

3. Úlceras por presión en personas al final de la vida. Tratamiento paliativo

Selene Fanjul Palleiro

Graduada en Enfermería. Asturias.

Estefanía Furones Álvarez

Graduada en Enfermería. Asturias.

Fecha recepción: 08.04.2021

Fecha aceptación: 04.05.2021

RESUMEN

Introducción: El objetivo de los cuidados paliativos tiene como finalidad, mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en situación terminal, abarcando aspectos físicos, psicológicos y espirituales¹ para que puedan vivir de la mejor forma posible hasta su fallecimiento.

Objetivo principal: Conocer las medidas de prevención y tratamiento para el adecuado manejo de las úlceras por presión en pacientes paliativos.

Objetivos secundarios: Conocer los aspectos generales de las úlceras por presión en pacientes paliativos y describir las características del paciente paliativo.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre las úlceras por presión en personas en tratamiento paliativo. La base de datos utilizada para la búsqueda de referencias ha sido PubMed, Medline y Google Académico. Los criterios de selección utilizados han sido: idioma castellano e inglés y publicaciones del 2014 en adelante. Se revisaron 32 artículos.

Conclusiones: Las úlceras por presión son un problema de Salud Pública a nivel mundial que se agrava si se trata de pacientes que se encuentran al final de la vida, ya que disminuyen en gran medida la calidad de vida. Resulta primordial concienciar tanto de la prevención, como del adecuado manejo de estas lesiones al final de la vida, donde debe primar el confort del paciente, proporcionándole la mejor calidad de vida hasta su último día de vida.

Palabras clave: Úlceras por presión, cuidados paliativos, tratamiento, terminal.

ABSTRACT

Introduction: The objective of palliative care is to improve the quality of life of people in terminal situations, covering physical aspects, psychological and spiritual¹ so that they can live in the best possible way until their death.

Main objective: To know the prevention and treatment measures for the proper management of pressure ulcers in palliative patients.

Secondary objectives: To know the general aspects of pressure ulcers in palliative patients and to describe the characteristics of the palliative patient.

Methodology: A literature review has been carried out on pressure ulcers in people in palliative treatment. The database used to search for references has been PubMed, Medline and Google Scholar. The selection criteria used were: Spanish language and English and publications from 2014 onwards. 32 articles were reviewed.

Conclusions: Pressure ulcers are a worldwide public health problem that is aggravated if they are patients who are at the end of life, since they greatly decrease the quality of life. It is essential to raise awareness of both prevention and proper management of these injuries at the end of life, where patient comfort should prevail, providing the best quality of life until the last day of life.

Keywords: Pressure ulcers, palliative care, treatment, terminal.

LISTA DE ABREVIATURAS

- Úlceras por presión (UPP)
- European Ulcer Advisory Panel (EUAP)
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)
- Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP)
- Atención domiciliaria (ATDOM)
- Cuidados paliativos (CP)
- Ácido acetil salicílico (AAS)
- Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO)

INTRODUCCIÓN

El trabajo de la presente tesina se corresponde con una revisión bibliográfica, en la cual se han revisado diferentes artículos, para conocer las características de las úlceras por presión, las características de los pacientes paliativos y conocer cuales son las medidas de prevención y tratamiento más adecuadas cuando se trata de pacientes que se encuentran al final de la vida.

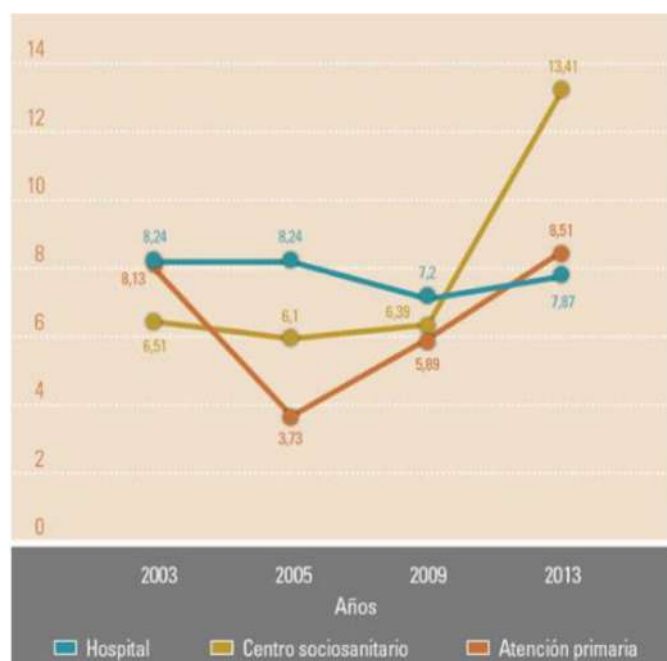
1. Epidemiología y estado actual del tema

Las úlceras por presión (UPP) son una complicación grave de la piel² que representa un problema de salud de primer orden a nivel mundial³ y afecta a pacientes dentro de cualquier contexto sanitario.²

Las UPP se asocian con una mayor morbilidad, una reducción de la calidad de vida⁴ tanto de los pacientes que las padecen como de sus familias⁵ y causan un gran impacto epidemiológico ya que afectan a pacientes de todos los niveles asistenciales⁶ y constituyen un importante consumo de los recursos sanitarios⁷.

Según el último estudio nacional de prevalencia elaborado por la GNEAUPP en el año 2013³ se reflejan los siguientes datos en cuanto a la prevalencia de las UPP:

- La prevalencia de UPP en hospitales es de un 7 y 8%, cifra que no varía significativamente con respecto a los estudios de prevalencia previos.
- En centros sociosanitarios las cifras de prevalencia han aumentado, situándose en un 12,6-14,2%.
- Entre usuarios de ATDOM de atención primaria las cifras se sitúan en 7,9-9,1%, aumentado también con respecto a estudios anteriores.



Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en España entre 2003 y 2013, según datos de los cuatro estudios nacionales de prevalencia promovidos desde el GNEAUPP³

2. Justificación

Las úlceras por presión son un problema de salud pública contra el cual los profesionales de enfermería deben lidiar día a día, ya que constituyen un punto importante en su actividad profesional.

Es especialmente llamativo, que un 95% de las úlceras de esta etiología son prevenibles⁸, razón por la cual los profesionales de enfermería deberíamos reflexionar, y hacer de la prevención el pilar más importante en el abordaje de este problema.

Una vez que las UPP aparecen, el tratamiento debe adecuarse a las necesidades de cada paciente, por lo que en el caso de los pacientes paliativos, debe priorizarse el confort

frente a la curación, para permitir que el paciente pase esa etapa final con la mejor calidad de vida posible.

Por todo lo expuesto el objetivo de esta revisión es concienciar a los profesionales de enfermería sobre la necesidad de abordar las úlceras por presión de la forma menos traumática posible en los pacientes paliativos, y a su vez, hacer hincapié en la prevención.

3. Planificación

La siguiente revisión bibliográfica se dividirá en cuatro partes: En la primera se abordarán los aspectos generales de las úlceras por presión; en la segunda parte se describirán cuáles son las características de los cuidados paliativos. En la tercera parte se hablará de la prevención y en la cuarta, se abordarán los tratamientos más adecuados para el manejo de las úlceras por presión al final de la vida.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Conocer las medidas de prevención y tratamiento para el adecuado manejo de las úlceras por presión en pacientes paliativos.

Objetivos secundarios

- Conocer los aspectos generales de las úlceras por presión en pacientes paliativos.
- Describir las características del paciente paliativo.

METODOLOGÍA

1. Diseño

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre las úlceras por presión en personas en tratamiento paliativo.

2. Estrategia de búsqueda

Las base de datos utilizada para la búsqueda de referencias ha sido PubMed, Medline y Google Académico.

Se han utilizado las siguientes palabras clave: *úlceras por presión, cuidados paliativos, tratamiento, terminal, pressure ulcers, palliative care*.

3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de selección utilizados han sido: idioma castellano e inglés y publicaciones del 2014 en adelante, excluyendo por tanto los artículos que fueran de años anteriores al 2014.

Se revisaron 40 artículos, de los cuales 32 fueron incluidos en el estudio por ser los más relevantes.

RESULTADOS

Parte I: aspectos generales de las úlceras por presión

La European Ulcer Advisory Panel (EUAP) y la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) definen la UPP como “una lesión de la piel y / o tejido subyacente que se localiza generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o presión en combinación con la cizalla”⁹.

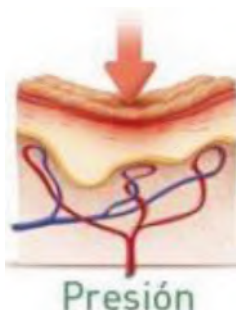
La mayoría de las úlceras por presión se localizan en las prominencias óseas, aunque en ocasiones pueden deberse a la utilización de dispositivos clínicos como sondas, mascarillas, férulas de yeso, entre otros. También pueden aparecer sobre cartílagos como las orejas y la nariz⁶.

Las UPP constituyen una situación desfavorable en los pacientes que las padecen. Generalmente su aparición es más habitual en personas mayores de 60 años. Aparecen en individuos en situaciones clínicas complicadas, como consecuencia de la incapacidad motora¹⁰.

1. Etiopatogenia

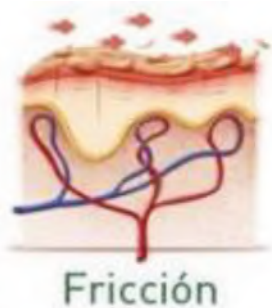
Se considera que la formación de una úlcera por presión se ve influenciada por tres tipos de fuerzas mecánicas externas:

- **Presión:** es una fuerza perpendicular ejercida por la gravedad sobre la superficie corporal que genera un aplastamiento tisular entre dos planos: siendo uno de ellos el propio individuo y otro de los planos externo a él, tal como la cama o el sillón^{8,11}.



Fuente: GNEAUPP, 2018.

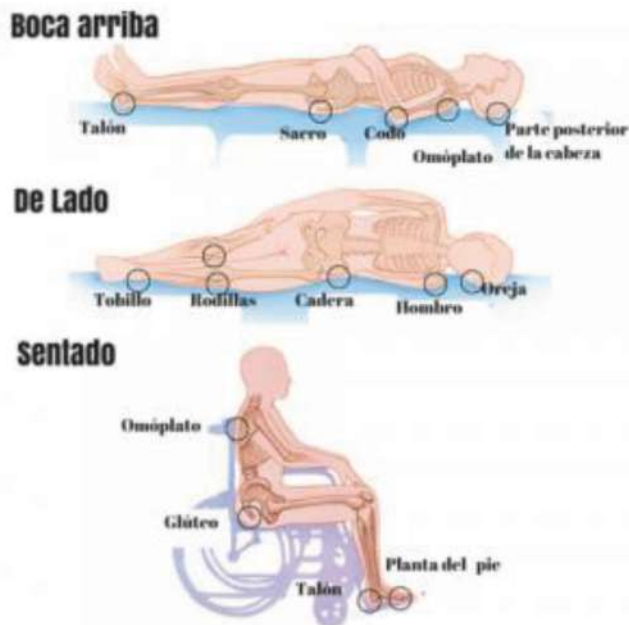
- **Fricción:** fuerza tangencial que se produce debido a los roces o al arrastre, actúa paralelamente a la piel.



Fuente: GNEAUPP, 2018.

- **Cizallamiento:** combina las dos fuerzas anteriores. Aparece cuando el paciente se encuentra en posición Fowler

(posición semisentado en cama, con el cabecero elevado unos 45°) mantenida, ya que la presión se ejerce sobre el sacro debido a la gravedad, a la vez que el paciente se desliza hacia abajo generando fricción¹¹.



Fuente: GNEAUPP, 2018.

Cuando estas fuerzas actúan sobre los tejidos, provocan un descenso del flujo sanguíneo debido a la oclusión capilar^{8,12}. Se considera que las presiones entre 17 y 20 mmHg son suficientes para generar daño tisular por isquemia si se mantienen durante un periodo de tiempo prolongado^{8, 12}.

Además de las fuerzas mencionadas, existen una serie de factores que hacen que aumente la vulnerabilidad del paciente para padecer úlceras por presión, se denominan factores de riesgo, predisponentes o coadyudantes y pueden agruparse en^{8, 11, 12}:

- **Factores intrínsecos:** son aquellos factores individuales, dependientes del propio paciente.
- **Factores extrínsecos:** son aquellos ajenos al individuo.

En la siguiente tabla clasificaremos algunos de los factores predisponentes para padecer úlceras por presión^{8, 11, 12}:

Factores intrínsecos	Factores extrínsecos
<ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada • Inmovilidad (es el principal factor de riesgo) • Alteraciones sensitivas: pérdida de la percepción del dolor. • Alteraciones motoras: paresia/ parálisis. • Diabetes • Malnutrición • Deshidratación • Enfermedades que generan trastornos en la oxigenación tisular. • Trastornos del estado de consciencia • Trastornos neurológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de humedad • Pliegues en la ropa. • Agentes cosméticos o de limpieza • Uso de dispositivos sanitarios. • Cuidados deficientes y/o insuficientes por parte del cuidador o del equipo sanitario. • Superficies de apoyo inadecuadas.

Fuente: GNEAUPP, 2018.

2. Valoración del riesgo de padecer úlceras por presión

Las úlceras por presión pueden suponer un problema añadido en los pacientes paliativos, ya que supone un agravante para la situación del paciente además de incrementar la necesidad de cuidados¹.

Es fundamental la valoración integral de los pacientes, para poder llevar a cabo las intervenciones más adecuadas en cada caso, y de esta forma reducir la aparición de las UPP.

Según una revisión sistemática realizada por González Consegua et al¹³, algunas de las escalas más utilizadas para la valoración del riesgo de padecer UPP son la Escala Braden, Escala Norton y Escala Emina.

Escala Braden^{ANEXO 1}

Desarrollada en Estados Unidos en 1985 por Bárbara Braden y Nancy Bergstrom¹. Es la escala más utilizada debido a su alto valor predictivo¹³. Es una escala negativa que valora 6 parámetros:

- Percepción sensorial
- Humedad
- Actividad
- Movilidad
- Nutrición
- Fricción-rozamiento

Todos se valoran con una puntuación del 1 al 4, salvo el parámetro *Fricción-rozamiento* que se valora con unos valores del 1 al 3. Por tanto el rango de puntuación va de 6 a 23 puntos¹⁴.

Puntos de corte¹:

- Riesgo alto: ≤ 12 puntos.
- Riesgo moderado: 13-14 puntos.
- Riesgo bajo:
 - Si < 75 años: 15-16 puntos.
 - Si ≥ 75 años: 15-18 puntos.

Escala Norton^{ANEXO 2}

Es una escala negativa desarrollada en 1962 por Norton, McLaren y Exton-Smith^{1,14} es la más utilizada en el medio hospitalario.

Valora 5 parámetros:

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

Todos los parámetros se valoran de 1 a 4 puntos. Por tanto el rango de puntuación va de 5 a 20 puntos¹⁴.

Puntos de corte:

- Riesgo alto: ≤ 12 puntos.
- Riesgo moderado: 13-15 puntos.
- Riesgo bajo: ≥ 16 puntos.

Escala Emina^{ANEXO 3}

Elaborada por el grupo de Enfermería del Instituto Catalán de Salud¹. Es una escala positiva que valora 5 parámetros:

- Estado mental
- Movilidad
- Incontinencia-Humedad
- Nutrición
- Actividad

Estos parámetros se puntúan de 0 a 3 puntos, la puntuación total oscila entre 0 y 15 puntos.

Puntos de corte¹:

- Riesgo alto: 8-15 puntos.
- Riesgo medio: 4-7 puntos.
- Riesgo bajo: 1-3 puntos.

3. Clasificación de las UPP

Las úlceras por presión se clasifican según la afectación tisular¹⁵. La aparición de úlceras por presión es más habitual en las prominencias óseas, predominando así en el sacro, talones, cadera y tuberosidades isquiales¹⁵.

La EPUAP, NPUAP y GNEAUPP (Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas) proponen la clasificación de las UPP por categorías^{9,12}.

Categoría I: eritema no blanqueable en piel intacta

Se caracteriza por preservar la piel intacta, con un eritema no blanqueable, es decir, que no palidece al presionar. En personas de piel oscura puede no aparecer palidez, pero sí puede apreciarse decoloración de la piel con respecto al resto del área¹².

Las úlceras de esta categoría pueden producir dolor y escozor, cambio en la temperatura de la piel y en la consistencia del tejido con respecto a los tejidos adyacentes⁸.

Para reconocer las UPP categoría I se utiliza el método del disco transparente que consiste en una superficie transparente con la que se ejerce presión en la lesión para comprobar si el eritema es blanqueable o no¹³.



UPP categoría I. Fuente: GNEAUPP, 2018.



Método del disco transparente. Fuente: GNEAUPP, 2018.

Categoría II: úlcera de espesor parcial

Se trata de una úlcera superficial en la que hay pérdida parcial de la dermis. Puede presentarse como una flictena intacta que puede estar llena de suero claro o sanguinolento; o rota^{8,12}.

También puede presentarse con lecho rojo-rosado y sin esfacelos⁸. Las úlceras de esta categoría producen gran dolor¹².



UPP categoría II. Fuente: GNEAUPP, 2018.

Categoría III: pérdida dérmica del grosor total de la piel

Afecta a todo el espesor de la piel, comprometiendo también el tejido subcutáneo, pero sin exponer la fascia muscular, tendones o hueso. Puede presentar esfacelos, incluir cavitaciones y la profundidad dependerá de la zona anatómica en la que se produzcan.⁸



UPP categoría III. Fuente: GNEAUPP, 2018.

Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos

Lesión dérmica del espesor total que expone estructuras subyacentes como músculo, tendón o hueso¹⁵. Pueden es-

tar presentes esfacelos e incluir cavitaciones. La profundidad de la úlcera dependerá también de la zona anatómica en la que se genere⁸.



UPP categoría IV. Fuente: GNEAUPP, 2018.

Parte II: cuidados paliativos

Los Cuidados paliativos tienen la finalidad de reducir el sufrimiento en aquellos pacientes que se encuentran en situación terminal, debido a la enfermedad que padecen¹⁶.

1. Definición de enfermedad terminal

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos¹⁷, las características que definen al enfermo terminal son:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

La enfermedad terminal en la mayoría de las ocasiones se presenta de forma paulatina, lo que dificulta identificar el momento exacto en el que se trata de una enfermedad terminal¹⁶.

Es frecuente la asociación de paciente terminal a enfermo de cáncer, sin embargo, hay muchas otras enfermedades que cumplen las características de enfermedad terminal, tales como el SIDA, coma irreversible, insuficiencia específica orgánica (cardíaca, respiratoria, hepática, etc)¹⁷.

Según la OMS¹⁸ la mayoría de los pacientes adultos que necesitan cuidados paliativos padecen enfermedades crónicas, tales como las que se reflejan en la siguiente tabla.

Tabla 1. Fuente: OMS 2018.

Enfermedades cardiovasculares	38,5%
Cáncer	34%
Enfermedades respiratorias crónicas	10,3%
SIDA	5,7%
Diabetes	4,6%

Hay muchas otras enfermedades que cumplen las características de enfermedad terminal y que requieren asistencia paliativa tales como insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedades neurológicas, demencias, entre otras^{17, 18}.

Es primordial la asistencia paliativa temprana, ya que, los cuidados paliativos son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes, producen alivio y refuerzan la dignidad de las personas.

Los cuidados deben estar individualizados, adaptándose a los pacientes y a su cultura¹⁹. Además, reducen el uso de los servicios de salud y las hospitalizaciones innecesarias¹⁸.

2. Dolor

Uno de los síntomas más comunes en los pacientes que necesitan cuidados paliativos es el dolor¹⁸. A pesar de estar presente en casi todos los pacientes en situación terminal, a menudo es infradiagnosticado, no siendo tratado de forma adecuada²⁰.

Según la OMS¹⁸ el 80% de los pacientes que padecen SIDA o cáncer, tendrán dolor moderado o intenso al final de sus vidas, en pacientes que padezcan enfermedades cardiovasculares o pulmonares obstructivas el porcentaje es del 67%.

Escalas de valoración del dolor

Se han desarrollado numerosas escalas con el objetivo de evaluar el dolor. Se utilizan fundamentalmente para valorar la respuesta de los pacientes a los tratamientos contra el dolor. Son escalas subjetivas²¹, ya que los resultados se basan en la opinión del propio paciente, y en la intensidad

del dolor que este percibe. A continuación se citan algunas de ellas:

Escala visual analógica (EVA)²¹

Es la escala subjetiva más utilizada. Consiste en una línea horizontal de 10 cm, uno de los extremos señala el dolor mínimo (0), y el otro el dolor máximo (10). El paciente debe señalar el punto de la línea que cree que corresponde con la intensidad de su dolor.



Escala abreviada de rostros²¹

Indicada en pacientes pediátricos y en adultos con alteraciones cognitivas como la demencia. El paciente tendrá que escoger el rostro que más se identifique con como se siente con respecto a su dolor.



Ilustración 6. Escala abreviada de rostros. Fuente: *Panorama Cuba y salud*, 2013.

Escala Anderson²¹

Utilizada en pacientes con bajo nivel de conciencia.

Tratamiento del dolor

Es fundamental conocer la causa del dolor para iniciar un tratamiento etiológico. En pacientes paliativos el dolor puede deberse a la propia enfermedad o a factores asociados, entre los que se encuentran las úlceras por presión²⁰.

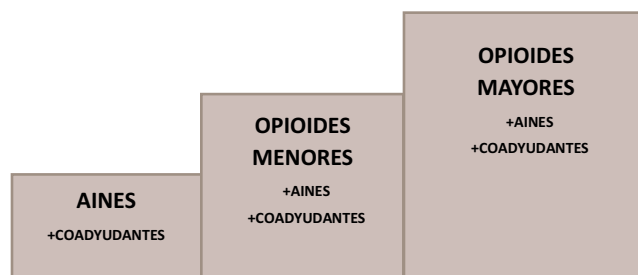
La OMS propone una escala analgésica que consta de 3 escalones^{17, 21, 22}:

- **Primer escalón: Analgésicos no opioides.** Constituye la primera fase para el tratamiento del dolor leve o moderado. Incluye:
 - Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)
 - Paracetamol
 - AAS
- **Segundo escalón: Analgésicos opioides menores.** Algunos de los fármacos que incluye este escalón:
 - Codeína
 - Tramadol
 - Dihidrocodeína
- **Tercer escalón: Analgésicos opioides mayores.** Son los más potentes. Este grupo incluye:

- Morfina: La morfina oral es de primera elección.
- Fentanilo.
- Coadyudantes

Son fármacos que pueden ser empleados en cualquiera de los tres escalones y potencian la acción analgésica.

Nunca deben mezclarse opioides menores, con opioides mayores, ni tampoco los mayores entre sí¹⁷.



Vías para la administración de fármacos

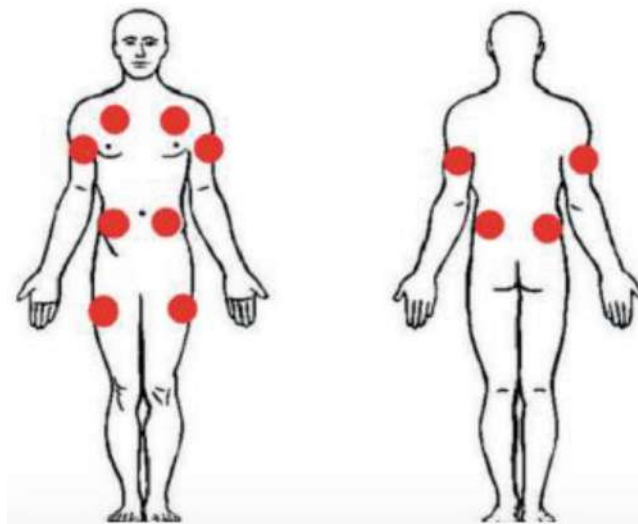
Vía oral

La primera vía de elección para administrar fármacos es la oral, pero en pacientes paliativos, cuando la enfermedad avanza es habitual que esta vía no pueda utilizarse por diferentes causas. Por ello, cuando no sea posible utilizar la vía oral, se utilizará la subcutánea como segunda vía de elección²³.

Vía subcutánea

La vía subcutánea es una vía segura, que puede ser utilizada en el domicilio ya que no presenta cuidados específicos y puede ser manejada por el cuidador informal siempre que este sea correctamente entrenado para ello.

La medicación por esta vía puede administrarse de forma continua, lo que permite el control de los síntomas del paciente las 24 horas del día. También puede administrarse en forma de bolo²³.



Zonas anatómicas para la colocación de vía subcutánea. Fuente: *Revista Enfermería Cy*, 2018.

Para utilizar la vía subcutánea se usa una palomilla de pequeño calibre conectada a una alargadera y a un dispositivo de infusión continua en el caso de que la medicación quiera administrarse por este método.

Las zonas más apropiadas para la infusión continua son la infraclavicular y la zona anteroexterna del brazo²³.

Algunos de los fármacos más utilizados por vía subcutánea para el alivio del dolor son la morfina, el fentanilo y el tramadol, entre otros²³.

3. Úlceras por presión en paliativos

Los individuos que reciben cuidados paliativos presentan mayor vulnerabilidad para desarrollar deterioro de la integridad cutánea¹.

Muchos de los pacientes que reciben cuidados paliativos a veces sufren tratamientos desproporcionados o invasivos²⁴.

Según un estudio elaborado por Ana María López Núñez¹ sobre úlceras cutáneas en pacientes oncológicos con cuidados paliativos de soporte domiciliario, casi un 40% de los pacientes oncológicos que reciben CP presentan deterioro de la integridad cutánea, siendo la presión la causa más frecuente de las mismas.

Así mismo, dicho estudio determina que en relación a las patologías oncológicas, los tumores que desarrollan más úlceras cutáneas son los dermatológicos; mientras que los tumores de pulmón son los que menos las producen.

En cuanto a la mortalidad, estableció que los pacientes que tenían úlceras cutáneas presentaron una mayor mortalidad con respecto a aquellos pacientes que también recibían cuidados paliativos y que no tenían úlceras.

Parte III: prevención de las úlceras por presión en pacientes paliativos

Que un paciente se encuentre en situación terminal no implica que no debamos llevar a cabo medidas de prevención necesarias para evitar la aparición de UPP²⁵.

La limitación del movimiento y permanecer en posiciones de descanso son un factor de riesgo significativo para desarrollar úlceras por presión²⁶. Casi todos los individuos que reciben cuidados paliativos presentan vulnerabilidad para desarrollar úlceras por presión; esto hace que la evaluación de riesgos y la puesta en marcha de medidas de prevención son fundamentales para mantener la calidad de vida de las personas que reciben este tipo de cuidados²⁷.

La prevención es extremadamente beneficiosa para los pacientes, se considera que aproximadamente el 95% de las úlceras por presión son evitables^{4,28} lo que convierte la prevención en algo fundamental.

Las estrategias preventivas deben tener su base en los factores de riesgo, minimizándolos²⁹.

1. Manejo de la presión

Uno de los factores fundamentales en la prevención de UPP es el alivio de la presión³⁰. Siempre que sea posible, se intentará que el paciente se movilice, de forma que la presión y el peso se redistribuya²⁸. En pacientes terminales, esto no es lo común, ya que muchas veces se trata de pacientes encamados que no pueden deambular o moverse.

Cambios posturales

Debemos reducir la magnitud de la presión y el tiempo durante el cual el paciente está expuesto a ella²⁸, por lo que los cambios posturales serán beneficiosos para reducir la presión sobre zonas vulnerables y por tanto, prevenir la aparición de UPP. Como norma general, se aconseja alternar las posturas de decúbito lateral derecho, lateral izquierdo y supino (semi-Fowler de 30 grados)²⁸. Siendo fundamental evitar la fricción y las fuerzas de cizalla a la hora de realizarlos.

En pacientes encamados se procurará mantener la cama lo más horizontal posible siempre que no exista contraindicación, y en ningún caso se sentará al paciente con el cabecero elevado a más de 30 grados. Se recomienda además la utilización de superficies adecuadas.

Cuando los cuidados paliativos se dan en el domicilio del paciente, es muy importante instruir a los cuidadores principales para la correcta realización de los cambios posturales, ya que ellos serán los encargados de realizarlos la mayor parte del tiempo:

- Deberán seguir las recomendaciones de salud laboral sobre el manejo de cargas y pesos²⁸.
- Es muy importante que se mantenga la alineación corporal, así como la distribución del peso y el equilibrio²⁸.
- Evitar que las prominencias óseas tengan contacto entre ellas, así como evitar la fricción y la cizalla durante la movilización²⁸.

A continuación, se darán una serie de pasos para la movilización del paciente encamado, esta técnica se realizará entre dos personas:

1. Con el paciente en decúbito lateral, lo más cercano al borde de la cama, colocaremos debajo del paciente una sábana doblada por la mitad (entremetida), de manera que se extienda desde los muslos hasta los hombros en la parte de la cama a la que el paciente da la espalda²⁸.
2. Giraremos al paciente hacia el otro lado, y cogemos el otro extremo de la entremetida, que ahora estará totalmente debajo del paciente²⁸.
3. La movilización se realiza entre dos personas, situándose una persona a cada lado de la cama, cogiendo cada una de ellas un extremo de la entremetida, y movilizándolo al paciente evitando la fricción²⁸.



Decúbito lateral dorsal. Fuente: Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas²⁸.

En caso de que el paciente se encuentre en situación agónica, deberá valorarse la necesidad de cambios posturales²⁸.

Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP)

Son superficies o dispositivos especiales que reducen o alivian la presión^{13, 28}. Incluyen superficies como camas y colchones que alternan presiones de aire, baja pérdida de espuma y aire; cojines especiales; entre otros, que alivian y reducen la presión¹³.

- **Estáticas:** aumentan el área de contacto con la persona, ya que cuanto mayor sea esta área, menor será la presión que tenga que soportar. Se recomienda en pacientes de bajo riesgo.
- **Dinámicas:** varían de forma continuada los niveles de presión entre la superficie de apoyo y las zonas de contacto. Recomendadas en pacientes con medio o alto riesgo.

Debe comprobarse de forma periódica que la SEMP funcione correctamente y que se adecue a las necesidades del paciente²⁸.



Imagen de SEMP obtenida de la Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas²⁸.

2. Cuidados de la piel

Para la higiene diaria se recomienda utilizar jabones o soluciones limpiadoras con pH neutro ya que son poco irritativas^{13, 28}.

No deberán utilizarse productos que contengan alcohol como por ejemplo colonias, ya que resecan la piel y aumentan el riesgo de rotura²⁸.

Es recomendable la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) para proteger e hidratar la piel¹³. Estos AGHO favorecen la oxigenación tisular ya que mejoran la circulación capilar, por lo que son de gran utilidad en la prevención de las UPP²⁸. Pueden aplicarse en prominencias óseas, siempre que no se masajee durante su aplicación²⁸.

Inspección de la piel

Es importante informar a los cuidadores de la importancia de inspeccionar la piel, en busca de signos tales como dolor, rubor, calor, cambios de color, edemas o induración, ya que su presencia aumenta el riesgo de que aparezcan UPP.

- **Edemas e induración:** la piel puede aparecer brillante y tersa²⁸.
- **Cambios en el color de la piel:** en personas de raza negra, la presencia de rubor es difícil de valorar, por lo que deberán tenerse en cuenta otros cambios en la coloración de la piel como los tonos morados, azules o rojos²⁸.

Humedad

La constante exposición de la piel a determinados fluidos tales como orina, heces, sudor o exudado de heridas pueden producir lesiones cutáneas nuevas, o agravar otras lesiones ya existentes. Se recomienda mantener la piel del paciente seca y limpia en todo momento.

El uso de absorbentes y productos barrera tales como la pomada de óxido de zinc disminuyen los efectos de la humedad sobre la piel sana, protegiéndola de nuevas lesiones²⁸.

Agresiones externas

Existen situaciones en las que la piel del paciente puede verse afectada, favoreciendo la aparición de UPP. Muchas veces estas agresiones suelen ser debido a causas iatrogénicas:

- **Uso de dispositivos clínicos:** tales como catéteres, sondas vesicales, tubos de oxígeno, yesos, etc²⁸.
- **Tratamientos:** como la radioterapia²⁸, que puede causar graves agresiones en la piel del paciente.
- También puede deberse a prácticas inadecuadas como el uso de flotadores, o masajear prominencias óseas²⁸.

3. Estado nutricional

Una ingesta dietética adecuada es un punto importante para prevenir úlceras por presión, ya que la pérdida de grasa y tejido muscular disminuye la amortiguación que ejercen sobre las prominencias óseas, además, la malnutrición afecta a la cicatrización de los tejidos, retrasando dicho proceso¹.

Lo ideal es realizar una dieta equilibrada e individualizada, intentando evitar los déficits nutricionales en la medida de lo posible. Es frecuente que los pacientes que padecen UPP tengan incrementadas las necesidades proteico-calóricas, debido al consumo producido en el proceso de cicatrización²⁸.

El problema es que en pacientes paliativos es frecuente que aparezcan problemas relacionados con la nutrición, tales como:

- **Anorexia:** Es el segundo síntoma más frecuente en el paciente terminal tras la astenia. Se caracteriza por la falta de apetito y sensación precoz de plenitud.

Algunas de las medidas no farmacológicas para tratar la anorexia son la preparación adecuada de los alimentos, así como servirlos en platos pequeños y en pequeñas raciones¹⁷.

- **Caquexia:** Es una marcada pérdida de peso que no es reversible con la alimentación.
- **Xerostomía:** disminución de la producción de saliva.
- **Náuseas y vómitos:** deben evitarse los olores desagradables, no forzar las ingestas, descansar tras las comidas, respirar profunda y lentamente cuando aparezcan las náuseas.

Como tratamiento farmacológico algunos de los fármacos más utilizados son¹⁷:

- Dimenhidrinato (oral, rectal)
- Haloperidol (oral, subcutánea)
- Metoclopramida (oral, subcutánea)
- Domperidona (oral, rectal)
- Escopolamina (subcutánea, sublingual)
- **Mucositis:** Es la inflamación de la mucosa del tracto gastrointestinal, suele relacionarse con el tratamiento con citostáticos o radioterapia.
- **Disfagia:** se define como la dificultad para tragar alimentos. Pueden utilizarse espesantes para facilitar la ingesta de líquidos.
- **Estreñimiento:** es un síntoma común de los pacientes terminales, puede deberse a varios factores, entre ellos la propia enfermedad, los tratamientos farmacológicos, entre otras causas.

El estreñimiento puede causar distensión, dolor abdominal, además deberá descartarse la existencia de fecalomas¹⁷.

Se aplicarán medidas generales y laxantes, para conseguir al menos una deposición cada 1-3 días¹⁷.

El confort será la base principal del tratamiento terapéutico, por lo que una adecuada nutrición o hidratación no deben ser los objetivos principales, ya que muchas veces estas situaciones se relacionan con la progresión de la enfermedad, y no es susceptible a un tratamiento concreto¹⁷.

Algunas de las medidas generales, teniendo presente la anorexia, la sensación de plenitud y la debilidad común en los pacientes terminales, se exponen a continuación:

- Si el paciente es capaz de ingerir alimentos por vía oral, se recomienda repartir las comidas, realizando unas 6-7 tomas adecuándolas a los deseos del enfermo, creando horarios individualizados¹⁷.
- No deberán forzarse las ingestas, ya que pueden generar sensación de fracaso o frustración en el paciente¹⁷.
- Deben evitarse las dietas hipercalóricas o hiperproteicas, ni dietas ricas en fibras ya que no tienen mucho sentido en situación terminal.
- Es preferible que el enfermo tome alimentos que sean de su gusto, para así fomentar la ingesta¹⁷.
- La presentación de los alimentos, utilizando un plato adecuado en relación a la cantidad de comida es importante ya que mejora la tolerancia¹⁷.
- La sonda nasogástrica u otras intervenciones deben limitarse solo a casos en los que existan problemas obstructivos que causen disfagia u odinofagia importantes, fístulas o disfunciones epiglóticas¹⁷.
- La sueroterapia, la nutrición parenteral o la nutrición enteral no están justificadas en el tratamiento de la anorexia o la caquexia ya que no resolverán el problema¹⁷.
- Cuando el paciente se encuentre en estado de agonía, deberá fomentarse la ingesta de pequeñas cantidades de líquidos y priorizar en los cuidados de la boca¹⁷.

Parte IV: tratamiento paliativo de las úlceras por presión

En un estado terminal, la aparición de úlceras por presión es una complicación frecuente, y probablemente también inevitable, por lo que no debe de responsabilizarse a los cuidadores informales del paciente²⁸.

Deben establecerse unos objetivos realistas que se adapten a la situación individual de cada paciente y a las posibilidades de curación, intentando reducir las técnicas agresivas o traumáticas para el paciente²⁸.

Con el fin de evitar infecciones, las heridas deben mantenerse limpias y protegidas en la medida de lo posible²⁸.

Las curas por segunda intención pueden ser secas o húmedas:

- La *cura seca* consiste en mantener la herida limpia y seca para prevenir infecciones. Suele usarse poco ya que retrasa la cicatrización²⁸.

- La *cura húmeda* mantiene unas condiciones ideales para la cicatrización²⁸:
 - Facilita la migración celular.
 - Reduce el dolor.
 - Aumenta el aporte de oxígeno.
 - Controla el exudado.

Los estudios demuestran que la cura en ambiente húmedo es más efectiva que la cura seca.

Es importante adaptar el tratamiento a los deseos y a la situación general del paciente⁹. En los pacientes que reciben cuidados paliativos deberá valorarse la situación individual para elegir la mejor opción de cura. Como hemos mencionado anteriormente, en los pacientes terminales, el objetivo principal del tratamiento no es la recuperación, si no procurar el confort del paciente, sin acelerar ni retrasar la muerte¹ y esta debe ser la base de cualquier pauta terapéutica²⁵, intentando que las heridas no afecten a su calidad de vida⁹.

1. Limpieza de heridas

Suero fisiológico

Es una solución salina al 0,9%. Se utiliza en todas las categorías de úlceras. Limpia la herida de detritos y restos que pueden obstaculizar la cicatrización de la herida²⁸.

Solución de polihexidina para descontaminar

Es una solución de agua purificada, 0,1% de polihexidina y 0,1% de undecilenamidopropil betaína. Se utiliza para descontaminar las úlceras que contengan fibrina y facilitar la retirada de esfacelos, además elimina el mal olor.

La solución se aplica directamente en la herida y se deja actuar durante 10-15 minutos³¹.

Nombre comercial: Prontosan[®]. Puede presentarse tanto en solución como en gel.

2. Desbridamiento de heridas

Consiste en la retirada de tejido necrótico o desvitalizado, presente generalmente en úlceras grado III y IV, y que evita la curación de la herida. Hay diferentes tipos de desbridamiento, para elegir el más adecuado se tendrá en cuenta la situación individual de cada paciente, las características de la lesión, tratamientos con anticoagulantes, etc.

Desbridamiento quirúrgico

Es realizado en quirófano, bajo anestesia, en una sola sesión.

Desbridamiento cortante

Es realizado por el personal de enfermería a pie de cama, con técnica estéril. Está contraindicado en úlceras de escasa

o nula vascularización. En pacientes anticoagulados debe tenerse especial precaución por el riesgo de hemorragias.

Desbridamiento enzimático (colagenasa)

- *Descripción:* El desbridamiento es realizado por enzimas exógenas que inducen la hidrólisis del tejido necrótico, eliminan células de desecho y aceleran la epitelización de la herida. Se aplica directamente sobre el lecho y debe protegerse la piel perilesional con crema barrera para evitar su daño³¹.
- *Indicación:* Puede utilizarse en cualquier categoría de úlcera, siempre que necesiten desbridamiento para eliminar tejido necrótico, escaras secas o lecho con presencia de esfacelos. También estimula el proceso de granulación. La combinación con productos que aumentan la humedad hace que se potencie la acción desbridante³¹.
- *Contraindicaciones:* No debe combinarse con antisépticos, jabones, metales pesados como la plata o el yodo, antibióticos tópicos u otros preparados que también contengan enzimas. Tampoco debe utilizarse en niños³¹.
- *Nombres comerciales:* Iruxol Mono[®].

Desbridamiento autolítico³²

Se produce al conseguir un nivel óptimo de humedad en la herida, que favorece la migración celular. Es el método más fisiológico y atraumático. Se puede combinar con otros tipos de desbridamiento.

En el caso de los pacientes paliativos, el desbridamiento traumático, como el cortante o quirúrgico debe emplearse solo en caso necesario, ya que como hemos dicho anteriormente, debemos priorizar el confort del paciente, y no someterlo a procesos traumáticos innecesarios ya que la curación no es el objetivo principal.

3. Apósitos

Los apósitos de elección serán los que permitan aumentar el periodo entre curas, de forma que mantengan la herida en buenas condiciones el mayor tiempo posible para reducir la frecuencia de las curas²⁸.

Apósito no adherente³¹

- *Descripción:* Son apósitos tipo malla o tul, impregnados con diversos compuestos como vaselina que hacen que no se adhiera a la herida. No absorben exudado y precisan de un apósito secundario.
- *Indicación:* Para evitar que el apósito secundario se adhiera a la herida. Se utilizan en abrasiones, quemaduras de primer y segundo grado, laceraciones y heridas en fase de granulación.
- *Contraindicaciones:* No deben emplearse en heridas exudativas.
- *Nombres comerciales:* Linitul[®], Atrauman[®], Physiotulle[®], Urgotul[®].



Apósito de gasa parafinada. Fuente: www.cutimed.com, 2015.

Apósito no adherente de silicona³¹

- **Descripción:** Lámina de silicona que tiene una red elástica de poliamida. Evita que el apósito secundario se adhiera al lecho de la herida. No absorbe exudado.

Este tipo de apósitos puede mantenerse durante 7 días sin perder sus propiedades.

- **Indicación:** Quemaduras, piel frágil, heridas en fase de granulación.
- **Contraindicaciones:** No debe emplearse en heridas exudativas.
- **Nombres comerciales:** Mepitel®, Askina SilNet®.



Apósito Askina SilNet®. Fuente: www.bbraun.com.

Hidroge³¹

- **Descripción:** son productos con un contenido de agua del 70-90%. Aportan humedad al lecho de la herida y fomentan el desbridamiento autolítico. Se aplican directamente sobre el lecho, y pueden asociarse a otros productos como la colagenasa, potenciando su acción.
- **Indicación:** úlceras poco exudativas, úlceras cavitadas, úlceras infectadas y en proceso de granulación.
- **Contraindicaciones:** no deben emplearse en heridas muy exudativas.
- **Nombres comerciales:** Purilon®, Hydrosorb® gel, Askina® gel.



Hidroge³¹ Askina® Gel. Fuente: www.bbraun.com

Alginato³¹

- **Descripción:** Es un producto compuesto de calcio y sodio. Hidrata el lecho de la lesión intercambiando calcio y sodio. Una de sus principales ventajas es su capacidad para absorber grandes cantidades de exudado. Tiene capacidad hemostática. Necesita un apósito secundario.
- **Indicación:** úlceras en categoría III y IV con exudación alta o moderada, exudado hemorrágico. Úlceras infectadas, necrosis húmedas.
- **Contraindicaciones:** No deben utilizarse en necrosis secas o lesiones con exudado escaso.
- **Nombres comerciales:** Sorbosan®, Algosteril®, Algisite M®, Suprasorb®.



Apósito de alginato. Fuente: www.infomecum.com

Hidrocoloides³¹

- **Descripción:** son compuestos de carboximetilcelulosa sódica (CMC) junto con otras sustancias hidrocoloides adherentes, y en ocasiones con compuestos hidroactivos que le dotan de su potencial de absorción. Están envueltos en un film de poliuretano que los hace oclusivos o semioclusivos. Forman un gel y color característico junto al exudado de la lesión. Tienen capacidad autolítica para eliminar la capa necrótica.

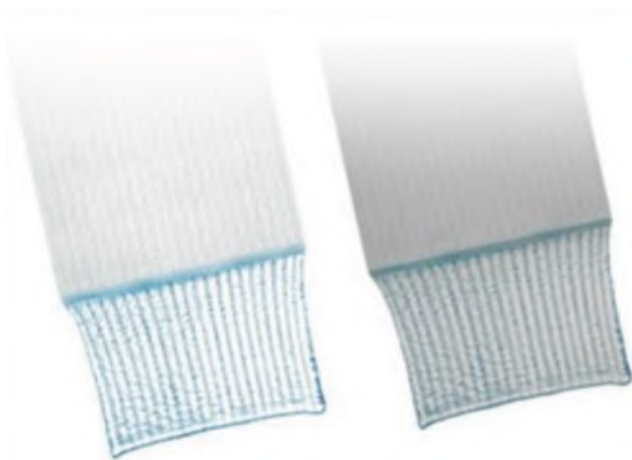
- **Indicación:** Prevención de UPP al proteger de la fricción. UPP en estadio I, II y III. Úlceras con exudado moderado.
- **Contraindicaciones:** No deben utilizarse en úlceras infectadas debido al film de poliuretano que benefician en la formación de la flora microbiana. No pueden utilizarse cuando hay exposición de estructuras nobles (hueso, tendón,...).
- **Nombres comerciales:** Varhisive®, Comfeel Plues®, Askina Biofilm® Transparent, Hydrocoll®.



Askina Biofilm® Transparent. Fuente: www.bb Braun.com

Hidrofibra de hidrocoloides³¹

- **Descripción:** son compuestos de carboximetilcelulosa sódica (CMC) que se vuelven gel en contacto con el exudado de la lesión.
- **Indicación:** Úlceras cavitadas, úlceras exudativas, que sangren con facilidad. Úlceras infectadas.
- **Contraindicaciones:** No deben utilizarse en úlceras con escaso o nulo exudado.
- **Nombres comerciales:** Aquacel Extra®.



Apósito de Aquacel Extra®. Fuente: www.covatec.com

Lámina de poliuretano³¹

- **Descripción:** son apósitos formados por una lámina de poliuretano transparente, autoadhesiva, flexible y semi-

permeable. Crea una película protectora que aísla la herida del medio externo. No absorben exudado. Son ideales como apósito secundario.

- **Indicación:** Se utiliza para la prevención, protegiendo de la fricción. Úlceras categoría I, lesiones superficiales, apósitos secundarios de fijación.
- **Contraindicaciones:** No pueden utilizarse en úlceras infectadas.
- **Nombres comerciales:** Oper Film®, Bioclusive®, Hydrofilm®.



Hydrofilm®. Fuente: www.hartmann.info

Apósito de espumas de poliuretano³¹

- **Descripción:** son apósitos derivados del poliuretano a los que se les ha asociado una estructura hidrofílica. Son capaces de absorber el exudado. La frecuencia de cambio es de 48-72 horas, y pueden mantenerse hasta 7 días.
- **Indicación:** Se utilizan en la prevención para aliviar la presión. En úlceras de todas las categorías. En heridas moderadamente exudativas. Úlceras infectadas.
- **Contraindicaciones:** No pueden asociarse con antisépticos, yodo, clorhexidina, hipocloritos, éter, peróxido de hidrógeno.
- **Nombres comerciales:** Mepilex Border®, Mepilex®, Aquacel Foam®, Askina DresSil®, Biatain Silicona®.



Askina® DresSil Border. Fuente: www.bb Braun.es

Apósito de plata³¹

- **Descripción:** son apósitos cuya principal característica es que llevan plata en su composición. Los iones de plata se activan con la humedad, produciendo daño en las bacterias, pero no dañando las células humanas. No interfieren con los antibióticos sistemáticos. Pueden tener diferentes presentaciones (mallas, espuma de poliuretano, alginato,...) Algunos apósitos de plata requieren un apósito secundario.
- **Indicación:** Se utilizan en lesiones infectadas, en úlceras de evolución tórpida, con sospecha o evidencia de infección.
- **Contraindicaciones:** no deben llevarse si al paciente le van a realizar una resonancia, o si el paciente tiene hipersensibilidad al producto.
- **Nombres comerciales:** Biatain Plata®, Atrauman Ag®, Aquacel Ag®, Allevyn Ag®, Askina Calgitrol Ag®.



Biatain Ag®. Fuente: www.coloplast.com

Apósito de yodo³¹

- **Descripción:** son apósitos compuestos por cadexómero yodado. Libera yodo de manera gradual. Es efectivo como agente microbiano y para favorecer la cicatrización de las heridas. Tiene capacidad autolítica y de absorción de exudado. Se aplica directamente sobre el lecho de la herida.
- **Indicación:** Se utilizan en profilaxis y en heridas infectadas.
- **Contraindicaciones:** No deben utilizarse en heridas necróticas secas. No utilizar en niños, embarazadas, lactantes o pacientes con trastornos de la glándula tiroides.
- **Nombres comerciales:** Iodosorb Dressing®, Iodosorb Ointment®.

Apósito de carbón activado³¹

- **Descripción:** Se basan en la utilización de carbón activado asociado a otros productos (hidrocoloides, alginatos,...). El carbón activado confiere a los apósitos una gran capacidad desodorante. Requiere un apósito secundario.
- **Indicación:** Se utilizan en úlceras con mal olor, heridas oncológicas o durante la infección de la herida.

- **Nombres comerciales:** Askina Carbosorb®, Carboflex®, Carbonet®.



Carboflex®. Fuente: www.convatec.com

Productos para la protección e hidratación de la piel

Ácidos grasos hiperoxigenados³¹

- **Descripción:** Son compuestos obtenidos por un proceso de hiperoxigenación. Incrementan la resistencia de la piel y protegen las zonas de riesgo. Proporcionan hidratación, elasticidad y promueven la restauración capilar.
- **Indicación:** Se aplican en las zonas de riesgo para prevenir la aparición de UPP, en la piel perilesional, en el tratamiento de las lesiones de la piel causadas por la incontinencia y en el tratamiento de las UPP categoría I.
- **Nombres comerciales:** Mepentol®, Linovera®, Salvaskin oil®, Corpitol®. Se presentan en forma de aceite.

Pasta de óxido de zinc³¹

- **Descripción:** es un producto barrera compuesto de óxido de zinc en diferentes concentraciones. Se aplica en la piel perilesional de las úlceras para protegerla, sobre todo debe aplicarse para proteger de la acción de productos como la colagenasa.
- **Indicación:** Protege la piel perilesional y previene la piel irritada con riesgo de maceración.
- **Nombres comerciales:** Conveen Protact®, Triple Care®, Anticongestiva Cusi®, Dermo H®.



Conveen Protact® Fuente: www.coloplast.es

Apósito con colágeno³¹

- **Descripción:** protege la piel de los fluidos corporales formando una película en la piel que actúa como barrera protegiéndola de fluidos corporales y de productos adhesivos.
- **Indicación:** Previene de la piel irritada, la maceración y la solución de continuidad de la piel por estar expuesta a fluidos corporales como la orina (por incontinencia urinaria del paciente). Para proteger la piel en casos de abrasión y/o laceración. Para proteger la piel en torno al estoma. Debe retirarse con agua y jabón y puede proteger la piel durante 72 horas.
- **Nombres comerciales:** Cavilón®, Askina Barrier Film®, No Sting Skin Prep®.



Askina Barrier Film® Fuente: www.bbraun.es

CONCLUSIONES

Como se ha ido explicando a lo largo de la revisión, las úlceras por presión son un problema sanitario que afecta a pacientes dentro de cualquier contexto sanitario, incluidos los pacientes paliativos.

Los pacientes terminales son muy susceptibles a padecer este tipo de lesiones, debido a factores como la inmovilidad, los déficit nutricionales, la propia enfermedad terminal, etc.

El desarrollo de UPP conlleva una disminución de la calidad de vida del paciente y de su familia, por lo que habrá que intentar prevenir la aparición de las mismas para no agravar así la situación del paciente.

En los pacientes con lesiones por presión, el objetivo nunca será la curación, por lo que lo más importante será priorizar el confort del paciente, evitando las técnicas innecesarias y traumáticas, para que pase sus últimos momentos con el mínimo sufrimiento posible.

Por ello, se intentará en la medida de lo posible utilizar apósitos que permitan aumentar el espacio entre curas y apósitos que neutralicen el mal olor en caso de úlceras malolientes.

El personal sanitario debe concienciarse de la importancia del adecuado manejo y prevención de las UPP en pacien-

tes paliativos, para poder reducir el sufrimiento de estos pacientes y hacer más fácil y confortable su última etapa de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Núñez A. M. (2015). Úlceras cutáneas en pacientes oncológicos con cuidados paliativos de soporte domiciliario (Doctoral dissertation, Universidad de Alcalá).
2. Larrea-Leoz B, Vázquez-Calatayud M, Labiano-Turillas J. In the prevention and treatment of pressure ulcers. *Gerokomos*. 2015; 26 (3): 115-119.
3. Pancorbo-Hidalgo P. L, García-Fernández F. P, Torra i Bou J. E, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda J. J. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4. ° Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014; 25(4): 162-170.
4. Samaniego Ruiz M.J, Martínez Varón M.J. Impacto de las úlceras por presión en la mortalidad. *Enferm Dermatol*. 2016; 10(27): 59-61.
5. Méndez, M. I. G. (2017). Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Doctoral dissertation, Universidad de Sevilla).
6. Torra i Bou J.E. Incidencia de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos. Revisión sistemática con Meta-análisis. 2016.
7. Mantilla S. C, Pérez O. P, Sánchez L. P. Identificación del riesgo de desarrollar úlceras por presión y cuidados preventivos de su ocurrencia, en adultos mayores institucionalizados de Norte de Santander. *Revista Movimiento Científico*. 2015; 9(1): 33-40.
8. Rosell Moreno C. Aplicación de una intervención formativa como instrumento esencial en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. El antes y el después de los cuidados a los pacientes con riesgo de sufrir o con presencia de úlceras por presión en la atención hospitalaria. 2016.
9. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Versión española.
10. Yépez Vizcaíno, M. J. (2017). Rol del personal de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes paliativos en el Hospice San Camilo durante el primer semestre del 2017 (Bachelor's thesis, Quito: Universidad de las Américas, 2017).
11. Rubio Martínez, P. L. El estado nutricional como factor de riesgo en el desarrollo de las úlceras por presión en personas mayores atendidas en la comunidad. 2016.

12. Blanco Zapata R.M, López García E, Quesada Ramos C et al. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2017.
13. González Consuegra R. V, Matiz Vera G. D, Hernández Martínez J. D, Guzmán Carrillo L.X. Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. Revista de la Facultad de Medicina. 2015; 63 (1) : 69-80.
14. Roa Díaz Z. M, Parra D. I, Camargo-Figuera F. A. Validación e índices de calidad de las escalas de Braden y Norton. Gerokomos. 2017; 28(4) : 200-204.
15. McGinnis E, Briggs M, Collinson M, Wilson L, Dealey C, Brown J, et al. Pressure ulcer related pain in community populations: a prevalence survey. BMC Nursing. 2014; 13:16.
16. Quijano Rodríguez R, Callejón Poyatos E, Machado Romacho Ú. M. (2017). Rol de enfermería en los cuidados paliativos. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud, 35(8), 430.
17. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. 2014.
18. Organización Mundial de la Salud [Internet] 2018. Organización mundial de la Salud. [Consultado 21, Noviembre, 2018] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
19. Asamblea Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. 2014.
20. Odriozola Gojenola M, Basterretxea Oiarzabal, J. ¿Se utiliza adecuadamente la analgesia en los pacientes terminales? Atención Primaria. 2015; 47(7), 393-476.
21. Zas Tabares V, Rodríguez Rodríguez J, Silva Jiménez E. (2014). El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. Panorama Cuba y Salud, 8(2), 41-48.
22. Betancourt S. M. R., Pérez M. D. F., Pérez M. D. J. D. (2015). Escalera analgésica en el tratamiento del dolor oncológico. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 40(12).
23. Romero Moreno F. J, González Pérez M. A, Díaz Estrella A, Vaz Rodríguez J. A. La vía subcutánea domiciliaria como sustento de la calidad de vida en los cuidados paliativos. Revista Enfermería Cyl. 2016; 8(1), 55-60.
24. Castañeda de la Lanza C, O'Shea G. J, Lozano Herrera J, Castañeda Peña G. Cuidados paliativos: la opción para el adulto en edad avanzada. Gaceta Mexicana de Oncología. 2015; 14(3):176-180.
25. Guinot Bachero J, Furió Vizcaino T. Poliulceración en paciente terminal : úlceras de Kennedy. Plan de cuidados paliativos. Enferm Dermatol. 2014; 8(22):32-40.
26. Dincer M, Doger C, Tas SS, Karakaya D. An analysis of patients in palliative care with pressure injuries. Niger J Clin Pract. 2018; 21(4):484-491.
27. Sternal D, Wilczyński K, Szewieczek J. Pressure ulcers in palliative ward patients: hyponatremia and low blood pressure as indicators of risk. Clin Interv Aging. 2016;12:37-44.
28. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónica. Madrid. Instituto Nacional de gestión sanitaria. 2015.
29. Tzuc-Guardia A, Vega-Morales E, Colli-Novelo L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Enfermería universitaria. 2015; 12(4) : 204-211.
30. López Casanova P. Prevención de las úlceras por presión. ¿Cuánto se puede atribuir a los cambios posturales?. 2016.
31. Servicio de Salud de las islas Baleares. Actualización de la guía de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Consejería de Salud. 2018.
32. Subcomisión de lesiones por presión del hospital clínico universitario Lozano Blesa. Guía de práctica clínica: prevención y tratamiento de las lesiones por presión. Servicio Aragonés de Salud. 2013.

ANEXO 1

ESCALA BRADEN	
PERCEPCIÓN SENSORIAL	
Sin limitaciones	4
Limitada ligeramente	3
Muy limitada	2
Limitada completamente	1
HUMEDAD	
Húmeda raramente	4
Húmeda ocasionalmente	3
Húmeda con frecuencia	2
Húmeda constantemente	1
ACTIVIDAD	
Deambula frecuentemente	4
Deambula ocasionalmente	3
En una silla	2
Encamado	1
MOVILIDAD	
Sin limitaciones	4
Limitada ligeramente	3
Muy limitada	2
Completamente inmóvil	1

NUTRICIÓN	
Excelente	4
Adecuada	3
Probablemente inadecuada	2
Muy pobre	1
FRICCIÓN-ROZAMIENTO	
Aparentemente sin problema	3
Problema potencial	2
Problema real	1
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo alto: ≤ 12 puntos. • Riesgo moderado: 13-14 puntos. • Riesgo bajo: <ul style="list-style-type: none"> – Si < 75 años: 15-16 puntos. – Si ≥ 75 años: 15-18 puntos. 	

ANEXO 2

ESCALA NORTON	
ESTADO FÍSICO	
Bueno	4
Aceptable	3
Regular/Deteriorado	2
Muy malo	1
ESTADO MENTAL	
Alerta	4
Apático	3
Confuso	2
Estuporoso/inconsciente	1
ACTIVIDAD	
Total	4
Disminuida	3
Muy limitada	2
Inmóvil	1
MOVILIDAD	
Ambulante	4
Camina con ayuda	3
Sentado en silla	2
Encamado	1
INCONTINENCIA	
Consciente total	4
Ocasional	3
Urinaria o fecal	2
Urinaria y fecal	1
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo alto: ≤ 12 puntos. • Riesgo moderado: 13-15 puntos. • Riesgo bajo: ≥ 16 puntos. 	

ANEXO 3

ESCALA EMINA	
ESTADO MENTAL	
Orientado	3
Desorientado	2
Letárgico	1
Coma	0
MOVILIDAD	
Completa	3
Limitación ligera	2
Limitación importante	1
Inmóvil	0
INCONTINENCIA-HUMEDAD	
No	3
Urinaria o fecal ocasional	2
Urinaria o fecal habitual	1
Urinaria y fecal	0
NUTRICIÓN	
Adecuada	3
Incompleta ocasional	2
Incompleta	1
No ingesta > 72 horas	0
ACTIVIDAD	
Deambula	3
Deambula con ayuda	2
Siempre precisa ayuda	1
No deambula	0
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo alto: 8-15 puntos. • Riesgo medio: 4-7 puntos. • Riesgo bajo: 1-3 puntos. 	