

Ander Josué Nebreda y Zuriñe Lana San Martín

CUIDADO DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA
DEPENDENCIA EN PACIENTES CON ALZHEIMER INSTITUCIONALIZADOS

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Dirigido por: Sra. Adoración Rodríguez Vázquez

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Fundació URV

Facultad de enfermería

TARRAGONA 2024/2025

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queríamos agradecer a nuestra tutora Adoración Rodríguez Vázquez por ayudarnos y asesorarnos en todo momento, siendo una guía esencial a la hora de realizar este trabajo.

Además, queremos agradecer al profesorado del Grado de Enfermería por transmitirnos sus conocimientos, y compartir y contagiar su pasión por la enfermería.

Asimismo, queríamos agradecer a nuestros familiares por acompañarnos y apoyarnos en todo el proceso, y confiar en que lograríamos superar este gran reto.

Para finalizar, queríamos agradecer a todos nuestros amigos, especialmente aquellos que hemos hecho en Tarragona, los cuales siempre han estado ahí y han sido un pilar fundamental durante todos estos últimos años en los que ha habido momentos estresantes, tristes, emocionantes, y sobre todo felices.

ÍNDICE

Acrónimos y abreviaturas	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN PICO.....	9
3. OBJETIVOS	10
4. MARCO TEÓRICO	10
4.1 ALZHEIMER	10
4.2. LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA (LCRD) .	15
4.3. INSTITUCIÓN.....	37
5. METODOLOGÍA	37
a. Diseño del estudio.....	37
b. Estrategia de recerca y fuentes de información.....	38
c. Criterios de selección	38
d. Estrategias de búsqueda.....	39
6. RESULTADOS	41
7. DISCUSIÓN.....	48
8. CONCLUSIONES	50
9. TEMPORALIZACIÓN DEL TRABAJO	51
10. LIMITACIONES	51
11. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	51
12. APLICABILIDAD DEL ESTUDIO	52
WEBGRAFÍA	53
ANEXOS.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Material limpieza</i>	28
<i>Tabla 2 Material para realizar desbridamiento enzimático</i>	30
<i>Tabla 3 Material para realizar desbridamiento autolítico</i>	31
<i>Tabla 4 Material para realizar desbridamiento osmótico</i>	31
<i>Tabla 5 Productos antisépticos</i>	35
<i>Tabla 6 Apósitos para control de exudado</i>	36
<i>Tabla 7 Productos para los bordes epiteliales</i>	37
<i>Tabla 8 Descriptores</i>	38
<i>Tabla 9 Estrategias de búsqueda</i>	40
<i>Tabla 10 Objetivo, metodología y conclusión de los artículos seleccionados</i>	47

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

<i>Diagrama 1 Diagrama prisma</i>	41
---	----

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1 Características y manejo del lecho de las heridas crónicas (Fuente: ref 37)</i>	32
--	----

Acrónimos y abreviaturas

- ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.
- Ag: Plata.
- AGHO: Ácidos grasos hiperoxigenados.
- EA: Enfermedad de Alzheimer.
- GDS: Escala global de deterioro.
- GNEAUPP: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.
- LCRD: Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.
- LESCAH: Lesiones cutáneas asociadas a la humedad.
- LPP: Lesión por presión.
- O₂: Oxígeno.
- PET: Tomografía por emisión de positrones.
- RAE: Real Academia Española.
- RM: Resonancia magnética.
- SEMP: Superficies especiales para el manejo de la presión.
- SPECT: Tomografía por emisión de fotones individuales.
- TC: Tomografía computarizada.
- TCAEs: Técnicos de cuidados auxiliares de enfermería.
- UPP: Úlcera por presión.

RESUMEN

Objetivo:

El objetivo principal de este trabajo es identificar los cuidados e intervenciones enfermeras más efectivas para prevenir y tratar las LCRD en pacientes con enfermedad de Alzheimer en etapas avanzadas, los cuales están institucionalizados. Además de ello, se analizarán los factores de riesgo y el impacto físico, emocional y social de estas lesiones.

Metodología:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica estructurada, utilizando bases de datos como PubMed, SciELO, CINAHL, Cuiden y Dialnet. Se emplearon descriptores DeCS/MeSH y operadores booleanos para refinar la búsqueda. Se seleccionaron artículos en castellano, de acceso completo, publicados entre 2019 y 2024 y centrados en pacientes institucionalizados mayores de 65 años. Se excluyeron estudios sobre pacientes domiciliarios o menores de esa edad, y revisiones sistemáticas.

Resultados:

Hemos identificado múltiples factores de riesgo que favorecen la aparición de lesiones cutáneas en pacientes con Alzheimer institucionalizados; la inmovilidad, la incontinencia, la desnutrición y el deterioro cognitivo avanzado, entre otros. Estas lesiones afectan negativamente en la calidad de vida del paciente, provocando dolor, pérdida de autonomía, carga emocional tanto para el paciente como para su entorno... La enfermería se ocupa de un papel fundamental en la prevención y tratamiento de estas lesiones a través de protocolos clínicos, uso de material específico, movilizaciones adecuadas y una formación continua.

Conclusiones:

Las intervenciones enfermeras son esenciales para reducir la incidencia de LCRD y mejorar la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer institucionalizados. Se requiere una atención individualizada, holística y basada en la evidencia, que incluya a todo el equipo multidisciplinar y a las familias en el proceso de cuidado.

Palabras clave: Alzheimer, lesiones cutáneas, dependencia, institución, enfermería.

ABSTRACT

Objective:

The main objective of this work is to identify the most effective nursing care and interventions for the prevention and treatment of moisture-associated skin damage (MASD) in institutionalized patients with advanced-stage Alzheimer's disease. Additionally, risk factors and the physical, emotional, and social impact of these lesions will be analyzed.

Methodology:

A structured literature review was conducted using databases such as PubMed, SciELO, CINAHL, Cuiden, and Dialnet. DeCS/MeSH descriptors and Boolean operators were used to refine the search. Articles in Spanish, with full access, published between 2019 and 2024, and focused on institutionalized patients over 65 years of age were selected. Studies on home-based patients, individuals under 65, and systematic reviews were excluded.

Results:

Multiple risk factors have been identified that contribute to the development of skin lesions in institutionalized Alzheimer's patients, including immobility, incontinence, malnutrition, and advanced cognitive decline, among others. These lesions negatively impact the patient's quality of life, causing pain, loss of autonomy, and emotional burden for both the patient and their environment. Nursing plays a key role in the prevention and treatment of these lesions through clinical protocols, specific equipment, appropriate mobilization, and continuous training.

Conclusions:

Nursing interventions are essential to reduce the incidence of MASD and improve the quality of life of institutionalized patients with Alzheimer's disease. Individualized, holistic, and evidence-based care is required, involving the entire multidisciplinary team and families in the care process.

Keywords: Alzheimer, skin injuries, dependency, institution, nursing.

1. INTRODUCCIÓN

Las lesiones cutáneas son cambios anormales en la piel que provocan una diferencia notable entre la zona afectada y la piel que la rodea. Estas lesiones pueden ser leves y sanar de manera natural o más graves y necesitar un tratamiento y cuidados especiales (1). Este tipo de lesiones son un problema grave de salud que producen daño en los pacientes y que en su mayoría son evitables (2). Asimismo, pueden desencadenar otras complicaciones como celulitis infecciosa, infecciones óseas y articulares, septicemia, cáncer o incluso la muerte (3).

Este tipo de lesiones de acuerdo con diversos estudios tienen una incidencia en la comunidad de 1,7% anualmente en edades de 55-69 años y 3,3% en 70-75 años (4). Asimismo, de acuerdo con estudios nacionales del GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas) realizados en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España se llegó a la conclusión que ha habido un aumento del 3% en lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) con respecto a estudios anteriores (5).

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo que afecta al cerebro destruyendo lentamente la memoria y las habilidades de pensamiento pudiendo llegar a afectar a la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en sus estadios más avanzados (6). De acuerdo con varios estudios la prevalencia en España de Alzheimer es del 0,05% entre las personas de 40 a 65 años; 1,07% entre 65-69 años; 3,4% en los 70-74 años; 6,9% en los 75-79 años; 12,1% en los 80-84 años; 20,1% en 85-89 años y 39,2% entre mayores de 90 años. Actualmente las personas afectadas por esta patología son más de 700.000 personas, no obstante, en 2050 se prevé que el número de enfermos será duplicado a casi 2 millones de personas (7).

Al tratarse de una patología neurodegenerativa los síntomas empeoran con el tiempo, aunque la velocidad en que avanza la enfermedad varía. La etapa temprana o leve es el inicio de la patología en la que la persona presenta problemas para encontrar palabras o nombres correctos, tiene problemas para recordar citas o llamadas telefónicas y puede presentar cambios bruscos de humor, a pesar de ello es capaz de realizar las ABVD sin problemas. La etapa media o moderada constituye la etapa más prolongada y puede durar incluso años. La persona puede olvidar información personal, sentir confusión sobre ubicaciones y fechas, la creciente confusión provoca que sea más difícil enfrentarse a su vida diaria pudiendo perder así su autonomía. La etapa final o grave es aquella en la que las personas pierden la capacidad de responder al entorno por lo que no pueden tener una conversación o controlar movimientos, por lo que necesitan ayuda

constante para las actividades diarias o cuidado personal volviéndose dependientes y vulnerables a infecciones como la neumonía o las UPP (úlceras por presión) (8).

Debido a la incidencia, la importancia y la relación de ambas patologías hemos considerado que es un tema importante para estudiar más a fondo. Asimismo, en todo momento hemos sabido que el objetivo y/o temática de nuestro trabajo rondaría en torno al cuidado de heridas, ya que es un tema que a ambos nos agrada. El Alzheimer es una patología que nos interesa mucho, la cual ya hemos estudiado a lo largo del grado y que además tiene una incidencia cada vez mayor.

Existe una alta prevalencia de lesiones cutáneas en pacientes con Alzheimer, lo que se debe a factores como la inmovilidad, falta de respuesta al dolor y dificultad o incapacidad de autocuidado que esta produce.

Por ello, nuestro objetivo es claro: conocer cuáles son los cuidados e intervenciones enfermeras para la prevención y tratamiento de lesiones cutáneas en pacientes con Alzheimer institucionalizados, estudiando diferentes actuaciones enfermeras que mejoren tanto el bienestar como la calidad de vida de los pacientes. Un tema con mucha relevancia tanto clínica como social en el ámbito geriátrico.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN PICO

Teniendo en cuenta el tema escogido se ha elaborado una pregunta de investigación con el modelo PICO.

- P: Pacientes con enfermedad de Alzheimer en etapas avanzadas institucionalizados.
- I: Investigar sobre los cuidados e intervenciones enfermeras para la prevención y tratamiento de las lesiones cutáneas en el grupo de estudio.
- C: No se establece.
- O: Obtener información acerca de la reducción de factores de riesgo y mejora de la calidad de vida.

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que permitan prevenir y tratar las lesiones cutáneas en pacientes institucionalizados y cómo podemos mejorar los factores de riesgo asociados?

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer cuáles son los cuidados y las intervenciones enfermeras para la prevención y tratamiento de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en pacientes con Alzheimer institucionalizados.

Objetivos específicos:

- Identificar los diferentes factores de riesgo que aumentan la incidencia de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en el Alzheimer
- Determinar el impacto físico, emocional y social que pueden ocasionar estas lesiones en los pacientes y su entorno.
- Identificar los diferentes recursos que precisan los profesionales sanitarios para la prevención y cura de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ALZHEIMER

4.1.1 - ¿Qué es el Alzheimer?

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una demencia neurodegenerativa progresiva caracterizada por deterioro cognitivo y síntomas neuropsiquiátricos, afectando la memoria, el lenguaje y la capacidad de toma de decisiones (10). Se distingue del envejecimiento normal por cambios citológicos, histológicos e inmunohistoquímicos, incluyendo ovillos neurofibrilares de proteína tau anormalmente fosforilada, placas neuríticas con beta amiloide y degeneración neuronal. Aunque su diagnóstico es probabilístico, la confirmación post mórtem revela estos cambios característicos (9).

En los últimos años, se han identificado variantes atípicas como la atrofia cortical posterior y la afasia progresiva primaria. Las causas del Alzheimer no están completamente esclarecidas, pero incluyen factores genéticos y procesos oxidativos y tóxicos que afectan el tejido cerebral. La acumulación de beta amiloide y ovillos neurofibrilares contribuye a la disfunción neuronal y pérdida sináptica.

El principal síntoma es la pérdida de memoria episódica, con dificultades para aprender nueva información y olvidar con rapidez lo recientemente adquirido, mientras que los recuerdos antiguos se preservan hasta fases avanzadas. Otros síntomas incluyen

desorientación, alteraciones del lenguaje, cambios en la personalidad y comportamiento problemático. La prevalencia de la EA aumenta con la edad, afectando al 5-10% de la población mayor de 65 años. En España, el número de casos ha crecido un 50% desde los años 80. Aunque no existe cura, la investigación sigue avanzando para encontrar tratamientos efectivos (9, 10, 11).

4.1.2 - Fases del Alzheimer

La Escala Global de Deterioro (GDS) puede ser utilizada para clasificar la progresión del Alzheimer, ya que en ella se evalúa el deterioro cognitivo.

- GDS-1: Ausencia de alteración cognitiva

Quejas subjetivas y trastornos evidentes de memoria en entrevistas clínicas ausentes.

- GDS-2: Disminución cognitiva muy leve

Quejas subjetivas de alteración de memoria, destacando olvidos de nombres y olvidos acerca dónde se han colocado determinados objetos. La persona es consciente de ello.

- GDS-3: Disminución cognitiva leve

Se dan los primeros defectos claros. Pueden manifestarse en una o más de las siguientes áreas: el paciente se pierde en lugares no familiares; se detectan defectos en la evocación de palabras y nombres; capacidad disminuida en el recuerdo de personas nuevas; perder objetos de valor; defecto de concentración; disminución de rendimiento en situaciones laborales o sociales; negación de los defectos; síntomas acompañados de ansiedad moderada...

- GDS-4: Defecto cognitivo moderado

Defectos claramente definidos en una entrevista clínica en las siguientes áreas: conocimiento disminuido de acontecimientos actuales y recientes; capacidad disminuida para viajar o gestionar finanzas; defecto de concentración... No obstante, encontramos áreas que aún no se encuentran alteradas: orientación en tiempo y persona; reconocimiento de personas cercanas; capacidad en desplazarse en lugares familiares...

- GDS-5: Defecto cognitivo moderado – grave

El paciente pierde autonomía, por lo que no puede subsistir sin ayuda. No recuerda datos relevantes actuales, como su dirección, teléfono, nombres de familiares

cercanos... Aparece desorientación en el tiempo (fecha, día de la semana...) o espacio. A pesar de esto mantiene conocimientos de hechos de mayor interés, casamiento, número y nombre de sus hijos. Aunque el paciente pierda autonomía no precisa asistencia en el aseo ni en la comida.

- GDS-6: Defecto cognitivo grave

Desconoce sucesos recientes de su vida, y ocasionalmente olvida el nombre de su pareja, aunque mantiene conocimiento de su vida pasada fragmentado. Generalmente desconoce el entorno, año... Dependen de un cuidador para sobrevivir requiriendo asistencia en actividades cotidianas. Aparecen cambios emocionales y de personalidad, se pueden dar conductas delirantes; síntomas obsesivos (limpieza); síntomas de ansiedad, agitación y violencia previamente inexistentes; y abulia cognitiva, pérdida de deseos...

- GDS-7: Defecto cognitivo muy grave

Se da una pérdida de las capacidades verbales, inicialmente pueden verbalizar palabras, no obstante, cuando la fase está avanzada se comunican únicamente con gruñidos. Aparecen incontinencias requiriendo asistencia en el aseo y alimentación. Las habilidades psicomotoras básicas como la deambulación se van perdiendo, lo que provoca una gran dependencia (12).

4.1.3 - Epidemiología:

- El Alzheimer es la demencia con mayor incidencia en la población anciana (13).
- Hace referencia al 50-75% de las demencias del mundo (13).
- Se calcula que en 2050 habrá 106,8 millones de casos de Alzheimer en el mundo, de los cuales 16,51 millones serán europeos (13).
- El 5,05% de la población europea padece Alzheimer, el 3,31% de los hombres y el 7,13% de las mujeres (13).
- Alrededor de 800.000 personas padecen esta enfermedad en España (34).
- El 30 y el 40% de los casos totales de Alzheimer en España están sin diagnosticar (34).
- En Cataluña, 86.000 personas padecen Alzheimer, y el 64,5% son mujeres (14).

4.1.4 - Factores de riesgo:

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer Alzheimer. Estos, se dividen en dos grupos; los modificables y los no modificables.

Modificables: Como su propio nombre indica, estos son los factores de riesgo que se pueden modificar, esto es, que se pueden prevenir. Por un lado, tenemos los factores de riesgo cardiovasculares, tales como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, inactividad física, síndrome metabólico... Además de ello, también influyen en la aparición de esta enfermedad la pérdida de audición, los niveles de estudio bajos, el nivel socioeconómico bajo...

No modificables: Por otro lado, entre los no modificables, cabe destacar que uno de los factores de riesgo es pertenecer al sexo femenino, ya que la incidencia de Alzheimer es mayor en las mujeres. En adición, la incidencia también aumenta en edades adultas. En España, por ejemplo, el 5-7% de las personas > 65 años padecen Alzheimer, siendo, sin embargo, el 20% de las personas > 80 años. Si todo eso fuera poco, la presencia de antecedentes de Alzheimer en la familia y las alteraciones genéticas también son factores no modificables de la enfermedad (15).

4.1.5 - Prevención:

A la hora de prevenir esta enfermedad, es esencial conocer adecuadamente los factores de riesgo modificables y evitarlos. Para ello, es muy importante no fumar, controlar los factores de riesgo cardiovasculares, realizar actividad física, no consumir tóxicos, mantener una nutrición equilibrada... (15).

Las terapias de intervención cognitiva son unos de los tratamientos más populares para la demencia, basadas en la neuroplasticidad y reserva cognitiva. Se sostiene que manteniendo una persona activa estimulando las áreas cerebrales preservadas se puede ralentizar el deterioro cognitivo. Estas terapias se adaptan a las necesidades individuales de cada persona después de una evaluación previa de sus capacidades. Generalmente estas intervenciones buscan optimizar las capacidades cognitivas y funcionales mejorando así la calidad de vida y autoestima de los pacientes. Existen tres tipos de terapias: estimulación cognitiva, entrenamiento cognitivo, y rehabilitación cognitiva.

- Estimulación cognitiva: Busca mejorar el funcionamiento social y cognitivo de los pacientes en fases leves y moderadas, manteniendo las capacidades conservadas y ralentizando el deterioro cognitivo.
- Entrenamiento cognitivo: Consiste en la práctica repetida de tareas diseñadas para mejorar funciones cognitivas específicas adaptadas a cada individuo. Se basa en mejorar o mantener el funcionamiento cognitivo.

- Rehabilitación cognitiva: Está orientada a la solución de problemas y mejorar la participación social. Se aplica de manera individualizada para manejar la discapacidad funcional y trabajar con la persona y familiares estableciendo objetivos asociados con las actividades diarias (se realiza principalmente en el hogar). Es utilizada en deterioro cognitivo leve y demencia leve (35).

4.1.6 – Complicaciones

En las fases más avanzadas de la patología las funciones físicas del paciente se encuentran afectadas lo que puede provocar complicaciones. Estas afecciones pueden influir en la capacidad de tragar, mantener equilibrio, controlar movimientos y esfínteres intestinales y vesicales... Debido a esto podemos encontrar las siguientes complicaciones: broncoaspiración; disfagia; procesos virales e infecciones respiratorias; caídas; fracturas; malnutrición o deshidratación; estreñimiento o diarrea; problemas dentales; LCRD... Además, en los últimos estadios, limita mucho la movilidad y provoca una gran dependencia (16).

4.1.7 - Diagnóstico

Su diagnóstico requiere una evaluación completa del paciente:

1. Historia clínica detallada
2. Examen físico y neurológico
3. Exploración neuropsicológica que valore las funciones cognitivas, la conducta y las capacidades funcionales de la persona
4. Análisis de laboratorio y pruebas de imagen, como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM), la tomografía por emisión de fotones individuales (SPECT) o la tomografía por emisión de positrones (PET)
5. Estudiar el líquido cefalorraquídeo

No obstante, la enfermedad de Alzheimer solo se puede diagnosticar con completa fiabilidad una vez haya fallecido la persona, realizando un examen microscópico del tejido cerebral. Esto es, por mucho que las pruebas mencionadas anteriormente nos aproximen al diagnóstico, este nunca es del completamente seguro (17).

4.2. LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA (LCRD)

4.2.1 - Definición

Las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia son las que se producen en personas que manifiestan dependencia, ya sea permanente o transitoria, independientemente de su edad, proceso, estado físico o situación de enfermedad. Esta situación impide que las personas puedan cuidarse a sí mismas, por lo que debido a la fragilidad y vulnerabilidad se exponen al riesgo de desarrollar algún tipo de LCRD (18).

4.2.2 – Tipos

Cuando nos encontramos ante una lesión en un paciente encamado es importante identificar correctamente ante qué tipo de lesión nos encontramos y cuál es su etiopatogenia. Actualmente las (LCRD) se pueden clasificar en 5 grupos de lesiones: Lesiones por presión y cizalla, lesiones cutáneas asociadas con la humedad, lesiones por fricción, desgarros cutáneos, y lesiones combinadas o mixtas. Es importante conocer las características de cada lesión para realizar un diagnóstico correcto, ya que hay una gran tendencia a diagnosticar todas las lesiones como UPP, cuando no todas las lesiones son de este tipo.

Cada lesión manifiesta unas características propias, por su etiología, mecanismos de producción, localización y clínica, y características del paciente, lo cual nos facilitará la identificación y el diagnóstico correcto de cada lesión. Una mayor precisión diagnóstica nos ayudará a realizar una mejor estrategia ante el tratamiento y tener una mejor prevención, lo cual es indispensable para evitar futuras lesiones (19).

- a. Lesiones por presión (LPP) y por presión – cizalla
 - i. Definición

De acuerdo con la GNEAUPP estas lesiones se definen como “una lesión localizada en la piel o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión en combinación con fuerzas de cizalla. En ocasiones también puede aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos”.

- ii. Etiología

Como se puede observar existen dos factores etiológicos asociados a este tipo de lesión: las fuerzas de presión únicamente, aplastamiento tisular entre dos planos duros

(hueso del paciente y otro externo a él) y combinadas con fuerzas tangenciales (cizalla) que producen lesiones internas en tejidos más profundos.

iii. Características clínicas

Durante años, no se sabía con certeza cómo evolucionaban este tipo de lesiones, es decir, si se desarrollaban del interior de la piel al exterior (comienzo interno) o del exterior hacia el interior (se originaba una lesión superficial que iba profundizando). Actualmente, se ha demostrado que ambas formas son posibles dependiendo del tipo de fuerza que las origina. Si la lesión es causada por una fuerza de presión individual se desarrollará de afuera hacia adentro. En cambio, si la fuerza incluye un componente de cizalla, el daño tisular será más profundo y la lesión se generará del interior al exterior.

Las LPP cuya presión se presenta sola son redondeadas u ovaladas situándose de manera perpendicular a la prominencia ósea. Asimismo, puede darse sobre tejidos blandos que han sido sometidos a presión externa de dispositivos clínicos con fines terapéuticos o diagnósticos (sonda nasogástrica, ventilación mecánica no invasiva, sonda vesical...). Por otro lado, las LPP cuya fuerza es de cizalla son más irregulares, con presencia de doble eritema y pueden estar desplazadas unos 30-45° sobre la prominencia ósea. La evolución y la cicatrización es distinta, ya que las LPP originadas por presión y cizalla son las que tienen una mejor evolución.

iv. Categorización

El GNEAUPP propone clasificar las LPP con varias categorías:

- Categoría I: Eritema no blanqueable

La piel se encuentra intacta con enrojecimiento que no blanquea, se encuentra localizada sobre una prominencia ósea. La zona puede estar más caliente o fría que los tejidos adyacentes, suave, firme y presentar edema. Asimismo, el paciente puede percibir dolor (anexo 1).

- Categoría II: Úlcera de espesor parcial

Encontramos una pérdida de espesor parcial de la dermis poco profunda, el lecho generalmente es de color rojo – rosado sin presentar esfacelos. Esta categoría puede confundirse con otras lesiones como las relacionadas con la humedad, fricción o desgarros cutáneos por adhesivos. La examinación detallada será necesaria para diferenciarlas: aquellas que presentan signos de maceración nos indica que son

lesiones por humedad y aquellas en las que encontremos ampollas o flictenas nos orienta hacia lesiones por fricción (anexo 2).

- Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel

En esta categoría hay una pérdida completa del tejido dérmico. Los huesos, tendones y músculos no están expuestos, no obstante, la grasa subcutánea puede ser visible. Puede haber esfacelos o tejido necrótico que dificulte observar la profundidad de la lesión pudiendo haber cavitaciones o tunelizaciones. La profundidad de la lesión varía en función de la anatomía de la zona afectada (anexo 3).

- Categoría IV: Pérdida total del espesor de los tejidos

La piel sufre una pérdida total del espesor del tejido, con hueso, tendón o músculo expuesto. Puede haber esfacelos o tejido necrótico, asimismo, son frecuentes cavitaciones o tunelizaciones. La profundidad dependerá de la localización anatómica y el tejido subcutáneo (adiposo) (anexo 4).

- Lesiones de tejidos profundos

Son aquellas con forma irregular causada por fuerzas de cizalla, suele presentar doble eritema (el segundo más oscuro de color morado o marrón), y se desplaza unos 30-45° de las prominencias óseas. El tejido puede mostrarse firme o blando, caliente o frío en comparación con otros tejidos adyacentes, y el paciente puede experimentar dolor en la zona (anexo 5).

v. Localización

Las zonas más frecuentes de este tipo de lesiones son: sacro-coxis (32,7%), talón (31,1%) y trocánter-isquion (9,9%). No obstante, las zonas con mayor riesgo de padecer una lesión dependerán de la posición corporal que tenga el paciente, siendo así muy importante realizar cambios posturales a pacientes encamados.

b. Lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH)

i. Definición

De acuerdo con la GNEAUPP este tipo de lesiones se definen como “la lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) o erosión de esta, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por

ejemplo, orina, heces, exudados de heridas, efluentes de estomas o fístulas, sudor, saliva o moco)".

ii. Etiología

El cuerpo humano está frecuentemente expuesto a estos fluidos sin presentar ningún daño aparente. Para que se produzca una lesión hay diversos elementos que intervienen en su aparición entre los que se incluyen, el tiempo de exposición (prolongado), volumen, cantidad, diversidad y contenido de irritantes químicos en el fluido, el pH de este, microorganismos patógenos y el estado fisiológico del paciente. Cuando concuerdan estas circunstancias la piel se vuelve más frágil y hay una mayor probabilidad de perder su integridad.

iii. Características clínicas

Las LESCAH se dan como una inflamación de la piel (eritema), la cual encontramos junto a otras erosiones o infecciones secundarias, o aisladas. Generalmente se detectan cuando hay signos de maceración o erosión de la piel. Se localizan en zonas sin prominencia óseas, con bordes difusos e irregulares, en forma de espejo (simétrica), y poseen eritema.

iv. Categorización

La clasificación de las lesiones por incontinencia y dermatitis de acuerdo con el GNEAUPP encontramos:

- Categoría I: eritema sin pérdida de la integridad cutánea

La piel se encuentra íntegra con enrojecimiento no blanqueable, en una zona localizada sometida a humedad. Dependiendo de la tonalidad cutánea y gravedad encontramos una subclasificación: 1A leve-moderado (piel rosa) y 1B intenso (piel de color rosa oscuro o rojo) (anexo 6).

- Categoría II: eritema con pérdida de la integridad cutánea

Se da la pérdida parcial del espesor de la dermis presentando una lesión abierta, poco profunda, que presenta un lecho rojo-rosado. Los bordes suelen estar macerados con un color blanco-amarillento. Asimismo, existe una subclasificación dependiendo del grado de erosión: 2A leve-moderado (erosión <50% del total del eritema) y 2B intenso (erosión >50% del total del eritema) (anexo 7).

v. Dermatitis

La dermatitis es una inflamación causada por la exposición prolongada a humedad, dependiendo al fluido al que la piel se encuentra expuesta encontramos: dermatitis asociada a la incontinencia (urinaria o fecal), dermatitis intertriginosa (sudor en pliegues cutáneos), dermatitis perilesional asociada a exudado (procedente de lesiones supurativas, por ejemplo ostomías), dermatitis cutánea asociada al exudado (exudado procedente de extremidades con piel intacta), dermatitis periestomal (efluentes del estoma) y dermatitis por saliva o por mucosidad (saliva o mucosa procedente de la boca o fosas nasales).

c. Lesión por fricción

i. Definición

Se puede definir una lesión por roce-fricción como “la lesión localizada en la piel (no suele afectar a los tejidos subyacentes) provocada por las fuerzas derivadas del roce-fricción entre la piel del paciente y otra superficie paralela en contacto con él, que se mueven ambas en sentido contrario”.

ii. Etiología

La fuerza de fricción es aquella que se opone al movimiento entre dos superficies paralelas que están en contacto (por ejemplo, piel de paciente con sábana, sillón, dispositivo terapéutico...), generando energía y pudiendo llegar a dañar a una o ambas superficies.

iii. Características clínicas

Este tipo de lesiones se dan sobre cualquier zona del cuerpo sometida a fricción (pudiendo ser prominencia ósea o no) y generalmente ocurren cuando el paciente se encuentra sentado o acostado y se va deslizando, provocando un roce de la piel con la sábana. Asimismo, es frecuente que ocurra esta fuerza cuando se realiza movilización del paciente.

iv. Categorización

De acuerdo con el GNEAUPP encontramos una clasificación de este tipo de lesiones:

- Categoría I: eritema sin flictena

La piel se encuentra intacta, no obstante, hay enrojecimiento no blanqueable en una zona localizada sometida a fricción. El paciente puede sentir dolor en la zona, la cual

puede estar más caliente comparando con tejidos adyacentes y presentar edema (anexo 8).

- Categoría II: presencia de flictena

Aparece una flictena (vesícula o ampolla), la cual se mantiene intacta sin pérdida de integridad cutánea. Esta flictena puede estar llena de suero o líquido claro, lo cual indica que la lesión está en la epidermis o dermis superficial (anexo 9).

- Categoría III: lesión con pérdida de la integridad cutánea

Encontramos una pérdida parcial de la dermis presentándose como una úlcera abierta, poco profunda, con un lecho rojo-rosado (puede existir resto de hematoma o sangre coagulada). En la zona perilesional podemos encontrar restos de la flictena (anexo 10).

v. Localizaciones más frecuentes

Las zonas más frecuentes donde se producen este tipo de lesiones son: espalda (zona escapular), sacro, glúteos, maléolos y talones.

d. Desgarros cutáneos

i. Definición

El GNEAUPP define este tipo de lesiones como “la lesión localizada en la piel (no suele afectar a los tejidos subyacentes) de origen traumático causada por fuerzas mecánicas, incluidas las originadas por la retirada de adhesivos potentes. La gravedad puede variar según la profundidad, pero con carácter general no se extiende más allá de la dermis e hipodermis”.

ii. Etiología

Las heridas traumáticas generadas por varias fuerzas mecánicas son consideradas desgarros cutáneos, entre las que incluimos traumatismos cerrados, caídas, manipulaciones inadecuadas, lesiones por dispositivos o retirada de apósitos adherentes. Existen una serie de factores de riesgo asociados a este tipo de lesiones, la salud del paciente (polimedicados, estado nutricional, deterioro cognitivo...), movilidad, dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y estado de la piel. El uso de contenciones mecánicas es habitual entre la población geriátrica debido al deterioro cognitivo que padecen algunos de ellos, es importante tener en cuenta los riesgos asociados a su uso para no producir ningún daño iatrogénico al paciente (20).

iii. Características clínicas

Debido al origen traumático estas lesiones se presentan como un colgajo cutáneo, con mayor o menor profundidad en la que hay una pérdida parcial o total de las capas más externas de la piel.

iv. Categorización

El GNEAUPP diferencia estas lesiones en tres categorías:

- Categoría 1: Desgarro lineal o colgajo sin pérdida de piel (anexo 11).
- Categoría 2: pérdida parcial del colgajo (anexo 12).
- Categoría 3: pérdida total del colgajo, con lecho de la herida expuesto (anexo 13).

v. Localizaciones más frecuentes

Encontramos estas lesiones en cualquier ubicación anatómica, aunque son comunes en extremidades (superiores e inferiores) y en el dorso de la mano (18).

e. Lesiones combinadas o mixtas

En ocasiones, las lesiones cutáneas tienen un origen multifactorial, es decir, están causadas por la combinación de factores como la humedad, la fricción y la presión, y a estas se les llama lesiones combinadas o mixtas. Las principales áreas corporales que se ven afectadas por ellas son el coxis (presión + humedad) y los talones (presión + fricción). Su origen multifactorial y las grandes dimensiones que tienden a tener hacen que el proceso de resolución y cicatrización sea más complicado (21).

4.2.3 – Epidemiología

Un estudio nacional realizado por la GNEAUPP en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España en 2022, afirma que la prevalencia de este tipo de lesiones ha aumentado con respecto a anteriores estudios realizados en 2017. Los datos obtenidos de 74 residencias de mayores y centros sociosanitarios son los siguientes: un 9,5% de los centros declararon no tener ninguna persona con afecciones cutáneas en ese momento, no obstante, la prevalencia global de las LCRD fue de 9,28% (un 3% mayor a anteriores estudios). La prevalencia de las lesiones fue: presión 6,05%, humedad 2,35%, fricción 1,35%, desgarros cutáneos 2,38% y combinadas 0,61%. Una vez comparados los datos actuales con los de anteriores estudios se observó un incremento en todas las lesiones excepto en las combinadas. En cuanto al origen de las

LCRD, en un 85,2% era nosocomial (originados en la institución) y un 10,9% en el domicilio (22).

4.2.4 - Factores de riesgo

Los factores de riesgo de las lesiones cutáneas son los siguientes: Humedad, pliegues sobre la ropa, presión de objetos extraños, alteraciones respiratorias, alteraciones cardíacas, pérdida de sensibilidad cutánea, falta de movilidad, hipotensión mantenida, lesiones medulares, alteraciones en la circulación periférica y microcirculación, envejecimiento cutáneo, obesidad, falta de vitaminas, desnutrición, deshidratación, sequedad de la piel, dependencia... (18).

4.2.5 – Prevención

La evidencia dice que la prevención constituye el mejor tratamiento para las LCRD. Teniendo en cuenta esto, nuestro esfuerzo como sanitarios debe ir centrado en aplicar medidas preventivas y detectar de manera precoz las lesiones que se produzcan para establecer un tratamiento lo antes posible.

Existen varias áreas de prevención:

- Valoración del riesgo.
- Cuidados de la piel.
- Control de factores etiológicos.
- Control de los factores coadyuvantes.

a. Valoración del riesgo

De acuerdo con las guías de práctica clínica, es recomendable hacer una valoración del riesgo en el primer contacto del paciente en el sistema sanitario, ya sea en hospital, centro sociosanitario o atención domiciliaria. Además, esta valoración se irá reevaluando de manera periódica o cada vez que las condiciones clínicas del paciente hayan sufrido cambios (infecciones, cirugías, politraumatismo...).

El objetivo principal de esta valoración es identificar aquellas personas con un riesgo más elevado de desarrollar LCRD e identificar los factores específicos que ponen en riesgo al paciente.

El uso sistemático de escalas validadas de valoración del riesgo de LCRD son una herramienta esencial para identificar a las personas susceptibles de desarrollar estas lesiones. Las escalas presentan características similares, pero las más utilizadas son la

Braden (anexo 14), Norton (anexo 15) o EMINA (anexo 16), las cuales demuestran una alta capacidad para valorar el riesgo.

b. Cuidados de la piel

El objetivo principal de la prevención es mantener la integridad de la piel, inspeccionando en los pacientes el riesgo tanto en el primer contacto, como diariamente en el momento de la higiene.

Es importante tener en cuenta que existen unas zonas donde hay que tener un cuidado especial:

- Zonas de prominencias óseas (sacro, talones, maléolos...) debido a que son zonas donde la presión no se distribuye de manera homogénea.
- Zonas expuestas a humedad constante debido a incontinencias (fecales o urinarias), transpiración (pliegues cutáneos), secreción (áreas periestomales).
- Zonas sometidas a fuerzas tangenciales en pacientes sentados o encamados.
- Zonas con dispositivos clínicos, ya que generan puntos de presión que pueden provocar lesiones (gafas nasales, sonda nasogástrica, sonda vesical, contenciones mecánicas...).
- Zonas con lesiones anteriores o alteraciones cutáneas como sequedad, eritema, maceración, piel de cebolla... (anexo 17).

c. Control de factores etiológicos: presión, cizalla, y fricción.

Para reducir los efectos adversos las guías de práctica clínica recomiendan tener en cuenta cuatro elementos: Movilización, Cambios posturales, Superficies especiales para el manejo de la presión y Protección local. La capacidad para lograr un efecto preventivo se consigue empleando los elementos de manera conjunta.

- Movilización

Se fomentará y mejorará la actividad y movilidad de la persona marcando objetivos a corto y largo plazo teniendo en cuenta su estado. Si la movilidad se encuentra comprometida, los ejercicios serán pasivos implicando a la familia si es posible. Por otro lado, si la movilidad no se encuentra comprometida se intentará estimular su actividad incitándole a participar en su cuidado, animándolo a deambular con dispositivos si fuese necesario (caminador, bastón...), fijando aquellos dispositivos clínicos (drenajes, sondas...) si se encuentran presentes.

- Cambios posturales

El objetivo principal de los cambios posturales es reducir el tiempo de presión ejercida en aquellas zonas más susceptibles de desarrollar lesiones. Esta técnica será aplicada en aquellos individuos que no tengan capacidad para realizar cambios de posición de manera autónoma. Los cambios posturales tienen una rotación programada de manera general cada 2-3 horas, no obstante, hay que considerar el estado del individuo (salud, actividad y movilidad, tolerancia...) y la SEMP (superficie especial para el manejo de la presión) empleada (la frecuencia será mayor que cuando se utiliza un colchón convencional).

Las posturas y rotaciones recomendadas son decúbito lateral derecho, decúbito supino, y decúbito lateral izquierdo. En todas las posturas será importante tener en cuenta la posición funcional del cuerpo, evitando la hiperextensión e hiperflexión de las extremidades, y la dignidad de la persona. Asimismo, la colocación de almohadas o cojines será esencial para aliviar los puntos de presión que se dan en cada posición. Para finalizar hay que determinar la frecuencia de los cambios y registrarlos siempre que se realicen.

- Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP)

De acuerdo con el GNEAUPP el SEMP es la superficie o dispositivo especializado, cuya configuración física y/o estructural permita la redistribución de la presión, así como otras funciones terapéuticas añadidas para el manejo de las cargas tisulares, fricción, cizalla y/o microclima, que abarca el cuerpo de un individuo o una parte de este según las diferentes posturas funcionales posibles.

Existen dos maneras para lograr la redistribución de la presión: Reduciendo la presión mediante la difusión del peso más extensamente (incrementando el área de contacto) y eliminando la presión aliviándola.

Teniendo en cuenta el modo de actuación las SEMP se pueden clasificar en estáticas y dinámicas. El modo de actuación de las estáticas consiste en aumentar el área de contacto con la persona, por lo que cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión ejercida. Las dinámicas permiten variar los niveles de presión de las zonas de contacto.

Aquellas personas con riesgo a desarrollar LPP no deben utilizar un colchón convencional, y será importante valorar: presencia de LPP (localización, estadio...); condiciones clínicas (patología, cronicidad...); características físicas (talla, peso,

edad...) y entorno. Teniendo en cuenta el grado de riesgo las recomendaciones son: Personas de riesgo bajo, superficies estáticas de alta calidad de contenido variable (gel, espuma, viscoelásticos); y personas de riesgo medio o alto, utilizar superficies dinámicas.

- Protección local

Existen zonas anatómicas con un riesgo mayor a desarrollar lesiones. La protección local de las zonas de riesgo con materiales como espumas de poliuretano ayudará a reducir la presión.

La utilización de estos apósitos es eficaz tanto empleados individualmente, como combinados con productos como siliconas o ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO). Las características de los apósitos deben permitir la inspección de la zona diaria, ser compatibles con otras medidas de cuidado local, y no deben dañar la piel al ser retirados.

d. Control de factores etiológicos: humedad

La exposición continua a humedad intrínseca de fluidos propios a fluidos puede provocar lesiones cutáneas debido a su carácter irritante. Para realizar una prevención óptima es importante tener en cuenta dos aspectos, primero evitar el contacto de la piel con fluidos orgánicos (orina, heces, sudor...) y segundo establecer un programa estructurado de cuidados de la piel para protegerla. Este programa de cuidados incluye tres aspectos esenciales: limpieza, hidratación y protección.

- Limpieza

La literatura actual refiere que hay mayores beneficios, en pacientes con incontinencia, la limpieza tradicional con agua y jabón.

- Hidratación

Los productos hidratantes que reemplazan los lípidos (esenciales en la barrera cutánea) ayudan a la piel a mantener su elasticidad y función de barrera. Estos productos se dividen en humectantes (atraen el agua), emolientes (reemplazan los lípidos intercelulares) y oclusivos (forman una barrera oclusiva). Su aplicación debe de ser de forma suave y sin masajear.

- Protección

Podemos encontrar dos tipos de productos: absorbentes y de barrera. Dentro de los productos absorbentes encontramos empapadores y pañales los cuales no producen alteraciones en la piel y la mantienen libre de humedad. Los productos barrera tienen como objetivo crear una barrera la cual impida la penetración de irritantes o agua, los productos más utilizados son las pomadas de óxido de zinc y las películas cutáneas de barrera no irritantes.

- e. Control de factores coadyuvantes

Los factores coadyuvantes son aquellos que no son responsables directos de generar lesiones, no obstante, establecen predisposición a ello. Estos factores son: Nutrición; Piel de riesgo; Oxigenación tisular; y Agresiones externas.

- Nutrición

Un proceso de nutrición adecuado puede prevenir el desarrollo de lesiones, favorecer su cicatrización y evitar complicaciones como la infección. La dieta tiene que ser equilibrada, asegurando un correcto aporte diario a nivel nutricional y energético, respetando los gustos y preferencias personales. Además, el aporte hídrico es un elemento clave, ya que una piel hidratada tiene menor riesgo de romperse.

Por lo tanto, la valoración nutricional (anexo 18) es una herramienta imprescindible para la detección de pacientes en riesgo nutricional, una vez detectados podrá realizarse una evaluación nutricional completa, un plan terapéutico y seguimiento de la evolución.

- Piel de riesgo

En aquellos pacientes cuya piel sea considerada de riesgo o ya se encuentre alterada, es imprescindible que se realicen unos cuidados cautelosos de la misma.

- Higiene: utilización de jabones con pH similar al de la piel, ya que tendrán menor potencial irritativo en la higiene diaria.
- Alcohol: No se utilizarán soluciones con alcohol, ya que resecan la piel.
- Cambios posturales: no se posicionará a las personas sobre las zonas en las que haya eritema, ya que la piel no se ha recuperado.
- Masajes: No se realizarán masajes sobre prominencias óseas, ya que puede favorecer la rotura capilar o inflamación.

- Oxigenación tisular

Existen numerosas causas que disminuyen la oxigenación tisular (tabaquismo, diabetes, hipotensión...), y esto favorece a la aparición de lesiones. En aquellas áreas expuestas a isquemia prolongada está recomendada la aplicación de AGHO, ya que proporcionan hidratación a la piel y aumentan la circulación capilar.

- Agresiones externas

Las lesiones pueden aparecer debido a agresiones externas como tratamientos agresivos (radioterapia, dispositivos clínicos...), y cuidadores profesionales o no profesionales (23).

4.2.6 - Relación

Analizando lo ya mencionado, podemos apreciar la gran relación entre la EA y las LCRD. El Alzheimer tiene como consecuencias la falta de movilidad, infecciones respiratorias, malnutrición, deshidratación, dependencia... Todos estos factores son un riesgo potencial para desarrollar LCRD.

4.2.7 – Tratamiento

Los principales tratamientos de las lesiones cutáneas se dividen en dos tipos: las curas secas y húmedas:

Las curas secas consisten en mantener la lesión limpia y seca para prevenir las infecciones. Se elimina la humedad de estas, y por consiguiente las células epidérmicas emigran al lecho de la lesión retrasando la cicatrización. Este tipo de cuidados se utiliza sobre todo en heridas quirúrgicas y en zonas poco vascularizadas, tapando bien la herida y así protegiéndola de microorganismos del exterior. Los apósitos utilizados en este caso son pasivos, como el apósito de gasa, cuya única finalidad es tapar y proteger. Debido a su lenta cicatrización, las curas secas no se utilizan muy frecuentemente. Si todo eso fuera poco, tienen como inconvenientes añadidos la necesidad de cambiar el apósito más frecuentemente y el dolor que provoca la retirada de este sobre el paciente (24).

Por otro lado, las curas húmedas mantienen el lecho de la herida húmedo y el tejido perilesional seco, favoreciendo la cicatrización. En estos cuidados se aumenta el aporte de oxígeno (O₂) y nutrientes mediante la angiogénesis (formación de nuevos vasos a partir de vasos preexistentes), se facilita la migración celular, se reduce el riesgo de infección tras la acidificación del pH y se reduce el dolor. En este caso los apósitos

utilizados son los activos, y es el cuidado de elección en UPP, quemaduras, rozaduras... La efectividad clínica y el balance coste/beneficio es mayor en el cuidado húmedo de las lesiones (25).

Lo primero para realizar un tratamiento y/o cura adecuada en una lesión cutánea es lavarse las manos siguiendo su correspondiente protocolo (anexo 19), ya que es la forma de transmisión de microorganismos más habitual entre profesional sanitario y paciente. Seguido, es esencial preparar todo el material que vayas a utilizar para proseguir destapando la lesión.

Una vez destapada, se valora: Signos de infección, exudado, lecho de la herida, bordes y tejido perilesional.

Después de realizar la valoración, se limpia la herida. Aplicar suero fisiológico con la menor fuerza mecánica posible, para así arrastrar sustancias no deseadas y no dañar la herida.

Suero fisiológico	Se aplica sin tocar la piel y de forma individualizada (no utilizar para diferentes lesiones) para limpiar lesiones agudas y crónicas arrastrando tejido desvitalizado (27).
-------------------	--

Tabla 1 Material limpieza

En cuanto a su desinfección, es importante que el antiséptico que se utilice cumpla las siguientes características:

- Amplio espectro
- Baja capacidad de generar resistencias
- Que no sea tóxico
- Inicio activo rápido
- Relación daño-beneficio positiva

En muchas ocasiones los pacientes sufren dolor cuando se realizan estas técnicas, y controlarlo es esencial. Se tiene que realizar un tratamiento de dolor farmacológico (antiinflamatorios no esteroideos, analgesia local...) o no farmacológico (técnicas de respiración, reducción de ansiedad...).

El siguiente paso sería valorar el lecho de la herida. En este punto se sigue el “concepto TIME”. TIME es un concepto muy utilizado por el personal sanitario para valorar lesiones, puesto que, nos facilita la búsqueda del problema y la elección del tipo de cura más adecuada, para así conseguir la cicatrización de la forma más eficaz posible.

Consta de los siguientes apartados; tejido no viable (T), infección e inflamación (I), exudado (M) y bordes epiteliales (E).

T (tejido no viable): El desbridamiento es una técnica esencial en el manejo de lesiones cutáneas infectadas, que consiste en eliminar tejido necrótico y la carga bacteriana del lecho de la herida para que la infección, el dolor, olor y complicaciones puedan disminuir (anexo 20).

Tejido de granulación: Es un tejido sano, de color rojo brillante, compacto, blando y no doloroso. Además, presenta angiogénesis y no debe desbridarse (anexo 20).

Hipergranulación: La hipergranulación se define como un intento de cicatrización demasiado veloz, lo cual acaba retrasándola. Es de color rojo intenso y muy brillante, y las causas de su formación pueden ser infecciosas, traumáticas y por presencia de cuerpos extraños. Se recomienda tratar con barras de nitrato de plata y corticoides tópicos (anexo 21).

Tejido necrótico: Es tejido muerto debido a lisis celular, cuya etiología puede ser infecciosa, traumática, vascular... Este tejido puede ser de diferentes tipos:

- **Esfacelos:** Color blanquecino/amarillento de aspecto viscoso. Suele aparecer junto a una gran cantidad de fibrina y tiende a ser muy doloroso y de mal olor. En este caso, se realiza un desbridamiento cortante con bisturí, pinzas y cucharilla de Broch, o bien un desbridamiento autolítico (anexo 22).
- **Film de fibrina desnaturalizada:** Color amarillo/grisáceo y muy adherido. Su retirada es muy dolorosa por lo que se aconseja utilizar anestésico local. La técnica ideal es retirarlo raspando el lecho de la herida tanto con la cucharilla como con el filo del bisturí, teniendo cuidado en no dañar el tejido sano (anexo 23).
- **Placa necrótica:** Es de e color negro y con un aspecto seco, duro y compacto. Se aconseja el desbridamiento enzimático y cortante, teniendo en cuenta la posibilidad de sangrado y no dañar tejido adyacente (anexo 24) (26).

Desbridamiento quirúrgico: Este procedimiento lo realizan los cirujanos vasculares de forma estéril en el quirófano y requiere anestesia. Indicada en casos complejos como lesiones necróticas extensas o presencia de grandes socavones.

Desbridamiento cortante: Lo realiza enfermería a pie de cama y de forma periódica. Se retira el tejido desvitalizado con pinzas, bisturí, cuchara... y al realizarse de forma continua durante diferentes días, permite compaginarlo con otro tipo de desbridamiento.

Hay que tener en cuenta que el procedimiento suele ser doloroso y existe riesgo de sangrado. Contraindicado en úlceras no cicatrizables.

Desbridamiento enzimático: Se aplican de forma local enzimas exógenas. Estas, actúan de forma combinada junto a las enzimas endógenas degradando el tejido desvitalizado y separándolo del sano, además de promoviendo la granulación. En muchas ocasiones se combina esta técnica junto al desbridamiento cortante, ya que, si conseguimos separar o soltar el tejido desvitalizado, posteriormente será más fácil retirarlo con el cortante. Aparecen en forma de pomada y las más utilizadas son las enzimas proteolíticas. En cuanto a su aplicación, es fundamental que el ambiente sea húmedo y aplicar ácidos grasos hiperoxigenados u óxido de zinc sobre los bordes para evitar su maceración. Por último, está contraindicado utilizar estas enzimas junto a plata o bases que contengan metales y povidona yodada (27).

Colagenasa o clostridiopeptidasa:	La pomada con colagenasa facilita el desbridamiento de tejido necrótico y la regeneración del colágeno en úlceras cutáneas (27).
-----------------------------------	--

Tabla 2 Material para realizar desbridamiento enzimático

Desbridamiento autolítico: Es el tipo de desbridamiento más fisiológico y utilizado, ya que, utiliza las enzimas endógenas para deshacerse de tejido y residuos que retrasen la reparación tisular. Para que se lleve a cabo es fundamental que haya un ambiente húmedo y que la lesión esté tapada mediante un apósito; alginatos, hidrocoloides o poliuretanos. No obstante, es el proceso más lento y en caso de infección no basta con esta técnica (28).

Hidrogeles	Los hidrogeles son apósitos amorfos con alto contenido de agua que eliminan tejido no viable y mantienen la herida húmeda.
Hidrofibra de poliacrilato	Es un apósito no adhesivo de fibras hidrodetersivas que elimina tejido desvitalizado tipo fibrina y mantiene la humedad para favorecer la cicatrización. Indicado en cualquier tipo de lesión con exudado leve o moderado.
Hidrocoloides	Los apósitos hidrocoloides mantienen la humedad, favorecen la cicatrización y previenen LPP, con una capa externa de poliuretano e interna de hidrocoloides. No usar

	en casos de alergia a sus componentes, heridas infectadas, cavidades, con tendones o huesos expuestos, ni en quemaduras de tercer grado.
--	--

Tabla 3 Material para realizar desbridamiento autolítico

Desbridamiento osmótico: Este tipo de desbridamiento consta en darse un intercambio de fluidos de diferentes densidades, aplicando soluciones hiperosmolares o apósitos de poliacrilato impregnados en esta solución. Muy útil para la eliminación de tejido no viable de una forma no traumática, pero se necesita un ambiente húmedo para ello. En este caso también trataremos de evitar la maceración de los bordes. En situaciones en las que un paciente no ha tolerado otro tipo de desbridamiento más agresivo, esta técnica es muy útil. Uno de los desbridantes osmóticos más utilizados es la miel (27).

Polímero superabsorbente con solución Ringer	Limpian la herida, eliminan tejido necrótico y retienen el exudado sin dañar los capilares, teniendo también un efecto descontaminante.
Miel	La miel favorece la cicatrización, elimina tejido desvitalizado y tiene propiedades antimicrobianas. Indicado en heridas con esfacelo o fibrina.

Tabla 4 Material para realizar desbridamiento osmótico

Desbridamiento mecánico: Este tipo de desbridamiento está en desuso debido a lo doloroso que es y a la afectación que produce en el tejido sano. Primero se hidrata y humidifica la herida, y posteriormente se aplica un apósito húmedo. Una vez se haya secado el apósito, se retira con fuerza para extraer el tejido desvitalizado que se haya adherido a este (28).

Desbridamiento biológico: El desbridamiento biológico se realiza mediante la utilización de larvas estériles de la mosca *Lucilla sericata*. Estas larvas en el cuerpo humano se alimentan solo de tejido muerto, por lo que van poco a poco eliminándolo de la lesión. En casos como pacientes con tratamientos citostáticos, cavidades corporales estériles o tejido necrótico cercano a grandes vasos, esta técnica estaría contraindicada (27) (anexo 25).










ANEXO: CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DEL LECHO DE LAS HERIDAS CRÓNICAS			
Autores: Palomar Llatas, F, Pastor Orduña I, Bonías López J, Fornes Pujalte B, Sierra Talamantes C, Zamora Ortiz J, Díez Fornes P, Palomar Albert D.			
DOLOR: + (0 -3), ++ (4 -6), +++ (7-10)	ASPECTO CLÍNICO ICONOGRÁFICO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	ACTUACIÓN VS DESBRIDAMIENTO
GRANULACIÓN / HIPERGRANULACIÓN		Rojo vivo y brillante, aspecto granuloso, compacto, al tacto es blando y no doloroso. Matriz extracelular	No desbridar. Si existe hipergranulación crema de hidrocortisona.
BIOFILM FIBRINA NATURALIZADA		Amarillo/blanquecino, aspecto gelatinoso, gomoso al tacto, no doloroso, rico en componentes del seroma (plaquetas, factores crecimiento). 1-2 mm de espesor no adherido al lecho	Fácil retirar, una vez a la semana y no sangra.
BIOFILM BACTERIANO		Amarillo mate e incluso amarillo verdoso (dependiendo de la flora colonizante), doloroso (+++) al tacto. 1-2 mm de espesor con fijación en el lecho. (Confirmación por microbiología)	Desbridamiento cortante, fácil sangrado.
NECROSIS FILM FIBRINA DESNATURALIZADA (TEJIDO FIBRINOSO)		Amarillo mate o gris pardo, duro al tacto, doloroso (+), 1mm de espesor, fijación al lecho (forma parte de él)	Desbridamiento por legrado, con existencia de sangrado, recomendable anestésico local.
NECROSIS HÚMEDA (ESFACELOS)		Es de aspecto viscoso, de color amarillo quecino/grisáceo, es una necrosis húmeda con gran cantidad de fibrina. Doloroso al estiramiento (+++)	Desbridamiento cortante, de fácil retirada nunca debe de estirarse o retirar por estiramiento es doloroso.
NECROSIS SECA (EN PLACA)		De aspecto duro, compacto, de color negro / marrón oscuro, es una necrosis con gran cantidad de colágeno y fibrina. Doloroso a la presión (++)	Desbridamiento cortante, con precaución no dañar tejido sano o vasos importantes. Fácil sangrado
HEMATOMA DISECANTE		Este fenómeno podría originar placas necróticas. Si el hematoma fuera en planos más profundos, presenta placas necróticas con un espesor 3 mm e incluso la formación de canales internos formados por la presión del hematoma. Doloroso (+++)	Desbridamiento cortante con precaución y desbridamiento autolítico y osmótico (apósitos de Ringer).
TEJIDO GRASO		Aspecto amarillo/ blanco y formando celdas de los lipocitos. Tejido más profundo entre dermis y fascia u ósea. No doloroso.	Puede licuar y excretar líquido aceitoso, recomendable desbridar a no ser que su aspecto sea seco con tonalidad marrón.
EPITELIO		La existencia del nuevo epitelio comienza los bordes de la herida, es una piel translúcida, en su consistencia es seca y por déficit de elastina	Ácidos grasos hiperoxigenados como hidratante o bien protegemos con láminas de silicona para ayudar a la elasticidad y la hidratación.

Ilustración 1 Características y manejo del lecho de las heridas crónicas (Fuente: ref. 37)

I (infección e inflamación): Valorar los signos de infección y al mismo tiempo evitar que la lesión se infecte:

- Asepsia y esterilidad
- En caso de más de una lesión comenzar por la menos contaminada
- Antibioticoterapia frente a la infección, en caso de que exista (27).

Las infecciones cutáneas pueden tratarse con medidas no farmacológicas (higiene, curas...) y antisépticos tópicos, no obstante, en algunos casos es necesario recurrir a antibiotioterapia tópica. El tratamiento sistémico es reservado a aquellas lesiones extensas, graves o que presentan otros factores de riesgo del paciente. El uso inadecuado de estos fármacos provoca un aumento de resistencia bacteriana.

El tratamiento de elección suele ser empírico, teniendo en cuenta:

- Etiología de la infección:

La sensibilidad y resistencias antibióticas locales de los microorganismos implicados es un aspecto importante a la hora de escoger un antibiótico. Los microorganismos más frecuentes son bacterias *Gram* positivas (*S. aureus* y *S. pyogenes*), *Gram* negativos (*Pseudomonas aeruginosa*) y anaerobios (menos frecuentes).

- o *S. pyogenes* es sensible a la penicilina.
- o *S. aureus* el 90% de las cepas son resistentes a la penicilina, por lo que se utilizan betalactámicos.
- Localización, extensión y profundidad.
- Características del paciente: edad, estado inmunológico y comorbilidad.
- Características del antibiótico

Hay que tener en cuenta el espectro de acción, metabolismo, vía de administración y posología. Dependiendo de la vía de administración encontramos tópicos y sistémicos.

Antibióticos tópicos (*mupirocina* 2% y *ácido fusídico* 2%): Tienen una eficacia similar o superior a antibióticos orales en tratamientos de infecciones leves. No se recomiendan otros tratamientos tópicos como la *bacitracina-neomicina-polimixina* ya que no tienen mayor eficacia y pueden producir reacciones alérgicas.

Antibióticos sistémicos:

- Penicilina: sensible a *S. pyogenes*, pero no a *S. aureus*.
- Amoxicilina: sensible a *S. pyogenes*, pero no a *S. aureus*.
- Cloxacilina: sensible a *S. pyogenes* y activo frente a *S. aureus*
- Cefadroxilo: sensible frente a cocos gram positivos.
- Cefuroxima – axetilo: sensible a enterobacterias.
- Amoxicilina – clavulánico: sensible a *S. pyogenes* y *S. aureus*, gran relevancia en infecciones polimicrobianas.
- Clindamicina: indicado en alérgicos a betalactámicos, tiene un amplio espectro.

- Cotrimoxazol: amplio espectro frente a SARM (*S. aureus* con resistencia a meticilina), no activo frente a *S. pyogenes*.
- Macrólidos (eritromicina, claritromicina, azitromicina): alto potencial de provocar resistencias (29).

Antisépticos: Los antisépticos son productos químicos que aplicados en tejidos vivos reducen los microorganismos patógenos que se encuentran en él o inactivan los virus que lo afectan. Estos productos no deben utilizarse de manera sistemática en heridas crónicas. Algunos pueden interferir en la acción de otros productos tópicos, por lo que será importante tenerlo en cuenta a la hora de su aplicación. Es importante tener en cuenta que cada antiséptico tiene un tiempo de actuación óptimo, el cual es importante respetar para tener una correcta desinfección.

Povidona Yodada 10%	Es un desinfectante para heridas agudas y crónicas con acción antimicrobiana, eficaz contra bacterias, hongos, virus y protozoos.
Clorhexidina 1%	Antiséptico de amplio espectro para heridas agudas y crónicas, con acción bactericida, viricida y fungicida de larga duración.
Peróxido de hidrógeno (agua oxigenada)	Antiséptico oxidante para heridas infectadas, con efecto efervescente y bactericida, aunque pierde eficacia con materia orgánica y luz.
Solución y gel de polihexametileno biguanida	Solución indicada en lesiones infectadas o colonizadas. Dejarlo impregnado en gasas sobre la lesión durante 15 minutos para que haga efecto.
Apósito con polihexametileno biguanida	Apósito no adhesivo que reduce la carga bacteriana, mantiene la humedad y alivia el dolor en heridas infectadas o con colonización crítica.
Solución y gel de hipoclorito sódico	Efecto antiséptico, antiinflamatorio e hidratante, eliminando microorganismos en heridas con colonización crítica o infección, eliminando bacterias, virus, hongos y esporas.

Apósitos absorbentes con Ag (plata)	Apósitos con plata en diversos formatos, con efecto antimicrobiano para heridas infectadas, algunos con carbón para neutralizar olores.
Apósitos no absorbentes con Ag	Apósitos antimicrobianos para heridas infectadas o tunelizadas, algunos requieren activación con agua y pueden teñir la piel perilesional.
Cadexómero yodado	Apósito absorbente que gelifica al contacto con el exudado, reduciendo microorganismos y esfacelos, con límite de uso de 3 meses.

Tabla 5 Productos antisépticos

En adición, es imprescindible obtener una muestra del lecho de la lesión para detectar la presencia de microorganismos, saber delante de qué tipo de infección nos encontramos y poder guiar el tratamiento antibiótico. Para ello existen dos formas de obtener esta muestra:

1. Aspiración percutánea: Para empezar, se desinfecta la piel perilesional con povidona yodada 10% (esperar 3 minutos) o clorhexidina 1% (esperar 30 segundos). Una vez desinfectada, cogeremos una jeringa estéril y realizaremos una punción sobre piel íntegra del borde de la lesión, administrando 1 ml de SF y retirando 1-5 ml. Realizar una punción y aspiración de 1-7 ml en la piel íntegra de la zona perilesional manteniendo la aguja a 45°. El contenido se introduce en el medio de transporte, se etiqueta y se envía al laboratorio a temperatura ambiente (20-25 °C) antes de 72 horas.
2. Frotis: Primero de todo, se limpia la herida con suero fisiológico estéril y se retiran los restos de exudado con una gasa. Posteriormente, se recoge el material con un hisopo estéril, girándolo sobre nuestros dedos y recorriendo los bordes de la herida en movimientos rotatorios. Se coloca el hisopo en su medio de transporte, se etiqueta y se envía al laboratorio a temperatura ambiente (20-25°C) antes de 24 horas.

M (exudado): En este apartado, es esencial controlar el exudado de la herida. Valoraremos la cantidad de exudado y su aspecto (seroso, serohemático, purulento, seropurulento...). Para controlarlo, se utilizan diferentes materiales sanitarios como son los alginatos, espumas, apósitos superabsorbentes, hidrocoloides e hidrofibras de hidrocoloides (anexo 26).

Alginatos	Las láminas de alginato controlan el exceso de exudado, favorecen la cicatrización y reducen la carga bacteriana, siendo indicadas en heridas exudativas y requerir un apósito secundario, con cambio máximo cada 7 días.
Espumas	Los apósitos de espuma polimérica absorben el exudado, mantienen un ambiente húmedo y protegen la herida, aplicándose sobre piel limpia y seca con un margen de 2 cm.
Apósitos superabsorbentes	Estos apósitos están indicados en lesiones con exudado moderado o excesivo, favoreciendo la humedad, protegiendo la piel perilesional y mejorando el confort y la calidad de vida del paciente.
Hidrofibra de hidrocoloide	Es una lámina de celulosa forma un gel al contactar con el exudado, favoreciendo la cicatrización en lesiones con exudado moderado o excesivo, y requiere un apósito secundario.
Hidrocoloides	Explicado anteriormente.

Tabla 6 Apósitos para control de exudado

E (bordes epiteliales): Por último, es importante cuidar bien de los bordes. Por ejemplo, evitar la maceración de los bordes (que estén húmedos), el enrojecimiento (irritación o inflamación), desbridar en caso de que haya tejido desvitalizado también en los bordes... (anexo 27).

Interfases / tules (láminas de contacto de silicona o de hidrocoloides, tul de poliéster reticulado impregnado:	Productos utilizados en la zona interfase (entre la herida y el apósito) para reducir la adherencia del apósito secundario, cuidando el tejido neoformado y la piel perilesional.
---	---

Productos barrera (óxido de zinc, película barrera no irritantes con o sin miel)	Los productos barrera se aplican sobre la piel perilesional, sin tocar el lecho de la lesión, con la intención de prevenir la maceración por humedad (27).
---	--

Tabla 7 Productos para los bordes epiteliales

4.3. INSTITUCIÓN

De acuerdo con la Real Academia Española (RAE), una institución es aquel organismo que desempeña una función de interés público, especialmente benéfico o docente (30). El Ministerio de Sanidad defiende que el Sistema Nacional de Salud está formado por un conjunto de servicios de salud o instituciones que administra el Estado y las Comunidades Autónomas, integrando todas las funciones y prestaciones sanitarias necesarias para llevar a cabo el derecho a la salud (31). Algunos ejemplos de instituciones sanitarias son: Hospitales, clínicas, centros de salud, centros de urgencias, laboratorios clínicos, unidades de rehabilitación, bancos de sangre, instituciones de investigación médica, centros de urgencias...

Las instituciones sanitarias son lugares en los cuales encontramos personal sanitario, tecnología y recursos esenciales para diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. Se encuentran abiertas durante determinadas horas para la atención de pacientes, y pueden ofrecer servicios de urgencia las 24 horas del día los 7 días de la semana. En ellas encontramos un equipo extenso y multidisciplinar entre el que encontramos médicos, enfermeros, TCAEs, técnicos, terapeutas, personal administrativo (32) ...

Teniendo en cuenta el origen del capital y la propiedad de las instituciones encontramos públicas, privadas, y mixtas o concertadas. Las instituciones públicas son aquellas cuya Administración es pública (pertenece al Estado), la cual es gestionada y controlada por una comunidad autónoma o ayuntamiento. Las instituciones privadas son aquellas cuyo control y capital pertenece a particulares, los cuales pueden ser personas físicas o empresas privadas. Las empresas mixtas son aquellas cuyo capital pertenece en parte a una empresa particular y otra parte a una administración pública (33).

5. METODOLOGÍA

a. Diseño del estudio

Nos encontramos ante una revisión bibliográfica estructurada que permite identificar, analizar y sintetizar información de literatura científica, guías clínicas y estudios previos asociados a LCRD y Alzheimer. Se ha escogido este diseño

metodológico para adquirir una base teórica sólida, identificar tendencias de investigación y detectar limitaciones en el conocimiento existente.

b. Estrategia de recerca y fuentes de información

Al tratarse de una revisión bibliográfica se utilizarán las principales bases de datos de ciencias de la salud nacionales e internacionales: PubMed, SciELO, Dialnet, Cuiden, CINAHL (9).

Lenguaje Simple	DeCS	Mesh
Lesión	Lesiones	Wounds and injuries
Dependencia	Dependencia	Dependency
Enfermería	Enfermería	Nursing
Lesiones cutáneas	Lesiones de la piel	Skin injuries
Protocolo	Protocolos	Protocols
Curas	Cuidado de heridas	Wound Care
Heridas	Heridas y traumatismos	Wounds and injuries
Alzheimer	Enfermedad de Alzheimer	Alzheimer Disease

Tabla 8 Descriptores

Asimismo, para la búsqueda de información se utilizarán operadores booleanos y tesauros para refinar y optimizar los resultados combinando o excluyendo términos de la búsqueda.

- And: en los documentos se encuentran todos los términos especificados.
- Or: incluye los documentos que tengan cualquiera de los términos.
- Not: excluyen los documentos que contengan ese término.

c. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Estudios o artículos centrados en la temática principal el cuidado de lesiones cutáneas en pacientes con Alzheimer institucionalizados.

- Aquellos artículos o estudios seleccionados deben ser gratuitos y en formato completo.
- Artículos o estudios en castellano.
- Artículos o estudios publicados desde 2019 al 2024 incluidos relacionados con la temática, aquellos que tengan más de 10 años desde su fecha de publicación se excluirán.

Criterios de exclusión:

- Estudios o artículos en los cuales la población de estudio sea menor de 65 años.
- Aquellos estudios o artículos que incluyan pacientes que se encuentren en domicilio.
- Revisiones sistemáticas.

d. Estrategias de búsqueda

Palabras clave	Bases de datos	Ecuación de búsqueda		Nº de artículos encontrados sin aplicar filtros	Nº de artículos encontrados una vez aplicados los filtros
Lesión, Dependencia, Enfermería, Lesiones cutáneas, Protocolo, Curas, Heridas, Alzheimer	Dialnet plus	1º estrategia de búsqueda	((Lesión) AND (Dependencia) AND (Enfermería))	1º estrategia: n= 82	1º estrategia: n= 43
		2º estrategia de búsqueda	((Dependencia) AND (Lesiones cutáneas))	2º estrategia: n= 65 3º estrategia: n= 58 4º estrategia: n= 148 5º estrategia: n= 69 n total = 392	2º estrategia: n= 35 3º estrategia: n= 18 4º estrategia: n= 35 5º estrategia: n= 15 n total = 146
	Pubmed	3º estrategia de búsqueda	((Protocolo) AND (Curas) AND (Heridas))	1º estrategia: n= 4 2º estrategia: n= 6	1º estrategia: n= 1 2º estrategia: n= 1
		4º estrategia de búsqueda	((Alzheimer) AND (Heridas))	3º estrategia: n= 0 4º estrategia: n= 0	3º estrategia: n=0 4º estrategia: n= 0

				5º estrategia: n= 0 n total = 10	5º estrategia: n= 0 n total = 2
	Cuiden	5º estrategia de búsqueda	((Curas) AND (Lesiones cutáneas))	1º estrategia: n= 91 2º estrategia: n= 35 3º estrategia: n= 18 4º estrategia: n= 4 5º estrategia: n= 13 n total = 161	1º estrategia: n= 21 2º estrategia: n= 23 3º estrategia: n= 6 4º estrategia: n= 2 5º estrategia: n= 2 n total = 54
	Scielo			1º estrategia: n= 15 2º estrategia: n= 11 3º estrategia: n= 0 4º estrategia: n= 2 5º estrategia: n= 4 n total = 32	1º estrategia: n= 3 2º estrategia: n= 8 3º estrategia: n= 0 4º estrategia: n= 1 5º estrategia: n= 0 n total = 12
	CINAHL			1º estrategia: n= 6 2º estrategia: n= 12 3º estrategia: n= 4 4º estrategia: n= 1 5º estrategia: n=7 n total = 30	1º estrategia: n= 0 2º estrategia: n= 0 3º estrategia: n= 0 4º estrategia: n= 0 5º estrategia: n= 0 n total = 0

Tabla 9 Estrategias de búsqueda

6. RESULTADOS

Diagrama Prisma:

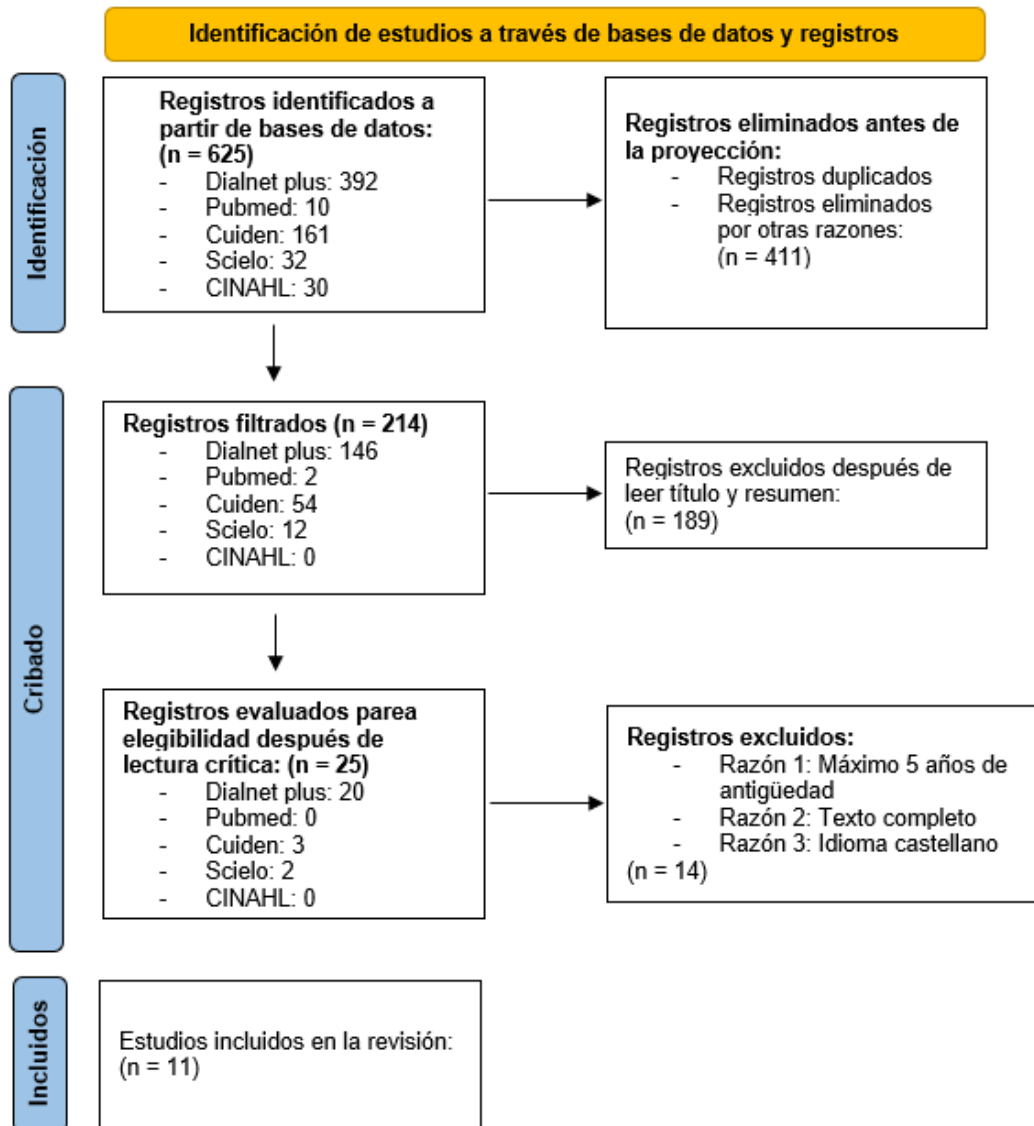


Diagrama 1 Diagrama prisma

DOCUMENTO (título, autor, año)	OBJETIVO	METODOLOGÍA	CONCLUSIONES
<p>Título: Manejo de las lesiones por humedad en enfermería. Artículo monográfico</p> <p>Autor/autores: Carrillo Gracia, Natalia; Sánchez Oliván, Ana M^a; Peinado Gallego, Manuel; Larramona Pueyo, Cristina</p> <p>Año: 5 mayo 2024</p>	<p>El objetivo principal del artículo es analizar y describir las LESCAH, prevalencia, diagnóstico y tratamiento en el ámbito de la enfermería.</p>	<p>Se trata de un artículo monográfico que recopila y sintetiza información existente sobre las LCRD, basándose en estudios previos y datos estadísticos, como el 6º Estudio Nacional de prevalencia de las UPP y otras LCRD, además de contar con la aportación de expertos enfermeros.</p>	<p>Las LESCAH son de interés en pacientes dependientes en hospitalización y unidades de cuidados intensivos. Es fundamental que enfermería sepa reconocerlas, prevenga y trate adecuadamente para mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>
<p>Título: Manejo de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad. Artículo monográfico.</p> <p>Autor/autores: Abanto Ferrando, Lucía; Álvarez Álvarez, Inés; Fandos Vázquez, Amparo; Gallego Maestre, Rocío; Sierra Fraile, Ana Belén; Tomey Escolano, Pilar.</p>	<p>El objetivo es analizar y describir las LESCAH, su etiología, manifestaciones clínicas, prevención y manejo en el ámbito de la enfermería.</p>	<p>Consiste en un artículo monográfico en el que recolecta información existente sobre las LESCAH basándose en literatura científica y en la aportación de expertos enfermeros en enfermería familiar y comunitaria.</p>	<p>Las LESCAH son lesiones de etiología multifactorial involucrando irritantes químicos, fuerzas mecánicas y condiciones cutáneas. La prevención es un aspecto clave y fundamental para el manejo efectivo de estas lesiones, la cual se centra en una higiene adecuada y en la protección de la piel con productos barrera.</p>

<p>Año: 18 agosto 2024</p>			
<p>Título: Estrategias de enfermería para el manejo integral del paciente encamado con lesiones por presión en residencias geriátricas</p> <p>Autor/autores: Sánchez Parra, Paula; Martínez Aso, Ana; Granada González Teresa; Abad Callejas, Raquel; Valero Martínez, Ana; Pueyo Diarte, Ángel.</p> <p>Año: 9 septiembre 2024</p>	<p>El objetivo es analizar y describir estrategias de enfermería para prevenir y manejar las UPP en pacientes encamados en residencias geriátricas.</p>	<p>El artículo es una revisión que recopila y sintetiza información existente sobre las UPP, basándose en literatura científica y aportaciones de expertos en el tema.</p>	<p>Las UPP son lesiones que afectan negativamente a la calidad de vida del paciente y aumentan la carga de trabajo del personal de enfermería. Debido a ello es importante prevenir la aparición de estas lesiones, con una correcta higiene de la piel, cambios posturales, proporcionando una dieta rica en nutrientes, evaluando y tratando adecuadamente las lesiones...</p>
<p>Título: Utilización de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados en el tratamiento de heridas crónicas superficiales de diferentes etiologías.</p> <p>Autor/autores: Segovia Gómez, Teresa; Bermejo Martínez, Mariano; Torra-Bou, Joan Enric.</p>	<p>El objetivo es evaluar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados Mepentol y Mepentol Leche en el tratamiento de heridas crónicas superficiales de diferentes etiologías.</p>	<p>Estudio observacional descriptivo en el que se realiza una serie de casos clínicos en pacientes con úlceras de extremidad inferior y LCRD.</p>	<p>En conclusión, la aplicación de Mepentol y Mepentol Leche es efectiva en la cicatrización de heridas crónicas superficiales.</p>

<p>Año: 12 julio 2021</p>			
<p>Título: Abordaje holístico de úlceras por presión en enfermería: valoración, prevención y tratamiento.</p> <p>Autor/autores: Delgado Diéguez, Raquel; Herraiz Martínez, Yovanca; Aviol Oliveros, Ana; Bernal Fradejas, Ana; Barcelon Tamo, Teresa; Martínez García Alcaide, Santiago.</p> <p>Año: 13 diciembre 2021</p>	<p>El objetivo es analizar y describir un enfoque integral en enfermería para la valoración, prevención y tratamientos de las UPP, garantizando cuidados de calidad adaptados a las necesidades de cada paciente.</p>	<p>El artículo es una revisión que recopila y sintetiza información existente sobre las UPP, basándose en literatura científica y aportaciones de expertos en el tema.</p>	<p>Las UPP son lesiones de alta prevalencia en pacientes encamados y de edad avanzada por lo que es esencial que el personal conozca las causas que las desarrollan y complicaciones que pueden surgir. Asimismo, tienen que saber prevenirlas vigilando las zonas susceptibles, realizando valoraciones integrales de los pacientes, y aplicando tratamientos efectivos y de manera precoz para evitar efectos adversos.</p>
<p>Título: Elección del material de cura según las características del lecho de la herida empleando el método TIME</p>	<p>Proporcionar a los profesionales de enfermería una herramienta que facilite la elección del material de cura en función de la situación del lecho de la herida, basándose en el método de valoración TIME.</p>	<p>Se realizó una revisión exploratoria de la literatura (<i>scoping review</i>) para mapear la información relevante sobre la elección de materiales de cura. Se consultaron guías de práctica clínica, protocolos y documentos publicados en los últimos</p>	<p>El diagrama presentado en el estudio es una aproximación útil a la práctica clínica diaria en la elección del material de cura, pero no debe tomarse como un modelo definitivo. Se recomienda que la elección final se complemente con</p>

<p>Autor/autores: Puerto Sánchez, Jon-Ander; Naroa Zuza Turiño, Naroa; Abuin Ruíz, Eider.</p> <p>Año: 5 de noviembre de 2022</p>		<p>10 años por los principales servicios de salud de las comunidades autónomas y el GNEAUPP.</p>	<p>la evaluación individual de cada caso y la experiencia de los profesionales de enfermería. También se sugiere el desarrollo de herramientas más dinámicas, como una aplicación móvil, para mejorar la toma de decisiones.</p>
<p>Título: Plan de cuidados de enfermería: Alzheimer</p> <p>Autor/autores: Ferrando Sánchez, María; Pinilla Conil, María; Alastruey Gargallo, Marta; Garcés Ferrando, Carmen.</p> <p>Año: 8 de abril de 2023</p>	<p>Elaborar un plan de cuidados de enfermería (NANDA, NOC, NIC) en propósito de un caso de una paciente diagnosticada de Alzheimer en fase inicial.</p>	<p>Estudio cualitativo, en el cual se valoran los patrones de Marjory Gordon identificando las necesidades del paciente, pudiendo establecer diagnósticos, objetivos e intervenciones concretas para su situación utilizando la taxonomía NANDA, NOC, y NIC.</p>	<p>La enfermedad de Alzheimer es una de las demencias más frecuentes, y el papel de enfermería es fundamental en la planificación y ejecución de cuidados individualizados que mejoren la calidad de vida tanto física como emocional.</p>
<p>Título: Proceso de atención enfermera (PAE) a una paciente institucionalizada con enfermedad de Alzheimer</p> <p>Autor/autores: Muñoz Carro, Paula; González Mató, Lorena; Solanas González, Beatriz; García Royo,</p>	<p>Elaborar un plan de cuidados de enfermería (NANDA, NOC, NIC) en propósito de un caso de una paciente diagnosticada de Alzheimer en fase avanzada institucionalizada.</p>	<p>Estudio cualitativo, en el cual se valoran las necesidades básicas de Virginia Henderson identificando las necesidades específicas del paciente, pudiendo establecer diagnósticos, objetivos e intervenciones concretas</p>	<p>La atención enfermera estructurada basada en modelos teóricos es clave para el manejo efectivo de pacientes con demencia en entornos institucionalizados. Destacando la necesidad de adaptar las intervenciones a la</p>

<p>María; Meléndez Ayuda, Lidia; Nebra Rubio, Lourdes.</p> <p>Año: 13 de enero de 2024</p>		<p>para su situación utilizando la taxonomía NANDA, NOC, y NIC.</p>	<p>situación personal de cada paciente teniendo en cuenta las limitaciones, y con el objetivo de mejorar su calidad de vida y bienestar general</p>
<p>Título: Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y otras heridas crónicas en la comunidad</p> <p>Autor/autores: Maella Rius, Natalia; Torra Bou, Joan Enric; Martínez Rodríguez, Laura.</p> <p>Año: 19 de diciembre de 2023</p>	<p>El estudio analiza las percepciones del personal de enfermería en atención primaria sobre el cuidado de pacientes con LCRD y heridas crónicas.</p>	<p>Diseño cualitativo con grupo focal de 8 participantes seleccionados mediante muestreo teórico. El análisis de datos se realizó con métodos de contenido cualitativo.</p>	<p>El cuidado de pacientes con heridas en la comunidad es complejo e implica numerosas actividades enfermeras, las cuales con gran frecuencia se basan en la experiencia y no en la evidencia científica. Las heridas impactan profundamente en la calidad de vida de los pacientes provocando experiencias únicas y multifactoriales, incluyendo el entorno familiar, domicilio, nivel socioeconómico, político y cultural influye en los cuidados.</p>
<p>Título: Desgarros cutáneos: su incorporación al marco conceptual de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia</p>	<p>Resaltar la importancia de reconocer los desgarros cutáneos como lesiones prevalentes en adultos</p>	<p>Estudio mediante un caso clínico de una paciente crónica compleja con dermatoporosis que contiene una lesión de desgarro cutáneo. Se</p>	<p>El estudio destaca la importancia del cuidado de la piel y la necesidad de que los profesionales sanitarios conozcan, prevengan y manejen</p>

<p>Autor/autores: Chiquero Valenzuela, Sara; Rodríguez Palma, Manuel; García Fernández, Francisco Pedro; López Franco, María Dolores.</p> <p>Año: 25 de septiembre de 2023</p>	<p>mayores incorporándolos en el marco conceptual de las LCRD.</p>	<p>detalla el mecanismo de producción, junto con características clínicas y categorización de la lesión.</p>	<p>adecuadamente estas lesiones. La inclusión de estas lesiones en el marco conceptual de las LCRD subraya la relevancia de abordarlas de manera efectiva para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.</p>
<p>Título: Proceso de atención de enfermería (PAE) a paciente con desgarro cutáneo</p> <p>Autor/autores: Gamboa Vega, María Alicia; Fernández Zapata, Amaia; Sáez Martínez, Jesús; Granada González, María; Pérez Romano, Belén; Tricas Ranchal, Carmen.</p> <p>Año: 19 de septiembre de 2024</p>	<p>Elaborar una valoración integral y un plan de cuidados de enfermería (NANDA, NOC, NIC) en propósito de un caso en paciente con Alzheimer que sufre un desgarro cutáneo, con el fin de proporcionar cuidados individualizados basados en la evidencia.</p>	<p>Valoración integral del paciente mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, permitiendo identificar diagnósticos de enfermería (NANDA), estableciendo objetivos (NOC) y planificando intervenciones (NIC)</p>	<p>La aplicación del PAE permitió prestar cuidados estructurados y personalizados, mejorando la atención y promoviendo la recuperación del paciente con desgarro cutáneo. Se destaca la importancia de una valoración integral y la planificación de cuidados basados en diagnósticos enfermeros para abordar eficazmente este tipo de lesiones.</p>

Tabla 10 Objetivo, metodología y conclusión de los artículos seleccionados

7. DISCUSIÓN

Una vez analizados los artículos seleccionados hay que destacar la gran importancia de la prevención y manejo integral de las LCRD en pacientes con Alzheimer institucionalizados.

En cuanto a las LESCAH de acuerdo con los autores Carrillo Gracia, Natalia; Sánchez Oliván, Ana M^a et al. (2024), y Abanto Ferrando, Lucía; Álvarez Álvarez, Inés et al. (2024), ambos destacan la humedad junto a la fricción y la maceración, unos de los principales factores de riesgo desencadenantes de estas lesiones cutáneas. Ambos artículos coinciden en la importancia de las estrategias preventivas como, por ejemplo; protección cutánea con barreras tópicas, controlar la incontinencia y la educación sanitaria a personal sanitario y entorno del paciente. En cuanto al tratamiento, estas publicaciones afirman que las últimas recomendaciones destacan la aplicación de productos barreras que contengan siliconas o de ácidos grasos hiperoxigenados en función del estado de cada lesión.

Además, reafirmando lo mencionado anteriormente, el estudio realizado por Segovia Gómez, Teresa; Bermejo Martínez, Mariano; y Torra-Bou Joan-Enric (2021), recomienda tratar heridas crónicas superficiales de diferentes etiologías con ácidos grasos hiperoxigenados (Mepentol y Mepentol leche), concluye que este material tiene alta eficacia en la cicatrización de lesiones superficiales, además, de ser una buena opción para la prevención de lesiones.

Por otro lado, mientras que los autores Carrillo Gracia, Natalia; Sánchez Oliván, Ana M^a et al. (2024), y Abanto Ferrando, Lucía; Álvarez Álvarez, Inés et al. (2024) mencionan la importancia de utilizar escalas específicas para diferenciar las LESCAH de las UPP y realizar un tratamiento específico, Sánchez Parra, Paula; Martínez Aso, Ana et al. (2024) hablan sobre un tratamiento general de la lesión abordándola conjuntamente con la situación de cada persona (estado nutricional, higiene y humedad, consciencia, inmovilidad, déficit proteico...).

Con respecto a los artículos redactados por Sánchez Parra, Paula; Martínez Aso, Ana et al. (2024), y Delgado Diéguez, Raquel; Herraiz Martínez, Yovanca et al. (2021), están de acuerdo en que es fundamental el rol enfermero en la prevención de LPP mediante cambios posturales, uso de superficies especiales para el manejo de la presión y la utilización de escalas (Braden y/o Norton) de manera periódica para valorar el riesgo de cada paciente.

En ocasiones la prevención no es suficiente y aparecen LCRD, por lo que será esencial actuar lo antes posible como afirman los autores Carrillo Gracia, Natalia; Sánchez Oliván, Ana M^a et al. (2024), Abanto Ferrando, Lucía; Álvarez Álvarez, Inés et al. (2024), Segovia Gómez, Teresa; Bermejo Martínez, Mariano; y Torra-Bou Joan-Enric (2021), Chiquero Valenzuela, Sara; Rodríguez Palma, Manuel et al. (2024), y Gamboa Vega, María Alícia; Fernández Zapata, Amaia et al. (2024), Es importante intervenir a tiempo observando de manera continua y sistemática la piel de los pacientes, para así poder detectar alteraciones cutáneas e iniciar un tratamiento adecuado a las necesidades individuales de cada uno.

Los autores Puerto Sánchez, Jon Ander; Zuza Turiño, Naroa et al. (2022), hacen énfasis en la individualización en el tratamiento de las LCRD dependiendo de la fase de la lesión, tipo de exudado, presencia de infección...favoreciendo un ambiente húmedo que ayude a cicatrizar. Por otro lado, los autores Gamboa Vega, María Alícia; Fernández Zapata, Amaia et al. (2024), discrepan lo mencionado priorizando, en desgarros cutáneos, el uso de apósitos que mantengan un ambiente seco en fases iniciales de las lesiones para evitar la maceración y complicaciones adicionales.

No obstante, un estudio realizado por Maella Rius, Natalia; Rorra-Bou, Joan-Enric; y Martínez Rodríguez, Laura (2023) de un grupo focal de 8 enfermeras se llegó a la conclusión de que el cuidado de personas con lesiones es complejo ya que gran parte del personal de enfermería se basa en la experiencia personal adaptándose al entorno del paciente, situación familiar, domicilio, cultura...Esto demuestra la importancia de un juicio clínico individualizado con respecto a la elección de material de cura.

Los autores Chiquero Valenzuela, Sara; Rodríguez Palma, Manuel et al. (2024), incluyen como una categoría independiente los desgarros cutáneos en la clasificación LCRD. En el resto de los artículos, en cambio, esto no se menciona, y no se encuentra actualizado en los protocolos de práctica clínica, lo que nos asegura la necesidad de actualización de estos protocolos y reconocimiento de esta nueva clase de LCRD.

Para finalizar, haciendo referencia a los artículos cuyos autores son Ferrando Sánchez, María; Pinilla Conil, María et al. (2023) y Muñoz Carro, Paula; González Mato, Lorena et al. (2024), ambos tratan sobre cuidados proporcionados hacia personas con enfermedad de Alzheimer institucionalizados. Sin embargo, mientras que los primeros se basan más en la teoría y en diagnósticos generales, los otros se centran en lo práctico y en los problemas cotidianos de los pacientes. Esto nos permite darnos cuenta de que

no siempre se pueden seguir los planes estandarizados, ya que es fundamental adecuar los cuidados a las necesidades particulares que tiene cada paciente y cada caso.

8. CONCLUSIONES

La aparición de lesiones cutáneas en pacientes con Alzheimer está influenciada por múltiples factores de riesgo, entre los que destacan la inmovilidad, la incontinencia, la desnutrición, el deterioro cognitivo avanzado y la falta de percepción del dolor. Estos factores, comunes en el entorno institucional, aumentan significativamente la incidencia de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

Las LCRD influyen notablemente en la calidad de vida del paciente, afectando tanto al plano físico (dolor, incomodidad y riesgo de infecciones) como al plano emocional y social, al limitar la autonomía y generar sentimientos de frustración, aislamiento o dependencia. Además, la familia y el entorno cuidador también se ven afectados debido a la elevada carga asistencial y emocional.

Los profesionales de enfermería requieren recursos adecuados y formación continua para poder llevar a cabo intervenciones efectivas tanto en la prevención como en el tratamiento de estas lesiones. Entre estos recursos se incluyen: protocolos actualizados, materiales específicos para el cuidado de la piel, sistemas de movilización y cambios posturales...

La actuación enfermera es clave en la prevención, detección precoz, evaluación continua y manejo integral de las LCRD. Es fundamental que haya un correcto trabajo en equipo, uniendo la evidencia, implicación del equipo multidisciplinar y la participación del paciente y familiares.

Para finalizar, es fundamental contar con protocolos clínicos estandarizados para la prevención y el tratamiento de LCRD, no obstante, es imprescindible considerar la situación personal, social y emocional de cada paciente. Solo de este modo se pueden ofrecer cuidados holísticos y centrados en la persona.

- Investigar de forma más profunda el impacto tanto emocional como social que las lesiones cutáneas producen tanto en los familiares como en los cuidadores y/o familiares.
- Estudios cuantitativos sobre el uso de métodos preventivos de lesiones cutáneas: si se llevan a cabo o no, calidad, efectividad...
- Estudios cuantitativos acerca de la incidencia de LCRD en la población con Alzheimer.

12. APLICABILIDAD DEL ESTUDIO

Este trabajo puede servir de guía para clasificar LCRD e identificar la fase de deterioro en la que se encuentra el paciente con Alzheimer. Además, puede ayudar tanto a profesionales como a familiares a prevenir que se formen LCRD, identificarlas precozmente y tratarlas de manera individualizada.

WEBGRAFÍA

1. Universidad Europea. Tipos de lesiones en la piel: primarias y secundarias [Internet]. Universidad Europea; 2021 dic 1 [citado el 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://universidadeuropea.com/blog/tipos-lesiones-piel/>
2. Torra-Bou J, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavín R, Parás-Bravo P, Soldevilla-Agreda JJ, García-Fernández F. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. Gerokomos [Internet]. 2016 dic; 27(4):161–7 [citado el 14 de noviembre de 2024]; Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400007
3. Mayo Clinic. Úlceras de decúbito (úlceras por presión) [Internet]. Mayo Clinic; 2024 may 15 [citado el 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-20355893>
4. Arango Salazar C, Fernández Duque O, Torres Moreno B. Úlceras por presión [PDF]. [Tratado de geriatría para residentes]: [Segg.es] [citado el 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2021_II.pdf
5. Torra-Bou JE, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, López-Franco MD, García-Fernández FP. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022 [PDF]. Gerokomos. 2023 oct 19 ;34(4):269–276 [citado el 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2024/05/6-enp-2022-lcrrd-residencias.pdf>
6. National Institute on Aging. La enfermedad de Alzheimer [Internet]. National Institute on Aging; 2023 abr 5 [citado el 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/enfermedad-alzheimer/enfermedad-alzheimer>
7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [citado el 14 de noviembre de 2024].

Disponible

en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf

8. Alzheimer's Association. Etapas de la enfermedad de Alzheimer [Internet]. Alzheimer's Association; [citado el 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/etapas>
9. Allegri RF, Arizaga RL, Bavec C, Colli LP, Demey I, Fernández MC, et al. Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurol Arg*. 2011;3(2):120–137. [citado el 24 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-enfermedad-alzheimer-guia-practica-clinica-S185300281170026X?utm_source=chatgpt.com
10. Hospital Cruz Roja de Córdoba. Alzheimer: síntomas, causas y tratamiento [Internet]. Hospital Cruz Roja de Córdoba; 2024 [citado 2025 abr 24]. Disponible en: <https://hospitalcruzrojacordoba.es/medicina-interna-cordoba/alzheimer-sintomas-causas-y-tratamiento/>
11. Hospital Clínic de Barcelona. ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer? [Internet]. Hospital Clínic de Barcelona. [citado 2025 abr 24]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/alzheimer>
12. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1982;139(9):1136–9 [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.139.9.1136>
13. Niu H, Álvarez-Álvarez I, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurologia* [Internet]. 2017;32(8):523–32. [citado el 24 abril de 2025] Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485316300032>
14. Generalitat de Catalunya. A Catalunya, 86.000 persones pateixen Alzheimer [Internet]. Generalitat de Catalunya; 2021 set 21 [citado 2025 abr 24]. Disponible en: <https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/413824/a-catalunya-86-000-persones-pateixen-alzheimer>
15. Barranco-Quintana JL, Allam MF, Del Castillo AS, Navajas RF-C. Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2005;40(10):613–618 [citado

- el 11 de febrero de 2025]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Mohamed-Allam-4/publication/7816159_Risk_factors_for_Alzheimer's_disease/links/541ec2c00cf2218008d3cdbc/Risk-factors-for-Alzheimers-disease.pdf
16. Scielo.cl. [citado el 11 de febrero de 2025]. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003041200003&script=sci_arttext&utm_source=
17. Archibaldo Donoso. La enfermedad de Alzheimer [Internet]. *Rev Chil Neuro Psiquiat* . 2003; 41(Supl 2): 13-22. [citado el 24 de abril de 2025] Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003041200003&script=sci_arttext&utm_source=
18. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Cuidados de heridas crónicas para estudiantes de Enfermería y otras Ciencias de la Salud [Internet]. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2024 [citado 27 de enero de 2025]. Disponible en:
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=3q0cEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA37&dq=lesiones+cut%C3%A1neas+dependencia+definiciones&ots=7kdVvqMHV5&sig=2DcHu0AWlr9Alu1Toi5EVtdC7Wc#v=onepage&q=lesiones%20cut%C3%A1neas%20dependencia%20definiciones&f=false>
19. Bellés Aranda M, Mateo Abad A. Correcta identificación de las lesiones relacionadas con la dependencia [Internet]. *Rev San Investig*. 2021 nov;2(11):[aprox. 4 p.] [citado el 11 de febrero de 2025]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210245>
20. García Aja B. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica [Internet]. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; [fecha de publicación desconocida] [citado 2025 abr 24]. Disponible en:
<https://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/46>
21. Sangüesa Lacruz AM, Villanueva Mena A, Bravo Adán R, Negredo Rojo E, Bellés Aranda M, Mateo Abad A. Correcta identificación de las lesiones relacionadas con la dependencia [Internet]. *Rev San Investig*. 2021 nov 28 [citado el 11 de febrero de 2025]. Disponible en:
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/correcta-identificacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia/>

22. Torra-Bou JE, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, López-Franco MD, García-Fernández FP. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España: resultados del 6º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022 [Internet]. *Gerokomos*. 2023;34(4):269–276 [citado el 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=9435437>
23. Paniagua Asensio ML. Lesiones relacionadas con la dependencia: prevención, clasificación y categorización [Internet]. Logroño: GNEAUPP; 2020 [citado el 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2020/08/Paniagua-2020.-LRD.-Prevencio%CC%81n-clasificacio%CC%81n-y-categorizacio%CC%81n.pdf>
24. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUNDEPP). Cura de heridas [Internet]. [Lugar de publicación desconocido]: FUNDEPP; [fecha de publicación desconocida] [citado 2025 abr 24]. Disponible en: <https://fundep.com/wp-content/uploads/2021/09/Cura-Heridas-Fragmento.pdf>
25. Centro de Úlceras Crónicas (CMUC). Curas en ambiente húmedo vs. curas en ambiente seco [Internet]. [Lugar de publicación desconocido]: CMUC; 2018 marz 26 [citado 2025 abr 24]. Disponible en: <https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/cura-humeda-vs-cura-seca/>
26. Palomar-Illatas F, Pastor-Orduña MI, Bonías-López J, Fornés-Pujalte B, Sierra-Talamantes C, Sánchez-González A, et al. Características y manejo del lecho de las heridas crónicas [Internet]. *Form Derm*. 2020; 33:1–10 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.anedidic.com/descargas/formacion-dermatologica/33/caracteristicas_y_manejo_del_lecho_de_las_heridas_cronicas.pdf
27. Institut Català de la Salut (ICS). Abordaje de la cura y prevención [Internet]. Barcelona: ICS; [fecha de publicación desconocida] [citado 2025 abr 24]. Disponible en: <https://time.ics.gencat.cat/es/etime?pos=3>
28. Centro de Úlceras Crónicas (CMUC). Desbridamiento [Internet]. [Lugar de publicación desconocido]: CMUC; 2018 agosto 27. [citado 2025 abr 24]. Disponible en: <https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/desbridamiento/>
29. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Manejo de las infecciones cutáneas bacterianas en el ámbito ambulatorio [Internet]. *INFAC*. 2018 [citado 2025 abr

- 24]. Disponible en:
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2018/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_26_7_infecciones%20cut%C3%A1neas.pdf
30. Real Academia Española. Institución [Internet]. En: Diccionario de la lengua española. 23.^a ed. Madrid: Espasa; 2014 [citado el 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/instituci%C3%B3n>
31. Ministerio de Sanidad. Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [fecha de publicación desconocida] [citado 2025 febr 11]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/home.htm>
32. Centro Europeo de Postgrado (CEUPE). ¿Qué es una institución sanitaria? [Internet]. European Business School: CEUPE; [fecha de publicación desconocida] [citado 2025 abr 24]. Disponible en: <https://www.ceupe.com/blog/institucion-sanitaria.html>
33. Junta de Andalucía. Tipos de empresa según la propiedad del capital [Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía; 2011 [citado 2025 abr 24]. Disponible en: https://edeia.juntadeandalucia.es/bancorecursos/file/f8ccc8df-ddf0-4b7b-b4e5-ef0062d4291b/1/es-an_2018100612_9174428.zip/24_tipos_de_empresa_según_la_propiedad_del_capital.html?temp.hn=true&temp.hb=true
34. Sociedad Española de Neurología (SEN). El 35% de los casos de Alzheimer se pueden atribuir a nueve factores de riesgo modificables [Internet]. Madrid: SEN; 2019 sep 19 [citado 2025 abr 24]. Disponible en: <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link280.pdf>
35. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (CRE Alzheimer). Terapias de intervención cognitiva [Internet]. Salamanca: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero); 2022 jun 22 [citado 2025 abr 24]. <https://crealzheimer.imserso.es/cre-alzheimer/terapias-no-farmacologicas/terapias-de-intervencion-cognitiva>
36. Organización Mundial de la Salud. Todos los momentos para la higiene de las manos [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 5 de mayo 2025]. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/infection-prevention-and-control/hand-higiene/d_allmoments_a2_spanish.pdf?sfvrsn=dfefbfbf_11&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/infection-prevention-and-control/hand-higiene/d_allmoments_a2_spanish.pdf?sfvrsn=dfefbfbf_11&download=true)

37. Palomar-Llatas F, Pastor-Orduña MI, Bonías-López J, Fornes-Pujalte B, Sierra-Talamantes C, Zamora-Ortiz J, Díez-Fornes P, Palomar-Albert D. Características y manejo del lecho de las heridas crónicas [Internet]. *Enferm Dermatol*. 2018;12(33):10–18 [citado 5 de mayo]. Disponible en: https://www.anedidic.com/descargas/formacion-dermatologica/33/caracteristicas_y_manejo_del_lecho_de_las_heridas_cronicas.pdf
38. Sociedad Española de Heridas (SEHER), PiC Solution. Guía para el correcto cuidado de las heridas [Internet]. SEHER; 2022 [citado 5 de mayo]. Disponible en: https://seheridas.org/wp-content/uploads/2022/10/guia_cuidado_heridas.pdf
39. Servicio Andaluz de Salud. *Guía para la prevención de las úlceras por presión* [Internet]. 1.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud; 2008 [citado 6 de mayo]. Disponible en: file:///C:/Users/zurin/Downloads/Guia_Prevenccion_UPP.pdf

Discusión:

40. López MM, López FJ, Martín MA. Manejo de las lesiones por humedad en enfermería. *Rev Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021 [citado 2025 May 14];18(1):15-21. Disponible en: [Manejo de las lesiones por humedad en enfermería. Artículo monográfico](#)
41. González-Sánchez B, García-Carrillo A. Manejo de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad. *Rev Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021 [citado 2025 May 14];18(1):22-29. Disponible en: [Manejo de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad. Artículo monográfico](#)
42. Pérez Ruiz J, García López J, Fernández González M. Estrategias de enfermería para el manejo integral del paciente encamado con lesiones por presión en residencias geriátricas. *Rev Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021 [citado 2025 May 14];18(2):45-53. Disponible en: [Estrategias de enfermería para el manejo integral del paciente encamado con lesiones por presión en residencias geriátricas](#)
43. Sánchez Martínez F, Cordero González L, Romero Fernández M. Abordaje holístico de úlceras por presión en enfermería: valoración, prevención y tratamiento. *Rev Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021 [citado 2025 May 14];18(2):54-62. Disponible en: [Abordaje holístico de úlceras por presión en enfermería: valoración, prevención y tratamiento.](#)
44. Gómez Álvarez A, García Martínez A. Estrategias de manejo en el cuidado de la piel en pacientes geriátricos con Alzheimer. *Rev Latinoam Enfermería* [Internet].

- 2021 [citado 2025 May 14];29:45-50. Disponible en: [Utilización de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados en el tratamiento de heridas crónicas superficiales de diferentes etiologías](#)
45. Díaz Fernández J, Ramírez Sánchez F. Elección del material de cura según las características de las heridas. Dialnet [Internet]. 2021 [citado 2025 May 14]. Disponible en: [bing.com/ck/a?!&&p=e7d73aadd3bc009ab10161a7713758e4ee288046e7a75897cb3a09d103af7705JmltdHM9MTc0NzE4MDgwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=17da6f16-1538-64a5-29fa-7b83143e657e&psq=Dialnet-EleccionDelMaterialDeCuraSegunLasCaracteristicasDe-8841163&u=a1aHR0cHM6Ly9kaWFsbmV0LnVuaXJpb2phLmVzL2Rlc2NhcmdhL2FydGljdWxvLzq4NDExNjMucGRm&ntb=1](https://www.bing.com/ck/a?!&&p=e7d73aadd3bc009ab10161a7713758e4ee288046e7a75897cb3a09d103af7705JmltdHM9MTc0NzE4MDgwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=17da6f16-1538-64a5-29fa-7b83143e657e&psq=Dialnet-EleccionDelMaterialDeCuraSegunLasCaracteristicasDe-8841163&u=a1aHR0cHM6Ly9kaWFsbmV0LnVuaXJpb2phLmVzL2Rlc2NhcmdhL2FydGljdWxvLzq4NDExNjMucGRm&ntb=1)
46. Pérez Martín E. Plan de cuidados de enfermería: Alzheimer. Rev Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado 2025 May 14];18(3):33-40. Disponible en: [Plan de cuidados de enfermería: Alzheimer](#)
47. Fernández López A, García Ramírez J. Proceso de atención enfermera (PAE) a una paciente institucionalizada con enfermedad de Alzheimer. Rev Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado 2025 May 14];18(4):21-29. Disponible en: [Proceso de atención enfermera \(PAE\) a una paciente institucionalizada con enfermedad de Alzheimer.](#)
48. Martínez Sánchez M, Díaz López S. Proceso de atención de enfermería (PAE) a paciente con desgarro cutáneo. Gerokomos [Internet]. 2024 [citado 2025 May 14];35(1):30-36. Disponible en: [35-1-2024-030.pdf](#)
49. Ruiz Hernández M, Gómez Morales D. Estrategias de cuidado de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Rev Sanitaria de Investigación [Internet]. 2023 [citado 2025 May 14];20(1):12-17. Disponible en: [Desgarros cutáneos: su incorporación al marco conceptual de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia](#)
50. Pérez Hernández J, Martínez Ruiz F. Proceso de atención de enfermería (PAE) a paciente con desgarro cutáneo. Rev Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado 2025 May 14];18(5):50-58. Disponible en: [Proceso de atención de enfermería \(PAE\) a paciente con desgarro cutáneo](#)

ANEXOS

Anexo 1 – LPP de categoría I (Fuente: ref 18)



Anexo 2 – LPP de categoría II en maléolo externo (Fuente: ref 18)



Anexo 3 – LPP de categoría III (Fuente: web GNEAUPP)



Anexo 4 – LPP categoría IV en el sacro-coxis (Fuente: ref 18)



Anexo 5 – Lesión de tejidos profundos ocasionada por presión y cizalla en el talón.
(Fuente: ref 18)



Anexo 6 – LESCAH categorías 1A (A) y 1B (B) (Fuente: ref 18)

A

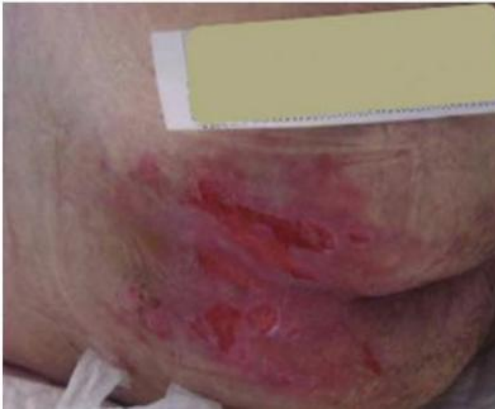


B



Anexo 7 – LESCAH de categorías 2A (A) y 2B (B) (Fuente: ref 18)

A



B



Anexo 8 – Lesiones por fricción de categoría I en la espalda (Fuente: ref 18)



Anexo 9 – Lesión por fricción de categoría II (Fuente: ref 18)



Anexo 10 – Lesión por fricción de categoría III en el talón (Fuente: ref 18)



Anexo 11 – Desgarro cutáneo de categoría 1 (Fuente: ref 18)



Anexo 12 – Desgarro cutáneo de categoría 2 (Fuente: ref 18)



Anexo 13 – Desgarro cutáneo de categoría 3 (Fuente: ref 18)



Anexo 14 – Escala Braden (Fuente: ref 23)

La escala de *Braden*, una herramienta muy utilizada en el ámbito sanitario para evaluar el riesgo de LPP en pacientes con limitación de la movilidad, donde se valora lo siguiente:

- **Sensibilidad sensorial:** Evaluar si el paciente responde a estímulos dolorosos o molestos.
- **Contacto con la humedad:** Tiempo de contacto entre la piel y la humedad
- **Nivel de actividad:** Cantidad de actividad física que se realiza
- **Capacidad de movimiento:** Analizar si el paciente se moviliza solo o no
- **Estado nutricional:** Cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren
- **Fricción y riesgo de lesiones en la piel:** Posibilidad de daño cutáneo debido al roce o presión constante.

En cada uno de los puntos mencionados la puntuación será de entre 1 y 4, y tendremos que sumarlo todo para obtener el resultado final. En caso de que sea = 0 o < a 12, el riesgo de LPP será alto. 13-15 será moderado, y = 0 > 16 será leve.

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema

2	Muy limitada	A menudo húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	No existe problema

Anexo 15 – Escala Norton (Fuente: ref 23)

Puntos	Estado físico	Estado Mental	Actividad	Movilidad	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	Doble incontinencia

Puntuación: ≤ 16 riesgo moderado y ≤ 12 riesgo alto

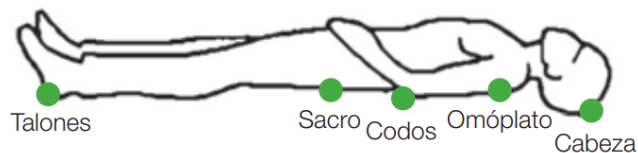
Anexo 16 – Escala *Emina* (Fuente: ref 23)

Puntos	Estado mental	Movilidad	Humedad r/c incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Limitación ligera	Urinaria o fecal ocasional	Incompleta ocasional	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Coma	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta > 72h	No deambula

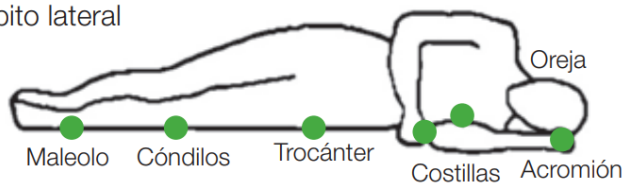
Puntuación: 1 – 3 riesgo bajo, 4 – 7 riesgo medio (≥ 5 para hospitales de media estancia) y 8 – 15 riesgo alto.

Anexo 17 – Puntos de presión (Fuente: ref 39)

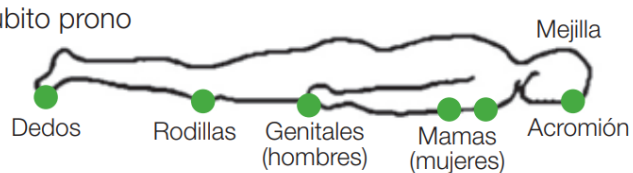
Decúbito dorsal



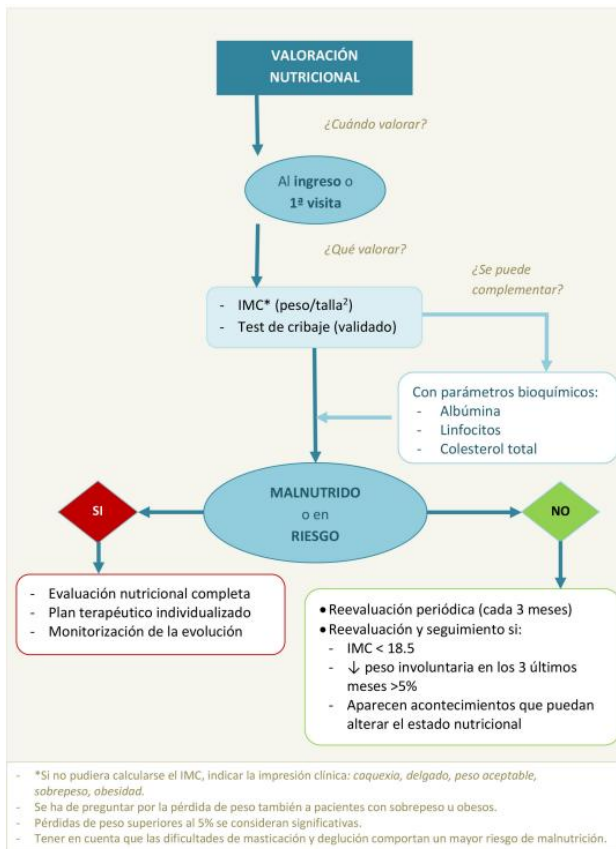
Decúbito lateral



Decúbito prono



Anexo 18 – Algoritmo valoración nutricional (Fuente: ref 23)



Anexo 19 – Lavado de manos (Fuente: ref 36)



Anexo 20 – Tejido de granulación (Fuente: ref 37)



Anexo 21 – Tejido de hipergranulación (Fuente: ref 37)



Anexo 22 – Tejido esfacelos (Fuente: ref 37)



Anexo 23 - Film de fibrina desnaturalizada (Fuente: ref 37)



Anexo 24 – Placa necrótica (Fuente: ref 37)



Anexo 25 – Desbridamiento biológico (Fuente: propia)



Anexo 26 - Valoración de exudado (Fuente: ref 38)

VALORACIÓN DE LA HERIDA: EXUDADO	
-	→ Humedecer → Hidrogeles
+	→ Mantener el entorno húmedo → Apósitos de interfase, gasas impregnadas
++	→ Mantener el área húmeda y/o controlar el exudado → Apósitos absorbentes (hidrocoloides, espumas)
+++	→ Controlar el exudado, buscar la causa y prevenir la maceración de la piel circundante → Apósitos muy absorbentes y drenaje activo (alginatos, hidrofibra)
++++	→ Derivar a un especialista

Anexo 27 – Cuidado de piel circundante (Fuente: ref 38)

PIEL CIRCUNDANTE	
MACERACIÓN	→ Controlar el exudado y proteger la piel → Apósitos absorbentes/ Productos de barrera (ej. spray de poliuretano)
ECCEMA/DERMATITIS POR CONTACTO	→ Identificar la causa: alergia ≠ irritación → <ul style="list-style-type: none"> • Limpiar con sol. salina • Cubrir con gasas vaselinizadas • Derivar a un especialista
PIEL FRÁGIL	→ Proteger la piel → Evitar adhesivos
HIPERQUERATOSIS	→ Humedecer y eliminar → <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la fricción • Usar un dispositivo para descarga