



Casos clínicos en úlceras por presión:
abordaje práctico desde Enfermería

***Evolución de lesión por presión estadio II
en paciente inmovilizado con suplementación proteica***

María Luisa Sánchez Ramírez



Cuando solo hay piel

Patricia María Brito Rodríguez



***Lesión por presión (LPP) categoría IV en isquion, cavitada
y con doble tunelización en un paciente parapléjico***

Nayra Díaz Herrera y Carlos Marrero Delgado



***De la necrosis a la granulación: evolución positiva
de una lesión por presión tras cuidados continuos***

Sara Martín Martín



***Manejo de lesión por presión categoría II debido
a ajuste de anclaje en pierna ortopédica***

Gloria Miguel Fernández





Casos clínicos en úlceras por presión: abordaje práctico desde Enfermería



Evolución de lesión por presión grado II en paciente inmovilizado con suplementación proteica

María Luisa Sánchez Ramírez

Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
Centro de salud Joaquín Rodrigo, Madrid



**FRESENIUS
KABI**



María Luisa Sánchez Ramírez

Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de salud Joaquín Rodrigo, Madrid

Caso práctico

Justificación



La realización y seguimiento de este caso clínico se realiza con el fin de evaluar la evolución de las lesiones por presión (LPP) estadio II cuando se utiliza suplemento proteico en pacientes inmovilizados con desnutrición o en riesgo de padecerla.

Para ello se realiza una valoración nutricional de la paciente y se busca favorecer la masa muscular y mejorar la evolución y cicatrización de LPP, corrigiendo el estado de desnutrición y controlando el riesgo de padecerlo. Según argumentos clínicos, el aporte proteico interviene en la reparación celular y síntesis de colágeno, fortaleciendo el tejido conectivo y mejorando la función inmune.

La guía de práctica clínica (GPC) internacional expresa que el riesgo de aparición y la dificultad de cicatrización tiene correlación con el déficit nutricional, en especial con el aporte proteico y los niveles de albúmina.

Las LPP generan un gran impacto en la salud y calidad de vida, aumentando la mortalidad y morbilidad de los pacientes y prolongando las estancias hospitalarias.

El grupo nacional para el estudio y asesoramiento en lesiones por presión y heridas crónicas (GNEAUPP) estimó que la prevalencia de las LPP en Atención Primaria fue del 4,43 % durante el año 2023.



Descripción del caso



Edad: 90 años.

Sexo: femenino.

- ▶ Mujer de 90 años, inmovilizada en domicilio desde hace 5 años. Se encuentra en situación de vida cama-sillón y necesita una suplencia total para las transferencias. La paciente presenta demencia tipo alzhéimer, párkinson, hipertensión, rizartrosis, colelitiasis, incontinencia urinaria, isquemia cerebral, estreñimiento y LPP en cadera ya resuelta.
- ▶ No hay alergias conocidas.
- ▶ Actualmente, en tratamiento farmacológico con: enalapril/ hidrocloreotiazida 20 mg/12,5 mg, Opiren Flash 30 mg, paracetamol 650 mg.
- ▶ Utilización de absorbentes de orina.
- ▶ En la actualidad la paciente presenta una lesión por presión grado I-II en maléolo interno del pie izquierdo de 3 meses de evolución que afecta a epidermis y parte de la dermis con edema y enrojecimiento en zona perilesional. En el borde superior de la de la herida presenta flictena de pequeño tamaño. La paciente se encuentra encamada desde hace 3 años.
- ▶ Como consecuencia de esta situación presenta pronación del pie derecho hacia el interior, agravado por las fuerzas de fricción y cizallamiento.
- ▶ Se realiza una valoración integral de la paciente, así como de la herida, estableciendo posteriormente un plan de cuidados.

Valoración nutricional

Se realiza en domicilio la valoración nutricional de la paciente para calcular sus necesidades, acorde a la situación física y mental, utilizando estas escalas como herramientas:

- ▶ Escala de valoración nutricional MNA: resultado 17 puntos (riesgo de malnutrición).
- ▶ Escala de valoración nutricional MUST: resultado 2 puntos (riesgo alto de desnutrición).
- ▶ Escala de Norton: puntuación 6 (alto riesgo de presentar LPP).
- ▶ Índice de Barthel: 0 puntos (dependencia total).



Tratamientos aplicados y evolución clínica



1.ª visita

- ▶ Primera semana de junio 2025: presenta LPP estadio II.
- ▶ Tamaño inicial 3 x 2 cm. Ante la evolución tórpida de la lesión y dado el estado basal de la paciente y la carencia del aporte proteico se realiza valoración nutricional y se decide suplementar con aporte proteico 1,5 g/kg de peso/día por vía oral, con proteína de suero lácteo 100 % (KABI proteína) complementando su dieta habitual, con una pauta de 90 gramos/día.
- ▶ Dada la situación neurológica de la paciente se evalúa la escala del dolor como respuesta a estímulos dolorosos, obteniendo una valoración de dolor moderado y no pudiendo aplicar la escala del dolor EVA.
- ▶ Se procede a realizar tratamiento de la herida, realizando una limpieza con suero fisiológico 0,9 % y se drena la flictena, evitando la rotura de esta. En la piel perilesional se aplica óxido de zinc y en zonas de riesgo ácidos grasos hiperoxigenados. En el lecho de la herida administramos apósito de espuma con silicona, respetando la piel perilesional y evitando el dolor en la retirada.



2.ª visita

- ▶ Segunda semana de junio 2025.
- ▶ Se procede a realizar limpieza de la herida con suero fisiológico 0,9 %.
- ▶ Tras la retirada de apósito se aprecia disminución de enrojecimiento y edema. Ante la presencia de exudado escaso/moderado, se aplica óxido de zinc en bordes y apósito de espuma para mantener la cura húmeda.
- ▶ Paralelamente se mantiene el aporte proteico con proteína de suero lácteo 100 % (KABI proteína) y adecuada ingesta hídrica. Como medidas de alivio de presión se utiliza colchón anti-escaras, taloneras, cambios posturales cada 2-3 horas, manteniendo la ropa de la cama limpia y seca y evitando fuerzas de fricción y cizallamiento.



3.ª visita

- ▶ Última semana de junio 2025. Tras retirada del apósito:
 - Se realizó la limpieza de la zona con suero fisiológico 0,9 %. Se procede a desbridar quirúrgicamente la piel desvitalizada de los bordes perilesionales y posteriormente se aplica óxido de zinc.
 - Se aplica apósito de espuma en el lecho de la herida para el mantenimiento de cura húmeda. Se objetiva disminución del diámetro de la herida 2 x 1,5 cm.



Figura 1. Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.



Figura 2. Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.

- Se mantiene la suplementación proteica y las medidas de alivio de presión.



4.ª visita

- Primera semana de julio 2025. Tras retirada de apósito:
 - Se realiza la limpieza de la herida con suero fisiológico 0,9 %.
 - Se observa un aumento del tejido de granulación y epitelización en bordes.
 - Disminución del tamaño de esta: 1,5 x 1,5 cm de diámetro.
 - Se mantiene la misma pauta de cura.
- Continuamos con la suplementación proteica con proteína de suero lácteo 100 % (KABI proteína) y medidas de alivio de presión.



Figura 3. Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.



5.ª visita

- Tercera semana de julio 2025. Tras retirada del apósito:
 - Se realiza la limpieza de la zona con suero fisiológico 0,9 %.
 - Administración en zonas de riesgo de ácidos grasos hiperoxigenados.
 - Se mantiene la cura húmeda con espuma para mantener adhesión al lecho de la herida y óxido de zinc en los bordes.
- Se continúa con la suplementación proteica, con proteína de suero lácteo 100 % (KABI proteína), control de ingesta sólida y líquida y alivios de zona de presión.



Figura 4. Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.



6.ª visita

- Primera semana de agosto 2025. Retirada de apósito:
 - Se aprecia disminución de la profundidad de la herida. Disminución de diámetro: 1 x 1 cm.
 - Ausencia de exudado. Aumento de tejido de granulación y epitelización.
 - Se realiza la limpieza de la herida con suero fisiológico 0,9 %. Hidratación de piel perilesional con ácidos grasos hiperoxigenados.
 - Se mantiene la cura húmeda con apósito de espuma.



Figura 5. Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.

**7.ª visita**

- ▶ Tercera semana de agosto 2025.
- ▶ Lesión no exudativa. Epitelización casi completa.
- ▶ Presenta hiperqueratosis en los bordes.
- ▶ Se realiza la limpieza del pie con agua y jabón neutro, secado minucioso, hidratación y apósito hidrocoloide para proteger y favorecer la epitelización completa.
- ▶ Se mantendrán las medidas de suplementación proteica, valorando de nuevo el estado nutricional de la paciente con las anteriores escalas de medidas



Figura 6. Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.

**8.ª visita**

- ▶ Última semana de agosto 2025. Se retira apósito:
 - Epitelización casi completa.
 - Presenta hiperqueratosis en bordes. Se desbrida quirúrgicamente de forma superficial.
 - Limpieza de la piel con agua y jabón neutro. Hidratación y protección de la piel con ácidos grasos hiperoxigenados. Administración de apósito hidrocoloide.
- ▶ Se mantienen las medidas de suplementación proteica y medias de alivio en las zonas de presión.



Figura 7. Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.

**9.ª visita**

- ▶ Septiembre 2025.
- ▶ Se realiza nuevamente la valoración de escalas nutricionales, así como del estado general de la paciente.
- ▶ Se observa una mejoría en el estado nutricional de la paciente, no ha disminuido de peso en los últimos tres meses y posee una mejor hidratación de la piel. Durante el periodo evaluado no se aprecia ninguna nueva lesión por LPP ni de otro tipo.
- ▶ Disminución subjetiva del dolor, dado el estado neurológico de la misma.
- ▶ Se mantendrán medidas de suplementación con proteínas, así como una ingesta hídrica adecuada y medidas de prevención de LPP, reevaluando la situación según precise la paciente.

Resultados y conclusiones

La evidencia científica pone de manifiesto que el estado nutricional desempeña un papel determinante en la prevención y evolución de las lesiones por presión. Una situación de desnutrición o riesgo nutricional se asocia tanto a un mayor riesgo de aparición de estas lesiones como a una mayor dificultad en su proceso de cicatrización.

Las guías de práctica clínica recomiendan asegurar un aporte proteico adecuado como elemento esencial para favorecer la reparación tisular. En pacientes con lesiones por presión, especialmente aquellos desnutridos o en riesgo de desnutrición, la suplementación proteica ha demostrado promover la curación de la herida, reducir los tiempos de cicatrización y contribuir a una mejora de la calidad de vida.

Bibliografía recomendada

- Gould LJ, Alderden J, Aslam R, Barbul A, Bogie KM, El Masry M, et al. WHS guidelines for the treatment of pressure ulcers: 2023 update. *Wound Repair Regen*. 2024 Jan-Feb;32(1):6-33.
- Lanillos de la Cruz MJ. Guía rápida: prevención de lesiones por presión [Internet]. Guadalajara: Gerencia de Área Integrada de Guadalajara, Comisión de Cuidados de la Piel; 2023 May [citado 2025 Jul 28]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/801418443/Guia-Rapida-Prevencion-de-Lesiones-Por-Presion-Digital-Pagina-Gaigu>
- Rodríguez-Palma M, López-Casanova P, García-Molina P, Ibars-Moncasi P. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP); 2011 [citado 2025 Dic]. Serie documentos técnicos, N° XIII. Disponible en: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/65_pdf1.pdf
- Servicio Andaluz de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2021 [citado 2025 Jul 28]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Guiacuidados.pdf
- Soldevilla J, Torra JE, Posnett J, Verdú J, San Miguel L, Mayan JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*. 2007;18(4):43-52.





Casos clínicos en úlceras por presión: abordaje práctico desde Enfermería



Cuando solo hay piel

Patricia María Brito Rodríguez
C.S. Escaleritas. Las Palmas de Gran Canaria





Casos clínicos en úlceras por presión:
abordaje práctico desde Enfermería

Patricia María Brito Rodríguez
C.S. Escaleritas. Las Palmas de Gran Canaria

Caso práctico



Magdalena es una paciente de 79 años, vive con dos cuidadoras. Encamada desde hace 2 años y medio, valorada como mayor frágil.

Descripción del caso



Fecha: 18/03/2025.

Edad: 79 años.

Sexo: femenino.

Condición médica:

- DM2.
- Demencia.
- Incontinencia urinaria.
- Sordera.
- Insuficiencia cardiaca.
- Tratamiento farmacológico: insulina basal, furosemida 40 mg, alogliptina 25 mg, calciferol 226 mg, bisoprolol 2,5 mg, losartan 50 mg, quetiapina 25 mg, lorazepam 1 mg, trazadona 100 mg.



Escalas de valoración

Barthel = 0 puntos con dependencia total.

Pfeiffer = 9 (déficit intelectual severo).

Braden = 7 puntos con riesgo alto a padecer lesiones por presión.

IMC = 18

Sarcopenia.

Portadora de sonda vesical.

Escala Norton: 9 puntos en la escala de Norton (14/02/2023).

MNA: 12 puntos.

Tratada actualmente con insulina y antidiabéticos orales (ADO) dosis máximas. En su última analítica se aprecia glucemias elevadas, proteínas totales = 70,5 g/L y albúmina=36,3 g/L.

Nuestra paciente presenta una herida en MII, zona del tendón de Aquiles. Se comprueba que al retirar el apósito textil queda expuesto el tendón.

Descripción de la lesión

- Localización: parte posterior de la pierna izquierda, en tendón calcáneo o de Aquiles.
- Estadio inicial, lesión por presión estadio IV. Heridas relacionadas con la dependencia.
- Tamaño inicial: aprox. 4 cm.
- Profundidad inicial: aprox. 3 cm.

Plan de tratamiento

- Alivio de la presión: utilización de cambios posturales cada 3 horas y se le recomienda la utilización de una superficie especial para el manejo de la presión (SEMP) tipo colchón de aire alternante.
- Se insiste en el cuidado de la piel, evitar la humedad y una buena hidratación con ácidos grasos hiperoxigenados.
- Tratamiento de la herida: suero fisiológico, hidrogel + apósito de espuma.
- Suplementación nutrición oral: Fresubin Protein Energy drink, 2 botellas/día.





Semana 1:

- **Observaciones:** se comienza con hidrogel para retirar tejido necrótico y esfacelado más apósito.
- **Tamaño:** 4 x 3 cm.
- **Profundidad:** 1 cm.



Semana 2:

- **Observaciones:** se comienza con hidrogel para retirar tejido necrótico y esfacelado más apósito.
- **Tamaño:** 4 x 3 cm.
- **Profundidad:** 1 cm.



Semana 3:

- **Observaciones:** se mantiene el hidrogel para retirar tejido esfacelado en bordes externos.
- **Tamaño:** 3,5 x 3 cm.
- **Profundidad:** 1 cm.



Semana 4:

- **Observaciones:** se retira el hidrogel, al no haber tejido esfacelado en bordes externos. Herida limpia. Tendón expuesto.
- **Tamaño:** 3 x 2,5 cm.
- **Profundidad:** 0,5 cm.



Semana 5:

- **Observaciones:** herida limpia. Tendón expuesto.
- **Tamaño:** 3 x 2 cm.
- **Profundidad:** 0,5 cm.



Semana 6:

- **Observaciones:** herida limpia. Tendón expuesto.
- **Tamaño:** 2,5 x 2 cm.
- **Profundidad:** 0,5 cm.



**Semana 7:**

- **Observaciones:** herida limpia. Tendón expuesto.
- **Tamaño:** 2 x 1,5 cm.
- **Profundidad:** 0,5 cm..

**Semana 8:**

- **Observaciones:** herida limpia. Tendón expuesto.
- **Tamaño:** 2 x 1,5 cm.
- **Profundidad:** 0,3 cm.

Evolución de la herida

A lo largo de estos meses, se ha visto la complejidad de la cura de un tendón expuesto, en una paciente inmovilizada y con un deterioro cognitivo avanzado. Además, presenta delgadez con pérdida de masa muscular y grasa. En la evolución de la lesión, se ha producido la granulación alrededor de la herida y no ha habido infecciones.



Estadio inicial.



Estadio final.

Figura 1. Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.

Resultados y conclusiones

Las evidencias científicas y las guías de práctica clínica coinciden en que el abordaje de las heridas debe basarse en la prevención, la valoración integral del paciente y el tratamiento adecuado del lecho de la herida, junto con un correcto soporte nutricional.

La prevención constituye el pilar fundamental del cuidado mediante, la vigilancia sistemática de la integridad cutánea, la realización de cambios posturales programados y el uso de superficies especiales para el manejo de la presión.

La valoración integral del paciente debe contemplar el estado nutricional e hídrico, ya que estos influyen directamente en la aparición y evolución de las heridas.

El tratamiento local de la herida, incluye la limpieza adecuada, el desbridamiento del tejido no viable y la selección de apósitos apropiados en función de las características de la lesión y del exudado.

Finalmente, una nutrición e hidratación adecuadas son esenciales para el proceso de cicatrización, especialmente en pacientes encamados o con movilidad reducida, en quienes el déficit nutricional es frecuente y se asocia a un peor pronóstico.

Bibliografía recomendada

- García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Prevención de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº I. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
- Perdomo Pérez E, De Haro Fernández F, Gaztelu Valdés V, Ibar Moncasi P, Linares Herrera P, Pérez Rodríguez MF. El dolor en las heridas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº VI. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2021.
- Rodríguez-Palma M, López-Casanova P, García-Molina P, Ibars-Moncasi P. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XIII. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2011.
- Verdú J, Perdomo E. Nutrición y heridas crónicas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XII. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2011.





**Casos clínicos en úlceras por presión:
abordaje práctico desde Enfermería**



***Lesión por presión (LPP) categoría IV en
isquion, cavitada y con doble tunelización
en un paciente parapléjico***

Nayra Díaz Herrera y Carlos Marrero Delgado
Enfermeros de la Unidad de Heridas Complejas de la Gerencia
de Atención Primaria de Tenerife



Nayra Díaz Herrera y Carlos Marrero Delgado
Enfermeros de la Unidad de Heridas Complejas de la Gerencia de Atención
Primaria de Tenerife

Caso clínico

Resumen



Paciente parapléjico varón de 48 años con una lesión por presión y cizalla en isquion derecho de 1 año de evolución, tratado por el equipo de Atención Primaria. En un principio se logró una progresión del tejido de granulación y la eliminación de tejido esfacelado, pero se vio interrumpida por una infección de los tejidos profundos de la lesión que requirió tratamiento antibiótico de amplio espectro y progresó a ampliación del tamaño visible de la lesión y a la nueva presencia de tejido necrótico y esfacelado. Dada la evolución tórpida, el paciente es derivado a la unidad de heridas para tratamiento avanzado de la misma. Durante este periodo se ha logrado evitar infecciones, eliminar por completo el tejido esfacelado y necrótico y una reducción de las dimensiones de la lesión, sin haber alcanzado la cicatrización completa, por lo que se deriva a cirugía plástica para valoración del caso y tratamiento quirúrgico reparador.

Introducción

Según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), “una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blancos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos”¹.

Se ha estimado que de un 50 % a un 80 % de las personas con lesión medular desarrollarán una lesión por presión (LPP)². Estudios más recientes elevan estos porcentajes a valores que van del 62,4 % al 85,7 %³. Con los datos que posee el Hospital Nacional de Paraplégicos, que es un hospital monográfico e integral para el manejo del paciente lesionado medular, y extrapolando los resultados a nivel nacional, se puede decir que en España la prevalencia de esta subpoblación se sitúa en torno al 1-2 % y una incidencia anual de uno por diez mil habitantes y año^{4,5}.

En pacientes con paraplejía, las LPP en la zona del isquion son una complicación frecuente y significativa, situándose los valores de prevalencia entre 15/37 %. Entre los factores de riesgo tenemos: inmovilidad, pérdida de sensibilidad, presión continua, fricción y humedad, estado nutricional y comorbilidades.



En España existe un estudio de aproximación al coste del tratamiento de lesión por presión según severidad⁶, pero no existe ningún estudio de coste económico de esta patología en pacientes lesionados medulares. En un estudio realizado en el Hospital de Paraplégicos², el coste medio aproximado de una lesión por presión según su localización, cuyos resultados fueron los siguientes: la lesión más frecuente es la isquiática (43,27 %), producida habitualmente por un exceso de horas de sedestación. Por lo tanto, este grupo de pacientes es el más afectado y el que más demanda un tratamiento quirúrgico, con un coste medio total de 57.196,29 €.

En definitiva, con los datos expuestos, las lesiones por presión en pacientes con lesiones medulares son un riesgo y un problema permanente para la salud pública.

La publicación de este caso responde a la importancia de realizar trabajos multidisciplinarios y a la necesidad de habilitar circuitos que faciliten el tránsito de los pacientes por los diferentes eslabones del sistema sanitario.

Descripción del caso



Sexo: paciente varón.

Edad: 48 años.

- Lesión por presión en isquion derecho con tejido necrótico y desvitalizado de gran profundidad.
- Diabetes tipo 2 con mal control glucémico. Inicialmente en tratamiento exclusivamente con antidiabéticos orales (ADO) y posteriormente mixto con insulina lenta que se aumentó gradualmente. Dado que las cifras de glucemia continuaban elevadas se añadió insulina rápida.
- Obesidad grado 2, IMC 37.
- Hipercolesterolemia.
- Psoriasis.
- Polimedicado.
- Valoración del riesgo de lesión por presión con escala Norton en el ingreso en la unidad: 12 puntos (riesgo evidente).
- Valoración nutricional con escala MNA: 26 puntos (estado nutricional normal).



Descripción de la lesión

LPP en isquion derecho cavitada con 2,5 cm de diámetro y 3 cm de cavitación. Tejido esfacelado en un 100 % que impide la categorización inicial. Exudado muy abundante, mal olor, bordes definidos ligeramente macedados. Perilesión íntegra (Figura 1).

Tras desbridamiento cortante y autolítico (Figura 2) en el que se retira todo el tejido desvitalizado, practicado en la unidad de heridas, quedan expuestas dos tunelizaciones una de 8 cm y otra de 9 cm, con tejido muscular y óseo expuesto, por tanto, se gradúa como LPP categoría IV. Exudado abundante. Bordes definidos. Perilesión íntegra (Figuras 3 y 4).



Figura 1. LPP en isquion derecho cavitada. Valoración inicial.
Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.



Figura 2. LPP en isquion derecho categoría IV.
Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.



Figuras 3 y 4. LPP con dos tunelizaciones, una de 8 cm y otra de 9 cm.
Imágenes propiedad de la autora aportadas para fines ilustrativos.

Plan de tratamiento

- ▶ **Alivio de la presión en la zona lesionada:** restricción del tiempo en sedestación y mientras permanezca en ella, cambios de posición programados. Durante el descanso nocturno permanecer lateralizado. Se indican superficies de apoyo del manejo de la presión, cojín para silla de ruedas y colchón. Evitar la fricción empleando sábanas para proteger el transfer que utiliza para los traslados desde la silla de ruedas⁷.
- ▶ **Higiene y cuidado de la piel:** emplear jabón neutro para la higiene de la piel, sin parabenos, sin perfumes. Hidratación de la piel con cremas emolientes, sin masajes^{8,9}.
- ▶ **Tratamiento y curación de heridas:** cura cada tres días, durante 15 días: higiene terapéutica con solución limpiadora y capacidad antiséptica (polihexametileno biguanida), en fomentos 15 minutos. Desbridamiento cortante intensivo. Tratamiento antibiofilm con cadexómero yodado¹⁰.

Tras esta terapia queda expuesta una lesión con dos tunelizaciones de 8 cm y 9 cm respectivamente y una cavitación con un diámetro de 2,5 cm y profundidad de 2,5 cm (Figuras 3 y 4).

Posteriormente se realizó higiene terapéutica con solución de hipoclorito sódico y ácido hipocloroso y como apósito primario miel terapéutica de Manuka en gel y fibras de polivinilo de alcohol, rellenando el 75 % de la cavidad¹⁰.

Tras 3 meses de evolución, no se consigue reducción de las dimensiones, por lo que se inicia tratamiento con terapia de presión negativa (TPN) con presión de 125 mmHg y modalidad alternante¹¹. Se realiza higiene terapéutica de la lesión y relleno de las tunelizaciones con espuma de poliuretano (Figura 5).

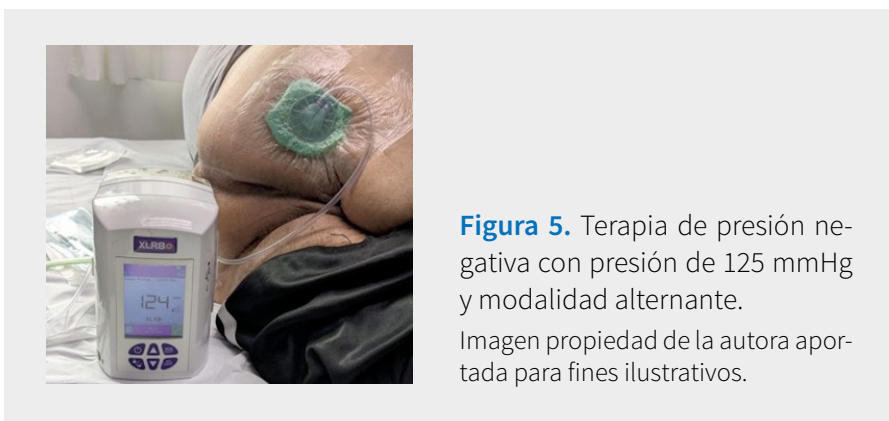


Figura 5. Terapia de presión negativa con presión de 125 mmHg y modalidad alternante. Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.

Se procedió a suplementar la dieta con un concentrado de proteína de suero lácteo 100 % (KABI proteína) para acelerar el proceso de cicatrización, con una pauta diaria de 30 gramos repartidos en 2/3 tomas al día¹². La NPUAP/EPUAP recomienda una ingesta proteica global para la cicatrización de lesiones por presión de 1,25 a 1,5 g/kg de peso corporal al día. Para los pacientes con lesiones por presión en estadio III/IV, el nivel propuesto es de 1,5 a 2,0 g/kg, dependiendo del tamaño de la lesión por presión y la pérdida total de proteínas de las heridas exudativas⁹.

Evolución de la lesión

Con las medidas aplicadas se logra un estrechamiento y acortamiento de las tunelizaciones, pasando de 8 cm y 9 cm respectivamente a 5 y 6 cm. Se mantiene un lecho con tejido de granulación y libre de signos de infección (Figura 6).



Figura 6. LPP isquion con reducción de tamaño tras terapia de presión negativa. Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.

El paciente fue valorado posteriormente por Cirugía Plástica que, observando las buenas condiciones de la lesión, propone al paciente intervención terapéutica para cierre de esta.

Resultados y conclusiones

Tras la instauración del plan de tratamiento basado en la descarga de presión, desbridamiento intensivo, terapia antibiofilm con cadexómero yodado, terapia de presión negativa (TPN) y suplementación nutricional con proteína en polvo, se evidenció una evolución favorable de la lesión. Se observó:

- Reducción progresiva del diámetro de la cavidad y acortamiento de las tunelizaciones (8 y 9 cm iniciales).
- Aparición y mantenimiento de un lecho con tejido de granulación viable, libre de signos clínicos de infección.
- Mejora en las condiciones locales de la herida que permitió su valoración por el equipo de cirugía plástica, quienes consideraron viable la intervención quirúrgica para el cierre definitivo de la lesión.
- El abordaje integral y multidisciplinar en pacientes con LPP asociadas a paraplejía es fundamental para lograr una evolución favorable, especialmente en casos complejos como las lesiones isquiáticas con tunelización.
- La combinación de descarga de presión, desbridamiento adecuado, terapia avanzada de cura (TPN) y soporte nutricional específico favorece el control del biofilm, estimula la formación de tejido de granulación y optimiza la cicatrización.

- ▶ La evolución positiva del caso demuestra la importancia de personalizar los cuidados y de la continuidad asistencial para preparar la lesión de cara a un eventual cierre quirúrgico exitoso.
- ▶ Este caso resalta la necesidad de una valoración integral del paciente, teniendo en cuenta comorbilidades y factores de riesgo, para potenciar los resultados y prevenir complicaciones.

Bibliografía

1. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Verdú J, López P, Rodríguez M, Torra JE, et al. Clasificación–categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia [Internet]. 3ª ed. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP); 2021 [citado 2025 Dic]. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Disponible en: <https://gneaupp.info/documento-tecnico-gneaupp-no-ii-clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-cutaneasrelacionadas-con-la-dependencia-3a-edicion-noviembre-de-2021/>
2. Cabello PA, Arévalo-Velasco JM. Estimación del coste sanitario de las úlceras por presión en pacientes lesionados medulares. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2016;15(30):60-7.
3. Salzberg CA, Byrne DW, Cayten CG, van Niewerburgh P, Murphy JG, Viehbeck M, et al. A new pressure ulcer risk assessment scale for individuals with spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil*. 1996;75(2):96-104.
4. Arévalo JM, Espino FJ. Estudio clínico retrospectivo del uso de un sistema de hidrocirugía en pacientes lesionados medulares con úlceras por presión crónicas. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2011;37(1):1-6.
5. Arévalo JM, Espino FJ. Manejo multidisciplinario de las úlceras por presión en pacientes medulares. *Heridas Cicatrización*. 2011;2(5):15-9.
6. Soldevilla J, et al. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*. 2007;18(4):43-52.
7. Rodríguez-Palma M, et al. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP); 2011 [citado 2025 Dic]. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XIII. Disponible en: <https://gneaupp.info/superficies-especialespara-el-manejo-de-la-presion/>
8. García-Fernández FP, et al. Manejo local de úlceras y heridas [Internet]. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP); 2018 [citado 2025 Dic]. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº III. Disponible en: <https://gneaupp.info/manejo-local-de-las-ulceras-y-heridas/>
9. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline [Internet]. 4th ed. EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2025 [citado 2025 Dic]. Disponible en: <https://www.internationalguideline.com/>
10. International Wound Infection Institute (IWII). La infección de heridas en la práctica clínica [Internet]. London: Wounds International; 2022 [citado 2025 Dic]. Disponible en: https://woundinfection-institute.com/wp-content/uploads/IWII-CD-2022_ES-web.pdf
11. Shi J, Gao Y, Tian J, Li J, Xu J, Mei F, et al. Negative pressure wound therapy for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;5(5):CD011334.
12. Langer G, Shan C, Fink A, Schwingshackl L, Schoberer D. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;2(2):CD003216.





Casos clínicos en úlceras por presión: abordaje práctico desde Enfermería



De la necrosis a la granulación: evolución positiva de una lesión por presión tras cuidados continuos

Sara Martín Martín

Hospital geriátrico Santiago y San Marcos. Centro Adscrito al Centro de Salud de Alba de Tormes - Servicio castellano leonés de Salud (SACYL), Salamanca.



Sara Marín Martín

Hospital geriátrico Santiago y San Marcos. Centro Adscrito al Centro de Salud de Alba de Tormes - Servicio castellano leonés de Salud (SACYL), Salamanca.

Caso clínico

Resumen



Paciente de 89 años ingresado en UCI con lesión por presión categoría IV en región sacra. En la fase inicial del tratamiento se realizó desbridamiento del tejido necrótico mediante aplicación de colagenasa y apoyo con bisturí, favoreciendo la eliminación del material desvitalizado y la formación de tejido de granulación. Posteriormente, se instauró un protocolo de curas cada 24 horas, con higiene exhaustiva de la zona mediante suero fisiológico y técnica estéril para prevenir infecciones. Se utilizaron apósitos de carboximetilcelulosa sódica con 1,2 % de plata iónica que combinan la capacidad absorbente de la hidrocélulosa con las propiedades antimicrobianas de la plata, manteniendo un ambiente húmedo óptimo para la cicatrización. Con el paso de las semanas, se observó una evolución favorable, con disminución progresiva del exudado, reducción del tamaño de la lesión y aparición de tejido epitelial. Finalmente, el paciente falleció tras una infección por COVID-19, por lo cual no fue posible alcanzar la completa cicatrización, pero conseguimos mejorar la calidad de vida, pasando de un encamamiento continuo a poder mantener la postura de sedestación sin dolor gracias a la gran disminución de diámetro de la lesión sacra de categoría IV en fase de cicatrización.

Introducción

Las lesiones por presión (LPP) representan un importante problema de salud pública, especialmente en pacientes de edad avanzada, encamados o con movilidad reducida. Su incidencia aumenta significativamente en unidades de cuidados intensivos, donde la inmovilidad prolongada y la fragilidad cutánea asociada a la edad son factores determinantes. Se estima que entre un 10 % y un 25 % de los pacientes hospitalizados desarrollan algún grado de lesión por presión, lo que conlleva un aumento en la morbilidad, los costes sanitarios y la duración de las estancias hospitalarias. Desde el punto de vista clínico, las LPP de grado IV suponen un desafío terapéutico por la profundidad de la lesión y el alto riesgo de infección sistémica. La presentación de este caso se justifica por la evolución favorable de una lesión sacra grave en un paciente de 89 años, gracias a un abordaje integral basado en desbridamiento enzimático y quirúrgico, junto con curas avanzadas con apósitos antimicrobianos, lo que demuestra la eficacia de las terapias combinadas en geriatría crítica.



Descripción del caso



Sexo: varón.

Edad: 89 años.

Paciente varón de 89 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, insuficiencia cardíaca congestiva e hipertensión arterial, considerado pluripatológico. Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras sufrir un episodio de pérdida de conciencia en su domicilio, secundario a una hiperglucemia severa con valores superiores a 500 mg/dl, que cursó con deshidratación y descompensación metabólica.

En la valoración inicial presentó una puntuación en la Escala de Norton de 10 puntos (riesgo muy alto).

En la valoración nutricional obtuvo MNA: 16 puntos (malnutrición) y MUST: 2 (riesgo elevado), por lo que se instauró soporte nutricional oral con suplementos hiperproteicos e hipercalóricos.

Descripción de la lesión

- ▶ **Localización:** región sacra.
- ▶ **Estadio inicial:** Grado IV (según clasificación NPUAP/EPUAP).
- ▶ **Tamaño inicial:** aproximadamente 20 × 20 cm.
- ▶ **Profundidad inicial:** 3 cm, con exposición ósea, bordes irregulares, presencia de placa necrótica y esfacelos amarillentos bajo la misma.
- ▶ La lesión presentaba exudado moderado, piel perilesional macerada y olor fétido leve, con signos de infección local en el momento del ingreso en el centro.



Figura 1. LPP al ingreso GIV con placa necrótica seca.

Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.

Plan de tratamiento

- ▶ **Alivio de la presión:** cambios posturales programados cada 2 horas, uso de colchón antiescaras dinámico de aire alternante y cojines de descarga específicos para zona sacra.
- ▶ **Higiene y cuidado de la piel:** limpieza diaria con agua tibia y jabón neutro, secado suave y aplicación de barrera protectora con óxido de zinc en la piel perilesional.



- ▶ **Tratamiento de la herida:** fase inicial de desbridamiento combinado con RYM colagenasa tópica diaria y bisturí estéril, eliminando tejido necrótico hasta alcanzar un lecho viable. Una vez conseguido, se continuó con curas cada 24 horas con higiene exhaustiva con suero fisiológico, técnica aséptica y aplicación de carboximetilcelulosa sódica con 1,2 % de plata iónica, cubierto con apósito secundario estéril y absorbente.
- ▶ **Suplementación nutricional oral:** administración de suplementos con una preparación nutricional enteral oral hipercalórica e hiperproteica formulada para pacientes diabéticos (1,5 kcal/ml, hiperproteico, con bajo índice glucémico) 2 veces al día, para favorecer la cicatrización y mejorar el estado nutricional general.



Figura 2. LPP GIV tras inicio de terapia con colagenasa sin inicio de desbridamiento cortante.

Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.



Figura 3. LPP GIV tras dos semanas de tratamiento con colagenasa y desbridamiento cortante.

Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.



Figura 4. LPP tras cambio de tratamiento una semana después de iniciar las curas con carboximetilcelulosa sódica con 1,2 % de plata iónica.

Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.



Figura 5. Lesión en tratamiento con acuacel plata durante tres semanas seguidas.

Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.

Resultados y conclusiones

Resultados

Tras la instauración del plan de cuidados integral, el paciente presentó una evolución favorable y progresiva de la lesión. Durante las primeras semanas, el uso combinado de colagenasa tópica y desbridamiento cortante con bisturí permitió la eliminación eficaz del tejido necrótico, facilitando la aparición de tejido de granulación viable.

Las curas diarias con carboximetilcelulosa sódica con 1,2 % de plata iónica contribuyeron a mantener un ambiente húmedo y control del biofilm bacteriano, evitando la infección local y reduciendo el exudado.

La reposición nutricional hiperproteica e hipercalórica, con aporte de fibra y bajo índice glucémico, como parte del plan de soporte nutricional para pacientes con alteraciones de glucemia y riesgo de desnutrición y el control glucémico estricto favorecieron la síntesis de colágeno y la cicatrización. A las 8 semanas, se evidenció una mejoría notable de la lesión y disminución de diámetro, sin signos de infección local y disminución considerable del dolor, y con recuperación progresiva de la integridad cutánea. Lamentablemente, el paciente causó exitus tras desarrollar una neumonía bilateral tras infección por COVID-19 y no pudo ser dado de alta.

Conclusiones

El caso demuestra que el abordaje multidisciplinar y personalizado resulta esencial en la recuperación de lesiones por presión grado IV en pacientes geriátricos y pluripatológicos.

El desbridamiento combinado (enzimático y quirúrgico) permite acelerar la limpieza del lecho, y el uso de apósitos con plata iónica (carboximetilcelulosa sódica con 1,2 % de plata iónica) mantiene un entorno húmedo y antimicrobiano óptimo para la cicatrización.

Asimismo, la higiene rigurosa, la movilización frecuente y la optimización nutricional son pilares indispensables en la prevención de complicaciones y recidivas.

La experiencia clínica resalta la importancia del cuidado enfermero continuo y la aplicación de terapias adecuadas para mejorar los resultados en pacientes de edad avanzada con lesiones complejas.

Bibliografía recomendada

- Conde Montero E. El arte de curar las heridas. España: Heart and Brain Healthcare Marketing SL; 2021. ISBN: 978-84-09-31400-3.
- Conde Montero E. Heridología: las heridas explicadas para que las entiendas y las cures con éxito. Independently Published; 2022. ISBN: 979-8-3647-6840-7.
- De Paz San José L, San José Lobo MP. Cuidado integral de la piel: tratamiento de heridas, quemaduras y úlceras. Toledo: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). ISBN: 978-84-19806-15-4.
- Molina Carrillo R. Abordaje de edemas y úlceras de extremidad inferior: guía de bolsillo. Madrid: Ergón Creación SA; 2023. ISBN: 978-84-19230-96-6.





Casos clínicos en úlceras por presión: abordaje práctico desde Enfermería



Manejo de lesión por presión grado II debido a ajuste de anclaje en pierna ortopédica

Gloria Miguel Fernández

Enfermera especialista EFyC. Responsable de Enfermería CS Joaquín Rodrigo, Madrid.





Casos clínicos en úlceras por presión:
abordaje práctico desde Enfermería

Gloria Miguel Fernández
Enfermera especialista EFyC.
Responsable de Enfermería CS Joaquín Rodrigo, Madrid.

Caso clínico

Resumen



En el abordaje de las lesiones de la piel es importante valorar al paciente de forma holística. En este caso nos encontramos ante un paciente joven, independiente para las actividades básicas de la vida diaria con una lesión por presión (LPP) grado II en un muñón. Para la realización del plan de cuidados nos centramos tanto en los cuidados de la LPP, como en los cuidados del paciente, aliviando las zonas de presión y abordando un plan nutricional.

Introducción

Las heridas crónicas representan un importante problema de salud pública debido al impacto que suponen en la vida de las personas que las sufren y a su alta prevalencia. En España, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) realiza informes periódicos sobre la prevalencia de lesiones crónicas en España, siendo los últimos datos del año 2022. Las heridas crónicas relacionadas con la dependencia en residencias, centros sociosanitarios y hospitales afectan a entre un 8,4 % y un 9,28 % del total de pacientes ingresados. Las lesiones más prevalentes en todos los ámbitos, incluido el comunitario, fueron las lesiones por presión (LPP). Todo esto pone de manifiesto la importancia del correcto manejo y actualización del tratamiento y prevención de estas lesiones a través de casos clínicos que nos acercan esta problemática a nuestro día a día como profesionales de la salud y también nos acercan a su resolución. Es importante como enfermeras abordar este problema no como una lesión o patología, sino desde un punto de vista holístico que englobe toda la valoración, tratamiento y cuidados del paciente.



Descripción del caso



Sexo: varón.

Edad: 55 años.

Este caso lo abordamos desde la consulta de Enfermería de Atención Primaria. Paciente varón de 55 años, natural de Venezuela.

Descripción de la lesión

- Antecedentes médicos: hipertensión arterial, diabetes *mellitus* II, dislipemia y déficit de vitamina D.
- Tratamiento farmacológico:
 - Ramipril/Hidroclorotiazida 5 mg/25 mg (1-0-0).
 - Ácido acetilsalicílico 100 mg (0-1-0).
 - Empagliflozina/Metformina 12,5 mg/1000 mg (1-0-1).
 - Fenofibrato 160 mg (0-0-1).
 - Rosuvastatina 20 mg (0-0-1).
 - Hidroferol 0,266 mg (una ampolla bebible c/15 días).
- Intervenciones quirúrgicas: doble amputación de miembros inferiores (izquierda transmetatarsiana en 2020, derecha infracondílea en 2022).

Con estas amputaciones el paciente ha tenido desde entonces prótesis que han posibilitado su independencia para todas las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 100), además de inclusión laboral.

En el año 2024, en el muñón de la amputación izquierda (realizada en 2020) tuvo serias complicaciones: una lesión con sobreinfección que derivó en una osteomielitis y precisó tratamiento hospitalario intravenoso y varias amputaciones más, que finalmente derivaron en una amputación transtibial. Se adaptó muy favorablemente a su nueva situación y prótesis y sigue manteniendo la misma puntuación Barthel.

En julio de 2025, debido a un recambio de prótesis y un mal ajuste al muñón del paciente, se produce en el muñón izquierdo una LPP de categoría III. Dada la trayectoria y edad del paciente, cabe destacar el desgaste y malestar tanto físico como emocional que le produjo, ya que en 2024 todo empezó con una pequeña lesión que parecía de fácil resolución.

Valoración

- Escala de Norton: 17 puntos, más de 14 puntos se considera bajo riesgo de LPP.
- Escala Mini Nutritional Assessment (MNA): 10 puntos (cribaje). Riesgo de malnutrición.
- Escala MUST: 1 punto, riesgo intermedio de desnutrición.

Descripción de la lesión

Debido a un ajuste del anclaje de la prótesis de MII se produce una lesión por presión por el peso en bipedestación del paciente y la falta de protección debido a que el anclaje le quedaba holgado y, por tanto, no amortiguaba lo suficiente el peso del paciente sobre el muñón en la deambulación.

LPP II en el muñón izquierdo de la amputación transtibial. Tejido de granulación en lecho con exudado moderado. Aproximadamente 2 cm x 1 cm.

Plan de tratamiento

Se realizó un abordaje integral al paciente. Las prótesis definitivas con el respectivo anclaje se las darían en unos 6 meses, por lo que había que ejecutar un plan de cuidados previo. En primer lugar, se recomienda reposo relativo para favorecer el alivio de presión. Se realiza cura con apósitos de espuma para amortiguar el peso y se utilizan ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en la prevención de nuevas lesiones en la piel perilesional. En primera instancia se aplica en lecho un apósito de hidrofibra para el control del exudado. Al realizar la valoración nutricional, se pone de manifiesto que el paciente presenta riesgo de desnutrición, y al presentar la lesión, necesita aporte de proteínas para la cicatrización. Para ello se pauta al paciente proteína de suero lácteo con sabor neutro, para que no interfiera en los sabores ni preferencias del paciente. La dosis total que se indica es 1,5 g de proteína por kg de peso. Suplementamos en base a la dieta del paciente con 30 g diarios de módulo de proteínas 100 % suero lácteo (KABI proteína) por día.

Evolución de la lesión



1.ª visita: julio de 2025

Aparece LPP II con compromiso de dermis. Se procede a la limpieza con solución fisiológica (SSF) 0,9 % y se aplica óxido de zinc en piel perilesional. La lesión presenta exudado moderado, por lo que se deja apósito de hidrofibra en lecho y se intenta almohadillar con apósito de espuma doble para evitar la presión de la piel entre el anclaje y el hueso. En la piel sana se aplican AGHO para prevención de lesiones en otros puntos de presión. Nos centramos en la escucha activa y apoyo emocional, ya que el paciente tiene temor ante esta situación e ideas rumiativas basadas en sus experiencias previas.

Se indica alivio de las presiones haciendo un reposo relativo. Se refuerzan hábitos dietéticos y se aporta un extra de 30 g de módulo de proteínas 100 % suero lácteo (KABI proteína) por día.



Figura 1. Primera visita.

Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.



**2.ª visita: agosto de 2025**

Se reduce la extensión de la lesión 1,5 cm x 1 cm. Menos cantidad de exudado, leve. Se sigue con misma pauta de cura. Limpieza con SSF 0,9 % y óxido de zinc en piel perilesional. Se deja apósito de hidrofibra en lecho y espuma como apósito secundario. AGHO en el resto de piel sana.

Respecto al manejo nutricional, se procede a la reevaluación del paciente, obteniendo el mismo resultado de test MUST. Riesgo de desnutrición, por lo que se sigue con las mismas recomendaciones dietéticas y suplementando con 30 g de módulo de proteínas 100 % suero lácteo (KABI proteína) por día.

**3.ª visita: septiembre de 2025**

Mejora importante de la lesión y del estado anímico del paciente. Se realiza refuerzo positivo de los logros y situación.

Respecto a la lesión, tiene una extensión de 0,5 cm x 0,3 cm. Se cambia la pauta de cura. Lavado con SSF 0,9 % y óxido de zinc en piel perilesional. Ya no presenta exudado, por lo que se retira la hidrofibra y se mantiene el apósito de espuma para el control de las presiones. Se sigue con AGHO.

Respecto a la valoración nutricional, ante la positiva evolución de la situación se decide mantener pautas previas.

**4.ª visita: octubre de 2025**

Lesión epitelizada, se procede a la hidratación de la piel y al presentar zona de hiperqueratosis, se desbrida con cureta y se obtiene buen resultado. Se sigue con AGHO y manejo de las presiones.

Respecto al estado nutricional, se reevalúa y el paciente sigue con riesgo de desnutrición debido a su bajo índice de masa muscular y a su dificultad para trabajar los grupos musculares, aunque ha mejorado sustancialmente el IMC. Por esta razón y debido a la evolución del proceso, se mantiene el aporte con 30 g de módulo de proteínas 100 % suero lácteo (KABI proteína) por día.



Figura 2. Segunda visita.
Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.



Figura 3. Tercera visita.
Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.



Figura 4. Cuarta visita.
Imagen propiedad de la autora aportada para fines ilustrativos.

Resultados y conclusiones

Para el abordaje del caso, es importante centrarnos en el paciente y valorar la situación de manera holística para resolver, además del problema ante el que nos encontramos, la causa de este. Trabajamos con el paciente a lo largo de las visitas la parte emocional, ya que las malas experiencias previas condicionaban su afrontamiento. Por otra parte, en la revisión de la literatura, se demuestra que, para una correcta cicatrización, un pilar fundamental es el aporte proteico, ya que las necesidades proteicas aumentan en esta situación. Se decide suplementar con Kabi Proteína®, ya que son proteínas 100 % suero lácteo y sabor neutro, esto hizo más fácil adaptarlo a las preferencias y las comidas del paciente y mejoró la tolerancia de este a los cambios.

Bibliografía recomendada

- Gould LJ, Alderden J, Aslam R, Barbul A, Bogie KM, El Masry M, et al. WHS guidelines for the treatment of pressure ulcers: 2023 update. Wound Repair Regen. 2024;32(1):6-33.
- Lanillos de la Cruz MJ. Guía rápida: prevención de lesiones por presión [Internet]. Guadalajara: Gerencia de Área Integrada de Guadalajara, Comisión de Cuidados de la Piel; 2023 May [citado 2025 Jul 28]. Disponible en: <https://gneau-pp.info/wp-content/uploads/2024/05/guia-rapida-prevencion-de-lesiones-por-presion-digital-pagina-gaigu.pdf>
- Servicio Andaluz de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Sevilla: Consejería de Salud; 2021.





Ref. 4361-06/26



Documento reconocido de interés profesional
por el GNEAUPP (Grupo Nacional para
el Estudio y Asesoramiento en Úlcera
por Presión y Heridas Crónicas)



**FRESENIUS
KABI**