

MANUAL DE COIDADOS E PREVENCIÓN DE LESIÓNS CUTÁNEAS RELACIONADAS COA DEPENDENCIA



**XUNTA
DE GALICIA**

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Servizo Galego de Saúde

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Subdirección Xeral de Xestión Asistencial e Innovación



Deseño e maquetación | Andrea Rodríguez López

Ilustracións | Camilo López Rey

Publicación | Santiago de Compostela, 2023

Autoras

Mónica Rodríguez Castaño. *Enfermeira referente en feridas do Servizo Galego de Saúde*

M^a Ángeles Mera Cores. *Enfermeira referente en feridas do Servizo Galego de Saúde*

Ana Isabel Calvo Pérez. *Enfermeira referente en feridas do Servizo Galego de Saúde*

Revisor

Luis Arantón Areosa. *Enfermeiro referente en feridas do Servizo Galego de Saúde*

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

MANUAL DE COIDADOS E PREVENCIÓN DE LESIÓNS CUTÁNEAS RELACIONADAS COA DEPENDENCIA

Que son as lesións cutáneas relacionadas coa dependencia? (LCRD)

Chamásmolle LCRD ao dano que se produce na pel e/ou tecidos subxacentes nas persoas con limitación ou perda temporal ou permanente da autonomía física, mental, intelectual ou sensorial debido á discapacidade, idade, proceso ou enfermidade e que requiren de axuda para realizar as actividades básicas da vida diaria.

Clasificación

LESIÓNS POR PRESIÓN (LPP) E CIZALLA

LPP son as lesións que se producen na pel e/ou nos tecidos subxacentes ao estaren sometidos a presión mantida no tempo.

As lesións por cizalla fórmanse cando hai un escorregamento e presión sobre os tecidos que hai entre a pel e os ósos.

LESIÓNS CUTÁNEAS ASOCIADAS Á HUMIDADE (LESCAH)

Lesión superficial na pel causada pola exposición prolongada á humidade, como ouriños, feces, sudoración etc.

LESIÓNS POR FRICCIÓN

Lesión superficial na pel provocada polo rozamento, en sentido contrario, entre a pel do paciente e outra superficie paralela en movemento.

Como se pode axudar a evitalas?

En moitos casos as úlceras pódense evitar ou, polo menos, atrasar a súa aparición, seguindo as seguintes recomendacións xerais:

- Examine a pel diariamente, aproveitando o aseo, buscando nas zonas de risco áreas arroibadas, rozaduras ou bochas.
- Revise se hai alteración da humidade da pel, cambios na textura, cambios na temperatura nas zonas de risco (calor localizada), cambios de cor (enrrubimento), inflamación ou inchazón, gretas, dor ou proído.
- Se detectase algunha destas alteracións, aumente o número de cambios de posición e consulte a súa enfermeira/o.



VALORACIÓN DO PACIENTE

A súa enfermeira/o do centro de saúde utilizará unha escala para a valoración do risco de LCRD.

Co resultado obtido aplicaranse medidas específicas, ademais das detalladas a continuación.

Débese procurar unha contorna adecuada para o paciente:

- ✓ Manter temperatura e humidade adecuadas (19-21°C).
- ✓ Ventilación e iluminación suficiente.
- ✓ Ausencia de ruídos.

E, en resumo, todo aquilo que poida contribuír a un ambiente agradable.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Para a prevención de LPP, cizalla, fricción e lesión por humidade é necesario ter en conta a mobilidade do paciente, podendo precisar mobilización frecuente, cambios posturais, superficies especiais de manexo da presión (SEMP) e protección local.

É fundamental seguir as seguintes recomendacións:

CUIDADOS DA PEL

- Manter a pel hidratada, aplicando crema hidratante ou ácidos graxos hiperosixenados (AGHO), segundo lle indique a súa enfermeira.
- Non realice masaxes, nin fregas. Aplicar non é masaxear.
- Na medida do posible non apoie o paciente sobre un enrubiamento nin lesión/ ferida.
- Protexa a pel do exceso de humidade.
- Evite materiais sintéticos.
- Evite situacións de fricción.



ÁCIDOS GRAXOS HIPEROSIXENADOS

É un tipo de aceite que mellora a hidratación e a renovación da pel, evitando a sequedade e mellorando a súa resistencia ao rozamento.

MOBILIZACIÓN

A inmovilidade pode provocar

NA MUSCULATURA

Sen unha correcta contracción e relaxación muscular (movemento) pode aparecer:

- Atrofia muscular (perda de forza).
- Diminución do ton muscular.
- Contracturas.

NOS ÓSOS

Sen os estímulos de compresión e descompresión que se producen, por exemplo, ao camiñar, o óso podese debilitar, provocando perda de masa ósea e, por iso, aumentaría o risco de fracturas.

NO SISTEMA CARDIOVASCULAR

Risco de atrofia cardíaca, de diminución do retorno venoso, de aparición de trombos, de hipotensión ortostática (mareo ao levantarse)

NAS FUNCIÓNS COGNITIVAS

Insomnio, desorientación, desmotivación...

NO APARELLO DIXESTIVO

Facilita a falta de apetito e o estrinxemento.

NO SISTEMA RESPIRATORIO

Retención das mucosidades con risco de infección.

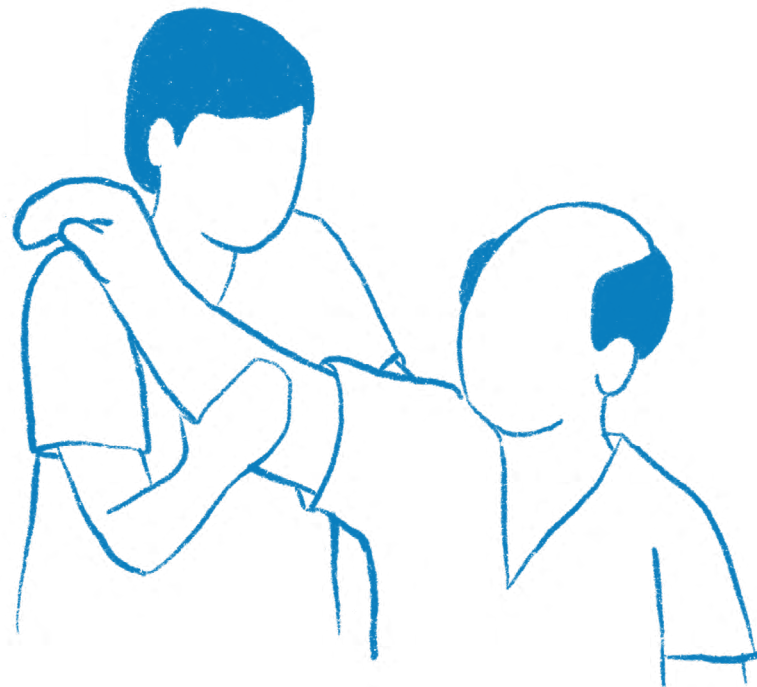
NA PEL

Enrrubiamento, irritación e dor, o que conleva maior risco de LPP.

A INMOBILIDADE é o factor de risco máis importante no desenvolvemento de LPP

EN PACIENTES COLABORADORES

- Convidar o paciente a mobilizarse por si mesmo, de modo que a intervalos frecuentes redistribúa o peso e a presión (se está sentado, cada 15 minutos).
- Estimular a actividade do paciente axudándolle a participar nas actividades da vida diaria (aseo, ir ao cuarto de baño, comer por si só, ...) e animar á deambulación, proporcionando dispositivos de axuda se precisase (andador, bastón) e fixando os dispositivos clínicos (sondas, drenaxes,...) de modo que non dificulten os seus movementos.



SE O PACIENTE NON COLABORA

É necesario moverlle as articulacións ao facer os cambios posturais, polo menos 3-4 veces ao día e sen provocar dor.

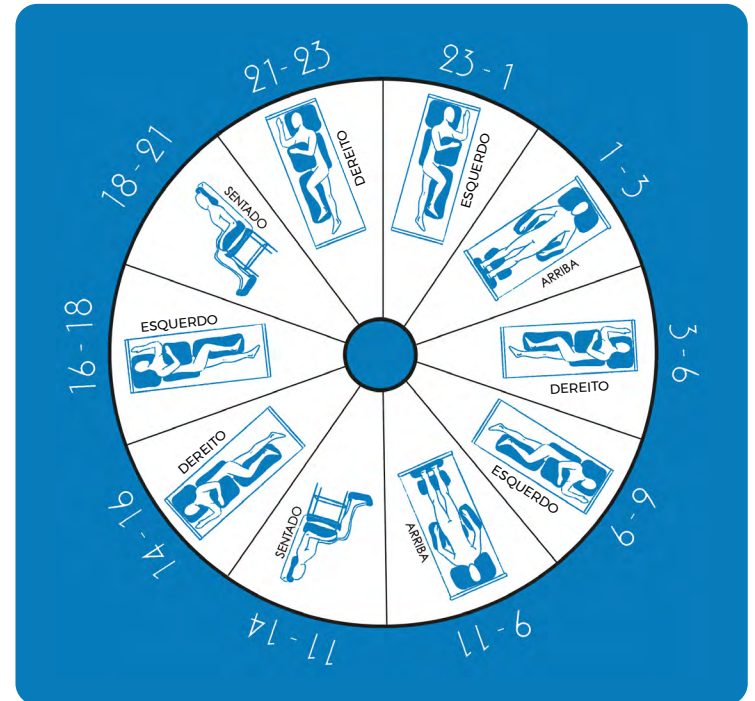
CAMBIOS POSTURAIS

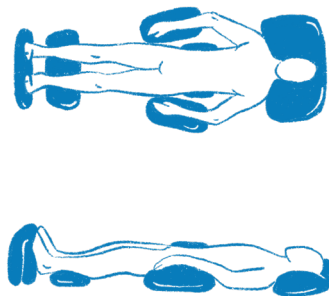
O cambio postural é a variación na posición dun paciente na cama, para evitar as complicacións derivadas da falta de mobilidade. O obxectivo é evitar ou diminuír a presión sobre unha mesma zona e, con iso, evitar que se produza unha lesión.

- Se o paciente non pode cambiar de postura por si só, é necesario axudarlle.
- En pacientes encamados, farase cada 2-3 horas, seguindo un sistema de rotación programado como o que se indica a continuación. Se o paciente dispón dun colchón especial (superficie especial para manexo de presión), os cambios posturais poden facerse con máis intervalo de tempo en función do tipo desta: pregunte a súa enfermeira/o.
- En pacientes sentados farase cada hora e cada 15-20 minutos deberá descargar o peso das nádegas movéndose ou facendo pequenas elevacións.

PARA ISO, DEBEMOS TER EN CONTA OS SEGUINTE ASPECTOS

- ✓ Manter o aliñamento corporal, a distribución do peso e o equilibrio do paciente.
- ✓ Evitar o arrastre: despegar o corpo da superficie para eliminar a fricción.
- ✓ Evitar contacto entre prominencias óseas, por exemplo, entre xeonllos.
- ✓ Non usar flotadores nin rodetes. Non reparten a presión, senón que a concentran na zona do corpo na que apoia o rodete, producindo un efecto compresor e inflamación, o que favorece a aparición de LPP.
- ✓ Non incorporar ou elevar o cabeceiro da cama con máis de 30° de inclinación.
- ✓ Non situar o paciente de lado cunha inclinación superior aos 30°.



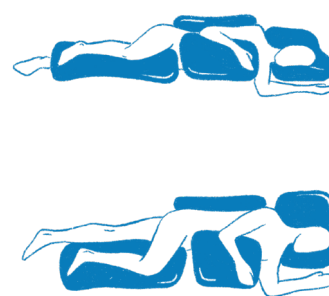


EN DECÚBITO SUPINO

Cabeza coa faciana arriba en posición neutra e recta, o corpo aliñado cunha posición relaxada. Os brazos estirados e as pernas lixeiramente flexionadas cos xeonllos separados evitando unha hiperextensión. Os pés e as mans colocaranse nunha posición funcional evitando que os talóns se apoiem nun plano duro.

As almofadas colocaranse:

- Baixo a cabeza e ombreiros.
- Baixo as pantorrillas (xemelgos) evitando o apoio e o rozamento dos talóns así como a hiperextensión dos xeonllos.
- Na pranta dos pés para evitar o pé equino.
- Na zona lumbar se existira moita curvatura nas costas (lordose).

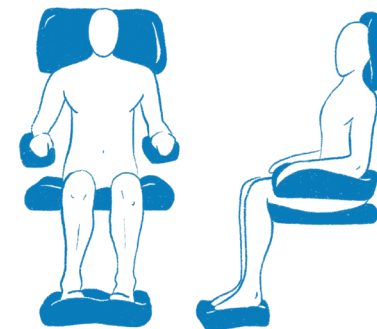


EN DECÚBITO LATERAL

Corpo apoiado de lado tanto dereito como esquerdo, aliñado. Coa perna inferior estirada e a perna que queda na parte superior así como os brazos quedarán flexionados.

As almofadas colocaranse:

- Baixo da cabeza.
- Nas costas para evitar que o corpo se vire.
- Entre as pernas para elevar a perna superior evitando o apoio sobre o plano duro e a rotación interna da cadeira.
- Debaixo do brazo superior.



EN SEDESTACIÓN/SENTADA

Coas costas apoiadas no respaldo, repartindo o peso nas cadeiras. Cadeiras xeonllos e pés en ángulo recto. Mans e pés en posición funcional e cos talóns liberados de presión, sen que os pés colguen.

Para máis información
preme nos debuxos



SEMP = SUPERFICIES ESPECIAIS PARA O MANEXO DA PRESIÓN

Son dispositivos que permiten a redistribución da presión e/ou o alivio dela mesma. A redistribución da presión é a capacidade que presenta unha superficie de apoio para distribuír a carga nas zonas de contacto co corpo humano.

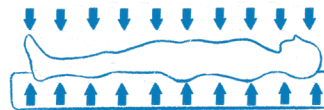
Poden ser:

- Colchóns especiais: son superficies especiais de apoio que nos axudarán a manexar mellor as presións segundo o estado do paciente.
- Outros dispositivos: coxíns, almofadas, etc. que nos axudarán a evitar a presión sobre zonas determinadas. Nunca usaremos protectores tipo flotador ou anel, pois concentran a presión na zona de apoio.



COLCHÓN CONVENCIONAL

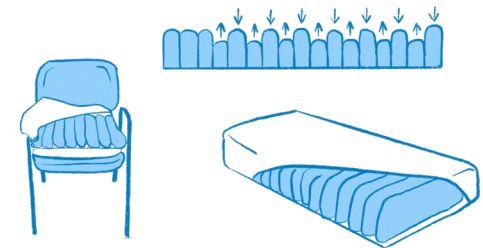
A presión concéntrase en 4 puntos, nos que hai maior risco de lesións por presión e cizalla.



SUPERFICIES ESTÁTICAS

(por exemplo colchón viscoelástico)

A presión redistribúese por inmersión e adaptabilidade.



SUPERFICIES DINÁMICAS

Polas celas alternantes, ademais de redistribuír a presión, elimínase por momentos (alivio de presión).

O uso destes dispositivos non substitúe os cambios posturais, pero poden espazarse.

MANEXO DA HUMIDADE

Para previr as lesións por humidade é necesario

HIXIENE E HIDRATACIÓN DA PEL

A pel debe permanecer limpa e seca en todo momento. Debe realizar hixiene diaria usando xabóns ou solucións limpadoras con baixo potencial irritativo e pH neutro, aclarando, secando sen fregar e evitando a humidade, sobre todo, nas zonas de dobras.

No mercado existen toallíñas húmidas específicas.

Usar crema hidratante despois do aseo, estendéndoa ben, e sen masaxear. Non empregar colonias, nin alcol, nin talco, porque resecan a pel e favorecen a aparición de gretas.



EVITAR O CONTACTO DA PEL COA HUMIDADE

Teña especial coidado se o paciente ten incontinencia, febre e/o sudoración.

No caso de incontinencia, a/o enfermeira/o avaliará o uso de colectores ou cueiros absorbentes de xeito personalizado segundo a talla e necesidade de absorción. Nunca se debe utilizar cueiro dobre, porque aumenta o risco de lesións e reduce a eficacia do cueiro.

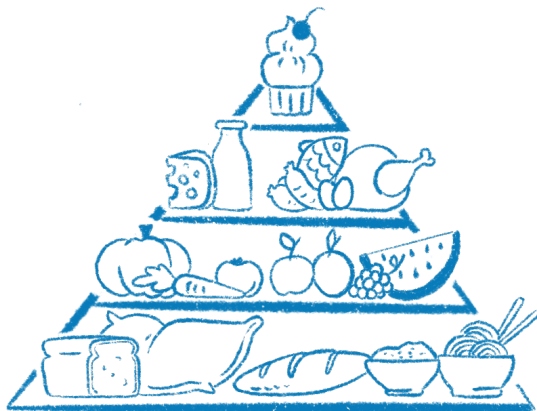
Usar roupa de tecidos naturais, algodón ou fío..., procurando que estean ben estiradas, limpas e secas, evitando as dobras e engurras.



USO DE PRODUTOS BARREIRA

A/o enfermeira/o valorará o uso de produtos específicos para as zonas de risco como produtos barreira, tales como película barreira cutánea non irritante (PBNI) ou unha crema barreira (pomadas de óxido de zinc).

ALIMENTACIÓN



A alimentación ha de ser rica e variada, pensando no enfermo e tendo en conta os seus gustos e preferencias, así como as súas dificultades e limitacións. Os alimentos deben estar á temperatura adecuada. Comer sentado favorece a deglución.

Debemos achegar diariamente proteínas (carnes, peixes, ovos, leite e derivados), minerais e vitaminas (froitas, hortalizas, verduras) e que beba diariamente polo menos 1,5-2 litros de auga, zumes ou infusións (salvo contraindicación).

As hortalizas, froitas e verduras, xunto cos cereais integrais e a auga evitan o estrinximento.

Se o paciente ten dificultade para tragar, poden engadirse espesantes aos líquidos.

Se o enfermo non pode tomar unha dieta adecuada, existe a posibilidade de utilizar suplementos nutricionais que lle indicará a súa enfermeira/o ou médica/o.

Con axuda da súa enfermeira/o e/ou médica/o axustarase o tipo de alimentación adecuada para o estado de saúde e a situación persoal do paciente.



Existen produtos de apoio que facilitan o mantemento da autonomía tanto para a preparación de alimentos (cortadores, trituradores, loncheadores...), para servir os alimentos (xarras...), como para comer e beber de forma autónoma (cubertos adaptados, cuncas con dúas asas e lixeiramente inclinadas, pratos inclinados e con reborde...).

QUE FACER SE APARECEN LESIÓNS?

Póñase en contacto coa enfermeira do centro de saúde, a cal realizará a valoración do paciente e da lesión, establecerá un plan de cuidados, aclarará dúbidas e educará á coidadora.

Unha vez instaurados os cuidados e a realización da cura, débese avisar a enfermeira ante a aparición de:



- Cambio no cheiro.
- Apósito engurrado, despegado ou que perde líquido.
- Febre.
- Aumento de dor na ferida.
- Inflamación ou arroibado ao redor da ferida.

Coidarse para coidar

A coidadora pódese definir como aquela persoa que sen ter unha formación específica e sen recibir remuneración económica leva a cabo as tarefas de coidado dunha persoa dependente.

O papel da coidadora é fundamental para a realización dos coidados da persoa dependente xa que habitualmente non se pode dispoñer dun profesional as 24h.



A persoa que coida necesita ter un profesional de apoio a quen recorrer en momentos difíciles ou de dúbida e esta figura recae no persoal de enfermaría.

É frecuente que os coidadores informais se sintan desbordados, xa que deixan de lado a súa vida normal para dedicarse á tarefa do coidado. Deben pedir axuda cando aparecen os seguintes signos e síntomas de alarma:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| → Ansiedade. | → Cansazo permanente. |
| → Tristeza. | → Falta ou exceso de sono. |
| → Irritabilidade. | → Sentimento de culpabilidade. |
| → Perda ou exceso de apetito. | → Falta de coidado persoal. |
| | → Illamento social e soidade. |

COMO PREVER A SOBRECARGA

- ✓ Acepte toda a axuda que teña dispoñible e admita que ten dereito a cometer erros e a non culpabilizarse por iso.
- ✓ Comparta o coidado con outras persoas sempre que sexa posible e busque axuda nos familiares, os amigos, os servizos da Administración pública ou os servizos privados.
- ✓ É importante que reserve tempo para a súa propia preparación física e psíquica.
- ✓ Dedique máis tempo a si mesmo facendo cousas que lle gusten como ler, escoitar música, pasear, descansar ou practicar relaxación.
- ✓ Preste atención ás súas necesidades e coide da súa saúde: durmir 8 horas, facer exercicio físico con regularidade, evitar o illamento...
- ✓ Organice o tempo, planifique os coidados e reparta as tarefas.
- ✓ Manteña o contacto cos seus amigos e coide as relacións familiares coa parella, os fillos, etc.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

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



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE