

**Escuela Universitaria de Enfermería
Gimbernat y Tomàs Cerdà**

**Trabajo Final de Grado
Curso académico 2015-2016**

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD:
AUMENTAR CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES
SOBRE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS
CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES EN
DOMICILIOS DE SABADELL.**

Autora: Sonia Martín Campano

Tutora: Pilar Fernández Narváez

SantCugat del Vallès, Mayo de 2016

ÍNDICE

	Página
Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Justificación	4
Marco teórico	6
Metodología	13
<u>Fase preliminar del programa de salud:</u>	15
• Análisis de los datos	15
• Análisis de la situación de salud: Perfil Epidemiológico .	17
• Análisis de la situación de salud: Perfil Comunitario .	19
• Identificación de factores a cambiar	21
• Factores predisponentes	21
• Factores facilitadores	22
• Factores de refuerzo	22
• Priorización de los problemas	23
• Diagnostico educativo	24
<u>Fase de desarrollo:</u>	25
• Objetivos del programa de salud	25
• Objetivos generales	25
• Objetivos específicos	25
• Intervenciones educativas que se proponen	26
<u>Temporalización de las intervenciones:</u>	28
<u>Previsión de recursos:</u>	30
<u>Evaluación del programa de salud:</u>	31
Diseño final del programa de salud propuesto	33
Discusión y conclusión	35
Agradecimientos	37
Bibliografía	38
Anexos	

Resumen

Existen datos a diferentes niveles territoriales, que demuestran que las úlceras por presión (UPP) representan un grave problema de salud. Es por ello que se propone el siguiente programa educativo, con el objetivo de disminuir la prevalencia de las UPP en la población de Sabadell (Barcelona).

Para su elaboración se lleva a cabo el estudio epidemiológico y comunitario de una muestra de tres mujeres de distintas edades, cuidadoras formales de pacientes dependientes con UPP, con la finalidad de obtener un diagnóstico de las características de la población a la que va dirigido el programa educativo. El estudio de la muestra se desarrolla dentro de una fase de planificación y mediante el método PRECEDE. Seguidamente, en la fase de desarrollo, se plantean unos objetivos específicos que deben alcanzarse, para lograr el objetivo principal del programa educativo, mediante la determinación de una serie de actividades teóricas y prácticas, con las cuales se trabajan los conocimientos básicos sobre las úlceras por presión (etiología, factores de riesgo, prevención y tratamiento), y que se llevan a cabo en la intervención educativa. Para finalizar se realiza una evaluación con la finalidad de analizar la efectividad del programa.

Palabras clave: *úlceras por presión, pacientes dependientes, cuidadores principales, cuidador formal, sobrecarga del cuidador.*

Abstract

There are different territorial levels data showing that pressure ulcers represent a serious health problem. For this reason, this educational program is proposed in order to reduce the prevalence of pressure ulcers in Sabadell, a town of Barcelona.

For Its preparation is necessary to do an epidemiological and community study of a sample of three formal caretakers of dependent patients with pressure ulcers, in order to obtain a diagnosis of the characteristics of the population targeted by the educational program. This study is developed in a planning phase, by the PRECEDE method. Suddenly, the specific goals are proposed, and It performs the theoretical and practical activities, with which the basic knowledge about pressure ulcers (etiology, risk factors, prevention and treatment) are explained, to achieve the main goal. To end, the evaluation will be done during the educational program, in order to analyze the effectiveness of the program.

Keywords: *pressure ulcers, dependent patients, primary caretakers, formal caretakers, caretaker burden.*

1. Introducción

1.1. Justificación

A lo largo del grado de enfermería, he realizado diversos periodos de prácticas en distintos centros sanitarios, dónde he podido observar distintos problemas de salud en la población que, gracias a la educación terapéutica, podrían ser mejorados. Es por ello que antes de elegir el tema a estudiar, he elegido el tipo de trabajo.

Sin duda me he decantado por un programa de salud, ya que considero que es una herramienta que enfermería debe tener presente en todo momento, y utilizar para llegar a mejorar aquellas condiciones que se detectan en el día a día, y que afectan a la salud de la población con la que tratamos. Es por esto que decidí poner en práctica la educación terapéutica en el TFG.

Los programas de salud, tienen como base la educación terapéutica, siendo este un proceso dirigido a promover estilos de vida saludables (hábitos, costumbres, comportamientos) a partir de las necesidades específicas del individuo, familia o comunidad. Desde este punto de vista, la educación sanitaria comprende un conjunto de actividades educativas desarrolladas en procesos formales e informales, que fortalecen y/o mejorar estilos de vida y comportamientos del colectivo al cual va dirigido el programa.

Debido a la realización de uno de los *prácticums* universitarios en un equipo de PADES encargado de pacientes crónicos complejos, pude detectar que las úlceras por presión de estos pacientes tenían una peor y más lenta evolución que las de los pacientes con los que había trabajado anteriormente, en la unidad de hospitalización de geriatría aguda.

Por otro lado, se conoce que las úlceras por presión tienen un gran impacto en la población, lo que hace que sean consideradas un problema de salud, que influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes¹.

Desde enfermería se tiene que trabajar para disminuir el porcentaje de úlceras en la población, es por esto que decidí adentrarme en el mundo de las úlceras y proponer un programa de salud con el objetivo de mejorar el comportamiento y conocimiento de los cuidadores principales en cuanto a las úlceras por presión, y así, conseguir disminuir la prevalencia de estas, así como disminuir su aparición y aumentar sus cuidados.

1.2. Marco teórico

Según el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)², las úlceras por presión (UPP) son lesiones en la piel causadas por una fuerza externa mantenida en el tiempo. Esta fuerza disminuye el riego sanguíneo de la zona afectada, impidiendo al oxígeno y nutrientes llegar a ella, provocando, de este modo, un proceso de isquemia que desencadenará una degeneración del tejido.

La Agencia Estadounidense de Calidad e Investigación de los Cuidados de Salud (AHQR), propone una clasificación para las UPP, que actualmente es utilizada a nivel internacional y seguida por el EPUAP² y el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)³. Dicha clasificación consta de 4 grados (G), distinguidos según la profundidad de los tejidos dañados en cada UPP:

G. I: la alteración en forma de eritema en la piel íntegra, que perdura más de treinta minutos y que no empalidece al presionar. Puede presentar aumento de la temperatura en comparación con el tejido no afectado; G. II: la pérdida de integridad cutánea a nivel dérmico y epidérmico, con presencia de úlcera en forma de abrasión o flictena; G. III la destrucción de la capa subcutánea, pudiendo extenderse en profundidad y presentar exudación; y de G. IV: la pérdida total del grosor de la piel, llegando a la destrucción del tejido muscular, dejando visible las estructuras óseas y/o tendones. En este caso, hay presencia abundante de exudado y necrosis tisular.

Factores de riesgo

Las UPP aparecen en el grupo de población que presenta unos determinados factores de riesgo. Su aparición varía dependiendo del número y la gravedad de los factores de riesgo que presente cada paciente, siendo esta más o menos temprana⁴.

En cuanto a la aparición de UPP existen diferentes factores de riesgo que pueden desencadenarlas. Por un lado, se encuentran los denominados intrínsecos; que son aquellas condiciones inherentes, propias de cada paciente, que hacen que aumente la probabilidad de presentar UPP. Por otro lado, existen los factores de riesgo extrínsecos, los cuales, siendo agentes externos al propio paciente, aumentan el riesgo de aparición de las UPP.

La edad, es uno de los factores de riesgo intrínsecos más significativos⁵, ya que, con el aumento de esta, existen en el cuerpo cambios en el sistema tegumentario, que provocan una pérdida de elasticidad y la disminución del tejido celular subcutáneo, haciéndolo más susceptible.

También existen diferentes factores que, debido a los cambios fisiológicos que se dan en el proceso de envejecimiento y por el aumento de los procesos patológicos que existen en esta etapa de la vida, perjudican de forma directa en la aparición de las UPP, tales como; el trastorno vascular, que dificulta el transporte de oxígeno al tejido cutáneo, provocando un déficit de oxigenación en este, que aumenta el riesgo de padecer UPP. También podemos encontrar las deficiencias nutricionales, ya que los procesos de malnutrición retrasan la cicatrización de las heridas. El déficit de vitamina C y oligoelementos (hierro, cobre, cinc) produce alteraciones en la síntesis de colágeno^{6,7}. Existen, además, deficiencias motoras que impiden el movimiento y por lo tanto favorecen el contacto prolongado de la piel con diferentes superficies. Asimismo, encontramos a la alteración en la eliminación como un factor de riesgo intrínseco, que ya bien sea urinaria como fecal⁸, ya que provocan humedad en el tejido cutáneo del paciente,

la cual favorece la maceración de la piel, y aumenta el riesgo de erosión cutánea^{4,5,9,10,11}.

Como factores de riesgo extrínsecos, encontramos las fuerzas ejercidas hacia el tejido, que aumentan el riesgo de que el paciente presente UPP.

Existen tres tipos de fuerzas, que aumentan el riesgo de UPP: la presión, que es consecuencia de un aplastamiento de los tejidos entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente, generalmente una prominencia ósea, y otro externo a él, como camas, sillas, sillones, etc. La fricción, es una fuerza paralela a la piel, desencadenada por un desplazamiento del paciente sobre un plano duro, produciendo roces. Y, por último, el cizallamiento, compuesto por las fuerzas tangenciales que combinan efectos de presión y fricción, y que se ejercen en sentido contrario al desplazamiento del paciente sobre un plano duro^{2,3}.

También el tiempo es un factor extrínseco en cuanto a las UPP. Dependiendo del tiempo que el paciente esté expuesto a las presiones explicadas anteriormente, será más o menos elevado el riesgo de aparición de UPP.

Localizaciones más comunes

Las localizaciones más comunes de las UPP son aquellas zonas del cuerpo con prominencias óseas, que además están en contacto con una superficie dura durante un tiempo prolongado. Según la posición que adopte el paciente, estas zonas serán unas u otras. En decúbito lateral, predominan orejas, acromion, trocánter, cóndilos y maléolos. Por lo contrario, en decúbito prono, destacan los dedos de los pies, rodillas, órganos genitales en pacientes masculinos, costillas, mamas en pacientes femeninos, acromion y mejillas, y en decúbito supino, talones, sacro, codos, omoplatos y occipital^{2,3}.

Según diferentes estudios^{10,12,13,14}, son el sacro, los talones y los trocánteres las zonas de localización más comunes. En este sentido y

según datos del último estudio nacional de Prevalencia de UPP en España¹⁴, el 30'7% de las úlceras estudiadas se localizaban en el sacro, el 28'6% en los talones, y el 7% en los trocánteres.

Esto es debido a que dichas zonas poseen escaso tejido blando, y, por lo tanto, este tejido está expuesto a más presión entre la superficie en la que se encuentra y el hueso^{16,17}.

Epidemiología

Se han realizado estudios a diferentes niveles los cuales muestran que, desde hace años, la prevalencia de las úlceras por presión se mantiene elevada. Encontramos estudios europeos que afirman que, en una muestra de población que engloba 25 hospitales europeos, existe una prevalencia del 18% de UPP en el ámbito hospitalario, desconociéndose la prevalencia en otros ámbitos^{18,19}.

Como ejemplo en territorio nacional, en el 4º y más reciente estudio nacional de prevalencia de las UPP¹¹, apoyado por la GNEAUPP¹⁵, se expone que en el ámbito hospitalario es un 7'87% la prevalencia de UPP. Además, encontramos que de la muestra de los pacientes pertenecientes al programa ATDOM (atención domiciliaria), la prevalencia es del 8'51%, siendo estos porcentajes similares a los estudios realizados a nivel catalán²⁰.

Además, comparando estudios nacionales de 2009 y 2013, se puede determinar que la incidencia de las úlceras por presión en España está sufriendo un pequeño aumento con el paso de los años, factor que hay que tener en cuenta para detectar que hay que trabajar sobre dicho problema de salud^{10,14}.

La población diana de las UPP es de edad avanzada, destacando la población de edad avanzada, de entre 75 y 84 años, que comparten una serie de factores de riesgo, tales como la inmovilidad, la desnutrición, y la presión en diferentes zonas del cuerpo prolongadas en el tiempo.

Por otro lado, se observa que el coste del tratamiento de las UPP en España representa el 5% del gasto sanitario anual. De este, el 15% lo representan el coste de apósitos y distintos materiales, el 19% lo representan el coste del tiempo de enfermería, y el 45% lo representa el coste de las estancias extra en el hospital relacionadas con estas lesiones²¹.

Podemos llegar a la conclusión de que el impacto que producen las UPP en la población es elevado, llegando a desencadenar un problema de salud, tanto a nivel europeo, español, como catalán. Dicho problema, influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes, afectando a todos los niveles asistenciales¹.

La dependencia

Los problemas de salud se relacionan con un estado o proceso de salud, manifestado por una persona, familia o comunidad. Estos no solo afectan a las estructuras corporales específicas y a los mecanismos fisiológicos y psicológicos implicados, sino que también repercuten sobre el funcionamiento global de la persona, alterando otras dimensiones de ella, como pueden ser la social, emocional, intelectual o espiritual, llegando a precisar la atención de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, siendo así, dependientes²².

Los pacientes dependientes que presentan UPP, además de los cuidados básicos, necesitan una serie de cuidados basados en la prevención y el tratamiento de las UPP. En el ámbito domiciliario, estos cuidados son proporcionados por el cuidador principal, persona que generalmente vive en el domicilio del paciente y se encarga de sus necesidades.

Es posible que dicho cuidador forme parte de la familia del paciente y que no reciba remuneración por hacerse cargo del anciano, denominándose así cuidado informal; pero, también existe la posibilidad de ser una persona

externa a la familia, que ha recibido formación profesional sobre el cuidado de personas y que obtiene una remuneración económica por desarrollar esta labor, denominándose así, cuidador formal.

Diversos estudios nacionales^{23,24,25} corroboran que el perfil del cuidador principal de pacientes dependientes, es de una mujer, con edad media de 55 años, con un nivel de estudios bajo, que en un 80% de los casos es familiar directo del paciente. Además, dicho cuidador, suele dedicar la totalidad de su tiempo en el paciente, incluso llegando a compartir domicilio.

El miembro que asume el rol de cuidador está expuesto a sobrecarga, debido al alto grado de trabajo que supone dicho rol. Es este el que sufre mayores cambios en su calidad de vida, tales como alteraciones físicas, psicológicas y sociales. Cuidar en el domicilio es una tarea difícil y en algunos casos puede el cuidador puede sentirse exhausto^{24,25}. Debido al alto grado de dedicación, dichos cuidadores pueden sufrir el denominado síndrome del cuidador quemado o síndrome de Burnout, caracterizado por presentar ansiedad, depresión y alto índice de esfuerzo.

Existe varias escalas que miden la sobrecarga del cuidador, siendo la Zarit la más utilizada. Esta consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones que presenta el cuidador al realizar su tarea. Cada uno de los ítems es puntuado mediante un gradiente de frecuencia: de 1 (nunca) a 5 (siempre), que posteriormente serán sumados y darán el resultado, siendo: <47 no sobrecarga; de 47 a 55 leve sobrecarga; >55 sobrecarga intensa²⁶.

Este estado en el que entra el cuidador puede repercutir en el confort y recuperación del paciente, ya que el cuidador no está en condiciones óptimas para desempeñar sus tareas, y puede llevar una mala praxis que perjudique al paciente^{25,26}.

En el caso de pacientes con UPP, el síndrome del cuidador quemado puede afectar de forma directa en las UPP. Si el cuidador no está en condiciones óptimas para desempeñar su tarea, el riesgo de aparición o empeoramiento de las UPP puede aumentar, ya que es posible que no realice todos los

cuidados necesarios o que la forma de realizarlos no sea la correcta. De la misma forma, en pacientes con UPP ya existentes, se aumenta el riesgo de sufrir una mala evolución y empeoramiento de la misma.

En conclusión, las UPP son un grave problema de salud, que tiene una alta prevalencia en la población. Su población diana es normalmente de edad avanzada y presentan diferentes factores de riesgo, como son la edad, los trastornos vasculares, las deficiencias nutricionales y motoras, las alteraciones en la eliminación y, como factores externos, las diferentes fuerzas sobre la piel.

A nivel domiciliario hay muchos cuidadores que proporcionan cuidados a pacientes con UPP y por ello, propongo la elaboración de un programa de salud para que, desde el ámbito sanitario, y de la mano de enfermería, se potencie la prevención de las UPP, para disminuir el porcentaje de prevalencia, y así, conseguir disminuir el problema de salud.

2. Metodología

El objetivo del presente trabajo es la realización de una intervención educativa dirigida a los cuidadores principales de pacientes dependientes en ámbito domiciliario que presentan UPP, para aumentar sus conocimientos en cuanto a la prevención y el cuidado de las UPP de sus pacientes.

Para poder llevar a cabo el programa de salud se ha procedido a la realización de un trabajo de campo, para estudiar a una muestra de cuidadoras principales de Sabadell, las cuales cuidan a pacientes dependientes con UPP.

Sabiendo que existe una amplia población que cumple las características del programa, la intención era recabar una muestra de aproximadamente 20-25 personas. No obstante, se ha tenido que disminuir la muestra a tres cuidadoras, por encontrar limitaciones en la realización del trabajo de campo, como es la falta de tiempo, lo cual ha dificultado el acceso a la población.

Las cuidadoras que forman la muestra, han sido elegidas por la facilidad de acceso a ellas, lo cual ayuda a conocer las necesidades concretas de la población a la que va dirigido el programa. La muestra elegida, son tres mujeres, cuidadoras de pacientes con UPP que han estado hospitalizados en algún momento en el Hospital Parc Taulí, y por lo tanto me han podido facilitar los contactos desde dicho hospital.

Se ha realizado una entrevista a cada cuidadora perteneciente a la muestra, las cuales estaban guiadas por un guion de elaboración previa (Anexo 1), y tenían el fin de conocer sus vivencias en relación a las UPP

de sus pacientes y los conocimientos básicos que poseen sobre las UPP y las habilidades en cuanto a sus cuidados básicos. Así mismo, se valoró la posible presencia del síndrome del cuidador quemado, evaluado con la escala Zarit.

A partir de la información obtenida mediante las entrevistas y las escalas Zarit, como método de valoración de las necesidades de la población, se ha utilizado el modelo de educación terapéutica PRECEDE²⁷, para realizar un análisis de los datos de la población, teniendo en cuenta las características de las tres cuidadoras que forman la muestra, para, finalmente, poder diseñar las actividades acordes a ellas.

Dicho método fue descrito por Green y Kreuter con la finalidad de crear una forma de valoración de las necesidades de la educación terapéutica de una comunidad.

Los pasos básicos del PRECEDE incluyen el diagnóstico social, el diagnóstico epidemiológico, el diagnóstico del comportamiento y el diagnóstico administrativo. Este modelo parte de diversas disciplinas para analizar los problemas sociales, de salud y factores del comportamiento. Estos últimos se analizan más a fondo distinguiendo los factores que facilitan y predisponen la aparición de una conducta no saludable o refuerzan su existencia.

Es por esto, que es de gran utilidad para analizar los factores observados en la población estudiada y así poder obtener el diagnóstico educacional.

2.1. Fase preliminar del programa de salud

2.1.1. Análisis de los datos obtenidos

Es de gran importancia conocer la repercusión que tienen las UPP en los pacientes y sus cuidadoras. Para ello, se ha realizado una entrevista a cada cuidadora, las cuales cuentan sus conocimientos y experiencias en cuanto a las UPP.

Los tres pacientes, son de edad avanzada y presentan diferentes factores de riesgo de UPP, compartiendo entre ellos la movilidad reducida, y la incontinencia.

Son pacientes con úlceras de G.II y G.III en la zona sacra, trocánter y talones, que esporádicamente son supervisadas por las enfermeras del CAP, pero que son curadas a diario por las cuidadoras principales.

La muestra de cuidadoras consta de tres mujeres, de 61, 57 y 29 años de edad, las cuales, sin tener otras cargas familiares, son cuidadoras formales de los pacientes. Dos de las cuidadoras no disponen de domicilio propio y residen en el domicilio de sus pacientes.

En las entrevistas realizadas, se emplean preguntas relacionadas con los conocimientos de etiología, prevención y curas de las UPP, que han sido formuladas anteriormente para la realización de un guion (Anexo1). En cuanto a la etiología, se pregunta sobre sus factores de riesgo. Referente a la prevención, se realizan preguntas relacionadas con los hábitos higiénicos que realizan las cuidadoras y la importancia de ellos. Así mismo, se pregunta qué curas realizan en las UPP de sus pacientes.

Al analizar las diferentes respuestas de las cuidadoras, se puede observar que presentan un déficit de conocimientos en cuanto a las UPP, su etiología, factores de riesgo, tratamiento y prevención.

Dos de ellas, reconocen como zonas de riesgo los talones y el sacro, y una solo conoce la zona sacra. Analizando cada una de las situaciones, vemos que cada una de las cuidadoras identifica como zonas de riesgo, las zonas afectadas de sus pacientes, desconociendo otras donde no tienen UPP.

En cuanto a la prevención de las UPP, dos de las cuidadoras, nos explican que aplican crema hidratante a los pacientes después de realizar la higiene. Tienen presente la importancia de las movilizaciones de los pacientes, pero desconocen la frecuencia en la que se recomienda realizarlas. En cuanto a la protección de los puntos de apoyo, dos cuidadoras nos explican la utilización de cojines, y solo una nos informa de la utilización de taloneras.

En cuanto a la realización de las curas de las UPP, las tres cuidadoras explican que realizan las curas ellas mismas, y que muy esporádicamente lo hace la enfermera del CAP. Dicha cura se compone de un lavado con suero fisiológico y gasas; en el caso de una de las cuidadoras aplica Aquacel[®], gasas y esparadrapo, que fue lo que le explico que tenía que hacer la hija del paciente; otra de ellas aplica pasta lásar[®] y gasas porque era así como lo hacía con el señor al que cuidaba anteriormente, y la tercera solamente realiza el lavado y posteriormente cubre la UPP con gasas y mefix[®]. La realización de las curas es de forma sistemática, utilizando siempre los mismos productos, sin tener en cuenta la evolución de la UPP ni saber para qué está indicado cada producto.

Al finalizar la encuesta, se pregunta a cada cuidadora si estarían dispuestas a adquirir conocimientos sobre el cuidado de las UPP, y las tres cuidadoras contestan de forma afirmativa.

Seguidamente se prosigue a pasar la escala de Zarit (Anexo 2), para medir la sobrecarga (síndrome del cuidador quemado) de los cuidadores entrevistados. Esta escala es un instrumento utilizado en el medio sanitario para la detección de riesgo o cansancio en el cuidador. Para su valoración se exploran los efectos negativos del rol del cuidador en éste, teniendo en

cuenta su salud física, psíquica, las actividades sociales y los recursos económicos.

Al pasar la escala, el cuidador señala la frecuencia con la que más se siente identificado siendo 0: nunca, 1: rara vez, 2: algunas veces, 3: muchas veces, 4: casi siempre. Los puntos marcados por el cuidador son sumados y serán estos los que determinen la sobrecarga del cuidador, siendo la puntuación final: 22-46: no hay sobrecarga, 47-55: presencia de sobrecarga leve, 56-100: presencia de sobrecarga intensa.

Los resultados obtenidos en la escala Zarit muestran que las cuidadoras C2 y C3 padecen sobrecarga leve, mientras que C1 no presenta grado de sobrecarga, hecho que puede ser debido a llevar menos tiempo dedicándose al cuidado de las personas dependientes.

2.1.2. Análisis de la situación de salud: Perfil epidemiológico

Conocer el perfil epidemiológico de la muestra de población es esencial para saber cómo enfocar el programa de salud hacia ella.

En la realización del presente programa de salud, la muestra seleccionada es la siguiente:

La muestra la forman 3 mujeres, de 29, 57 y 61 años de edad, que son cuidadoras formales y dedican la totalidad de su tiempo al cuidado de sus pacientes. En cuanto a estado civil, la cuidadora 1 (C1) es soltera, la cuidadora 2 (C2) es divorciada y la cuidadora 3 (C3) es viuda.

La cuidadora registrada como C1 posee el título de técnico en Atención socio-sanitaria, sin embargo, el resto de muestra no poseen estudios relacionados con las funciones que desempeñan.

C1 lleva año y medio dedicado a cuidar a su paciente. Empezó a cuidarlo como favor a una familia conocida, ya que llevaba tres años sin tener

empleo, y ahora es esta su profesión. Sin embargo, las cuidadoras C2 y C3 hace alrededor de 20 años que dedican su tiempo a cuidar a enfermos en domicilio, no obstante, llevan 4 y 8 años cuidando al paciente actual.

Las tres cuidadoras residen en el domicilio del enfermo, teniendo un o dos días de descanso a la semana, en los cuales, C1 y C3, acuden al domicilio de algún familiar, ya que no disponen de uno propio.

	Edad	Estudios relacionados con la salud	Estado civil	Relación con el paciente	Tiempo de empleo del rol de cuidadora	
					Total	Paciente actual
C1	29	CFGM en At. socio sanitaria	Soltera	Cuidadora formal	24h/día Fin de semana libre	1 año y medio
C2	57	-	Divorciada	Cuidadora formal	24h/día Fin de semana libre	4 años 20 años
C3	61	-	Viuda	Cuidadora formal	24h/día 1 día libre a la semana	8 años 24 años

Tabla 1: Características de las cuidadoras. Autoría propia

2.1.3. Análisis de la situación de salud: Perfil comunitario

El perfil comunitario es el estudio de la población en su contexto, la organización social de la comunidad y los aspectos culturales de la misma, con el fin de llevar a cabo una buena intervención educativa que sea eficaz y eficiente y, se adecue al colectivo al que se quiere dirigir, en este caso a los cuidadores de pacientes con úlceras por presión en Sabadell.

El municipio se encuentra en la provincia de Barcelona, y actualmente es la capital de la comarca del Vallès Occidental, estando situado en el centro de la comarca, junto al río Ripoll. Limita al norte con el municipio de Castellar del Vallès y Senmenat, al oeste con Terrassa y Sant Quirse del Vallès, al este con Polinyà y Santa Perpetua de Mogoda, y al sur con Barberà del Vallès, Badia del Vallès y Cerdañola del Vallès.

La ciudad tiene una superficie de 37,8km² y está dividida en siete distritos, los cuales, cada uno cuenta con uno o más sectores, que a su vez están formados por uno o más barrios.

Según datos de IDESCAT²⁸, en 2014, Sabadell cuenta con 207.444 habitantes, denominados sabadellenses, de los cuales 101.118 son hombres y 106.696 son mujeres. Del total de habitantes, un 17,97% son mayores de 65 años y un 16,27% son menores de 14 años, por lo que podemos decir que presenta una pirámide de población de tipo regresiva.

Sabadell presenta crecimiento poblacional ya que la mortalidad en 2013 fue de 1.685 habitantes, y la natalidad en 2104 fue de 2.094. La gran mayoría de sabadellenses son nacidos en Cataluña, existiendo una mínima tasa de inmigración del 0,83%,

Existe un total de 81.596 viviendas registradas en Sabadell en 2011, de las cuales el 81,5% son de propiedad, y solo el 13,8% son de alquiler.

El municipio cuenta con diferentes infraestructuras, tales como la red de ferrocarriles de la Generalitat de Catalunya y la red de RENFE. Como redes viarias, dispone de las Rondas de Sabadell, los puentes de río Ripoll y las conexiones con la comarca (AP-7, eje transversal y N150). Dispone, también, de un aeropuerto, el cual es clave para el sector económico de la comarca ²⁹. Como recursos naturales, dispone de grandes parques de zona verde (Parque de Catalunya y Parque del Taulí) y el Río Ripoll.

Referente a la atención sanitaria, Sabadell dispone de 1 centro de urgencias de atención primaria (CUAP), gestionado por el *Institut Català de la Salut* (ICS) y, 13 centros de atención primaria (CAP), distribuidos en 10 áreas básicas de salud (ABS), de los cuales 12 son gestionados por el ICS y uno que es gestionado de forma privada por el *Consorti Sanitari Parc Taulí*(CSPT) ^{30,31}. Como centro hospitalario de referencia dispone del Hospital de Sabadell, perteneciente al CSPT y gestionado por la *Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública* (XHUP). También se encuentra en Sabadell la *Clínica del Vallès*, -el cual es de gestión totalmente privada.

Los CAPs son las entidades que los usuarios utilizan como puerta de entrada al sistema de salud, para atender sus necesidades de forma personalizada, y desde donde serán derivados en caso de necesitarlo. Desde el Hospital de Sabadell se prestan servicios a personas dependientes, a partir del SAAD (sistema para la autonomía y atención de la dependencia) y el PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte), como es el SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio), que tiene como objetivo compensar las limitaciones que presentan las personas en relación a su autonomía.

Por otro lado, Sabadell tiene un amplio número de centros que ofrecen servicios de atención socio-sanitaria, ya sean centros residenciales como centros de día, donde se tiene un cuidado integral de la persona anciana.

2.1.4. Identificación de los factores asociados al comportamiento a cambiar

2.1.4.1. Factores predisponentes

Son aquéllos que anteceden a la conducta y que proveen aspectos racionales o motivacionales para realizarla. Son factores que aparecen en las fases de pre-contemplación, contemplación y preparación de las etapas del cambio.

Estos factores, los cuales incluyen el conocimiento, las actitudes, creencias, valores y habilidades y necesidades percibidas, están en relación con la motivación de una persona o grupo para actuar.

En el caso a estudiar, los factores predisponentes son los expuestos a continuación:

Gracias a la realización de las entrevistas y al contacto con las cuidadoras, se ha podido determinar la motivación que presentan en cuanto a realizar unos cuidados correctos para beneficiar la salud de sus pacientes. Explican ser conscientes de la falta de conocimientos sobre las UPP y consideran que sería beneficioso para el paciente enriquecer sus conocimientos y adquirir habilidades en cuanto al manejo de las UPP.

Crean que disponer de conocimientos en cuanto a las UPP y su prevención, es útil para la correcta práctica, y por lo tanto para la correcta evolución de las UPP. Consideran necesario ampliar los conocimientos sobre las UPP, ya que son conscientes de que presentan un bajo grado de conocimientos, en cuanto a la etiología, prevención y tratamiento de las UPP, y verbalizan ser conscientes de que este hecho perjudica a sus pacientes.

Podrías poner algún factor predisponente que tenga que ver con el cansancio de las cuidadoras, medido por la Zarit

2.1.4.2. Factores facilitadores

Son los factores que preceden al comportamiento y que permiten la modificación de la motivación de la persona. Son los recursos personales y sociales, y aptitudes que permiten llevar a cabo la conducta deseada.

Se observa que en cuanto a prevención de la aparición de UPP, los cuidadores no cuentan con recursos tales como, colchones anti-escaras o de látex, taloneras, así como productos específicos para la realización de las curas de la UPP. Este hecho es debido a la falta de conocimientos de las cuidadoras. Desconocen la importancia de utilizar dichos productos, y se limitan a otros recursos como son cojines o almohadas. Por otro lado, una de las cuidadoras explica que recibió una receta de cojín anti-escaras, pero que los familiares del paciente no llegaron a comprar, por despreocupación.

En cuanto a la formación previa, no han recibido cursos ni charlas sobre los cuidados a sus pacientes. Explica una de las cuidadoras, que la enfermera del CAP le explicó como tenía que realizar la cura, en los otros dos casos fueron las familiares del paciente quien explicaron a las cuidadoras el material que tenían que utilizar.

2.1.4.3. Factores de refuerzo

Los factores de refuerzo son la consecuencia de la acción que determina si la persona recibe un feed-back positivo o negativo y si ese feed-back es apoyado socialmente después de ocurrir. Por tanto, son factores posteriores a la conducta. Aparecen en la fase de acción y mantenimiento de la etapa del cambio.

Una vez realizada las encuestas, se preguntó a cada cuidador si creían que les sería de utilidad, tanto a ellos como a sus pacientes, incrementar sus

conocimientos sobre diferentes aspectos sobre las UPP, tales como su etiología, cuidados preventivos o tratamiento.

Las cuidadoras creen que será de gran utilidad poder asistir a cursos y talleres de formación sobre las UPP, ya que incrementarán sus conocimientos y mejorarán sus curas. Este hecho ayudará al cuidado de los pacientes y, por lo tanto, estos recibirán unos cuidados más acordes con su patología.

2.1.5. Priorización de los problemas:

Después de estudiar la población y analizarla a partir de encuestas y la escala de Zarit, se observan los siguientes problemas a resolver:

- Existe un alto índice de población anciana en Sabadell, la cual tiende a la dependencia. En estos casos, el riesgo de UPP aumenta considerablemente, siendo una patología muy común en la población.
- Los cuidadores principales entrevistados, presentan una falta de conocimientos en cuanto a la etiología, prevención y tratamiento de las UPP, hecho que repercute directamente en la evolución de las UPP, impidiendo la buena evolución de estas por falta de conocimientos en el cuidador.
- La muestra poblacional, no dispone de suficientes recursos socio-sanitarios para el correcto cuidado de sus pacientes.
- La totalidad de la muestra de cuidadores estudiados, dedican todo su tiempo al enfermo, sin recibir ayuda de otros miembros, siendo este un factor principal en la aparición del síndrome del cuidador quemado.

Diagnóstico educativo:

Se observa una falta de conocimientos en cuanto a la etiología, prevención y tratamiento de las UPP, pero a su vez, una motivación por mejorar dichos conocimientos y la práctica de las curas de las UPP. Así mismo, las cuidadoras son conscientes de este hecho, y ven beneficioso para sus pacientes aumentar sus conocimientos y habilidades sobre las UPP y sus cuidados.

Por otro lado, encontramos que, por diferentes motivos, las cuidadoras no disponen de recursos materiales para la prevención de las UPP, y que tampoco han recibido charlas o cursos sobre las UPP.

Por lo tanto, después del análisis de los datos de la muestra de población, se propone realizar un programa de salud, por tal de mejorar los ítems mencionados anteriormente, y a su vez, mejorar la evolución de las UPP de los pacientes.

2.2. Fase de desarrollo

A continuación, se especifican cuáles son los objetivos del programa de salud dirigido a los cuidadores de pacientes con UPP. Dichos objetivos son marcados previos a la realización del programa, para poder evaluar los resultados del programa al final del proceso.

2.2.1. Objetivos del programa de salud

2.2.1.1. Objetivo general

Reducir la prevalencia de las UPP en la muestra de pacientes dependientes a cargo de sus cuidadores principales en la provincia de Sabadell, en un plazo de tiempo de 6 meses.

2.2.1.2. Objetivos específicos

Objetivo específico de conocimientos:

Las cuidadoras aumentarán sus conocimientos en referencia a los cuidados y prevención de las UPP, al finalizar las sesiones de educación.

Las cuidadoras adquirirán conocimientos de los diferentes recursos económicos y socio-sanitarios existentes a los que pueden acceder al finalizar el programa.

Objetivo específico de habilidad:

Las cuidadoras demostrarán habilidades en cuanto a las técnicas de cuidados de las curas de las UPP, tras la realización del taller práctico.

Objetivo específico de actitud:

Las cuidadoras mantendrán su motivación por adquirir conocimientos y técnicas de realización de curas de las UPP, durante la realización del programa de salud.

2.2.1.3. Intervenciones educativas que se proponen

Para poder alcanzar los objetivos planteados anteriormente, se han planificado una intervención educativa que se llevará a cabo en el plazo de 3 meses, duración total de programa de salud. Dicha intervención se compone de tres actividades diferentes.

Se realizará una primera sesión, donde se realizará la presentación del programa de salud, explicando su metodología durante los 3 meses de duración, además de la realización de un cuestionario previo para evaluar los conocimientos de las cuidadoras antes de impartir las actividades.

La **actividad 1**, consta de 2 sesiones e irá encaminada a proporcionar conocimientos básicos sobre la etiología de las UPP, así como de las actuaciones preventivas que existen, con el objetivo de aumentar los conocimientos de la muestra de población.

En la primera sesión se explicará la etiología de las UPP, así como los factores que las pueden provocar. En la segunda sesión, se tratará como los cuidadores pueden prevenir la aparición de UPP en sus pacientes.

Las dos sesiones serán expositivas y contarán con el soporte de un PowerPoint con la información explicada. Además, se proporcionará la información en formato papel, para que las cuidadoras puedan consultarla siempre que les sea necesario.

La **actividad 2**, irá dirigida a orientar y/o asesorar a las cuidadoras sobre los diferentes recursos económicos y socio-sanitarios de los que disponen.

Mediante una sesión explicativa con soporte de PowerPoint, se informará a las cuidadoras, por parte de una trabajadora social, de los recursos, tanto económicos como socio-sanitarios, de los que disponen como ayudas en su rol de cuidadoras. Asimismo, se proporcionará la información a las cuidadoras, en formato papel, para que dispongan de ella en sus domicilios y puedan consultarla siempre que lo deseen.

La **actividad 3**, consta de dos talleres prácticos, que tienen como objetivo aumentar las habilidades en las curas de las UPP de los pacientes.

En el primer taller, se explicarán los materiales y apósitos que existen para las curas de las UPP y se potenciará la familiarización con los productos. En el segundo taller, las cuidadoras acudirán acompañadas de sus pacientes, siempre que sea posible y, efectuarán las curas de las úlceras de su paciente, con asesoramiento de la enfermera para enseñar a realizar curas y corregir actuaciones erróneas. En este taller las cuidadoras aprenderán de sus errores y de los errores de las otras compañeras de taller.

En la última sesión, mediante cuestionarios, se realizará la evaluación de los conocimientos de las cuidadoras después de asistir a las actividades que forman el programa de salud.


2.3. Temporalización de la intervención

A continuación, se muestra la temporalización del presente programa educativo, de duración de tres meses, comprendidos entre enero y marzo del 2017.

El horario de asistencia a cada actividad se ha establecido de tarde, por petición de las asistentes a él, ya que les era más cómodo para compaginar con sus rutinas diarias con sus pacientes.

En cada sesión, se llevarán a cabo las actividades estipuladas anteriormente, con sus correspondientes evaluaciones.





 **1º Sesión:** Ven a conocernos, queremos saber que sabes sobre las UPP


17:00 – 18:30h


 **2º Sesión:** Aprende qué son las UPP

17:00 – 18:00h

 **3ª Sesión:** *Aprende a prevenir las UPP*
17:00 – 18:00h

 **4ª Sesión:** *¿De qué recursos dispones?*
17:00 – 18:00h

 **5ª Sesión:** *Taller: Conoce los materiales*
17:00 – 18:30h

 **6ª Sesión:** *Taller: ¡Vamos, todos a curar!*
17:00 – 18:30h

2.4. Previsión de recursos

El presente programa, será llevado a cabo en las instalaciones de docencia del CSPT de Sabadell, y será impartido por un equipo formado por enfermera y trabajadora social, las cuales proporcionarán los conocimientos y habilidades a las participantes y, posteriormente pasaran a evaluar los resultados de las diferentes actividades.

A la hora de realizar el programa educativo, necesitamos una serie de recursos, ya sean materiales, especiales o personales, los cuales exponemos en la siguiente tabla, clasificándolos por su utilidad en las diferentes sesiones del programa.

Recursos materiales	Comunes en todas las sesiones	Mesa Sillas Ordenador Presentación en “powerpoint” de la sesión. Proyector
	Sesión 1, 6	Cuestionarios
	Sesión 5, 6	Material cura (gasas, suero, apósitos...)
	Sesión 6	Camillas
Recursos especiales	Sesión 1,2,3,4	Sala de reuniones CSPT
	Sesión 5,6	Sala CSPT
Recursos personales	Sesión 1,2,3,5,6	Enfermera
	Sesión 4	Trabajadora social

Tabla 2: Recursos empleados en el Programa Educativo. Autoría propia.

2.5. Evaluación del programa de salud

En la presente fase del trabajo, se evalúan los conocimientos previos y los posteriores a las actividades realizadas. El tipo de evaluación es prolongada en el tiempo, ya que ha estado presente en todas las fases del proyecto.

- Evaluación del proceso:

Durante las distintas sesiones, se evaluará la eficacia de las actividades propuestas para el programa de salud.

Las dos profesionales responsables de impartir las actividades, serán las encargadas de la evaluación de éstas, teniendo en cuenta el grado de implicación de las cuidadoras en cada una de las actividades, observando actuaciones y motivación, la dinámica de la actividad y el grado de interés de las cuidadoras. Asimismo, se preguntará a las diferentes asistentes sobre el grado de satisfacción después de cada actividad realizada.

- Evaluación del impacto:

Dicha evaluación se efectúa sobre los cambios de comportamiento de los cuidadores a los que va destinado el programa de salud. Para ello, se realizará un cuestionario a cada cuidadora el 20 de marzo del 2017, tras la realización de la última actividad programada, para conocer los conocimientos que presentan después de los tres meses de duración del programa.

- Evaluación de resultados:

La evaluación de resultados, se llevará a cabo 6 meses después de finalizar las actividades educativas, con la finalidad de observar el estado de las UPP de los pacientes, tras las curas de las cuidadoras durante 6 meses después de la realización de las actividades del programa de salud. Para ello acudiremos a los domicilios, y se observada el aspecto de las lesiones.

3. Diseño final del programa de salud

Objetivos	Actividades	Evaluación
Reducir la prevalencia de las UPP en la muestra de pacientes dependientes a cargo de sus cuidadores principales en la provincia de Sabadell, mediante el presente programa de salud, en un plazo de tiempo de 6 meses.	Actividad 1.1 Actividad 1.2 Actividad 2 Actividad 3.1 Actividad 3.2	Acudir a domicilios 6 meses después de la finalización del programa de salud, para observar la evolución y/o curación de las UPP de los pacientes.
Las cuidadoras aumentarán sus conocimientos en referencia a los cuidados y prevención de las UPP, gracias al programa de salud, al finalizar las sesiones de educación.	Actividad 1.1 Actividad 1.2 Actividad 3.1 Actividad 3.2	Realización de un cuestionario pre y post programa, para comparar los conocimientos antes y después de la realización de las diferentes actividades.
Las cuidadoras adquirirán conocimientos de los diferentes recursos económicos y socio-sanitarios existentes a los que pueden acceder, durante una de las actividades del programa.	Actividad 2	Realización de un cuestionario pre y post programa, para comparar los conocimientos antes y después de la realización de las diferentes actividades.
Las cuidadoras demostrarán habilidades en cuanto a las técnicas de cuidados de las curas de las UPP, tras la realización de un taller práctico.	Actividad 3.1 Actividad 3.2	Evaluar la realización de las curas de las UPP durante la actividad 3.2 Acudir a domicilios 6 meses después de la finalización del programa de salud, para observar la evolución y/o

		curación de las UPP de los pacientes.
Las cuidadoras mantendrán su motivación por adquirir conocimientos y técnicas de realización de curas de las UPP, durante la realización del programa de salud.	Actividad 1.1 Actividad 1.2 Actividad 2 Actividad 3.1 Actividad 3.2	Evaluar implicación y motivación durante las diferentes sesiones.

Tabla 3: Diseño del programa de salud. Autoría propia.

4. Discusión y conclusión

La realización del presente trabajo ha resultado algo complicada ya que no disponía de los conocimientos básicos para realizar un programa de educación terapéutica, debido a no haber cursado de la asignatura de *Educación para la Salud* en el *Grado de Enfermería*. Es por esto que ha significado un crecimiento a nivel profesional, ya que ahora cuento con los conocimientos necesarios para realizar cualquier tipo de programa educativo, hecho que considero que es de gran importancia en el curriculum de una enfermera. Existen múltiples problemas de salud actualmente en la sociedad, que de la mano de enfermería y con la ayuda de la educación terapéutica podrían ser tratados, con el objetivo de ser resueltos.

En cuanto a las UPP, realizar este trabajo me ha concienciado de la gran prevalencia que hay, así como de el gran déficit de conocimientos que tienen las cuidadoras que tratan con UPP a diario.

A modo de conclusión, se expone que las UPP son un grave problema de salud, afectando a un amplio porcentaje de población, que mayoritariamente son personas de edad avanzada, las cuales tienen diferentes factores de riesgo.

Igual que en cualquier problema de salud, existe la posibilidad de trabajar sobre él, por tal de minimizarlo o incluso llegar a eliminarlo. Es por esto que se ha realizado el presente proyecto de programa educativo dirigido a disminuir la prevalencia de las UPP en los pacientes dependientes con cuidadoras formales en la localidad de Sabadell. Con dicho proyecto, se esperan una serie de resultados que ayudarán a conseguir los objetivos que se han planteado en él.

En primer lugar, se espera poder llevar a cabo el programa educativo en un corto plazo de tiempo para evitar que el problema de salud siga creciendo,

y las actividades propuestas no cubran las necesidades que haya en el momento de la implantación del programa.

Otro de los puntos importantes en cuanto a su implantación, es conseguir la fidelidad de las participantes en relación a la realización de las diferentes actividades, así como mantener su motivación por adquirir nuevos conocimientos y habilidades. Además, alcanzar la totalidad de los objetivos específicos marcados en el programa educativo es de gran importancia para llegar al objetivo general del programa.

Para finalizar, cabe decir que una vez implantado el presente programa, y cumplido los ítems expuestos anteriormente, se conseguirá el beneficio de disminuir la prevalencia de las UPP en los pacientes dependientes en domicilio, hecho que favorece a la población, tanto como a la salud.

Agradecimientos

El presente programa de educación para la salud, ha sido realizado bajo la tutorización de Pilar Fernández Narváez, a quien me gustaría agradecer toda su paciencia, tiempo y dedicación, para que dicho programa alcanzara los objetivos del trabajo final de grado de enfermería.

También agradecer a mis familiares y amigos, por apoyarme y motivarme en el proceso de realización.

Además, agradecer a los trabajadores del Hospital Parc Taulí de Sabadell, que hicieron posible el encontrar la muestra de población a estudiar, así como a la misma muestra, por querer formar parte del presente trabajo.

Gracias.

5. Bibliografía

1. Bellón JA. Elaboración y validación de un instrumento para medir conocimientos de la persona cuidadora en prevención de úlceras por presión. NURE Inv [Internet] 2012. [citado el 13 de noviembre del 2015]; 11(70):11. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/54>
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Clinical Practice Guideline: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide [Internet] 2014. [citado el 20 de diciembre del 2015]; Disponible en: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2010/10/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
3. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía de prevención de las UPP y heridas crónicas [Internet] 2015. [citado el 10 de abril del 2016]; Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Preencion_UPP.pdf
4. Galvez C, Mayorga E, Gornemann I, González MA, Corbacho JL, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las úlceras por presión. Aten Primaria. 2002; 30 (6): 357-362.
5. Martínez R, Ponce DE. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión: Assessment of the main carer's knowledge or pressure ulcers. Enfermería Glob [Internet] 2011. [citado el 6 de noviembre del 2015]; 10(24): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400005&script=sci_arttext
6. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevención de Úlceras por Presión, guía de referencia rápida. [Internet] 2009. [citado el 6 de noviembre del

- 2016]; Disponible en:
http://www.ulceras.net/publicaciones/QRG_Prevention_in_Spanish.pdf
7. De Luis D, Aller R. Revisión sistemática del soporte nutricional en las úlceras por presión. *Anales de Med Int.* 2007; 24(7): 342-345.
<http://www.ulceras.net/publicaciones/revisionNUTRICIONUPP.pdf>
 8. Zapata MA, Castro L. Diferencias entre lesiones por humedad y por presión. *Enf Doc.* [Internet] 2008. [citado el 20 de noviembre del 2016]; Disponible en: <http://www.ulceras.net/publicaciones/ed-88-07.pdf>
 9. Montoya MD, Ríos J, Martínez J. Prevención de las úlceras por presión en pacientes terminales e inmovilizados seguidos por el equipo de soporte de atención domiciliaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet] 2007. [citado el 6 de noviembre del 2015]; 42(5):263-270. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13110061&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=124&ty=4&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v42n05a13110061pdf001.pdf
 10. Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, López P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España en 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* [Internet] 2009. [citado el 14 de noviembre del 2015]; 22(2):77-90. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=e

11. Martínez N, Llerena M, Reyes SM, Vignier D, Fernández M. Úlceras por presión y estado nutricional en el paciente grave en el hospital naval. Rev Cub Med Int Emerg [Internet] 2008. [citado el 6 de noviembre del 2015]; 7(1): 1009-1019. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_1_08/mie07108.pdf
12. Torra JE, Rueda J, Soldevilla JJ, Martínez F, Verdú J. 1r Estudio Nacional de Prevención de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [Internet] 2003. [citado el 6 de noviembre del 2015]; 14(1): 37-47. Disponible en: http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/55_pdf1.pdf
13. Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, Martínez F, López P, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [Internet] 2006. [citado el 6 de noviembre del 2015]; 17(3): 154-172. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n3/154helcos.pdf>
14. Pancorbo PL, García FP, Torra JE, Verdú J, Soldevilla JJ. 4º Estudio Nacional de Prevalencia upp en España. Gerokomos [Internet] 2014. [citado el 5 de noviembre del 2015]; 24(4); 162-170. Disponible en: <http://es.slideshare.net/lopezcasanova/4-estudio-nacional-de-prevalencia-upp-en-espaa>
15. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión [Internet] 2007. [citado el 15 de noviembre del 2015]; Disponible en: <http://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion/>
16. Avilés MJ, Sánchez MM, Alepuz L, Casaña J, Clement J, Fomes B, et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con

- úlceras por presión o riesgo de padecerlas. [Internet] 2012. [citado el 20 de noviembre del 2016]; Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
17. Soldevilla JJ, Torra JE, Posnett J, Verdú J, San Miguel L, et al. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos [Internet] 2007. [citado el 20 de noviembre del 2016]; 18(4): 43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es
 18. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J Eval Clin Pract [Internet] 2007. [citado el 13 de noviembre del 2015];13(2):227-235. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17378869>
 19. Bredesen IM, Bejoro K, Gunningberg L, Hofoss D. The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: A cross-sectional. IJNS [Internet] 2014. [citado el 27 de noviembre del 2015]; Disponible en: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(14\)00175-8/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(14)00175-8/pdf)
 20. Heras R, Morros C, Álvarez A, Moix I, Sabria I, et al. Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria en dos comarcas catalanas. Enferm Clínica. 2006; 16(1):35-38.
 21. Pagliotti A, Aparicio A, Escobar P, Huaiquivil G, Méndez K. Características del cuidador principal y su relación con la percepción de la satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal. Cul Cuid [Internet] 2006. [citado el 10 de abril del 2016]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/971>
 22. López MJ, Orueta R, Gómez S, Sánchez A, Carlona J, et al. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre

- su calidad de vida y su salud. Rev Clin Med Fam [Internet] 2009. [citado el 23 de diciembre del 2015]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004
23. Blanco L, Flores S, Gil J, Domínguez R, Marín T, et al. Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. Med Pal [Internet] 2007. [citado el 23 de diciembre del 2016]; Disponible en: <http://www.orcpex.es/documentos/publicaciones/2007/1.pdf>
24. Martínez R, Ponce DE. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. Enferm glob [Internet] 2011. [citado el 10 de abril del 2016]; 10(24). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400005&lng=es
25. Moral MS, Juan J, López MJ, Pellicer P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Aten Primaria. 2003; 32(2): 77-87.
26. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. Gac Sanit [Internet] 2008. [citado el 23 de diciembre del 2015]; 22. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v22n6/carta1.pdf>
27. Universidad de Cantabria. Modelo de la EpS I (Metodología precede) [Internet] 2010. [citado el 15 de enero del 2015]; Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/metodologia-de-la-eps-i-modelo-precede>
28. Instituto de estadística de Cataluña: IDESCAT. Sabadell en cifras [Internet] 2016. [citado el 10 de enero del 2016]; Disponible en: <http://www.idescat.cat/emex/?id=081878&lang=es#h0>
29. Ajuntament de Sabadell. Pacte per a les infraestructures de Sabadell [Internet] 2007. [citado el 11 de enero del 2016]; Disponible

en:

http://ca.sabadell.cat/Infraestructures/d/pacte_infraestructures.pdf

30. GRAPHIQ. Centro de atención primaria de Sabadell [Internet] 2016. [citado el 11 de enero del 2016]; Disponible en: <http://centros-salud.findthebest.es/d/b/Barcelona/Sabadell>
31. L'organització territorial del sistema públic de salut [Internet] [citado el 11 de enero del 2016]; Disponible en: <http://www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/08avamap.pdf>

Anexos

Anexo 1. Entrevista al cuidador

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES QUE PRESENTAN ÚLCERAS POR PRESIÓN:

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Es hombre o mujer?
- ¿Qué relación tiene con el enfermo?
- ¿Cuánto hace que el/la anciano/a presenta úlceras?
- ¿Cuáles cree que son los motivos físicos que provocan la aparición?
 - Presión
 - Fricción
 - Cizallamiento
 - Humedad
- ¿Qué factores de riesgo cree que afectan a la aparición de las úlceras?
 - Edad
 - Patologías asociadas
 - Inmovilidad
 - Medicación
 - Higiene
 - “Arreglo” de la cama
 - Exceso de humedad
 - Alimentación
 - Hidratación
- ¿Cree que existe relación entre la enfermedad y la úlcera?
- ¿Cree que existe relación entre la edad y la úlcera?
- ¿Conoce las zonas en las que hay más riesgo de aparición de úlceras?
Diga cuales.
- ¿Utiliza algún método de prevención de úlceras? Diga cuales.
- ¿Fomenta la movilidad del paciente?
- ¿Cree que es importante la movilidad del paciente en cuanto a las úlceras?
- ¿Sabe que son los cambios posturales?

- ¿Realiza cambios posturales al paciente?
- ¿Con que frecuencia realiza los cambios posturales?
 - Cada 2 horas
 - Cada 4 horas
 - Cada 6 horas
 - Cada 12 horas
 - No realiza
- ¿Realiza cambios posturales durante la noche?
- ¿Utiliza protecciones para los puntos de apoyo? Marque cuales.
 - Taloneras
 - Cojines
 - Colchón anti-escaras
 - Colchón de látex
 - ...
- ¿Qué cree que es más importante: realizar cambios posturales o tener buenas superficies de apoyo?
- ¿Cree que el estado nutricional tiene influencia en la úlcera?
- ¿Utiliza soporte nutricional?
- ¿Cree que la incontinencia favorece la aparición de úlceras?
- ¿Cree que la humedad favorece la aparición de úlceras?
- ¿Le han explicado cómo realizar la cura de la úlcera?
- ¿Quién se lo explicó?
- ¿Entendió bien la explicación?
- ¿Realiza la cura de la úlcera del paciente?
 - Si la respuesta es NO: ¿Por qué no la realiza?
 - Si la respuesta es SI: ¿Sigue las instrucciones que le recomendaron?
- ¿Cómo realiza la cura de la UPP de su paciente?
- ¿Estaría interesada en adquirir conocimientos sobre las UPP?

Anexo 2. Escala Zarit

Conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta estas igualdades:

0 = Nunca
1 = Casi nunca
2 = A veces
3 = Bastantes veces
4 = Casi siempre

PREGUNTAS	RESPUESTAS				
	0	1	2	3	4
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
¿Piensa que su familiar depende de usted?					
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					

¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					