



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Percepción de autocuidado y cuidados enfermeros en paciente con lesión medular y lesión por presión infectada

Naiara Llanos de Diego

Tutelado por: Lourdes Jiménez Navascués

Cotutelado por: María Luisa Sanz Muñoz

Soria, Curso Académico 2023/24

Soria, 27 de mayo de 2024

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Los pacientes con lesión de la médula espinal (LME) tienen riesgo de sufrir lesiones por presión (LPP), condicionando su calidad de vida. El objetivo del cuidado de LPP es la cicatrización por segunda intención, gestionando las complicaciones como es la infección. El autocuidado, como propone N J. Pender, es imprescindible para optimizar la cicatrización y mejorar la calidad de vida.

OBJETIVO. Describir la intervención enfermera en el abordaje del cuidado de personas con lesión medular, con LPP infectadas, incorporando la perspectiva del paciente.

METODOLOGÍA. Revisión bibliográfica descriptiva, que incorpora trabajos de PubMed, Cochrane, CUIDENplus y CINAHL. La estrategia de búsqueda responde a los objetivos del estudio. Finalmente, se seleccionan 12 artículos. Estudio de caso cualitativo. Se selecciona el caso del Sr. Enrique con LME que presenta LPP de difícil cicatrización. La perspectiva del paciente sobre su situación se ha recogido mediante una entrevista semiestructurada y posteriormente se ha analizado y categorizado, respetando los principios bioéticos.

RESULTADOS. Los principales factores de riesgo de LPP en personas con LME son inmovilidad, incontinencia o pérdida sensitiva. Las enfermeras toman decisiones sobre el abordaje del cuidado del paciente con lesión tisular, fomentando el autocuidado. Las lesiones infectadas, de difícil cicatrización, afectan negativamente la calidad de vida, como refiere el Sr. Enrique. Cuando se cronifican provocan complicaciones como dolor, mal olor e infección, que condicionan, como en el caso estudiado, las relaciones sociales. La terapia de presión negativa (TPN) es una de las propuestas de tratamiento.

CONCLUSIONES. No hay evidencia científica para recomendar la TPN como tratamiento de LPP infectadas. El conocimiento del paciente sobre el autocuidado de LPP no es suficiente, es preciso una conducta de cumplimiento, y las enfermeras deben explorar los motivos de esta conducta. En el cuidado de pacientes con LPP, se deben valorar factores físicos, personales, familiares y la red de apoyo, como condicionantes de adherencia. La calidad de vida de personas con LME que presentan LPP crónicas está afectada.

Palabras clave: lesión medular, lesión por presión infectada, enfermería, autocuidado.

GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
CI	Consentimiento informado
CSS	Centros sociosanitarios
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DeCs	Descriptores de Ciencias de la Salud
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
EEII	Extremidades inferiores
Et al.	y otros autores
FR	Factores de riesgo
GNEAUPP	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas
LCRD	Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia
LME	Lesión de la médula espinal
LPP	Lesión por presión
LPPL	Luz policromática polarizada lineal
MeSH	Medical Subjects Heading
M/p	Manifestado por
MPS	Modelo de promoción de la salud
R/c	Relacionado con
Sr.	Señor
TFG	Trabajo de Fin de Grado
TPN	Terapia de Presión Negativa
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
VAC	Cierre Asistido por Vacío

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	2
3. OBJETIVOS	3
4. METODOLOGÍA.....	4
4.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LPP	4
4.2. ESTUDIO DE CASO CUALITATIVO DE UN PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR CON LPP	6
5. RESULTADOS	7
5.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LPP.....	7
5.2. ESTUDIO DEL CASO - PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR CON LPP.....	9
6. DISCUSIÓN	12
7. CONCLUSIONES	15
8. BIBLIOGRAFÍA	16
ANEXOS.....	I
ANEXO A – Metodología.....	II
Documento 1 - Consentimiento informado.....	II
ANEXO B- Resultados.....	IV
Documento 2 - Transcripción de entrevista semiestructurada.	X

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1 - Prevalencia de LCRD en España (2013-2022)	1
Tabla 1 - Pregunta de investigación formato PICO (Anexo A).....	III
Tabla 2 - Palabras clave, DeCs y MesH (Anexo A)	III
Tabla 3 - Criterios de inclusión y exclusión (Anexo A)	III
Tabla 4 - Resumen de los artículos analizados (Anexo B)	IV
Tabla 5 - Plan de cuidados enfermero (Anexo B)	IX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de flujo de búsqueda	5
--	---

1. INTRODUCCIÓN

Las lesiones por presión son un importante problema de salud pública que implica un alto impacto en la calidad de vida de la persona y un aumento del gasto sanitario, según el sexto estudio epidemiológico de GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas) sobre lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) en España¹⁻³.

La clasificación de las lesiones cutáneas se basa en el modelo teórico de las LCRD de García et al.⁴, publicado en 2014 y actualizado en 2021, que rechaza incluir a todas las lesiones bajo el título de lesión por presión, excluyendo la presión como único mecanismo de producción. Este modelo define LCRD como *“el daño de la piel y/o tejidos subyacentes que afecta a personas con limitaciones o pérdida (temporal o permanente) de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial debido a la discapacidad, edad, proceso o enfermedad y que requieren de ayuda para sus actividades básicas”*. Incluye siete tipos de lesiones en función de cuatro mecanismos de producción: lesiones por presión-cizalla, lesiones asociadas a la humedad, lesiones por fricción y lesiones combinadas; aunque actualmente se ha aumentado hasta 10 los tipos de lesiones⁴.

En el estudio realizado por GNEAUPP^{1-3,5-8} se observa que las LPP son las más prevalentes (23,85%), con una tendencia descendente en centros sociosanitarios (CSS) y centros de atención primaria, y alista en hospitales, aunque la prevalencia sigue siendo más alta en CSS.

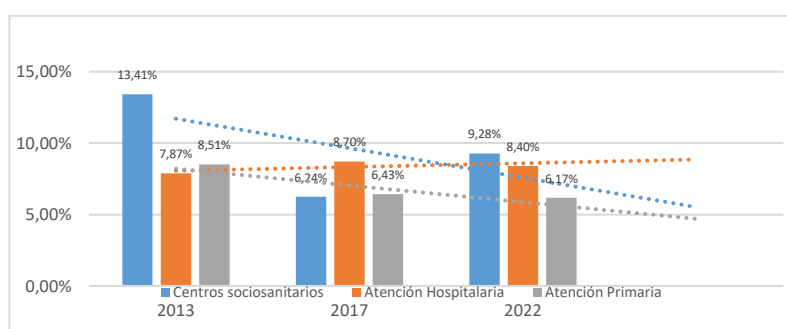


Gráfico 1 - Prevalencia de LCRD en España (2013-2022). Fuente: referencias 1-3,5-8.

Según GNEAUPP⁹, la LPP es una *“lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacente, principalmente 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”*. Algunos factores de riesgo (FR) para desarrollar LPP son la inmovilidad, la disminución de la actividad física⁹ y las lesiones de la médula espinal¹⁰, que generan discapacidad, dependencia, complicaciones cardiovasculares y

musculoesqueléticas, alteraciones de la función vesical e intestinal, alteraciones sensitivas, disfunción sexual, etc¹⁰.

El objetivo del cuidado de la persona que tiene una LPP es la cicatrización por segunda intención⁹. Para una cicatrización óptima es preciso gestionar, según TIME2¹¹, el control y tratamiento de barreras para la curación, como la infección.

El abordaje de cuidado enfermero se plantea desde el modelo de promoción de la salud (MPS) de la Dra. Nola J Pender. Plantea analizar los motivos que impulsan o desaniman a la persona a adoptar conductas promotoras de la salud a través de la interrelación de tres esferas: características y experiencias individuales, cogniciones y afectos relativos a la conducta específica que se quiere lograr, y resultado conductual de promoción de la salud. Propone acciones que conlleven beneficios en la calidad de vida, que mantengan o intensifiquen el bienestar de la persona, centrándose en la perspectiva del autocuidado, tan importante para el fomento de la cicatrización de las LPP¹².

2. JUSTIFICACIÓN

La decisión de realizar este trabajo acerca del cuidado de un paciente con LME y una LPP de difícil cicatrización infectada, surge de una experiencia durante la rotación de las prácticas clínicas, donde brindé cuidados a un señor con una LME, con una LPP de varios años de evolución con carga bacteriana multirresistente. Observé cómo las enfermeras cambiaban el tratamiento local de la lesión en función de la evolución de la herida. La reflexión sobre la diversidad de productos y procedimientos terapéuticos para el cuidado de la persona con lesiones cutáneas y, especialmente, sobre la disparidad de opiniones al aplicar un tratamiento u otro y valorar la lesión, despertó mi interés en profundizar más sobre el manejo de la carga bacteriana en LPP y mejorar el conocimiento sobre el cuidado del paciente con LPP de difícil curación.

Me centraré en el caso de un señor con paraplejia que presenta una LPP infectada, y en identificar su perspectiva sobre el cuidado. El objetivo es integrar las aportaciones de la literatura científica y la experiencia personal del paciente para determinar qué elementos pueden mejorar los autocuidados, orientados al abordaje de la LPP. Me pareció una situación compleja porque no mostraba actitud de colaboración y el reto, que me planteaba este enfoque de estudio, me facilitaría entender la percepción del paciente.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la intervención enfermera en el abordaje del cuidado de pacientes en situación de dependencia, por lesión medular, con LPP infectadas, incorporando la perspectiva del paciente.

Objetivos específicos

1. Determinar los principales factores de riesgo que contribuyen a desarrollar LPP en personas con lesión medular.
2. Establecer el cuidado integral de pacientes en situación de dependencia con lesión medular, con LPP de larga cicatrización en su fase de infección.
3. Identificar la percepción sobre el autocuidado del paciente con lesión medular en relación al cuidado de las LPP.

4. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una metodología mixta, con un estudio de caso cualitativo y una revisión bibliográfica descriptiva.

4.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LPP

Se ha realizado una revisión bibliográfica descriptiva para dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe evidencia sobre la aplicación de TPN en LPP para tratar la infección local, en comparación con otros productos para la cura de heridas? ¿Optimiza el tiempo de la cicatrización de la LPP? La pregunta se ha hecho en base al formato PICO (Anexo A-Tabla 1).

Una vez propuesta la pregunta de investigación, la búsqueda de artículos científicos se realizó en las bases de datos de PubMed, Cochrane, CUIDENplus y CINAHL, en los meses comprendidos entre marzo y mayo de 2024.

Se seleccionaron palabras clave y sus conversores en DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) y Mesh (Medical Subject Headings): Úlcera por presión-Pressure ulcer, Terapia de heridas con presión negativa- Negative-Pressure Wound Therapy, Infecciones- Infections, Lesiones de la médula espinal- Spinal Cord Injuries, Pie diabético-Diabetic Foot (Anexo A-Tabla 2).

Para realizar la búsqueda se establecieron diferentes ecuaciones donde se incorporaron las palabras clave con los operadores booleanos AND y NOT: ((Negative-Pressure Wound Therapy) AND (Pressure ulcer)) AND (Infections)) NOT (Diabetic foot), ((Pressure ulcer) AND (Infections)) NOT (Diabetic foot) y ((Spinal Cord Injuries) AND (Pressure ulcer)). Se establecieron criterios de inclusión y exclusión (Anexo A-Tabla 3). Finalmente, se seleccionaron aquellos artículos que, tras su lectura a texto completo, contribuían a los objetivos de este estudio. Se han seleccionado un total de 12 artículos, según se muestra en el algoritmo presentado en la figura 1.

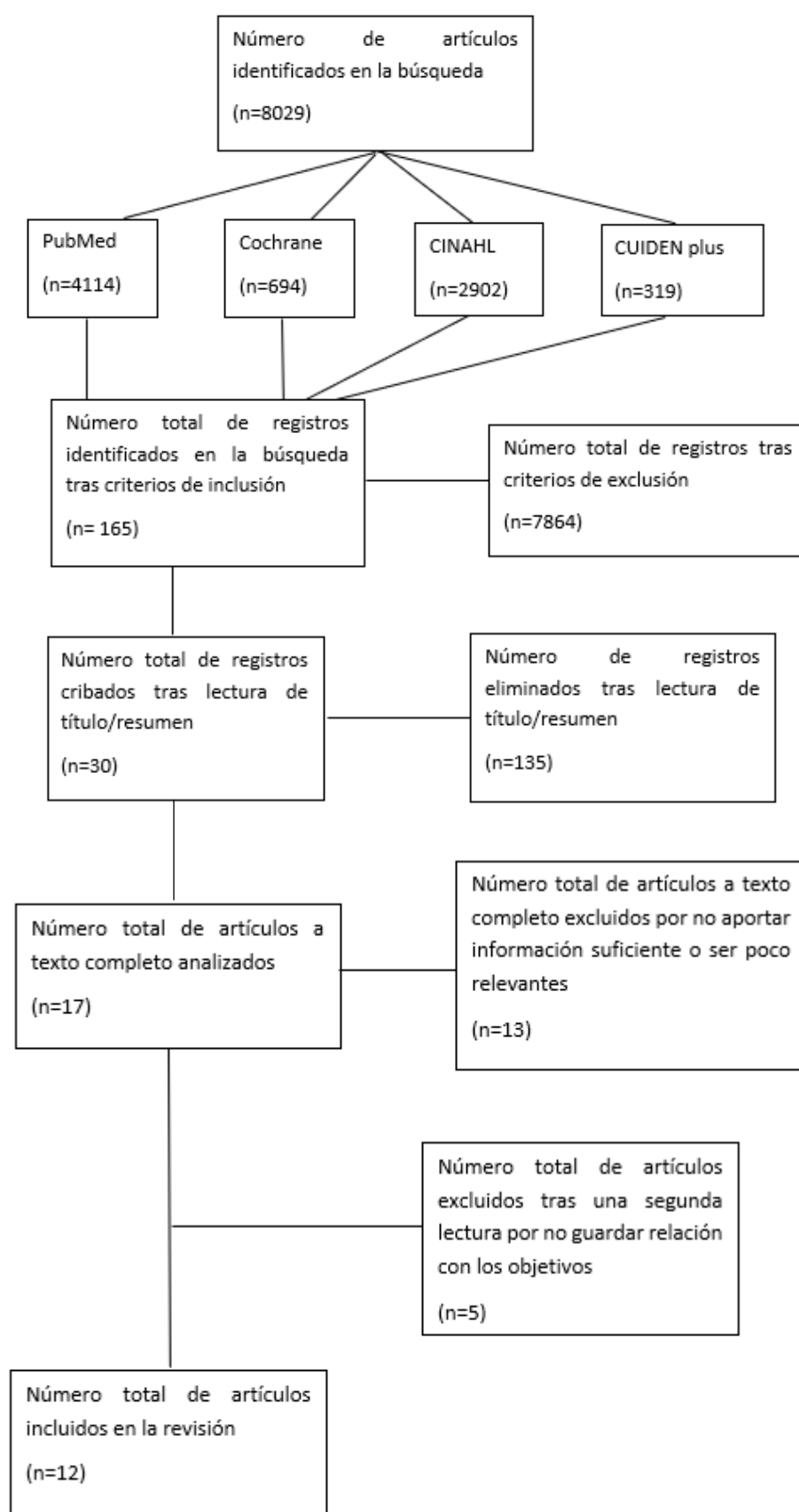


Figura 1 - Diagrama de flujo de búsqueda. Fuente: elaboración propia. Adaptado de PRISMA¹³

4.2. ESTUDIO DE CASO CUALITATIVO DE UN PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR CON LPP.

Diseño y emplazamiento

Se ha realizado un estudio de caso cualitativo, impulsado por lo expuesto en el punto de justificación. Se basa en la propuesta de Arroyo et al.¹⁴

Método de selección

Se realizó una selección por conveniencia. Se ha elegido el caso de un hombre parapléjico con una LPP infectada, de difícil cicatrización. El contacto con el paciente se llevó a cabo desde el Centro de Salud de referencia, con la colaboración de la enfermera. Previamente, se obtuvo el permiso y autorización de la institución (Anexo A-Documento 1).

Recogida de la información

La entrevista semiestructurada ha sido el principal recurso para recabar datos, con preguntas abiertas y flexibles. El paciente participó de manera voluntaria. La fecha y hora de la entrevista se acordaron con él y se llevó a cabo en su domicilio, previo consentimiento informado (CI) (Anexo A-Documento 1), el día 4 de mayo de 2024, estando presente solo el paciente, sin familiares. Duró una hora y se grabó en audio utilizando dos soportes: teléfono móvil y grabadora. Se tomaron notas de campo. El guion se adaptó al lenguaje del informante y a su discurso. Se dio la oportunidad al paciente de revisar la entrevista una vez transcrita. La transcripción fue literal y se seleccionó la narrativa en función de los objetivos del trabajo.

Análisis de los datos

Se ha elaborado una narrativa del caso, presentando al informante y describiendo la experiencia vivida. Se hace referencia al paciente con un nombre ficticio para anonimizar el caso. Se realizó un análisis de la información para después reducir los datos y orientarlos al MPS de Pender. Para la interpretación, se triangularon los datos con la enfermera del centro de salud y se contrastaron con los trabajos publicados relacionados con el problema general en el que se encuadra este estudio. Finalmente, se destacan las implicaciones para la práctica clínica que puede tener el conocimiento generado.

Aspectos éticos

Se solicitó permiso a la Unidad de Investigación del Hospital Santa Bárbara de Soria. El paciente firmó el CI de forma voluntaria y se le explicó verbalmente el objetivo del estudio. Se le dio tiempo para que formulase preguntas o dudas acerca de la finalidad del trabajo. Se ha elegido un nombre ficticio para referirse al informante para preservar su identidad. No existe conflicto entre los principios éticos.

5. RESULTADOS

5.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LPP

En la revisión se han incluido un total de 12 artículos, de los cuales 6 son revisiones sistemáticas^{15,16,21,24,25,26}, 1 es una revisión integradora²⁰, 4 son ensayos clínicos aleatorizados (ECA)^{17-19,23} y 1 es un metaanálisis²² (Anexo B-Tabla 4).

Los factores de riesgo para desarrollar LPP son la movilidad reducida¹⁵⁻¹⁷, la inmovilidad total¹⁵⁻¹⁷, la incontinencia urinaria y fecal¹⁵⁻¹⁷, la mala perfusión tisular¹⁵, deterioro del estado nutricional¹⁵⁻¹⁸, edad avanzada^{15-16,18-20}, LME¹⁵⁻¹⁷, limitación de la sensación táctil¹⁶, enfermedades crónicas^{16,19}, alteración de la conciencia¹⁶, deterioro cognitivo¹⁶, larga estancia hospitalaria^{16,19} y daño cerebral¹⁹.

Las personas con LME y esclerosis múltiple constituyen uno de los principales grupos de población con riesgo de sufrir LPP debido a la disfunción motora y sensorial²¹. Silva JB et al.²⁰, clasifican los FR para desarrollar LPP en pacientes con LME en cuatro categorías: sociodemográficos (edad avanzada y desempleo), relacionados con la LME (tiempo desde la aparición de la LME y lesiones completas), relacionados con la condición clínica (antecedentes de LPP, neumonía, patología pulmonar y ventilación mecánica) y relacionados con el comportamiento del individuo (tiempo de permanencia en silla de ruedas, ausencia de red de apoyo, alteración de la percepción de bienestar, tabaquismo y ausencia de conducta preventiva).

Chen B et al.¹⁸ clasifican los FR en extrínsecos (humedad y fricción) e intrínsecos (disfunción de las células epiteliales, infecciones, fiebre, anemia, isquemia, disminución del control autónomo, edad avanzada y desnutrición). Circunstancias que también influyen en el proceso de cicatrización de la LPP son la temperatura corporal¹⁵, el estado inmunitario^{15,17}, la humedad de la piel¹⁵, el estado de salud en general¹⁵, la etiología de la LPP¹⁶, los autocuidados del paciente¹⁶, la resistencia de los tejidos¹⁷ y las diferencias genéticas¹⁷.

Una consecuencia de las LPP es su cronificación. Las heridas de difícil cicatrización que fácilmente se infectan generan preocupación tanto en el paciente, como en la familia y el equipo sanitario¹⁷. Los individuos con LPP de grado III y IV son los que más riesgo tienen de que el proceso de cicatrización se retrase y los más propensos a sufrir complicaciones²². Estas complicaciones son la infección^{15,16,22,23}, el dolor^{15,21} y el mal olor^{15,16,21}. Otros problemas derivados de las LPP son alteración del sueño, restricciones físicas y dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVBD)²¹. Las LPP afectan negativamente a la salud, disminuyendo la calidad de vida^{15,16,21-23}. Afectan a la imagen corporal¹⁵, interfieren en la salud mental²² e incrementan las tasas de mortalidad^{15,23}. Según Şahin E et al.²³ es la infección conduce a un ascenso de la mortalidad. Las LPP no solo interfieren en las tasas de supervivencia o

en la salud física, sino también en la vida social^{18,22}. También aumentan el tiempo de estancia hospitalaria^{15,23}, los reingresos¹⁵ y el gasto sanitario^{18,23}.

Una propuesta de tratamiento para las LPP es la TPN. Es un procedimiento terapéutico aplicado al cuidado de heridas en el que un sistema de vacío, que ejerce presión negativa, se conecta a un apósito de espuma en contacto con la LPP. La TPN tiene capacidad de absorber el exudado^{15,22,24,25} y mejora la cicatrización^{15,22-25}. Estimula la diferenciación celular y la formación de vasos sanguíneos nuevos (microdeformación)²³. También tiene efecto de macrodeformación: tan pronto como se ejerce la presión negativa, intervienen fuerzas de deformación en los extremos de la herida que acercan sus bordes, haciendo que se contraiga²³. Consigue un lecho de la herida limpio y los bordes se mantienen conservados²⁵. También favorece el crecimiento del tejido de granulación^{23,25}, proporciona un desbridamiento continuo²⁵, aumenta el suministro de sangre en la zona de la lesión²⁵, y reduce el tamaño de las LPP^{15,23} y el riesgo de reinfección²⁵.

Al cambiar el apósito de la TPN, se puede desprender parte del tejido de granulación causando dolor o sangrado. Por eso, es necesario crear una capa de contacto entre el apósito de TPN y la LPP¹⁹. El estudio de Baek et al¹⁹ demuestra que, si se combina la aplicación de TPN con un apósito de malla de poliéster lípidocoloide, como el Urgotul®, la disminución del tamaño de la herida es más rápida, se reduce el dolor al retirar el apósito y la reducción de la carga bacteriana también es mayor. Además, ante una lesión infectada no debería utilizarse TPN sola, sino como terapia complementaria a antibioterapia, desbridamiento o antibacterianos locales¹⁹.

La TPN también puede reducir la gravedad¹⁵ de la lesión, el dolor^{15,22,25} y el tiempo entre cada cambio de apósito^{15,22}. Además, se puede llevar a cabo en el domicilio⁵⁴. Las tasas de mortalidad, de infección y hospitalización también descienden^{22,24,25}. No obstante, puede producir complicaciones, como hiperpigmentación de la piel perilesional y es más cara que otros tratamientos²⁵.

Existe una falta de evidencia rigurosa para sacar conclusiones sólidas acerca de los efectos, eficacia, riesgos y beneficios de la TPN^{15,22-24}.

Otras opciones de tratamiento para las LPP son los apósitos, los antibióticos y los antisépticos¹⁶. Los apósitos con nanopartículas de plata dan buen resultado en el tratamiento de LPP infectadas porque tienen efectos antimicrobianos y antiinflamatorios. Crean un ambiente húmedo y favorecen la ventilación y la eliminación del exudado, haciendo que el proceso de cicatrización sea más rápido¹⁷.

Si se combina la aplicación de luz policromática polarizada lineal (LPPL) con crema de sulfadiazina de plata, mejora el estado de las LPP infectadas y disminuye la proliferación de microorganismos. La LPPL es capaz de penetrar en tejidos profundos, mejorando la cicatrización y los efectos inmunomoduladores. Este efecto, combinado con las propiedades antimicrobianas de la sulfadiazina de plata, optimiza el proceso de cicatrización en heridas con infección. Además, se consigue una recuperación y un alivio del dolor más rápidos. Sin embargo, hay que considerar los efectos secundarios de la plata^{17,18}.

La aplicación tópica de yodo cadexómero es eficaz en la disminución de la cantidad de exudado y la eliminación de pus, esfacelos, desechos, carga biológica e infección, barreras responsables de la dificultad en la cicatrización. Reduce el tamaño de la LPP y factores relacionados con la infección como el olor y el dolor. Tiene alta capacidad de absorción y acción antimicrobiana y descamativa²⁶. Woo K et al.²⁶ exponen que el yodo cadexómero debe considerarse en el tratamiento y preparación del lecho de la herida, especialmente si está infectada. También se ha mostrado eficaz en la eliminación de biofilm, pero son necesarios más estudios al respecto para confirmarlo²⁶.

Existen otros procedimientos terapéuticos para tratar las LPP como la cirugía reconstructiva¹⁶. Consiste en eliminar el tejido desvitalizado de la herida y luego ocupar la cavidad con tejido blando sano de músculo, grasa o piel de otra parte del cuerpo¹⁶. Se reserva para LPP muy profundas, de difícil cicatrización y resistentes al tratamiento¹⁶. El estudio realizado por Norman G et al.¹⁶ expone que existe poca evidencia para evaluar la efectividad de la aplicación de la cirugía reconstructiva en el tratamiento de LPP. Los datos analizados en cuanto a cicatrización completa de la lesión, dehiscencia, recurrencia e infección tuvieron una evidencia muy baja¹⁶.

5.2. ESTUDIO DEL CASO - PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR CON LPP

Presentación breve del caso

El señor Enrique es un varón de 54 años con síndrome de lesión medular completo sensitivo y motor por fractura D-5, que condiciona una paraplejía de extremidades inferiores (EEII), desde los 17 años, como consecuencia de un accidente de tráfico. Vive en la casa familiar con su madre, actualmente enferma. El motivo de seguimiento del Sr. Enrique es que presenta una LPP infectada de larga duración r/c inmovilidad y disminución de la actividad física m/p LPP de categoría III en isquion derecho de 5 años de evolución, infectada por *E. Colli*, *Proteus Mir*, *E. Faecalis* y *Pseudomona*. El objetivo es la cicatrización por segunda intención con TPN (Anexo B-Tabla 5). Para detallar el caso, se ha categorizado según la propuesta de Pender. La transcripción de la entrevista se presenta en el anexo B-Documento 2.

Categorización de la entrevista, según elementos propuestos por N. Pender.

- Factores biológicos. Precisa el cuidado enfermero para abordar la LPP. Manifiesta "(...) esto es algo que una vez que te ha salido, no tiene solución (...) el consejo que le daría yo a alguien en mi misma situación (...) es que no haga la vida que te dicen que hagas, estate tumbado todo el rato que puedas (...)”
- Factores psicológicos. Se ha adaptado a su situación de paraplejia. Refiere “Mi principal preocupación era no morirme, si me quedaba en silla de ruedas mala suerte. Realmente la paraplejia, para mí, era lo de menos”, “Yo lo acepté de buen grado porque hasta esa fecha había llevado una vida muy intensa (...) había vivido lo de una persona de 40 años”. No le preocupa su LPP ni su LME, su inquietud es la enfermedad de su madre. Expresa “ahora mismo lo que más me preocupa es mi madre, que acaba de pasar por un cáncer (...) se merece estar bien (...) todo lo demás me da igual”. No manifiesta problemas con su imagen corporal. Se siente querido y útil. Es independiente en la toma de decisiones.
- Factores socioculturales. Las relaciones sociales son escasas porque no quiere salir. Tiene amigos próximos, aunque se relaciona de forma esporádica. Dice no sentirse solo ni aislado. Verbaliza “(...) tomé la decisión de dejar de salir. Pero tampoco me importa. Siempre me ha gustado leer y ver series y lo sigo haciendo, con lo cual disfruto siendo una persona solitaria”. Tiene buen soporte familiar y no tiene falta de recursos económicos, estudió Derecho y trabajó como profesor, pero decidió dejarlo por el olor de sus LPP, como así lo expone: “(...) antes yo daba clases a chavales y lo tuve que dejar porque las úlceras desprendían un olor...”
- Beneficios percibidos. El Sr. Enrique considera que su salud es aceptable y es bueno no levantarse de la cama para prevenir las LPP y evitar que la que tiene ahora empeore. Se justifica diciendo “con eso es suficiente y es la única solución viable”, “he adelgazado de cadera hacia abajo, la grasa se me acumula en el abdomen, y eso es más peso que mi cuerpo tiene que soportar (...) hace más presión sobre las nalgas”. No acepta las recomendaciones de autocuidados sobre adherencia terapéutica y uso de colchones antiescaras, pero sí sobre cambios posturales.
- Barreras percibidas. Cree que el pronóstico de sus problemas de salud no es bueno y que no tienen solución: “Me encantaría que la herida se cerrara, que al final acabará cicatrizando, pero yo sé que va a quedar tan poco tejido entre el hueso y la piel, que yo ya estoy fastidiado”. Su expectativa no es buena: “Cuando se cierre una va a salir otra. La única solución que hay no es curar la herida, sino hacer una cirugía en las nalgas”. Padece espasmos musculares en EEII. Refiere “tuve que dejar de conducir al cabo de unos años porque los calambres que me daban en las piernas me lo impedían”.

- Influencias personales. Tiene antecedentes de diversas LPP que cicatrizaron por completo con terapia de cierre asistido por vacío (VAC). Se muestra satisfecho con la TPN para curar la lesión actual. Así lo verbaliza: “estaba deseando que me lo pusieran (..) Como tengo antecedentes úlceras de larga duración que solo consiguieron cerrarse con un VAC (...) he considerado que, visto el tiempo que llevo con esta úlcera, el PICO es lo ideal (...) porque ya hemos intentado no sé cuántos tipos de curas y no hay manera de que cierre (...) todo son ventajas porque son menos curas, menos días que la enfermera tiene que venir”. Su enfermera también se ha mostrado favorable a este tratamiento y ha delegado el cuidado de la LPP en ella.
- Influencias situacionales. La enfermedad de su madre le condiciona para realizar acciones de autocuidado. Tiene buena relación con toda la familia. Es independiente para las ABVD, solo depende de su familia para desplazarse en coche, pero puede contar con ellos cuando necesita ayuda. Manifiesta “Como no soy tetraplégico, con los brazos me apaño para realizar los cuidados básicos del día a día”.

Mientras se consigue una adecuada conducta de autocuidado del Sr. Enrique, es el equipo sanitario quien asume el cuidado de la LPP (Anexo B-Tabla 5).

6. DISCUSIÓN

La discusión de los resultados presentados se va a estructurar en relación a los objetivos propuestos en este TFG (Trabajo de Fin de Grado).

Factores de riesgo que contribuyen a desarrollar LPP en personas con lesión medular.

La inmovilidad es identificada por la literatura científica¹⁵⁻¹⁷ como uno de los FR más determinantes para desarrollar LPP. El Sr. Enrique presenta inmovilidad y, además, considera que es la mejor solución para prevenir las lesiones. Aunque la edad constituye también un FR^{15-16,18-20}, en el caso de los pacientes con LME, los factores más influyentes son la inmovilidad y la pérdida de sensibilidad¹⁶. El Sr. Enrique considera que las causas de sus LPP son permanecer sentado apenas unos minutos y la atrofia muscular de las EEII porque la circulación sanguínea se ralentiza en esa zona. No sigue conductas de cumplimiento, y su claudicación es un reto para los enfermeros.

La incontinencia¹⁵⁻¹⁷ y la alimentación¹⁵⁻¹⁸ no suponen un riesgo para él. Tiene un buen estado nutricional, y el uso que hace de colectores urinarios y la administración pautada de laxantes para el estreñimiento no le exponen a la humedad.

Cuidado integral de pacientes en situación de dependencia con lesión medular, con LPP de larga cicatrización en su fase de infección.

El Sr. Enrique considera que el desarrollo de LPP es inevitable y que no tiene solución. No se muestra colaborador en la práctica de acciones de autocuidado y es la enfermera la que lidera la iniciativa en el tratamiento de la lesión. Por eso, se ha propuesto un plan de cuidados (Anexo B-Tabla 5).

Las LPP que el Sr. Enrique tuvo previamente no cicatrizaron completamente hasta que se le aplicó la terapia VAC. Por esa razón, cree que es la única opción para que su herida acabe cicatrizando del todo. Esta opinión ha sido avalada por los profesionales sanitarios que hacen el seguimiento de la lesión, y la decisión de tratarla con TPN fue tomada por ambos. Implicar al Sr. Enrique en la toma de decisiones puede suponer un fomento en las conductas de autocuidado. Además, como los dispositivos de TPN se pueden manejar en el domicilio, una buena formación sobre su funcionamiento también puede potenciar el autocuidado y el empoderamiento. Si bien es cierto que no hay suficiente evidencia científica para confirmar la eficacia de la TPN^{15,22-24}, tanto el paciente como la enfermera se muestran favorables a aplicar este tratamiento. El Sr. Enrique también piensa que es más eficiente porque las curas se hacen más espaciadas y, por consiguiente, se disminuye el gasto de recursos materiales y el tiempo que la enfermera dedica a las curas y al desplazamiento hasta su domicilio. Esto se constata en los estudios de Shi J et al.¹⁵, Song Y-P et al.²² y Llamas-Fernández²⁵, que afirman una disminución del gasto sanitario y de la frecuencia en los cambios de apósitos con la TPN.

Es preciso llevar a cabo más estudios sobre la TPN que incluyan resultados clave como tiempo hasta cicatrización completa, recurrencia, infección, efectos secundarios y calidad de vida. También sería necesario diseñar protocolos estandarizados sobre su aplicación y duración para asegurar un uso correcto y seguro en la práctica clínica. La principal limitación en este trabajo ha sido la falta de artículos que exponen los efectos de la TPN en el manejo local de la infección de las LPP.

Previo a iniciar la TPN, al Sr. Enrique se le había curado la LPP con apósitos de plata y con yodo cadexómero, pero ninguna alternativa obtuvo el efecto analizado por la literatura científica^{17,26}. Por eso, se planteó aplicar TPN para tratar la lesión.

El Sr. Enrique piensa que un posible tratamiento para solucionar de forma definitiva sus problemas con las LPP sería realizar algún tipo de cirugía en las nalgas, por ejemplo, un injerto de piel. El estudio de Norman G et al.¹⁶ expone que la cirugía reconstructiva solo se lleva a cabo en LPP muy profundas, de difícil curación y/o refractarias a los tratamientos convencionales. No hay evidencia suficiente¹⁶ para confirmar que la cirugía sea la mejor alternativa para tratar la LPP infectada del Sr. Enrique.

Percepción sobre el autocuidado del paciente con lesión medular en relación al cuidado de las LPP.

El Sr. Enrique cree que las LPP son inevitables, que esta situación tiene un mal pronóstico y sin solución. Las relaciones familiares del Sr. Enrique son buenas y su familia se ha mostrado dispuesta a colaborar cuando lo necesita. Sin embargo, ha priorizado el problema de salud de su madre frente al suyo. No le preocupa su LPP ni cómo puede evolucionar y afectar a su vida. Tampoco le inquieta el progreso de su lesión medular. Su preocupación ahora mismo es la situación de su madre. Esto ha sido el principal desencadenante para adoptar conductas no colaboradoras respecto al autocuidado, delegando en la enfermera los cuidados. Muestra confianza en los profesionales de enfermería y la toma de decisiones sobre el tratamiento de la LPP cuenta con la confianza del paciente. Asgari P et al.¹⁷ afirman que las LPP, especialmente cuando se prolongan en el tiempo y son difíciles de curar, causan preocupación en el paciente, la familia y los profesionales sanitarios. Al Sr. Enrique no le generan intranquilidad y desde el equipo sanitario se está asumiendo del cuidado de la herida.

El Sr. Enrique cree que la TPN puede mejorar la evolución de su LPP, opinión que también es compartida por su enfermera del centro de salud. Esta afirmación se constata en el estudio de Llamas-Fernández²⁴, quien afirma que con la TPN se disminuye el tiempo de cicatrización de la herida y la estancia hospitalaria, mejorando con ello la calidad de vida²⁵.

El Sr. Enrique expresa que el mal olor de las LPP fue el motivo que le obligó a dejar su trabajo. Esto, unido a la atrofia muscular, también le alejaron de su vida social. Desde entonces, no quiere salir a la calle ni levantarse de la cama, ni llevar a cabo acciones para el cuidado propio. El mal olor es analizado por la literatura científica^{15,16,21} como una de las complicaciones más importantes de las LPP, que afectan negativamente a la salud, reduciendo la calidad de vida. Song Y-P et al.²² afirman que las LPP no solo interfieren en la salud física, sino también en las relaciones sociales.

Aunque el Sr. Enrique percibe que las LPP afectan de manera negativa a su vida social y laboral, considera que tiene un buen estado de salud y una buena calidad de vida y refiere que es independiente para realizar las ABVD. La literatura científica^{15,21,23} expone que la alteración de la imagen corporal, las alteraciones en la calidad del sueño, las restricciones físicas, la dificultad para llevar a cabo las AVBD y los ingresos hospitalarios son causas de que las personas con LPP perciban peor su calidad de vida.

El Sr. Enrique también cree que un factor que contribuye a desarrollar LPP es estar sentado. Percibe esta situación como principal barrera para levantarse y salir a la calle. Ha decidido permanecer todo el tiempo tumbado en la cama. Considera que es la única manera de prevenir la aparición de LPP y evitar el empeoramiento de la que tiene ahora, junto con los cambios posturales. Silva JB et al.²⁰ estudian el tiempo de permanencia en la silla de ruedas como un factor de riesgo para desarrollar LPP en pacientes con LME.

7. CONCLUSIONES

- Los principales FR de las LPP en personas con LME son la inmovilidad, la incontinencia y la pérdida de autonomía. La pérdida de sensibilidad constituye en los pacientes con LME uno de los factores más determinantes para desarrollar LPP.
- La percepción de calidad de vida en personas con LME, que presentan LPP, normalmente se ve afectada negativamente. Esta percepción depende de factores físicos, psicológicos y sociales.
- La información que transmite la enfermera acerca de las prácticas de autocuidado no influye suficientemente en el paciente, es preciso conseguir una conducta de cumplimiento. Debe explorar los motivos que generan esa falta de autocuidado en el paciente, como son situaciones familiares o personales.
- La presencia de una red de apoyo sólida, de profesionales sanitarios, puede influir positivamente en la satisfacción de cuidado y mejorar la adherencia a las prácticas de autocuidado.
- La toma de decisiones compartida entre la enfermera y el paciente establece una relación terapéutica de confianza, que puede tener un impacto favorable en la percepción de autocuidado.
- La TPN parece mejorar el tiempo de cicatrización de las LPP infectadas, pero no hay evidencia científica suficiente para determinar sus riesgos y beneficios.
- Existen distintos procedimientos terapéuticos disponibles para tratar la infección de las LPP como los apósitos con nanopartículas de plata, el uso tópico de yodo cadexómero y la aplicación de LPPL combinada con crema de sulfadiazina de plata.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Torra-Bou JE, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo P, López-Franco MD, García-Fernández FP. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. Gerokomos [Internet]. 2023 [citado el 4 de abril de 2024]; 34(4):269–276. Disponible en: <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2023/12/34-3-2023-269.pdf>
2. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo P, Torra-Bou JE, López-Franco MD. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en adultos hospitalizados en España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. Gerokomos [Internet]. 2023 [citado el 4 de abril de 2024]; 34(4):250–259. Disponible en: <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2023/12/34-3-2023-250.pdf>
3. López-Franco MD, Soldevilla-Ágreda JJ, Torra-Bou JE, Pancorbo-Hidalgo PL, Martínez Vázquez S, et al. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. Gerokomos [Internet]. 2023 [citado el 4 de abril de 2024]; 34(4):260–268. Disponible en: <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2023/12/34-3-2023-260.pdf>
4. García-Fernández FP, Rodríguez-Palma M, Soldevilla-Ágreda JJ, Verdú-Soriano J, Pancorbo-Hidalgo PL. Modelo teórico y marcos conceptuales de las lesiones por presión y otras heridas crónicas. Historia y desarrollo. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 17 de marzo de 2024]; 33(2):105-110. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez López C, Soldevilla Ágreda 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 [Internet]. 2019 [citado el 4 de abril de 2024]; 30(2):76-86. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2021/11/30-2-2019-076.pdf>
6. García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Soldevilla Ágreda 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 [Internet]. 2019 [citado el 4 de abril de 2024]; 30(3):134-141. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2021/11/30-3-2019-134.pdf>
7. Soldevilla Ágreda 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 [Internet]. 2019 [citado el 4 de abril de 2024]; 30(4):192-199. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2021/11/30-4-2019-192.pdf>
8. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla-Ágreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado el 4 de abril de 2024]; 25(4):162-170. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2015/02/4%C2%BA-Estudio-Nacional-de-Prevalencia-UPP-2013.pdf>
9. Blanco Zapata RM, López García E, Quesada Ramos C. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. GNEAUPP [Internet]. Osakidetza. C/Álava, 45 – 01006 Vitoria-Gasteiz; 2017 [citado el 6 de abril de 2024]. Disponible en: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2018/01/guiaXosakidetza_2017.pdf

10. Herraiz Martínez Y, Delgado Diéguez R, Avioli Oliveros A, Martínez García Alcaide S, Bernal Fradejas A, Barcelona Tambo T. Caso clínico: Paciente con lesión medular. RSI [Internet]. 2021 [citado el 2 de mayo de 2024]; 2(12):206. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-paciente-con-lesion-medular/>
11. Smith & Nephew. T.I.M.E. 2.0 herramienta de apoyo a la decisión clínica. [Internet]. 2020 [citado el 30 de abril de 2024]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2022/01/13714-es-v2-t.i.m.e.-2.0-herramienta-apoyo-decision-clinica.pdf>
12. Cardoso RB, Caldas CP, Brandão MAG, de Souza PA, Santana RF. Healthy aging promotion model referenced in Nola Pender's theory. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021; 75(1):e20200373. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0373>
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Española Cardiol [Internet]. 2021; 74(9):790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
14. Arroyo A, Amezcua M, Orkaizagirre A. Diez claves para la elaboración de un Estudio de Caso cualitativo. Index de Enfermería [Internet]. 2023; 32(2):e14663 <https://doi.org/10.58807/INDEXENFERM20235871>
15. Shi J, Gao Y, Tian J, Li J, Xu J, Mei F, Li Z. Negative pressure wound therapy for treating pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023; 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011334.pub3>
16. Norman G, Wong JKF, Amin K, Dumville JC, Pramod S. Reconstructive surgery for treating pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022; 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012032.pub3>
17. Asgari P, Zolfaghari M, Bit-Lian Y, Abdi AH, Mohammadi Y, Bahramnezhad F. Comparison of Hydrocolloid Dressings and Silver Nanoparticles in Treatment of Pressure Ulcers in Patients with Spinal Cord Injuries: A Randomized Clinical Trial. J Caring Sci [Internet]. 2022; 11(1): 1-6. DOI: 10.34172/jcs.2022.08
18. Chen B, Liu Y, Liu Y, Xu S. Distribution characteristics of pathogens in different stages of pressure ulcers and the therapeutic effect of linear polarized polychromatic light combined with silver sulfadiazine cream. Medicine [Internet]. 2023; 102(42):e35772. DOI: 10.1097/MD.00000000000035772
19. Baek W, Lee N, Han EJ, Roh TS, Lee WJ. Un estudio prospectivo aleatorizado: la utilidad y eficacia de la terapia de heridas con presión negativa con malla de poliéster lípidocoloide en comparación con la terapia tradicional de heridas con presión negativa para el tratamiento de úlceras por presión. Pharmaceutics [Internet]. 2020; 12(9):813. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics12090813>
20. Silva JB, Rodrigues MCS. Pressure ulcers in individuals with spinal cord injury: risk factors in neurological rehabilitation. Rev Rene [Internet]. 2020; 21(1):1-9. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202144155>
21. Ruiz-Prieto D, López-Medina IM. Calidad de vida relacionada con la salud y afectación física en personas con lesiones por presión. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado el 10 de mayo de 2024]; 33(3):192-197. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Song Y-P, Wang L, Yuan B-F, Shen H-W, Du L, Cai J-Y et al. Negative-pressure wound therapy for III/IV pressure injuries: A meta-analysis. Wound Rep Reg [Internet]. 2021; 29(1):20–33. <https://doi.org/10.1111/WRR.12863>

23. Şahin E, Rizalar S, Özker E. Effectiveness of negative-pressure wound therapy compared to wet-dry dressing in pressure injuries. *Journal of Tissue Viability* [Internet]. 2022; 31(1):164-172. <https://doi.org/10.1016/J.JTV.2021.12.007>
24. Zens Y, Barth M, Bucher HC, Dreck K, Felsch M, et al. Negative pressure wound therapy in patients with wounds healing by secondary intention: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Syst Rev* [Internet]. 2020; 9(238):1-26. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01476-6>
25. Llamas-Fernández S. Actualización de los resultados de la Terapia de Presión Negativa: Revisión Sistemática. *Nure Inv* [Internet]. 2023; 20(122):1-12. <https://doi.org/10.58722/nure.v20i122.2340>
26. Woo K, Dowsett C, Costa B, Ebohon S, Woodmansey EJ, Malone M. Efficacy of topical cadexomer iodine treatment in chronic wounds: Systematic review and meta-analysis of comparative clinical trials. *Int Wound J* [Internet]. 2021; 18(5):586-597. <https://doi.org/10.1111/iwj.13560>
27. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado el 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/>

ANEXOS

ANEXO A – Metodología

Documento 1 - Consentimiento informado para la utilización de datos en un TFG y publicación de un caso clínico.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PUBLICACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Con este consentimiento se solicita la conformidad del paciente o representante legal para el acceso y recogida de datos de su historia clínica y realizar una publicación científica/académica sobre su problema de salud.

Un caso clínico es un documento que recoge información detallada sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente en particular, y normalmente se usa para compartir información novedosa que puede ser de utilidad para otros médicos y profesionales de la salud, aumentando así el conocimiento científico; siendo utilidad para otras personas con un problema de salud como el suyo.

Puede ser publicado (en forma impresa y / o mediante difusión en Internet) para que otros puedan leerlo o presentarlo en una conferencia.

No se divulgará su información personal (por ejemplo, nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica) y se protegerá su privacidad, de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Aunque su información personal se mantendrá confidencial y protegida en la medida máxima de la ley, al tratarse de una publicación basada en una experiencia única, existe un riesgo muy limitado de pérdida de confidencialidad. El Material puede mostrar o incluir detalles de su enfermedad o lesión y cualquier pronóstico, tratamiento o cirugía que haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.

No se espera que Ud. obtenga beneficio ni se exponga a ningún riesgo. El/los profesional/es autor/es de la publicación científica no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de sus datos de salud.

Su decisión de participar es completamente voluntaria y usted podrá retirar su consentimiento antes de que el caso clínico haya sido publicado, sin tener que dar un motivo o sin que ello altere a la calidad de su atención en el futuro y a sus derechos legales. Una vez que el caso clínico haya sido publicado, no será posible que retire su consentimiento.

Paseo de Santa Bárbara, s/n. - 42005 SORIA
Tel. 975 23 43 00 - Fax: 975 23 43 05



Paseo de Santa Bárbara, s/n. - 42005 SORIA
Tel. 975 23 43 00 - Fax: 975 23 43 05



Firma del paciente/representante legal

Firma del profesional que solicita el consentimiento

Fecha: ____/____/____

Fecha: ____/____/____

Para la realización de un Trabajo de Fin de Grado (TFG), se añade firma del tutor o co-tutor perteneciente a la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria que tendrá acceso a la información recogida en su historia clínica.

Firma del Tutor o Co-tutor

Nombre y apellidos
Fecha: ____/____/____

Revocación del consentimiento informado

Yo, _____, deseo informar de mi decisión de revocar el consentimiento de publicación del caso clínico y que mis datos no se incluyan en el mismo.

Firma del paciente/representante legal

Fecha: ____/____/____

Paseo de Santa Bárbara, s/n. - 42005 SORIA
Tel. 975 23 43 00 - Fax: 975 23 43 05



Tabla 1 - Pregunta de investigación formato PICO. Fuente: elaboración propia.

Pregunta de investigación		¿Existe evidencia sobre la aplicación de TPN en LPP para tratar la infección local, en comparación con otros productos para la cura de heridas? ¿Se optimiza el tiempo de la cicatrización de la LPP?
P	Población	Pacientes con LPP infectada r/c inmovilidad asociado a paraplejia.
I	Intervención	Cuidado integral del paciente y manejo local de la infección de LPP con TPN.
C	Comparación	Otros recursos de cura local para heridas.
O	Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Control de la infección. - Optimización del tiempo de cicatrización. - Mejora de la calidad de vida.

Tabla 2 - Palabras clave, DeCs y Mesh. Fuente: elaboración propia.

PALABRA CLAVE	DeCs	MesH
Lesión por presión	Úlcera de presión	Pressure ulcer
Terapia de presión negativa	Terapia de heridas con presión negativa	Negative-Pressure Wound Therapy
Infección	Infecciones	Infections
Lesión medular	Lesiones de la médula espinal	Spinal Cord Injuries
Pie diabético	Pie diabético	Diabetic Foot

Tabla 3 - Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Año de publicación entre 2020 y 2024.	
Idioma: español, inglés y portugués.	Artículos que solo exponen los efectos de la TPN en úlceras de pie diabético y heridas quirúrgicas.
Texto completo gratis.	Artículos que no guardan relación con los objetivos.
Metaanálisis, ECA y revisiones sistemáticas.	Literatura gris, revisiones narrativas, TFG, tesis doctorales.

ANEXO B- Resultados

Tabla 4 - Resumen de los artículos analizados. Fuente: elaboración propia.

REFERENCIA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	PRINCIPALES RESULTADOS
15.	Evaluar la eficacia de la TPN en adultos con úlceras por presión en cualquier ámbito asistencial, comparando los beneficios y riesgos de la TPN con tratamientos alternativos.	Revisión sistemática que incluye 8 ECA publicados y no publicados, que comparan los efectos de la TPN con tratamientos alternativos u otros tipos de TPN para tratar LPP en adultos, con 327 participantes asignados al azar que presentan LPP grado III o superior.	<p>Objetivo 1 → los principales factores de riesgo para desarrollar LPP son: movilidad reducida, inmovilidad total, población con lesión medular, incontinencia urinaria y fecal, deterioro del estado nutricional, mala perfusión tisular, edad avanzada, temperatura corporal, estado inmunitario, humedad de la piel y estado de salud en general.</p> <p>Objetivo 2 → La TPN es un tratamiento complementario para reducir el tamaño y profundidad de las LPP de grado III y IV, que también puede disminuir el exudado y el número de cambios de apósito y se asocia con un menor riesgo de infecciones secundarias. Sin embargo, no hay evidencia suficiente para confirmar la efectividad de la TPN porque los ECA seleccionados no aportaron información sobre la infección de las heridas, ni el tiempo de cicatrización, recurrencia, etc.</p> <p>Objetivo 3 → las LPP reducen la calidad de vida, afectando a la imagen corporal. Pueden infectarse y ser malolientes y dolorosas. Aumentan el tiempo de estancia hospitalaria, los reingresos y la mortalidad.</p>
16.	Evaluar los efectos de los diferentes tipos de cirugía reconstructiva para el tratamiento de LPP de categoría II y superior, comparado con procedimientos quirúrgicos reconstructivos alternativos o ninguna cirugía.	<p>Revisión sistemática de ECA que evalúan los efectos de la cirugía reconstructiva en el tratamiento de LPP de grado II en adelante, comparado con otros procedimientos quirúrgicos y tratamientos no quirúrgicos.</p> <p>Solo se identificó un ECA con 20 participantes de 20 a 70 años con LPP en isquion y sacro, en el que se comparan la cirugía con colgajo convencional y la cirugía con colgajo de presión en cono.</p>	<p>Objetivo 1 → los grupos de mayor riesgo para desarrollar LPP son personas con movilidad reducida o que no pueden caminar como los lesionados medulares, con limitaciones en la sensación táctil, con enfermedades crónicas como la diabetes, edad avanzada, alteración de la conciencia, deterioro cognitivo, incontinencia, estado nutricional deficiente y larga estancia hospitalaria, especialmente ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La cicatrización depende del estado del tejido, de la etiología de la lesión, las comorbilidades y los autocuidados del paciente.</p> <p>Objetivo 2 → La cirugía reconstructiva se reserva para LPP muy profundas, de difícil cicatrización y resistentes al tratamiento. Existe poca evidencia para evaluar la efectividad de la aplicación de la cirugía reconstructiva en el tratamiento de las LPP.</p> <p>Objetivo 3 → las LPP pueden acarrear consecuencias como la infección o el mal olor, y afectan negativamente a la salud disminuyendo la calidad de vida.</p>

Continuación tabla 4			
17.	Comprobar los efectos de los apósitos con nanopartículas de plata y los apósitos hidrocoloides en el tratamiento de LPP en pacientes con LME.	ECA que incluye 70 pacientes con LME, divididos en dos grupos iguales, uno de los cuales recibió apósitos de plata, y el otro, apósitos hidrocoloides. Todos ellos presentaban una LPP.	<p>Objetivo 1 → Los pacientes con LME sufren una pérdida movilidad corporal, que, unida a otros factores, como la incontinencia urinaria y fecal o la desnutrición, contribuyen al desarrollo de LPP. El proceso de curación es muy lento. El estado del sistema inmunitario, la resistencia de los tejidos, las diferencias genéticas y la nutrición también influyen en el proceso de cicatrización de la herida.</p> <p>Objetivo 2 → Tanto los apósitos con nanopartículas de plata como los hidrocoloides son efectivos y tienen efectos similares en la cicatrización de la LPP, aunque apósitos de plata tuvieron mejores efectos. Los iones de plata tienen efectos antimicrobianos y antiinflamatorios, lo que aumenta el flujo sanguíneo alrededor de la lesión. También crean un ambiente húmedo y favorecen la ventilación y la eliminación del exudado. Por todo ello, son ideales para tratar las LPP en pacientes con LME, especialmente si están infectadas, porque el proceso de curación es más corto. Los apósitos hidrocoloides también favorecen un ambiente húmedo en la herida y tienen una alta capacidad de absorción, favoreciendo la cicatrización.</p> <p>Objetivo 3 → La mayoría de las LPP se cronifican, ocasionando preocupación en el paciente, la familia y el equipo sanitario.</p>
18.	Investigar las características de la distribución de los patógenos en las diferentes etapas de las LPP y observar los efectos de la LPPL combinada con la aplicación de crema con sulfadiazina de plata.	ECA que incluye 88 pacientes con LPP de categoría II a IV divididos de forma aleatoria en dos grupos iguales. A uno de ellos se le aplicó LPPL en combinación con sulfadiazina de plata, y al otro grupo únicamente LPPL.	<p>Objetivo 1 → La aparición de las LPP puede atribuirse a factores extrínsecos como la humedad o la fricción y a factores intrínsecos como la disfunción de las células epiteliales, infecciones, fiebre, anemia, isquemia, disminución del control autónomo, edad avanzada, desnutrición, estiramientos musculares, etc.</p> <p>Objetivo 2 → La mayor parte de las LPP entre grado II y IV están infectadas por bacterias gram-negativas, que contribuye a un retraso en el proceso de cicatrización.</p> <p>La LPPL en combinación con crema de sulfadiazina de plata mejora el estado de las LPP infectadas y disminuye la proliferación de microorganismos. Se consigue una recuperación y un alivio del dolor más rápidos, y un tempo de cicatrización más corto, en comparación a la aplicación exclusiva de LPPL.</p> <p>La LPPL es capaz de penetrar en tejidos profundos, mejorando la cicatrización y los efectos inmunomoduladores. Además, no solo acelera la curación de LPP sino también de heridas quirúrgicas, quemaduras y lesiones musculoesqueléticas. Este efecto, combinado con las propiedades antimicrobianas de la sulfadiazina de plata, optimiza el proceso de cicatrización. Sin embargo, hay que tener cuidado efectos secundarios de la plata.</p> <p>Objetivo 3 → Las heridas difíciles de cicatrizar y de fácil infección suponen una carga social y económica.</p>

Continuación tabla 4			
19.	Determinar si el Urgotul® es la alternativa más adecuada para crear una capa de contacto entre la herida y el apósito de TPN en el tratamiento de LPP.	ECA que incluyó 38 participantes con LPP III y IV con una media de edad de 61 años, que se dividieron en dos grupos iguales aleatorios. El grupo 1 fue el grupo experimental, con 19 pacientes a los que les aplicó TPN y Urgotul® en la herida, y el grupo 2, grupo control, incluyó otros 19 pacientes a los que sólo les aplicó TPN.	<p>Objetivo 1 → FR de LPP hallados en el ECA fueron ancianos mayores de 65 años y pacientes con daño cerebral, LME, Diabetes Mellitus y hospitalizados en UCI.</p> <p>Objetivo 2 → El Urgotul® es un apósito de malla de poliéster tipo gel que contiene partículas hidrocoloides y lipídicas que crean un ambiente húmedo en el lecho de la herida favoreciendo la cicatrización.</p> <p>La TPN es uno de los procedimientos más eficaces para el tratamiento de heridas complejas, con retraso de cicatrización o en pacientes con enfermedades subyacentes. Sin embargo, al cambiar el apósito de la TPN, se puede desprender parte del tejido de granulación causando dolor o sangrado. Por eso es necesario crear una capa de contacto entre el apósito de TPN y la lesión.</p> <p>No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en el grado del tejido de granulación y en la evolución del estado general, en ambos se obtuvieron resultados favorables. Sin embargo, si se combina la aplicación de TPN con Urgotul®, la disminución del tamaño de la herida es más rápida, se reduce el dolor al retirar el apósito, y la reducción de la carga bacteriana también es mayor. Ante una lesión infectada no debería utilizarse TPN sola, sino como terapia complementaria a antibióticos, desbridamiento o antibacterianos locales.</p>
20.	Identificar los factores de riesgo para desarrollar LPP en adultos con LME en rehabilitación neurológica.	Revisión integradora.	<p>Objetivo 1 → los FR para desarrollar LPP en pacientes con LME se pueden clasificar en cuatro categorías: sociodemográficos, relacionados con la LME, relacionados con la condición clínica y relacionados con el comportamiento de la persona. Estos son edad avanzada, desempleo, tiempo desde la aparición de la LME, lesiones completas de la médula espinal, antecedentes de LPP, neumonía, patología pulmonar y ventilación mecánica, tiempo de permanencia en silla de ruedas, ausencia de red de apoyo, alteración de la percepción de bienestar, tabaquismo y ausencia de conducta preventiva.</p>
21.	Analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la afectación física de personas con LPP y determinar cómo se ve afectada la dimensión física.	Revisión sistemática. Incluye 19 estudios originales, de los cuales 10 son cuantitativos, 7 cualitativos y los 2 restantes revisiones sistemáticas.	<p>Objetivo 3 → Las personas con LPP perciben peor su CVRS con respecto a quienes no las tienen. Cuando están hospitalizadas perciben mejor su estado de salud y su estado físico que cuando están en casa, por la atención especializada y el manejo del dolor. El dolor y el olor son unas de las principales causas de percibir peor la CVRS y la dimensión física. Las LPP provocan alteración del sueño, restricciones físicas y dificultad para realizar las ABVD. En individuos que presentan LME o EM es frecuente la aparición de LPP porque son enfermedades que afectan a la función motora y sensorial.</p>

Continuación tabla 4			
22.	Identificar los beneficios potenciales y la eficacia de la TPN en el tratamiento de LPP grado III y IV, en comparación con el cuidado estándar de heridas, entendiendo como tal el uso de apósitos húmedos y soluciones salinas.	Metaanálisis de 16 ECA, que incluyen 629 participantes con diagnóstico de LPP en estadio III o IV, y comparan los efectos de la TPN con el cuidado estándar de heridas.	<p>Objetivo 2 → La TPN es más beneficiosa que los cuidados estándares para el tratamiento de las LPP III y IV: aumenta la tasa de curación completa de la herida y mejora el estado del exudado; reduce las tasas de infección y hospitalización, y, con ello, el gasto sanitario; y disminuye la frecuencia en el cambio de apósitos, el tiempo de curación de la lesión y el dolor. Sin embargo, no hay evidencia rigurosa sobre la eficacia de la TPN.</p> <p>Objetivo 3 → Las LPP afectan a la tasa de supervivencia e interfieren en la salud física, psicológica y social de quienes las padecen, afectando negativamente a la calidad de vida. Además, los pacientes con LPP de grado III y IV son más propensos a que se infecten y sufrir complicaciones.</p>
23.	Comparar los efectos de la TPN y los apósitos húmedos a secos en LPP de grado III y IV.	ECA que incluye 30 participantes con una única LPP categoría III y IV, formadas en sacro, isquion y glúteos.	<p>Objetivo 2 → La TPN es más eficaz que el apósito húmedo a seco en la cicatrización de LPP. Ejerce un efecto de microdeformación y macrodeformación. Aumenta la formación de tejido de granulación y reduce el tamaño de la lesión. Pero la evidencia es muy débil.</p> <p>Objetivo 3 → Las LPP reducen la calidad de vida y aumentan el tiempo de ingreso hospitalario y el gasto sanitario. Además, pueden producir complicaciones como la infección, que conducen a un ascenso de la mortalidad.</p>
24.	Comparar los riesgos y beneficios de la TPN en la cicatrización de heridas por segunda intención con los tratamientos de heridas estándar.	Revisión sistemática con metaanálisis de ECA que comparan la eficacia de la TPN en la cicatrización de heridas por segunda intención con los tratamientos de heridas estándar, incluyendo, al menos, un resultado relevante para el paciente.	Objetivo 2 → la TPN es más ventajosa para el cierre completo de heridas que cicatrizan por segunda intención. Tiene capacidad de absorber el exudado. Pero no se han hallado resultados de los efectos de la TPN en heridas con infección, ni tampoco desventajas y ventajas en cuanto al dolor, calidad de vida, mortalidad y eventos adversos.

Continuación tabla 4			
25.	Presentar los últimos resultados de la efectividad de la TPN y su influencia en el ámbito económico y en la calidad de vida del paciente.	Revisión sistemática. Incluye 22 estudios, de los cuales 10 son ECA, 1 de cohorte, 1 de casos-controles, 2 casos clínicos, 6 revisiones bibliográficas y el restante es un estudio descriptivo retrospectivo.	<p>Objetivo 2 → La TPN ha mostrado resultados positivos en el tratamiento de heridas crónicas, LPP, úlceras diabéticas, heridas con abundante exudado y dehiscencias quirúrgicas.</p> <p>Consigue un buen control del exudado, un lecho de la herida limpio, los bordes conservados, favorece el tejido de granulación y la descarga bacteriana. Reduce el riesgo de reinfección, mortalidad y reingreso. Al reducir la inflamación, aumenta el flujo sanguíneo, provocando una aceleración de la cicatrización.</p> <p>Se puede llevar a cabo en el domicilio, potenciando el autocuidado y el empoderamiento del paciente.</p> <p>Puede producir complicaciones como la hiperpigmentación de la piel perilesional y es más cara, pero ha demostrado un beneficio costo-efectivo.</p> <p>La TPN es efectiva para el cierre de lesiones cutáneas, pero es necesario un mayor estudio de la técnica para asegurar un uso correcto y seguro de la misma y establecer un protocolo estandarizado sobre su aplicación y duración.</p> <p>Con la TPN se logra una disminución de la estancia hospitalaria, de los costes añadidos, del dolor y del tiempo de cicatrización de la herida, respecto a los métodos de cura tradicionales, mejorando con ello la calidad de vida.</p>
26.	Resumir la evidencia clínica del uso tópico del yodo cadexómero (CIOD) en la preparación del lecho de la herida para la eliminación de barreras para su cicatrización.	Revisión sistemática con metaanálisis de ECA comparativos.	<p>Objetivo 2 → El yodo cadexómero es eficaz en la disminución de la cantidad de exudado y la eliminación de pus, esfacelos, desechos, carga biológica e infección, barreras responsables de la prolongación del tiempo de cicatrización. Reduce el tamaño de la herida y factores relacionados con la infección como el olor y el dolor. Esto es gracias a su alta capacidad de absorción y a su acción antimicrobiana y descamativa.</p> <p>Por eso, debe considerarse en el tratamiento y preparación del lecho de la herida, especialmente si está infectada. También se ha mostrado eficaz en la eliminación de biofilm, pero son necesarios más estudios al respecto.</p>

Tabla 5 - Plan de cuidados enfermero. Fuente: adaptado de NNNconsult²⁷.

Plan de cuidados enfermero
<p>Diagnóstico NANDA:</p> <p>[00046] Lesión por presión en el adulto r/c disminución sensitiva, inmovilidad y disminución de la actividad física m/p pérdida del espesor total del tejido dérmico con lesión del tejido subcutáneo (estadio III), tamaño 3-4 cm con cavitación, tejido necrótico húmedo con esfacelos en el lecho de la herida, exudado, mal olor, infección y maceración de piel perilesional.</p>
<p>NOC: [1103] Curación de la herida: por segunda intención</p>
<p>Indicadores, priorizados en función del tiempo de resolución.</p> <p>[110317] Mal olor de la herida: 3 → 5</p> <p>[110311] Piel macerada: 2 → 5</p> <p>[110301] Granulación: 2 → 5</p> <p>(ESCALA 23B: 1. Extenso, 2. Sustancial, 3. Moderado, 4. Escaso, 5. Ninguno)</p>
NIC
<p>[3520] Cuidados de las úlceras por presión</p>
Actividades
<p>Valorar las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, estadio, posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización, cada semana.</p>
<p>Observar periódicamente los signos y síntomas de infección de la herida, en cada cura.</p>
<p>Limpiar la herida y piel perilesional con un agente antibacteriano apropiado, por ejemplo, Prontosan®, en cada cura.</p>
<p>Aplicar TPN para tratar la infección de la lesión. Cambiar los apósitos según el nivel de exudado de la herida y la saturación del apósito.</p>
<p>Motivar al paciente en conductas de autocuidado, en relación al cuidado de las LPP.</p>

Documento 2 - Transcripción de entrevista semiestructurada.

En esta transcripción N significa Naiara, nombre de la investigadora y E significa Enrique, nombre del informante.

N: Buenos días. En primer lugar, quería agradecerle su participación en mi estudio y su disposición para compartir su experiencia acerca de este problema de salud conmigo. ¿Le gustaría empezar a hablar por algún tema en concreto?

E: El que tú querías

N: Podemos empezar hablando sobre su paraplejia, ¿desde cuándo la tiene y qué fue lo que la ocasionó?

E: Tú sabes que antes con 18 años se entraba a la mili. Yo alegué que no veía bien para no tener que ir. Me citaron en Soria el 26 de mayo de 1986 (yo tenía 17 años) para hacerme una revisión para ver si era apto o no. Cuando volvíamos a casa (...) nos salimos de la carretera con el coche. Solo íbamos mi hermano, que conducía, y yo, y el único recuerdo que tengo del accidente es el traslado en ambulancia desde el hospital de Pamplona al Hospital de Paraplégicos de Toledo.

N: ¿Por qué estuvo ingresado en Pamplona? ¿No le llevaron a Soria?

E: Me ingresaron en Soria y en un principio pensaron que tenía un traumatismo en la cabeza grave. Entonces me trasladaron a Pamplona y fue cuando vieron que tenía una lesión en D-5. Por eso me trasladaron a Toledo, que es lo único que recuerdo, el traslado en la ambulancia (...) Cuando llegué a Toledo no sabía por qué estaba allí, porque no tenía consciencia de lo que había pasado.

N: ¿Y recuerda cómo y cuándo le dieron la noticia y cómo fue su experiencia en el hospital de paraplégicos?

E: El diagnóstico me lo dijeron ya allí en Toledo. Mi principal preocupación era no morirme, si me quedaba en silla de ruedas mala suerte. Realmente la paraplejia, para mí, era lo de menos. Entonces desde el primer día empecé rehabilitación en cama durante dos meses. Recuerdo uno de esos días que inicié la alimentación por boca y yo notaba algo raro en el estómago, me dolía muchísimo, pero no me hacían caso, yo me quejaba, pero me decían que era imposible que sintiera dolor en el estómago, que me lo estaba inventando y quería llamar la atención. Cuando vino la fisio a darme la rehabilitación vio que mi abdomen no estaba bien y tenía un aspecto malísimo, es más, dijo "este chico está fatal", avisó al médico y se dieron cuenta de que podía tener una perforación y me trasladaron a al hospital de la salud también en Toledo para operarme de urgencia. En ese momento estaba con una prima de mi madre, pero como no era familiar directo no le dejaron firmar el consentimiento, ósea que me operaron sin consentimiento ni nada, con el mío propio. Y a mayores en ese mismo hospital hice un derrame pleural y una flebitis. Estuve mes y medio a base de sueros. Me quedé en los huesos.

N: ¿Podría hacer una comparación entre la experiencia/atención recibida en el Hospital Virgen de la Salud y el Hospital de Paraplégicos?

E: La experiencia en el hospital de la salud fue desagradable. Hacía un calor terrible, no me hacían cambios posturales como en el hospital de paraplégicos, allí era como un paciente más, teniendo en cuenta los cuidados que me prestaban en paraplégicos, donde la atención era individualizada, con mucho mimo, como si fuéramos todos una familia, con cambios posturales programados, rehabilitación, aire acondicionado; y en este hospital no, ahí era un paciente más, no tenían en cuenta las necesidades que tenía como paciente parapléjico. Yo no hacía más que pedir que me llevaran al otro hospital, al de paraplégicos, y me quitaran la sonda nasogástrica. Entonces a las dos semanas me volvieron a llevar a paraplégicos, gracias a dios.

N: Entonces, recapitulando, ¿cuánto tiempo estuvo en el Hospital de Paraplégicos y cómo fue su experiencia?

E: Estuve 9 meses (...) La experiencia maravillosa y una atención exquisita. De hecho, la mayoría de los días iba al control de las enfermeras a hablar con ellas y, fíjate, un día que las estaba oyendo hablar (yo creo que estaban practicando preguntas para algún examen o algo) una le preguntó le pregunto a la otra que a qué porcentaje de paraplégicos se les atrofiaba la muscular y ella contestó al 100%. Yo me quedé alucinado y chafado porque a mí me iba a pasar lo mismo y efectivamente así ha sido. Eso fue lo que más me llamó la atención en cuanto a la lesión medular. Y luego también nos apoyábamos mucho entre los familiares de unos y otros (...)

N: ¿Cuándo salió del hospital, ¿qué sensaciones tuvo?

E: Tras esos 9 meses me dieron el alta en silla de ruedas, pero con una vida prácticamente autónoma. Reanudé los estudios y me saqué la carrera de derecho. Salía con mis amigos, conducía, todo lo que hace una persona normal, vamos. Cuando acabé mis estudios de derecho empecé a dar clases particulares de inglés, porque antes de mi accidente había estado viviendo un año en Estados Unidos y manejaba perfectamente el inglés. Venían los chicos a mi casa, tenía una habitación adaptada como una clase.

N: ¿Podría compartir conmigo cómo le cambió su vida personal y familiar? ¿Qué cambios supuso su paraplejia en el día a día?

E: Pues mira, al contrario de lo que pueda pensar la gente o como se lo habría tomado otra persona en mi misma situación, yo lo acepté de buen grado porque hasta esa fecha había llevado una vida muy intensa, de salir, beber, viajar y de todo. Te podría decir que había vivido lo de una persona de 40 años (...) tenía mucha vida social, alternaba en todos los sitios que podía. Entonces después del accidente mi vida cambió sí, pero tenía la sensación de que muchas de las cosas que igual tendría que haber vivido más tarde ya las había vivido. Por eso lo acepté bien. Lo único, que tuve que dejar de conducir al cabo de unos años porque los calambres que me daban en las piernas me lo impedían, me podía salir de la carretera en cualquier momento. Y mi madre lo llevó bien también. Yo fui muy colaborador todo el tiempo. He sido válido y le quitado mucha carga de trabajo a mi madre. También ella me ha facilitado mucho las cosas porque nunca me ha puesto pegas a nada, ni me ha puesto mala cara, ni se ha venido abajo (...) También adaptamos la casa para poder manejarla (...)

N: ¿Cuál cree que es la principal secuela/consecuencia de la lesión medular?

E: Las úlceras. No te diría el no poder andar, porque al final como a mí me gusta leer y ver series y películas eso lo puedo seguir haciendo. Pero las úlceras me han limitado mucho.

N: ¿Desde cuándo tiene esta úlcera? y ¿cuál cree que fue el principal desencadenante?

E: desde agosto del 2019. El desencadenante fue la presión, el estar sentado. Fue en una celebración de quintos, que estuve sentado demasiado tiempo. Y también influyó la atrofia muscular que tengo.

N: Y cuándo apareció la úlcera, ¿tomó alguna medida al respecto para tratar de evitar que esta empeorara?

E: No apoyar. Cuando salió, porque salió de dentro hacia fuera, hay algunas que se producen de fuera hacia dentro y esas no te pillan por sorpresa, en cambio otras de repente están ya hecha y está el agujero dentro, que son las traicioneras. Entonces cuando se abrió (claro, la herida está ya hecha dentro, pero tú no la ves), fui al ambulatorio y me mandaron directamente a Soria y estuve ingresado unos días para que la valoraran. Por eso sé que fue en agosto del 2019.

N: ¿Qué percepción tiene acerca de la evolución de esta LPP?

E: Fatal, pero no es culpa de nadie.

N: ¿Podría profundizar más en este aspecto?

E: El cuerpo de un paraplégico no funciona igual que el cuerpo de una persona que no tiene una lesión medular. Es la circulación de la sangre. Bajo mi impresión, desde donde está la lesión medular hacia abajo todo funciona muy despacio, entonces la sangre no circula igual, y eso afecta al retraso en el cierre de la herida. Además, la grasa se me va acumulando en el abdomen y las piernas las tengo cada vez más delgadas, además de la atrofia muscular. Eso creo que es la principal causa de que se me formen escaras.

N: ¿Y cree que hay factores externos que también puedan influir en la evolución de la LPP, como alimentación, eliminación...?

E: No. Puede que el tabaco. Dicen que el tabaco retrasa la cicatrización de la herida, pero no creo que sea el principal causante. La principal causa es la lesión medular, la paraplejia y también los años. Todo el organismo se va ralentizando. Pero, por ejemplo, alimentación, como de todo, excepto cerdo que me sienta mal. La mayoría de las veces como en la cama, pocas veces me levanto. Lo que pasa es que sí creo que como más de lo que debería, pero es por mi madre, si le digo que no tengo hambre o que me ponga menos comida parece que me pone mala cara. No entiende que debería comer un pajarillo. Y yo noto esto que te he contado antes, que la grasa se me acumula en el abdomen.

N: ¿Cree que la incontinencia también puede afectar al retraso en la cicatrización de la herida?

E: En mi caso no porque utilizo colectores de orina y tengo estreñimiento crónico, entonces nunca tengo humedad en esa zona.

N: ¿Toma alguna medida para prevenir la aparición de otras lesiones cutáneas?

E: utilizo colchón de látex y hago cambios posturales cada 3 horas. Lo que pasa es que con el tiempo he adelgazado de cadera hacia abajo, en cambio la grasa se me acumula en el abdomen, y eso es más peso que mi cuerpo tiene que soportar. Mi cuerpo hace más presión sobre las nalgas.

N: ¿Podría hacer una valoración general de cómo la úlcera afecta a su calidad de vida?

E: Afecta completamente porque no puedo hacer nada.

N: Entiendo, por tanto, que ha supuesto cambios en el ámbito laboral, social, etc.

E: Si, está claro. Hay que entender que los paraplégicos tenemos dos posturas: sentados o tumbados. La manera de no apoyar los glúteos es estar tumbado. Entonces yo tumbado no puedo ir a ningún sitio, y sentado puedo estar en cualquier sitio, porque me he sentado en butacas del cine, en el avión, coches, sofá, etc., pero estás apoyando y eso es un factor para desarrollar una úlcera. Por lo tanto, avanzar a bien es lentísimo, pero empeorar es cuestión de días. A poco que esté sentado, aunque sea poco rato, y a mayores estar más débil por ejemplo con un resfriado, empeora notablemente el aspecto de la lesión.

N: Esta situación, por tanto, también afecta a sus relaciones sociales y hobbies. ¿Podría profundizar qué ha supuesto ese hecho en su día a día?

E: Ha supuesto un cambio radical en mi vida social, ha cambiado completamente. Ya no puedo salir a la calle y no me levanto de la cama. Como te he dicho antes yo daba clases a chavales y lo tuve que dejar porque las úlceras desprendían un olor.... Además, a poco que estuviera sentado y tuviera más presión en los glúteos ya se me hacían heridas o las que tenía empeoraban. Por eso tomé la decisión de dejar de salir. Pero tampoco me importa. Siempre me ha gustado leer y ver series y lo sigo haciendo, con lo cual disfruto siendo una persona solitaria. Casi hasta lo prefiero, porque la gente es muy preguntona y no se dan cuenta de que a veces pueden ofender y preguntan de más.

N: ¿Le preocupa alguna cuestión en concreto acerca de su LPP?

E: No. Me encantaría que la herida se cerrara, que al final acabará cicatrizando, pero yo sé que va a quedar tan poco tejido entre el hueso y la piel, que yo ya estoy fastidiado. Que cuando se cierre una va a salir otra. Es así. La única solución que hay no es curar la herida, sino hacer una cirugía en las nalgas. Esto es un invento mío. Esto lo llevo pensando desde que tengo 17 años, cuando me quedé parapléjico: reconstituir las nalgas.

N: Me está hablando de cirugía como tratamiento para sus úlceras. Actualmente lleva un PICO, un dispositivo que funciona con TPN. Me gustaría que me contara cuál es su percepción acerca de esta terapia y cómo cree que puede afectar a la evolución de la herida.

E: Pues mira yo estaba deseando que me lo pusieran para ser sincero. Como tengo antecedentes úlceras de larga duración que solo consiguieron cerrarse con un VAC, gracias a que mi enfermero del centro de salud se empeñó en que me lo colocaran en el hospital y él se encargaba de las curas, he considerado que visto el tiempo que llevo con esta úlcera pues el PICO es lo ideal, teniendo en cuenta que mi enfermera también me ha dado el visto bueno. Las otras escaras se me cerraron completamente después de un año con el VAC, pues creo que para esta también me puede venir bien, porque ya hemos intentado no sé cuántos tipos de curas y no hay manera de que cierre. Por ponerte alguna pega, que a veces el aparato vibra cuando detecta fugas. Pero por lo demás todo son ventajas porque son menos curas, menos días que la enfermera tiene que venir.

N: Y respecto a su día a día, ¿cómo se maneja?

E: Trato de apañarme. Como no soy tetrapléjico, con los brazos me apaño para realizar los cuidados básicos del día a día. Como no controlo los esfínteres, utilizo colectores para la orina, y me lavo todos los días para prevenir infecciones de orina, suelo ducharme 4 días en semana y lo hago en la silla para tratar de que el apósito no se moje y no darme golpes, aunque tardo más de 1 hora. Para defecar me pongo supositorios cada dos/tres veces por semana. Mira esto es otra consecuencia que también veo en mi paraplejía, el estreñimiento. Si a mí me preguntan qué es lo peor de la vida de un parapléjico, no te diría que es no poder andar, sino defecar. Porque claro, me pongo el supositorio, pero me tengo que hacer también tactos rectales para que salga, y eso me puede llevar hasta 6 horas. Es un suplicio.

N: ¿Quiere contarme más experiencias previas de lesiones por presión que me ha comentado antes? ¿O quiere aportar alguna vivencia de su lesión medular?

E: la primera escara me salió en el año 2000 porque adelgacé bastante. Ahí llevaba 13 años de parapléjico. Me la curaban en el centro de salud, no me acuerdo ya con qué (...) y evitaba apoyar sobre esa zona con cambios posturales. Al final acabó cicatrizando, aunque volvió a salir al cabo de unos años. Por eso lo que te decía antes, que esto es algo que una vez que te ha salido, no tiene solución. Por eso, el consejo que le daría yo a alguien en mi misma situación que se haya quedado parapléjico es que no haga la vida que te dicen que hagas, estate tumbado todo el rato que puedas (...) No te tiene que preocupar salir o trabajar, lo único que te tiene que importar es tu cuerpo, teniendo en cuenta que tu no sientes la mitad del cuerpo, porque luego los problemas vienen de sopetón. Yo hasta el 2011 lleve una vida como una persona normal sin paraplejía, y ahora me doy cuenta de que, si me hubiera cuidado más, quizás no habría llegado a esta situación.

N: ¿Y no ha pensado que puede retomar cierta actividad laboral o social tomando las precauciones oportunas?

E: En absoluto. Sigo practicando los hobbies que me gustan que son los libros y las películas. No echo de menos mi antigua vida, ya la disfruté bastante. De hecho, si a cambio de andar tuviera que dar todo lo que tengo, no lo daría. Podría dar una parte, pero no todo. Me he acostumbrado a esta vida porque la disfruté al máximo hasta los 17 años y estoy feliz y satisfecho. Además, ahora no estoy pensando en mi paraplejía ni mucho menos en la úlcera, ahora mismo lo que más me preocupa es mi madre, que acaba

de pasar por un cáncer, y con todo lo que ha aguantado en su vida, se merece estar bien y recuperarse. Quiero que esté bien, todo lo demás me da igual.

N: Quizás más adelante se podría replantear. Creo que podemos ir finalizando la entrevista. ¿Quiere aportar alguna experiencia/anécdota más?

E: Creo que no, de momento no.

N: De acuerdo. Muchas gracias por su colaboración y su tiempo.