

Facultad de Enfermería y Podología



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2020 /2021

“Aproximación al cuidado integral de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia mediante enseñanza de un caso figurativo”

Alumna:

Cristina Caamaño Jáudenes

Ferrol, junio de 2021

DIRECTORES:

- Dr. Luis Fernando Arantón Areosa
- Dr. José María Rumbo Prieto

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer a mis Directores de TFG, Luis Arantón y José María Rumbo, la ayuda y apoyo que me han brindado a lo largo de estos meses.

ÍNDICE:

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	05
ÍNDICE DE TABLAS.....	06
ÍNDICE DE FIGURAS.....	07
RESUMEN.....	08
RESUMO.....	09
ABSTRACT.....	10
1. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Justificación.....	11
1.2. Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD)	11
1.3. Las LCRD como problema de salud.....	16
1.4. Abordaje holístico de las LCRD.....	19
2. OBJETIVOS.....	23
3. METODOLOGÍA.....	24
3.1. Tipo de estudio.....	24
3.2. Material y métodos.....	24
3.3. Aspectos ético-legales.....	24
4. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	25
4.1. Descripción.....	25
4.2. Valoración.....	25
4.3. Plan de cuidados.....	27
4.4. Evolución de la LCRD.....	32
4.5. Resolución de la LCRD.....	36
5. DISCUSIÓN.....	42
6. BIBLIOGRAFÍA.....	45
7. ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS:

AGHO:	Ácidos Grasos Hiperóxigenados
AP:	Atención Primaria
CSS:	Centros Socio-sanitarios
DAI:	Dermatitis asociada a incontinencia
EPAUP:	European Pressure Ulcer Advisory Panel
EVA:	Escala Visual Analógica
GNEAUPP:	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas
GPC:	Guía de Práctica Clínica
LCRD:	Lesión Cutánea Relacionada con la Dependencia
LESCAH:	Lesión Cutánea Asociadas A Humedad
LPP:	Lesión por presión
NANDA-I:	North American Nursing Diagnosis Association- International
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
NPUAP:	National Pressure Ulcer Advisory Panel
SEMP:	Superficies Especiales para el Manejo de la Presión
UPP:	Úlcera por Presión

ÍNDICE DE TABLAS:

- Tabla I:** Prevalencia LCRD y sus tipos según entorno asistencial
- Tabla II:** Coste anual del tratamiento de cada categoría de UPP según nivel asistencial
- Tabla III:** Factores causales relacionados con el deterioro de la integridad de la piel.
- Tabla IV:** Intervenciones NIC relacionados con el cuidado de UPP y otras LCRD
- Tabla V:** Resultados NOC relacionados con el cuidado de UPP y otras LCRD
- Tabla VI:** Diagnósticos NANDA en relación al modelo de las 14 Necesidades de V. Henderson
- Tabla VII:** Productos utilizados en función del objetivo del tratamiento de la UPP
- Tabla VIII:** Productos utilizados en función del objetivo del tratamiento de la UPP

ÍNDICE DE FIGURAS:

- Figura 1:** Clasificación de las UPP según la EPUAP-NPUAP
- Figura 2:** Modelo teórico de desarrollo de las UPP y otras lesiones relacionadas con la dependencia.
- Figura 3:** Diagnóstico diferencial de las LRCR según etiología.
- Figura 4:** Diferenciación etiológica de las LRCR por planos cutáneos
- Figura 5:** UPP de categoría I
- Figura 6:** Red de razonamiento inicial
- Figura 7:** Red de razonamiento con relaciones establecidas y priorización de diagnósticos.
- Figura 8:** UPP no estadiable.
- Figura 9:** UPP necrosada
- Figura 10:** Aspecto de la UPP a las 96 h tras el ingreso
- Figura 11:** Aspecto al 5º día, UPP categoría III
- Figura 12:** Aspecto al 5º día, UPP categoría III
- Figura 13:** Tejido de granulación. Día 23
- Figura 14:** Aumento del tejido de granulación. Día 38
- Figura 15:** Lesión cubierta de tejido de granulación. Día 78
- Figura 16:** Tejido de epitelización en lecho ulceral. 4 meses
- Figura 17:** Tejido epitelial en toda la superficie. 5 meses
- Figura 18:** Lesión epitelizada. 6 meses

RESUMEN:

Introducción: Las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) son consideradas un problema social y económico, además un factor que disminuye la calidad de vida del paciente. Se pueden clasificar en 4 tipos en función su etiología (presión, fricción, cizalla y humedad), y otras lesiones derivadas de la combinación de varios de ellos. Cada tipo de LCRD tiene unas características específicas y diferente grado de afectación cutánea, pudiendo afectar a los planos profundos de la piel o a los superficiales. Su abordaje y tratamiento dependerá de los conocimientos y habilidades necesarios para poder diferenciarlas; así como de una buena valoración del riesgo para para instaurar los cuidados preventivos más adecuados.

Objetivo: Dar a conocer las pautas básicas para el cuidado integral de un caso clínico de úlcera por presión, a través de una exposición figurativa y aplicación de cuidados de enfermería basados en la evidencia.

Metodología: Desarrollo de un caso clínico expositivo y figurativo, planteado según el método de aprendizaje basado en problemas. Valoración integral de enfermería según las 14 Necesidades de Virginia Henderson. Elaboración de un plan de cuidados según la taxonomía II de NANDA-NOC-NIC. Aplicación del modelo AREA en la priorización de los diagnósticos de enfermería. Uso de la escala Braden para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Estrategia de cuidados integrales según evolución fisiopatológica simulada y aplicación de algoritmos y procedimientos estandarizados según práctica clínica basada en la evidencia.

Resultados: El caso clínico figurativo se relacionó con una mujer que padecía úlcera por presión en zona sacra. De 12 diagnósticos identificados se elaboró un plan de cuidados con 3 diagnósticos NANDA, 10 resultados NOC y 18 intervenciones NIC con 45 acciones de enfermería. El abordaje terapéutico (y su aprendizaje) fue progresando según la evolución clínica de la lesión siguiendo pautas de pensamiento crítico. El cronograma se estableció por un periodo de seguimiento de 6 meses con el fin de lograr la recuperación total de la integridad tisular.

Conclusiones: La utilización de este caso clínico figurativo nos permite identificar las pautas de actuación enfermera (cuidados basados en la evidencia) para prevenir una UPP y su posterior tratamiento a lo largo de su evolución, hasta su cicatrización final. Los resultados obtenidos pueden servir de base pedagógica y formular hipótesis de estudios de investigación que permitan profundizar en el gran problema de salud que son las LCRD.

Palabras clave: Úlcera por presión; Úlcera Cutánea; Cuidados de enfermería; Persona encamada; Estudio de casos; Aprendizaje basado en problemas.

“Aproximación ao coidado integral de lesións cutáneas relacionadas coa dependencia mediante ensinanza dun caso figurativo”

RESUMO:

Introdución: As lesións cutáneas relacionadas coa dependencia (LCRD) considéranse un problema social e económico, así como un factor que diminúe a calidade de vida do paciente. Pódense clasificar en 4 tipos segundo a súa etioloxía (presión, rozamento, corte e humidade), e outras lesións derivadas da combinación de varias delas. Cada tipo de LCRD ten características específicas e un grao diferente de afectación da pel, podendo afectar aos planos profundos ou superficiais da pel. O seu enfoque e tratamento dependerá dos coñecementos e habilidades necesarios para poder diferenciarlos; así como unha boa avaliación de riscos para establecer a atención preventiva máis axeitada.

Obxectivo: Dar a coñecer as pautas básicas para o coidado integral dun caso clínico de úlcera por presión, a través dunha exposición figurativa e aplicación de coidados de enfermaría baseados na evidencia.

Metodoloxía: Desenvolvemento dun caso clínico expositivo e figurado, plantexado segundo o método de aprendizaxe baseado en problemas. Avaliación integral de enfermaría segundo as 14 necesidades de Virginia Henderson. Elaboración dun plan de coidados segundo a taxonomía II de NANDA-NOC-NIC. Aplicación do modelo AREA na priorización dos diagnósticos de enfermaría. Uso da báscula de Braden para avaliar o risco de deterioro da integridade da pel. Estratexia de atención integral segundo evolución fisiopatolóxica simulada e aplicación de algoritmos e procedementos estandarizados segundo a práctica clínica baseada na evidencia

Resultados: O caso clínico figurativo relacionouse cunha muller con úlcera de presión na zona sacra. A partir de 12 diagnósticos identificados, preparouse un plan de atención con 3 diagnósticos NANDA, 10 resultados NOC e 18 intervencións NIC con 45 accións de enfermaría. O enfoque terapéutico (e a súa aprendizaxe) progresou segundo a evolución clínica da lesión, seguindo pautas de pensamento crítico. O calendario estableceuse para un período de seguimento de 6 meses para lograr a recuperación completa da integridade dos tecidos.

Conclusións: o uso deste caso clínico figurado permítenos identificar as pautas de acción de enfermaría (coidados baseados na evidencia) para evitar unha PU e o seu posterior tratamento ao longo da súa evolución, ata a súa curación final. Os resultados obtidos poden servir de base pedagóxica e formular hipóteses para estudos de investigación que nos permitan afondar no gran problema de saúde que é o LCRD.

Palabras chave: Úlcera por presión; Úlcera da pel; Coidados de enfermaría; Persoa encamada; Estudo de casos; Aprendizaxe baseada en problemas.

“Approach to comprehensive care of dependency-related skin lesions through figurative case teaching”

ABSTRACT:

Introduction: Dependency-related skin lesions (CRLD) are considered a social and economic problem, in addition a factor that decreases the patient's quality of life. They can be classified into 4 types according to their etiology (pressure, friction, shear and humidity), and other lesions derived from the combination of several of them. Each type of CRCLD has specific characteristics and different degrees of cutaneous involvement, and may affect deep or superficial skin planes. Their approach and treatment will depend on the knowledge and skills necessary to differentiate between them, as well as a good risk assessment to establish the most appropriate preventive care.

Objective: To make known the basic guidelines for the comprehensive care of a clinical case of pressure ulcer, through a figurative presentation and application of evidence-based nursing care.

Methodology: Development of an expository and figurative case report, presented according to the problem-based learning method. Comprehensive nursing assessment according to the 14 Needs of Virginia Henderson. Development of a care plan according to NANDA-NOC-NIC taxonomy II. Application of the AREA model in the prioritization of nursing diagnoses. Use of the Braden scale to assess the risk of skin integrity deterioration. Comprehensive care strategy according to simulated pathophysiological evolution and application of algorithms and standardized procedures according to evidence-based clinical practice.

Results: The clinical case was related to a woman suffering from a pressure ulcer in the sacral area. From 12 diagnoses identified, a care plan was developed with 3 NANDA diagnoses, 10 NOC outcomes and 18 NIC interventions with 45 nursing actions. The therapeutic approach (and its learning) progressed according to the clinical evolution of the lesion following critical thinking guidelines. The schedule was established for a follow-up period of 6 months in order to achieve full recovery of tissue integrity.

Conclusions: The use of this figurative clinical case allows us to identify the nursing action guidelines (evidence-based care) to prevent a PU and its subsequent treatment throughout its evolution, until its final healing. The results obtained can be used as a pedagogical basis and to formulate hypotheses for research studies that will allow us to delve deeper into the major health problem of CRPL.

Keywords: Pressure ulcer; skin ulcer; Nursing care; Bedridden person; Case study; Problem-based learning.

1. INTRODUCCIÓN:

1.1. Justificación:

Las lesiones cutáneas crónicas, son lesiones de la piel con una escasa o nula tendencia a la cicatrización. Prevenirlas y tratarlas hasta la curación (cuando no han podido prevenirse) son una de las acciones de cuidados más habituales dentro de la actividad clínica de los profesionales de enfermería en los distintos contextos asistenciales (atención hospitalaria, atención primaria y atención sociosanitaria) ⁽¹⁾.

La situación epidemiológica y socioeconómica que rodea a este tipo de lesiones crónicas actualmente, las ha convertido en un problema sanitario de primer orden, ya que pueden ser, según el caso, causa (amputación de pie diabético) o consecuencia (úlceras por presión, úlceras vasculares...) de discapacidad o dependencia; son, por tanto, un problema de salud importante que interesa poner de manifiesto, puesto que numerosos estudios y expertos aseguran que en la mayoría de los casos podrían evitarse con unos cuidados adecuados y con una buena base formativa de los profesionales, orientada a saber identificar y valorar el riesgo de padecerlas ⁽¹⁻⁴⁾.

La práctica de resolución de casos clínicos, desde el enfoque basado en problemas, nos enfoca a asimilar los conceptos de forma dinámica y activa, pero de manera secuencial: 1) Definición de idea o problema, 2) contextualización y 3) introducción del problema por etapas; supone una técnica de aprendizaje que fomenta la reflexión y el pensamiento crítico, siendo éste suficiente para tomar decisiones adecuadas para un correcto abordaje clínico y de atención de cuidados pero, sobre todo, porque tiene en cuenta varias alternativas provenientes de diversas fuentes de información (datos clínicos, experiencia profesional, evidencias científicas, protocolos, guías, etc.); lo que junto con una tutorización experta, son elementos básicos para adquirir los conocimientos y competencias necesarias para afrontar casos similares ^(5,6).

1.2. Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD):

El actual abordaje holístico e integral de este tipo de lesiones, afortunadamente ha relegado aquel concepto desolador que consideraba a las LRCRD como algo "inevitable" y cuyo tratamiento se dispensaba como una práctica casi paliativa, considerando esos

cuidados, como una tarea poco agradecida, muy costosa y además escasamente reconocida ⁽⁷⁾.

Haciendo hincapié en las etiologías de las lesiones cutáneas crónicas, se observa que tradicionalmente en las lesiones de etiología física o traumática, estaban enmarcadas las denominadas úlceras por presión (UPP), abarcando estas, a su vez, a otra serie de lesiones con diversa etiología, en la que se combinaban varios factores coadyuvantes o favorecedores (fricción, presencia de humedad y cizallamiento), dando lugar a varias circunstancias etiológicas específicas, con características propias y aplicación de cuidados y tratamiento específicos diferentes unas de otras ⁽⁸⁾.

El concepto de UPP se ha ido revisando y modificando en los últimos años. El comité nacional de úlceras norteamericano “National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)” y el europeo “European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)” realizaron una definición conjunta de lo que son las UPP, quedando establecida como: “Una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla” ⁽⁹⁻¹⁰⁾. De esta forma, se consideró a la presión tisular mantenida en el tiempo como la causante principal del deterioro de la integridad cutánea. Presentando una clasificación en categorías, según la profundidad del tejido afectado ⁽⁹⁾ (Figura 1):

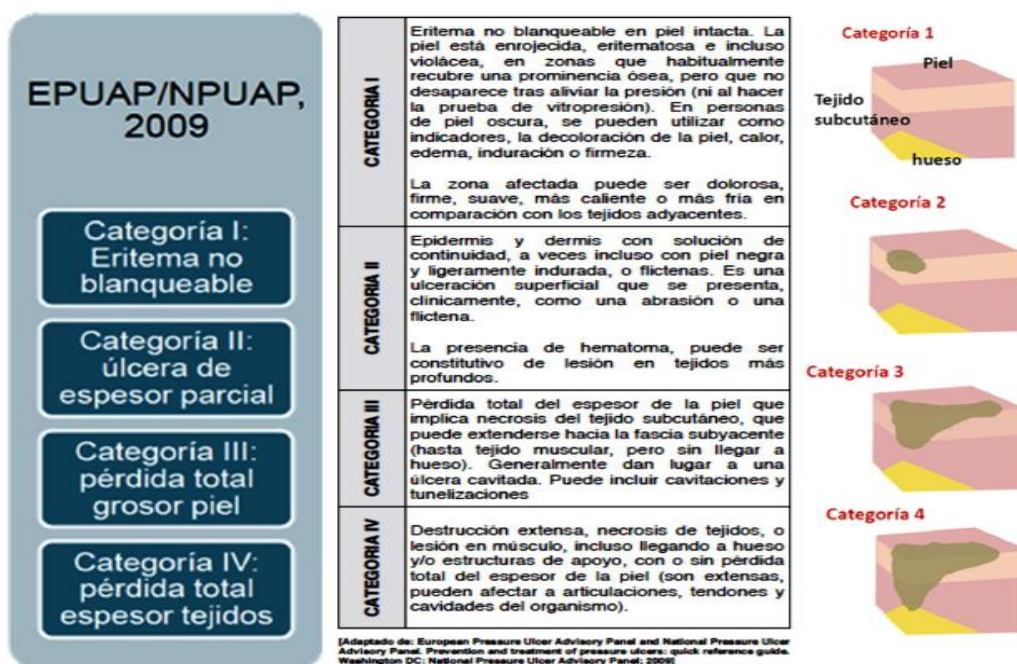


Figura 1: Clasificación de las UPP según la EPUAP-NPUAP ⁽¹⁰⁾.

En 2014, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), propuso un nuevo modelo de clasificación en su Documento Técnico N° II "Clasificación y Categorización de las Lesiones Relacionadas con la Dependencia" ⁽¹¹⁾. En él se analizan y categorizan las lesiones etiológicamente en función del motivo o motivos por los que se produce la lesión, encontrando un único factor común que sería la dependencia. De ahí su nombre, lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD). Este nuevo modelo establece 4 tipos de lesiones en función de 4 factores etiológicos específicos (presión, fricción, cizalla y humedad), aunque también pueden producirse lesiones derivadas de la combinación de varios de ellos (**Figura 2**) ⁽¹²⁾

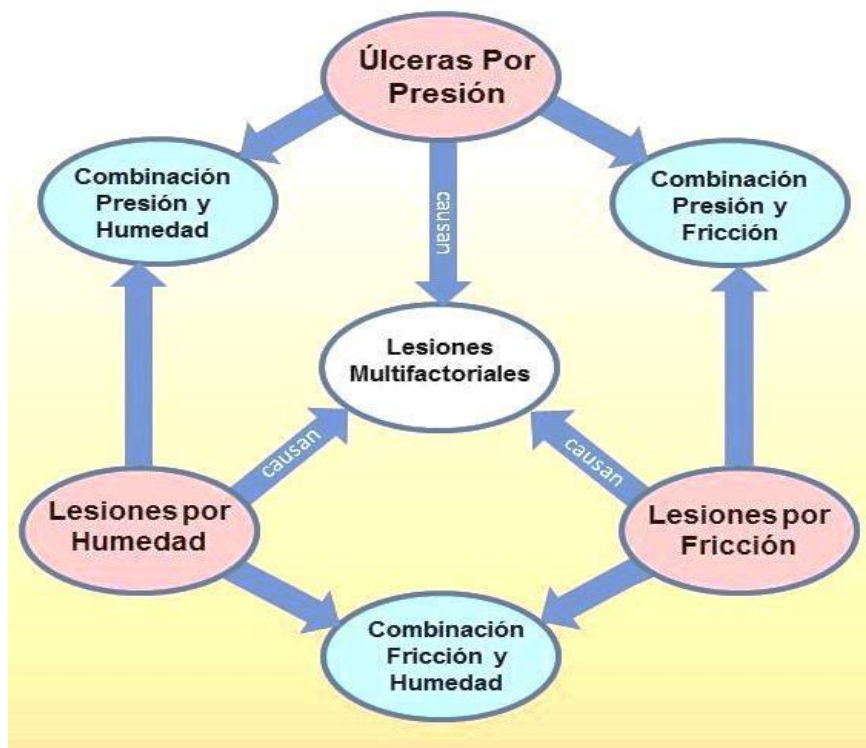


Figura 2: Modelo teórico de desarrollo de las UPP y otras lesiones relacionadas con la dependencia. (Adaptado de García-Fernández, 2014) ⁽¹²⁾.

- Úlcera por presión y cizalla

Tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos

- Lesiones cutáneas asociadas a humedad (LESCAH)

Lesión causada por la exposición mantenida de la piel o mucosas a la humedad (orina, heces, exudado de las heridas, efluentes de estomas o fístulas, sudor, saliva o moco), y una irritación tanto física como química. Son lesiones superficiales, con bordes difusos e irregulares, que aparecen frecuente en forma de alas de mariposa o en espejo (lesión similar en ambos lados del cuerpo), en zonas anatómicas donde no hay prominencias óseas (surco anal, pliegues mamarios, nalgas...) ⁽¹¹⁾. Las LESCAH se clasifican en función del agente causal que produciría ese exceso de humedad, para así a la hora de tratar la lesión saber sobre qué hay que actuar: ^(6, 13)

- Dermatitis asociada a incontinencia (DAI)
- Dermatitis intertriginosa o dermatitis por transpiración
- Dermatitis perilesional asociada a exudado
- Dermatitis cutánea asociada a exudado
- Dermatitis periestomal
- Dermatitis por salivación o mucosidad

También se clasifican en función del grado de afectación cutáneo: ⁽¹¹⁾.

- Categoría I: Eritema sin pérdida de la integridad cutánea
 - Categoría 1A: Eritema leve-moderado (piel rosada)
 - Categoría 1B: Eritema intenso (piel rosa oscuro o rojo)
 - Categoría II: Eritema con pérdida de la integridad cutánea
 - Categoría 2A: leve moderado (erosión <50% del total del eritema)
 - Categoría 2B: Intenso (erosión >50% del tamaño del eritema)
- Lesiones por roce o fricción ⁽¹¹⁾.

Lesión localizada en la piel causada por el roce o fricción entre la piel contra otro plano en paralelo. Ejemplos de estas superficies paralelas podrían ser la piel del paciente contra las sábanas, férulas, escayolas, calzado, sillón, dispositivos clínicos...

Se clasifican en función de su clínica:

- Categoría I: Eritema sin flictena (el eritema no palidece a presión, pero puede ser complicado conseguir diferenciarlas de las lesiones por presión de categoría I)
- Categoría II: Presencia de flictena
- Categoría III: Lesión con pérdida de integridad cutánea

- Mixtas o combinadas ⁽¹¹⁾.

Se definen como las lesiones causadas por la combinación de 2 o más factores etiológicos.

- Lesiones combinadas de humedad-presión
- Lesiones combinadas de presión-fricción
- Lesiones combinadas de humedad-fricción
- Lesiones multicausales en las que pueden interactuar todos los componentes de manera conjunta (presión, cizalla, roce-fricción y humedad).

Para denominarlas, hay que describir la categoría y tipo de las lesiones que la causan. Una lesión de humedad-presión de categoría 2A-III, indicaría que es de la categoría 2A para la humedad, y categoría III para la presión.

Esta nueva clasificación propuesta por el GNEAUPP permite planificar cuidados y medidas preventivas en función de los factores de riesgo o etiológicos que pueden causar la lesión.

Como podemos observar, cada una de las 4 tipos de LCRD está condicionada por su propio factor etiológico; y en base a esa especificidad sus características son muy diferentes; así cuando la lesión se debe a cizallamiento o a presión, nos encontraremos con lesiones profundas y sin embargo cuando el origen es la fricción o la humedad, las lesiones son siempre superficiales (puede suceder que en pacientes expuestos a varios factores etiológicos, aparezcan también úlceras de varios tipos, en el mismo espacio de tiempo y zona anatómica), es decir lesiones con una parte más superficial y otras más profundas por confluir condicionantes diferentes ⁽⁸⁾ (**Figuras 3 y 4**).

Tipo de Lesiones	Factor externo causal	Afectación cutánea
LESIÓN ASOCIADA A HUMEDAD	Por exposición mantenida de la piel o mucosas, a la humedad	Plano superficial
LESIÓN POR FRICCIÓN	Por roce o fricción entre la piel contra otro plano.	Plano superficial
LESIÓN POR CIZALLA	Por fuerzas de cizallamiento opuestas a nivel intra tisular	Planos profundos
ÚLCERA POR PRESIÓN	Presión mantenida sobre un punto anatómico concreto, que comprime piel y tejidos contra un plano duro, provocando isquemia.	Planos profundos

Figura 3: Diagnóstico diferencial de las LCRD según etiología.
(Adaptado de Palomar-Llatas, 2013) ⁽⁸⁾



Figura 4: Diferenciación etiológica de las LCRD por planos cutáneos.
(Adaptado de Palomar-Llatas, 2013) ⁽⁸⁾

1.3. Las LCRD como problema de salud:

Las LCRD en general y las UPP en particular, son un problema multifactorial y multicausal; sus factores de riesgo principales se agrupan en ⁽¹⁴⁾:

- Factores intrínsecos:

Son numerosos y suelen aparecer combinados; están relacionados con aspectos físicos y psicológicos, como la **inmovilidad** (el de mayor trascendencia, porque incrementa la posibilidad de afectación de la presión, fricción y/o cizalla, lo que se agrava aún más, si coexisten déficits sensoriales); **determinadas patologías** (diabetes, trastornos cardiopulmonares, trastornos vasculares periféricos, angiopatías, estasis venosa, aterosclerosis); estar tomando cierta **medicación** (sedantes que pueden acentuar la inmovilización, citotóxicos, esteroides, fármacos vasoactivos...); la **edad** (la pérdida de parte de la capacidad protectora y regeneradora de la piel, por pérdida de agua, elastina y colágeno); la **nutrición** (sea carencial o por exceso, porque condiciona la respuesta inmunitaria y la satisfacción de las necesidades calóricas, proteicas, de minerales y oligoelementos imprescindibles para el proceso de regeneración de los tejidos); la **deshidratación** (mayor vulnerabilidad, menor elasticidad y mayor facilidad para lesionarse, especialmente en ancianos).

- Factores extrínsecos:

Aspectos como la **humedad** limita la resistencia de los tejidos (es más preocupante en zonas sometidas a presión y fricción, principalmente la zona perianal, por incontinencia,

sudoración, exudado...), tiene tanta relevancia que en sí misma puede ser responsable de las llamadas úlceras de humedad; el uso de algunos **productos tópicos** (los perfumes, por su alto contenido en alcohol, los polvos de talco porque resecan la piel y los jabones y otros productos, porque pueden afectar al pH de la piel y a su barrera natural); la **temperatura ambiente** (elevada, produce un aumento en la sudoración y si es baja puede producir vasoconstricción periférica); **superficie de apoyo** (utilización de superficies de apoyo inadecuadas); o el uso de **técnicas manuales sobre la piel** (los masajes en zonas de presión son contraproducentes). Para tratar de minimizar cualquiera de estos efectos negativos, debemos realizar una valoración completa e implementar la revisión periódica de las zonas de riesgo, así como un programa individualizado de cambios posturales.

Los últimos datos de prevalencia de las UPP y las LCRD en adultos a nivel de España son del año 2017, a través del 5º Estudio Nacional de Prevalencia. Este estudio está dividido a su vez en 3 estudios dirigidos a 3 entornos asistenciales (hospitales, Atención Primaria (AP), y centros socio-sanitarios (CSS) y residencias de mayores) ⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

En ellos se puede ver la variabilidad según la edad media de pacientes con LCRD y a la vez la diferencias entre sexos entre cada entorno. En los hospitales la edad media es de 74,7 años, siendo estos un 55,6% hombres y un 44,4% mujeres; en los centros de AP la edad media es de 82,7 años, siendo un 39,8% hombres y un 60,2% mujeres; y en los centros socio-sanitarios y residencias de mayores la edad media es de 80,5 años, siendo un 35,4% hombres y un 63,8% mujeres. Se puede observar como dentro de cada entorno asistencial las lesiones por presión son el tipo más habitual de LCRD (**Tabla I**).

Entorno asistencial	Prevalencia LCRD	Prevalencia LPP	Prevalencia LESCAH	Prevalencia lesiones por fricción	Prevalencia lesiones combinadas	Prevalencia laceraciones
Hospitales	8,7%	7%	1,4%	0,9%	1,5%	0,9%
AP atención domiciliaria (ATDOM)	6,11%	4,79%	1,39%	1,81%	1,05%	1,05%
CSS y residencias de mayores	6,24%	4,03%	2,19%	0,80%	1,01%	1,31%

Tabla I: Prevalencia LCRD y sus tipos según entorno asistencial ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

En los referentes al entorno hospitalario las unidades con las prevalencias más altas fueron: Unidad de cuidados intensivos con una prevalencia de 18,3% de LCRD, siendo un 14,9% de LPP; Cuidados paliativos con una prevalencia de 16,7% LCRD, siendo todo

este 16,7% de LPP; y las unidades post-quirúrgicas o de reanimación con una prevalencia de 14,7% de LCRD, siendo un 14% de LPP.

En lo referente a los centros de atención primaria se puede observar cómo un 83,3% de estas LCRD tienen un origen domiciliario, frente a un 16,7% de origen nosocomial. Y en los CSS o residencias de mayores se puede observar la mayor incidencia de LCRD en los centros concertados 8,55%, frente a los centros públicos con un 5,62%.

Esta alta prevalencia suponía ya en 2007, en España, un coste económico de más de 460 millones de euros anuales destinados al tratamiento de las LPP, casi un 5% del gasto sanitario anual total. El coste anual para el tratamiento de estas lesiones varía en función del nivel asistencial y de la categoría de la UPP (**Tabla II**) ⁽¹⁹⁾.

	Atención Primaria	Hospital	Centros Sociosanitarios
UPP categoría I	7,18€	2,8€	1,98€
UPP categoría II	23,97€	15,75€	101,62€
UPP categoría III	34,68€	62,90€	87,87€
UPP categoría IV	38,74€	39,59€	44,32€

Tabla II: Coste anual del tratamiento de cada categoría de UPP según nivel asistencial ⁽¹⁹⁾.

Además de suponer un elevado coste para el Sistema Sanitario la presencia de estas UPP que pueden evolucionar a heridas crónicas implican una disminución en la calidad de vida de los pacientes y en su salud.

Por otra parte, ha de tenerse en cuenta que este tipo de lesiones, por el retraso que suponen en el proceso de cicatrización, afectan de forma importante a la calidad de vida de los pacientes que las padecen. Los datos recogidos mediante un estudio de 2020, indican un índice de calidad de vida baja, inicialmente inferior al 50% en pacientes con UPP, que posteriormente mejora a medida que avanza la cicatrización (hasta un 78%) ⁽²⁰⁾.

También se observa una relación entre la gravedad de las heridas crónicas y la pérdida de calidad de vida. Influenciada la gravedad de las heridas crónicas por la categoría de la lesión que implicará un retraso en el tiempo de cicatrización o la ausencia de crecimiento de tejidos. El tiempo de evolución, de media está en 9,46 meses para la curación, aunque muchas lesiones acaban teniendo recidivas posteriores (83,1%) ⁽¹⁹⁾.

En resumen, las LCRD causan sufrimiento y dolor al paciente, dependencia, aislamiento, una alteración en su estado de ánimo y de la apariencia física percibida y una limitación de la movilidad, causando cambios en su vida diaria ⁽²¹⁾.

1.4. Abordaje holístico de las LCRD:

En el contexto sanitario español, el proceso de atención de enfermería se rige por una taxonomía estandarizada, basada en el lenguaje normalizado y que incluye la clasificación de diagnósticos de enfermería publicados y actualizados por la Asociación Internacional Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association International, NANDA-I) ⁽²²⁾; así como, por la clasificación de resultados de enfermería (Nursing Outcomes Classification, NOC) ⁽²³⁾ y la clasificación de intervenciones de enfermería (Nursing interventions classification, NIC) ⁽²⁴⁾.

En relación a los diagnósticos NANDA relacionados con las LCRD tenemos como más utilizados ⁽²²⁻²⁴⁾:

- **00046-Deterioro de la Integridad Cutánea** (Impaired skin integrity), definido como: “Alteración de la epidermis y/o de la dermis. Los factores causales relacionados se resumen en la tabla III.
- **0047-Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea”** (Risk for impaired skin integrity), Cuando el deterioro de la piel viene determinado en forma de riesgo potencial, como resultado del uso de un sistema estandarizado de valoración del riesgo; en estos casos, la NANDA-I propone el uso del diagnóstico definido como: “*Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis, que puede poner en peligro la salud*”. Asimismo, los factores relacionados con este diagnóstico de riesgo coinciden con los del Deterioro de la Integridad Cutánea (Tabla III).

FACTORES EXTERNOS	FACTORES INTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> • Edades externas • Excreciones • Factores mecánicos (p.ej.: fuerzas de cizallamiento, presión, fricción, inmovilidad física) • Hidratación • Hipertermia • Hipotermia • Humedad • Lesión por agente químico (p.ej.: quemaduras) • Radioterapia • Secreciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes farmacológicos • Alteración de la pigmentación • Alteración de la turgencia de la piel • Alteración del metabolismo • Alteración sensorial (por diabetes, lesión medular...) • Cambio hormonal • Deterioro de la circulación • Factores psicogénicos • Inmunodeficiencia • Nutrición inadecuada • Presión sobre prominencia ósea

Tabla III: Factores causales relacionados con el deterioro de la integridad de la piel.

- **0044-Deterioro de la Integridad Tisular** (Impaired tissue integrity), Cuando el deterioro de la piel se extiende más allá de la dermis y afecta al tejido subcutáneo; su definición es: *“Lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular, y/o ligamento”*. Las características definitorias de este diagnóstico tisular difieren de las cutáneas ya que afecta a capas de la piel más profundas produciendo: Lesión y/o destrucción tisular. Asimismo, los factores relacionados van a ser comunes al del deterioro cutáneo (Tabla III) y, además, se incluyen otros como: conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la integridad tisular, deterioro de la movilidad, estado de desequilibrio nutricional (p.ej. obesidad, malnutrición...), etc
- **00249-Riesgo de Úlceras por Presión** (Risk for pressure ulcer), el cual ha sido descrito siguiendo la definición propuesta por la NPUAP ⁽⁹⁾, que la definió como: *“(Riesgo) vulnerable a una lesión localizada en la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o la presión en combinación con cizallamiento”*. Identifica como factores causales para este diagnóstico un listado de más de 40 factores de riesgo para desarrollar una úlcera por presión (UPP); siendo los más significativos: Escala de Braden < 18; Aumento del tiempo de inmovilidad sobre superficie dura (> 2 horas); Aumento de la temperatura corporal 1-2° C; Conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención de UPP.

También hay estudios que indican que intervenciones NIC, basadas en evidencia y buenas prácticas, son aconsejables para prevenir y tratar a las LCRD (**Tabla IV**) ⁽²⁵⁻²⁷⁾

Código	Intervenciones NIC	Definición
3500	manejo de presiones	Minimizar la presión sobre las partes corporales.
0840	cambio de posición	Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.
6540	control de infecciones	Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.
3584	cuidados de la piel: tratamiento tópico	Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.
3660	cuidados de las heridas	Prevención de las complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.
3520	cuidados de las úlceras por presión	Facilitar la curación de las úlceras por presión.
0740	cuidados del paciente encamado	Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.
3590	vigilancia de la piel	Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
3540	prevención de úlceras por presión	Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.
6550	protección contra las infecciones	Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.
2316	administración de medicación: tópica	Preparación y aplicación de medicamentos en la piel.
7040	apoyo al cuidador principal	Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

Tabla IV: Intervenciones NIC relacionados con el cuidado de UPP y otras LCRD ⁽²⁷⁾

En cuanto a los NOC más recomendables para el abordaje las LCRD y UPP, la literatura recoge diferentes resultados a tener en cuenta para planificar unos cuidados eficaces (**Tabla V**) ⁽²⁷⁾:

Código	Intervenciones NOC	Definición
0703	Severidad de la infección	Gravedad de la infección y síntomas asociados.
0203	Posición corporal: autoiniciada	Capacidad para cambiar de posición corporal independientemente con o si mecanismo de ayuda.
0204	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.
1103	Curación de la herida: por segunda intención	Magnitud de regeneración de células y ejidos en una herida abierta.
1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.
0407	Perfusión tisular: periférica	Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la perfusión tisular.
1004	Estado nutricional	Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.
0113	Envejecimiento físico	Cambios físicos normales que se producen con el proceso natural de envejecimiento.
0208	Movilidad	Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o si mecanismo de ayuda.
0602	Hidratación	Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.

Tabla V: Resultados NOC relacionados con el cuidado de UPP y otras LCRD ⁽²⁷⁾

Además, para priorizar que diagnósticos NANDA-I existen métodos de selección como el modelo AREA (Análisis de Resultado del Estado Actual), desarrollado por el Dr. Pesut (2004) y avalado por la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE), proporciona una estructura lógica para el razonamiento clínico, centrando los problemas en los resultados esperados en la práctica y permitiendo, además, una visión global de la situación ⁽²⁸⁾.

Por otra parte, para la selección de las intervenciones (NIC) y sus resultados más adecuados (NOC), se recomienda aplicar el modelo DREOM, que combina los datos clínicos que confirman el Diagnóstico, los Resultados a alcanzar, la Efectividad conocida de la intervención, la Opción escogida por el paciente y los Medios disponibles. Este modelo facilita el juicio terapéutico en base a los resultados esperados ⁽²⁹⁾.

Así mismo, la atención al paciente en riesgo de padecer LCRD, debe realizarse de forma sistematizada para no pasar por alto cuestiones que podrían tener trascendencia y pasarse por alto. La utilización de escalas validadas para determinar el nivel de riesgo (Escala de Braden, Norton, EMINA o Waterlow) ⁽¹⁰⁾, así como el uso de determinados acrónimos nemotécnicos para el abordaje eficiente de las LCRD.

- **EVITANDO** ⁽³⁰⁾: Evaluación del riesgo, **Vigilancia activa**, **Integridad cutánea**, **Tratamiento Tópico**, **Alivio de presión**, **Nutrición**, **Documentación**, y **Orientación**. Es un método que trata de sistematizar la administración de cuidados agrupando las principales medidas recomendadas para prevenir las UPP.
- **DOMINATE** ⁽³¹⁾: incluye 12 parámetros a valorar: Desbridamiento (**Debridement**); Descarga (**Offloading**); Exudado (**Moisture**) incluyendo dentro de él: Malignidad (**Malignant**), Medicación (**Medication**) y Salud mental (**Mental health**); Infección (**Infection**) e Inflamación (**Inflammation**); Nutrición (**Nutrition**); Insuficiencia arterial (**Arterial insufficiency**); Técnicas avanzadas (**Technical advance**) y Edema (**Edema**). Es un método secuencial basado en pautas y orden lógico de factores a valorar en la planificación integral de cuidados para la cicatrización de la lesión.
- **TIME** ⁽³²⁾: Tejido no viable (**Tissue**), Infección (**Infection**), Humedad (**Moisture**) y Bordes epiteliales (**Edges**). Método orientado para un enfoque global del tratamiento de las LCRD.
- **TIMERS** ⁽³³⁾: es una ampliación del método TIME, la "**R**" de **Reparación/Regeneración** y la "**S**" de **Factores Sociales**.
- **REAL** ⁽³⁴⁾: **Regular exudado**, **Eliminar microorganismos**, **Arrollar el biofilm** y **Limpiar los detritus**. Incide en la necesidad e importancia de una limpieza completa y continuada de la lesión y de toda la piel perilesional, como primer paso en el abordaje de una lesión con signos de infección o aumento significativo de carga biológica.

En cualquier caso, ante un paciente con riesgo de LCRD, nuestros esfuerzos deben centrarse en identificar adecuadamente los riesgos y establecer las medidas de prevención pertinentes; si a pesar de todo, no conseguimos evitar ese deterioro cutáneo, debemos reevaluar de nuevo al paciente y todas sus circunstancias, para tratar de limitar la lesión lo más posible, al mismo tiempo que estableceremos los cuidados y tratamientos más adecuados para su reparación, sin menoscabo de seguir evitando la aparición de nuevas lesiones.

2- OBJETIVOS:

2.1. Objetivo principal:

Dar a conocer las pautas básicas para el cuidado integral de un caso clínico de úlcera por presión, a través de una exposición figurativa y aplicación de cuidados de enfermería basados en la evidencia.

2.2. Objetivos secundarios:

- Conocer las pautas básicas de actuación terapéutica enfermera ante un caso clínico de lesión cutánea relacionado con la dependencia
- Fomentar la reflexión y pensamiento crítico ante un caso clínico y su correcto abordaje.
- Desarrollar un caso práctico de aprendizaje basado en problemas en relación a lesiones cutáneas.
- Aplicar la taxonomía enfermera NNN a la resolución de casos clínicos.
- Adquirir competencias en práctica basada en la evidencia y su implementación a la práctica asistencial de enfermería sobre manejo terapéutico de heridas.

3- METODOLOGÍA:

3.1. Tipo de estudio:

Caso clínico planteado según el método de aprendizaje basado en problemas.

3.2. Material y métodos:

Redacción y desarrollo de un caso clínico representativo de LCRD compleja tomando como base un escenario real figurativo.

A través de las fases del aprendizaje basado en problemas, se procedió a aplicar el juicio clínico de enfermería al caso expuesto. Para ello, se utilizaron los siguientes instrumentos de valoración:

1. Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson (ANEXO I)
2. Escala de Braden, para evaluar el riesgo de UPP (ANEXO II)

Posteriormente, tras la evaluación inicial, se desarrolló un plan de cuidados de enfermería teniendo en cuenta la:

3. Clasificación de diagnósticos de enfermería de la NANDA-I
4. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC
5. Clasificación de resultado de salud NOC

Para la búsqueda de los NANDA, NOC y NIC, se utilizó la base de datos de acceso online NNNConsult (Elsevier) ⁽³⁵⁾ a través de la UDC. La priorización y selección apropiada de los diagnósticos NANDA-I identificados se realizó con ayuda de modelo AREA, y para la selección de las intervenciones NIC y resultados NOC se aplicó el modelo DREOM. Finalmente, las acciones de cuidados de la úlcera se llevaron a cabo siguiendo el acrónimo REAL y TIME.

3.3. Aspecto ético-legales:

Siguiendo las normas y leyes vigentes, el estudio de un caso clínico no se considera un estudio de investigación biomédico como tal (no cuenta con un proyecto de investigación), sino que es un estudio de reproducción de datos; por lo tanto, está exento de pasar por el dictamen del CEI para su aprobación.

Al ser un caso figurativo (simulado de un caso real) no precisa del consentimiento informado de la paciente, ni permisos de la Institución Sanitaria.

4- PRESENTACIÓN DEL CASO

4.1. DESCRIPCIÓN

Mujer de 82 años con historial clínico de diabetes tipo 1, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca que presenta un cuadro febril agudo, con una temperatura de 38° C, acompañado de mareos y cefalea. A su ingreso en urgencias, se observa desviación de la comisura bucal, hemiplejía derecha e incontinencia doble. La paciente está consciente, pero desorientada y afásica. No se mantiene de pie por sí misma. Ante la dificultad de deglución, le pautan sueroterapia intravenosa. El diagnóstico clínico inicial es de "Accidente Cerebro-vascular Agudo (ACV)"

A su ingreso en planta se observa en región sacra, un eritema que no blanquea a la presión (**Figura 5**), clasificándose como una UPP de Categoría I ⁽³⁶⁾.



Figura 5: UPP de categoría I (Fuente: Guía Sergas) ⁽³⁵⁾

4.2. VALORACIÓN

Para llevar a cabo un adecuado plan de cuidados, se hace necesario realizar un correcto juicio clínico, con el correspondiente razonamiento enfermero. En este caso utilizamos el modelo de las 14 necesidades básicas de salud desarrollado por Virginia Henderson, porque es el recomendado por el Sergas para pacientes hospitalizados (ANEXO I). Como resultado de la valoración obtenemos varias necesidades no cubiertas de la paciente que se describen en la tabla **Tabla VI**.

A su vez, aplicamos la escala de Braden (ANEXO II) para valorar riesgo de úlceras por presión (**nivel evidencia: buena práctica**) ⁽¹⁰⁾, obteniendo un resultado de 9, lo que supone que presenta *"alto riesgo de desarrollar UPP"*.

VALORACIÓN ENFERMERA según MODELO de las 14 Necesidades de Virginia Henderson			
1- RESPIRAR	Presenta cuadro febril, ACV y hemiplejía derecha.	2- ALIMENTACIÓN	Presenta desviación de la comisura bucal, mareos, desorientación y afasia. Es diabética insulínica dependiente.
3- ELIMINACIÓN	Presenta incontinencia doble.	4- MOVERSE y MANTENER BUENA POSTURA	Presenta hemiplejía derecha, desorientación y no se mantiene de pie por sí misma.
5- DESCANSO	Paciente consciente, pero desorientada.	6- VESTIRSE	Paciente desorientada que no se mantiene de pie por sí misma.
7- TEMPERATURA	Paciente con 38° C de temperatura.	8- LIMPIO, ASEADO y PROTEGER TEGUMENTOS	No se mantiene de pie por sí misma.
9- EVITAR PELIGROS	Cuadro febril agudo, incontinencia doble y sueroterapia intravenosa.	10- COMUNICAR	Consciente pero afásica.
11- CREENCIAS y VALORES	Paciente desorientada y afásica.	12- OCUPARSE	ACV, hemiplejía derecha y afasia.
13- RECREARSE	Paciente desorientada y afásica.	14- APRENDER	Paciente desorientada y afásica.

Tabla VI: Diagnósticos NANDA en relación al modelo de las 14 Necesidades de V. Henderson

La identificación de un número de problemas tan elevado, es razonable en una paciente de estas características y con "alto riesgo de desarrollar úlceras por presión" (y más en este caso, que ya presenta una lesión categoría I), pero implica una dificultad extraordinaria a la hora de poder acometer el correspondiente plan de cuidados, ya que en el ámbito clínico, resultaría imposible manejar y resolver tantos diagnósticos de enfermería de manera individualizada, por lo que se hace imprescindible establecer una priorización de los mismos.

4.3. PLAN DE CUIDADOS

Ante esta valoración, es necesario iniciar lo antes posible, con la administración de cuidados y correspondientes medidas de prevención, de cara a prevenir la aparición de nuevas lesiones y tratar adecuadamente la que ya presenta; así, en función de los riesgos detectados, tenemos que establecer un plan de cuidados individualizado desde el que planificar todas las actividades a realizar en función de los problemas detectados.

Tras la valoración, debemos establecer los diagnósticos de enfermería (siguiendo la taxonomía NANDA Internacional). Para formular las etiquetas de resultados NOC y las intervenciones NIC, fue utilizada la base de datos de acceso online NNNConsult (Elsevier Inc)⁽³⁵⁾.

Como se observó al realizar la valoración de necesidades, obtenemos 12 diagnósticos de enfermería, lo que resultaría imposible de manejar en la práctica clínica:

- [00046] Deterioro de la integridad cutánea (*posteriormente evoluciona a: [00044] Deterioro de la integridad tisular*)
- [00014] Incontinencia fecal
- [00018] Incontinencia urinaria refleja
- [00092] Intolerancia a la actividad
- [00102] Déficit de autocuidado en la alimentación
- [00007] Hipertermia
- [00004] Riesgo de infección
- [00031] Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- [00051] Deterioro de la comunicación verbal
- [00109] Déficit de autocuidado en el vestido
- [00108] Déficit de autocuidado en el baño

La priorización del modelo AREA establece una red de razonamiento, en la que relaciona los diagnósticos identificados, con el problema clínico central (en este caso, el ACV), como puede observarse en la **Figura 6**.

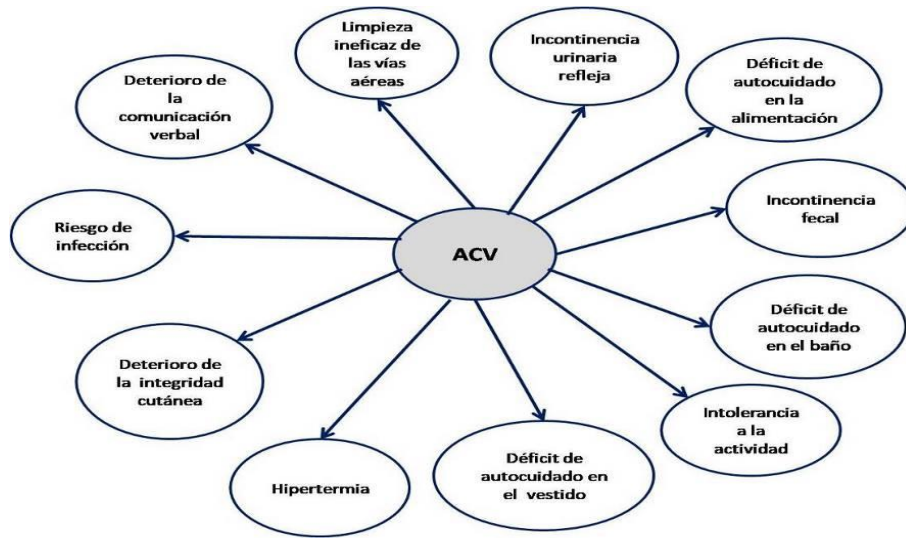


Figura 6. Red de razonamiento inicial.

Al aplicar el modelo AREA, esta red de relaciones entre diagnósticos, nos ayuda a detectar patrones y descubrir el foco principal, para hacer emerger el problema prioritario; así a partir de dicha representación, se establecen las correlaciones entre los diversos diagnósticos mediante flechas de enlace, dando lugar así, a otra representación en la que a través de dichas interrelaciones, se aprecian cuáles son los diagnósticos de enfermería más significativos para esta paciente (que se resaltan en sombreado), como se observa en la Figura 7.

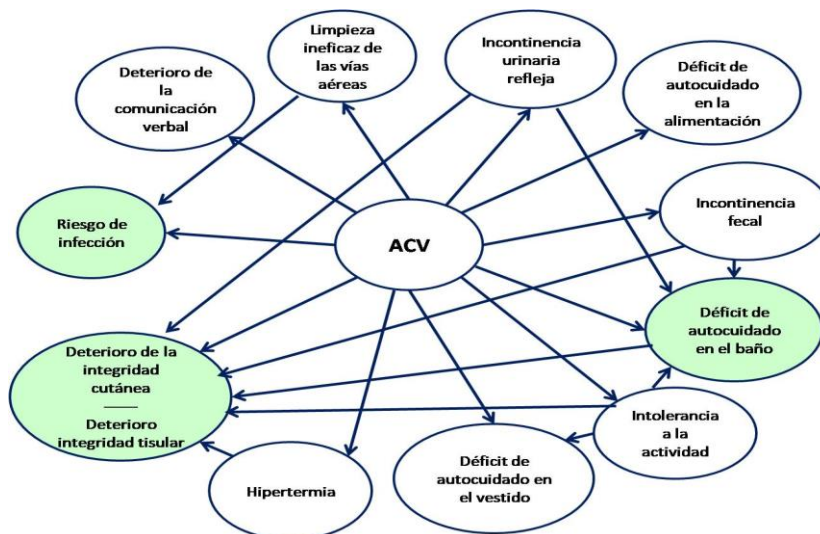


Figura 7: Red de razonamiento con relaciones establecidas y priorización de diagnósticos.

Por otra parte, para la selección de las intervenciones y sus resultados más adecuados, se aplicó el modelo DREOM, priorizando los siguientes diagnósticos:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PRIORIZADOS		
(00046) Deterioro de la integridad cutánea R/C presión sobre prominencia ósea e inmovilidad física M/P alteración de la integridad de la piel y enrojecimiento	(00108) Déficit de autocuidado en el baño R/C alteración de la función cognitiva M/P deterioro de la habilidad para lavar y secar el cuerpo	(00004) Riesgo de infección R/C alteración de la integridad de la piel y procedimientos invasivos

Del mismo modo que la valoración del paciente debe realizarse de forma holística, en nuestra práctica clínica, el desarrollo del plan de cuidados también debe abordar todos los problemas y condicionantes que afecten al paciente (desarrollo de un abordaje integral). En este caso figurado, al ir específicamente dirigido al cuidado integral de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, vamos a centrarnos en la parte que afecta al deterioro de la integridad cutánea y/o tisular.

Plan de cuidados			
Diagnóstico o NANDA	Característica definitoria	Factor relacionado	Problema asociado
Deterioro integridad cutánea (00046)	Alteración integridad de la piel	Presión sobre prominencia ósea Inmovilidad	Destrucción capas de la piel
RESULTADOS NOC		INTERVENCIONES NIC	
0208. Movilidad 0602. Hidratación 1101- Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1103- Curación de la herida: por segunda intención 0204- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas		0740- Cuidados del paciente encamado 0840- Cambio de posición 3500- Manejo de presiones 3520- Cuidados de las úlceras por presión 3590- Vigilancia de la piel 3660- Cuidados de las heridas 3540- Prevención de úlceras por presión 6540- Control de infecciones 5511- Educación sanitaria 7040- Apoyo al cuidador principal	
Actividades o acciones de cuidados en función de la NIC relacionada			
0740- Cuidados del paciente encamado 0840- Cambio de posición			
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas - Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2-3 horas, de acuerdo con un programa específico - Cambiar al paciente de posición, según lo indique el estado de la piel 			

3500- Manejo de presiones 3520- Cuidados de las úlceras por presión 3590- Vigilancia de la piel 3660- Cuidados de las heridas
<ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de la piel - Registrar el grado de afectación de la piel - Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo el tamaño, categoría, posición, exudado, granulación o tejido necrótico y epitelización - Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación (modelo de cura húmeda) - Desbridar la úlcera, si es necesario - Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos - Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera según corresponda - Instaurar medidas para evitar mayor deterioro: colchón antiescaras, cambios posturales... - Evitar mecanismos tipo flotador en zona sacra
3540- Prevención de úlceras por presión 6540- Control de infecciones
<ul style="list-style-type: none"> - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados - Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje de la piel - Observar si hay signos y síntomas de infección en UPP - Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal y urinaria - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo de UPP: escala de Braden - Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad, y la apariencia de la piel circundante
5511- Educación sanitaria
<ul style="list-style-type: none"> - Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel - Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los programas de prevención de UPP - Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida
7040- Apoyo al cuidador principal
<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar la terapia a los cuidadores en domicilio - Establecer un seguimiento de revisión de las intervenciones o actividades de los cuidadores - Compartir la toma de decisiones con los miembros de la familia relacionadas con el plan de cuidados del paciente - Proporcionar información con frecuencia a la familia para ayudarles a identificar las limitaciones, los procesos y las implicaciones en el cuidado del paciente - Identificar y observar la capacidad y disposición de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente

Plan de cuidados			
Diagnóstico o NANDA	Característica definitoria	Factor relacionado	Problema asociado
Déficit de autocuidado en el baño (00108)	Deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo. Deterioro de la habilidad para secar el cuerpo.	Alteración de la función cognitiva	Deterioro neuro-muscular

RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
0301- Autocuidados: baño 0305- Autocuidados: higiene	1801- Ayuda con el autocuidado: baño/higiene 1610- Baño
Actividades o acciones de cuidados en función de la NIC relacionada	
1801- Ayuda con el autocuidado: baño/higiene	
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. - Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. - Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia) - Controlar la integridad cutánea del paciente. 	
1610- Baño	
<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o se desee. - Lavar el cabello, si es necesario y se desea. - Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable. - Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca. - Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. - Controlar la capacidad funcional durante el baño. 	

Plan de cuidados		
Diagnostico NANDA	Factor relacionado	Problema asociado
Riesgo de infección (00004)	Alteración de la integridad de la piel Fiebre	Enfermedad crónica Disminución de la acción ciliar Procedimiento invasivo
RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	
1103- Curación de la herida por segunda intención 1101- Integridad tisular: piel y membranas mucosas 0410- Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	3520- Cuidados de las úlceras por presión 3590- Vigilancia de la piel 3540- Prevención de las úlceras por presión 6540- Control de infecciones 3140- Manejo de la vía aérea 6650- Vigilancia	
Actividades o acciones de cuidados en función de la NIC relacionada		
3520- Cuidados de las úlceras por presión		
3590- Vigilancia de la piel		
<ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de la piel - Registrar el grado de afectación de la piel - Describir las características de la ulcera a intervalos regulares, incluyendo el tamaño, categoría, posición, exudado, granulación o tejido necrótico y epitelización 		

- Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación (modelo de cura húmeda)
- Desbridar la úlcera, si es necesario
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos
- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera según corresponda
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro: colchón antiescaras, cambios posturales...
- Evitar mecanismos tipo flotador en zona sacra

3540- Prevención de úlceras por presión**6540- Control de infecciones****3140- Manejo de la vía aérea****6650- Vigilancia**

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje de la piel
- Observar si hay signos y síntomas de infección
- Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal y urinaria
- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo de UPP: escala de Braden
- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad, y la apariencia de la piel circundante
- Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión
- Comprobar el estado neurológico.
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.

4.4. EVOLUCIÓN DE LCRD

En esta situación, las medidas encaminadas a la prevención y la limitación de la progresión de la lesión ya existente, son las actividades prioritarias de los cuidados de enfermería. Una vez identificado y clasificado el riesgo que presenta, debemos individualizar dichos cuidados, en función de los agentes causales que estén condicionando la aparición de la lesión, con la perspectiva de procurar que no se desarrollen nuevas LCRD, y de evitar que la lesión ya desarrollada, progrese a categorías superiores.

Dentro de los cuidados preventivos hay que resaltar las medidas higiénicas y los cuidados de la piel. El objetivo de los cuidados de la piel se dirige, por una parte, a recuperar la integridad tisular en la zona lesionada y por otra, a mantener la piel en condiciones de integridad, por lo que debe centrarse en su valoración y vigilancia; por ello diferenciaremos las zonas de la piel susceptibles de padecer una lesión. En la inspección de la piel debe valorarse la existencia como signo negativo, la presencia de: enrojecimiento o eritema, edema o induración, calor localizado, y dolor ⁽¹⁴⁾. **(declaración de buena práctica)** ⁽¹⁰⁾

El acrónimo EVITANDO ⁽³⁰⁾, ya mencionado anteriormente, agrupa las principales medidas de prevención: Evaluación del riesgo, Vigilancia activa, Integridad cutánea, Tratamiento Tópico, Alivio de presión, Nutrición, Documentación, y Orientación.

Clínicamente la paciente evoluciona mal y en 48 h, entra en estado comatoso; presenta inconsciencia, aunque mantiene respuesta al dolor.

Ante el cambio de situación clínica, se realiza nueva valoración de la Escala Braden, cuyo resultado es de 8 puntos, por lo que no cambia el nivel de riesgo, pero ante la nueva situación clínica, es necesario ajustar algunas de las actividades preventivas propuestas:

- Evitar apoyar al paciente sobre prominencias óseas que ya presenten eritema no blanqueante (UPP categoría-I) **(declaración de buena práctica)** ⁽¹⁰⁾, así como el contacto directo de prominencias óseas entre sí, en el caso de nuestra paciente debemos evitar el decúbito supino al tener ya una UPP en el sacro ⁽¹⁴⁾.
- Utilizar superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) **(Evidencia B1)** ⁽¹⁰⁾. Se recomienda la utilización de colchones de espuma de alta densidad o espuma viscolástica. El modo de actuación de estas superficies estáticas consiste en aumentar el área de contacto con la persona, así cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que tenga que soportar ⁽¹⁰⁾. Del mismo modo se realizarán cambios posturales **(Evidencia B1)** ⁽¹⁰⁾ cada 2-3 horas, para alternar las zonas corporales sometidas a presión.
- Aplicación de Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO), dos veces al día en las zonas de riesgo y tres veces al día en las zonas afectadas con lesiones de categoría I **(declaración de buena práctica)** ⁽³⁸⁾

A pesar del plan de cuidados establecido, el estado clínico de la paciente sigue empeorando, por lo que a las 72 horas se observa que, de nuevo, la lesión sacra ha progresado y presenta una amplia zona de necrosis coronada por una escara negra (Figura 8).



Figura 8: UPP no estadiable

De nuevo, ante la mala evolución de la paciente, se realiza una nueva valoración integral, que implica una nueva valoración de la escala de Braden, cuya puntuación sigue bajando, y que ahora alcanza una puntuación de 7. Se revisan de nuevo todos los condicionantes clínicos y de riesgo de la paciente, pero se continúa con las medidas de prevención ya establecidas, puesto que no se encontraron otros aspectos que pudieran haber pasado inadvertidos, sobre los que poder actuar de forma preventiva.

Así pues, en base a la valoración exhaustiva realizada, entendemos que el avance de la lesión, sigue estando condicionado por el empeoramiento clínico de la paciente y no porque las medidas preventivas no hayan sido identificadas y planificadas adecuadamente; sin embargo, dada la evolución se ajustan los siguientes cuidados:

- Las movilizaciones y cambios posturales se ajustan, pasándolas a cada 2 horas, asegurándonos de que no apoye sobre la zona afectada ⁽¹⁴⁾, por lo que, en la rotación de cambios posturales, evitaremos la posición de decúbito supino. Los cambios posturales se llevarán a cabo utilizando la posición de semi-Fowler de 30° (máximo) y la posición de decúbito lateral con una inclinación de 30° **(declaración de buena práctica)** ⁽³⁸⁾.
- Se utilizarán superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP). Ante el riesgo de que siga empeorando clínicamente, se propone cambiar de la superficie estática a otra dinámica, que permita variar de manera continuada y alterna, los puntos de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo, mediante aire alternante **(declaración de buena práctica)** ⁽³⁸⁾.

La lesión sacra ha progresado, presentando una amplia zona de necrosis coronada por una escara negra, que se clasifica como UPP no estadiable **(Figura 9)** ⁽¹²⁾, ya que la presencia de la escara, impide determinar la profundidad de la lesión.



Figura 9: UPP necrosada.

Se propone continuar con los cuidados y medidas de prevención planificadas y se realiza la primera cura. El objetivo de esta primera cura es tratar de eliminar la escara, ya que es tejido no viable o desvitalizado, que necesitamos retirar para poder valorar el alcance real de la lesión.

Si a pesar de las medidas de prevención aplicadas, se produce alguna úlcera, para que el tratamiento pueda progresar, es importante la revisión y administración de los todos los cuidados preventivos además de los terapéuticos, en función de los riesgos identificados. Lo primero que debemos hacer es, clasificar adecuadamente la causa de la lesión (presión, humedad, cizalla, fricción) y la categoría (alcance) de la lesión (I, II, III, IV).

La valoración y abordaje del lecho de la herida debe de realizarse en todas las fases de cicatrización de la lesión y cada vez que realizamos la cura. Utilizaremos los acrónimos TIME y REAL para el abordaje del tratamiento de nuestra lesión.

Para el abordaje terapéutico, se recomienda la cura en ambiente húmedo en comparación a la cura tradicional (cura seca). La cura en ambiente húmedo se basa en la utilización de apósitos semioclusivos con los que se cubre totalmente la lesión, proporcionando protección local (evita traumatismos, mantiene el nivel de humedad y temperatura adecuados), protegiendo de la entrada de gérmenes; favoreciendo la migración celular en la cicatrización, facilitando el intercambio gaseoso y permitiendo gestionar los niveles de exudado; además, este tipo de apósitos, no daña las células neoformadas al ser retirado, acorta el tiempo de cicatrización y en consecuencia, reduce el gasto de la curación **(Evidencia A1)** ⁽¹⁰⁾.

Los productos para utilizar, en función del objetivo del tratamiento son:

Desbridar	<ul style="list-style-type: none"> - Colagenasa - Hidrogeles
Controlar el exudado	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrofibra de hidrocoloide - Alginatos - Apósitos de espuma
Reducir la carga bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> - Apósitos con plata
Promover la granulación	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrocoloides - Hidrofibra de hidrocoloide
Proteger tejidos frágiles	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrocoloides extrafinos - Apósitos de espuma

Tabla VII: Productos utilizados en función del objetivo del tratamiento de la UPP

4.5. RESOLUCIÓN DE LA LCRD

Al inicio de su ingreso (Figura 5), la paciente presentaba un eritema en la zona sacra (UPP categoría I), manteniendo la integridad cutánea de la zona afectada; por lo que utilizaríamos AGHO en la zona afectada (**declaración de buena práctica**)⁽³⁸⁾, 3 veces al día (2 veces al día en el resto de las zonas de riesgo). A pesar del plan de cuidados establecido, el estado clínico de la paciente siguió empeorando, por lo que a las 72 horas observamos que la lesión de la zona sacra había progresado, presentando una amplia zona de necrosis coronada por una escara negra (Figuras 8 y 9). Al tratarse de una "UPP no estadiable", el objetivo del tratamiento debe dirigirse a desbridar ese tejido no viable.

Comenzando por el control del tejido no viable (**T**, en el acrónimo **TIME**), que impide, por una parte, que la lesión progrese hacia la cicatrización y por otra, poder valorar la profundidad y grado de afectación de la lesión. Para ello se plantea una combinación de tres tipos de desbridamiento (sinergia): cortante, enzimático (colagenasa) y autolítico (hidrogel).

Siguiendo con el acrónimo **TIME**, correspondería abordar la **I** de infección (Infection), pero como se observa en las imágenes, de momento no existen signos ni síntomas inflamatorios o de carga biológica elevada, por lo que seguiremos observando este aspecto a lo largo de toda la evolución de la lesión, por si fuera preciso actuar en algún momento.

Cómo apósito secundario, podemos usar uno de hidrocoloide en placa hasta el momento en que la lesión sea más exudativa (en que ya no sería necesario el hidrogel), añadiendo en ese momento, un apósito de alginato cálcico o uno de hidrofibra de hidrocoloide, pero manteniendo el apósito de hidrocoloide como apósito secundario (pasaríamos a utilizar un apósito de espuma hidropolimérica en lugar del hidrocoloide, en el momento en que se precise mayor capacidad de absorción por parte del apósito).

Combinando la aplicación de colagenasa (que destruye el tejido necrótico rompiendo los puentes de colágeno), con hidrogel (que aporta humedad) conseguimos que ambos productos hagan sinergia y potencien sus acciones (la colagenasa necesita humedad para su mejor acción). El apósito en placa, contribuiría a generar las condiciones de cura en ambiente húmedo (protección temperatura y nivel de humedad), para que el proceso evolucione de forma más eficiente y rápida.

Pasadas las 24 horas (96 h, desde su ingreso) y delimitada la placa necrótica se comienza con desbridamiento cortante para eliminar más rápidamente el tejido necrótico (Figura 10).



Figura 10: Aspecto de la UPP a las 96 h tras el ingreso.

Continuamos con las curas de colagenasa e hidrogel (éste, en menor cantidad porque la lesión ya genera un poco de exudado), cubriendo con un apósito en alginato cálcico (en caso de sangrado por el desbridamiento cortante, contribuiría a la hemostasia de la zona), cubriendo éste con el apósito de hidrocoloide en placa (**Evidencia A1**) ⁽¹⁰⁾. El desbridamiento cortante se realiza en varias sesiones, retirando el tejido desvitalizado (necrótico, esfacelar) de forma selectiva (desde el centro hacia los bordes), hasta conseguir una limpieza adecuada de la herida.

La herida evoluciona, quedando una UPP de categoría III, a medida que se elimina el tejido necrótico. Al 5º día presenta una capa de tejido esfacelar, que no llega a ocultar la profundidad de la lesión, con exudado moderado-abundante (Figuras 11 y 12).



Figuras 11 y 12: Aspecto al 5º día, UPP categoría III

Ahora nos centraríamos en la **M** en el acrónimo **TIME** (Moisture = humedad), debemos controlar la cantidad de exudado para mantener el lecho de la lesión húmedo, pero evitando la maceración de los bordes.

Paralelamente abordaríamos la **E** de bordes epiteliales (**Edges**), ya que un exceso de humedad o un espaciamiento excesivo de curas, podría provocar maceración de los bordes y hacer peligrar la buena evolución de la úlcera. Como podemos observar en las imágenes 11y 12, la piel perilesional se mantiene en muy buenas condiciones; aún así hemos de ir articulando el tratamiento futuro, teniendo en cuenta siempre este aspecto (al igual que los signos inflamatorios o de infección, para actuar en caso de necesidad).

En este momento, la lesión se revisa y se realiza la cura cada 24 horas (5 día), suprimiendo la aplicación de hidrogel (en lesiones exudativas no está indicado, porque la propia lesión aporta la humedad necesaria y añadirlo podría dañar los bordes de la lesión y la piel perilesional). La pauta continua con desbridando cortante del tejido esfacelar y aplicación de colagenasa (desbridamiento enzimático). El apósito de elección pasa a ser uno de apósito de alginato cálcico como primario, y uno de espuma hidropolimérica, como secundario (para proteger la zona y generar las condiciones adecuadas de ambiente húmedo, a la vez que controla el exudado) (**Evidencia B1**) ⁽¹⁰⁾. La pauta de curas con colagenasa debe ser cada 24h.

A medida que la lesión reduce la cantidad de tejido necrótico y esfacelar, el exudado tiene a moderarse, por lo que sería el momento de dejar de utilizar la colagenasa, para pasar a desbridamiento autolítico, y así, además, poder espaciar más la pauta de curas (el desbridamiento autolítico se potencia cuando las condiciones de cura en ambiente húmedo se mantienen durante varios días).

En este momento estaría indicado realizar la cura con un apósito de hidrofibra de hidrocoloide como apósito primario, (controla en el exudado y promueve la granulación), y un apósito de espuma hidropolimérica como apósito secundario (para proteger la zona, a la vez que ayuda a gestionar el exudado si este excediese la capacidad de absorción del apósito primario) (**Evidencia B1**) ⁽¹⁰⁾. La hidrofibra de hidrocoloide continúa favoreciendo el desbridamiento autolítico de esos restos de esfacelo, a la vez que favorece la cicatrización del resto de la lesión. La pauta de curas pasaría a realizarse cada 72 h, pudiendo ampliarse o reducirse, en función de la saturación de los apósitos.

Como puede observarse en la foto del día 23, la lesión evoluciona favorablemente, reduciendo la cantidad de tejido esfacelar y presentando un grado de exudado moderado, a medida que va aumentando la superficie con tejido de granulación (Figura 13). No existen signos de infección y los bordes evolucionan muy bien.



Figura 13: Tejido de granulación. Día 23

En la imagen del día 38, se puede observar un progresivo aumento de tejido de granulación, aunque persiste algún esfacelo; el grado de exudado continúa siendo moderado. También se observa cómo se va reduciendo el tamaño de la lesión (Figura 9), por lo que se mantiene la misma pauta de curas.



Figura 14: Aumento del tejido de granulación. Día 38

En la imagen del día 78 (Figura 15), se observa como la lesión continúa reduciendo su tamaño, presentando ya tejido de granulación en toda su superficie; la cantidad de exudado sigue también reduciéndose (ligero).



Figura 15: Lesión cubierta de tejido de granulación. Día 78

En este momento, con el bajo nivel de exudado, podemos cambiar de nuevo la pauta de curas, utilizando únicamente un apósito hidrocólicoide, ya que favorece la epitelización y está indicado para lesiones con exudado bajo (**Evidencia B1**) ⁽¹⁰⁾. Los cambios de apósito se mantienen cada 72 h, o en función de la saturación del apósito. No existen signos de infección y los bordes de la lesión, evolucionan adecuadamente.

A los 4 meses (Figura 16), podemos observar una disminución progresiva del tamaño de la lesión, con el lecho cubierto en su totalidad por tejido de granulación, al mismo tiempo que avanza el tejido de epitelización; la lesión apenas presenta exudado (muy escaso).



Figura 16: Tejido de epitelización en lecho ulceral. 4 meses

Para la pauta de curas, se decide utilizar un apósito hidrocólicoide extrafino, ya que tiene las mismas características que en placa, pero está indicado en lesiones con escaso nivel de exudado. La frecuencia de cambios de apósito, se mantiene cada 72 h, según saturación del apósito.

Pasados 5 meses (Figura 17), la lesión continua su buena evolución, reduciendo su tamaño, presentando nulo exudado y tejido epitelial en toda la superficie. Se continua con la misma pauta de curas.



Figura 17: Tejido de epitelial por toda la superficie. 5 meses

Observamos que a los 6 meses (Figura 18), la integridad cutánea se ha recuperado casi completamente, pero aunque la lesión se considera ya epitelizada, se debe continuar aplicando el apósito de hidrocólode, como protección del tejido neoformado.



Figura 18: Lesión epitelizada. 6 meses

En el momento en que el tejido epitelial se observa más sólido y maduro, se puede prescindir del apósito, para localmente, pasar de nuevo a las medidas de prevención de nuevas lesiones, con la aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados cada 12 horas (2 veces al día), así como con el resto de medidas dirigidas a prevenir nuevas LCRD.

En cualquier paciente que haya padecido una LCRD, deben mantenerse las medidas de prevención, durante varios meses, ya que la zona epitelizada, no ofrece las mismas condiciones fisiológicas que la piel previa a la lesión (es más frágil y por tanto se puede lesionar con mayor facilidad).

5. DISCUSIÓN

Los casos clínicos son considerados estudios de baja evidencia, pero pueden resultar relevantes, ya que abordan problemas de salud menos conocidos y comunes; o pueden abordar problemas ya conocidos y las pautas de actuación a realizar. A su vez los casos clínicos pueden ser una herramienta para generar nuevos conocimientos en la práctica de enfermería; siendo un modelo pedagógico a tener en cuenta en entornos de aprendizaje ^(5,39-41).

Las LCRD son un gran problema social y económico, que afecta de forma holística al paciente que las padece, y que disminuye su calidad de vida. Es necesaria una valoración del riesgo de padecer LCRD y aplicar las medidas de prevención adecuadas continuándolas, aunque se desarrolle una lesión ⁽¹⁻⁵⁾.

Este caso clínico tenía el propósito explicar las pautas de práctica clínica enfermera y cuidados basados en la evidencia, a través del abordaje de una UPP en la zona sacra; así como el uso de metodologías de aprendizaje basado en problemas para priorizar diagnóstico y seguir un plan de cuidados sistematizado.

Se ha podido observar y aprender que tras el ingreso y una primera valoración del riesgo de padecer UPP, la paciente ya presenta un riesgo elevado y desarrolla una UPP categoría I. A pesar de aplicarle las medidas de prevención y el plan de cuidados adecuado, la UPP continúa evolucionando y empeorando a una UPP no estadiable; tras comenzar a realizarle un tratamiento a base de desbridamiento y cura húmeda la lesión evoluciona a UPP categoría III; se continúa realizando un abordaje terapéutico de la lesión hasta recuperar la integridad cutánea a los 6 meses.

Para llevar a cabo la valoración clínica utilizamos el modelo de Virginia Henderson y sus 14 Necesidades, para identificar los diagnósticos enfermeros. La valoración del riesgo de UPP se realizó mediante la escala Braden (una de las recomendadas por las guías de práctica clínica) ⁽¹⁰⁾, a su ingreso y en su posterior evolución. La utilización de esta escala validada aportó una valoración objetiva, al valorar unos parámetros de forma cuantificable y dando una puntuación real que sería común para todos los profesionales que la realizarían en ese momento. Pero a pesar de aplicar las medidas preventivas en función del alto riesgo de desarrollar una UPP que tenía nuestra paciente, la UPP categoría I que tenía al ingreso fue empeorando.

Así pues, se continuó aplicando las medidas preventivas para que no continuase progresando la lesión y se empezó un abordaje terapéutico de la lesión.

Para la selección de los diagnósticos NANDA del plan de cuidados, se optó por aplicar el modelo AREA de razonamiento clínico y así determinar qué diagnósticos presentes en la paciente eran los más importantes. Este modelo nos ayuda a mediante la realización de una red lógica de razonamientos a destacar los diagnósticos enfermeros principales, estructurándolos de forma visual, y estableciendo relaciones entre diagnóstico-resultados-intervenciones ⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Una vez identificados los diagnósticos NANDA más importantes, elegimos los resultados NOC y las intervenciones NIC más adecuadas para obtener los objetivos terapéuticos. Para ello utilizamos el modelo DREOM, es una herramienta menos conocida por los profesionales de la enfermería que ayuda complementariamente a la hora de planificar los cuidados y la gestión de un caso, mediante la selección de las intervenciones necesarias para nuestro caso en concreto y con un objetivo determinado ⁽²⁹⁾. La utilización de este modelo en nuestro caso clínico nos ha facilitado realizar un plan de cuidados terapéutico, basado en resultados reales.

Como ya hemos indicado en la introducción, las LCRD son un gran problema social y económico; en el cuál a pesar de poder aplicar medidas de prevención desde la primera valoración de riesgo de padecerlas, se puede desarrollar una lesión. Por lo que siempre se debe realizar una valoración objetiva del riesgo de desarrollar, en este caso UPP, y aplicar las medidas adecuadas; además esta valoración se debe repetir en función del riesgo indicado o si la situación del paciente se modifica.

Dependiendo del resultado de la valoración y del agente causal que originaría la lesión, se empezaría a aplicar un plan de cuidados específico, a la vez que se realizaría un abordaje terapéutico de la lesión.

Existe bibliografía actualizada sobre cómo tratar de prevenir estas lesiones, y su posterior tratamiento y cuidados una vez desarrollada, hasta que recuperemos la integridad cutánea. Además, la diferenciación entre lesiones por presión, cizalla, fricción o asociadas a humedad, permite aplicar unos cuidados específicos en función de cada tipo ^(8,11,12).

Consideramos de vital importancia la formación de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de la integridad cutánea, la prevención de lesiones, la diferenciación y abordaje terapéutico de cada tipo de lesión.

Concluimos que tras realizar este caso clínico podemos reafirmar la ventaja de desarrollar casos clínicos sobre la práctica enfermera, ya que resultan de especial utilidad a la hora de generar conocimiento de nuestra práctica asistencial. Visibilizando los cuidados a realizar, y favoreciendo el desarrollo de cuidados integrales, individualizados y de calidad.

La realización de este caso clínico ha fomentado una actitud reflexiva y de razonamiento crítico, ya que requirió analizar diversas situaciones a lo largo del proceso evolutivo ante un problema común que es el deterioro de la integridad cutánea y el desarrollo de una lesión.

6. BIBLIOGRAFÍA:

1. Rumbo-Prieto JM, variabilidad e incertidumbre en el abordaje de las úlceras y heridas crónicas: situación actual. *Enferm Dermatol.* 2015; 9(25): 7-10.
2. Esperón Güimil JA, Loureiro Rodríguez MT, Antón Fuentes VM, Rosendo Fernández JM, Pérez García JM, Soldevilla Agreda JJ. Variabilidad en el Abordaje de las Heridas Crónicas: ¿Qué Opinan las Enfermeras? *Gerokomos.* 2014;25(4):171-7.
3. Granados-Matute AE, Cejudo-López A, Vega-Fernández VM. Variabilidad en la Práctica clínica para el Cuidado de las Heridas. *Evidentia.* 2014;11(45):[9 pantallas].
4. Fernández-de-Maya J, Richard-Martínez M. Variabilidad de la Práctica Clínica. Situación Actual y Retos para Enfermería. *Enferm Clínica.* 2010;20(2):114-8.
5. Álvarez Montero S, Caballero Martín M. A, Gallego Casado P, Nieto Gómez R, Latorre de la Cruz C, Rodríguez Martínez G. Sesiones basadas en escenarios clínicos: Una aplicación del aprendizaje basado en la resolución de problemas. *Medifam.* 2001; 11(2): 73-87.
6. Serrano GN, Bermúdez GA, Solís CU, et al. Utilidad de la discusión de casos clínicos en la enseñanza de pregrado de los estudiantes de medicina. *Rev Cub de Reu.* 2017;19(Supl: 1):235-41
7. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Romero-Martín M, García Collado F, Ramírez Pizano A. Sucesos Adversos Relacionados con las Úlceras por Presión: ¿Un Problema Evitable? *Enferm Dermatol.* 2010;4(11):21-6.
8. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enferm Dermatol.* 2013; 7(18-19):14-25.

9. Panel Consultivo Europeo para las Úlceras por Presión (EPUAP), Panel Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión (NPUAP). Tratamiento de las Úlceras por Presión. Guía de Referencia Rápida. UK: NPUAP-EPUAP; 2009.
10. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y tratamiento de las lesiones / úlceras por presión. Guía de consulta rápida (edición en español). UK: Emyli Haesler (Ed), EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019.
11. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pncorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
12. Rumbo-Prieto JM. Un nuevo modelo teórico para el desarrollo de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia, de Francisco Pedro García Fernández y col. *Enferm Dermatol.* 2014; 8(22): 41-3.
13. Rumbo-Prieto JM, Arantón-Areosa L, López-de los Reyes R, Vives-Rodríguez E. *Guía práctica de lesiones cutáneas asociadas a la humedad* [Guía Práctica nº7]. En: Rumbo-Prieto JM, Raña-Lama CD, Cimadevila-Álvarez MB, Calvo-Pérez AI, Fernández-Segade J., editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016. [Documento online] Acceso 11/03/2021. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/93/GU%C3%8DA%20N%C2%BA1%20UPP%20cast.pdf>
14. Paniagua Asensio ML. Lesiones relacionadas con la dependencia: prevención, clasificación y categorización. Documento clínico 2020. [Monografía online]. Licencia Safe Creative nº 2001042796584; 2020. [Acceso 14 mayo 2021]. Disponible en: <https://gneaupp.b-cdn.net/wp-content/uploads/2020/08/Paniagua-2020.-LRD.-Prevencio%CC%81n-clasificacio%CC%81n-y-categorizacio%CC%81n.pdf>

15. Pancorbo-Hidalgo PL, García Fernández FP, Pérez-López C, Soldevilla-Agreda JJ. 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*. 2019; 30(2): 76-86.
16. García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL. 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*. 2019;30(3):134-41.
17. Soldevilla Agreda JJ, García-Fernández FP, Rodríguez Palma M, Torra i Bou JE, Pancorbo-Hidalgo PL. 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*. 2019; 30(4):192-9.
18. Rumbo-Prieto JM. Evolución y novedades en la prevalencia de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia. *Enferm Dermatol*. 2019;13(37): 7-10.
19. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*. 2007; 18(4): 201-10.
20. Perdomo Pérez E, Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP. Relación entre calidad de vida y proceso de cicatrización en heridas crónicas complicadas. *Gerokomos*. 2020;31(3):166-72.
21. González-Consuegra Rv, Verdú J. Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. *Gerokomos*. 2010; 21(3): 131-13.
22. NANDA International, Kamitsuru S, Herdman TH. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2020*. Barcelona: Elsevier España; 2019.

23. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª Ed. Barcelona: Elsevier España; 2018.
24. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
25. Rumbo Prieto JM, arantón-Areosa L, Romero M, Calvo Pérez AI, Fernández Segade J. Normalización de las acciones de intervención de la práctica enfermera en el Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular: Estudio NAIPE-DICyT. *Enferm Dermatol.* 2012; 6(16): 26-33.
26. Meneses LB, Medeiros F, Oliveira JS, Nóbrega M, Silva M, Soares M. Validation of interventions for risk of impaired skin integrity in adult and aged patients. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73 (4).
27. Rumbo Prieto JM, Arantón-Areosa L. Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión. *Enferm Dermatol.* 2010; 4(9): 13-9.
28. Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. *Inquietudes.* 2006;(35):21-9.
29. Pérez Cruz M. Aplicación del modelo AREA y el modelo DREOM en la elaboración de un plan de cuidados. *Inquietudes.* 2009; 41:4-11.
30. Rumbo Prieto JM. “E.V.I.T.A.N.D.O” a las UPP: acrónimo nemotécnico para la prevención de las úlceras por presión según la evidencia. *Enferm Dermatol.* 2016; 10(27): 7-11.
31. Fuentes A Esparza G, Morales MJ, Crespo L, Nova JM. “DOMINATE”. Acrónimo de apoyo en la valoración de heridas. *Enferm Dermatol.* 2016; 10(29): 7-11.

32. Tizón Bouza E, Pazos Platas S, Álvarez Díaz M, Marcos Espino MP, Quintela Varela ME. Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia. *Enferm Dermatol.* 2013; 7(21):31-42.
33. Atkin L, Bucko Z, Conde Montero E, Cutting K, Moffatt C, Probst A, Romanelli M, Schultz GS, Tettelbach W. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *J Wound Care.* 2019; 28 (3 Suppl 3): S1 – S49
34. García García J.A., Mesa Garrido E, Roig Panisello A.I., y Torruella-Loran I. El modelo REAL para el abordaje de las heridas con signos de infección. *Rev ROL Enferm.* 2020. 43(11-12): 762-74.
35. NNNConsult[web]. Barcelona; Elsevier.[citado 10 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.accedys.udc.es/> (acceso con login)
36. Souto-Fernández EM, Calvo-Pérez AI, Rodríguez-Iglesias FJ. Guía práctica de úlceras por presión. [Guía práctica nº 1]. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.
37. Arantón Areosa L, Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, García Collado F, Segovia Gómez T, et al. Guía Práctica Ilustrada: Tratamiento de Heridas. Madrid: Edimsa; 2008.
38. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pressure ulcer prevention. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. (2ª Ed.). London (UK): NICE; 2014 [Last evidence review in 2018].
39. Pineda-Leguizamo R, Miranda-Novales G, Villasís-Keever MA. La importancia de los reportes de casos clínicos en la investigación. *Rev Alerg Méx.* 2018; 65(1): 92-8.
40. Nissen T, Wynn R. The clinical case report: a review of its merits and limitations. *BMC Res Notes.* 2014; 7:264. DOI: 10.1186/1756-0500-7-264.
41. Andreu Périz D, Hidalgo Blanco MA, Moreno Arroyo C. El caso clínico. *Enferm Nefrol.* 2018;21(2):183-7. DOI: 10.4321/s2254-28842018000200009.

ANEXOS I: MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

VALORACIÓN ENFERMERA según MODELO de las 14 Necesidades de Virginia Henderson		
PROBLEMAS – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA		
1- RESPIRAR	Respirar normalmente. Valorar el patrón respiratorio, su frecuencia y profundidad, así como la presencia de disnea y su relación con la movilidad. Presencia de tos, expectoración, ruidos anormales, hábito tabáquico, y adecuación del uso de medicación y dispositivos. Valorar frecuencia cardíaca y tensión arterial.	2- ALIMENTACIÓN Comer y beber adecuadamente. Valorar el grado de autonomía para alimentarse. Hábitos de hidratación y alimentación, tipo de dieta, apetito, alergias, dificultad a la masticación y deglución, presencia de náuseas y vómitos. Valorar peso, talla e índice de masa corporal.
3- ELIMINACIÓN	Eliminar por todas las vías corporales. Valorar el grado de autonomía para la eliminación urinaria y fecal. Hábitos de eliminación, incontinencia o retención, estreñimiento, gases, sangrado y dolor.	4- MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA Moverse y mantener posturas adecuadas. Valorar el grado de autonomía para la movilidad. Actividad física, fuerza, estabilidad, energía para las AVD y uso de dispositivos.
5-DESCANSO	Dormir y descansar. Valorar el patrón de sueño, problemas para dormir, sensación de haber descansado.	6-VESTIRSE Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse. Valorar el grado de autonomía para vestirse. Uso de calzado seguro.
7-TEMPERATURA	Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente. Valorar el grado de autonomía para regular su temperatura	8-LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER TEGUMENTOS Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. Valorar el grado de autonomía para la higiene corporal y si ésta es correcta. Estado de la piel y mucosas. Higiene bucal.
9-EVITAR PELIGROS	Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. Valorar el grado de autonomía para prevenir peligros. Nivel de conciencia. Capacidad para prevenir caídas, aspiraciones, quemaduras, dolor e infecciones. Peligros ambientales, alergias, déficits visuales o auditivos, tóxicos, violencia. Manejo del régimen terapéutico.	10-COMUNICAR Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. Valorar dificultad en la comunicación verbal, en las relaciones sociales, familiares y sexuales. Situación de aislamiento social. Existencia y adecuación de una persona cuidadora.
11- CREENCIAS Y VALORES	Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. Valorar el grado de conocimiento y aceptación de su estado de salud, cambios vitales y de rol. Prácticas religiosas. Valores relacionados con la salud. Dificultad para tomar decisiones y afrontar situaciones difíciles. Testamento vital.	12- OCUPARSE Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. Valorar la influencia de la salud en su situación laboral, social y familiar. Situación socioeconómica.
13- RECREARSE	Participar en actividades recreativas. Valorar las actividades de ocio habituales e influencia de la salud en su realización	14-APRENDER Descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles. Valorar el nivel de estudios, grado de información sobre su salud, alteraciones de la memoria, cognición, atención o percepción. Autoestima, imagen corporal.

ANEXO II: ESCALA BRADEN

ESCALA DE BRADEN	1	2	3	4	
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	Constantemente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda	
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Camina frecuentemente	
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente	
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	Problema	Problema potencial	No existe problema aparente		
Menos de 75 años <ul style="list-style-type: none"> • 6-12 Riesgo alto • 13-14 Riesgo moderado • 15-16 Riesgo bajo • 17-23 Sin riesgo 	75 años o más <ul style="list-style-type: none"> • 6-12 Riesgo alto • 13-14 Riesgo moderado • 15-18 Riesgo bajo • 19-23 Sin riesgo 			Puntuación Braden	