



Grau
Infermeria

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT I EL BENESTAR
UVIC | UVIC-UCC

EFFECTIVITAT D'UNA INTERVENCIÓ EDUCATIVA PER LA PREVENCIÓ DE LESIONS PER PRESSIÓ DIRIGIDA A CUIDADORS INFORMALS DE PERSONES MAJORS AMB GRAU III DE DEPENDÈNCIA

Disseny d'un projecte de recerca

Maria dels Àngels BATLE i CANYELLES

mariadelsangels.batle@uvic.cat

4t curs. Grau en Infermeria - Grup M11

Tutora: Elisabet Dachs Cabanas

Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Vic, maig de 2021

Índex

1. Resum	3
1.1. Resum.....	3
1.2. Abstract.....	4
2. Antecedents i estat actual del tema.....	5
2.1. Envel·liment poblacional i dependència.....	5
2.2. Prevalença de les LPP a nivell nacional.....	6
2.3. Població diana i factors de risc.....	7
2.4. Repercussions associades a les lesions per pressió.....	8
2.5. Prevenció	9
2.6. Entorn comunitari i cuidadors informals.....	10
3. Hipòtesi.....	13
4. Objectius.....	13
4.1. Objectiu general.....	13
4.2. Objectius específics.....	13
5. Metodologia.....	14
5.1. Àmbit d'estudi	14
5.2. Disseny	14
5.3. Població / mostra participant.....	14
5.4. Criteris d'inclusió i exclusió	15
5.4.1 Criteris d'inclusió	15
5.4.2 Criteris d'exclusió	16
5.5. Intervenció.....	16
5.6. Variables i mètodes de mesura.....	20
5.6.1 Variables sociodemogràfiques	20
5.6.2 Variables dependents	21

5.6.3	Variables independents clíniques.....	22
5.7.	Anàlisi dels registres.....	23
5.8.	Limitacions de l'estudi	23
5.9.	Aspectes ètics.....	24
5.10.	Utilitat pràctica dels resultats.....	25
6.	Bibliografia.....	26
7.	Annexes.....	30
7.1.	Carta informativa.....	30
7.2.	Consentiment informat	31
7.3.	Enquesta sociodemogràfica	32
7.4.	Qüestionari de qualitat de vida OMS WHOQOL – BREF.....	34
7.5.	Escala de Sobrecàrrega del Cuidador de Zarit	37
7.6.	Qüestionari COCU-LCRD 23	38
7.7.	Continguts teòrics de les sessions.....	39
7.8.	Enquesta de satisfacció de l'estudi	49
8.	Agraïments	51
9.	Nota final de l'autor. El TFG com experiència d'aprenentatge	51

1. Resum

1.1. Resum

Introducció: les lesions per pressió representen en l'actualitat un important problema de salut. Aquestes, a més de suposar una elevada despesa econòmica pel Sistema Nacional de Salut, tenen un impacte negatiu tant en la persona que les pateix, com en el seu cuidador. Hi ha evidència que la majoria d'elles es poden prevenir aplicant les mesures correctes. Són escassos els estudis dirigits a cuidadors informals que tractin la prevenció d'aquestes, per això es proposa desenvolupar aquest estudi.

Objectiu: L'objectiu principal és estudiar l'efectivitat d'una intervenció educativa per la prevenció de lesions per pressió sobre el nivell de coneixements, de sobrecàrrega i de qualitat de vida dels cuidadors/es informals de persones majors amb un grau III de dependència.

Metodologia: es durà a terme un estudi analític quasi-experimental, concretament un estudi pre-post amb un sol grup experimental, al C.A.P. el Remei. La població d'estudi són els cuidadors informals de persones majors amb grau III de dependència que compleixin els criteris d'inclusió. El programa està estructurat en 5 sessions un cop a la setmana.

Aportacions: es pretén valorar els efectes i beneficis que té l'educació als cuidadors. Pot aportar un canvi en la qualitat de vida d'aquests, potenciant els seus coneixements i les seves habilitats.

Paraules clau: Cuidador informal; Prevenció; Úlceres per pressió; Persones majors

1.2. Abstract

Introduction: Pressure ulcers currently represent an important health problem. In addition to the high economic cost to the National Health System, pressure ulcers have a negative impact on both the person who suffers them and their caregiver. There is evidence that most of them can be prevented by applying the right measures. There are few studies aimed at informal caregivers that deal with the prevention of these diseases, which is why we propose to carry out this study.

Objective: The main objective is to study the effectiveness of an educational intervention for the prevention of pressure ulcers on the level of knowledge, overload and quality of life of informal caregivers of elderly people with grade III dependency.

Methodology: A quasi-experimental analytical study will be carried out, specifically a pre-post study with a single experimental group, at the C.A.P. el Remei. The study population is informal caregivers of elderly people with grade III dependency who meet the inclusion criteria. The programme is structured in 5 sessions once a week.

Inputs: The aim is to assess the effects and benefits of caregiver education. It can bring about a change in the quality of life of caregivers, enhancing their knowledge and skills.

Keywords: Informal caregiver; Prevention; Pressure ulcers; Elderly people

2. Antecedents i estat actual del tema

2.1. Envel·liment poblacional i dependència

El creixement de la població s'ha anat reduint durant els últims anys en els països desenvolupats. La població europea està envellint i hi ha dos factors que ho demostren: la disminució de la taxa de natalitat i mortalitat i l'augment de l'esperança de vida. Per una banda, la disminució de la taxa de fecunditat i natalitat és una conseqüència dels canvis en les normes de gènere (incorporació de la dona al món laboral, l'accés a l'educació superior, etc.), del major accés als mètodes anticonceptius, de l'augment de la taxa de supervivència dels fills, etc. Per altra banda, l'augment de l'esperança de vida es deu en menor part a l'augment de l'índex de supervivència de persones en edat avançada i en major part, a un augment de l'índex de supervivència en edats primerenques. A més a més, també en són responsables el desenvolupament socioeconòmic i les polítiques de salut pública. Per aquests motius, en el 2050 s'espera que el percentatge dels habitants majors de 60 anys es dupliqui, passant del 12% al 22%, comportant un canvi de distribució en la població cap a edats més avançades (OMS, 2015).

A Espanya, aquests canvis demogràfics i socials cap a una població envellida estan produint un increment progressiu de la població que es troba en situació de dependència (Organització Mundial de la Salut [OMS], 2015; Boletín Oficial del Estado [BOE], 2006). A més a més, les dades existents confirmen la correlació positiva que hi ha entre l'edat i les situacions de discapacitat, com el fet que l'edat mitjana de les persones amb discapacitat és de 64,3 anys i que el grup d'edat de majors de 65 anys és el que té major incidència de discapacitat (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2008). A Catalunya, les dades demostren que pràcticament el 20% de la població major de 65 anys i el 50% dels majors de 85 anys tenen dificultats per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD). Respecte les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD), el 52,5% de la població major de 65 anys té dificultats per realitzar-les, juntament amb el 82,3% dels majors de 85 anys. Cal afegir que l'índex de dependència de persones majors a Espanya era del 29,5% al 2019, xifra superior respecte anys

anteriors. Més concretament, a Catalunya va passar del 24,2% al 2010, al 28,8% al 2020 (Institut d'Estadística de Catalunya, 2020).

L'envelliment s'associa amb lesions moleculars i cel·lulars que a la llarga redueixen les reserves fisiològiques, augmenten el risc de patir diverses malalties i multimorbiditats i disminueixen la capacitat de l'usuari en general. (OMS, 2015). Les lesions per pressió, més conegudes com úlceres per pressió o nafres per pressió, esdevenen un problema important entre aquest col·lectiu.

El National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP] i l'European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP] (2016) defineixen el terme úlcera o lesió per pressió (UPP/LPP) com:

Una lesió localitzada a la pell i als teixits tous subjacents, generalment per sobre d'una prominència òssia o relacionat amb un dispositiu mèdic o d'altre tipus. La lesió es pot presentar com a pell íntegra o una úlcera oberta i pot ser dolorosa. Es produeix com a resultat de la pressió intensa o perllongada, o en combinació amb les forces de cisalla. La tolerància dels teixits tous a la pressió i cisallament es pot veure afectada pel microclima, la nutrició, la perfusió, les condicions comòrbides i l'estat dels teixits tous. (p. 586)

2.2. Prevalença de les LPP a nivell nacional

A Espanya s'han realitzat diversos estudis nacionals per tal de determinar la prevalença i incidència de les LPP. En l'últim estudi de prevalença realitzat a l'any 2017, Pancorbo-Hidalgo et al. (2019) van trobar que la prevalença de LPP en l'àmbit hospitalari era del 7%, en l'atenció primària (atenció domiciliària) del 4,79% (García-Fernández et al., 2019) i en centres sociosanitaris i residències d'ancians la prevalença va ser del 4,03% (Soldevilla et al., 2019). Mentre que en l'anterior estudi, Pancorbo-Hidalgo et al. (2014) havien trobat que la prevalença a nivell hospitalari era del 7,87%, en centres sociosanitaris del 13,41% i en programes d'atenció domiciliària del 8,51% (Taula 1).

Taula 1. Relació de dades de prevalença

	PREVALENÇA LPP	
	2014	2017
Hospitalari	7,87%	7% * 8,7% *
Atenció primària	8,51%	4,79% * 6,11% *
CSS i residències	13,41%	4,03% * 6,24% *

**En negre, prevalença de LCRD: classificació de la prevalença en les mateixes condicions que en el 2014. En blau, prevalença de LPP: classificació de la prevalença sota condicions noves.*

Amb les xifres resultants del darrer (cinquè) estudi de prevalença de LPP i altres lesions cutànies relacionades amb la dependència (2017) s'aprecia que la prevalença de LPP a nivell hospitalari en el 2017 (7%) va disminuir lleugerament respecte l'estudi anterior (7,87%). No obstant, en el quart estudi (2014) no es diferenciaven les UPP de les LCRD (Lesions Cutànies Relacionades amb la Dependència), per tant és més recomanable fer la comparativa amb la prevalença de LCRD del 2017 (8,7%). Les xifres de prevalença en l'ATDOM (Atenció Primària – Domiciliària) són inferiors a les de 2014 (8,51%) (García-Fernández et al., 2019; Pancorbo-Hidalgo et al., 2014, 2019; Soldevilla et al., 2019).

2.3. Població diana i factors de risc

Es pot incloure dins la població de risc a qualsevol usuari sotmès a pressions sostingudes suficientment elevades que puguin provocar una isquèmia dels teixits. Aquesta condició es dona generalment en persones amb mobilitat reduïda, ja sigui per sedació, per impossibilitat de moure's, per lesions, fragilitat, etc. (Mervis i Phillips, 2019). No obstant, entre la gent gran es poden presentar diverses característiques que els predisposen a un major risc de patir una lesió per pressió, com ara la mobilitat reduïda, alteracions cognitives (Adrover et al., 2018), diabetis (alteracions en la sensibilitat), incontinència urinària i/o fecal, malaltia vascular perifèrica (Ellis, 2017), l'enllitament, malnutrició (Mervis i

Phillips, 2019) i la impossibilitat de canviar de posició per sí mateix (Adrover et al., 2018).

Així mateix, en l'envelliment es produeix un deteriorament general de les funcions del cos, en què també es veu afectada la pell. Aquesta pateix un deteriorament progressiu com a resultat de danys, predisposició genètica i exposició a agressions externes. Com a resultat d'això, la pell pot perdre capacitat per portar a terme la funció de barrera. A més a més, la pèrdua de fibres de la dermis en disminueix el gruix i la resistència a la tracció de la pell, que la fa més propensa a patir lesions, escanes i dermatitis, entre d'altres afectacions dermatològiques. (Organització Mundial de la Salut [OMS], 2015; Mervis i Phillips, 2019)

En conclusió, les persones que tenen més risc de patir una lesió per pressió són aquelles que presenten diversos factors de risc (mobilitat reduïda, impossibilitat de fer canvis posturals, alteracions cognitives, desnutrició, etc.) que han estat identificades mitjançant una escala d'avaluació de risc validada, com ara l'escala de Braden, Norton, EMINA, Waterlow, entre d'altres. Els que es consideren de major risc són aquells que han presentat o actualment presenten alguna UPP (Bastida et al., n.d).

2.4. Repercussions associades a les lesions per pressió

Les LPP, lluny de ser un procés banal, inevitable o silent, són un problema de salut de primera ordre a nivell mundial. (García et al., 2014). Diverses publicacions han posat de manifest que aquest tipus de lesions presenten una morbimortalitat associada, disminueixen la qualitat de vida del pacient i dels seus cuidadors, augmenten els dies d'estada hospitalària, i a més a més, suposen una despesa important pel sistema sanitari, tant en recursos materials com humans.

A més a més, suposen un motiu de patiment tant pels usuaris com pels seus familiars o cuidadors. Les conseqüències de patir-ne no només es presenten a nivell físic a través de dolor, infecció, pèrdua de l'autonomia, canvis en l'autoimatge, etc., sinó que els canvis que es produeixen poden afectar, també,

a l'equilibri emocional de l'usuari i inclús provocar canvis en la percepció que tenen les altres persones envers ell, la qual cosa pot derivar en un aïllament de la societat, l'abandonament d'activitats (OMS, 2015) i depressió (Ellis, 2017). A més a més, les LPP retarden el procés de recuperació, augmenten el temps d'estada hospitalària, presenten un risc d'infecció i tenen una morbiditat associada (Adrover et al., 2018). Ser cuidador d'un pacient amb grau III de dependència que, a més a més, presenta aquest tipus de lesions suposa un esgotament addicional. És habitual que els cuidadors tinguin sentiments concurrents de soledat, culpabilitat i irritabilitat.

Les lesions per pressió, a més de ser una font de morbiditat addicional, incrementen el cost del tractament i l'estada hospitalària del pacient (Al Mutair et al., 2019). No només repercuteixen negativament en la salut física i mental del pacient, sinó que també repercuteixen sobre els sistemes de salut amb una càrrega financera important (García et al., 2014). Aquesta càrrega podria motivar als governs, a les organitzacions sanitàries i als propis treballadors sanitaris a centrar-se més en la implementació i execució de guies preventives de lesions per pressió. (Demarré et al., 2015)

2.5. Prevenció

Diversos estudis han suggerit que la major part de les lesions per pressió es poden prevenir seguint unes intervencions de prevenció i gestió adequades (al Mutair et al., 2019; Ellis, 2017; Hibbs, 1998; Downie et al., 2013). A més a més, en una revisió sistemàtica sobre el cost de la prevenció i el tractament de LPP van evidenciar que el cost de la prevenció de LPP per pacient i per dia va variar entre 2,65€ i 87,57€. Altrament, el cost del tractament de LPP per pacient i per dia va oscil·lar entre 1,71€ i 470,49€ (Demarré et al., 2015). En definitiva, la prevenció és més econòmica que el tractament.

En l'estudi que van portar a terme Al Mutair et al. (2019) per avaluar l'efectivitat d'un programa de prevenció de LPP en un hospital d'Aràbia Saudita, a més de trobar una reducció en el percentatge de pacients que van desenvolupar una

LPP, van determinar que l'educació sanitària a les famílies i la participació d'aquestes en el procés va ser fonamental pel compliment del programa de prevenció i els va ajudar a compartir la responsabilitat de cuidar als pacients.

2.6. Entorn comunitari i cuidadors informals

El deteriorament de la capacitat que es pot donar entre les persones majors a vegades implica realitzar un canvi en l'entorn en què resideix cap a un de més favorable. Tot i així, aquests usuaris majoritàriament prefereixen estar a casa pels avantatges i beneficis que això els hi comporta (seguretat, autonomia, comoditat, etc.). En resposta a això s'ha fomentat el concepte de "*envelliment en la comunitat on s'ha viscut*", que ofereix la possibilitat que aquest col·lectiu resideixi en el seu propi habitatge de manera segura i còmoda, amb el suport de cuidadors i una atenció mèdica adequada (OMS, 2015). Diversos països desenvolupats com ara França, Regne Unit, Alemanya, etc. estan apostant per un canvi de l'atenció institucional cap a l'atenció en la comunitat.

Davant d'aquests fets, els serveis sanitaris s'estan preparant per portar a terme una transició en el model d'atenció, que s'ha d'orientar cap a una atenció més integral i centrada en la persona, on el pacient en sigui el protagonista. El Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 proposa un model basat en l'autoresponsabilització i l'apoderament de pacients i cuidadors en la promoció i cura de la seva pròpia salut, el foment de l'autocura i la gestió de la salut, l'educació per la salut en totes les etapes vitals i la implantació de programes de promoció de la salut i prevenció de la malaltia (Generalitat de Catalunya, 2016). No obstant, en algunes situacions no es pot autoresponsabilitzar al propi pacient per la situació de salut en què es troba (dependència, trastorn mental, malalties degeneratives, demència, etc.), i és quan apareix la figura del cuidador.

Fins a dia d'avui les famílies, i majoritàriament les dones, han estat qui s'han encarregat de tenir cura dels familiars dependents. Així neix el concepte de "cuidador informal", que fa referència a la persona que s'encarrega de cuidar a una persona (malalta, amb discapacitat, anciana, etc.) amb limitacions funcionals

que no pot realitzar de manera autònoma les activitats bàsiques de la vida diària (López, 2016). El cuidador informal sol ser parent del pacient, per aquest motiu no sol rebre cap retribució econòmica per la prestació dels serveis. A més a més, la majoria d'aquests cuidadors no tenen una formació especialitzada en la cura de persones majors i es basen en la seva pròpia experiència adquirida durant els anys (OMS, 2015; López, 2016). El desenvolupament d'aquest rol generalment s'ha atribuït a les dones, que juntament amb el rol de mestressa de casa, han contribuït a generar una sobrecàrrega i a disminuir la seva qualitat de vida, posant en relleu la necessitat de mobilització de xarxes de recolzament familiar i social i la implicació dels professionals sanitaris.

A Espanya s'està manifestant un augment de la demanda d'ajuda assistencial a domicili, sent l'ocupació com a cuidadora informal un dels pocs treballs disponibles i més fàcilment accessibles per a les treballadores immigrants llatinoamericanes. Aquestes perceben una pitjor salut quan són cuidadores internes, no disposen d'un contracte i tenen males condicions laborals (Bover et al., 2015). Seria necessari el desplegament d'eines per tal de regular la seva situació laboral i també per formar-les en coneixements, la qual cosa beneficiaria tant a la cuidadora com a la persona a qui cuida.

El pacient i el seu cuidador exerceixen un paper important en la prevenció de LPP, és important tenir coneixements sobre la prevenció d'aquestes i cal posar especial èmfasi en els individus amb risc elevat de desenvolupar aquest tipus de lesions (NPUAP, 2014). No obstant, la manca de capacitació, de coneixements i d'habilitats suposa un problema important entre les cuidadores. Els professionals d'infermeria, per la confiança i el tracte de proximitat que tenen amb els pacients i familiars, són un excel·lent recurs per promoure la salut i ajudar a millorar la qualitat de vida d'aquestes cuidadores; en definitiva, per cuidar al cuidador. A més a més, la OMS (2015) defineix "proporcionar formació i educació a cuidadors" com una de les quatre polítiques fonamentals dins de l'envelliment actiu i el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 manifesta la necessitat de promoure l'autoresponsabilització i autocura dels ciutadans mitjançant l'educació per la salut en totes les etapes de la vida (Generalitat de Catalunya, 2016).

A més a més, cal posar de manifest la situació creada arran de la pandèmia de coronavirus, en què els serveis sanitaris es van veure obligats a reforçar l'atenció telefònica, fet que encara perdura a dia d'avui. Per això, moltes visites tant mèdiques com d'infermeria es resolen per aquesta via, amb els seus avantatges i inconvenients, com ara que no es té contacte directe amb pacient i tot el que això comporta. Els cuidadors i cuidadores han adquirit molt protagonisme arran d'aquesta situació, ja que són els "ulls" de la infermera i han de vetllar per la possible aparició de signes d'alarma, per la qual cosa s'evidencia la necessitat de formació i adquisició de coneixements dels cuidadors.

Així es demostra que serien de gran utilitat els programes de formació per a cuidadors. No obstant, la major part de literatura es centra en la prevenció en els àmbits assistencials i per part de professionals sanitaris, així doncs, en la recerca bibliogràfica no s'han obtingut resultats de l'efectivitat d'aquest programa ja que no s'ha desenvolupat encara a Catalunya. Val a dir que a Catalunya a l'any 2012 es va posar en funcionament el Programa Cuidador Expert Catalunya ® per a cuidadors de persones amb malalties cròniques complexes, trastorns mentals severos, demències o nens amb malalties cròniques. Va resultar un instrument útil per millorar l'autocura i la qualitat de vida tant del cuidador com de la persona a la que cuida i per promoure les habilitats i capacitats dels propis cuidadors (González-Mestre, A., i Amil-Bujan, P, 2016). No obstant, no s'ha realitzat cap Programa orientat a la prevenció de les UPP.

Tenir cura de persones amb un grau elevat de dependència ja és una càrrega important. Si a aquesta situació s'hi afegís l'aparició d'una LPP, la sobrecàrrega i el patiment del cuidador augmentaria exponencialment. Seria de gran utilitat la cooperació entre els sanitaris, l'usuari i la família o el cuidador informal per la prevenció d'aquestes lesions en la llar del pacient. Per tots aquests motius proposo realitzar un estudi pilot d'un programa educatiu per prevenció de lesions per pressió dirigit a cuidadors informals de persones majors amb un grau III de dependència reconegut.

3. Hipòtesi

La intervenció educativa de prevenció de LPP està relacionada amb un increment dels coneixements i una millora de la qualitat de les cures prestades i de la qualitat de vida dels cuidadors informals de persones majors amb dependència de grau III.

4. Objectius

4.1. Objectiu general

Estudiar l'efectivitat d'una intervenció educativa per la prevenció de lesions per pressió sobre el nivell de coneixements, de sobrecàrrega i de qualitat de vida dels cuidadors/es informals de persones majors amb un grau III de dependència.

4.2. Objectius específics

- Desenvolupar una intervenció educativa per la prevenció de lesions o úlceres per pressió dirigit a cuidadors/es informals de persones majors amb un grau III de dependència.
- Avaluar i comparar els coneixements existents dels cuidadors/es respecte la prevenció de LPP/UPP abans de la intervenció, després i als 6 mesos després de la finalització de les sessions.
- Avaluar i comparar la qualitat de vida percebuda i el grau de sobrecàrrega dels cuidadors/es abans de la intervenció, després i als 6 mesos després de la finalització de les sessions.
- Valorar el grau de satisfacció dels cuidadors/es participants en l'estudi.

5. Metodologia

5.1. Àmbit d'estudi

Aquest estudi es portarà a terme en el primer nivell assistencial, corresponent a l'atenció primària, familiar i comunitària. Més concretament, l'estudi s'organitzarà des del Centre d'Atenció Primària (CAP) El Remei (Vic Sud), ubicat al municipi de Vic, a la comarca d'Osona. Aquest abasta una població aproximada de 27.000 habitants. L'estudi el portarà a terme una infermera del centre.

5.2. Disseny

Per desenvolupar l'estudi s'utilitzarà la metodologia quantitativa i el tipus de disseny serà un estudi analític quasi-experimental, concretament, un estudi pre-post, en què també s'inclouran mètodes qualitius en la recollida i anàlisi de dades. En aquest estudi es farà una comparació de les variables dependents abans i després de l'exposició dels subjectes a la intervenció (grup experimental) i es valoraran les millores o els canvis existents.

5.3. Població / mostra participant

Per una banda, la **població diana** de l'estudi són cuidadors informals / no professionals de persones majors amb dependència de grau III¹ que resideixin al domicili d'aquest últim. Per altra banda, la **població d'estudi** és aquella que compleixi els criteris d'inclusió i exclusió exposats a continuació.

¹ **Grau III. Gran dependència:** quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària diverses vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessita el suport indispensable i continu d'una altra persona o té necessitats de suport generalitzat per a la seva autonomia personal. (BOE, 2006, p. 18.)

S'utilitzarà el mostreig no probabilístic, a conveniència de l'investigador i basat en els criteris d'inclusió i exclusió. Per obtenir la mostra consultarem al programa e-CAP el llistat de persones majors amb un grau III de dependència reconegut que compleixin els criteris d'inclusió i contactarem amb la seva persona de referència (fills, tutors, germans, etc.). Se'ls hi explicarà en què consisteix l'estudi i quins són els seus objectius, la confidencialitat de les dades i es sol·licitarà la seva participació voluntària en cas que compleixin els criteris d'inclusió. El mostreig es portarà a terme d'aquesta manera perquè s'estima que la mostra d'estudi serà reduïda. Per poder portar a terme el mostreig s'haurà d'obtenir el permís del Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (CEAAPICS).

5.4. Criteris d'inclusió i exclusió

5.4.1 Criteris d'inclusió

- Cuidadors/es informals de persones majors de 65 anys amb un grau III de dependència reconegut.
- Cuidadors/es que tinguin entre 18 i 70 anys.
- Cuidadors/es no professionals, és a dir, que no tinguin formació professional en l'àmbit sanitari ni estiguin vinculades a un servei d'atenció professionalitzada.
- Cuidadors/es que passin 8 hores o més al domicili del pacient.
- Cuidadors/es que una vegada informats de l'estudi, acceptin participar-hi i entreguin el seu consentiment informat per escrit.

5.4.2 Criteris d'exclusió

- Cuidadors/es de persones majors dependents que es trobin en situació terminal o de final de vida.
- Cuidadors/es de persones majors dependents que no passin les 24 hores al seu domicili (que passin temps a un centre de dia, etc.)
- Cuidadors/es que no entenguin o no sàpiguen llegir la llengua catalana o castellana.
- Cuidadors/es amb impossibilitat d'assistir a les sessions educatives.
- Cuidadors que tinguin més de 4 anys d'experiència en cuidar a persones dependents.

Degut a la falta d'aleatorietat en l'assignació dels individus al grup, és convenient que els individus siguin similars en alguns aspectes rellevants.

5.5. Intervenció

La intervenció és de tipus educativa, mitjançant la qual es vol estudiar si els cuidadors/es que participen en les sessions educatives adquireixen nous coneixements per prevenir les LPP/UPP en les persones que cuiden i si això repercuteix de manera positiva en el cuidador. Es tracta d'una intervenció comunitària que es portarà a terme des d'un Centre d'Atenció Primària per part d'infermeres del mateix, les quals seran encarregades de desenvolupar les sessions.

En primer lloc es presentarà el projecte a l'equip d'infermeria. Els investigadors que han elaborat el programa contactaran amb el/la director/a del CAP escollit a fi que informi a l'equip d'infermeria sobre el projecte. Si alguna infermera està interessada es posarà en contacte amb la directora, la qual ho transmetrà a l'equip investigador. La infermera del CAP encarregada de les sessions haurà

de realitzar un curs de formació especialitzada desenvolupat per la direcció del programa. L'objectiu és que conegui les característiques de la intervenció i la finalitat d'aquesta, a fi que pugui realitzar correctament les sessions educatives. A més a més, se li lliurarà el material educatiu que haurà preparat l'investigador i una guia metodològica (caldrà revisar els continguts i el llenguatge utilitzat per tal que sigui comprensible pels participants).

Com s'ha explicat anteriorment, per poder tenir accés als cuidadors es necessitarà l'ajuda del personal sanitari del CAP i també l'accés al programa e-CAP, per detectar les persones majors amb un grau III de dependència que compleixin els criteris d'inclusió. Les infermeres del CAP contactaran amb les persones de referència dels pacients dependents i se'ls hi demanarà si disposen d'un cuidador principal (que compleixi els criteris d'inclusió) i si aquest estaria interessat en participar en un estudi basat en una intervenció educativa realitzada en el propi centre. Se'ls hi explicarà en què consisteix l'estudi i quins són els seus objectius, la confidencialitat de les dades i es sol·licitarà la seva participació voluntària.

Els participants hauran de complir amb els criteris definits anteriorment en l'apartat "Criteris d'inclusió i exclusió".

En cas que molts participants compleixin els criteris d'inclusió, es farà un primer grup, i més endavant un segon grup. Un cop es coneguin els participants de l'estudi, se'ls convidarà a assistir a una xerrada informativa en la què es presentarà el projecte i els aspectes ètics i se'ls hi entregarà la carta informativa (Annex 7.1) i el full de consentiment informat per tal que el firmin si accedeixen a participar-hi. (Annex 7.2) A més a més, se'ls hi donaran de manera individual els qüestionaris/enquestes: sociodemogràfica (Annex 7.3), de qualitat de vida (Annex 7.4), de sobrecàrrega del cuidador (Annex 7.5) i de coneixements (Annex 7.6), els quals hauran de contestar ells mateixos (qüestionaris autoadministrats) i se'ls hi farà una breu explicació de com fer-ho.

El projecte es dividirà en cinc sessions educatives d'una hora de durada, que es realitzaran un cop per setmana. En la primera sessió es portarà a terme una breu presentació del projecte (recordatori) i dels participants entre ells i amb la infermera encarregada de la sessió. Cada cuidador exposarà el seu cas particular i explicarà què desitja aconseguir amb aquest programa. Seguidament, la infermera s'encarregarà de recollir els qüestionaris ja contestats. En cada sessió es realitzarà la part teòrica dels continguts i també es procurarà realitzar una part pràctica amb aquells aspectes que ho permetin (per exemple, els canvis posturals i mobilitzacions). Els continguts que es tractaran en aquestes sessions seran:

- Què són les lesions o úlceres per pressió
- Quines són les causes i la població de risc
- Els signes d'aparició
- Repercussions d'aquestes en el pacient i en el cuidador
- Prevenció (cures de la pell, nutrició i alimentació, hidratació, canvis posturals, superfícies especials pel maneig de la pressió, protecció local, etc.)

En l'Annex 7.7 es presenta una proposta de diversos continguts teòrics sobre la prevenció de LPP que es podrien explicar en les sessions educatives.

El material educatiu que es farà servir en les sessions serà una presentació de diapositives que inclourà imatges, una guia informativa pel cuidador, exposició de diversos recursos per prevenir-les, com ara cremes, olis, taloneres, etc.

A continuació s'exposarà una taula amb els continguts que s'explicaran en cada sessió:

	Continguts teòrics	Part pràctica
Sessió 1	-	Presentació dels participants + breu recordatori del projecte + lliurament de qüestionaris
Sessió 2	Què son les UPP + causes i població de risc + signes d'alarma.	-
Sessió 3	Recordatori sessió 2 + repercussions UPP + prevenció	Mobilitzacions i canvis posturals, exposició de material per la prevenció
Sessió 4	Recordatori sessió 3 + prevenció	Examinar i identificar l'estat de la pell, canvi de llençols en pacient enllitat
Sessió 5	-	Acomiadament. Resolució de dubtes, compartir opinions en veu alta, qüestionaris i agraïment per la participació.

Cal remarcar que aquesta descripció de les sessions forma part d'una idea general del que podrien ser algunes de les sessions a realitzar, caldrà desenvolupar-la i especificar-la molt més en cas de portar a terme l'estudi.

L'avaluació del programa educatiu es divideix en dues etapes. La primera avaluació és la que es farà abans de començar el programa i després de finalitzar-lo. La segona avaluació es farà transcorreguts 6 mesos des de la finalització de les sessions. Els ítems que s'avaluaran seran: nivell de coneixements de LPP/UPP, sobrecàrrega del cuidador, qualitat de vida i satisfacció dels participants (Annex 7.8). Aquest últim ítem només s'avaluarà en finalitzar les sessions educatives. Els qüestionaris són autoadministrats.

Per portar a terme la segona avaluació, els participants seran conjuntament citats un dia concret al CAP per respondre els qüestionaris.

5.6. Variables i mètodes de mesura

Per desenvolupar aquest estudi recollirem variables sociodemogràfiques, dependents i independents.

5.6.1 Variables sociodemogràfiques

DEL CUIDADOR			
Variable	Definició	Recollida	Tipus de variable
Sexe	Home (0), dona (1), no especifica (2)	A través de l'enquesta sociodemogràfica de l'estudi (Annex 7.3)	Qualitativa politòmica
Data de naixement	DD/MM/AAAA	A través de l'enquesta sociodemogràfica de l'estudi	Quantitativa discreta
Lloc de naixement	Catalunya (0) / resta d'Espanya (especificar) / Estranger (especificar)	A través de l'enquesta sociodemogràfica de l'estudi	Qualitativa politòmica
Situació laboral	Jubilat (0), atur (1), assalariat (2)	A través de l'enquesta sociodemogràfica de l'estudi	Qualitativa politòmica
Nivell d'estudis	Sense estudis (0), estudis primaris incomplets (1), estudis primaris (2), Educació Secundària Obligatòria (3), estudis secundaris (BUP, COU, batxillerat) (4), estudis secundaris (formació professional) (5), estudis universitaris (6)	A través de l'enquesta sociodemogràfica de l'estudi	Qualitativa politòmica d'escala ordinal
Vincle amb el pacient	Fill/a (0), mare/pare (1), germà/na (2), espòs/a (3), altres (especificar) (4)	A través de l'enquesta sociodemogràfica de l'estudi	Qualitativa politòmica

Hores diàries dedicades a cuidar al pacient	Fins a 10 (0), més de 10 (1)	A través de l'enquesta sociodemogràfica de l'estudi	Qualitativa dicotòmica d'escala ordinal
--	------------------------------	---	---

DEL PACIENT DEPENDENT			
Variable	Definició	Recollida	Tipus de variable
Sexe	Home (0), dona (1), no contesta (2)	A través de l'enquesta sociodemogràfica de l'estudi	Qualitativa politòmica
Data de naixement	DD/MM/AAAA	A través de l'enquesta sociodemogràfica de l'estudi	Quantitativa discreta

5.6.2 Variables dependents

DEL CUIDADOR			
Variable	Definició	Recollida	Tipus de variable
Qualitat de vida percebuda	Disposa de 2 preguntes generals i 24 preguntes agrupades en 4 àrees: física, psicològica, relacions socials i ambient, amb 5 opcions de resposta. A major puntuació major qualitat de vida percebuda.	A través del qüestionari de qualitat de vida de la OMS WHOQOL- BREF (Annex 7.4).	Quantitativa discreta
Sobrecàrrega del cuidador	Consta de 22 preguntes amb 4 respostes cada una (on 0=mai i 4=quasi sempre). Una puntuació d'entre 47 i 56 indica sobrecàrrega lleu. >56 indica sobrecàrrega intensa.	A través de l'escala de Sobrecàrrega del Cuidador de Zarit. (Annex 7.5)	Quantitativa discreta

Coneixements	La finalitat és avaluar el grau de coneixements dels cuidadors respecte la prevenció de les UPP i LCRD. Consta de 37 ítems amb resposta de si – no.	A través del qüestionari COCU-LCRD 23 (Annex 7.6).	Quantitativa discreta
Grau de satisfacció	Servirà per conèixer el grau de satisfacció dels participants en l'estudi.	Enquesta de satisfacció (Annex 7.8)	Qualitativa ordinal

5.6.3 Variables independents clíniques

DEL PACIENT			
Variable	Definició	Recollida	Tipus de variable
Patologies	Diabetis (0), insuficiència venosa (1), alteracions cognitives (2), accident cerebrovascular (3), lesió medul·lar (4), malnutrició (5)	A través de la història clínica (HC) de l'estació clínica informatitzada (e-CAP).	Qualitativa nominal multiselecció
Incontinència	No (0), urinària (1), fecal (2)	A través de la història clínica (HC) de l'estació clínica informatitzada (e-CAP).	Qualitativa nominal multiselecció
Enllitament	Si (0) No (1)	A través de la història clínica (HC) de l'estació clínica informatitzada (e-CAP).	Qualitativa nominal dicotòmica
Tabaquisme	Si (0) No (1)	A través de la història clínica (HC) de l'estació clínica informatitzada (e-CAP).	Qualitativa nominal dicotòmica

5.7. Anàlisi dels registres

Un cop s'hagin recollit totes les dades, tant qualitatives com quantitatives, amb la finalitat d'analitzar-les i estudiar-les es traslladaran al programa informàtic SPSS® Statistics 27 (versió abril 2019). Això facilitarà l'anàlisi estadístic descriptiu.

Quan les dades s'hagin introduït i organitzat a l'SPSS caldrà analitzar-les a fi de constatar si amb la informació obtinguda es confirma la hipòtesis o s'assoleixen els objectius plantejats. En primer lloc es revisarà la matriu de dades, posant atenció a cada variable per detectar qualsevol valor il·lògic o no habitual, o qualsevol error de transcripció. Per portar a terme l'anàlisi descriptiu, s'analitzaran les dades del grup experimental i es calcularan les mesures de tendència central (mitjana, mediana i moda) i les mesures de dispersió (rang, variància, desviació típica i coeficient de variació).

5.8. Limitacions de l'estudi

- Es preveu que la població d'estudi la formarà un nombre reduït d'individus, i en definitiva, s'estima que tots aquests passaran a formar part de la mostra. Aquesta població d'estudi reduïda impossibilita l'aleatorització dels individus i la creació d'un grup control, motiu pel qual és més vulnerable als biaixos.
- Com que no hi ha grup control i els individus saben que participen en aquest estudi, es podria produir l'efecte Hawthorne i placebo.
- Pel fet de no disposar d'un grup control no es podrà assegurar que els canvis notificats siguin deguts a la intervenció realitzada, a altres intervencions o a factors no controlats.
- Existeix la possibilitat de pèrdua de participants. Com que es tracta de persones majors dependents podria ser que hi hagués alguna defunció.

- Amb un estudi quasi-experimental no es podrà estudiar si es reduirà la prevalença de LPP.

5.9. Aspectes ètics

L'estudi considerarà la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, per assegurar el dret a la protecció de dades en l'obtenció, el maneig i la gestió de les dades dels participants de l'estudi.

Després d'haver rebut el document informatiu del projecte en què s'explicarà el projecte i els seus objectius, els usuaris que acceptin participar en l'estudi hauran de signar voluntàriament un document de consentiment informat. No obstant, els participants tindran la possibilitat d'abandonar l'estudi en qualsevol moment, sense haver de justificar-ne la causa.

Les dades recollides seran exclusivament utilitzades per l'estudi i amb una finalitat científica, no seran divulgades a través de cap mitjà. A més a més, per preservar la confidencialitat i intimitat dels participants, no constarà enlloc el seu nom o altres dades amb les quals es pugui identificar a la persona. La informació obtinguda en l'estudi s'entrarà en una base de dades específica creada amb el programa SPSS, amb la finalitat que quedi codificada i no es pugui relacionar amb cap participant. A aquesta només hi tindrà accés l'investigador.

El desenvolupament de l'estudi no implica cap dany ni perjudici previsible en els participants, ja que només es requereix la seva participació en la intervenció educativa. Com que es tracta d'una intervenció grupal, es mencionarà la necessitat de mantenir la confidencialitat i l'anonimat de la resta de participants.

L'estudi serà sotmès a una avaluació pel Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (CEAAPICS).

5.10. Utilitat pràctica dels resultats

Com ja s'ha esmentat abans, tant a nivell nacional com internacional les úlceres o lesions per pressió segueixen tenint una prevalença elevada que no arriba a disminuir considerablement. Tenint en compte això i les repercussions negatives tant físiques com psicològiques que aquestes tenen en la persona qui les pateix i en el seu cuidador, cal fomentar la seva prevenció ja que s'ha demostrat que és una mesura eficaç.

La major part de literatura científica es basa en programes de prevenció dirigits a personal sanitari, deixant de banda els cuidadors no professionals. Tenint en compte l'envelliment poblacional que s'espera i el desig de residir a casa, s'ha de fomentar més l'educació sanitària per a cuidadors no professionals.

Mitjançant aquest projecte s'estudiarà si el fet d'assistir a sessions educatives per prevenir lesions per pressió millora els coneixements que tenen els cuidadors informals sobre aquestes i si això contribueix a millorar la seva qualitat de vida i a disminuir la sobrecàrrega.

6. Bibliografia

- Adrover, M., Cardona, J., Fullana, A., Galmés, S., García, M. D., Hernández, M. S., Marín, M. R., Pérez, A., Rodríguez, C., Ruiz, F., Serra, R., Tomàs, A. M. (2018). Guia de prevenció i tractament de les úlceres per pressió. Servei de Salut de les Illes Balears.
- Al Mutair, A., Ambani, Z., Al Obaidan, F., Al Salman, K., Alhassan, H., i Al Mutairi, A. (2020). The effectiveness of pressure ulcer prevention programme: A comparative study. *International Wound Journal*, 17(1), 214–219. <https://doi.org/10.1111/iwj.13259>
- Arboledas, J., i Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2016). Cuestionario de conocimientos de cuidadores familiares sobre la prevención de úlceras por presión y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia: desarrollo y validación. *Gerokomos*, 27(2), 73–79.
- Bastida, N., Crespo, R., González, J., Montoto, M. J., i Vedia, C. (n.d.). Maneig de les úlceres per pressió: guies de pràctica clínica i material docent. Institut Català de la Salut.
- Boletín Oficial del Estado. (2006). Ley Orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 299. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- Demarré, L., Van Lancker, A., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Grypdonck, M., Lemey, J., Annemans, L., Beeckman, D. (2015). The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1754–1774. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.006>
- Downie, F., Guy, H., Gilroy, P., Royall, D., i Davies, S. (2013). Are 95% of hospital-acquired pressure ulcers avoidable? *Wounds UK*, 9(3).
- Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., i Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging

System. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(6), 585–597.
<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000281>

García, F. P., Soldevilla, J., Pancorbo, P. L., Verdú, J., López, P., i Rodríguez, M. (2014).
Prevención de las úlceras por presión (UPP). Grupo Nacional para el Estudio y
Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3\).septiembre.2019.47-67](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3).septiembre.2019.47-67)

García-Fernández, F. P., Torra, J. E., Soldevilla, J. J., i Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2019).
Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con
la dependencia en centros de atención primaria de salud de España en 2017.
Gerokomos, 30(3), 134–141.

García-Fernández, F. P., Pancorbo Hidalgo, P. L., Soldevilla Ágreda, J. J., i Blasco
García, C. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por
presión. *Gerokomos*, 19(3). <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2008000300005>

González-Mestre, A., i Amil-Bujan, P. (2016). Programa Cuidador Expert Catalunya: una
estratègia per potenciar l'autorresponsabilitat del cuidador i el foment de
l'autocura. Departament de Salut.

Hibbs, P. (1998). The past politics of pressure sores. *Journal of Tissue Viability*, 8(4),
14–15.

Idescat. Institut d'Estadística de Catalunya. (2020). Recuperat 28 de novembre 2020,
de <https://www.idescat.cat/>

López, P. (2016). Puesta al día: cuidador informal. *Rev. Enferm. CyL*, 8(1), 71–76.

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., i Taussig, M. I. (1996).
Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador
(Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*, 6(4), 338–346.

Mervis, J. S., i Phillips, T. J. (2019). Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology,
risk factors, and presentation. *Journal of the American Academy of Dermatology*,
81(4), 881–890. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.069>

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, i Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. *Cambridge Media*.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

WHOQOL - Archivos | La Organización Mundial de la Salud. (2021). Retrieved May 20, 2021, from <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernández, F. P., Torra, J.E., Verdú, J., i Soldevilla-Agreda, J. J. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*, 25(4), 162–170. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2014000400006>

Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernández, F. P., Pérez-López, C., i Soldevilla, J. J. (2019). Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos*, 30(2), 76–86.

Pla de salut 2016-2020. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2020). Retrieved April 2, 2021, from https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/

Skogestad, I. J., Martinsen, L., Børsting, T. E., Granheim, T. I., Ludvigsen, E. S., Gay, C. L., i Lerdal, A. (2017). Supplementing the Braden scale for pressure ulcer risk among medical inpatients: the contribution of self-reported symptoms and standard laboratory tests. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1–2), 202–214. <https://doi.org/10.1111/jocn.13438>

Soldevilla, J. J., García-Fernández, F. P., Rodríguez, M., Torra, J. E., i Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2019). Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España en 2017. *Gerokomos*, 30(4), 192–199.

Soldevilla, J. J., I Bou, J. E. T., Posnett, J., Soriano, J. V., San Miguel, L., i Santos, J. M. M. (2007). An approach to the economic impact of the treatment of pressure ulcers in Spain. *Gerokomos*, 18(4), 201–210. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2007000400007>

Les bases de dades bibliogràfiques consultades per la realització d'aquest treball han estat Scopus, Pubmed, Medline, Dialnet i Google Académico. Les paraules clau utilitzades en la recerca han estat Cuidador informal; Prevenció; Úlceres per pressió; Persones majors.

7. Annexes

7.1. Carta informativa

Benvolgut/da,

Ha estat convidat a participar en l'estudi de recerca anomenat: *Efectivitat d'una intervenció educativa per la prevenció de lesions per pressió dirigida a cuidadors informals de persones majors amb grau III de dependència*. Aquest estudi pretén avaluar si les sessions educatives sobre prevenció de lesions per pressió (LPP) milloren els coneixements dels cuidadors i alhora millora la seva qualitat de vida i la de la persona a qui cuiden.

L'objectiu principal de l'estudi és: estudiar l'efectivitat d'una intervenció educativa per la prevenció de lesions per pressió sobre el nivell de coneixements, de sobrecàrrega i de qualitat de vida dels cuidadors/es informals de persones majors amb un grau III de dependència.

Es tracta d'una intervenció grupal dirigida per l'equip d'infermeria, que es portarà a terme en el Centre d'Atenció Primària el Remei. En primer lloc, si ha firmat el consentiment informat, es farà una valoració mitjançant qüestionaris que haurà de respondre, i s'accedirà a la història clínica del pacient dependent per recollir dades de salut. La intervenció consistirà en assistir a diverses sessions educatives sobre la prevenció de LPP. Finalment, 6 mesos després de la intervenció, haurà de respondre els mateixos qüestionaris que a l'inici. Cal esmentar que en cap cas aquesta intervenció causarà danys als participants.

Durant el procés es recolliran un seguit de dades, que amb el seu permís, seran utilitzades per obtenir els resultats de l'estudi. Les dades són totalment anònimes i confidencials, i d'ús exclusiu per l'estudi. Estan preservades d'acord amb la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

La seva participació en l'estudi és totalment voluntària i per tant, no rebrà cap tipus de retribució econòmica. Vostè té dret de no participar en l'estudi o d'abandonar-lo en qualsevol moment, sense haver d'explicitar el motiu o la causa. L'abandonament de l'estudi no tindrà cap tipus de conseqüència en el participant.

Demaneu la seva col·laboració per portar a terme aquest estudi. Disposa de la possibilitat de resoldre els dubtes que tingui abans d'acceptar participar-hi. Moltes gràcies.

7.2. Consentiment informat

Títol del projecte: Efectivitat d'una intervenció educativa per la prevenció de lesions per pressió dirigida a cuidadors informals de persones majors amb grau III de dependència.

Centre: Centre d'Atenció Primària el Remei (Vic Sud)

Investigadora: Maria dels Angels Batle Canyelles

Nom i cognoms del participant:

Número de DNI:

Declaració:

1. Declaro que he llegit i entès el Full Informatiu sobre l'estudi esmentat.
2. Se m'ha lliurat una còpia del Full Informatiu i d'aquest Consentiment Informat, datat i signat. Se m'han explicat les característiques i l'objectiu d'aquest estudi, així com els possibles beneficis i riscos.
3. He tingut temps i l'oportunitat per fer preguntes i aclarir dubtes. Totes les preguntes han estat respostes satisfactòriament.
4. Se m'ha assegurat que es mantindrà la confidencialitat de les meves dades personals, d'acord amb la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals i el Reglament general (UE) 2016/679, de 27 d'abril de 2016, de protecció de dades (RGPD).
5. El consentiment l'atorgo de manera voluntària i sé que em puc retirar en qualsevol moment d'una part o de la totalitat de l'estudi, sense expressió de causa o motiu, i sense que això comporti cap conseqüència.

Signatura del participant:

Data: ___ / ___ / _____

Signatura de l'investigador:

7.3. Enquesta sociodemogràfica

Per contestar les preguntes cal marcar la resposta amb una X.

Data: _____ / _____ / _____

1. Sexe

- Home
- Dona
- No especifica

2. Data de naixement (dia, mes i any)

_____ / _____ / _____

3. Lloc de naixement

- Catalunya
- Resta d'Espanya. Especifiqui: _____
- Estranger. Especifiqui: _____

4. Quin és el seu nivell màxim d'estudis assolit?

- Sense estudis
- Estudis primaris incomplets
- Estudis primaris (EGB, graduat escolar, educació primària)
- Educació Secundària Obligatòria
- Estudis secundaris (BUP, COU, batxillerat)
- Estudis secundaris (formació professional: cicle formatiu de grau mitjà /superior)
- Estudis universitaris

5. Quina és la seva situació laboral?

- Jubilat
- A l'atur
- Assalariat

6. La persona a qui cuideu és el vostre...?

- Fill/a
- Mare/pare
- Germà/germana
- Espòs/esposa
- Altres. Especificar: _____

7. Quantes hores dediqueu a cuidar-lo / cuidar-la?

- Menys de 10
- Més de 10

8. Sexe de la persona a qui cuideu

- Home
- Dona
- No contesta

9. Data de naixement de la persona a qui cuideu (dia, mes i any)

_____ / _____ / _____

Moltes gràcies per la seva col·laboració

7.4. Questionari de qualitat de vida OMS WHOQOL – BREF

Instrucciones

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida.

Por favor conteste a todas las preguntas. Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dará a una pregunta, **escoja la que le parezca más apropiada.** A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?					

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

		Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?					

Haría un círculo en el 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿ En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Extrict de: WHOQOL - Archivos | La Organización Mundial de la Salud. (2021). Retrieved May 20, 2021, from <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

7.5. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Anexo 1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versiones original (todos los ítems) y abreviada (ítems en gris)

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

Extret de: Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., i Taussig, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*, 6(4), 338–346.

7.6. Questionari COCU-LCRD 23

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS			
¿Para evitar que se formen escaras, llagas o úlceras por presión UPP, en una persona encamada, cree usted que? (marque la opción que crea correcta)			
1-Si no se cambia de posición a una persona sentada es posible que aparezcan las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
2-Se debe usar crema hidratante en la piel, tras el aseo.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
3-Es apropiado colocar y dejar en la misma posición sobre zonas de apoyo enrojecidas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
4-La piel reseca evita que se formen UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
5-Se debe usar en la piel cualquier tipo de alcohol (romero, colonia, etc) para evitar las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
6-Los polvos de talco sobre la piel evitan que se formen UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
7-En las personas de piel delicada es más fácil que aparezcan las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
8-La humedad procedente de la orina y del sudor, pueden incluir en que se formen UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
9-Si vemos una zona de apoyo enrojecida y que no blanquea al tocar, hay que informar a la enfermera porque puede ser una UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
10-El masaje en las zonas de apoyo enrojecidas es bueno para evitar las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
11-Las cremas (como las usadas para los bebés) usadas en las zonas que estén en contacto con las deposiciones, la orina o el sudor, evitan que se formen UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
12-El uso de un detergente o jabón muy fuerte para limpiar la piel, si la persona encamada no controla la orina o las deposiciones, es bueno para evitar las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
13-Cualquier clase de jabón, gel o detergente es bueno para el aseo de la persona encamada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
14-La aplicación de aceites de farmacia (llamados ácidos grasos, como Mepentol, Corpitol. Linovera, etc) en la piel de zonas de apoyo ayuda a evitar que se formen UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
15-El uso de apósitos (o parches) almohadillados en la zona de apoyo ayuda a evitar que se formen las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
16-Una alimentación rica en grasas (aceite, carnes, huevos) ayuda a evitar que se formen las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
17-Una alimentación rica en proteína (carne, pescado, huevos) y vitaminas (fruta, verdura) ayuda a evitar que se formen las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
18-La alimentación incorrecta hace más fácil que se formen las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
19-El uso de cojines tipo "rosco" para estar sentado, ayuda a evitar que se formen las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
20- Colocar los pies de una personas sentada sobre un banquito / reposapiés, si no alcanza al suelo, ayuda a evitar las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
21-Para mover a una persona encamada es mejor usar una sábana entremetida bajo los glúteos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
22-Para una persona acostada que no se mueve, es mejor elevar bastante el cabecero de la cama (más de 30º) para evitar las UPP	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
23-Es apropiado poner bastante ropa de cama / mantas, que pesen, sobre una personas encamada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se

Extret de: Arboledas, J., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2016). Cuestionario de conocimientos de cuidadores familiares sobre la prevención de úlceras por presión y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia: desarrollo y validación. *Gerokomos*, 27(2), 73–79.

7.7. Continguts teòrics de les sessions

1. Definició de lesió per pressió (LPP)

El National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP] i l'European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP] (2016) defineixen el terme úlcera o lesió per pressió (UPP/LPP) com:

Una lesió localitzada a la pell i als teixits tous subjacents, generalment per sobre d'una prominència òssia o relacionat amb un dispositiu mèdic o d'altre tipus. La lesió es pot presentar com a pell íntegra o una úlcera oberta i pot ser dolorosa. Es produeix com a resultat de la pressió intensa o perllongada, o en combinació amb les forces de cisalla. La tolerància dels teixits tous a la pressió i cisallament es pot veure afectada pel microclima, la nutrició, la perfusió, les condicions comòrbides i l'estat dels teixits tous. (p. 586)

El Grup Nacional per a l'Estudi i Assessorament en Úlceres per Pressió i Ferides Cròniques [GNEAUPP] (2014) defineix úlcera per pressió com:

Una lesió localitzada en la pell i/o el teixit subjacent, generalment a sobre d'una prominència òssia, com a resultat de la pressió, o la pressió en combinació amb les forces de cisalla. En ocasions també poden aparèixer sobre teixits blans sotmesos a pressió externa per diferents materials o dispositius clínics. (p. 10)

2. Fisiopatologia i etiologia

El principal mecanisme en la formació d'una úlcera és la pressió sostinguda perpendicular a la pell i al teixit subcutani situat a sobre d'una prominència òssia amb una intensitat suficient per provocar una oclusió dels capil·lars i conseqüentment, una necrosi dels teixits (Al Mutair et al., 2019). Es creu que la força resultant en una pressió externa major que la pressió arterial d'ompliment capil·lar, situada al voltant de 32 mm Hg, i major que la pressió de sortida del capil·lar venós, de 8 a 12 mm Hg, impedeix el flux sanguini i es produeix una hipòxia dels teixits (Mervis i Phillips, 2019).

Adicionalment, les forces de fricció i cisallament també juguen un paper important en l'aparició d'aquestes lesions (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014). Quan s'està tombat en el llit amb el capçal alçat, la força de gravetat es contraresta amb la

fricció. Tot i que la pell que està en contacte amb la superfície no es desplaça, les estructures internes (músculs, ossos, teixit subcutani, etc.) sí que ho fan a causa de la gravetat, provocant una compressió dels vasos sanguinis situats en les estructures internes que deriva en la hipòxia dels teixits (NPUAP, EPUAP i PPIA, 2014). L'equació "pressió + temps = úlcera" defineix el concepte d'úlcera per pressió.

L'aparició d'una lesió per pressió generalment s'atribueix a factors de risc com ara una nutrició pobre o desnutrició, mobilitat limitada, pressió, fricció, cisallament, comorbiditats i pell envellida.

Hi ha una sèrie de localitzacions anatòmiques on es desenvolupen amb major freqüència lesions per pressió, relacionades directament amb la quantitat de pressió o cisallament aplicat. Són el sacre/còccix, el taló, el trocànter, els mal·lèols i els glutis. En percentatges inferiors es pot destacar la cama o el genoll, el dors del peu o els dits, els colzes, la columna dorsal, els braços i colzes, etc. (Ellis, 2017; Pancorbo-Hidalgo et al., 2017; NPUAP et al., 2014).

3. Població diana i factors de risc:

Es pot incloure dins la població de risc a qualsevol usuari sotmès a pressions sostingudes suficientment elevades com per provocar una isquèmia dels teixits. Aquesta condició es dona generalment en persones amb mobilitat reduïda, ja sigui per sedació, per impossibilitat de moure's, per lesions, fragilitat, etc. (Mervis i Phillips, 2019).

Entre la gent gran es poden presentar diverses característiques que els predisposen a un major risc de patir una lesió per pressió, com ara la mobilitat reduïda, alteracions cognitives (Adrover et al., 2018), diabetis (alteracions en la sensibilitat), incontinència urinària i/o fecal, malaltia vascular perifèrica (Ellis, 2017), l'enlletament, malnutrició (Mervis i Phillips, 2019) i la impossibilitat de canviar de posició per sí mateix (Adrover et al., 2018). No obstant això, cal clarificar que aquestes lesions no només es produeixen en aquest col·lectiu, sinó que també es poden donar en pacients de qualsevol edat inclosos dins alguna d'aquestes categories. (NPUAP et al., 2014)

Així mateix, en l'envelliment es produeix un deteriorament general de les funcions del cos, en què també es veu afectada la pell. Aquesta pateix un deteriorament progressiu com a resultat de danys, predisposició genètica i exposició a agressions externes. Com

a resultat d'això, la pell pot perdre capacitat per portar a terme la funció de barrera. A més a més, la pèrdua de fibres de la dermis disminueix la resistència a la tracció de la pell, que la fa més propensa a patir lesions, escares i dermatitis, entre d'altres afectacions dermatològiques. (Organització Mundial de la Salut [OMS], 2015; Mervis i Phillips, 2019)

En conclusió, les persones que tenen més risc de patir una lesió per pressió són aquelles que presenten diversos factors de risc (mobilitat reduïda, impossibilitat de fer canvis posturals, alteracions cognitives, desnutrició, etc.) que han estat identificades mitjançant una escala d'avaluació de risc validada. Els que es consideren de major risc són aquells que han presentat o actualment presenten alguna UPP (Bastida et al., n.d).

Hi ha dos tipus de factors de risc de formació de lesions per pressió (Adrover et al., 2018; NPUAP et al., 2014; Ellis, 2017):

- **Factors de risc primaris:**

- **Pressió:** és el mecanisme principal que afavoreix la formació d'aquest tipus de lesions. Aquesta produeix isquèmia en els teixits i conseqüentment mort cel·lular. La formació d'una lesió per pressió depèn tant de la quantitat de pressió aplicada en aquella zona com del temps que es manté la pressió.
- **Cisallament:** són forces paral·leles a un pla perpendicular a les prominències òssies. Es donen quan dues superfícies llisquen una sobre l'altra, per exemple, en una persona tombada al llit amb el capçal aixecat (30° o més). En aquest situació els teixits superficials queden fixes amb el llençol però els teixits profunds (ossos, músculs, etc.) van lliscant, la qual cosa comprimeix els vasos sanguinis i conseqüentment es produeix una isquèmia i una possible lesió.
- **Fricció:** es dona quan es frega la pell amb altres superfícies, com ara llençols, pijames, bolquers, etc. Això destrueix la capa superficial de l'epidermis i redueix la resistència del teixit, cosa que pot provocar lesions superficials que poden conduir a lesions importants.

- **Factors de risc secundaris:**

- **Fisiopatològics:** alteracions de la pell, trastorns de l'aportació d'oxigen, desequilibris nutricionals (desnutrició, malnutrició, etc.), incontinència urinària i/o fecal, diabetis, alteracions cognitives, anèmia etc.,
- **Tractaments:** immunosupressors, sedants, dispositius mèdics (sondes, tubuladures, guix, etc.)
- **Situacionals:** immobilitat, arrugues en la roba del llit o de l'usuari, objectes de fregament, sudoració, malaltia terminal, tabaquisme, etc.

4. Classificació dels estadis de les LPP

La primera passa per tractar una lesió per pressió és classificar-la en l'estadi corresponent per tal de guiar les intervencions que es portaran a terme. L'any 1988 el NPIAP va desenvolupar un sistema de classificació de LPP, el qual s'ha anat revisant i modificant durant els anys amb la revisió de la literatura existent. Aquest sistema ha estat adoptat a nivell internacional i és el més emprat a dia d'avui. En la darrera revisió, Edsberg et al. (2016) proposen la següent classificació dels estadis de les LPP:

- **Estadi 1: eritema no blanquejant en la pell intacta**

Pell intacta amb una àrea localitzada d'eritema que no blanqueja amb la pressió. La presència d'eritema blanquejant o de canvis en la sensació, temperatura o fermesa poden precedir als canvis visuals. Els canvis de color a púrpura o granat poden indicar lesió per pressió en teixits profunds.

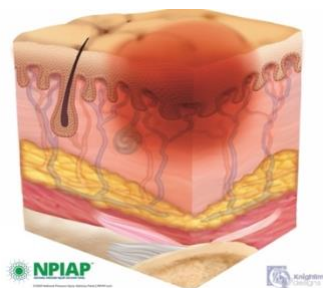


Figura 1. Lesió per pressió d'estadi 1. Extret de "Stage 1 pressure injury" de National Pressure Injury Advisory Panel, NPIAP. Copyright, National Pressure Injury Advisory Panel.

- **Estadi 2: pèrdua d'espessor parcial de la pell amb la dermis exposada**

Pèrdua parcial del gruix de la pell amb exposició de la dermis. El llit de la ferida és viable, rosat o vermell, humit, i es pot presentar com una ampolla intacta o rompuda. No són visibles ni el teixit adipós (greix), ni tampoc els teixits més profunds. Tampoc es pot apreciar teixit de granulació, esfàcels i escares.

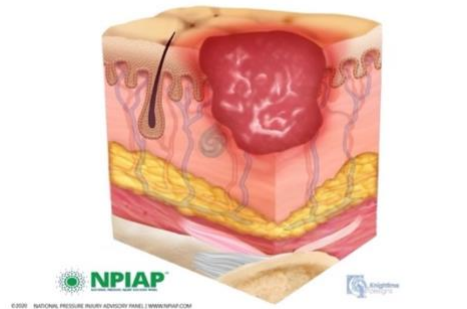


Figura 2. Lesió per pressió d'estadi 2. Extret de "Stage 2 pressure injury" de National Pressure Injury Advisory Panel, NPIAP. Copyright, National Pressure Injury Advisory Panel.

- **Estadi 3: pèrdua de pell d'espessor total**

Pèrdua total del gruix de la pell amb visibilitat del teixit adipós (greix). El teixit de granulació i les vores enrotllades de l'úlcer a sovint es poden apreciar, així com també els esfàcels i l'escara. La fàscia, músculs, tendons, lligaments cartílags i/o ossos no estan exposats. La profunditat de la lesió canvia segons la localització anatómica;. Poden aparèixer soscavaments i túnels. Si l'esfàcel o l'escara obscureixen i impossibiliten determinar l'extensió de la pèrdua de pell, es defineix una lesió per pressió no classificable.

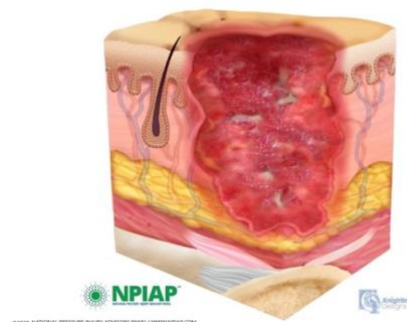


Figura 3. Lesió per pressió d'estadi 3. Extret de "Stage 3 pressure injury" de National Pressure Injury Advisory Panel, NPIAP. Copyright, National Pressure Injury Advisory Panel.

- **Estadi 4: pèrdua de pell i teixit d'espessor total**

Pèrdua total del gruix de la pell i del teixit amb exposició o possibilitat de palpació de músculs, fàscia, tendons, lligaments, cartílags o ossos. Poden ser visibles l'esfàcel i l'escara. En aquestes lesions és habitual que es produeixin soscavaments, túnels i vores enrotllades de la ferida. La profunditat varia en funció de la localització anatòmica. Si l'esfàcel o l'escara impossibiliten determinar l'extensió de la pèrdua de pell, es tracta d'una lesió per pressió no classificable.

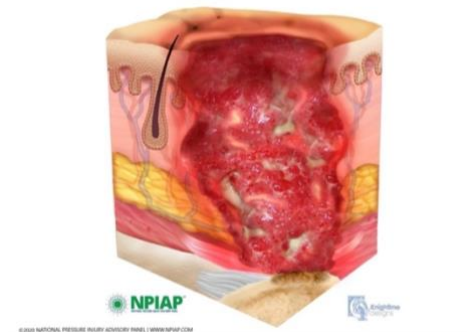


Figura 4. Lesió per pressió d'estadi 4. Extret de "Stage 4 pressure injury" de National Pressure Injury Advisory Panel, NPIAP. Copyright, National Pressure Injury Advisory Panel.

5. Valoració del risc de desenvolupar LPP

Actualment es disposa d'una multitud d'escalas validades d'avaluació del risc d'aparició de lesions per pressió que ajuden als professionals a identificar aquelles persones que presenten un major risc de desenvolupar lesions per pressió. Les més utilitzades a nivell internacional són les següents (NPUAP et al. 2014; García-Fernández et al., 2008):

- **Escala de Braden:**

Es va desenvolupar als Estats Units l'any 1985. Consta de sis sub-escalas: percepció sensorial, exposició a la humitat, activitat física, mobilitat, nutrició i fricció/cisallament. Cada una d'aquestes rep una puntuació d'entre 1 i 4 (excepte fricció/cisalla que puntua sobre 3), on 1 indica limitació completa i 4 indica cap limitació. Així doncs, s'obtindrà una puntuació mínima de 6 i una màxima de 23. Una puntuació inferior a 12 indicarà alt risc d'aparició de lesions per pressió, entre 13 i 14 punts serà risc moderat i a partir de 15 i 18 punts serà risc baix.

- **Escala de Norton:**

És la primera escala descrita. Considera cinc paràmetres: estat mental, incontinència, mobilitat, activitat i estat físic. Es tracta d'una escala negativa: a menor puntuació, major risc i a major puntuació, menor risc. Els ítems s'avaluen amb una puntuació d'entre 0 i 4. Un resultat menor o igual a 16 indica risc moderat, i menor o igual a 12, risc elevat.

- **Escala de Waterlow:**

Es va desenvolupar a Anglaterra el 1985. Consta de sis sub-escalaes: relació talla/pes, continència, aspecte de la pell, mobilitat, edat/sexe, apetit. A més a més, també inclou quatre categories de factors de risc: malnutrició tissular, dèficit neurològic, cirurgia i medicació. Cada sub-escala s'avalua una puntuació diferent (0-3, 0-4, 0-5, 0-2) i els factors de risc tenen una única puntuació. Es tracta d'una escala positiva, una puntuació major o igual a 10 indica risc.

- **EMINA:**

Es tracta d'una escala elaborada per infermeres de l'Institut Català de la Salut. Considera cinc factors de risc: estat mental, incontinència, mobilitat, nutrició i activitat, que reben una puntuació d'entre 0 i 3. Es tracta d'una escala positiva, una puntuació baixa indica poc risc i viceversa. Obtenir de 4 a 7 punts es considera risc moderat, i 8 o més punts risc elevat.

Aquestes escales proporcionen informació sobre la situació i el nivell de risc de desenvolupar LPP. No obstant això, el resultat final que s'obtingui després d'aplicar aquestes escales no és suficient per portar a terme un programa preventiu, ja que no recullen ni avaluen alguns factors de risc que augmenten la probabilitat de desenvolupar UPP (NPUAP et al., 2014).

L'escala de Braden és l'escala de referència de molts de centres a nivell nacional. De fet, Soldevilla et al. (2017) van trobar que 3 de cada 4 professionals d'Atenció Primària que utilitzen escales de valoració de risc fan servir aquesta i afirmen que "l'ús de l'escala de Braden, donats els seus majors valors de sensibilitat i especificitat, constitueix una bona pràctica que haurien d'adoptar la majoria de centres" (p. 198).

6. Prevenció

Diversos estudis han suggerit que la major part de les lesions per pressió es poden prevenir seguint unes intervencions de prevenció i gestió adequades. (al Mutair et al., 2019; Ellis, 2017)

Per portar a terme una correcta prevenció de les lesions per pressió s'han de seguir tres passes:

- Identificar i avaluar el risc de cada usuari.
- Mantenir un bon estat de la pell i els teixits o millorar-lo.
- Protegir la pell i els teixits de les conseqüències de la pressió, fricció i cisallament.

Així doncs, la primera passa és avaluar el risc d'aparició de lesions per pressió mitjançant una escala validada (exposades anteriorment). D'aquesta manera s'identificaran els usuaris que presenten un major risc i requereixen un monitoratge més específic i es previndran futures complicacions. (Alvarez et al., n.d.; Adrover et al., 2018).

El pla d'actuació després d'haver fet una valoració del risc amb una escala validada s'ha de centrar en 5 components que formen l'acrònim SSKIN (Skin assessment, Surface, Keep moving, Incontinence, Nutrition) (Ellis, 2017):

- **Avaluació de l'estat de la pell (skin assessment)**

Hi ha diversos llocs on es desenvolupen les lesions per pressió amb major freqüència en funció de la postura en què es troba el pacient:

- Decúbit supí (panxa amunt): sacre, talons, colzes, omòplat i occípit (el cap).
- Decúbit lateral: turmells, genolls, trocànter del maluc, acròmion i orelles.
- Decúbit pron (panxa avall): orelles i galtes, pits (en dones sobretot), crestes ilíaqües, genitals (en homes), genolls i dits dels peus.
- Sedestació (assentat): talons, tuberositat isquial, zona poplítica, sacre, colzes, protrusió espinal i omòplat

Cal inspeccionar diàriament l'aparició de signes primerencs de lesió tissular, com ara marques o esquerdes en la pell, zones envermellides que blanquegen al tacte, calor, dolor, eritemes, etc., especialment a les zones de

pressió. La pell s'ha de mantenir sempre neta i seca; per netejar-la cal utilitzar aigua tèbia i sabons neutres que no irritin i per assecar-la s'ha d'evitar la fricció sobre la pell. Posteriorment, és útil hidratar la pell amb cremes i aplicar àcids grassos hiperoxigenats als punts de pressió, evitant fer massatges sobre les prominències òssies. A les zones amb alt risc de desenvolupar UPP es poden utilitzar sistemes de protecció local, com ara apòsits, taloneres, colzeres, etc.

- **Superfície (Surface)**

La majoria de persones que estan en risc de desenvolupar una lesió per pressió passen la major part del seu temps assentats o estirats. Les superfícies de suport poden provocar forces de pressió i cisallament a la pell i consegüentment, dany capil·lar, per aquest motiu és important fer referència a aquestes superfícies.

Les superfícies especials per al maneig de la pressió (SEMP) són dispositius o superfícies que permeten redistribuir la pressió, entre d'altres funcions, i poden ser útils en la reducció de l'efecte d'aquestes forces. Cal destacar que la seva utilització no substitueix les altres cures (mobilitzacions, cures de la pell, nutrició, etc.), sinó que en complementen la seva eficàcia (Guia IB p27).

Segons el NPUAP trobem dos tipus de superfícies: les actives i les reactives. Les actives es poden classificar en monitoritzades (baixa pressió contínua) o estàtiques (viscoelàstica d'alta especificació, gel o aire). D'altra banda, les reactives són únicament monitoritzades (aire alternant). No hi ha evidència científica que una superfície sigui millor que una altra, per aquest motiu s'han d'escollir en funció de les característiques de la persona (nivell de mobilitat, confort, microclima, i altres necessitats relacionades amb riscos, com ara amputacions, diabetis, malaltia vascular perifèrica, pes corporal, etc.).

- **Mobilitat (keep moving)**

Indiferentment de la superfície de suport que utilitzi l'usuari, són de vital importància les mobilitzacions i canvis de posició per tal d'alliberar pressió i reduir les forces de cisalla. Preferiblement la persona hauria d'intentar per sí mateixa realitzar els canvis posturals, no obstant, si no és possible, s'ha de procurar que la pressió directa a sobre d'una prominència òssia o d'una úlcera ja existent estigui limitada durant el transcurs del dia. No hi ha suficientment evidència que

recolzi la freqüència dels canvis posturals, però s'estima que en pacients amb alt risc de desenvolupar UPP s'hauria de fer cada 4 hores i els que estan en risc, cada 6 hores com a mínim.

- **Incontinència**

Aquesta no causa lesions per pressió directament, però indirectament repercuteix negativament en la integritat de la pell i això alhora condueix a un major risc de desenvolupar aquestes lesions.

- **Nutrició**

La nutrició té un rol de vital importància en l'aparició de lesions per pressió; la desnutrició és un dels factors de risc més importants per la formació d'aquestes. De la mateixa manera que s'avalua el risc de patir UPP, també s'ha de fer una avaluació nutricional mitjançant instruments validats. Uns dels més reconeguts són el *mini nutritional assessment (MNA)* per majors de 65 anys i el *malnutrition universal screening tool (MUST)* per usuaris amb deteriorament cognitiu o de mobilitat. Cal assegurar-se que l'usuari disposi de suficient energia (30-35 kcal/kg/dia), proteïnes (1,2/1,5 gr/kg/dia), vitamines (zinc i ferro), minerals (A, C i B) i líquids (30 cc/kg/dia). A més a més, es pot fer ús de suplementos nutricionals únicament en cas de patir algun dèficit.

No obstant, també és important realitzar una valoració psicosocial. Cal identificar el cuidador principal del pacient i valorar els seus coneixements, les habilitats, la motivació i els recursos de què disposen. El cuidador ha de saber què son les UPP, els signes d'aparició, com s'han de prevenir, entre d'altres. S'ha de crear un pla de cures per cada pacient de risc, amb la seva col·laboració i la del seu cuidador. Cal implicar-los en el procés (Adrover et al., 2018; NPUAP et al., 2014).

7.8. Enquesta de satisfacció de l'estudi

Mitjançant aquest qüestionari es pretén valorar la seva experiència dins el projecte en què ha participat. Agrairíem la seva sinceritat en les respostes per tal que la informació obtinguda ens sigui útil per millorar. Així mateix, es garanteix la confidencialitat de les respostes.

Nom i cognoms:

Edat:

Sexe:

Què li ha aportat participar en aquest projecte?

Hauria fet algun canvi en el projecte per tal de millorar-lo?

Observacions o suggeriments:

Si us plau, valori de l'1 al 10 els següents aspectes relacionats amb el projecte en què ha participat, sent 0 molt malament i 10 molt bé.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. S'ha sentit còmode i tractat amb amabilitat dins el grup											
2. Ha adquirit nous coneixements											
3. Els continguts explicats a les sessions li han semblat adequats											
4. La infermera ha utilitzat un llenguatge clar i entenedor											
5. La infermera ha dominat el tema i s'ha mostrat professional											
6. S'ha garantit la seva intimitat i confidencialitat											
7. L'horari per realitzar les sessions li ha semblat adequat											
8. El lloc on s'han realitzat les sessions li ha semblat correcte											
9. Els seus dubtes o inquietuds han estat resolts											
10. Les eines utilitzades en les sessions han estat correctes											
11. Ha notat una millora en el maneig de la prevenció de LPP/UPP i disposa d'eines i coneixements per fer-ho.											
12. Li ha agradat participar en el projecte											
13. Recomanaria a amics i amigues participar en el projecte											
14. La seva satisfacció global amb el projecte és...											

Enquesta d'elaboració pròpia

Moltes gràcies per la seva participació, ens serà de gran ajuda per poder millorar en el futur.

8. Agraïments

Als meus pares, Sebastià i Margalida, per haver dedicat temps i esforç en la meva formació. Especialment a la meva mare, per obrir-me les portes al món de la infermeria. Tan de bo algun dia arribar a ser la meitat de bona infermera que tu.

A la Universitat de Vic, per haver-me acollit i format durant aquests 4 anys, i per haver fet de mi una persona amb curiositats i inquietuds.

A l'Elisabet Dachs, tutora del Treball de Fi de Grau, pel seu suport, la seva ajuda i la confiança depositada durant la trajectòria d'aquest treball.

A nen Marc Vila, l'infermer amb qui vaig compartir un període de pràctiques, per la seva predisposició per ajudar-me i per dedicar temps a aquest treball. Els teus consells em van ajudar a encaminar el projecte final.

9. Nota final de l'autor. El TFG com experiència d'aprenentatge

Durant el transcurs del grau he descobert certs àmbits de la infermeria que m'han despertat interès i curiositat, dos dels quals són les ferides i l'educació per la salut. Fruit de la combinació d'aquests dos, i de l'ajuda i col·laboració de la meva tutora, va néixer el tema del meu Treball de Fi de Grau.

Sempre havia estat atemorida pensant en el moment d'haver de començar el TFG. Quan va arribar l'hora, vaig entendre que la única manera de fer-lo seria implicant-m'hi emocionalment. Em vaig proposar gaudir del procés i entendre aquest treball com una oportunitat més per aprendre. Per això va ser fonamental elegir un tema que estigués relacionat amb els meus interessos i inquietuds.

El TFG m'ha permès adquirir coneixements en la prevenció i el maneig de les lesions cutànies relacionades amb la dependència, però més concretament, de

les úlceres o lesions per pressió. També m'ha fet adonar que freqüentment només es centra l'atenció en l'usuari/pacient, oblidant completament l'atenció al cuidador d'aquest. La intervenció d'infermeria ha d'anar encaminada a tenir cura de totes les persones que integren l'ecosistema de la persona major, entre les quals destaca el cuidador informal.

Mitjançant aquest TFG, a més d'aprendre a fer recerca acadèmica i a elaborar un treball d'investigació, m'he apropat a la figura del cuidador informal i he percebut la importància de cuidar-lo, en aquest cas, proporcionant-li uns coneixements per apoderar-lo, cosa que el beneficiarà tant a ell com a la persona a qui cuida.