

# Empoderando a los cuidadores informales: Escalas de prevención de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia

Abr, 2025. Irene Escribano Santana, Ángela Álvarez Aguilar, Amaya Cardona Martínez, Elena Úbeda De Dios, José Antonio Lis Jiménez, Cristina González Corral



Cómo citar este documento: *Escribano-Santana I, Álvarez Aguilar A, Cardona Martínez A, Úbeda de Dios E, Lis Jiménez JA, González Corral C. Monografía: Titulo Monografía [Internet]. Álava: HeridasenRed; 2025 [citado "añadir día mes año"]. Disponible en: <https://heridasenred.com/monografia/>*

Las **lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia** (LCRD) se definen como “*el daño de la piel y/o tejidos subyacentes que afecta a personas con limitación o pérdida (temporal o permanente) de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial debido a la discapacidad, edad, proceso o enfermedad y que requieren de ayuda para sus actividades básicas*” (1).

Las LCRD constituyen un problema de salud pública de gran magnitud, el cual afecta a millones de personas en todo el mundo. Éstas tienen un impacto en la calidad de vida de pacientes y cuidadores, y generan una considerable carga sociosanitaria y económica (2). La prevalencia de la LCRD está sufriendo un importante incremento, dado que la población es cada vez más longeva. (2) Por otro lado, existe una parte importante de cuidados que son proporcionados en el domicilio por cuidadores informales no cualificados, que llegan a asumir hasta el 95% de la atención (3). Esta figura se alza como un pilar esencial en el cuidado de las personas dependientes contribuyendo a la reducción de la morbimortalidad asociada a las LCRD, y mejorando significativamente la calidad de vida del paciente gracias a la observación diaria y la implementación de medidas preventivas en colaboración con los profesionales sanitarios del ámbito de la Atención Primaria y Especializada (3). Por tanto, esta prevención requiere de un enfoque integral, multidisciplinario y centrado en el empoderamiento de los cuidadores informales.

La evidencia científica disponible demuestra que la mayoría de las LCRD son prevenibles mediante la implementación de estrategias apropiadas en la valoración del riesgo, la educación sanitaria y la aplicación de medidas preventivas específicas (4-6). Las enfermeras entrenadoras en autocuidados desarrollamos una función esencial permitiendo el empoderamiento de los cuidadores y fomentando el bienestar holístico, a través de la adquisición de conocimientos y técnicas necesarias para afrontar este desafío (7). Los elementos fundamentales del empoderamiento incluyen (3):

1. Acceso a la información, que incluye la formación y acceso al conocimiento. Podemos cuantificar el conocimiento de los cuidadores con el cuestionario “**Conocimiento de Cuidadores Familiares sobre Prevención de LCRD (COCU-LCRD-23)**” (8).
2. Participación en la toma de decisiones, involucrándose en el plan de cuidados.
3. Responsabilidad compartida entre profesionales y cuidadores.
4. Habilidad para resolver problemas, desarrollando capacidades para identificar y abordar situaciones complejas.
- 5.

Como respuesta a la pregunta sobre cómo podemos formar a los cuidadores informales en la prevención de LCRD, surge la necesidad de elaborar una escala de ayuda. Así, el *Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)* desarrolló la escala de valoración del riesgo para cuidadores de pacientes con riesgo de padecer LCRD (**Figura 1**), junto con una serie de recomendaciones preventivas (3). Esta escala fusiona las escalas de valoración del riesgo de las lesiones por



presión (LPP) que han demostrado mayor validez: Braden y EMINA (9,10), adaptándolas para cuidadores informales. En ella, se establece una relación con las recomendaciones preventivas, de tal manera que ayude al cuidador a identificar el riesgo que tiene el paciente, y los cuidados a realizar en función del riesgo existente en cada parámetro. No se trata de una clasificación sumatoria de riesgo, sino que se basa en indicaciones que permiten medidas preventivas individuales para cada factor alterado. Se usan códigos de colores que guían acciones de prevención autónomas. (3)

**ESCALA DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON RIESGO DE PADECER LCRD**

|  | SIN RIESGO                                    | RIESGO BAJO  | RIESGO MEDIO   | RIESGO ALTO   |
|--|---|--|--|---|
| <b>ESTADO DE LA PIEL</b>                 | Piel normal/ sana                             | Picor, escoriación y/o descamación                           | Maceración, edemas y/o vesículas                     | Piel dermatoporótica (púrpura senil, atrofia y escara blanca) |
| <b>ROZAMIENTO / FRICCIÓN</b>             | Independiente. No necesita ayuda              | Pequeños roces con la sábana al moverse en la cama o sentado | Existen roces con alguna frecuencia al moverlo       | Movilización en cama o sillón con roces muy frecuentes        |
| <b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b>           | Piel generalmente seca                        | Piel ocasionalmente húmeda                                   | Piel a menudo húmeda                                 | Piel constantemente húmeda                                    |
| <b>MOVILIDAD</b>                         | Independiente. No necesita ayuda para moverse | Ligeramente limitada. Necesita mínima ayuda                  | Movilidad muy limitada. Necesita ayuda pero colabora | Inmovil. No cambia de posición sin ayuda                      |
| <b>NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN</b>           | Alimentación y nutrición adecuada             | Ocasionalmente incompleta                                    | Incompleta   | No ingesta  |
| <b>APARATAJE (DISPOSITIVOS CLÍNICOS)</b> | Sin aparatos o dispositivos                   | Porta catéteres, sueros o sonda vesical                      | Porta férulas, tracciones o sondas de alimentación   | Uso de CPAP, BIPAP o contención mecánica                      |

**Figura 1.** Fuente: Documento de posicionamiento nº14 GNEAUPP. Herramientas para Cuidadores de Pacientes con Heridas Crónicas.

Esta escala evalúa los siguientes factores de riesgo asociados a unos colores: estado de la piel, rozamiento/fricción, exposición a la humedad, movilidad, nutrición/hidratación y uso de dispositivos clínicos (Figura 2). La intensidad del color indica el nivel de riesgo (sin riesgo, bajo, medio, alto riesgo), y en función de este riesgo se ofrecen recomendaciones para la prevención en cada una de las subescalas permitiendo aplicar las medidas preventivas de forma independiente según el factor alterado, ofreciendo una guía precisa y personalizada (3).

**ESTADO DE LA PIEL**

| NIVEL DE RIESGO  | MEDIDAS PREVENTIVAS   |
|--|---|
| SIN RIESGO: Piel sana/normal   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilancia diaria de la piel con cuidado correcto de las uñas.</li> <li>Limpieza suave de la piel con jabones de PH adecuado 5.5 y correcto aclarado.</li> <li>Secar la piel sin frotar ni friccionar.</li> <li>Fomentar el autocuidado del paciente e implicar a los cuidadores.</li> </ul>   |
| RIESGO BAJO: Picor, escoriación y/o descamación                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Además de los puntos del apartado anterior evitar el uso de productos agresivos como los adhesivos con poliacrilato (esparadrapo, etc.).</li> <li>En caso de picor y/o escoriación aplicar cremas emolientes 1-2 veces al día.</li> <li>En caso de descamaciones aplicar ácidos grasos 1-2 veces al día.</li> </ul>  |
| RIESGO MEDIO: Maceración, edemas y/o vesículas                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Además de los puntos de los apartados anteriores evitar el uso de productos agresivos como los adhesivos con poliacrilato (esparadrapo, etc.)</li> <li>En el caso de maceración (ver subescala exceso de humedad) y en el caso de edemas garantizar un correcto estado nutricional (ver subescala nutrición e hidratación).</li> <li>En el caso de vesículas avisar a la enfermera para que las drene de forma correcta y proteger la piel con apósitos de espuma de poliuretano con silicona.</li> </ul>  |
| RIESGO ALTO: Piel dermatoporótica (púrpura senil, atrofia y escara blanca) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Además de los puntos de los apartados anteriores evitar el uso de productos agresivos como los adhesivos con poliacrilato (esparadrapo, etc.) incluso acrilatos suaves.</li> <li>Aumentar la vigilancia diaria de la piel 2-3 veces al día aplicando cremas emolientes cada vez que se valore y protegiendo si es necesario las zonas de riesgo con espumas de poliuretano con silicona.</li> <li>Modificar las rutinas domésticas: de baño (baños menos frecuentes, mejor duchas) y del domicilio, caminos despejados e iluminación adecuada, retirar joyas, almohadillar muebles y equipo según sea necesario (por ejemplo, rieles de la cama y sillas de ruedas)</li> </ul> |



## ROZAMIENTO FRICCIÓN

| NIVEL DE RIESGO   | MEDIDAS PREVENTIVAS   |
|---|---|
| SIN RIESGO: No necesita ayuda. Independiente                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia diaria de la piel. (Ver subescala estado de la piel)</li> </ul>   |
| RIESGO BAJO: Pequeños roces con la sábana al moverse en la cama o sentado | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia periódica de la piel.</li> <li>• Animar y enseñar al paciente a moverse y/o reposicionarse por sí mismo en un solo movimiento sin arrastrarse si está sentado o en la cama.</li> <li>• Usar Ácidos Grasos (AG) 1 vez al día.</li> </ul>   |
| RIESGO MEDIO: Existen roces con alguna frecuencia al moverlo              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de la piel a diario.</li> <li>• Animar y enseñar al paciente a moverse y/o reposicionarse por sí mismo en un solo movimiento sin arrastrarse si está sentado o en la cama.</li> <li>• Ayudar al paciente a moverse en un solo movimiento. (Ver Vídeo Movilización hacia arriba de la cama)</li> <li>• Usar AG 2 veces al día.</li> </ul>  |
| RIESGO ALTO: Movilización en cama o sillón con roces muy frecuentes       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de la piel al menos una vez al día</li> <li>• Mantener el alineamiento del cuerpo. No levantar más de 30° la cabecera de la cama</li> <li>• Movilizar entre dos personas con la ayuda de una sábana travesera evitando el arrastre (video Movilización del paciente con entremetida).</li> <li>• Utilizar dispositivos que disminuyan el roce y el deslizamiento (apósitos de espuma de poliuretano, almohadas, cojines, taloneras ,etc.) evitando el contacto de las prominencias óseas.</li> <li>• Usar AG 3 veces al día.</li> </ul> |

## EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD

| NIVEL DE RIESGO                         | MEDIDAS PREVENTIVAS   |
|---|---|
| SIN RIESGO: Piel generalmente seca      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia diaria de la piel. (Ver subescala estado de la piel)</li> <li>• No utilizar talco, ni alcoholes (romero, taninos) ni colonias.</li> </ul>   |
| RIESGO BAJO: Piel ocasionalmente húmeda | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia periódica de la piel</li> <li>• Si el paciente es incontinente, implíquelo en su control para ser autosuficiente en los cambios de absorbentes, higiene e hidratación de la piel.</li> </ul>  |
| RIESGO MEDIO: Piel a menudo húmeda      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de la piel a diario.</li> <li>• Ayudar al paciente en la higiene y cuidados generales de la piel e hidratación diaria (uso de jabón con pH cercano al de la piel, secado minucioso de la piel, hidratación)</li> <li>• Usar el absorbente adecuado en cada ocasión. Consulte con su enfermera sobre ello.</li> <li>• Valorar el uso de protectores cutáneos de tipo de los indicados en el riesgo alto.</li> <li>• Establecer horarios pautados que ayuden al paciente en la eliminación.</li> <li>• Evitar las barreras arquitectónicas que propicien la incontinencia por no llegar a tiempo al aseo (incontinencia funcional)</li> </ul>                           |
| RIESGO ALTO: Piel constantemente húmeda | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de la piel al menos una vez al día, especialmente en las zonas de riesgo (zona perineal y perianal, ingles, pliegues interglúteos, glúteos, mamas, etc).</li> <li>• Extremar la higiene y cuidados generales de la piel e hidratación diaria.</li> <li>• Usar protectores cutáneos (películas barrera, o cremas de dimeticona u óxido de zinc) para proteger la piel del contacto con los fluidos.</li> <li>• Controlar el exceso de humedad en la ropa manteniendo las sábanas y las ropas limpias, secas y sin arrugas.</li> <li>• Usar pañales de gran absorción, que mantengan la humedad alejada de la piel, controlando la saturación de los mismos.</li> </ul> |

## MOVILIDAD

| NIVEL DE RIESGO  | MEDIDAS PREVENTIVAS   |
|--|---|
| SIN RIESGO: No necesita ayuda para moverse. Independiente          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia diaria de la piel. (Ver subescala estado de la piel)</li> </ul>   |
| RIESGO BAJO: Ligeramente limitada. Necesita mínima ayuda           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia periódica de la piel</li> <li>• Fomentar la movilidad y actividad.</li> <li>• Valorar las necesidades de taloneras y Ácidos Grasos (AG) por la noche.</li> </ul>  |
| RIESGO MEDIO: Movilidad muy limitada. Necesita ayuda pero colabora | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de la piel a diario.</li> <li>• Ayudar en la movilización o realizar cambios posturales sentado y acostado.</li> <li>• Aliviar presión zonas de apoyo mediante el uso de colchonetas y cojines estáticos (como silicona, viscoelásticos, etc.) y apósitos para alivio local de la presión (taloneras, sacro, etc.)</li> <li>• Utilizar apósitos.</li> <li>• Usar AG 2 veces al día.</li> </ul>  |
| RIESGO ALTO: Inmovil. No cambia de posición sin ayuda              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de la piel al menos una vez al día las zonas de riesgo. Extremar los cuidados en el aseo, hidratando la piel con cremas. Aplique, especialmente en las zonas de riesgo, poca cantidad, sin masajear y hasta su total absorción.</li> <li>• Realizar cambios posturales en cama cada 4 h o cada hora si está sentado. Si no es posible, mantener al paciente acostado. Evitar apoyar al enfermo sobre lesiones existentes, y nunca utilizar roscos o flotadores.</li> <li>• Aliviar presión zonas de apoyo mediante el uso de colchonetas y cojines estáticos de altas prestaciones o de presión alternante de aire tanto en cama como en sillón además de apósitos para alivio local de la presión (taloneras, sacro, etc.) u otros dispositivos.</li> <li>• Usar AG 3 veces al día.</li> </ul> |



## NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

| NIVEL DE RIESGO                              | MEDIDAS PREVENTIVAS  |
|--|--|
| SIN RIESGO: Nutrición e hidratación adecuada | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia periódica de la ingesta, estimulando una alimentación saludable y equilibrada.</li> </ul>  |
| RIESGO BAJO: Ocasionalmente incompleta       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia periódica de la ingesta, estimulando una alimentación saludable y equilibrada.</li> <li>• Recordar a menudo la toma de líquidos.</li> <li>• Animar para que tome la mayor parte de cada ración.</li> </ul>   |
| RIESGO MEDIO: A menudo incompleta            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar y ayudar a tomar una alimentación rica y variada, según gustos y preferencias teniendo en cuenta las limitaciones. Ofrecer dietas enriquecidas.</li> <li>• Adaptar dieta al enfermo en cuanto a la textura (blanda, triturada, etc.)</li> <li>• Ofrecer líquidos a menudo.</li> <li>• Valorar la consulta a la unidad de nutrición para suplementos dietéticos.</li> </ul>  |
| RIESGO ALTO: Sin ingesta                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la ingesta de 1,5 a 2 litros de líquidos diarios.</li> <li>• Si come en cama, mantener durante la ingesta el cabecero a 45º para evitar la aspiración, pero el menor tiempo posible para evitar las úlceras. Utilizar almohada en los pies para que no resbale.</li> <li>• Dar recomendaciones sobre la correcta elaboración de los platos según necesidades (espesantes, dietas enriquecidas, adaptación de texturas etc.)</li> <li>• Proporcionar dietas hiperproteicas (carne, leche y derivados, pescado, huevos), si su función renal lo permite. Consultar a su médico de familia.</li> <li>• Valorar la consulta a la unidad de nutrición para suplementos dietéticos, incluso, si fuera necesario, mediante sondas.</li> </ul> |

## APARATAJE (DISPOSITIVOS CLÍNICOS)

| NIVEL DE RIESGO   | MEDIDAS PREVENTIVAS  |
|---|--|
| SIN RIESGO: Sin dispositivos o aparatos                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia diaria de la piel. (Ver subescala estado de la piel)</li> </ul>  |
| RIESGO BAJO: Porta catéteres, sueros o sonda vesical            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia periódica de la piel.</li> <li>• Usar Ácidos Grasos (AG) 1 vez al día en la zona de apoyo del dispositivo.</li> <li>• Evitar apoyar sobre el dispositivo (vigilando colocación correcta).</li> <li>• De precisarse, usar apósitos transparentes que permitan la vigilancia.</li> </ul> |
| RIESGO MEDIO: Porta férulas, tracciones o sonda de alimentación | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia diaria de las zona de apoyo del dispositivos</li> <li>• Usar AG 2 vez al día en la zona de apoyo del dispositivo.</li> <li>• Uso de apósitos de espuma de poliuretano.</li> <li>• Rotación periódica del dispositivo si es posible.</li> </ul>   |
| RIESGO ALTO: Uso de CPAP, BIPAP o contención mecánica           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia al menos una vez al día de las zona de apoyo de los dispositivos</li> <li>• Usar AG 3 vez al día en la zona de apoyo del dispositivo.</li> <li>• Proteger todos los puntos de apoyo con apósitos de espuma de poliuretano.</li> </ul>  |

**Figura 2.** Fuente: Documento de posicionamiento nº14 GNEAUPP. Herramientas para Cuidadores de Pacientes con Heridas Crónicas.

En resumen, la adaptación de escalas profesionales validadas a un formato simplificado y codificado por colores para cuidadores informales y no profesionales es una innovación clave que simplifica la identificación del riesgo y la aplicación de medidas preventivas. Esta estrategia aborda de manera directa uno de los principales desafíos del siglo XXI: el envejecimiento poblacional, al fortalecer el empoderamiento y la capacidad de acción de los cuidadores informales.



## BIBLIOGRAFÍA

1. García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez-Palma, M; Torra i Bou, JE. Clasificación-categorización de las lesiones cutánea relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. 3ª Edición. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2021.
2. Torra-Bou JE, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, López-Franco MD, García-Fernández FP. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. Gerokomos [Internet]. 2023 [citado 2025 Oct 08]; 34(4):269-76. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2023000400008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000400008&lng=es).
3. Rodríguez Torres, MC; Díaz Martínez, JM. Herramientas para cuidadores de pacientes con heridas crónicas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº14. 2ª Edición. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño 2024.
4. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Soldevilla-Agreda JJ. Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y otras heridas crónicas en la comunidad. Gerokomos. 2024;35(1):7-15.
5. Nokaneng E, Heerschap C, Thayer D et al. Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. 2nd ed. London: Wounds International 2025.
6. Rodríguez Palma M. Revisión sistemática de los factores relacionados con la dermatitis asociada a la humedad. Propuesta de un nuevo modelo teórico. [tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2015.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ; 2012 [citado 2025 Oct 08]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
8. Arboledas Bellón J, Pancorbo-Hidalgo PL. Cuestionario de conocimientos de cuidadores familiares sobre la prevención de úlceras por presión y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia: desarrollo y validación. Gerokomos. 2016;27(2):73-80.
9. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Agreda JJ. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos. 2008; 19(3):40-8.
10. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Agreda JJ. Predictive Capacity of Risk Assessment Scales and Clinical Judgment for Pressure Ulcers: A Meta-analysis. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2014; 41(1):24-34.

## AUTORES

- [Escribano Santana, Irene](#)
- [Álvarez Aguilar, Ángela](#)
- [Cardona Martínez, Amaya](#)
- [Úbeda De Dios, Elena](#)
- [Lis Jiménez, José Antonio](#)
- [González Corral, Cristina](#)



**PUBLICACIONES RELACIONADAS:**

Todos los meses hay SERIE MENSUAL que contiene:

- Monografía
- Un vídeo
- Infografía
- Un juego de preguntas



# HERIDAS

*en red*

En colaboración con:

**Smith+Nephew**

[www.heridasenred.com](http://www.heridasenred.com)

