales causas y riesgos de padecer enfermedades, así como de prevenir de los problemas futuros. Podemos decir por tanto que se trata de una inversión rentable, puesto que si se ofrece una AP de calidad, se produce una bajada de los costos totales en sanidad ya que disminuirían los ingresos hospitalarios. Reforzar los centros de salud de la comunidad sería una medida coherente para fomentar el bienestar y la salud de los consumidores del sistema sanitario.

Comunicación entre atención especializada y atención primaria

Es importante que para hacernos una idea de la importancia que tiene la colaboración, comunicación y actuación conjunta entre la enfermería y medicina de atención especializada con la AP, definamos este nuevo término:

La atención especializada además de conformar las actividades asistenciales, diagnosticas, terapéuticas, rehabilitación y cuidados, también comprende las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad en dicho nivel. El orden por tanto de la atención integral de un paciente debe de ser, una vez mermadas las posibilidades de AP, el paciente es remitido a los servicios del hospital puesto que o por razones de urgencia o riesgo vital, o por patologías especializadas, pueda necesitar medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario (9).

Dicho esto, si nos centramos en la visión del paciente, la coordinación entre AP y atención especializada se vuelve un elemento imprescindible para la mejoría de este.

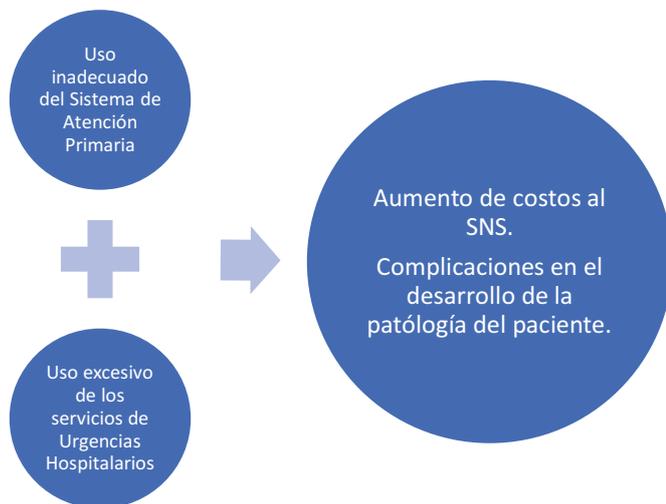


Figura 1. Problemas en cuanto al uso del SNS. Fuente: elaboración propia.

En este caso los problemas del paciente se resuelven en el nivel asistencial apropiado acorde a los medios que vaya a necesitar. Esto se traduce como un aumento en el nivel de calidad profesional (10, 11).

Una correcta coordinación entre ambos niveles de atención proporcionaría una mejoría en cuanto a cuidados. Si se consigue un buen control de las patologías por parte de AP habrá menor número de ingresos en los hospitales. En un estado idílico de salud, la asistencia en los hospitales correspondería a los ingresos por agudizaciones de una enfermedad, es decir serían las denominadas “patologías agudas”. Pero esta situación no es solo importante a nivel de ingresos, también durante el alta de los pacientes, muchos

de ellos dependen de continuar sus cuidados por parte de los profesionales de enfermería de AP. Una correcta comunicación entre ambos niveles producirían una mejora en cuanto a la recuperación y a la confianza del paciente en el sistema sanitario ya que muchos de los paciente se sienten desamparados una vez finaliza su ingreso y por tanto el cese de sus cuidados.

AP y los hospitales deben establecer un plan de coordinación de interniveles donde quedan reflejados los distintos aspectos de coordinación asistencial, docente y administrativa. De esta manera se desarrollan actividades que garantizan la continuidad de los tratamientos y los cuidados en el domicilio tras el alta en el hospital (11).

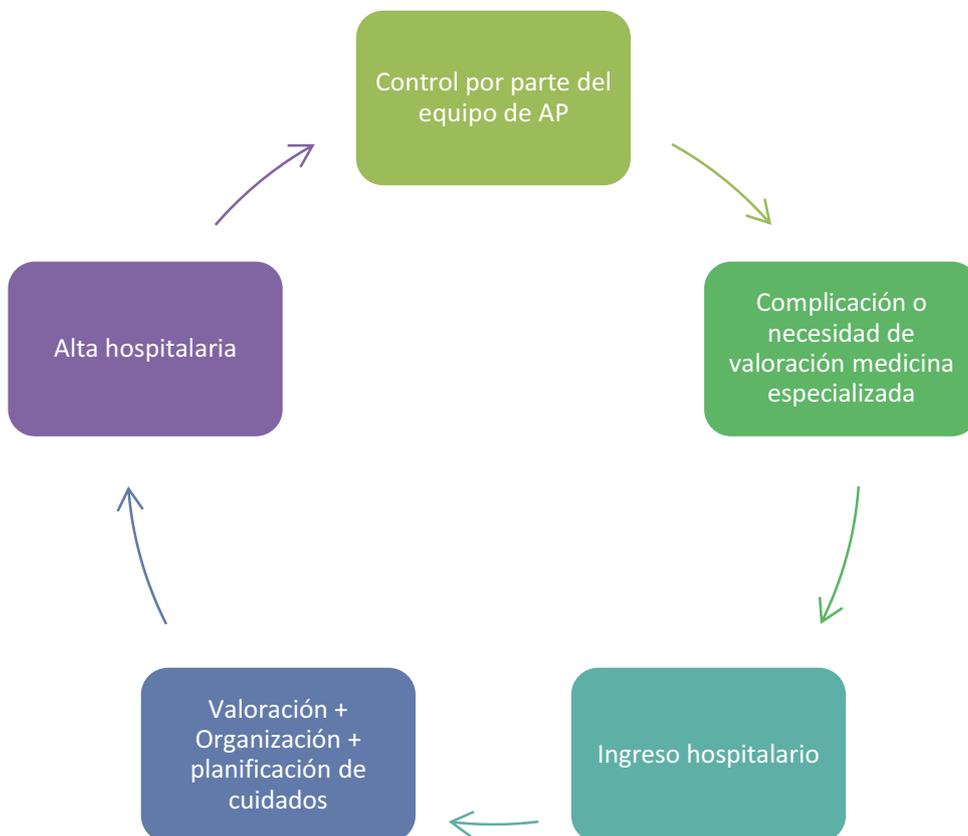


Figura 2. Coordinación de cuidados entre AP y hospitales. Fuente: elaboración propia.



Figura 3. Características en la progresión del Síndrome de Inmovilidad (14).

Movilidad Reducida y Síndrome de inmovilidad

Una vez explicados los conceptos evolutivos de la AP y las ventajas que supone el uso racional de los servicios de AP, nos centraremos en los cuidados y los problemas asociados a los pacientes en los que su movilidad es reducida y condiciona los cuidados tanto de enfermería como de los propios cuidadores, y que a su vez generaran unos problemas y patologías propias de la falta de movilidad.

Movilidad reducida

En la actualidad se define a las personas con movilidad reducida a aquellas en las que su capacidad de moverse sin ayuda externa está permanentemente o temporalmente limitada (12). Esto quiere decir que las personas con movilidad reducida no son capaces de moverse sin ayuda. Conforme a esta definición, dos grandes grupos sociales como la población anciana, ya sea porque debido a la edad se producen una serie de cambios fisiológicos en el deterioro de las habilidades físicas y cognitivas, y la población que padece algún tipo de minusvalía física o mental en la que se ve limitada la actividad física, serían los principales individuos de riesgo a padecer úlceras por presión ocasionadas por una situación de movilidad reducida.

Una persona con movilidad reducida, no necesariamente tiene que ser minusválido, ambos términos son muy similares ya que una persona con minusvalía suele tener problemas para moverse correctamente y por tanto tendría una movilidad reducida, pero no es definitorio.

Síndrome de inmovilidad

La inmovilidad es un indicador del estado funcional y de salud, y por tanto un indicador de calidad de vida (13). Definimos síndrome de inmovilización al descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria, y por tanto el deterioro de las funciones motoras (14). Nos referimos a ello como síndrome debido a que alberga diversas formas de presentación, una serie de síntomas/fenómenos los cuales al presentarse juntos, son característicos de una enfermedad o cuadro patológico determinado (15, 16).

A su vez podemos clasificar la inmovilidad como (13,14):

- **Inmovilidad relativa:** en el caso de la inmovilidad relativa la persona lleva una vida sedentaria pero puede moverse con mayor o menor independencia. En este caso las causas más frecuentes de esta inmovilidad son los problemas que contribuyen a que se produzca un descenso en la actividad física como es el caso de las patologías osteomusculares (degenerativos e inflamatorios) y neurosensoriales (paresias por ICTUS, síndromes demenciales, trastornos sensitivos, enfermedad de Parkinson y parkinsonismo),

y los problemas de salud como son las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, sistémicas y iatrogénicas medicamentosas, que limitan la funcionalidad del individuo.

- **Inmovilidad absoluta:** en el caso de la inmovilidad absoluta la persona tiene una imposibilidad absoluta para el desplazamiento autónomo. Se puede llegar a producirse una inmovilidad absoluta debido a una evolución en el cuadro de una situación de inmovilidad relativa. La propia enfermedad, en muchas situaciones, es la causa directa del encamamiento del individuo, por lo contrario en otras situaciones, el incumplimiento de los programas de rehabilitación de las alteraciones de la movilidad, son los responsables de dicha progresión a la inmovilidad absoluta.

Es por ello por lo que debemos considerar la inmovilidad como algo proactivo y no reactivo, esto quiere decir que se deben prevenir los problemas con una correcta comunicación entre el paciente y la familia sobre las posibles complicaciones de la enfermedad relacionadas con la inmovilidad y no solo solucionar el problema.

Una buena medida para esto es la participación en las terapias ocupacionales, que no pretenden cambiar las carencias fisiológicas o psicológicas, sino facilitar las ABVD, mediante actividades ambientales, equipamiento y asistencia adecuados.

Epidemiología de la las úlceras por presión en la población de España

La movilidad reducida y el síndrome de inmovilidad, están muy estrechamente vinculados. Una de las complicaciones más importantes y en la cual se centra este trabajo, se trata de la aparición de úlceras por presión y/o heridas cónicas por destrucción de la integridad cutánea a causa de dicha inmovilidad.

Pese a que este problema también afecta a la población adulta general, la población anciana es un grupo diana de este problema de salud.

Las personas mayores de 65 años presentan dificultad en el movimiento en un 18% y los mayores de 70 años en un 50%. Según varios estudios, la prevalencia del síndrome de inmovilidad aumenta en función a la edad de manera que cuanto más envejecida está la población a estudio, mayor riesgo de producirse este síndrome (14). Según los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) durante el año 2019, en España, un 19,4% del total de la población nacional, es mayor de 65 años, y un 14,27% es mayor de 70 (17). Debido a esto, es muy importante tratar de llegar a ese porcentaje de la población y tratar de abordar el riesgo de la inmovilidad, es decir de-

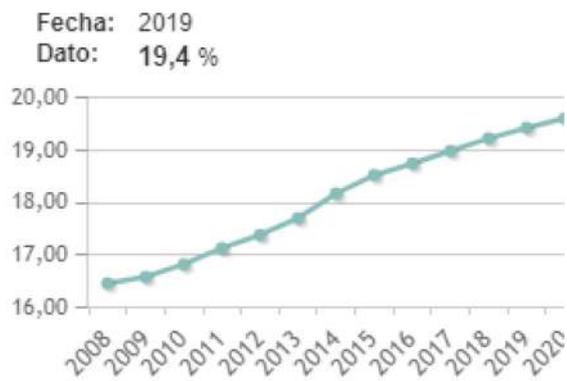


Figura 4. Indicadores de crecimiento y estructura de la población. Total Nacional (17).

bemos tratar de prevenir al individuo para evitar posibles complicaciones asociadas a la edad.

Problemas en la integridad cutánea

Generalidades sobre la piel (19)

El tejido tegumentario está formado por la piel y por sus anexos (faneras). La piel es el órgano de mayor extensión del cuerpo humano y se corresponde con una estructura, envoltorio o cubierta resistente y flexible. Junto con sus faneras (pelo, uñas, glándulas sudoríparas y glándulas sebáceas), forman un sistema cuyas principales funciones son:

- Protección frente la entrada de microorganismos al medio interno

- Regulación térmica
- Excreción de sustancias de desecho por medio del sudor
- Síntesis de sustancias beneficiosas para nuestro organismo (carotenos, vitamina D y melanina).
- Discriminación o recepción sensorial (receptores del tacto, presión, calor/frío y dolor).
- Secreción de sebo (propiedades antimicrobianas).

La piel a su vez está formada por varias capas: epidermis, dermis e hipodermis (o tejido subcutáneo).

Como consecuencia de la inmovilidad, los sistemas más afectados son el cardiovascular y el músculo esquelético, pero la piel es otro de los órganos importantemente afectado. Si lo asociamos directamente al anciano, los cambios en la piel que ocurren en el envejecimiento, los vuelve más propensos a desarrollar necrosis cutánea. Además la presión continuada sobre la piel mayor al riesgo capilar (33 mmHg por más de 2 horas), favorece al desarrollo de úlceras por presión. Finalmente a esto, debemos añadir los otros factores de riesgo relacionados con el deterioro de la integridad cutánea como son la fricción, la desnutrición y la hipoxemia (14).

Cicatrización de las heridas

El proceso de cicatrización de las heridas consiste en fenómeno fisiológico muy complejo que tiene como fina-

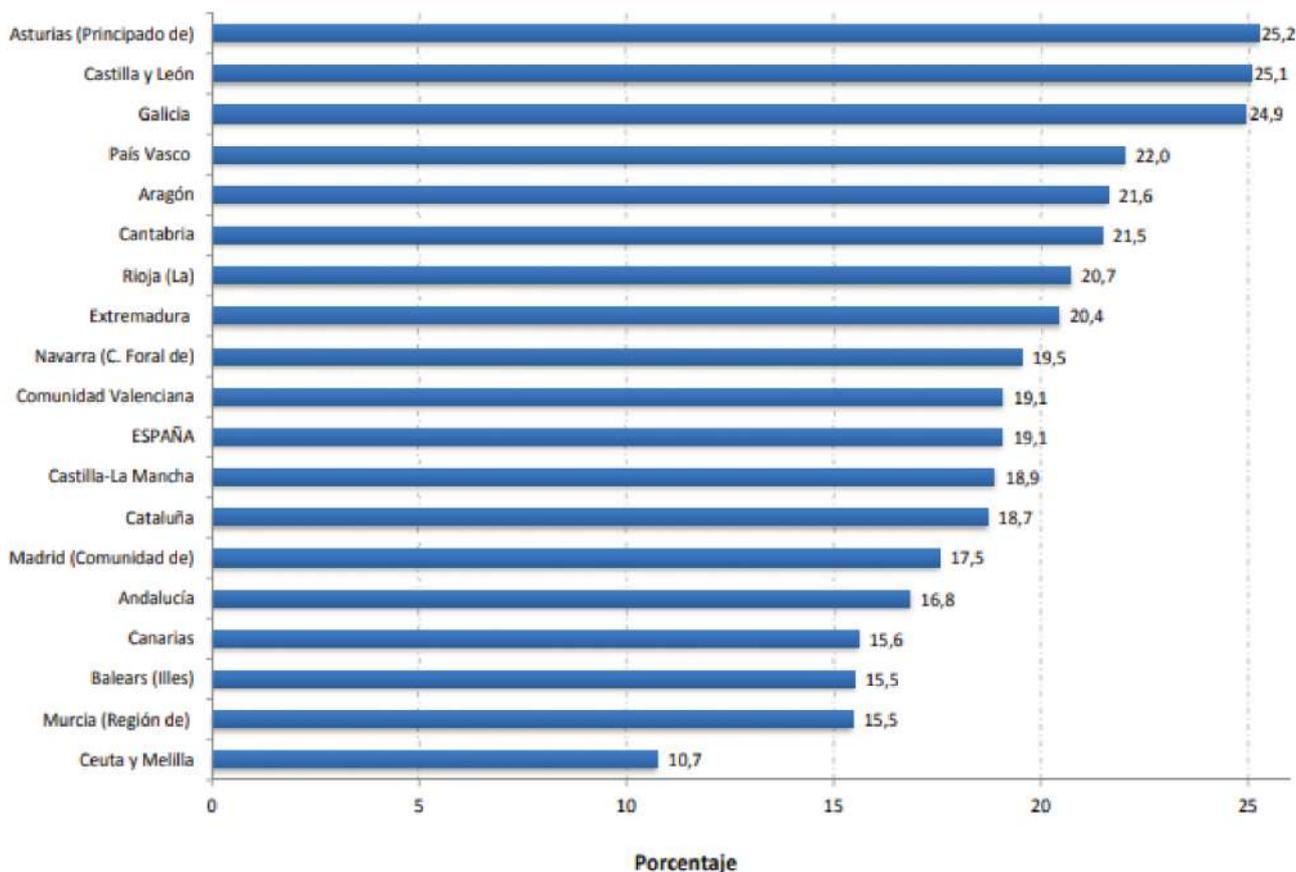


Figura 5. Porcentaje de personas de 65 y más años por comunidades autónomas, 2018 (18).

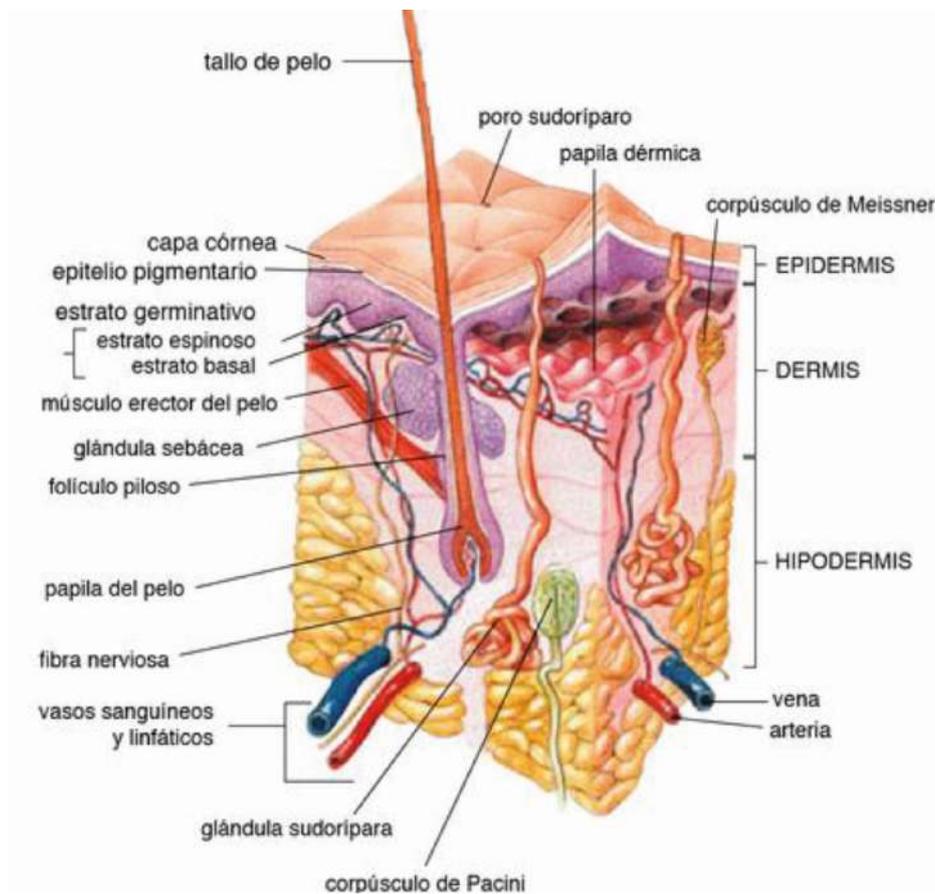


Figura 6. Estructura de la piel.

idad restaurar la integridad cutánea y así evitar cualquier anomalía en la función de barrera que desempeña la piel. La cicatrización se convierte en un proceso fundamental para la homeostasis y el bienestar de los individuos.

Por lo general todo proceso de curación de las heridas se rigen por dos grandes fases: la cicatrización y la epitelización (20). Ambos procesos se solapan ya la epitelización forma parte de la fase proliferativa de la cicatrización de las heridas en donde los queratinocitos migran y proliferan permitiendo la creación de nuevo tejido.

Fases de la cicatrización:

1. Fase inflamatoria o exudativa:

- Hemostasia: formación coágulo local
- Proceso inflamatorio: el cual se subdivide en varias fases:
 - Vasodilatación
 - Aumento de permeabilidad capilar
 - Actuación de los granulocitos y macrófagos

2. Fase proliferativa o anabólica: Se inicia a los 4 días de haberse producido la herida.

- Predominio de la proliferación celular
- Aparición de tejido de granulación

- Angiogénesis: formación de nuevos vasos
- Síntesis de colágeno por los fibroblastos

3. Fase madurativa o de remodelación de la cicatriz: desde la segunda semana a meses de haberse producido la herida.

- Contracción de la herida
- Disminución progresiva de los fibroblastos y del colágeno.

Tabla 1. Fases del proceso de cicatrización y tiempo de evolución de las heridas. Fuente: elaboración propia.

FASES		
INFLAMACIÓN/EXUDATIVA	Inicio de la herida hasta 3 día	Fase I
PROLIFERATIVA/ANABÓLICA	Del 3 día hasta el 14 día	Fase II
MADURACIÓN/REMODELACIÓN	Desde la 2 semana hasta la 6 semana	Fase III
	Desde la 6ª semana hasta meses/años	Fase IV
DÍAS/SEMANAS		

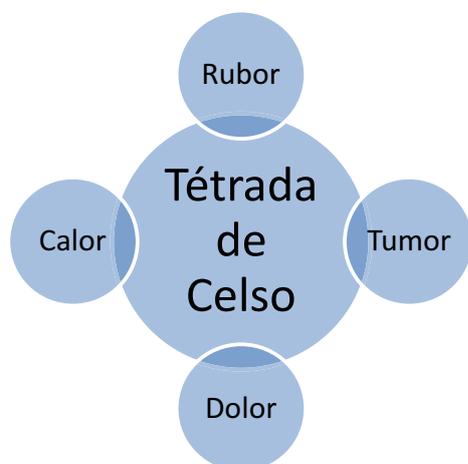
A su vez, dependiendo de cómo sea la morfología de la herida, se pueden distinguir *tres tipos de cicatrización* (19):

1. *Por primera intención:* trataremos de realizar una cicatrización por primera intención cuando los bordes de la herida se encuentran muy próximos y los traumatismos y la contaminación son mínimos. Se realizará este tipo de cicatrización cuando no existe riesgo de infección, necrosis o formación anómala de cicatriz.
2. *Por segunda intención:* buscaremos este tipo de cicatrización cuando las heridas no tienen los bordes suficientemente próximos, cuando están infectadas, o cuando el traumatismo y la pérdida del tejido ha sido importante. La cicatriz en este caso se realizará por medio del tejido de granulación que irá rellenando la herida y lo que se traducirá como un intervalo más largo y cicatriz más grande.
3. *Por tercera intención:* un cierre por tercera intención se realizará cuando hay una demora entre la producción de la lesión y el cierre de la herida. En este caso se retrasará la sutura hasta la herida tengan las condiciones favorables para ello.

Valoración general de las heridas

Mediante la inspección visual, la palpación y el olfato podremos realizar una evaluación de las condiciones de la herida de forma general para llevar a cabo el mejor tratamiento de la misma:

- Valorar el aspecto de la herida: examinar el color, el área perilesional, los bordes de la herida, el tamaño de la herida o en algunos casos, dehiscencia de la herida.
- Valorar exudado: es muy importante el lugar, el color, la consistencia, el olor y el grado de humedad del apósito y por tanto del exudado.
- Valorar posible inflamación anormal que pudiera estar retrasando el proceso de curación de la herida.
- Dolor: el dolor agudo en una herida es algo normal durante al menos los 3 – 5 días de la lesión. En el caso de persistir habría que valorar la existencia de una infección.



Úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP) se definen como una lesión/herida de origen isquémico localizada en la piel y tejidos

subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, siendo uno de ellos correspondiente al paciente y el otro externo a él (19).

Las UPP se desarrollan por dos procesos:

- Oclusión vascular a consecuencia de la presión externa
- Daño endotelial a nivel de arteriolas y microcirculación a consecuencia de las fuerzas tangenciales y de fricción.

Enfermería está íntimamente ligada a las UPP, ya que son los responsables del área de cuidados en lo que se refiere a su prevención, valoración o curación. Según el 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España, en los centros de salud la prevalencia de UPP se situaba en torno al 13,41% y siendo el 8,51% de estos pacientes mayores de 14 años, incluidos en el programa de atención domiciliar de AP (21).

Factores de riesgo para padecer UPP

Podemos clasificar los factores de riesgo de UPP en dos tipos (19, 22):

- *Factores intrínsecos:*
 - Condición física: Inmovilidad
 - Alteraciones respiratorias/circulatorias
 - Diabetes
 - Alteraciones vasculares: Insuficiencia vasomotora, TA baja, insuficiencia cardíaca, vasoconstricción periférica, alteraciones endoteliales...
 - Anemia
 - Septicemia
 - Medicación
 - Edad avanzada
 - Malnutrición/deshidratación
 - Factores psicológicos
- *Factores extrínsecos:*
 - Humedad
 - Perfumes, agentes de limpieza que produzcan irritación cutánea
 - Estancia/duración de exposición a dicha fuerza/factor extrínseco
 - Superficies de apoyo
 - Técnicas manuales sobre la piel
 - Sondaje: vesical, nasogástrico...
 - Fijaciones y férulas

Es importante que sepamos reconocer los puntos de apoyo corporales en donde tienen mayor riesgo de debutar

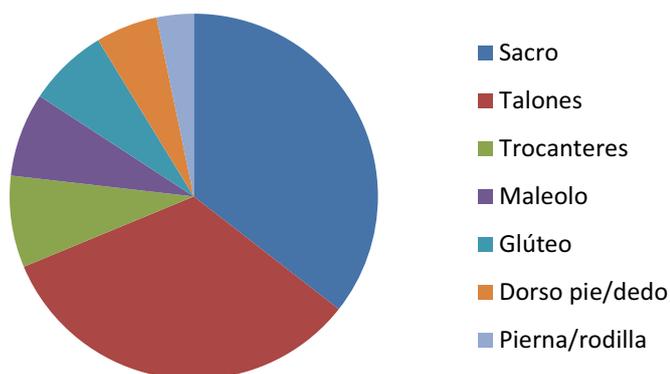


Figura 7. Localizaciones de UPP.

una UPP. En el 4º Estudio Nacional de prevalencia de UPP en España realizado por el GNEAUPP daba a conocer en cuestión de porcentajes las localizaciones más frecuentes de UPP:

1. Sacro (30,7%)
2. Talones (28,6%)
3. Trocánteres (7,0%)
4. Maléolo (6,4%)
5. Glúteo (6,1%)
6. Dorso pie/dedo (4,7%)
7. Pierna/rodilla (2,8%)

Escalas de valoración

Como se ha mencionado con anterioridad, las UPP son un problema importante que afecta en general a todos los sistemas sanitarios. La valoración del riesgo de padecer UPP es un aspecto imprescindible en la prevención. Podemos decir que el objetivo principal de la valoración del riesgo en todas las escalas, es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. En el caso de las UPP, una escala de valoración de riesgo de desarro-

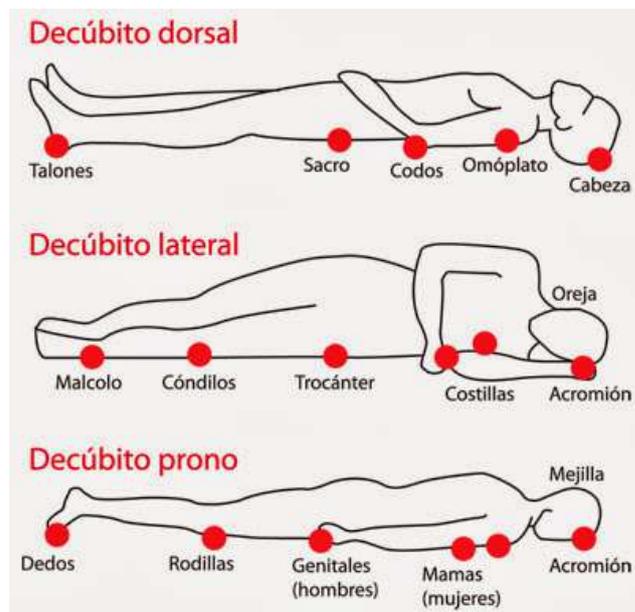


Figura 8. Puntos de apoyo de riesgo de aparición de UPP (23).

llar UPP (EVRUPP) es un instrumento que en función a de varios parámetros considerados de riesgo, establece una puntuación cuyos objetivos principales son (24):

- Identificar precozmente el desarrollo de UPP en base a los factores de riesgo definidos.
- Proporcionar un criterio objetivo de medidas de prevención
- Clasificar a los pacientes en grados de riesgo

Actualmente existen 22 EVRUPP, siendo la Escala Norton, la primera desarrollada en 1962. En España las EVRUPP más utilizadas son:

1. Escala de Norton (19, 25)

Fue creada en 1962 por Norton, McLaren y Exton-Smith y es la primera EVRUPP descrita. En ella se evalúan 5 parámetros con una puntuación del 1 al 4.

Tabla 2. Escala de Norton.

Puntos	Estado físico general	Estado mental	Movilidad	Sensibilidad	Incontinencia
4	Bueno	Alerta	Camina	Completa	No hay
3	Débil	Apático	Camina con ayuda	Limitada ligeramente	Ocasional
2	Malo	Confuso	En silla de ruedas	Muy limitada	Usualmente urinaria
1	Muy malo	Estuporoso	En cama	Inmóvil	Fecal y urinaria
Total	Riesgo leve	Más de 16			
	Riesgo moderado	13-16 puntos			
	Riesgo elevado	12 o menos			

Tabla 3. Escala Braden- Bergstrom (19, 24).

Puntos	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones
4	Sin limitaciones	Raramente humedad	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema
2	Muy limitada	A menudo húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Inmóvil	Muy pobre	Problema
Total	Riesgo bajo	16-15 puntos				
	Riesgo moderado	13-14 puntos				
	Riesgo alto	12 o menos				

Tabla 4. Escala EMINA.

Puntos	Estado mental	Movilidad	Humedad R/C incontinencia	Nutrición	Actividad
4	Coma	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta > 72 horas	No deambula
3	Letárgico	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
2	Desorientado	Limitación ligera	Urinaria o fecal ocasional	Incompleta ocasional	Deambula con ayuda
1	Orientado	Completa	Sin incontinencia	Correcta	Deambula
Total	Riesgo bajo	1-3 puntos			
	Riesgo moderado	4-7 puntos			
	Riesgo alto	Mayor de 8			

2. Escala Braden-Bergstrom

Esta escala fue desarrollada en 1985 por Barbara Braden y Nancy Bergstrom, y en ella se valoran 6 parámetros puntuados del 1 al 4.

3. Escala EMINA

La escala EMINA fue creada y validada por el grupo de enfermería del Instituto Catalán de la Salud para el seguimiento de las UPP. Evalúan 5 parámetros del 0 al 3 cada uno de ellos (19, 24, 26).

Manejo de la presión

Sin duda alguna una de las mejores formas de prevenir la aparición de UPP es la movilización del paciente para aliviar la presión en la zona de la piel a evaluar. Esta movilización se realiza mediante cambios posturales, utilización de superficies especiales de manejo de presión (SEMP) y protección local de la presión (19).

- **Cambios posturales:** es conveniente realizar estos cambios posturales del paciente en intervalos regulares de tiempo

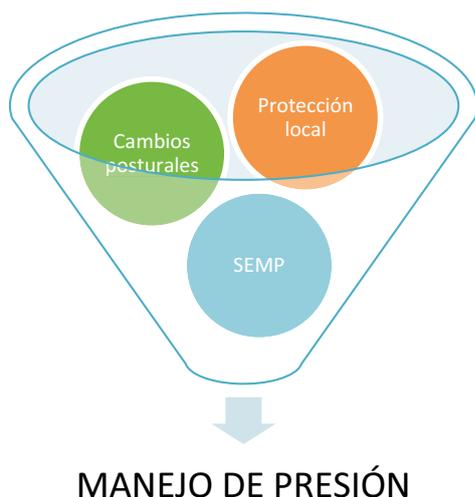
de forma que la presión y el peso se distribuyan (19). A día de hoy aún hay controversia entre el tiempo que tiene que pasar de un cambio a otro, pues sería más beneficioso para el paciente cada 2 – 3 horas, pero es más económicamente asumible entre 4 – 6 horas (27). Lo que si se sabe con seguridad es que se produce daño tisular cuando se aplica una presión de 33 mmHg durante más de 2 horas, por lo que en condiciones ideales, dichos cambios se deben de realizar en un periodo de 2 horas (14).

- **Utilización de SEMP:** definiremos SEMP (Superficies Especiales para el Manejo de la Presión) como superficies que presentan propiedades de alivio o reducción de presión sobre la piel de la persona ya sea en posición decúbito prono, decúbito supino o en sedestación (19). Es decir son superficies que están específicamente diseñadas para el manejo del alivio de la presión en pacientes que presentan UPP o en aquellos que presentan riesgo de ello (28). Dentro de las SEMPs las podemos clasificar en:
 - **Estáticas:** aumentan la superficie de contacto con la persona → Riesgo de UPP bajo.

– *Dinámicas*: permiten varios niveles de presión para el paciente → Riesgo de UPP medio o alto.

Siempre tenemos que tener en cuenta que las SEMP son un complemento al tratamiento de alivio de presión, es decir que deben utilizarse junto con el resto de las recomendaciones.

- *Protección local de la piel*: en las zonas consideradas como puntos de apoyo de riesgo de aparición de UPP, se les recomienda colocar apósitos de espuma de poliuretano o apósitos especiales en prominencias óseas o en talón para proteger la piel.



Clasificación de UPP

Antes de abordar el problema de la curación de las UPP, se debe de realizar una valoración de la UPP, que deberá ser periódica, para establecer el correcto tratamiento y si existe progresión en la curación de dicha UPP.

- Lugar anatómico de aparición de la UPP
- Estadio de la UPP:

La GNEAUPP realiza una clasificación en la cual se describen los cuatro estadios de clasificación (19, 29):

- *Estadio I*: También conocido como *eritema no blanqueante*, ya que la piel está intacta pero presenta un enrojecimiento (eritema cutáneo) relacionado con la presión que no palidece al presionar. Este eritema suele ser difícil de detectar en personas con pieles oscuras, por lo que sería especialmente útil la correcta valoración de otros aspectos de la piel como la temperatura, induración o edema en los tejidos.



Figura 9. Estadio I. Eritema blanqueante (29).

- *Estadio II*: En ella se produce una pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o a ambas capas. La úlcera es superficial y aparece como una abrasión, ampolla o cráter superficial (19).



Figura 10. Estadio II. Úlcera de espesor parcial (29).

- *Estadio III*: Se produce una pérdida total del grosor de la piel produciendo lesión o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente, es decir los huesos, tendones o músculos no están expuestos. En este estadio también puede aparecer esfacelos y/o tejido necrótico (tanto húmedo como seco) que puede ocultar la profundidad de la UPP (19, 29).



Figura 11. Estadio III (29).

- *Estadio IV*: En este momento se produce una pérdida total del espesor de los tejidos. Afecta a huesos, tendón y estructuras de sostén, o músculo expuesto. Suelen presentarse como lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos. Pueden al igual que sucedía con las UPP de estadio III, presentar esfacelos y/o tejido necrótico. Es también bastante frecuente encontrar osteomielitis y osteítis en este tipo de úlceras (19, 29).



Figura 12. Estadio IV. Afectación total de tejidos (29).

- Longitud y anchura de la UPP
- Tipo de lecho de la UPP (19):

- » *Tejido de granulación*: Se caracteriza por ser un tejido rojizo o rosáceo, de apariencia granulada que se forma al comienzo de la cicatrización de las heridas.
 - » *Tejido esfacelo*: Tejido de aspecto amarillento o blanquecino que se adhiere al lecho de la úlcera y que ralentiza la correcta cicatrización de la misma.
 - » *Tejido necrótico*: Ya sea de consistencia húmeda o seca, es un tejido de color negro o marrón que impide la curación de la UPP.
- Existencia de tunelizaciones, excavaciones o fistulas
 - Infección y/o dolor
 - Antigüedad de la lesión
 - Estadio de la piel perilesional

Tratamiento de UPP

Una vez hemos realizado la correcta valoración de la UPP, debemos establecer un tratamiento eficaz para su curación. Para facilitar la comprensión del tratamiento a utilizar, definiremos los dos tipos de curación en la que nos tenemos que basar para iniciar el tratamiento.

¿Queremos conseguir una cura en ambiente húmedo o una cura seca?

Curas en ambiente seco

Las curas en ambiente seco o cura tradicional es aquella en la que se utiliza un apósito pasivo como el apósito de gasa junto con el uso de antisépticos y/o antimicrobianos tópicos. La finalidad de esta técnica consiste en mantener la herida limpia y seca para prevenir las infecciones, pese a retrasar a la vez la cicatrización de la herida. Actualmente, la técnica de cura seca esta aplicada principalmente a las heridas quirúrgicas por primera intención o para limitar zonas desvascularizadas que presentan tejido necrótico con el fin de frenar esa necrosis y después realizar una exéresis de la zona afectada (30).

Actualmente y según varios artículos, existe mayor eficacia de la cura en ambiente húmedo frente a la cura seca tradicional. Esto se debe principalmente a que las heridas necesitan un aporte permanente e ininterrumpido de la humedad para conseguir un equilibrio. Además en el plano económico, también se ve favorecida la cura en ambiente húmedo ya que pese a que los costos son mayores de los apósitos para realizar dichas curas, la periodicidad de la cura y del tratamiento a aplicar puede alargarse más en el tiempo, no siendo necesaria la cura de dicha lesión de forma diaria (30, 31).

Curas en ambiente húmedo (30)

En el año 1962 el Doctor George D. Winter demostró que las heridas que estaban cubiertas con una película impermeable eran capaces de cicatrizar más pronto que las que estaban expuestas al aire. Con su estudio razonó que las heridas cubiertas con un cierto grado de humedad aceleraban el

proceso de cicatrización, y fue gracias a este estudio por el cual a partir de los años 80 se produce un boom en el desarrollo de apósitos para realizar la, conocida actualmente como, cura en ambiente húmedo.

La finalidad de esta cura es mantener el lecho de la herida aislado del exterior proporcionándole un medio semioclusivo y húmedo, de manera que el exudado de la herida está en contacto con la misma. De esta manera se produce un efecto bacteriostática, que junto con la tensión baja de oxígeno, favorece y estimula la angiogénesis. Al mismo tiempo mantiene la temperatura y la humedad para que se produzcan reacciones químicas y el desbridamiento del tejido desvitalizado.

Una vez hemos tomado la decisión del tipo de cura que queremos llevar a cabo, evaluaremos también la posibilidad de desbridamiento y cuál es el tipo de desbridamiento más apropiado para nuestra UPP.

Definimos desbridamiento al conjunto de mecanismos tanto fisiológicos como externos que se produce con el fin de retirar el tejido necrótico, exudado, colecciones serosas o purulentas y/o cuerpos extraños asociados incluyendo materiales no viables, presentes en el lecho de la herida (19, 32).

El desbridamiento puede realizarse de varias formas, pero ninguna es excluyente de utilizarse frente a otra. Esto quiere decir que como realizaremos una valoración periódica de nuestra UPP, en ocasiones nos será más acertado utilizar un tipo de desbridamiento frente a otro, dependiendo de las características de la úlcera, sus necesidades y su evolución en el tiempo.

Tipos de desbridamiento (19, 33)

1. *Desbridamiento quirúrgico*: se produce la retirada del tejido necrótico y parte del sano bajo anestesia y en quirófano. Está indicada para escaras muy gruesas y adherentes, tejido desvitalizado en localizaciones especiales y con signos de celulitis y sepsis.
2. *Desbridamiento cortante*: se realiza por parte de enfermería, con instrumentalización estéril y extremas medidas de asepsia para evitar posibles infecciones. Este proceso tiene alto riesgo de infección.
3. *Desbridamiento enzimático*: este tipo de desbridamiento se basa en la aplicación de enzimas exógenas (como la colagenasa) que sinergizan con las enzimas endógenas produciendo la degradación de la fibrina, el colágeno y la elastina. Son de rápida acción y selectividad por lo que se puede combinar con otros tipos de desbridamientos.
4. *Desbridamiento autolítico*: es el que se produce de forma fisiológica en cualquier herida y puede ser estimulado por la aplicación de apósitos para cura húmeda. También es un método selectivo, indoloro y atraumático, cuya principal desventaja es la lentitud de resultados y la maceración del tejido perilesional.
5. *Desbridamiento osmótico*: se produce mediante el intercambio de fluidos de diferentes densidades, apli-

cando soluciones hiperosmolares o apósitos de poliacrilato activado con soluciones hiperosmolares.

6. *Terapia larval*: actualmente no está disponible en España. Consiste en emplear larvas estériles criadas en laboratorios de la mosca *Lucilia Sericata* que ayudan a la licuación del tejido desvitalizado.
7. *Desbridamiento mecánico*: actualmente esta técnica está en desuso. Consiste en la irrigación continua a presión a presión o el frotamiento del lecho ulceral.

Manejo local: productos de limpieza, desbridamiento y manejo de carga bacteriana y epitelización de las UPP (19, 33)

Los productos más utilizados son:

1. *Productos de limpieza de las heridas*: toda herida debe de comenzar su tratamiento con una limpieza correcta mediante el lavado.

- *Suero salino fisiológico*: una solución estándar para el lavado de heridas es el suero fisiológico cloruro sódico al 0'9%. Esta solución es estéril, isotónico y no reactiva, es decir que no interfiere con el proceso de cicatrización.
- *Agua*: por lo general es una buena alternativa al suero fisiológico para el lavado de la herida, siempre y cuando esta tenga una calidad higiénica adecuada, es decir que al menos sea potable. Podemos lavar heridas también con agua destilada, o potable.
- *Soluciones limpiadoras antisépticas*: existe gran número de productos antisépticos en presentación líquida que se pueden utilizar para la limpieza de las heridas. Bien es cierto que el uso de los mismos no está indicado de forma rutinaria, se reservará para determinadas situaciones:
 - *Polihexametenobiguanida (PHBG)*: solución limpiadora preferiblemente en heridas crónicas con el fin de disminuir la carga bacteriana.
 - *Clorhexidina*: las concentraciones varían entre el 0,2% al 2%. Su uso está recomendado en heridas agudas en donde siempre tras su utilización tendremos que dejar pasar el tiempo suficiente para que alcance su acción. En heridas crónicas también esta utilizada para reducir carga bacteriana.
 - *Povidona yodada*: Tiene la misma función que la solución anteriormente descrita salvo por la característica de su inactivación en presencia de sangre y exudados. Es preciso también mencionar que daña el tejido de regeneración por lo que entorpece la cicatrización de la herida.

2. *Productos para el desbridamiento de las heridas*:

- *Enzimas proteolíticas*: el mecanismo de acción de estas sustancias consiste en la aplicación local de enzimas exógenas (colagenasas, estreptoquinasa, etc.) que actúan de forma sinérgica con las enzimas endógenas con el fin de degradar la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina.

– *Producto*: Colagenasa → Iruxol® desbridante enzimático y estimulador de fases posteriores a la cicatrización (granulación y epitelización).

– *Vida media*: 12 horas, combinado con hidrogeles pueden durar 24 horas con humedad.

– *Contraindicado*: no usar con antibióticos locales, detergentes, jabones, soluciones ácidas o antisépticos. Necesita de protección en piel perilesional ya que tiende a macerar.

- *Hidrogeles de estructura amorfa*: los hidrogeles de estructura amorfa están compuestos por medios acuosos (contenido de agua entre el 70-90%), sistemas microcristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos con alta capacidad absorbente. Estos materiales son capaces de aportar hidratación al tejido desvitalizado de manera que favorece al proceso fisiológico de desbridamiento, ayudando a eliminar esfacelos y tejido necrótico además de estimular la formación de tejido de granulación. Los hidrogeles son fórmulas de segunda opción cuando fallan las primeras alternativas. Se ven muy favorecidos con la acción combinada del desbridamiento cortante y el enzimático. Es la fórmula de desbridamiento menos agresiva y más selectiva, convirtiéndose en un tratamiento indicado para pacientes paliativos con heridas crónicas. Es menos eficaz que la colagenasa y su acción es más lenta en el tiempo.

– *Producto*: Intrasite®, Purilon®...

– *Indicado en*:

- » Úlceras infectadas
- » Heridas en localizaciones difíciles y en úlceras secas
- » En heridas en cualquier fase de curación siempre que necesiten humedad.
- » Buen relleno en úlceras cavitadas.
- » Se puede combinar con apósitos de plata

- *Apósitos de fibras*: estos apósitos fueron inicialmente creados como apósitos para controlar/manejar el exudado de las heridas. Estos tejidos favorecen el desbridamiento de la lesión ya que al contacto con el exudado las fibras de los mismos se gelifican y se adhieren a los residuos de la lesión, que quedan fijos al apósito. Son más rápidos que los hidrogeles y menos dolorosos. Podemos dividir los apósitos de fibras en dos grandes familias:

– Hidrodetersivas de poliacrilato

– Fibras de polivinilo de alcohol

3. *Productos para el manejo de la carga bacteriana-biofilm*:

- *Apósitos de plata*: son apósitos con capas absorbentes en su interior cubiertas de plata que son indicación en pacientes con heridas infectadas. Actúan uniéndose a la membrana celular bacteriana y desestructurando.

turando la pared de la misma. Es un gran bactericida ya que los iones de plata son capaces de actuar contra *Staphylococcus Aureus* Metiliclin Resistentes (MRSA) o el *Enterococcus Vancomycin Resistentes* (VRE) y en biofilms. A su vez, como todo antiséptico, tiene citotoxicidad, es decir que si se mantiene en el tiempo tiende a retrasar la epitelización.

– **Productos:** hidropolímeros tridimensionales con placa iónica hidroactiva (Biatain plata®), hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica (Aquacell Ag® ...), apósito de poliéster con plata nanocristalina (Argencoat®).

– **Contraindicado:** la plata inactiva la colagenasa puesto que no se deben aplicar conjuntamente.

- **Cadexómero iodado:** contienen 0,9% de yodo y pueden presentarse tanto en pomada, en polvos y en apósitos. Tiene gran acción antimicrobiana ya que se produce una liberación lenta (72 h) del yodo sobre el lecho de la herida. Además es capaz de mantener también un ambiente húmedo en la herida que favorece la cicatrización ya que el cadexomero promueve la absorción y la eliminación de esfacelos y exudado.

– **Producto:** IodosorbDressing®

4. Productos para el manejo de la cicatrización-epitelización:

- **Alginatos:** está principalmente formado de alginato cálcico. Son polímeros derivados de las algas con gran poder de absorción. Absorben el exudado reaccionando químicamente con el formando un gel amorfo que se adapta a los contornos de la herida. Necesita un ambiente húmedo para actuar. Sus propiedades hemostáticas lo hacen especialmente indicado en las lesiones que sangran con facilidad o tras un desbridamiento cortante donde hay sangrado activo. En general se utiliza en heridas por presión y relleno de las cavidades y en úlceras vasculares muy exudativas.

- **Hidrofibra de hidrocoloide:** son apósitos compuestos por carboximetilcelulosa sódica que interaccionan con el exudado formando un gel que, al igual que los alginatos, absorben el exudado adheriéndose al lecho de la herida. Estos apósitos pueden ser permeables al oxígeno (semioclusivos) o no (oclusivos), y también pueden presentarse como placa, gránulos, pasta, o fibra (hidrofibra de hidrocoloide).

– **Productos:** Varihesive®, Confeel®, Aquacel extra®...

– **Indicaciones:** facilita el desbridamiento, estimula la granulación y favorece la epitelización. Además reducen la infección al retener en las fibras a las bacterias.

– **Contraindicaciones:** su uso ideal es en úlceras venosas y en UPP en estadios I, II y III, y no son aptos para terapia compresiva. Tampoco son muy eficaces en úlceras con abundante exudado ya que no tienen suficiente capacidad de absorción.

- **Hidrogel:** Pueden ser en gel (anteriormente mencionados) o en placa.

- **Apósitos en lámina de silicona:** son apósitos de espuma absorbente cubiertos por una capa de silicona que en-

tra en contacto con la lesión. Son pegajosos al tacto por lo que adhieren a la piel. Son especialmente útiles en las pieles perilesionales frágiles y friables y en las lesiones dolorosas. Son capaces de mantener el ambiente húmedo necesario para la lesión y a su vez consigue su sellado, permitiendo que el exudado no se escape. Pueden utilizarse con terapia compresiva y en heridas con abundante exudado. En algunos casos y según indicación del fabricante, estos apósitos pueden recortarse sin que se pierdan sus propiedades, pero en otros no, como es el caso de los que tienen bordes especialmente diseñados.

– **Productos:** Mepilex®, Biatainsilicone®...

- **Espuma de poliuretano:** con estructura de fibra (foam), tienen alta absorción del exudado. Son capaces de mantener las condiciones óptimas de humedad y a la vez, proporcionan aislamiento térmico y biológico, manteniendo el pH adecuado. Los apósitos de espuma de poliuretano proporcionan también una protección local en personas con riesgo de úlceras por presión y fricción. No es recomendable recortar estos apósitos ya que se alteran las propiedades. Su uso también está muy extendido en lesiones neoplásicas, considerándolo un tratamiento paliativo.

• Hidrocoloides

- **Apósitos de carbón activado:** su composición es de carbón vegetal activo que se encuentra envuelto en varias capas de manera que absorbe el exudado no adherente y no oclusivo. Son utilizados principalmente para eliminar el olor en las úlceras infectadas proporcionando más confort al paciente.

- **Apósitos de malla impregnados:** Su objetivo principal es evitar la adherencia del apósito secundario a la herida. Son apósitos primarios que se colocan por tanto en contacto directo con la herida necesitando por tanto un apósito de cierre. Estos apósitos están indicados en el tratamiento de lesiones superficiales, traumáticas erosivas, quemaduras y zonas donantes.

Otros productos de aplicación tópica en UPP (19)

- **Sulfadiazina argéntica:** es un antibiótico recomendado para su utilización en úlceras infectadas. No se recomienda su uso más de dos semanas, si no hay mejoría en ese tiempo se procederá a un cambio de tratamiento. Las curas se realizarán cada 12-24 h. → Silvederma®

- **Mupirocina:** pomada antibiótica tópica al 2%.

- **Pasta lasa:** combina óxido de zinc con aceites y vitaminas. Se utiliza como protector/crema barrera para proteger la piel periulceral. También se utiliza como protector de agentes corporales como la orina o agentes externos (radioterapia) → Conveen®

- **Ácido hialurónico:** se aplica en zonas de erosión, dermatitis o alteraciones de epitelización, además aportan mucha hidratación.

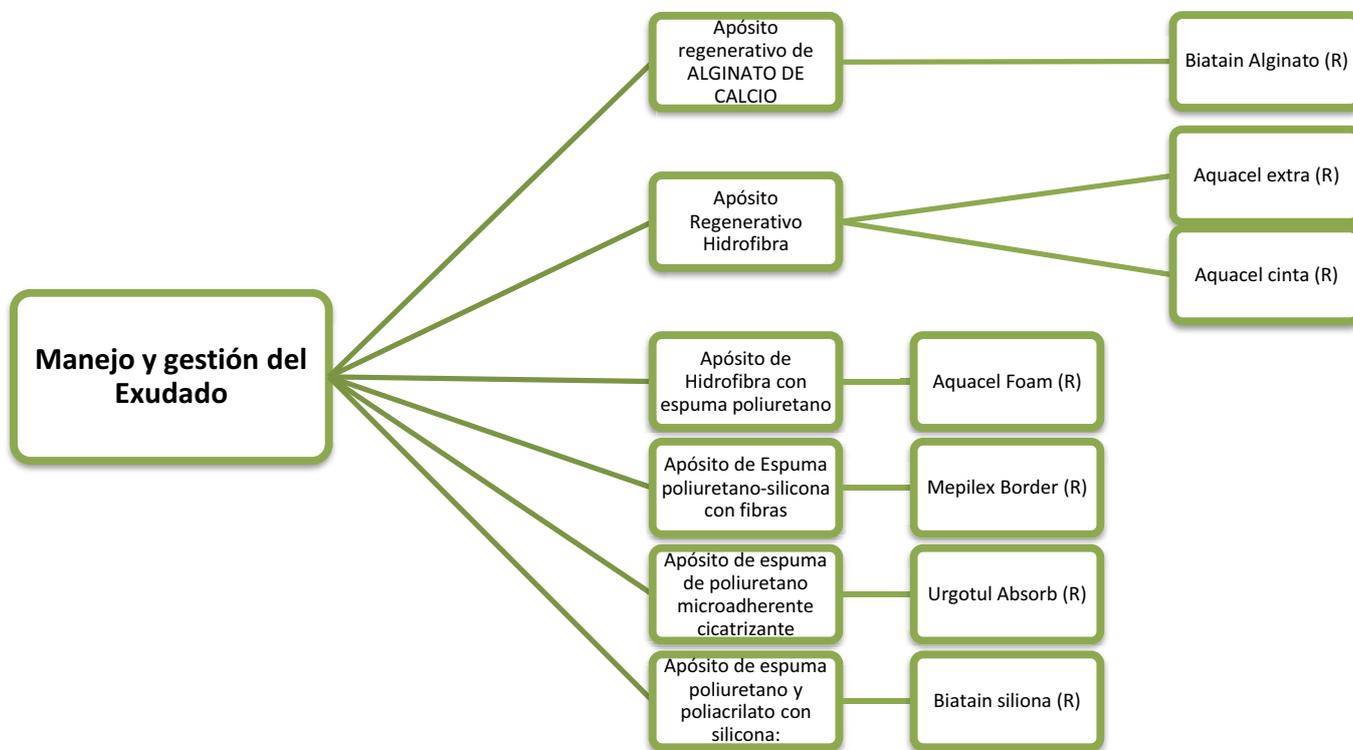
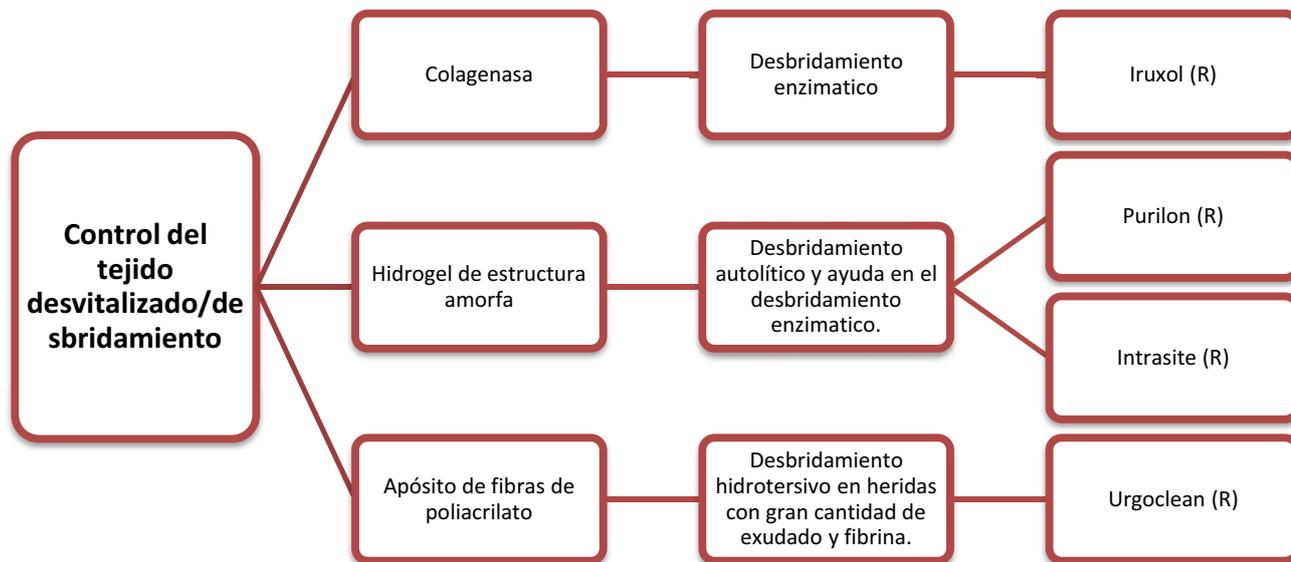


Figura 13. Resumen de productos (34).

Vínculo entre enfermería y cuidadores. El síndrome del cuidador

Como se menciona con anterioridad en este trabajo y puesto que es uno de los temas principales del mismo, definíamos a personas con movilidad reducida a aquellas en las que su capacidad de moverse sin ayuda externa está permanentemente o temporalmente limitada (12). Esto quiere decir que las personas con movilidad reducida no son capaces de moverse sin ayuda. Si bien es cierto que presentándose dicha ayuda, no supondría ningún problema de acondicionar su vida para poder desarrollarla con normalidad, esta situación se tendría que reevaluar si por el avance de la patología u enfermedad o el deterioro correspondiente por cuestión de la edad, se ve necesitado de una ayuda cons-

tante por parte de otra persona de su entorno o fuera de este, creándose una dependencia en ellos.

Es conocido que las personas que asumen el rol de cuidador familiar del enfermo crónico, llevan consigo una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre, pudiendo originar en ellos mismos problemas físicos y emocionales (35). Si además de esta situación le sumas la complejidad de los cuidados que debe proporcionar al enfermo dependiente, nos encontramos frente a un gran problema sanitario, puesto que ya no solo se ve involucrada inevitablemente la salud del enfermo sino también de su cuidador.

Definiremos por tanto "cuidador familiar" como aquella persona que asiste o cuida de una persona afectada de

cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulte o impida hacer el desarrollo normal de sus actividades básicas de la vida diaria o de sus relaciones sociales (35).

El rol familiar sigue teniendo un aspecto especial en el papel del cuidador. Históricamente hablando la mujer ha sido la encargada del cuidado de personas dependientes. En la actualidad este rol ha ido cambiando ya sea por la inclusión de la mujer al mundo laboral o por la lucha en la igualdad de la mujer en la sociedad. Sin embargo algunas mujeres siguen encontrando como obligación desempeñar este rol. Sin ir más lejos según las estadísticas, el perfil del cuidador corresponde a:

- Mujer de edad mediana, familiar directo del individuo afectado ya sea pareja, madre, padre, hijo o hija, de carácter voluntarioso que trata de compaginar el cuidado de su familiar como los aspectos básico y ordinarios de su vida diaria. En un comienzo existe la creencia de que la situación será llevadera y que no se prolongará en el tiempo (36).

Hablaremos del Síndrome del Cuidador como el trastorno que se presenta en personas que desarrollan el rol principal del cuidador de una persona dependiente, que se caracteriza por la aparición de agotamiento físico y psíquico (36). Los cuidadores tienen que afrontar una situación que en muchos casos es nueva para ellos y los cuales no están preparados. Los síntomas más comunes entre los cuidadores son (35, 37):

- Ansiedad
- Problemas cardiovasculares
- Depresión
- Hipertensión

- Impotencia e indefensión
- Insomnio
- Soledad
- Agudización de sus problemas de salud
- Incertidumbre ante el futuro
- Aumento del consumo de fármacos

El papel que tiene en este caso enfermería para con esta persona cuidadora es de ser capaz de identificar estos síntomas, identificar la necesidad de ayuda y ofrecer un acompañamiento al cuidador en los cuidados del paciente. Debemos de tener en cuenta que los cuidadores son el nexo de unión entre los profesionales sanitarios y la persona que es cuidada ya que es la que pasará la mayor parte del tiempo con el paciente (35).

Fases del síndrome del cuidador (37)

- **FASE 1:** Un líder ante la nueva situación: un miembro de la familia asume el papel del cuidador principal. Asume la responsabilidad de sobrellevar todo lo que la situación del paciente requiere.
- **FASE 2:** Desajuste entre demandas y recursos: se produce un desajuste entre las excesivas demandas que suponen el cuidado del paciente con los recursos personales y materiales del propio cuidador. Esta situación, se prolonga en el tiempo y produce un sobreesfuerzo que va agotando al cuidador.
- **FASE 3:** Reacción al sobreesfuerzo: síntomas del cuidador.

Es especialmente importante que como cuidadores no se confunda el cariño y el afecto con la obligación y la frustración.

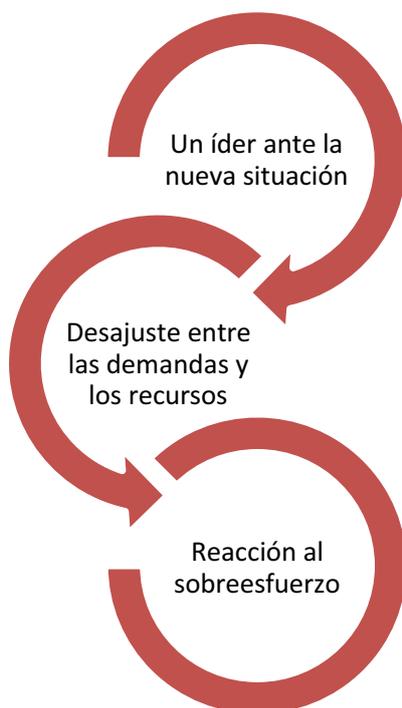


Tabla 5. Test de Zarit.

Nº	Pregunta	Puntuación
1	¿Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesitas?	
2	¿Piensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar no tienes suficiente tiempo para ti?	
3	¿Te sientes agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
4	¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar?	
5	¿Te sientes enfadado/a cuando estás cerca de tu familiar?	
6	¿Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tu tienes con otros miembros de tu familia?	
7	¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar?	
8	¿Piensas que tu familiar depende de ti?	
9	¿Te sientes tenso cuando estás cerca de tu familiar?	
10	¿Piensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar de tu familiar?	
11	¿Piensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar?	
12	¿Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a tu familiar?	
13	¿Te sientes incómodo por distanciarte de tus amistades debido al cuidado de tu familiar?	
14	¿Piensas que tu familiar te considera a ti como la única persona que le puedes cuidar?	
15	¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a tu familiar, además de tus otros gastos?	
16	¿Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que comenzó la enfermedad de tu familiar?	
18	¿Desearías poder dejar el cuidado de tu familiar a otra persona?	
19	¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar?	
20	¿Piensas que deberías hacer más por tu familiar?	
21	¿Piensas que podrías cuidar mejor a tu familiar?	
22	Globalmente, ¿qué grado de «carga» experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar?	
	TOTAL	

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Rara vez	1
Algunas veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Se suele considerar indicativo de sobrecarga a una puntuación menor de 46 puntos y *sobrecarga intensa* a una puntuación superior a 56 puntos.

De esta manera es importante reconocer el papel que desempeña la familia para el paciente durante el proceso de recuperación o a lo largo de su enfermedad.

Enfermería establece una unión o alianza con los familiares en la relación a la colaboración en los cuidados. Es decir, profesionales y familia, contribuyen igualmente en proceso de cuidados. Las relaciones entre familiares-enfermería más habituales a producirse son la denominada enfermera-“helper”, en donde el profesional de enfermería proporcionará y coordinará la mayoría de los cuidados del paciente, mientras que los familiares asumirán funciones de apoyo a enfermería, y la relación enfermera-paciente en la que los familiares son vistos como personas que necesitan atención por derecho propio. Como resultado de la exigente implicación para el cuidado del paciente, en este segundo caso, los familiares se convierten en pacientes de enfermería.

La correcta actuación por tanto será encontrar un equilibrio considerando a la familia como un recurso para la atención y el cuidado. Esta familia será considerada como objeto de cuidado, cuidando a toda la unidad familiar incluido al paciente y dando un enfoque integrador y sistémico. Enfermería dará apoyo sostenido, personalizado y oportuno evitando el sentimiento de “abandono”. Es decir que, la familia que desempeñe su papel de cuidadora, debe de ser capaz de llevar su vida de forma normal.

CONCLUSIONES

La atención primaria se considera hoy en día un eslabón principal en los cuidados del paciente. Según varios estudios la correcta adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, y especialmente en cuestión de cuidados, se establece cuando existe una correcta comunicación entre el personal sanitario y el paciente. Cuanto mayor informado esté el paciente de sus propios cuidados, menos uso indebido realizará del sistema sani-

tario. Esto se traduce en el correcto seguimientos por parte del equipo de atención primaria, menor número de exacerbaciones de su enfermedad si esta está correctamente controlada y menor uso indebido de los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

En el caso de los pacientes que como en nuestro caso, debido a su propia patología o la edad, se encuentran en situación en la que necesitan cuidados por parte de su familia, debemos conseguir un equilibrio entre los cuidados que enfermería y los cuidados que les proporcionarían los cuidadores a lo largo de su etapa de enfermedad. Queda totalmente consolidado que la mayor educación sanitaria que podamos establecer desde el proceso de alta hospitalaria hasta los cuidados que se ofrecerán por parte de atención primaria, ayudará al paciente a comprender su enfermedad y no verse desamparado por los cuidados que esta les requiera.

En España la prevalencia del síndrome de inmovilización cada día va más en aumento puesto que en función de la edad, cuanto más envejecida sea la población, mayor riesgo de inmovilización puede producirse. Esto es importante ya que la patología asociada más importante de este síndrome y en donde enfermería cobra un papel fundamental, es en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Actualmente según el 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España en cuanto a la prevalencia del tratamiento de úlceras por presión, estima que dentro de las curas que se realizan en los centros de salud, el 13'41% corresponde a úlceras por presión. Debido a la magnitud en cuanto a la prevalencia e incidencia de esta patología, se ha realizado unas guías en cuanto a su prevención y tratamiento en función a las características de las mismas, haciendo especial hincapié al razonamiento en cuanto al tratamiento según la etiología de las úlceras.

Finalmente en los pacientes en los que su movilidad se encuentra reducida y por lo tanto la aparición de úlceras por presión es más probable que en condiciones normales, es importante que enfermería sea capaz de distinguir el Síndrome del Cuidador sin necesidad a que este se encuentre sobrepasado por la situación. La familia que desempeñe su papel de cuidadora, debe de ser capaz de llevar su vida de forma normal.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Atención primaria. Declaración del Alma-Ata 1978 [Internet]. 2019. [Consultado 10 feb 2021] Disponible en: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
2. OMS. Atención Primaria. ¿Qué es la atención primaria? [Internet] 2019. [Consultado 28 feb 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
3. Dudh.es. Artículo 25. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A (III) [Internet]. 1948. [Consultado 20 mar 2021]. Disponible en: <https://dudh.es/25/>
4. Sanchón Macías MV. Salud Pública y Atención Primaria de Salud [Internet]. [Consultado 16 abr 2021] Disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/965/course/section/1088/1.2_historia_salud_publica.pdf
5. Segura del Pozo J. Historia de la Atención Primaria (...y de la Medicina Social)" [Internet]. 2018. [Consultado 12 may 2021]. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2018/04/18/historia-de-la-atencion-primaria-y-de-la-medicina-social/>
6. Alma-Ata, 1978. A 32 Años de la Declaración de Alma-Ata [Internet]. 2006. [Consultado 4 may 2021]. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaracion-dealmaata/declaraciondealmaata.html>
7. Audita Sanidad. La sanidad, antes y después [Internet]. [Consultado 6 jun 2020] Disponible en: <https://auditasanidad.org/la-sanidad-antes-y-despues/#1442582691256-2c478367-ac70>
8. Fernández Fernández A, Vaquera Mosquero M. Análisis de la evolución histórica de la Sanidad y la Gestión Sanitaria en España. E. M. 2012; 4:1-8.
9. Mscbs.gob.es. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social- Profesionales – CS – Atención Especializada [Internet]. 2020. [Consultado 1 ago]. Citado en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/home.htm>
10. Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gervas Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? RevAdmSanit. 2006; 4(2)357-82.
11. Dasí MJ, Rojo E. Continuidad de los cuidados de enfermería: necesidad de coordinación entre niveles. Conferencia del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. [Internet]. 2000; 3(2):1-11. [Consultado 27 jul 2020]. Disponible en: <https://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094095095424170>
12. Moovintec Movilidad. Diferencias entre minusvalía y movilidad reducida [Internet]. 2020. [Consultado 27 jun 2020] Disponible en: <https://moovintecmovilidad.es/diferencias-minusvalia-movilidad-reducida/#:~:text=Las%20personas%20con%20movilidad%20reducida,tener%20o%20no%20una%20discapacidad.>
13. Sánchez Gómez MB, Gómez Salgado J, Duarte Clíments G. Atención al individuo y la familia. Enfermería Comunitaria VI. FUDEN. 2009.
14. González Madrigal N. Síndrome de inmovilización en el adulto mayor. RevMed Costa Rica Centroam. 2015; 71(616):551-55.
15. García Espínola H. Inmovilidad en el adulto mayor. Escuela de Medicina. [Internet]. [Citado 15 jul 2020] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/inmovilidad-adulto-mayor/>
16. NIH. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Diccionario. [Consultado 1 ago 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/dictionary/>

//www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/sindrome

17. INE. Indicadores de Estructura de población. Proporción de personas mayores de cierta edad por provincia [Internet]. 2020. [Consultado 31 jul 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488#!tabstaba>
18. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. 2019. 22: 5-38. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
19. Silva García MC, Villamil Díaz MI, Carrillero González JC, Caballero Oliver A, Bueno Mariscal C, Rico Corral MA, et al. Manejo de heridas. Cuidados generales de la piel. Valoración integral del riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Escalas de valoración. Cuidados de úlceras por presión, heridas crónicas, quemaduras. Enfermero/a del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Temario Parte Específica. Volumen 3. Editorial Mad. 7 editores. 2018. p.12-65.
20. Rando Caño J, GonzalezRodriguez E, Garrido Peño N, Marín García Alicia, Baz Carmona D, Vega Barea J. Actualización en el tratamiento de úlceras cutáneas crónicas. Cursos Fnn; 2019.
21. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013. 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014; 25 (4):162-70.
22. Úlceras.net. Úlceras por presión: Etiopatogenia [Internet]. 2020. [Consultado 29 jul 2020]. Disponible en: <https://www.ulceras.net/seccion.php?idsm=77&id=97>
23. Enfermería en la UCV. Úlceras por presión ¿Qué son? ¿Dónde se localizan? Clasificación. Factores de riesgo y mecanismo de acción. 2015. [Consultado 9 ago 2020]. Disponible en: <http://todoenfermeriaucv.blogspot.com/2015/12/ulceras-por-presion-que-son-donde-se.html>
24. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Ágreda JJ, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. GEROKOMOS. 2008; 19 (3): 136-144.
25. Romanos Calvo B, Casanova Cartié N. La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. Gerokomos. 2017; 28 (4): 194-99.
26. Fuentelsaz Gallego C. Validación de la escala EMINA ©: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Enferm Clínica. 2001; 11 (3): 97-103.
27. López Casanova P, Verdú Soriano J, Berenguer Perez M, Soldevilla Agreda J. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Gerokomos. 2018; 29 (2): 92-9.
28. Úlceras.net. Úlceras por presión: SEMP [Internet]. 2020. [Consultado 8 ago 2020]. Disponible en: <https://www.ulceras.net/monografico/114/102/ulceras-por-presion-semp.html>
29. García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, Lopez Casanova P, Rodríguez Palma M. Clasificación, categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP N°II. 2014.
30. CMUC. Curas en Ambiente Húmedo vs. Curas en Ambiente Seco [Internet]. 2018. [Consultado 8 ago 2020]. Disponible en: <https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/cura-humeda-vs-cura-seca/#:~:text=La%20cura%20en%20ambiente%20h%C3%BAmedo,permanente%20contacto%20con%20la%20misma.>
31. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ, Rodríguez Palma M, Gago Fornells M, et al. Eficacia de los productos para el tratamiento de las úlceras por presión: una revisión sistemática con metaanálisis. Gerokomos. 2007; 18 (1):36-51.
32. FerndandesMadeiras AB, Aires de Freitas Lopes CH, Bessa Jorge MS. Analysis of prevention and treatment of thepressureulcersproposedby nurses. RevEscEnferm USP. 2009; 43 (1):215-20.
33. García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, Lopez Casanova P, Rodríguez Palma M, et al. Manejo Local de Úlceras y Heridas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP N°III. 2018.
34. Sánchez Meléndez A, Silva Rodríguez A, Calderón Domínguez SM, Sánchez Guerrero JA, Prieto García C. Manual de Uso e Indicaciones de Productos y Apósitos para la Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud; 2017.
35. Ferré Grau C, Rodero Sánchez V, Cid Buera D, Vives Relats C, Aparicio Casals MR. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona: Publidisa. 2011.
36. Neurorhb.com. Síndrome del Cuidador: Cómo cuidar al que cuida [Internet]. 2013. [Consultado 17 ago 2020]. Disponible en: <https://neurorhb.com/blog-da-no-cerebral/sindrome-del-cuidador-como-cuidar-al-que-cuida/>
37. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Medleg Costa Rica. 2015; 32 (1).
38. Canga A, Esandi N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. An. Sanit. Navar. 2016; 39 (2): 319-22.