

# A PROPÓSITO DE UN CASO: «MIRAR A TRAVÉS DE LAS HERIDAS»

Alba Rocío Siverio Díaz\*, Samia Bellahmar Lkadiri\*,  
Ana María Rodríguez Piriano\*\*

## RESUMEN

Las personas con enfermedades crónicas que derivan en una situación de dependencia deben ser valoradas con un seguimiento más exhaustivo, pues presentan mayor vulnerabilidad a comorbilidades y complicaciones. Las lesiones asociadas a la dependencia (LAD), anteriormente englobadas bajo el nombre de úlceras por presión (UPP), son un problema muy prevalente en las personas con movilidad reducida. En 2014 el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) desarrolló una teoría de rango medio (TRM) para el análisis y el abordaje de estas lesiones haciendo hincapié en la etiología para un buen tratamiento. La TRM fue publicada bajo el título «Desarrollo de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia» y ha sido empleada en el abordaje del caso clínico que se presenta.

**PALABRAS CLAVE:** lesión, dependencia, úlceras por presión.

## ABOUT A CASE: "LOOKING THROUGH THE WOUNDS"

## ABSTRACT

People with chronic diseases that lead to a situation of dependency should be assessed with a more exhaustive follow-up, because they are more vulnerable to comorbidities and complications. Dependence-Related Lesions (DRA), previously included under the name of pressure ulcers (PU), are a very prevalent problem in people with reduced mobility. In 2014, the National Group for the Study and Advice on Pressure Ulcers and Chronic Wounds (GNEAUPP) developed a Middle-Range Theory (MRT) for the analysis and approach of these lesions, emphasizing the etiology for good treatment. The MRT was published with the title A New Theoretical Model for the Development of PressureUlcers and Other Dependence-Related Lesions and has been used in the approach to the clinical case presented.

**KEYWORDS:** lesion, dependence, pressure ulcers.





Figura 1. Pirámide de Kaiser adaptada.

## INTRODUCCIÓN

La OMS define las enfermedades crónicas como «aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles» (OMS, 2021).

Una de las herramientas utilizadas para gestionar a la población es el modelo de estratificación de riesgos de Kaiser (fig. 1). Este modelo se basa en el análisis y la organización de la población según su complejidad, así como las necesidades de atención que precisan, permitiendo el trazado de las estrategias de intervención más pertinentes para cada grupo (SCS, 2015).

El paciente que se presenta en este caso clínico es una persona con una situación de cronicidad en alto riesgo según el modelo de Kaiser. Por ello la gestión del caso requiere un abordaje interdisciplinar por su Unidad de Atención Familiar (UAF) y otros servicios como trabajo social y Unidades de Atención Especializada.

Desde una visión enfermera, este manuscrito propone una valoración holística contextualizada por una teoría de rango medio (TRM) y un plan de cuidados contrastado con la evidencia científica disponible.

\* Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria Unidad Docente EFyC La Laguna, Tenerife.

\*\* Enfermera. Tutora de la Unidad Docente EFyC y enfermera de Atención Primaria en el CS Los Realejos.

## EPICRISIS

El protagonista del caso clínico es un paciente varón de 71 años. Dentro de los antecedentes de interés cabe destacar la esclerosis múltiple (diagnosticada en 2004), la anemia por déficit de vitamina B12, el estreñimiento, presenta una hernia discal cervical y una hernia de hiato, es exfumador y en la actualidad no presenta hábitos tóxicos. Se encuentra en tratamiento para la depresión y ha expresado con anterioridad ideación autolítica no estructurada. Es portador de talla vesical desde 2012.

Se encuentra en seguimiento por su UAF y la trabajadora social. Acude a revisiones con diferentes servicios de atención especializada, urología, psiquiatría, endocrino y neurología. En la actualidad se encuentra pendiente de revaloración por psicología.

El paciente está consciente y orientado en tiempo, espacio y persona y no se describen problemas de memoria. Presenta un mal afrontamiento de la enfermedad debido a las limitaciones funcionales que sufre, por ello demanda asistencia domiciliaria en múltiples ocasiones. Es dependiente para las Actividades Básicas y las Instrumentales de la Vida Diaria y debido a su limitación para el movimiento realiza vida cama-sillón. Refiere pérdida de apetito tras la aparición por primera vez de una lesión asociada a la dependencia. Se despierta en varias ocasiones durante la noche y se encuentra cansado durante el día. Refiere dolor agudo asociado a la lesión y dolores musculares puntuales ya conocidos. Tiene buen apoyo familiar. Vive con un cuidador informal contratado por su familia y cuenta con la asistencia domiciliaria ofertada por el ayuntamiento.

Actualmente, presenta una úlcera en zona glútea en seguimiento por su UAF. Este hecho ha provocado que se produzca una reagudización de sus episodios de ansiedad y depresión.

## CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

Una de las herramientas utilizadas para la valoración del paciente ha sido la teoría de rango medio (TRM) española: «Desarrollo de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia» (García Fernández *et al.*, 2014).

Esta teoría intenta responder a varios interrogantes relacionados con las UPP:

¿Todo lo que denominamos UPP, lo son? Si todas las lesiones comparten un mismo origen, la presión, ¿por qué las lesiones se presentan de formas diferentes? ¿Por qué existe tanta disonancia en el resultado tras un tratamiento común en heridas similares? ¿Por qué los mismos cuidados en unos pacientes han evitado que se desarrollen éstas y en otros no?

La respuesta fue dada por un panel de expertos formado por 18 enfermeras miembros de la GNAUPP que mediante la revisión de la literatura disponible concluyeron que no puede prevenirse ni tratarse algo cuya causa se desconoce. Es más, se podría agravar el problema si se aborda en base a un mecanismo etiológico cuando el responsable es otro o cuando participan más de uno. Por lo tanto, agru-



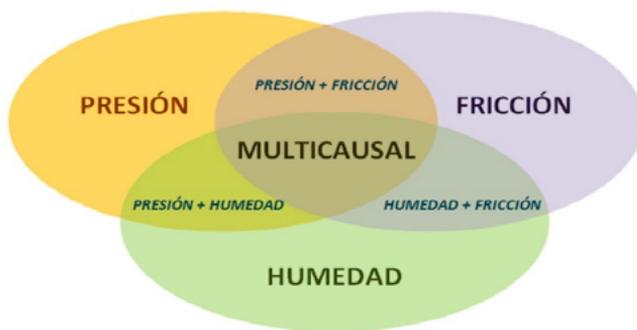


Figura 2. Tipos de LAD (García Fernández *et al.*, 2014).

par bajo una única denominación lesiones cuyo origen es en ocasiones muy distinto a la presión entorpece la labor preventiva orientada a contrarrestar los efectos de los diferentes mecanismos causales.

Tras el análisis de 56 escalas y 83 factores predictivos de riesgo, se describieron 23 dimensiones, de las cuales siete fueron señaladas como factores de riesgo esenciales (cuatro considerados críticos: movilidad, nutrición, incontinencia y actividad y tres clasificados como principales: edad, estado mental y apariencia/estado de la piel). Estos asientan la base teórica del mecanismo de producción de hasta siete tipos de LAD (anteriormente incluidas bajo la nomenclatura de UPP) (García Fernández *et al.*, 2014).

- Lesiones por presión
- Lesiones por humedad
- Lesiones por fricción
- Lesiones por acción combinada de presión y humedad
- Lesiones por acción combinada de presión y fricción
- Lesiones por acción combinada de humedad y fricción
- Lesiones por causa multifactorial

La teoría señala cuatro factores etiológicos (presión, cizalla, humedad y fricción) involucrados en la formación de estas lesiones crónicas (García Fernández *et al.*, 2014). Así mismo, se subraya la existencia de factores coadyuvantes involucrados en el desarrollo de cada una de estas lesiones que, si bien no son los causantes directos de la lesión, sí participan en su desarrollo. Estos se pueden agrupar en:

- *Agresiones externas*: exposición a la humedad, y otro tipo de factores lesivos como drenajes, catéteres, radioterapia, etc.
- *Desórdenes nutricionales del tejido*: alteraciones nutricionales, alimentarias o de hidratación.

- *Alteraciones en la oxigenación de los tejidos*: por alteración del estado hemodinámico, de la perfusión tisular periférica, anemia, alteraciones en la respiración, tabaquismo, diabetes, etc.
- *Alteraciones de la piel*: maceración, sequedad, eritema, etc.

Cabe señalar que la TRM destaca el papel de la enfermería en la prevención de las lesiones crónicas asociadas a la dependencia. Se calcula que un 95% de estas lesiones son consideradas como evitables, claro indicativo de un fracaso en la prevención y responsabilidad directa de enfermería. La prevención de estas lesiones parte de una adecuada planificación de los cuidados, previa valoración exhaustiva y minuciosa de los riesgos del paciente (García Fernández *et al.*, 2014).

## DESARROLLO DE LA TRM EN EL CASO

El 10 de agosto de 2021, la hermana del paciente pide cita telefónica con enfermería para comentar que desde hace varios días tiene la zona glútea roja con dolor y picor. Se acude a domicilio para una primera valoración.

En la exploración se objetiva una lesión en zona glútea izquierda medial de un tamaño de 7 × 9 cm con bordes no definidos. Úlcera desplazada de zona de presión sacra: 9 cm. Se observa un área enrojecida no blanqueable que presenta induración y mayor temperatura al tacto que los tejidos adyacentes. El paciente refiere dolor y picor en la zona. No se objetivan otras lesiones.

Cabe señalar que el paciente cuenta con una cama con colchón antiescaras y una silla adaptada que estaba utilizando con un cojín tipo donut. Refiere pasar la mayoría del tiempo en decúbito supino. En el examen visual se objetiva sequedad leve en la piel y no se observan edemas.

Otro dato que tener en cuenta es el cambio de cuidador en el último mes, quien no lleva a cabo los cambios posturales adecuados.

Debido a esa falta de ánimo que se comentó anteriormente la ingesta nutricional es parcialmente adecuada.

Diagnóstico de la herida y valoración de riesgos.

Se clasifica la lesión que presenta como lesión por multicausal con afectación de tejidos profundos.

Dentro del esquema para la valoración de los factores de riesgo que se pueden apreciar en la figura 3, observamos que nuestro paciente presenta como factores etiológicos la presión, la humedad y la fricción. Como factores coadyuvantes se describen alteraciones de la piel (maceración, sequedad y eritema) y en la oxigenación de los tejidos (debido a la anemia). Además, la actividad y movilidad disminuidas conlleva una reducción de la capacidad de reposicionamiento que, junto con la disminución de la percepción sensorial, tienen como resultado un aumento de la presión.



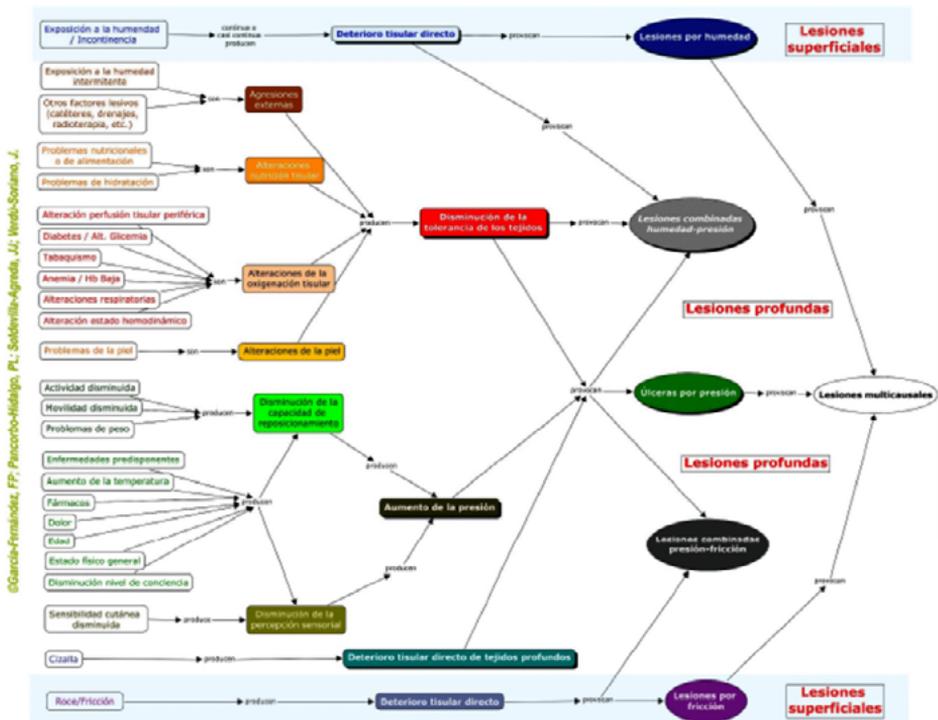


Figura 3. Mapa conceptual sobre el desarrollo de las LAD (García Fernández *et al.*, 2014).

## VALORACIÓN INTEGRAL

Dado que la TRM tiene como objetivo la valoración de las lesiones, nos vemos obligados a utilizar otro sistema de valoración para contemplar el resto de las áreas y así, desde una visión holística, podamos detallar un plan de cuidados integral. El sistema que se utiliza en esta ocasión es la Valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon.

### PATRÓN FUNCIONAL 1: PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

El paciente verbaliza que su estado de salud es malo. Se trata de un paciente polimedicado, aunque niega efectos adversos relacionados con el tratamiento.

Presenta un estado de vacunación completo y en el momento de la valoración está pendiente de vacunación contra la gripe.

Es exfumador desde hace más de 10 años y no presenta consumo del resto de tóxicos.

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA	INDICACIONES	
Omeprazol	20 mg	1-0-0	Exceso de ácido gástrico
Lacrilosa	10 g/15 ml	1-1-1	Estreñimiento
Linaclotida	290 mcg	1-0-0	Síndrome del intestino irritable
Cianocobalamina Sol. Iny.	1000 mcg	IM c/3 meses	Anemia perniciosa
Espironolactona	100 mg	50 mg 1-0-0	Hipertensión, edemas
Pravastatina	20 mg	0-0-1	Hipercolesterolemia
Micrabegron	50 mg	0-0-1	Síndrome de vejiga hiperactiva
Oxcarbamazepina	300 mg	1-0-1	Epilepsia
Lorazepan	1 mg	1-1-1	Ansiedad
Hidroxicina	25 mg	1-0-1	Ansiedad, prurito
Trazadona	100 mg	0-0-2	Depresión

Figura 4. Tratamiento farmacológico.

Vive con un cuidador informal contratado por su familia (que ha cambiado este último mes) y cuenta durante el día con la asistencia domiciliaria ofertada por el ayuntamiento tres días por semana (lunes, miércoles y viernes). Además, tiene a su disposición el servicio de acompañamiento domiciliario los martes y jueves.

El paciente vive en la planta baja de una casa de dos plantas. Dispone de una cama geriátrica con colchón antiescaras. Tiene dos sillas adaptadas para la sedestación y el traslado. Además, cuenta con un baño adaptado con agarrador y con silla especial para el aseo.

Tiene reconocido el grado II de dependencia.

Patrón alterado. El paciente verbaliza una percepción negativa respecto a su salud.

## PATRÓN FUNCIONAL 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

El paciente refiere no realizar una dieta especial. La alimentación es parcialmente adecuada, reconoce abusar de los hidratos de carbono y evita algunos grupos de alimentos, pescado, algunas carnes y parte de los lácteos (caracterizados por su alto contenido en proteínas).

Refiere un consumo adecuado de agua, entre un litro y dos al día, y no toma suplementos alimenticios. Considera que últimamente su apetito se ha visto disminuido.

La dentición es propia, aunque se encuentra en mal estado; está pendiente de consulta con el maxilofacial del hospital para extraerle la mayoría de las piezas y colocarle una prótesis total. Se observa mucosa oral normohidratada y sin lesiones aparentes en la cavidad bucal.



Se administran dos escalas para la objetivación del riesgo de desarrollar UPP, en el test de Braden se obtiene una puntuación de 11 puntos y en el test de Norton se alcanzan los 10 puntos; ambos resultados confirman un riesgo alto.

Patrón alterado. El paciente presenta apetito disminuido, evita algunos grupos de alimentos, presenta alto riesgo de desarrollar UPP y en la actualidad presenta una lesión relacionada con la dependencia.

### PATRÓN FUNCIONAL 3: ELIMINACIÓN

El paciente refiere presentar problemas con la eliminación. Por un lado, tiene problemas de estreñimiento que intenta corregir con la dieta y, como último remedio, con laxantes.

Por otro lado, presenta una talla vesical desde 2009, se observa orina normocolúrica en bolsa colectora.

Patrón alterado. Precisa de medidas auxiliares para el manejo del patrón.

### PATRÓN FUNCIONAL 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Presenta movilidad disminuida debido a su patología degenerativa. Actualmente hace vida cama-sillón y es dependiente para las ABVD; según el Índice de Katz es dependiente para las 6 funciones y según el Índice de Barthel (0 puntos) presenta una dependencia total.

Las constantes se encuentran dentro de parámetros aceptables y las respiraciones son de intensidad y frecuencia normal.

No realiza actividades de ocio.

Patrón alterado. Gran dependiente, no refiere actividades recreativas.

### PATRÓN FUNCIONAL 5: SUEÑO-DESCANSO

Refiere despertarse en varias ocasiones durante la noche con pesadillas. Toma medicación para dormir, pero no consigue corregir sus problemas de sueño y refiere no tener energía durante el día.

Patrón alterado. Sueño no reparador.

### PATRÓN FUNCIONAL 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

Paciente orientado en las tres esferas, no muestra dificultades en la capacidad de comprensión y expresa mediante un lenguaje claro. Se administra el Test de Pfeiffer, que indica funcionamiento intelectual normal dado que obtiene 2 puntos.

No están descritas alteraciones visuales o auditivas.



con anterioridad, el ayuntamiento a su vez le ha brindado la asistencia para el aseo todas las mañanas y una figura de acompañante que acude para hablar con él varios días a la semana.

Los test utilizados dentro de la valoración de este patrón son el Test de Zarit, que indica que no hay sobrecarga del cuidador (36 puntos), y la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, que concluye con 8 puntos, señalando una situación social aceptable.

Riesgo de alteración del patrón. El paciente presenta un grupo de interacción bastante escueto, con escasas relaciones de amistad.

#### PATRÓN FUNCIONAL 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

El paciente no refiere disfuncionalidad en este patrón, refiere que su sexualidad no es algo que le preocupe.

Patrón normal.

#### PATRÓN FUNCIONAL 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

El paciente verbaliza un mal manejo de las situaciones difíciles y utiliza medicación para el control de las situaciones estresantes.

Patrón alterado. Mala adaptación a su situación y proceso vital.

#### PATRÓN FUNCIONAL 11: VALORES-CREENCIAS

Refiere ser creyente y explica que la religión tiene importancia en su vida. Comenta que su estado de salud no afecta a sus creencias, aunque rechaza hablar sobre este tema.

Patrón no valorable.

### PLAN DE CUIDADOS

Se utilizó el modelo AREA (Análisis de Resultado del Estado Actual), impulsado por la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería, para la priorización de diagnósticos. Como resultado se primó la actuación sobre los diagnósticos: 00257.-Síndrome de fragilidad del anciano (tabla 1), 00046.-Deterioro de la integridad cutánea (tabla 2) y 00004.-Riesgo de infección (tabla 3). En las tablas a continuación descritas se explica el Plan de Cuidados para cada diagnóstico.

# MODELO ÁREA

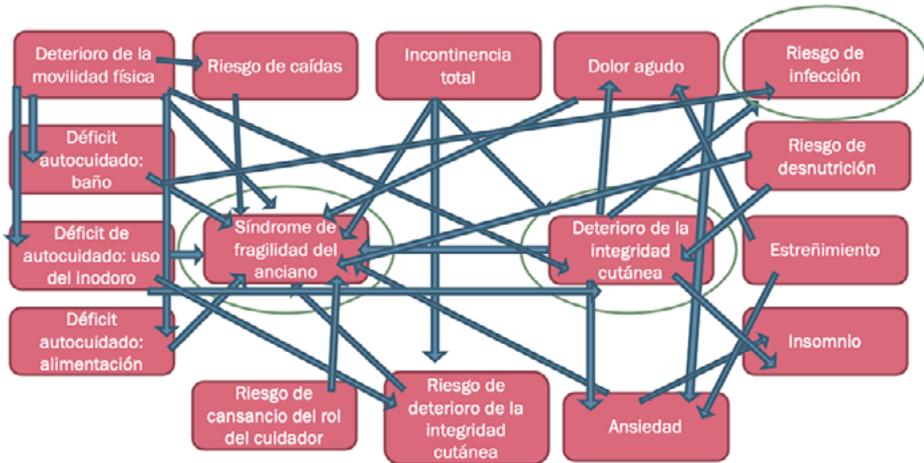


Figura 6. Modelo ÁREA.

TABLA 1. 00257.- SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO (Paniagua Asensio, 2020)

NANDA	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.	Ansiedad. Disminución de la fuerza muscular. Deterioro del equilibrio postural. Tristeza.	Déficit de autocuidado en el baño. Déficit de autocuidado en el vestido. Déficit de autocuidado en la alimentación. Déficit de autocuidado en el uso del inodoro. Desesperanza. Deterioro de la movilidad física. Aislamiento social.
EVIDENCIA DISPONIBLE (Bapen, 2010)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar un enfoque interprofesional y centrado en la persona para apoyar a los adultos mayores frágiles (Ebrahimi <i>et al.</i>, 2014).</li> <li>- Derivar a un nutricionista para una dieta terapéutica individualizada (Von Arnim <i>et al.</i>, 2013).</li> <li>- Controlar la pérdida de peso ya que se considera un componente principal del síndrome de fragilidad (Yannakoulia <i>et al.</i>, 2017).</li> <li>- Desarrollar una relación de confianza y receptiva con pacientes frágiles (Bindels <i>et al.</i>, 2013).</li> </ul>		

NOC	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
3102.-AUTOCONTROL: ENFERMEDAD CRÓNICA		
Controla e informa de signos y síntomas de las complicaciones.	3.-A veces demostrado	5.-Siempre demostrado
Sigue el tratamiento recomendado. «La pastilla del dolor solo me la tomo cuando estoy mal».	2.-Raramente demostrado	4.-Frecuentemente demostrado
Sigue la dieta recomendada.	2.-Raramente demostrado	4.-Frecuentemente demostrado
Participa en las decisiones de atención sanitaria. «No tengo ni voz ni voto».	1.-Nunca demostrado	5.-Siempre demostrado
NIC		
5230.- MEJORAR EL AFRONTAMIENTO		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones.</li> <li>- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.</li> <li>- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</li> <li>- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>- Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.</li> </ul>		
NIC		
5510.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.</li> <li>- Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana.</li> <li>- Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicios, etc.</li> <li>- Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud.</li> <li>- Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.</li> </ul>		

TABLA 2. 00046.- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (Paniagua Asensio, 2020)

NANDA	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
Alteración de la epidermis y/o la dermis.	Humedad excesiva. Presión sobre prominencia ósea Fuerzas de cizallamiento. Disminución de la movilidad física.	Dolor agudo. Alteración de la coloración de la piel. Interrupción de la integridad de la piel. Área localizada caliente al tacto. Prurito. Hematoma.

EVIDENCIA DISPONIBLE (Bapen, 2010)

- Se debe utilizar una herramienta de evaluación de riesgos validada, como la escala de Norton o la escala de Braden, para identificar a los clientes en riesgo de rotura de la piel relacionada con la inmovilidad (NPUAP / EPUAP, 2014).
- Controlar las prácticas de cuidado de la piel del paciente (Baranoski & Ayello, 2016). Mantener una buena higiene de la piel. Brindar educación al paciente sobre buenas prácticas de higiene de la piel (Doenges, Moorhouse y Murr, 2016).
- Evalúe el uso de superficies de apoyo (colchones especiales, camas), cojines para sillas o dispositivos, según corresponda. Mantenga la cabecera de la cama al menor grado de elevación posible para reducir el cizallamiento y la fricción, y utilice dispositivos elevadores, almohadas, cuñas de espuma y dispositivos reductores de presión en la cama (Brienza *et al.*, 2016; NPUAP y EPUAP, 2014). Establecer la frecuencia de cambios posturales (NPUAP & EPUAP, 2014).
- Educar al paciente y los cuidadores sobre la nutrición adecuada, los signos y síntomas de infección y cuándo avisar (NPUAP y EPUAP, 2014).
- Una visita domiciliaria puede proporcionar educación en el hogar esencial, un plan de atención específico para el paciente y reducir los costos de atención médica (Vrtis, 2013).
- Instruir y ayudar al paciente y a los cuidadores sobre cómo cambiar los apósitos y mantener un ambiente limpio.
- Proporcione instrucciones escritas y observe a los cuidadores en la realización de la técnica. Un plan escrito garantiza la coherencia en la atención y la documentación (Baranoski y Ayello, 2016).

NOC 1103.- CURACIÓN DE LA HERIDA POR SEGUNDA INTENCIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
Piel macerada	4.-Extenso	1.-Escaso
Eritema perilesional	3.-Moderado	1.- Escaso
Inflamación de la herida	4.- Extenso	1.- Escaso
Disminución del tamaño	4.- Sustancial	1.- Ninguno
NIC 3360.- CUIDADOS DE LAS HERIDAS		

- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas.
- Colocar mecanismos de alivio de presión (p. ej., colchones con baja pérdida de aire, de espuma o gel; almohadillas para el codo o el talón; cojín para la silla).
- Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.
- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.

NOC 1605.- CONTROL DEL DOLOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
Reconoce el comienzo del dolor. «Intento aguantar lo que pueda».	3.- A veces demostrado	5.- Siempre demostrado
Utiliza analgésicos como se recomienda. «Me lo tomo cuando no aguanto».	1.- Nunca demostrado	5.- Siempre demostrado
Reconoce los síntomas asociados al dolor.	2.- Raramente demostrado	5.- Siempre demostrado



Refiere dolor controlado	1.- Nunca demostrado	5.- Siempre demostrado
NIC 2380.- MANEJO DE LA MEDICACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.</li> <li>- Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.</li> <li>- Enseñar al paciente y/o a los familiares el método de administración de los fármacos.</li> <li>- Monitorizar la eficacia de administración de la medicación.</li> </ul>		

TABLA 3. 00004.- RIESGO DE INFECCIÓN (Paniagua Asensio, 2020)		
NANDA	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.	Procedimiento invasivo (talla vesical).	Dificultad para gestionar dispositivos invasivos a largo plazo. Deterioro de la integridad cutánea. Retención de los fluidos corporales.
EVIDENCIA DISPONIBLE (Bapen, 2010)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar al paciente y cuidadores los factores de riesgo que contribuyen a la infección de la herida. Asegurar la manipulación aséptica (Murphy, 2014).</li> <li>- Observar e informar de enrojecimiento, calor, secreción y aumento de la temperatura corporal. Los cambios en el estado mental, fiebre, temblores, escalofríos e hipotensión son indicadores de sepsis (Perry, Potter y Ostendurr, 2014).</li> <li>- Fomentar la ingesta de líquidos (Ackley y Ladwig, 2014; Personal de la Clínica Mayo, 2016).</li> <li>- Todos los catéteres permanentes deben conectarse a un sistema de drenaje cerrado y estéril. Mantener la bolsa del drenaje por debajo de la cama quedando sujeta para evitar tirones.</li> </ul>		
NOC 1924.- CONTROL DE RIESGO: PROCESO INFECCIOSO	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
Indicador: Identifica signos y síntomas de infección.	Raramente demostrado	Siempre demostrado
Indicador: Mantiene el entorno limpio.	A veces demostrado	Siempre demostrado
Indicador: Practica la higiene de manos.	Nunca demostrado	Siempre demostrado
NIC 6540.-Control de infecciones		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.</li> <li>- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.</li> <li>- Fomentar la ingesta de líquidos.</li> <li>- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar.</li> <li>- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.</li> </ul>		

10/08/21: Llama la hermana del paciente para avisar que presenta una rojez y molestias en «la nalga». Se acude a domicilio. Se realiza una valoración integral del paciente. Se diagnostica en un principio: UPP de grado 1 en nalga izq. Tamaño de la lesión: 7 × 9 cm. La zona lesionada presenta petequias de aspecto violáceo y leve induración. En el momento de la valoración se encuentra en decúbito supino. Se pregunta a su cuidador por el día a día del paciente para analizar el contexto de la situación. Se dan consejos específicos a su cuidador de cambios posturales y de nutrición. Se pone apósito de protección en sacro + AGHO. Se cita para nueva valoración en 3 días. Se habla con MF para controlar el dolor.

13/08/21: El paciente refiere sentir un poco *más de dolor en la zona*. Las cuidadoras que lo bañan le retiraron el apósito por equivocación el día anterior (12/08). Misma descripción de la lesión. Se repite pauta de cura y se dan consejos para los cuidados de la zona. Se insiste en la importancia del mantenimiento del apósito para proteger la zona. Se cita para dentro de 4 días.

15/08/21: La hermana llama por «empeoramiento de la zona». Se acude a domicilio para valorar la lesión y se observa un empeoramiento de la úlcera. Se encuentra al paciente en decúbito supino, que se queja de *más dolor*. Mayor tamaño 8 × 10 cm e induración en la zona. Piel íntegra con abrasión en el tejido central con gran exposición a la humedad. No hay signos de infección. Se analiza la situación del paciente dado su empeoramiento con el *nuevo modelo para las LAD*. Se llega a la conclusión de que estamos ante una lesión de tipo multicausal (fricción + humedad + presión). Se analizan también los «factores coadyuvantes» que pueden estar empeorando la situación (refiere que la grúa para el baño le molesta en la zona, cojín estilo donut y cambios posturales no adecuados).

Realizamos una valoración anímica del paciente ante este empeoramiento. Refiere encontrarse «cansado de vivir así».

Se cambia pauta de cura y se dan nuevos consejos al *cuidador* del paciente para controlar los puntos de presión + cizallamiento y para mantener una piel correctamente hidratada. También se refuerza la importancia de los cambios de absorbentes y una correcta gestión de la humedad. Se cita para nueva valoración y cura en 72 h. «Se habla con MF para controlar el aumento del dolor».

18/08/21: Zona con «mejor aspecto, menos induración», aunque con las mismas características en cuanto a tamaño y coloración que en la ocasión anterior. Se entrega una guía clínica para cuidadores al cuidador privado para apoyar la educación que le habíamos realizado en la anterior cita. Nos comenta que ha estado realizando los cambios posturales recomendados y está evitando usar la silla de ruedas y la postura supina mientras dure la lesión. Han comprado un cojín terapéutico cambiando el anterior estilo donut. Intentan mejorar la alimentación añadiendo comidas con mayor aporte proteico.

En el momento de la consulta domiciliaria se encontraba también el personal de ayuda a domicilio que acudía para ayudar a asear al paciente, nos quedamos para valorar a petición del paciente cómo realizaban el baño y si de alguna manera contribuyen al empeoramiento de la lesión.



El cuidador privado se ofrece a ayudar a las cuidadoras de asistencia en domicilio para que no tengan que utilizar la grúa.

23/08/21: Se revalora la lesión, que presenta «menor» induración y mejor aspecto de las abrasiones. No hay signos de infección y la zona perilesional se encuentra intacta. Se refuerzan las recomendaciones dadas.

26/08/21: Lesión en fase de epitelización, no enrojecimiento ni edema, nulo exudado. «Refiere no tener tanto dolor». Se refuerzan las recomendaciones dadas a su cuidador y hermana.

30/08/21: Lesión en fase de cicatrización. No enrojecimiento, ni edema, nulo exudado. No tiene dolor. Se produce un *cambio del cuidador* contratado por la familia. Se organiza una entrevista para asesorar a la *nueva cuidadora* sobre el estado actual y recomendaciones en el cuidado del paciente.

02/09/21: Lesión con las mismas características (fase cicatrización). La cuidadora nos comenta que se están realizando los baños con la grúa porque les resulta muy difícil movilizar al paciente ellas solas. Se refuerzan recomendaciones.

06/09/21: Lesiones en fase de resolución. Zona con mejor aspecto, buena coloración. *Mejor* estado general del paciente. Se refuerzan recomendaciones.

13/09/21: Piel íntegra. Se dan consejos para el cuidado de la piel y cuidado de personas dependientes.

## ESTADO ACTUAL

- Continúa en su domicilio con servicio de atención domiciliaria para el aseo y acompañamiento.
- Se ha añadido a su hermana y cuidadora en los talleres de cuidadoras que realizaremos el próximo año.
- Su hermana ha pedido ayuda psicológica a domicilio para intentar aumentar su autoestima y que se adapte mejor a la situación.
- Piel intacta. Adecuados cambios posturales y cuidados por parte de su familia y cuidadores privados.
- Está intentando controlar más la dieta, llevando un adecuado aporte calórico y proteico, así como de líquidos.
- Se encuentra más tranquilo al haberse recuperado de su lesión.
- Duerme mejor y se encuentra descansado durante el día.
- En seguimiento continuo por parte de la UAF tanto telefónicamente como visitas domiciliarias.

RECIBIDO: 10-1-2022; ACEPTADO: 20-1-2022

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKLEY, B.J. y LADWIG, G.B. *Nursing diagnosis handbook*. 12.ª edición. Oxford: Elsevier; 2020.
- BAPEN. *Malnutritional Universal Screening Tool* [internet] 2010 [consultado en 29/10/2021]. Disponible en <https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-toolkit.pdf>.
- ELSEVIER. Nnnconsult [internet] 2021 [consultado en 29/10/2021]. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, F.P., SOLDEVILLA AGREDA, J.J., PANCORBO HIDALGO, P.L., VERDÚ SORIANO, J., LÓPEZ CASANOVA, P. y RODRÍGUEZ PALMA, M. *Prevención de úlceras por presión* [internet] Logroño: GNEAUPP; 2014 [consultado el 29/10/2021]. Disponible en <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/Prevencion-de-las-ulceras-por-presion-segunda-edicion.pdf>.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, F.P., SOLDEVILLA AGREDA, J.J., PANCORBO HIDALGO, P.L., VERDÚ SORIANO, J., LÓPEZ CASANOVA, P. y RODRÍGUEZ PALMA, M. *Clasificación y categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia* [internet] Logroño: GNEAUPP; 2014 [consultado el 29/10/2021]. Disponible en <http://gneaupp.info/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-2/>.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, F.P., SOLDEVILLA AGREDA, J.J., VERDÚ, J. y PANCORBO HIDALGO, P.L. *A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions* [internet] J Nurs Scholarsh, 2014 [consultado el 29/10/2021]; 46(1): 28-38. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12051/pdf>.
- OMS. *Enfermedades no transmisibles* [internet] 2021 [consultado el 29/10/2021]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- PANIAGUA ASENSIO, M.L. *Lesiones relacionadas con la dependencia: prevención, clasificación y categorización* [internet] GNEAUPP, 2020 [consultado en 29/10/2021]. Disponible en <https://www.passeidireto.com/arquivo/82691081/paniagua-2020-lrd-prevencion-clasificacion-y-categorizacion>.
- SERVICIO CANARIO DE SALUD, Gobierno de Canarias. *Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias* [internet]. Entheos, 2015 [consultado el 29/10/2021]. Disponible en <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>.



