

# A PROPÓSITO DE UN CASO: «CADA VEZ ESTÁ MÁS DESVIOLINADA»

Yaiza Noda Martín\* y María Yurena Herrera Luis\*\*

## RESUMEN

El proceso de envejecimiento implica una acumulación de pérdidas significativas que, si ocurre en una persona enferma crónica de alta complejidad, se encontraría en una situación de vulnerabilidad, por ello proporcionar atención efectiva requiere de una atención centrada en la persona siendo necesario brindar apoyo para afrontar la nueva situación. En 1998, Eakes et al. desarrollaron una Teoría de Rango Medio (TRM) centrada en la aflicción crónica, ofreciendo un marco conceptual para comprender las reacciones individuales y orientar a los profesionales en el abordaje de una persona que ha tenido una pérdida significativa.

**PALABRAS CLAVE:** aflicción crónica, pérdida significativa, alta complejidad.

ABOUT A CASE: "SHE IS MORE UNBALANCED"

## ABSTRACT

The aging process involves an accumulation of significant losses, and if it occurs in a person with a chronically high-complexity illness, they would find themselves in a vulnerable situation. Therefore, providing effective care requires a person-centered approach, necessitating support to cope with the new situation. In 1998, Eakes et al. developed a Middle Range Theory (MRT) focused on chronic sorrow, offering a conceptual framework to understand individual reactions and guide professionals in addressing a person who has experienced a significant loss.

**KEYWORDS:** chronic sorrow, significant loss, high complexity.



## INTRODUCCIÓN

El estrés como estímulo hace referencia a la exposición a circunstancias externas a la persona, que es capaz de alterar el equilibrio fisiológico y psicológico del organismo. La muerte del cónyuge es uno de los acontecimientos vitales más estresantes que puede afrontar un ser humano, este acontecimiento se clasifica en la Social Readjustment Rating Scale (SRRS) traducido al español como Escala de Reajuste Psicosocial en primer lugar (Holmes y Rahe, 1967), así como en su versión española adaptada (González y Morera, 1987). Un paciente crónico de alta complejidad requiere, para la consecución de resultados, una valoración integral completa y un abordaje multidisciplinar individualizado sobre las necesidades de cuidados facilitando una visión holística que permita una atención adecuada, efectiva y de calidad (SCS, 2015). Este manuscrito propone la utilización de la TRM sobre aflicción crónica para comprender y llevar a cabo estrategias de afrontamiento para disminuir el disconfort tras una pérdida significativa.

## EPICRISIS

La protagonista del caso es de una paciente mujer de 88 años, natural de San Cristóbal de La laguna, entre sus antecedentes personales de interés se destaca un carcinoma basocelular en 2020, insuficiencia respiratoria aguda en 2021 y dos episodios de herpes zoster en 2019 y 2023. Entre sus problemas fundamentales destaca radiculopatía lumbar, hipertensión, anemia, arteriopatía periférica con claudicación intermitente, enfermedad renal crónica (ERC), cardiopatía, estenosis bilateral de arterias carótidas y deterioro cognitivo. La paciente precisa curas en domicilio por una LPP en talón izquierdo producida durante el ingreso hospitalario para cateterismo en 2021 con evolución tórpida. Presenta incontinencia urinaria de urgencia. Es dependiente para las actividades de la vida diaria. Da pequeños paseos diarios frente a su casa. Refiere buen descanso. No orientada en tiempo pero sí en espacio y personas. Vive en una casa terrera con buena accesibilidad. Como evento estresante el fallecimiento de su marido y su yerno en el último año. Cuenta con buen apoyo familiar (cuidadora no profesional y sus hijos). Es creyente, la religión es importante en su vida. Se trata de una paciente crónica de alta complejidad según el modelo de Kaiser.

---

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

\*\* Enfermera. Tutora de la Unidad Docente EFyC de Atención Primaria en el CS de San Benito.

## CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

Una de las herramientas utilizadas para la valoración del caso ha sido la utilización de la Teoría de Rango Medio (TRM) «Middle-Range Theory of Chronic Sorrow», su traducción al español «Teoría de Rango Medio sobre Aflicción Crónica» (Eakes, *et al.*, 1998).

Esta TRM propone la aflicción crónica como una respuesta normal a la disparidad creada por una pérdida significativa debiéndose considerar así por las enfermeras que, cuando se desencadena, deben brindar apoyo fomentando estrategias de afrontamiento positivas y asumiendo roles que aumenten el confort. Esta aflicción crónica se caracteriza por ser periódica, permanente, persistente y progresiva. La teoría proporciona un marco para comprender y trabajar con personas después de una pérdida significativa única o continua.

La teoría se desarrolló mediante el análisis de conceptos en la literatura, revisión crítica de investigaciones y validación de 10 estudios cualitativos de diversas situaciones de pérdidas donde determinaron que hasta un 86% de los pacientes presentaban aflicción crónica.

Esta TRM describe el modelo de aflicción crónica, como se muestra en la figura 1, que proporciona un marco para comprender las reacciones de los individuos ante una pérdida significativa. A continuación se describirán los diferentes conceptos que componen este modelo.

El antecedente de esta aflicción crónica es una *pérdida significativa* que puede ser continua sin un final predecible o una pérdida única, como la muerte de un ser querido de manera repentina. La interpretación de la pérdida es muy individualista. Lo que una persona describe como una pérdida significativa puede no ser visto del mismo modo por otra.

La *disparidad* se define cuando la realidad actual del individuo difiere de la idealizada, cuando la pérdida crea una brecha entre lo deseado y lo actual, esto hace que el duelo se experimente periódicamente.

La experiencia de la aflicción crónica es cíclica y continúa mientras persista la disparidad creada por la pérdida, esto se considera una respuesta normal a una situación anormal. Si bien los episodios de tristeza disminuyen y las personas continúan con sus vidas, mientras exista la disparidad creada por la pérdida, es probable que periódicamente se experimente aflicción crónica.

La aflicción crónica se caracteriza por ser generalizada, permanente, periódica y potencialmente progresiva, se considera una respuesta normal esto experimentado por todos los seres humanos. Los episodios de felicidad se intercalan con sentimientos de aflicción permitiendo que el duelo no se vuelva incapacitante.

Las características de la aflicción crónica son:

1. Una percepción de tristeza a lo largo del tiempo ante una situación sin final predecible.
2. Tristeza cíclica o recurrente.
3. Tristeza que se desencadena interna o externamente y recuerda pérdidas, decepciones o miedos de la persona.
4. Tristeza que es progresiva y puede intensificarse.



Son estrategias de afrontamiento utilizadas por una persona con aflicción crónica (internas) y las intervenciones proporcionadas por profesionales (externas) que pueden ayudar a recuperar su equilibrio emocional y lograr un mayor nivel de confort, es decir, para reducir el grado de disparidad percibida.

Métodos eficaces de gestión interna se corresponde con estrategias como:

- Estrategia de acción: mantener la participación en intereses, actividades personales, buscar información relacionada con la experiencia de pérdida.
- Estrategia cognitiva: estas estrategias implican tener una actitud positiva de «puedo hacerlo» y recordar los aspectos positivos de la vida.
- Estrategia interpersonal: hablar con otras personas involucradas en la misma situación de pérdida o en una similar, hablar con alguien cercano o hablar con un profesional de confianza.
- Otros estilos de afrontamiento positivos emocionales (llorar) y espirituales (prácticas religiosas o personales para sentirse cómodo).

Métodos eficaces de gestión externa se corresponden con el manejo de los profesionales que debe basarse en una conceptualización de la aflicción crónica como normal y no patológico. La normalización del proceso de dolor crónico no disminuye la validez o intensidad de los sentimientos experimentados.

Las enfermeras deben reconocer que las personas a las que se les han diagnosticado enfermedades crónicas o potencialmente mortales, los padres de niños pequeños con discapacidades, los cuidadores de familiares enfermos o discapacitados y las personas afligidas por la muerte de sus seres queridos pueden experimentar la recurrencia periódica del duelo.

Los estilos personales de afrontamiento se pueden evaluar simplemente preguntando «¿qué le ayuda?». Una vez identificadas, se deben fortalecer y apoyar las estrategias de afrontamiento positivas. Las intervenciones que demuestren una presencia empática y un profesional atento son de gran ayuda. Esta presencia empática incluye tomarse el tiempo para escuchar, ofrecer apoyo y tranquilidad, reconocer y centrarse en los sentimientos y apreciar la singularidad de cada individuo y familia. El papel complementario del profesional se ejemplifica al ser sensible, respetuoso, sin prejuicios, discreto, paciente y compasivo en el contacto con quienes experimentan dolor crónico.

Los eventos desencadenantes son aquellas circunstancias que ponen claramente de relieve la disparidad resultante de la experiencia de pérdida y que exacerbaban la experiencia de la disparidad.

## DESARROLLO DE LA TRM EN EL CASO

En relación con el caso, la experiencia de pérdida significativa de la paciente ha sido, por un lado, única por el fallecimiento de su marido de manera repentina y, por otro lado, continua asociado al deterioro progresivo de su yerno a causa del cáncer.



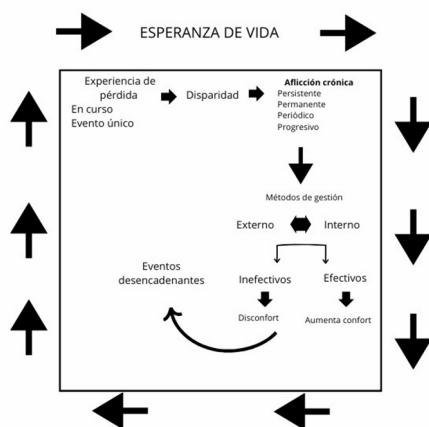


Figura 1. Modelo de aflicción crónica.

En cuanto a la expresión de sentimientos la hija verbaliza aspectos positivos sobre la pérdida de su padre: «mi padre fue muy feliz, siempre estaba haciendo bromas y eso es lo que recuerdo», sin embargo, la señora se expresa con sentimientos negativos: «se me fue la alegría con él».

Claramente presenta disparidad, ha expresado que desearía que su marido no hubiese fallecido: «ojalá lo tuviera aquí conmigo, lo echo mucho de menos». Relata que en su vida hay momentos de felicidad como, los fines de semana dan un paseo en coche para que la paciente vea la playa incluso, a veces, da un pequeño paseo.

En cuanto a la estrategia de acción utilizada a la paciente le gusta pintar mandalas y hacer crochet. En cuanto a la estrategia cognitiva le gusta recordar cómo conoció a su marido. En cuanto a la estrategia interpersonal le ayuda hablar con las personas cercanas sobre cómo se siente, como estrategia de afrontamiento positiva; emocionales, utiliza el llanto; y espirituales, realiza prácticas religiosas, reza todas las noches y los domingos ve la misa en televisión, verbaliza: «me cobijo en el sagrado corazón de Jesús». Las circunstancias que exacerbaban la experiencia de la disparidad fue el fallecimiento de su yerno a los 5 meses de la pérdida de su marido. Además, la tristeza se intensificó el festivo 1 de noviembre (día de todos los santos).

## VALORACIÓN INTEGRAL

La TRM ha permitido la valoración de algunos patrones de salud de M. Gordon que son los siguientes: patrón de salud 7: Autocontrol-autoconcepto, patrón de salud 8: Rol-relaciones, patrón de salud 10: Adaptación-tolerancia al estrés y patrón de salud 11: Valores-creencias aún así se ha realizado una valoración de todos los patrones de salud para obtener una visión holística del caso.



FIGURA 2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA		INDICACIÓN	OBSERVACIONES
Aldocumar	1 mg	0-0-1	Cardiopatía	Inicio en 2022 por hematología
Atorvastatina	40mg	0-0-1	Hipercolesterolemia	Inicio en 2021 por cardiología
Furosemida	40mg	0.5-0-0	Cardiopatía	Inicio en 2021 por cardiología
Fresubin renal	1envase	1-0-1	Cicatrización de LPP	Inicio en 2023 por LPP, visado.
Hidroxicarbamida	500mg	1-0-0	Anemia	Inicio en 2016 por hematología
Lexatin	1,5mg	1-0-1	Ansiedad	Inicio en 2016 por MF
Nitroglicerina 1mg	1mg	1-0-0	Cardiopatía	Inicio en mayo 2021 por cardiología
Pantoprazol	40 mg	1-0-0	Exceso de ácido gástrico	Inicio en 2007 por MF
Tapentadol	25mg	1-1-1	Dolor	Inicio en 2017 por Unidad del Dolor
Amiodarona	200mg	1-0-0	Cardiopatía	Inicio en 2021 por cardiología
AIO Noche Pants		3/24h	Incontinencia urinaria de urgencia	Inicio en 2021 tras ingreso.

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

La paciente refiere buena percepción de la salud porque en el momento de la valoración no presenta dolor, niega problemas de salud: «me encuentro bien, no me duele nada, yo no tengo enfermedades».

A pesar de negar problemas de salud refiere que es cumplidora con el tratamiento (figura 2).

En el último año no ha tenido ingresos hospitalarios pero sí acudió a urgencias en septiembre de 2023 por presentar bradicardia con sintomatología asociada.

Entre sus antecedentes familiares se encuentra que su padre falleció a los 55 años por una apendicitis aguda y su madre falleció a los 86 años por un cáncer de útero.

Presenta calendario de vacunación completo y en el momento de la valoración está pendiente de ser vacunada frente a herpes zoster.

No refiere hábitos tóxicos.

Vive con cuidadora no profesional contratada por sus familiares (tras fallecer su marido, el cual era su cuidador principal) y cuenta con servicio de ayuda a domicilio (SAD) de lunes a viernes durante 1 hora para el baño, tiene silla especial para el aseo. Tiene reconocido el grado II de dependencia.

Constantes: TA: 140/80mmHg; FC: 62lx'; Glucemia aleatoria: 94mg/dl; SO2: 97%

Parámetros en analítica: Albúmina: 3,7g/dl; Proteínas: 5,9g/dl; Creatinina: 1,62mg/dl.

Presenta un índice de Charlson de 5 puntos: Alta comorbilidad.

Patrón alterado. Niega problemas de salud. Acudió a urgencias, vacunación incompleta.

#### PATRÓN FUNCIONAL 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

Lleva a cabo una dieta adecuada renoprotectora indicada por su nefrólogo (hipoproteica). En cuanto a la dentición es propia y presenta buen estado.

Refiere apetito normal, no pica entre horas. Su ingesta de líquidos es de 1,5l/día aproximadamente procedente de agua e infusiones.

La deglución es normal, no refiere dificultad para tragar sólidos ni líquidos.

La higiene y estado de las uñas es adecuada. El estado de la piel, está hidratada. No presenta edemas.

Presenta una LPP en talón izquierdo con evolución tórpida durante dos años pero, con evolución favorable en los últimos 3 meses tras cambio de tratamiento local.

Para objetivar el riesgo de desarrollar una LPP se utiliza el test de Braden se obtiene 15 puntos que da como resultado riesgo medio y para monitorizar la evolución de la cicatrización la escala Resvech 2.0 se obtiene como resultado 11 puntos.

Patrón alterado. LPP.

#### PATRÓN FUNCIONAL 3: ELIMINACIÓN

La paciente refiere un hábito intestinal normal.

Presenta incontinencia urinaria de urgencia que le lleva a hacer uso AIO, verbaliza: «no me gusta orinarme encima». Comenta que por la noche hace uso de orinal que tiene en la habitación sin ayuda.

Patrón alterado. Incontinencia urinaria de urgencia.

#### PATRÓN FUNCIONAL 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Para deambular es capaz de caminar sola pero, cuando recorre >15 metros aproximadamente necesita apoyarse en alguien. No hace uso de material ortoprotésico. Es capaz de levantarse y sentarse sin ayuda. No tiene antecedentes de caídas.

Es dependiente para las actividades de la vida diaria según la escala Barthel con 60 puntos y el índice de Katz C: independiente para todas las funciones excepto para el baño y otra cualquiera.

Es dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria según la Escala Lawton y Brody con 1 punto.

Patrón alterado. Dependencia para las actividades de la vida diaria.



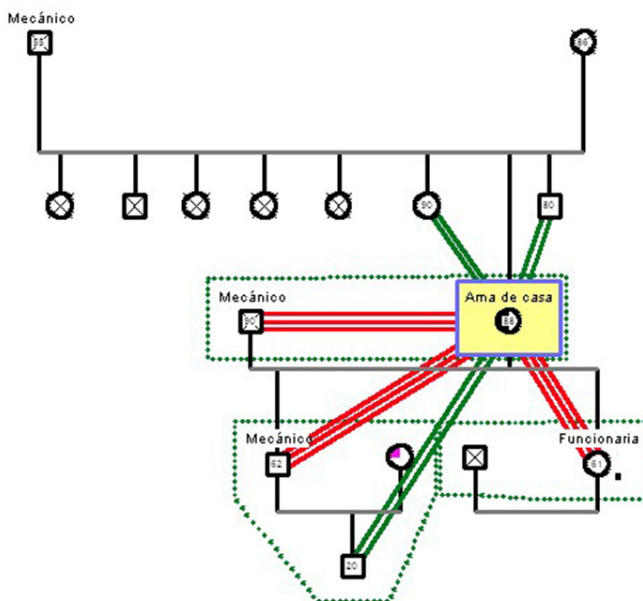


Figura 3. Genograma. Familia nuclear en etapa VI de disolución.

#### PATRÓN FUNCIONAL 5: SUEÑO-DESCANSO

Refiere que su sueño es bueno con 8 horas de media pero, toma medicación para conciliar el sueño. Suele realizar una siesta diaria de 30 minutos.

Comenta que no tiene pesadillas que se siente descansada durante el día.  
Patrón alterado. Toma medicación.

#### PATRÓN FUNCIONAL 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

La paciente no tiene dificultad para oír. Usa gafas para pintar, caligrafía o hacer crochet. Comenta que su madrina le enseñó caligrafía. Presenta dolor crónico en zona lumbar debido a su patología. No tiene dificultad en la comprensión pero sí discurso repetitivo.

Para valorar la función cognitiva se intentó realizar el test de Pfeiffer sin éxito (mostraba frustración) por lo que la hija realiza TIN CORTO con un resultado de 79 puntos (corte en >57 puntos).

Patrón alterado. Dolor y deterioro cognitivo.



#### PATRÓN FUNCIONAL 7: AUTOCONTROL-AUTOCONCEPTO

La paciente muestra gran preocupación por cómo se siente su hija que está pasando por el duelo de su padre y de su marido.

Patrón alterado. Gran preocupación y sentimientos de tristeza.

#### PATRÓN FUNCIONAL 8: ROL-RELACIONES

Presenta como factores de riesgo social: pérdida de su marido y presenta limitaciones para su autocuidado (baño).

Su hija es su mayor apoyo, es la encargada con todo lo relacionado con citas médicas. Comenta que le gustaría ver más a su único nieto. Hay buena comunicación entre sus hijos. La cuidadora permanece con ella desde las 7:00 am hasta las 19:00 pm y sus hijos se turnan para acompañarla de 19:00 pm hasta las 7:00 am de manera que nunca está sola.

Se trata de una familia nuclear en etapa VI de disolución por la muerte del cónyuge. Hay buena relación tanto con sus hijos como con su hermana y su hermano menor. En cuanto a las características de la vivienda es una casa terrera de una sola planta que presenta como única barrera arquitectónica una alfombra en el salón.

Patrón alterado. Factores de riesgo social.

#### PATRÓN FUNCIONAL 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

La paciente tuvo un hijo y una hija. No abortos previos. No refiere sequedad vaginal ni sangrado.

Patrón normal.

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

Ha tenido pérdidas muy significativas.

Habla y se desahoga con su cuidadora informal.

Patrón alterado. Pérdidas significativas.

#### PATRÓN FUNCIONAL 11: VALORES-CREENCIAS

Lo importante para ella es que sus hijos y su nieto tengan salud y estén bien.

La religión es importante para ella, comenta que hablar con Dios le ayuda cuando se siente triste. Le preocupa que su hija no tuvo descendencia y teme que se quede sola. Su deseo es permanecer en su domicilio los últimos años de su vida.

Patrón normal.



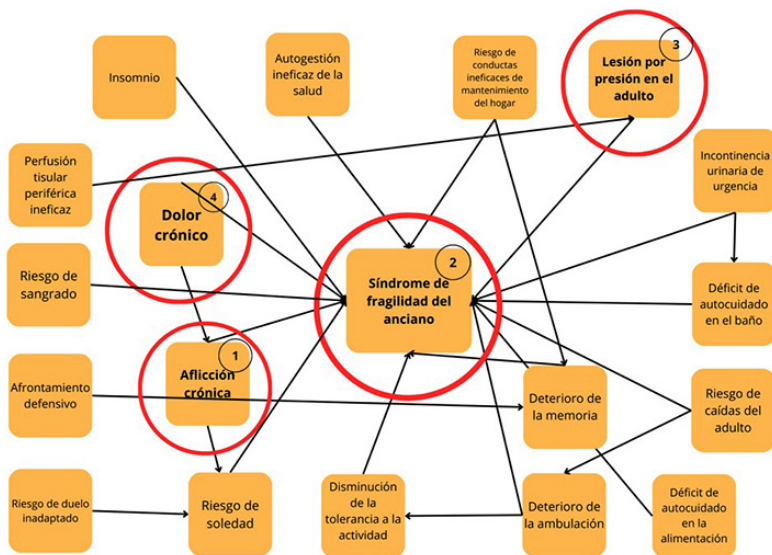


Figura 4. Método AREA.

## PLAN DE CUIDADOS

En relación con los patrones de salud alterados se plantea la hipótesis diagnóstica: autogestión ineficaz de la salud relacionado con conocimiento inadecuado sobre el régimen de tratamiento, riesgo de conductas ineficaces de mantenimiento del hogar asociada a trastorno neurocognitivo. insomnio (corregido con tratamiento), perfusión tisular periférica ineficaz (arteriopatía), riesgo de sangrado (está en tratamiento con apixaban), afrontamiento defensivo característica definitoria niega los problemas, riesgo de duelo inadaptado población de riesgo personas que experimentan muerte súbita de personas significativas, riesgo de soledad, disminución de la tolerancia a la actividad (no completa actividades de la vida diaria), deterioro de la ambulación característica definitoria dificultad para caminar la distancia requerida, deterioro de la memoria, déficit autocuidados en la alimentación característica definitoria dificultad para preparar la comida, riesgo de caídas del adulto, déficit de autocuidados en el baño, incontinencia urinaria de urgencia, lesión por presión en el adulto, síndrome de fragilidad del anciano, dolor crónico y aflicción crónica.

Para el plan de cuidados se utilizó el método AREA (Análisis de Resultado del Estado Actual) propuesto por la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería, para la priorización de diagnósticos. Se priorizó la actuación sobre los diagnósticos: 00137.-Aflicción crónica (tabla 1), 00257.-Síndrome de fragilidad del anciano (tabla 2), 00312.-Lesión por presión en el adulto (tabla 3) y 00133.-Dolor crónico (tabla 4).

TABLA 1. 00137.- AFLICCIÓN CRÓNICA

NANDA	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS	POBLACIÓN DE RIESGO	CONDICIÓN ASOCIADA
Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada, experimentado (por un progenitor, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sentimientos negativos abrumadores</li> <li>– Tristeza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hitos perdidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Personas que experimentan pérdida de personas significativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermedad crónica</li> </ul>
EVIDENCIA DISPONIBLE				
<p>– Las estrategias de afrontamiento positivas pueden incluir expresar sus sentimientos sobre la situación con otros; estrategias emocionales, como llorar; y estrategias cognitivas, como pensar positivamente sobre la situación (Olwit et al, 2015).</p> <p>– Las enfermeras deben ofrecer compasión, empatía, consideración y conocimiento a aquellos que experimentan aflicción crónica, así como a familiares y cuidadores. (Glenn, 2015). Además deben brindar apoyo y realizar visitas de duelo después de una pérdida (Johnson, 2015).</p>				

NOC 1304.-RESOLUCIÓN DE LA AFLICCIÓN

Definición: Acciones personales para ajustar pensamientos, sentimientos y conductas a la pérdida real o inminente.

INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
[130403] Verbaliza la realidad de la pérdida « <i>mi marido murió de un infarto</i> »	1. Nunca demostrado	5. Siempre demostrado
[130405] Describe el significado de la pérdida « <i>se me fue la alegría con él</i> »	1. Nunca demostrado	5. Siempre demostrado
[130402] Expresa creencias espirituales sobre la muerte « <i>esto es lo que quiere Dios</i> »	1. Nunca demostrado	5. Siempre demostrado
[130418] Comparte la pérdida con otros seres queridos	1. Nunca demostrado	5. Siempre demostrado
NOC 1305.-MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA		
Definición: Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un acontecimiento importante de la vida.		
INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
[130504] Refiere sentimientos de utilidad. « <i>mi hija se desahoga conmigo</i> »	3. A veces demostrado	5. Siempre demostrado
[130507] Expresa sentimientos permitidos.	1. Nunca demostrado	5. Siempre demostrado



NIC 5270.-APOYO EMOCIONAL

Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar para proporcionarle apoyo.
- Animar a que exprese los sentimientos.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

NIC 4920.-ESCUCHA ACTIVA

Definición: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Actividades:

- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación
- Utilizar el silencio para animar a expresar sentimientos.

NIC 7140.-APOYO A LA FAMILIA

Definición: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.

Actividades:

- Favorecer una relación abierta de confianza con la familia.
- Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre el paciente y su familia.
- Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia.
- Acompañar.

TABLA 2. 00257.-SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO

Definición: Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS	POBLACIÓN DE RIESGO	CONDICIÓN ASOCIADA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit de autocuidado en el baño</li> <li>- Disminución de la tolerancia a la actividad.</li> <li>- Déficit de autocuidado en la alimentación</li> <li>- Deterioro de la memoria</li> <li>- Deterioro de la ambulación</li> <li>- Déficit de autocuidado en el uso del inodoro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfunción cognitiva.</li> <li>- Deterioro del equilibrio postural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas &gt; 70 años de edad.</li> <li>- Mujeres.</li> <li>- Personas socialmente vulnerables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad crónica</li> </ul>

Evidencia disponible

-Un programa para personas mayores gravemente frágiles determinó que un enfoque centrado en la persona, centrado en el desarrollo de la confianza y la construcción de relaciones era un componente fundamental de la atención brindada (Lhussier, Dalkin y Hetherington, 2019)

-Reconocer que el deterioro del equilibrio y la marcha son características de la fragilidad y factores de riesgo de caídas (Bray et al, 2016).

-Evaluar los medicamentos para determinar si aumentan el riesgo de fragilidad y/o son medicamentos potencialmente inapropiados (PIM) y, si corresponde, consultar con el médico. la polimedición se asocia con un mayor riesgo de mortalidad en personas mayores (Gómez et al, 2015).

NOC 0222.-MARCHA

Definición: Habilidad para caminar con una alineación correcta del cuerpo, con ritmo de marcha regular, y con paso firme.

INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
[22224] Postura encorvada adelante	4. Levemente comprometido	3. Moderadamente comprometido



[22216] Arrastre de los pies	4. Levemente comprometido	3. Moderadamente comprometido	
NOC 0900.-Cognición			
Definición: Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos.			
INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL	
[90005] Está orientado	2. Sustancialmente comprometido.	1. Gravemente comprometido.	
[90007] Memoria reciente «gafas, desayuno»	3. Moderadamente comprometido	1. Gravemente comprometido.	
NIC 6490.-PREVENCIÓN DE CAÍDAS			
Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.			
Actividades:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (alfombra en el salón)</li> <li>– Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha</li> <li>– Proporcionar y animar a usar andador «creo que una andadora te ayudaría a moverte mejor, ¿qué te parece?»</li> <li>– Recordar a cuidadores que deben colocar los objetos a su alcance.</li> </ul>			
NIC 6460.-Manejo de la demencia			
Definición: Proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado confusional crónico.			
Actividades:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramientas de evaluación (TIN corto a la hija)</li> <li>– Interacción con contacto visual y táctil.</li> <li>– Dirigirse al paciente por su nombre y hablar despacio con un tono de voz bajo, cálido y respetuoso.</li> <li>– Evitar el contacto y proximidad si esto causa ansiedad</li> <li>– Evitar frustrar interrogando con preguntas de orientación.</li> <li>– Recordar experiencias pasadas según corresponda.</li> <li>– Reforzar estimulación cognitiva.</li> </ul>			
<b>TABLA 3. 00312.-LESIÓN POR PRESIÓN EN EL ADULTO</b>			
Definición: Daño localizado en epidermis o dermis de un adulto, como resultado de presión o presión combinada con rozamiento.			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS	POBLACIÓN DE RIESGO	CONDICIÓN ASOCIADA
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pérdida parcial del espesor de la dermis.</li> <li>– Úlcera cubierta por esfacelo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presión sobre promi-nencia ósea</li> <li>– Disminución de la movilidad física.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adultos mayores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disminución de la perfusión tisular.</li> <li>– Enfermedad cardiovascular</li> <li>– Inmovilización.</li> </ul>
Evidencia disponible			
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Se debe emplear una herramienta de valoración validada, como las escalas de Norton y de Braden, para identificar a los pacientes con riesgo de sufrir lesiones cutáneas relacionadas con la presión (NPIAP y EPIAP, 2019).</li> <li>– Considere el estado cognitivo del paciente mayor al evaluar la piel y desarrollar un plan integral de atención para prevenir lesiones por presión (NPUAP y EPUAP, 2016; NPIAP y EPIAP, 2019).</li> <li>– Los pacientes mayores de 65 años tienen un mayor riesgo de sufrir lesiones por presión porque tienen grasa subcutánea y flujo sanguíneo capilar reducidos, así como cambios fisiológicos en la piel, incluida la disminución de la cohesión de la dermis y la epidermis y la reducción de la función sensorial (Podd, 2018).</li> <li>– Proporcionar instrucciones escritas sobre las acciones que pueden implementar para reducir el riesgo de desarrollo de lesiones por presión. (NPUAP y EPUAP, 2016).</li> <li>– Puede ser beneficioso iniciar una consulta en una asignación de caso con una enfermera especialista en heridas para establecer un plan integral para la reducción del riesgo de úlceras por presión para clientes con alto riesgo de deterioro de la piel.</li> </ul>			



NOC 1101.-INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS		
Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.		
INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
[110104] Hidratación	2. Sustancialmente comprometido.	5. No comprometido.
[110117] Tejido cicatricial	1. Gravemente comprometido.	2. Sustancialmente comprometido.
NIC 3520.-CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		
Definición: Facilitar la curación de úlceras por presión.		
Actividades:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpiar con solución de irrigación</li> <li>- Desbridar, si es necesario.</li> <li>- Controlar el aspecto de la piel circundante.</li> <li>- Asesoramiento Unidad de Heridas (alginogel).</li> <li>- Recordar la importancia a sus cuidadores de evitar la presión prolongada (cambios posturales).</li> <li>- Colocar mecanismos de alivio de presión (talonera)</li> <li>- Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida y se deja instrucciones por escrito.</li> </ul>		

TABLA. 00133.-DOLOR CRÓNICO			
Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible, con una duración superior a 3 meses.			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS	POBLACIÓN DE RIESGO	CONDICIÓN ASOCIADA
- Informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.	- Agente lesivo.	- Personas >50 años de edad. - Mujeres.	- Enfermedad musculoesquelética.
Evidencia disponible			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herramientas como la Escala de Calificación Numérica (NRS) de 0 a 10 evalúan la intensidad del dolor. (Fillingim <i>et al.</i>, 2016).</li> <li>- Durante el seguimiento ambulatorio, se recomienda evaluar a los pacientes que reciben opioides para detectar factores de riesgo que puedan aumentar los daños relacionados con los opioides. Los pacientes que reciben dosis más altas de opioides, a los que se les recetan benzodiazepinas concurrentes, tienen un deterioro cognitivo que podría provocar una ingestión accidental de un exceso de opioides (Coe y Walsh. 2015).</li> <li>- El dolor crónico en las personas mayores se asocia con un aumento de la fragilidad física, social y psicológica (Coelho <i>et al.</i>, 2017). En personas ancianas, la presencia de dolor intenso diario se correlaciona positivamente con la presencia de depresión y la frecuencia de caídas y fatiga (Crowe <i>et al.</i>, 2017).</li> </ul>			
NOC 1605.-CONTROL DEL DOLOR			
Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado.			
INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL	
[210201] Dolor referido	4. Leve	4. Leve	
[210221] Frotarse el área afectada	4. Leve	5. Ninguno	
NIC 5616.-ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
Definición: Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.			
Actividades:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer el conocimiento del paciente sobre las medicaciones.</li> <li>- Revisar periódicamente con la familia los medicamentos tomados y revisión conjunta con MF.</li> <li>- Reforzar medidas utilizadas para evitar la toma accidental de medicación.</li> </ul>			

Definición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.

Actividades:

- Evitar colocar en una posición que aumente el dolor.
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición.
- Evaluar el dolor con escala EVA.

## EVOLUTIVO

*12/05/2021:* Se visualiza en la bandeja de entrada un informe de alta hospitalaria, se trata de la paciente. Se llama por teléfono para acudir ese mismo día para realizar una valoración integral en domicilio. Se determina que presenta dependencia para las actividades de la vida diaria. Vida cama-sillón. Se tramita SAD e informe de dependencia. Se dan recomendaciones para valorar la posibilidad de utilizar colchón antiescaras. Además se informa sobre la importancia de los cambios posturales.

Presenta una LPP en talón izquierdo con un tamaño de 1 x 1 cm aproximadamente con ampolla con contenido hemático que se decide drenaje y apósito. Se realiza plan de cuidados priorizando actuación sobre síndrome de fragilidad del anciano y lesión por presión en el adulto.

*24/05/2021:* Continúa la cura plana con povidona yodada en LPP. Índice de Katz F. Barthel 10 puntos. Pfeiffer normal. Cuidadores principales su marido y su hija, contratan, además, cuidadora no profesional. Índice de Charlton con resultado de 2 puntos, comorbilidad baja. Han decidido comprar un cojín terapéutico.

*02/06/2021:* Tras sesiones de rehabilitación hospitalaria mejora la movilidad y deambulación. Se queja de dolor en zona lumbar.

*28/09/2021:* Se realiza valoración integral y actualización para la consecución de los objetivos planteados. Índice de Katz C. Se valora función cognitiva con test Pfeiffer con un resultado de 2 errores, funcionamiento intelectual normal. Buena evolución de la LPP. Continúan las curas cada 48-72 horas, durante el fin de semana la cura la realizan sus hijos.

*20/12/2021:* Cambios en la LPP, presenta en lecho esfacelo seco y bordes hiperqueratósicos. Se comienza pauta de cura local con HBPM, desbridamiento enzimático y espuma como apósito secundario, pauta de cura cada 48 horas. Se realiza radiografía, sin lesiones significativas.

*18/04/2022:* Evolución de la lesión lenta, se realiza desbridamiento cortante según procede. Cambio de pauta de cura, se suspende desbridamiento enzimático y se sustituye por desbridamiento cortante y apósito antimicrobial de fibras de polivinilo de alcohol no tejido. Se realiza cultivo de exudado de herida.

*25/04/2022:* IC a nefrología tras resultado de exudado con presencia de *Enterobacter cloacae* y *Acinetobacter baumannii*, sólo sensible a septrin que se pauta ajustado a función renal.

*12/05/2022:* Hipotensión asociada a tratamiento antibiótico. Se recomienda cumplimentar AMPA, se dan instrucciones.



06/06/2022: IC a C. vascular por evolución lenta de la lesión, cita a la paciente con recomendación de utilizar povidona yodada. Apoyo emocional, verbaliza «estoy cansada de que eso no se me cure»

20/06/2022: Tras cita con angiología, comenta familiar que el resultado del doppler es normal y se recomienda continuar con pauta de curas anterior. Se recoge muestra para cultivo.

20/07/2022: Durante la visita a domicilio para realizar la cura comenta dolor intenso en zona lumbar, visualizamos lesiones compatibles con herpes zóster, comentamos a MF para tratamiento correspondiente.

04/01/2023: Se realiza valoración integral, a destacar mejoría en escala barthel con un resultado de 60 puntos. Se asigna grado II de dependencia.

22/02/2023: IC a hematología tras resultado de cultivo que presenta *Staphylococcus aureus* y *Corynebacterium Straitum* sensible únicamente a septrin que interacciona según ficha técnica con aldocumar. Valorada por hematología que indica pautar tratamiento antibiótico correspondiente a cultivo ajustado a función renal (Septrin).

03/03/2023: Acude a urgencias hospitalarias por bradicardia con alta a las 72 horas. A las dos semanas falleció su marido de manera repentina. Sus hijos deciden organizarse para realizar turnos con la cuidadora profesional para que la paciente nunca esté sola. Apoyo emocional.

04/06/2023: IC a la unidad de heridas, se cumplimenta protocolo de heridas y escala Resvech 2.0 y se realiza IC a la Unidad de Heridas, a las 48 horas responden con la recomendación de utilizar alginogel en lecho y desbridamiento cortante si tolera (si no tolera por dolor aplicar lidocaína en spray).

18/07/2023: Comienza con suplementación oral para favorecer la cicatrización de la lesión. Se intenta realizar pfeiffer sin éxito. Se realiza TIN corto a familiar que, además, comenta que la paciente tiene empeoramiento de la memoria con discurso cada vez más repetitivo. La familia realiza estimulación cognitiva.

07/08/2023: Se aprecia tejido de granulación, la paciente ha recuperado los paseos diarios por presentar menos dolor en la zona al deambular. Presenta tristeza por el fallecimiento de su yerno no orientada en tiempo, realizamos apoyo emocional, acompañamiento y animamos a la expresión de sentimientos. Se turnan para el cuidado de la paciente su hijo y la cuidadora no profesional. Se realiza llamada telefónica a la hija para mostrar apoyo emocional.

15/09/2023: Se comparte observaciones de la marcha a la paciente y se recomienda uso de andadora que rechaza. Se realiza ITB con resultado de 0.70 (arteriopatía leve-moderada). Su hija ha vuelto a turnarse para el cuidado de la paciente.

Marzo a noviembre de 2023: apoyo emocional y apoyo a la familia. Se informa que la tristeza crónica puede ser normal, generalizada, progresiva e intensificarse.





## ESTADO ACTUAL

Continúa en atención domiciliaria con buena evolución de la LPP por presencia de tejido de granulación en el lecho y menos exudado y diámetro de la lesión. Escala Resvech 2.0 como resultado 8 puntos.

- La hija ha iniciado el trámite con AFATE para servicio de ayuda en domicilio.
- Se comenta el caso con trabajadora social para conseguir cuidador/a no profesional para que cubra el mes de vacaciones de la actual cuidadora.
- Su hija le ha llevado a casa una andadora pero, la paciente no quiere utilizarla.
- En cuanto a barrera arquitectónica, no ha retirado la alfombra del salón pero se ha fijado al suelo.
- Se ha ofrecido vacunación antigripal, herpes zoster y vacuna covid. Rechaza, la paciente y sus hijos, la vacunación sin motivo, aún así se ha expresado que cuando desee vacunarse nos lo comente.
- Los parámetros en su última analítica, 24 de octubre de 2023 de albúmina, proteínas y creatinina son los siguientes: albúmina: 3,5g/dl; proteínas: 5,7g/dl; creatinina: 1,91mg/dl.
- Comenta la hija un nuevo evento estresante para la familia, la nuera de la señora está ingresada recibiendo quimioterapia por cáncer de mama y esto hecho la tiene muy preocupada, ha empeorado su deterioro cognitivo (saca todo de la nevera de noche). Se informa de la situación a MF que realiza nueva IC a Neurología.
- Las próximas citas con los distintos especialistas son: Hematología (02/2024), cardiología (03/2024) y Neurología (05/2025).
- Se traslada toda la información al nuevo enfermero por cambio de cupo. Continúa el contacto telefónico con la UAF y visitas a domicilio.

RECIBIDO: 19-05-2023; ACEPTADO: 15-08-2023

## BIBLIOGRAFÍA

- BUTCHER, H.K., BULECHEK, G.M., DOCHTERMAN, J.M. y WAGNER, C.M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7.ª edición. ELSEVIER; 2018.
- EAKES, G., BURKE, M. y HAINSWORTH, M. Middle-range theory of chronic sorrow. *Image J Nurs Sch* [Internet]. 1998 [Consultado el 26 de octubre de 2023]; 30(2): 179-184. Disponible en <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01276.x>.
- FLYNN, M.B. y REYNA, M. *Ackley y Ladwig, Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de cuidados*. 13.ª edición. Elsevier; 2023.
- HERDMAN, T., KAMITSURU, S. y TAKÁO, C. *Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2021-2023*. 12.ª edición. ELSEVIER; 2021.
- HOLMES, T. y RAHE, R. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* [Internet]. 1967 [consultado el 6 de noviembre de 2023] 11(2): 213-218. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6059863/>.
- MOORHEAD, S., SWANSON, E., JOHNSON, M. y MASS, M. *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)*. 6.ª edición. ELSEVIER; 2018.
- SERVICIO CANARIO DE SALUD, Gobierno de Canarias. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias [internet]. *Entheos*, 2015 [consultado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>.

