

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS ÚLCERAS TERMINALES DE KENNEDY, A TRAVÉS DEL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS

NURSING CARE PLAN FOR KENNEDY'S TERMINAL ULCERS, THROUGH PROBLEM-BASED LEARNING

Autor:  Lara Trillo-Vázquez⁽¹⁾,  Luis Arantón-Areosa^(2,3) (*),  José María Rumbo-Prieto^(2,3).

(1) Grado en Enfermería. Área Sanitaria de Ferrol (España).

(2) PhD, MsC, RN. Área Sanitaria de Ferrol. Servizo Galego de Saúde (España).

(3) Profesor Asociado. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña.

Contacto (*) luaranton@yahoo.es

Fecha de recepción: 07/03/2024

Fecha de aceptación: 18/04/2024

Trillo-Vázquez L, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Plan de cuidados de enfermería ante las úlceras terminales de Kennedy, a través del aprendizaje basado en problemas. *Enferm Dermatol.* 2024;18(51): e01-e11. DOI: 10.5281/zenodo.11106925

RESUMEN:

Este estudio de intervención educativa tiene como objetivo dar a conocer las pautas básicas para el cuidado integral de una paciente que desarrolla úlceras terminales de Kennedy desde la perspectiva del aprendizaje basado en problemas. Para ello, se planteó de forma teórico-práctica un caso clínico figurado, en el que se van adaptando e implementando los cuidados de enfermería basados en la evidencia, según la literatura actual. Se utilizaron las clasificaciones NANDA, NIC, NOC y los modelos AREA y DREOM. Como resultados se expone el caso simulado; así como, cuáles son las intervenciones que necesita en cada momento la paciente, en función de la propia evolución clínica, y siempre garantizándole la mejor calidad de vida (manejo del dolor, cuidados de la piel y de las heridas, abordaje del mal olor y del nivel de exudado). Además, resultó de vital importancia un abordaje centrado en el asesoramiento y educación al final de la vida.

Palabras clave: Úlcera terminal de Kennedy; Planificación de atención al paciente; Estudios de intervención.

ABSTRACT:

This educational intervention study aims to present the basic guidelines for the comprehensive care of a patient who develops terminal Kennedy ulcers from the perspective of problem-based learning. To this end, a figurative clinical case was proposed in a theoretical-practical manner, in which nursing care based on evidence is adapted and implemented, according to current literature. The NANDA, NIC, NOC classifications and the AREA and DREOM models were used. As results, the simulated case is presented; as well as, what intervention the patient needs at all times, depending on her own clinical evolution, and always guaranteeing the best quality of life (pain management, skin and wound care, addressing bad odor and exudate level). In addition, an approach focused on counseling and education at the end of life was vitally important.

Keywords: Kennedy Terminal Ulcer; Patient Care Planning; Intervention Studies.

INTRODUCCIÓN:

La situación de enfermedad avanzada-terminal, entendida como un proceso patológico que no responde a los tratamientos específicos y que evolucionará hacia la muerte, en un periodo de tiempo relativamente corto, conlleva múltiples factores que se van desarrollando en este proceso de deterioro y fallo de órganos y tejidos. La piel, siendo el órgano más grande del cuerpo, también sufre una serie de modificaciones debido a la hipoperfusión y la falta de nutrientes, derivados de ese fallo multiorgánico, que hace que vea comprometida su integridad.

Tristemente, es bastante común escuchar razonamientos sobre las lesiones por presión (LPP) en pacientes con determinados problemas (sensibilidad, movilidad, incontinencia...), producidas principalmente en zonas con presencia de prominencias óseas. La visibilidad de estas lesiones y el hecho de que, en su gran mayoría, deberían poder ser prevenidas y curadas, hace que, también en pacientes terminales, exista una especie de obcecación generalizada en extremar las medidas preventivas y en proporcionar precozmente diversas terapias de cura local, sin tener en cuenta ni analizar adecuadamente las condiciones individuales de cada persona.

Las úlceras que se suelen generar en pacientes en estado terminal, a los/as que se esté aplicando un plan de cuidados adecuado, no son propiamente dicho, lesiones por presión, sino que suelen ser secundarias a ese fallo multiorgánico progresivo y a la consiguiente hipoperfusión sanguínea, que el/la paciente está sufriendo, por lo que indudablemente deberían ser tratadas de un modo radicalmente opuesto, con unos objetivos distintos y un plan de cuidados centrado principalmente en el bienestar de la/del paciente y en preservar su calidad de vida.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

En la última conferencia del Panel Asesor Nacional sobre Úlceras por Presión (NPUAP) en 2017, con el título “Lesiones por presión: avanzando en la visión” ⁽¹⁾, se estableció que existen al menos cuatro tipos diferentes de lesiones terminales e inevitables, que afectan a la piel, al final de la vida: Lesión Tisular de Trombly-Brennan (TB-TTI), Cambios cutáneos al final de la vida (Skin Changes at Lif’s End o ESCALE), Fallo cutáneo o fracaso de la piel (Skin Failure, SKF) y Úlcera Terminal de Kennedy (Kennedy Terminal Ulcer o KTU).

Las KTU fueron definidas por Karen Lou Kennedy en la primera conferencia del NPUAP. Son lesiones cutáneas debidas a un fallo orgánico de la piel del paciente terminal, como consecuencia de una hipoperfusión sanguínea secundaria al proceso de morir (aunque la etiología no está clara del todo); la prevalencia está sesgada por la falta de investigación específica sobre ellas. En los últimos años, se realizaron escasos estudios observacionales en pacientes adultos, en los que la mayoría presentan una falta de datos metodológicos y análisis científicos para poder establecer una prevalencia más acertada, de ellos se reportó entre un 5% y un 55% de pacientes que presentaban una KTU en las últimas 6 semanas de vida⁽²⁾. Las KTU presentan una afectación más superficial y una evolución mucho más rápida que las LPP, un punto clave para diferenciarlas (Tabla I).

	LPP	KTU
Color	Rojez persistente.	Decoloración amarillenta, púrpura o negra.
Forma	Redonda.	Forma de mariposa, pera o herradura.
Fisiopatología	Isquemia secundaria a una presión mantenida en área de prominencias óseas.	Isquemia secundaria a hipoperfusión por enfermedad avanzada.
Mortalidad	Baja	Alta

Tabla I: Diferencias entre LPP y KTU. (Adaptado de: Ramos-Sánchez A, 2018)⁽³⁾.

Este tipo de úlceras suelen iniciarse en el sacro o cóccix, siendo unilaterales o bilaterales en forma de mariposa, herradura o pera, pero pueden aparecer también en otras zonas anatómicas como brazos, piernas o espalda. En cuanto a la coloración, pueden ser rosáceas, moradas, amarillentas o negras, generalmente con los bordes irregulares ⁽²⁻⁶⁾.

Las KTU bilaterales suelen progresar a color amarillento y/o negro con presencia o ausencia de erosión epidérmica. En el caso de las KTU unilaterales, que también se les conoce como “Síndrome de las 3:30”, comienzan como una lesión macular de 1 cm² aproximadamente, que puede ser purpúrica o con márgenes negros e irregulares. Se suelen observar a las 8-24 horas antes del exitus⁽³⁾. En ambos casos se consideran inevitables, ya que los cambios en la piel derivados de la hipoperfusión y del fallo multiorgánico al final de la vida, no permiten la curación, por lo que la atención clínica paliativa, centrada en la calidad de vida del paciente, cobra tanta importancia.

La poca investigación sobre las KTU provoca una falta de conocimiento, además de una escasa concienciación sobre las KTU. Al no disponer de escalas de evaluación específicas, se están utilizando las escalas de valoración de LPP, lo que frecuentemente nos lleva a un diagnóstico erróneo y, por consiguiente, a un plan de cuidados inadecuado que no está teniendo en cuenta las verdaderas necesidades y objetivos del paciente y su familia. Según Latimer et al (2022), en la Universidad de Griffith (Queensland, Australia), están desarrollando una herramienta para la evaluación de úlceras terminales con un proceso Delphi, lo que podrá suponer el comienzo de una correcta clasificación y abordaje de estas lesiones ⁽⁷⁾.

El planteamiento de este estudio de investigación tiene como objetivo dar a conocer las pautas básicas para el cuidado integral de una paciente que desarrolla úlceras terminales de Kennedy; basándose en el planteamiento pedagógico de un caso clínico simulado y su posterior abordaje integral de cuidados de enfermería.

El desarrollo de casos clínicos desde el modelo de aprendizaje basado en problemas (ABP), facilita que su análisis permita la integración de los conceptos planteados, de una forma secuencial, dinámica y activa. Primero se propone la idea o problema, posteriormente se contextualiza y finalmente se realiza un desarrollo secuencial de la situación, que requiere aplicar nuestra reflexión clínica y pensamiento crítico, que conjuntamente, facilita la mejor toma de decisiones posible, tanto para el abordaje clínico como de los cuidados que requiere la resolución del caso planteado (se nutre de fuentes de información variadas: datos clínicos, experiencia profesional, evidencias científicas, protocolos, guías, etc.). Dicho planteamiento, que finalmente se revisa y evalúa, junto con la tutorización experta, son claves para que cualquier otro/a profesional o alumnos/as, puedan adquirir, con su estudio, conocimientos y competencias que les permitan afrontar casos similares ⁽⁸⁾.

METODOLOGÍA:

Se llevó a cabo un estudio de intervención educativa de contenido teórico-práctico, según el modelo de aprendizaje basado en problemas (ABP) ⁽⁹⁾.

Se desarrolló y planteó un caso clínico representativo de úlceras terminales de Kennedy, tomando como base un escenario real figurado. A través de las fases del ABP, se procedió a aplicar el juicio clínico de enfermería al caso de estudio expuesto. Se utilizaron los siguientes instrumentos de valoración: modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson⁽¹⁰⁾ y Escala de Braden⁽¹¹⁾, para evaluar el riesgo de UPP.

También se elaboró un plan de cuidados de enfermería teniendo en cuenta: la clasificación de diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, la clasificación de intervenciones de enfermería NIC y la clasificación de resultados de salud NOC. Para la búsqueda de los NANDA, NOC y NIC, se utilizó la base de datos de acceso online NNNConsult.com

(Elsevier)⁽¹²⁾. Para priorizar y seleccionar los diagnósticos NANDA-I identificados, así como la selección de las intervenciones NIC y de resultados NOC, se utilizaron el modelo AREA y DREOM⁽¹³⁻¹⁵⁾. Al ser un caso figurado (simulado de un caso real) no precisa del consentimiento informado de la paciente, ni permisos de la Institución Sanitaria

RESULTADOS:

Descripción del caso simulado.

Mujer de 89 años, obesa, viuda, sin hijos, ni familia. 92 kg de peso y 162 cm de talla. Está diagnosticada de hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca congestiva, con varios ingresos hospitalarios en el último año, por descompensación de su insuficiencia cardíaca.

Ingresó en planta de hospitalización, procedente de Urgencias, hace 4 días, con un cuadro de tos y disnea, diagnosticada de neumonía bilateral probablemente secundaria a broncoaspiración. En ambas extremidades inferiores presentaba edemas con fovea.

El tratamiento pautado desde el ingreso consistía en suero-terapia, antibioterapia, inhaladores, diuréticos y oxigenoterapia.

La paciente, a su llegada a planta, estaba consciente, orientada y colaboradora. Habitualmente tomaba una dieta variada y no necesitaba medicación para dormir, aunque en los últimos días refería cierta dificultad para alimentarse y comunicarse debido a la disnea y la tos, lo que, en ocasiones, le provocaba pérdidas de orina, coincidiendo con los episodios de tos, por lo que usaba pañal de forma preventiva. También necesitaba ayuda para levantarse de la cama y caminar (pero sólo tramos cortos).

A su ingreso, no se había evidenciado ningún tipo de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD), pero en la mañana de hoy (4º día de ingreso), coincidiendo con el aseo, se observó que presentaba varias lesiones cutáneas eritematosas, de instauración brusca, que podrían corresponderse con LCRD, si bien, no todas ellas coinciden en zonas de presión (Figuras 1 y 2).



Figura 1: Lesión en trocánter izquierdo. (Fuente: foto cedida por Teresa Segovia).



Figura 2: Lesión en espalda. (Fuente: foto cedida por Teresa Segovia).

A su vez, se observa que también han aparecido otras dos lesiones, cuya característica principal es que presentan una especie de doble eritema (alguna con pequeñas áreas de color violáceo más oscuro, de mayor o menor intensidad), que podrían corresponderse con máculas y/o púrpuras, o ser secundarias a presión y/o cizalla (Figuras 3 y 4).



Figura 3: Lesión en zona sacra. (Fuente: foto cedida por Luis Arantón).



Figura 4: Lesión en trocánter derecho. (Fuente: Raña-Lama CD, et al.)⁽¹⁾.

En apenas 24 horas, las lesiones progresan rápidamente, tanto en extensión como en profundidad, coincidiendo con el deterioro progresivo (y más desasosiego) de la paciente (Figuras 5-8).



Figura 5: Evolución de lesión en espalda. (Fuente: foto cedida por Luis Arantón).



Figuras 6 y 7: Evolución de la lesión del trocánter. (Fuente: imagen 6 cedida por Teresa Segovia; imagen 7 cedida por Luis Arantón).



Figura 8: Evolución de la lesión del sacro. (Fuente: Guinot-Bachero J, et al.)⁽¹⁷⁾.

Durante las 48 horas siguientes, las lesiones siguen agravándose progresivamente, tanto en extensión, como en profundidad (Figuras 8-11), al tiempo que progresa el deterioro de la paciente que finalmente es exitus en las siguientes 48 horas.



Figuras 9 y 10: Empeoramiento de lesión del sacro. (Fuente: fotos cedidas por Teresa Segovia).



Figura 11: Úlceras de Kennedy prácticamente generalizadas, 48 horas antes de fallecer. (Fuente: foto cedida por Luis Arantón).

Valoración de la paciente:

Ante la rápida aparición y evolución de estas lesiones, es imprescindible realizar una valoración integral de la paciente (4º día), en donde incluiremos también una revisión de todo lo realizado desde su ingreso, para determinar si el abordaje del riesgo y de la situación clínica de las lesiones ha sido adecuado; o, por el contrario, identificar los fallos que pudieran haberse cometido.

Ante cualquier valoración de pacientes con lesiones cutáneas, hay siempre que valorar inicialmente la situación y estado de la persona, para seguidamente evidenciar el nivel de riesgo que presenta para el desarrollo de úlceras o LCRD, y posteriormente proceder a la valoración de las propias lesiones, identificar sus causas y establecer tanto medidas de prevención para evitar la aparición de otras, como pautas de tratamiento para tratar de curar las que ya se han producido. Ante una situación asistencial de tal magnitud, tenemos que realizar una valoración integral de la paciente; para ello nos serviremos del modelo de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, por ser el modelo oficial en el Servicio Gallego de Salud (Tabla II).

1- RESPIRAR	Gran disnea e insuficiencia respiratoria Edemas con fovea en MMII	2- ALIMENTACIÓN	No tolera alimentación oral.
3- ELIMINACIÓN	Incontinencia urinaria ocasional relacionada con esfuerzos (tos).	4- MOVERSE y MANTENER BUENA POSTURA	Postrada, incapaz de moverse por sí sola. Necesita ayuda total para levantarse al sillón y no puede caminar.
5- DESCANSO	Descansa mal debido a la disnea	6- VESTIRSE	Necesita ayuda total para vestirse
7- TEMPERATURA	Tiene fiebre alta	8- LIMPIO, ASEADO y PROTEGER TEGUMENTOS	Necesita ayuda total para realizar el aseo y los cuidados específicos.

9- EVITAR PELIGROS	Presenta cuadro febril agudo, incontinencia urinaria de esfuerzo y sueroterapia intravenosa. Edema en MMII (fóvea) Riesgo de LCRD	10- COMUNICAR	Paciente postrada y alestargada. La disnea dificulta la comunicación
11- CREENCIAS y VALORES	Comprometidos por episodios de descompensación frecuentes.	12- OCUPARSE	Proceso infeccioso y febril, que limita totalmente su capacidad.
13- RECREARSE	Su situación clínica limita totalmente su capacidad.	14- APRENDER	Su situación clínica limita totalmente su capacidad.

Tabla II: Valoración de las 14 Necesidades Básicas de V. Henderson al 4º día (Fuente: elaboración propia).

A su vez, para determinar su nivel de riesgo de presentar úlceras por presión, aplicaremos la Escala de Braden, como se puede observar en la Tabla III.

ESCALA de BRADEN: Valoración 3º-4º día.		
Percepción sensorial	Conexión con el medio muy limitada (muy fatigada y postrada).	2
Exposición a humedad	Húmeda con frecuencia (está en cama y muy postrada).	2
Actividad	Encamada. No es capaz de caminar y necesita ayuda total para levantarse al sillón	1
Movilidad	Completamente limitada, ya que es incapaz de moverse por sí sola.	1
Nutrición	Muy pobre, no tolera alimentación oral	1
Rozamiento y peligro de lesiones	Es un problema, ya que la limitación de la movilidad implica una dificultad mayor para evitar roces y presión.	1

Tabla III: Valoración 4º día Escala de Braden. Puntuación: 8 puntos= Riesgo Alto (Fuente: elaboración propia).

Valoración de las lesiones:

Una vez analizada la situación de la persona que estamos cuidando, pasamos a valorar las lesiones que presenta, tratando de identificar sus características y los agentes causales que las producen, para así poder estar en disposición de desarrollar un plan de cuidados adecuado.

En la **Figura 1** se representan, en realidad, varias lesiones. La primera y más grande se caracteriza por ser superficial y de aspecto eritematoso. Está situada en la zona media de espalda y presenta forma irregular (unos 4 x 5 cm), en la que destaca un área proximal que resulta un poco más oscura (margen izquierdo). La siguiente lesión se sitúa paralela a la anterior y tiene forma longitudinal, también es superficial y eritematosa, de unos 10 x 1,5 cm. Ambas son superficiales y mantienen la piel sin romper. En el resto de la espalda, tenemos que destacar la cantidad de marcas dibujadas por toda esta (dibujo de surcos), que corresponden con las sábanas de la cama, que están arrugadas, dando lugar a estas lesiones por presión de Categoría I⁽¹⁶⁾.

La **Figura 2** se corresponde con un área eritematosa más oscura que las anteriores, que impresiona una especie de hematoma superficial, situado en el trocánter izquierdo, que

no blanquea a la presión y que no sabemos cómo se instauró (mecanismo de acción desconocido). Presenta unas dimensiones aproximadas de 25 x 10 cm.

Ambas entidades son, pues, lesiones cutáneas eritematosas, de instauración brusca, que podrían corresponderse con LCRD; si bien, no todas ellas coinciden en zonas de presión (que sería un factor clave a tener en cuenta de cara a poder descartar o confirmar que el factor causal sea o no la presión).

Las lesiones que identificamos en las **Figuras 3 y 4**, también son lesiones eritematosas que presentan, además, manchas de color violáceo más intenso, lo que podría relacionarlas con un hematoma de vasos superficiales y profundos a la vez⁽³⁾, o ser secundarias a situaciones de presión y/o cizalla, aunque esto último parece poco probable, porque también impresionan como superficiales (las lesiones combinadas por presión /cizalla suelen ser profundas).

Para comprobar que se trata de lesiones instauradas (irreversibles) o, por el contrario, se corresponden con eritemas que blanquean a la presión (lesiones temporales y reversibles), se utiliza el método de disco transparente o de presión sobre el eritema (conocido como vitropresión), en el que se coloca una superficie transparente sobre cada lesión y al ejercer presión sobre ellas, éstas pueden blanquear o no⁽¹⁶⁾.

Si el eritema no blanquea, la sospecha recaería sobre la posibilidad de que sean lesiones secundarias a presión (mantenida y no aliviada). Como ninguna de las lesiones blanquea, se confirman como lesiones instauradas, probablemente LCRD secundarias a presión o fricción, pero de Categoría I (enrojecimiento que no palidece a la presión).

Por su parte, en las **Figuras 5, 7 y 8**, las lesiones son más profundas, pero mantienen placa superficial necrosada, por lo que oscilan entre Categoría IV e "inclasificables", ya que hasta que se retire la placa necrótica, no podremos conocer el alcance de las mismas⁽¹⁶⁾.

La lesión representada en la **Figura 6**, se corresponde con una úlcera de Categoría III, con pérdida total del grosor de la piel (grasa subcutánea visible). Presenta abundante materia esfacelar y exudado. Desprende un olor característico. Se trata de una lesión circular, con bordes eritematosos no macerados y ciertas zonas de tejido de granulación⁽¹⁶⁾.

En las **Figuras 9 y 10**, se observa que la zona sacra ha empeorado progresiva y rápidamente, tanto en extensión como en profundidad. La lesión de la **Figura 9** presenta algunas áreas superficiales (incluso con piel rota), que se corresponderían a lesiones de Categoría II pero, a su vez, podemos observar otras con doble eritema, lo que implica mayor profundidad y destrucción tisular, aunque de momento serían consideradas como de categoría inclasificable (no se puede valorar adecuadamente a qué planos afecta), aunque es de esperar que avance el deterioro, como se confirma en la **Figura 10** (lesión profunda, también inclasificable porque está totalmente recubierta de placa necrótica, pero que sugiere una lesión profunda de Categoría IV)⁽¹⁶⁾.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

Finalmente, en la **Figura 11**, podemos observar el estado global de la espalda de la paciente, que presenta múltiples lesiones que impresionan ser profundas, pero que están cubiertas por la placa necrótica, por lo que también serían consideradas de categoría indeterminada o inclasificable (estado que suele preceder en pocas horas o días, al éxitus de la paciente).

Plan de actuación: Fase diagnóstica

Tras el ingreso de la paciente y haber realizado una valoración integral y de riesgo, debemos proceder a la identificación de los problemas de salud que presenta, para tratar de determinar las posibles causas de tan negativa evolución.

Según las necesidades básicas alteradas, se establecen una serie de diagnósticos de enfermería que afectan a la paciente y que se relacionan en la **Tabla IV**.

14 necesidades de Virginia Henderson	Diagnósticos de enfermería ante KTU
NECESIDAD 1: Respirar normalmente	[00032] Patrón respiratorio ineficaz
NECESIDAD 2: Comer y beber	[00232] Obesidad
NECESIDAD 3: Eliminación	[00017] Incontinencia urinaria de esfuerzo
NECESIDAD 4: Moverse	[00085] Deterioro de la movilidad física
NECESIDAD 6: Vestirse	[00109] Déficit de autocuidado en el vestido
NECESIDAD 7: Temperatura	[00007] Hipertermia
NECESIDAD 8: Higiene/piel	[00047] Deterioro de la integridad cutánea [00248] Deterioro de la integridad tisular
NECESIDAD 9: Evitar peligros/seguridad	[00257] Síndrome de fragilidad del anciano [00132] Dolor agudo
NECESIDAD 10: Comunicación	[00051] Deterioro de la comunicación verbal [00052] Riesgo de soledad
NECESIDAD 11: Creencias/valores	[00147] Riesgo de ansiedad ante la muerte

Tabla IV: Diagnósticos de Enfermería evidenciados tras la valoración de Necesidades al 4º día (Fuente: elaboración propia).

Con respecto a la valoración de riesgo, la paciente alcanza una puntuación en la escala de Braden, de 8 puntos (Tabla III), lo que implica que estamos ante una situación de ALTO RIESGO de desarrollar úlceras por presión, por lo que debe tenerse en cuenta dicha situación en el establecimiento del plan de cuidados y así tratar de prevenir nuevas lesiones.

En cuanto a las lesiones que presenta la paciente, como ya se ha comentado, pasan por diversas fases, que van desde los eritemas que no blanquean a la presión (lesiones de categoría I), hasta las lesiones cubiertas por una placa necrótica (lesiones inclasificables) o a las lesiones más profundas (categorías III y IV), como ya se indicó en el apartado de valoración de las lesiones.

Finalmente, la aparición brusca de las lesiones y su rápida evolución, en un entorno adecuado de cuidados para la prevención de lesiones, descarta los diagnósticos relacionados con LCRD y confirma el diagnóstico de Úlceras de Kennedy.

Fase de planificación:

En consecuencia, de toda esta valoración realizada, se establece y desarrolla un plan de cuidados individualizado basado en la valoración holística de la paciente, que incorpora por tanto los condicionantes de la propia persona y su entorno, junto con los problemas de salud identificados en la valoración de necesidades. El plan de cuidados (Tabla V) se desarrolla siguiendo la taxonomía NANDA (consultada desde <https://www-nnnconsult.com>)⁽¹¹⁾ e incorporando sus correspondientes criterios de resultados NOC y de intervenciones NIC.

Diagnóstico de enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00032] Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga m/p hipoxemia	• [0403] Estado respiratorio: ventilación	• [3390] Ayuda a la ventilación • [3250] Mejora de la tos • [3320] Oxigenoterapia
Diagnóstico de enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00232] Obesidad r/c actividad física diaria inferior a la recomendada según el sexo y la edad m/p índice de masa corporal > 30kg/m ²	• [1006] Peso: masa corporal • [1802] Conocimiento: dieta saludable	• [5614] Enseñanza: dieta prescrita • [200] Fomento del ejercicio
Diagnóstico de enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00017] Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c incompetencia del esfínter urinario m/p pérdida involuntaria de orina al toser	• [1608] Control de síntomas • [0502] Continencia urinaria	• [3350] Monitorización respiratoria • [610] Cuidados de la incontinencia urinaria
Diagnóstico de enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00085] Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la tolerancia a la actividad m/p disminución de la amplitud de movimientos	• [0415] Estado respiratorio • [0414] Estado cardiopulmonar	• [940] Cuidados de tracción/inmovilización • [740] Cuidados del paciente encamado • [6490] Prevención de caídas • [2380] Manejo de la medicación
Diagnóstico de enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00109] Déficit de autocuidado en el vestido r/c fatiga m/p dificultad para vestir la parte inferior del cuerpo	• [0007] Nivel de fatiga • [3007] Satisfacción del paciente/usuario: entorno físico	• [1630] Vestir • [1800] Ayuda con el autocuidado
Diagnóstico de enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00007] Hipertermia r/c deshidratación m/p piel caliente al tacto	• [0602] Hidratación • [0800] Termostatación	• [4120] Manejo de líquidos • [2380] Manejo de la medicación
Diagnóstico de enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00046] Deterioro de la integridad cutánea r/c disminución de la perfusión tisular m/p interrupción de la superficie de la piel	• [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas • [0305] Autocuidados: higiene • [0301] Autocuidados: baño ingestión de nutrientes • [0422] Perfusión tisular	• [3664] Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización • [1750] Cuidados perineales • [6540] Control de infecciones • [3660] Cuidados de las heridas • [1410] Manejo del dolor: agudo • [3590] Vigilancia de la piel
Diagnóstico de enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00044] Deterioro de la integridad tisular r/c disminución de la	• [0204] Consecuencias	• [840] Cambio de posición

<p><i>perfusión tisular m/p exposición de tejidos por debajo de la epidermis</i></p>	<p>de la inmovilidad: fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> [0208] Movilidad [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas 	<ul style="list-style-type: none"> [3664] Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización [610] Cuidados de la incontinencia urinaria [3660] Cuidados de las heridas
<p>Diagnóstico de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos (NOC) 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones (NIC)
<p>[00257] Síndrome de fragilidad del anciano r/c disminución de la fuerza muscular, obesidad m/p deterioro de la movilidad física, déficit del autocuidado en el vestido, fatiga.</p>	<ul style="list-style-type: none"> [2006] Estado de salud personal [1308] Adaptación a la discapacidad física 	<ul style="list-style-type: none"> [5230] Apoyo emocional [6490] Prevención de caídas Terapia de ejercicios: movilidad articular
<p>Diagnóstico de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos (NOC) 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones (NIC)
<p>[00132] Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p expresión facial de dolor, conducta expresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> [3011] Satisfacción del paciente/usuario: control de los síntomas [1211] Nivel de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> [2840] Administración de medicación [5820] Disminución de la ansiedad [6482] Manejo ambiental: confort
<p>Diagnóstico de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos (NOC) 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones (NIC)
<p>[00051] Deterioro de la comunicación verbal r/c disnea m/p fatiga en la conversación</p>	<ul style="list-style-type: none"> [0415] Estado respiratorio [0904] Comunicación: receptiva 	<ul style="list-style-type: none"> [5440] Aumentar los sistemas de apoyo [2380] Manejo de la medicación
<p>Diagnóstico de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos (NOC) 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones (NIC)
<p>[00054] Riesgo de soledad r/c aislamiento social</p>	<ul style="list-style-type: none"> [1902] Control del riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> [5270] Apoyo emocional [5340] Presencia
<p>Diagnóstico de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos (NOC) 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones (NIC)
<p>[00147] Riesgo de ansiedad ante la muerte r/c consciencia de muerte inminente</p>	<ul style="list-style-type: none"> [1211] Nivel de ansiedad [2000] Calidad de vida [2011] Estado de comodidad: psicoespiritual [2002] Bienestar personal. 	<ul style="list-style-type: none"> [5250] Apoyo en la toma de decisiones [2380] Manejo de la medicación [5270] Apoyo emocional [5420] Apoyo espiritual

Tabla V: Plan de Cuidados NANDA - NOC - NIC al 4º día (Fuente: elaboración propia).

Con respecto a las lesiones y evolución de las mismas, se ha realizado una valoración retrospectiva del caso para tratar de identificar "faltas" en el plan de cuidados, que pudieran condicionar la evolución fatal producida.

Así se pudo comprobar que, en el momento del ingreso, la paciente había sido considerada "SIN RIESGO" de presentar úlceras por presión, tras la aplicación de la correspondiente Escala de Braden (Tabla VI).

En esa primera valoración, la paciente presenta una puntuación de 19 en la Escala de Braden, lo que implica que "no presenta riesgo" de desarrollar lesiones por presión. Además, no presentaba ningún problema de lesiones o deterioro de la integridad cutánea o tisular, por lo que no correspondía planificar cuidados específicos.

ESCALA de BRADEN: Valoración inicial		
Percepción sensorial	La paciente está consciente, orientada y colaboradora.	4
Exposición a humedad	La piel esta raramente húmeda, ya que la paciente usa pañal para las pérdidas de orina relacionadas con el esfuerzo, pero hay una correcta utilización de este	4
Actividad	Deambula ocasionalmente tramos cortos y con ayuda. Pasa la mayor parte del tiempo en cama.	3
Movilidad	Ligeramente limitada por la situación clínica	3
Nutrición	Adecuada, ya que se cubren la mayoría de sus necesidades nutricionales	3
Rozamiento y peligro de lesiones	Problema potencial, aunque necesita ayuda para movilizarse, mantiene una postura adecuada la mayor parte del tiempo	2

Tabla VI: Escala de Braden-Valoración inicial al ingreso de la paciente (Fuente: elaboración propia).

Fase de ejecución: Intervenciones iniciales.

Dentro de la valoración retrospectiva del caso, para tratar de identificar "faltas" en el plan de cuidados, se ha revisado estrictamente dicho plan y cómo se realizó su implantación e implementación, sin detectar ningún posible error asistencial.

El plan de cuidados establecido en cada momento se correspondía con la situación clínica de la paciente, habiéndose cumplido estrictamente, por lo que, en cuanto a la prevención de LCRD, no se justificaría la aparición de dichas lesiones.

La valoración integral inicial de la paciente según el modelo de las 14 Necesidades básicas de salud de Virginia Henderson, fue el desarrollado en la Tabla VII.

1- RESPIRAR	Presenta cuadro febril, infección respiratoria, insuficiencia cardíaca, tos y disnea. Edema con fovea en MMII	2- ALIMENTACIÓN	Paciente obesa, con diabetes no insulinodependiente, que realiza alimentación variada.
3- ELIMINACIÓN	Incontinencia urinaria ocasional relacionada con esfuerzos (tos).	4- MOVERSE y MANTENER BUENA POSTURA	Orientada, pero que necesita ayuda para movilizarse.
5- DESCANSO	Duerme bien.	6- VESTIRSE	Necesita ayuda para vestirse.
7- TEMPERATURA	Paciente con 38° C de temperatura.	8- LIMPIO, ASEADO y PROTEGER TEGUMENTOS	Necesita ayuda para el aseo y cuidados específicos.
9- EVITAR PELIGROS	Presenta cuadro febril agudo, incontinencia urinaria de esfuerzo y sueroterapia intravenosa. Edema con fovea en MMII	10- COMUNICAR	Consciente y orientada, pero con episodios de tos y disnea que dificultan la comunicación.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

11- CREENCIAS y VALORES	Episodios de descompensación frecuentes.	12- OCUPARSE	Proceso infeccioso y febril, que limita su capacidad.
13- RECREARSE	Proceso infeccioso y febril que limita su capacidad.	14- APRENDER	Proceso infeccioso y febril que limita su capacidad.

Tabla VII: Valoración enfermera al ingreso, según el modelo de las 14 Necesidades de V. Henderson (Fuente: elaboración propia).

También, se dieron los siguientes diagnósticos de enfermería (Tabla VIII).

14 necesidades de Virginia Henderson	Diagnósticos de enfermería en este caso
NECESIDAD 1: Respirar normalmente	[00032] Patrón respiratorio ineficaz
NECESIDAD 2: Comer y beber	[00232] Obesidad
NECESIDAD 3: Eliminación	[00017] Incontinencia urinaria de esfuerzo
NECESIDAD 4: Moverse	[00085] Deterioro de la movilidad física
NECESIDAD 6: Vestirse	[00109] Déficit de autocuidado en el vestido
NECESIDAD 7: Temperatura	[00007] Hipertermia
NECESIDAD 9: Evitar peligros/seguridad	[00257] Síndrome de fragilidad del anciano
NECESIDAD 10: Comunicación	[00051] Deterioro de la comunicación verbal

Tabla VIII: Diagnósticos de enfermería establecidos en la valoración inicial (Fuente: elaboración propia).

La situación clínica de la paciente podemos considerarla un poco inestable, presentando al ingreso las siguientes constantes clínicas:

- Presión arterial (TA): 182/73 mmHg.
- Frecuencia cardíaca (FC): 98 lpm.
- Temperatura (T^a): 38°C.
- Frecuencia respiratoria (FR): 22 rpm.
- Saturación de oxígeno (Sat O₂): 93 %.

Con una mejoría clínica evidente (pero ficticia), porque ya en las primeras 24 horas, se desestabiliza, empeorando su situación clínica y descartándose su ingreso en UCI (limitada situación basal), como se refleja en sus constantes clínicas:

- TA: 170/80 mmHg.
- FC: 102 lpm.
- T^a: 37,8°C.
- FR: 24 rpm.
- Sat. O₂: 91 %.

En este momento, la valoración con la Escala de Braden (Anexo II) arroja una puntuación de 13, lo que supone un "Riesgo Moderado" (Tabla IX).

ESCALA de BRADEN: Valoración tras 24 horas de evolución		
Percepción sensorial	La percepción es ligeramente limitada debido a la disnea y la tos	3
Exposición a humedad	Al aumentar los episodios de tos, se incrementan asimismo las pérdidas urinarias	3
Actividad	Más limitada por su situación clínica	2
Movilidad	Condicionada por su situación clínica	2
Nutrición	Mayor dificultad para alimentarse al aumentar la fatiga y la tos (mayor riesgo de broncoaspirar)	2
Rozamiento y peligro de lesiones	Por el aumento de la fatiga, disminución de la movilidad y situación clínica	1

Tabla VIII: Escala de Braden a las 24 horas de evolución. Puntuación: 13 puntos= Riesgo Moderado (Fuente: elaboración propia).

Así, la paciente ha pasado en pocas horas de ser valorada "Sin Riesgo", a ser considerada de "Riesgo Moderado", lo que condicionó ajustes en su plan de cuidados, que incorporó dos nuevos diagnósticos de enfermería (NANDA-I) de riesgo relacionados con la integridad cutánea y la integridad tisular, para un abordaje efectivo y realista del problema (Tabla X):

- [00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- [00248] Riesgo de deterioro de la integridad tisular

Cada uno de ellos se incorporó en ese momento al plan de cuidados con sus criterios de resultados NOC y sus intervenciones NIC.

Diagnóstico de enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> • [1908] Detección del riesgo • [0502] Continencia urinaria • [1009] Estado nutricional: ingestión de nutrientes • [0422] Perfusión tisular 	<ul style="list-style-type: none"> • [6610] Identificación de riesgos • [3584] Cuidados de la piel: tratamiento tópico • [1100] Manejo de la nutrición • [4070] Precauciones circulatorias • [940] Cuidados de tracción/inmovilización
[00248] Riesgo de deterioro de la integridad tisular	<ul style="list-style-type: none"> • [0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas • [0401] Estado circulatorio • [1004] Estado nutricional • [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas 	<ul style="list-style-type: none"> • [840] Cambio de posición • [4070] Precauciones circulatorias • [1100] Manejo de la nutrición • [3540] Prevención de úlceras por presión • [940] Cuidados de tracción/inmovilización • [610] Cuidados de la incontinencia urinaria

Tabla X: Diagnósticos de enfermería que se incorporaron al plan de cuidados al empeorar la paciente (Elaboración propia).

Estos diagnósticos enfermeros que se incorporan al plan de cuidados, van destinados íntegramente a prevenir la aparición de lesiones por presión, por el cambio súbito en el estado fisiológico de la paciente. Esto implica que se activan e implementan los procedimientos de cuidados preventivos para evitar LCRD^(7,12,13).

• Cuidados de la piel:

Mantener piel limpia y seca: uso de jabones o soluciones limpiadoras con pH equilibrado.
Uso de AGHO en zonas de riesgo (2-3 veces/día); cremas hidratantes en piel seca.
No masajes, colonias, alcohol..., no colocar / apoyar sobre zonas enrojecidas.
Vigilar dispositivos clínicos (vía venosa).

• Control de la humedad:

Mantener piel limpia y seca.
Valorar incontinencia, tipo, severidad, alcance... y otros procesos que aumenten humedad.
Uso de absorbentes: adecuados a necesidades, frecuencia, aseo e higiene...

• Manejo de la presión:

Movilización: iniciar movilización precoz, valorando capacidades y estableciendo plan adecuado y/o derivación a fisioterapia.

Cambios posturales: considerar uso de sábana travesera u otros dispositivos, no superar los 30°, realizar decúbitos laterales parciales y favorecer alineamiento corporal. Con respecto a la programación, considerar estado del individuo y situación, así como uso y tipo de superficie de apoyo. Cronograma de cambios posturales. De forma general, cambios cada 2 horas y cada 4 horas si superficie de apoyo adecuada.

SEMP. Al ser riesgo alto, considerar superficie dinámica (de presión alternante). Vigilar adecuación y funcionamiento de la misma.

Protección local. Uso de taloneras de espuma y/o dispositivos/almohadas para dejar talones flotantes. Uso de apósitos de espuma en zonas de riesgo, y evitar contacto entre prominencias óseas. Dispositivos adecuados y correctos a las necesidades del sujeto.

• **Aspectos como:**

Nutrición/hidratación.

Hidratación: uso de espesantes, aumento de cantidades, monitorización de signos y síntomas de deshidratación.

• **Educación sanitaria:**

Durante las siguientes 48 horas, se estabiliza clínicamente, mejorando ligeramente las constantes y la sintomatología:

- TA: 155/75 mmHg.
- FC: 86 lpm.
- Tª: 37,5°C.
- FC: 20 rpm.
- Sat. O₂: 94 %.

Hasta que, en el 3º y 4º día, comienza a evolucionar de nuevo, negativamente, por lo que pasa de los diagnósticos de riesgo a los de deterioro (Tabla 11).

Diagnóstico de enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00046] Deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> • [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas • [0305] Autocuidados: higiene • [0301] Autocuidados: baño ingestión de nutrientes • [0422] Perfusión tisular 	<ul style="list-style-type: none"> • [1610] Baño • [3664] Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización • [1750] Cuidados perineales • [6540] Control de infecciones • [3660] Cuidados de las heridas • [1410] Manejo del dolor: agudo • [3590] Vigilancia de la piel
Diagnóstico de enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
[00044] Deterioro de la integridad tisular	<ul style="list-style-type: none"> • [0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas • [0401] Estado circulatorio • [1004] Estado nutricional • [0208] Movilidad • [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas 	<ul style="list-style-type: none"> • [840] Cambio de posición • [4070] Precauciones circulatorias • [3664] Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización • [940] Cuidados de tracción/inmovilización • [610] Cuidados de la incontinencia urinaria • [1750] Cuidados perianales • [3660] Cuidados de las heridas • [1410] Manejo del dolor: agudo • [3590] Vigilancia de la piel

Tabla XI: Diagnósticos de enfermería que se incorporaron al plan de cuidados tras empeorar más (Fuente: elaboración propia).

Ante esta situación, el plan de cuidados se enfoca en el confort de la paciente, teniendo en cuenta que el tratamiento de las lesiones pasa a no ser prioritario, es decir, se establece un tratamiento paliativo en vez de curativo. Debemos destacar la necesidad del control del dolor, olor, bienestar y confort de la paciente, así como el abordaje psicológico de la misma, ya que su situación ha empeorado muy rápidamente y con muchos factores de comorbilidad, por lo que la situación clínica es claramente degenerativa, sin opción de cura ni de mejoría clínica.

Según la bibliografía científica encontrada, las KTU se generan en una situación de hipoperfusión y posterior isquemia, donde la piel necesita entre un 25-33% de gasto cardíaco para que las células obtengan suficiente oxígeno, en el caso de esta paciente, con una insuficiencia cardíaca congestiva y crónica, además de posteriores complicaciones como neumonía bilateral, el organismo se encuentra en fallo multiorgánico, y la perfusión de tejidos se ve severamente comprometida (14).

Ante esta situación, el plan de cuidados es modificado por completo, primando el confort de la paciente, y planteando cuidados paliativos en lugar de curativos (control del dolor, olor, bienestar y confort de la paciente, así como un abordaje psicológico).

Plan de curas:

La cura de las heridas en ambiente húmedo gestiona la cantidad de exudado y se asocia a beneficios como(17,18):

- Disminución del dolor.
- Evitar fricción.
- Efecto barrera frente a microorganismos/menores tasas de infección.
- Reducción del tiempo de cicatrización.
- Menor tiempo destinado a curas/permite espaciar el tiempo entre las curas.
- Evita maceración y mejora el confort de la paciente (permite aseo diario).
- Mejores resultados estéticos y mejor coste-efectividad.

Para curas de lesiones superficiales, el abordaje debe ser el reflejado en la **Figura 12**.

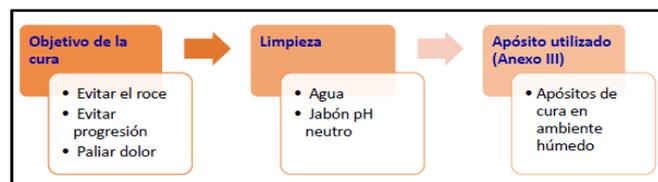


Figura 12: Curas en heridas superficiales (Fuente: elaboración propia).

Para curas de lesiones profundas, el abordaje debe ser el mostrado en la **Figura 13**.

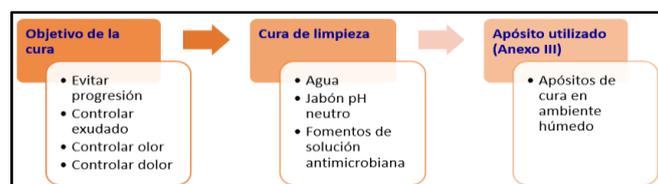


Figura 13: Curas en heridas más profundas (Fuente: elaboración propia).

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

Fase de evaluación:

Para evaluar los resultados hay que tener en cuenta en todo momento que es una situación terminal y los cuidados aportados son paliativos.

Se evaluará la situación psicológica de la paciente en el proceso de morir, cumpliendo los objetivos terapéuticos propuestos en el plan de cuidados, el dolor mediante escalas de valoración, control del olor y exudado.

Se utilizará como escala de referencia para valoración del dolor la Escala visual analógica del dolor (EVA). Esta escala mide la intensidad de dolor que describe el paciente. Se trata de una línea horizontal o vertical de 10 centímetros en la que el paciente va a indicar un punto concreto en esa línea, teniendo en cuenta que en los extremos se encuentran las expresiones extremas del síntoma (siendo el extremo izquierdo la ausencia de intensidad y en el extremo derecho la mayor intensidad). El punto que marque la paciente se mide con una regla milimétrica ⁽¹⁹⁾.

El resultado se clasificará de la siguiente forma⁽¹⁹⁾:

- Dolor leve: menor de 3 cm
- Dolor moderado: entre 4-7 cm
- Dolor severo: igual o superior a 8 cm

Para la evaluación del plan de cuidados, las etiquetas diagnósticas NOC, disponen de indicadores específicos a través de escalas tipo "Likert", ("1" es la valoración más baja, y "5", la más alta). Esto nos permite valorar la consecución de la evolución del resultado esperado, si ésta es adecuada o no. En el presente caso clínico, los NOC más representativos son los dos siguientes:

- [2002] Bienestar personal
- [2000] Calidad de vida

Por ello, especificaremos los dos indicadores oportunos y específicos, que puedan valorar si la evolución del caso está siendo adecuada:

- [200014] Dignidad (puntuación de 1 a 5, siendo 5 la mejor puntuación posible):
 1. No del todo satisfecho
 2. Algo satisfecho
 3. Moderadamente satisfecho
 4. Muy satisfecho
 5. Completamente satisfecho
- [200207] Capacidad de afrontamiento (puntuación de 1 a 5, siendo 5 la mayor capacidad de afrontamiento):
 1. No del todo satisfecho
 2. Algo satisfecho
 3. Moderadamente satisfecho
 4. Muy satisfecho
 5. Completamente satisfecho

DISCUSIÓN:

Las Úlceras de Kennedy, producidas por la hipoperfusión cutánea, afectan a los pacientes en situación terminal próxima y condicionarán su calidad de vida en sus últimos días. El problema principal y el motivo de realización e investigación sobre ellas, en este caso, es que se suelen confundir con LPP, lo que lleva a una mala praxis por establecer unos objetivos irreales y no cubrir las necesidades de la paciente en su situación.

Debido a la falta de información e investigación científica, con este trabajo se trata de dar visibilidad y establecer un plan de cuidados destinado al confort y bienestar de la paciente, teniendo en cuenta que, a partir del momento de diagnóstico de las KTU, el plan establecido no será con finalidad curativa.

Siguiendo la Taxonomía NANDA, según las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, se establece un plan de cuidados ajustándolo continuamente debido a la rápida y mala progresión de la paciente. Este método ayuda a individualizar los cuidados y adaptarlos a las necesidades físicas y psicológicas ante un proceso de muerte. Además, se realiza un plan de curas específico, en este caso para paliar el dolor y controlar el olor y exudado.

Se trata de recopilar información y ver el método establecido en otros casos ^(5,13,17,18,20), y adaptarlo a este caso en particular. Mediante escalas de valoración, se comprueba que se han cumplido los objetivos de cuidados establecidos, aliviando el dolor y manteniendo una calidad de vida hasta el final. La mayor limitación en este trabajo ha sido la escasa información científica encontrada, ya que ha sido un sesgo para poder objetivar concretamente los motivos de las KTU y si puede haber una posible prevención eficaz para evitar la aparición de estas ⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Se considera que falta mucha investigación en estas lesiones, así como en Las Trombley-Brennan Terminal Tissue Injury (TB-TTI) o los cambios cutáneos al final de la vida o ESCALE, en las cuales las diferencias entre ellas están difusas⁽²¹⁾. Se considera de vital importancia la realización de planes de cuidados especializados en cada caso, y así tener también una variedad de situaciones que sirva como herramienta a la hora de tratar a la paciente.

CONFLICTOS DE INTERESES:

Los/as autores/as declara no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Raña-Lama CD, Rumbo-Prieto JM. Úlceras por presión inevitables, fallo cutáneo, úlceras terminales y cambio-cutáneos al final de la vida. *Enferm Dermatol*. 2018; 12(33): 7-9.
2. Latimer S, Shaw J, Hunt T et al. Kennedy Terminal Ulcers: A Scoping Review. *J Hosp & Palliat Nurs*. 2019; 21(4): 257-63.

3. Ramos Sánchez A, Águila Pollo MC, Vázquez Aguilera M, Fernández Ayuso D, Arribas Marín JM, Fernandes Ribeiro AS. Úlceras por Presión en el paciente paliativo oncológico y no-oncológico, ¿inevitable? Un estudio retrospectivo. *Enferm Oncológica*. 2018;20(2): 13-7.
4. Ruiz Henao C.E, Roviralta Gómez S. Úlcera Terminal de Kennedy: ¿Úlcera por presión inevitable? *Heridas y Cicatrización*. 2015; 19(5): 16-20.
5. Alarcón-Alfonso CM. Plan de cuidados de enfermería de una paciente con úlcera terminal de Kennedy. Caso clínico. *Enferm Clínic*. 2022; 32:284-90.
6. Roca-Biosca A, Rubio-Rico L, Velasco-Guillen MC, Anguera-Saperas L. Adecuación del plan de cuidados ante el diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy. *Enferm Intensiv*. 2016;27(4):168-72.
7. Krasner DL. Seven Strategies for Optimizing End-of-Life. *Skin and Wound Care. Nurs Manage*.2022;53(9):515-9.
8. 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.
9. Morales Bueno P. Aprendizaje basado en problemas (ABP) y habilidades de pensamiento crítico ¿una relación vinculante? *Rev Electr Interuniver Form Prof*. 2018; 21(2): 91-108. DOI: 10.6018/reifop.21.2.323371.
10. Lima-Serrano M, González-Méndez MI, Martín-CastañoC, Alonso-Araujo I, Lima-Rodríguez JS. Validez predictiva y fiabilidad de la escala de Braden para valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiv*. 2018; 42(2): 82-91.
11. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier Doyma, SL; 2007.
12. NNNConsult [web]. Barcelona; Elsevier. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com>. (acceso con login).
13. Vázquez-Rumbo S. Cuidados de enfermería ante un dermatofibrosarcoma según el modelo AREA y DREOM. *Enferm Dermatol*. 2022; 16(46): e01-e10. DOI: 10.5281/zenodo.7047419.
14. Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. *Inquietudes*. 2006;(35):21-9.
15. Pérez Cruz M. Aplicación del modelo AREA y el modelo DREOM en la elaboración de un plan de cuidados. *Inquietudes*. 2009; 41:4-11.
16. Fanjul Palleiro E, Furones Álvarez E. Úlceras por presión en personas al final de la vida. *Tratamiento paliativo. N Punto*. 2021; 4(39): 59-75.
17. Guinot Bachero J, Furió Vizcaino T. Poliulceración en paciente terminal: Úlceras de Kennedy. Plan de cuidados paliativos. *Enferm Dermatol*. 2014; 8(22):1-9.
18. Restrepo-Medrano JC, Salazar-Maya AM, Toro-Gonzales M. Úlceras terminales de Kennedy: una propuesta de cuidado desde enfermería. *Enferm Dermatol*. 2021; 15(44): 35-42.
19. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018;25(4):228-.236.
20. Pastor Orduña MI, Palomar Llatas F, Martorell Matoses S. Consensos sobre el tratamiento de las úlceras en el paciente terminal. Revisión de la literatura. *Heridas y Cicatrización*. 2020; 10(2):27-32.
21. Ayello EA, Sibbald RG. Terminal Ulcers, SCALE, Skin Failure, and Unavoidable Pressure Injuries: Results of the 2019 Terminology Survey. *Adv Skin & Wound Care*. 2020; 33:137-45.