

María Etelvina Caeiro Uzal*
Emma Rodríguez Gómez
David Mouriño Bayolo

Enfermeras y enfermero. Área Sanitaria Ferrol. A Coruña, España.

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: maria.etelvina.caeiro.uzal@sergas.es (María Etelvina Caeiro Uzal).

Recibido el 12 de noviembre de 2025; aceptado el 4 de diciembre de 2025.

Adecuación de los cuidados de enfermería ante una úlcera terminal

Appropriateness of nursing care for a terminal ulcer

DOI: S1134-928X2026000300014

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una mujer de 84 años, con demencia tipo Alzheimer totalmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria, encamada desde hace 4 años e incapaz de comunicarse, que presenta una lesión inicialmente catalogada como úlcera por presión de categoría II. La rápida evolución de la lesión y la aparición de una nueva, a pesar de incrementar las medidas preventivas, lleva al diagnóstico de úlcera terminal. En consenso con la familia, se decide un abordaje conservador, en el que el objetivo principal no es la curación, sino el bienestar de la paciente y apoyar a la familia para alcanzar un afrontamiento eficaz de una situación terminal. La paciente fallece 40 días después tras la aparición de la primera lesión.

PALABRAS CLAVE: Úlcera cutánea, cuidado terminal, enfermería de cuidados paliativos al final de la vida, caso clínico.

ABSTRACT

This is a clinical case of a 84-year-old woman, with Alzheimer's disease who is completely dependent on activities of daily life, bedridden for four years, and is unable to communicate. She presents a lesion initially classified as a category II pressure ulcer. Despite the increase in preventive measures and treatment, the pressure ulcer rapidly worsened. This ultimately led to the diagnosis of a terminal ulcer. In consensus with the family, a conservative approach has been decided where the main objective is supporting the patient and providing comfort. At the same time, support is provided to the family in order to cope with the patient's terminal status. The patient dies 40 days after the initial presentation of symptoms.

KEYWORDS: Skin ulcer, terminal care, hospice and palliative care nursing, case report.

INTRODUCCIÓN

Existe una amplia formación de los profesionales de enfermería respecto a la valoración, diagnóstico, tratamiento y prevención de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, entre las que se encuentran las úlceras por presión (UPP)¹. Estas lesiones, evitables, han suscitado gran debate y estudio a lo largo de los años, incluso conllevando implicaciones legales para los profesionales de enfermería encuadrándolas como un problema de seguridad para el paciente².

Sin embargo, en los últimos años, las/os enfermeras/os nos hemos enfrentado a un tipo de lesiones, no evitables, que se asocian con el final de la vida, de las que apenas disponemos de datos y formación debido a su desconocimiento y a la poca bibliografía disponible³.

Según el National Pressure Injury Advisory Panel, una lesión inevitable es aquella que se desarrolla a pesar de que el cuidador haya evaluado la situación clínica, los factores de riesgo, las intervenciones implementadas y las definidas —que consisten en las necesidades y objetivos del paciente— según los estándares de práctica reconocidos; haya monitorizado y evaluado el impacto de las intervenciones, y haya revisado estos enfoques según corresponda. Estas lesiones son difíciles de identificar y de distin-

guir de las evitables, ya que no hay actualmente algoritmos validados que nos permitan determinar cuáles son evitables y cuáles inevitables. De ahí la importancia de seguir investigando en busca de un sistema de clasificación unificado que permita un enfoque más adecuado a este problema de salud⁴.

Dentro de las lesiones cutáneas terminales, lesiones inevitables, se han descrito varias manifestaciones clínicas, incluyendo las úlceras terminales de Kennedy (UTK), la lesión tisular terminal de Trombley-Brennan, los cambios cutáneos al final de la vida y el fallo cutáneo o fracaso de la piel⁵. Estas lesiones presentan varios cambios morfológicos en la piel, sitios anatómicos y velocidades de desarrollo no característicos. La mayoría de los cambios cutáneos terminales ocurren en las áreas sacra, coccígea y glútea, menos informes los han descrito en las extremidades inferiores. Algunas son simétricas, pero también se han descrito lesiones unilaterales. La coloración de la lesión varía según su desarrollo: rojo, amarillo o negro^{6,7}. Todas ellas comparten el rápido deterioro de la piel en el transcurso de horas o días, a pesar de instaurar las medidas preventivas oportunas, lo que nos ayudaría en su diagnóstico frente a otras lesiones. Además, todas estas lesiones aparecen en las horas o semanas anteriores a la muerte del paciente. Aunque la literatura sitúa la mayoría

de los casos en pacientes en unidades de cuidados paliativos, es posible que su desconocimiento conlleve un infradiagnóstico en otros entornos⁴. Atendiendo a su fisiopatología, existen lagunas al respecto, siendo la hipótesis más aceptada la de los cambios a nivel molecular, celular y tisular asociados a una hipoxia continua, que reduce el intercambio con el medio y la capacidad para utilizar nutrientes y otros productos necesarios para el funcionamiento de la piel³. Otros análisis postulan que las aberraciones arteriales anatómicas de los vasos afectados pueden ser las responsables de las lesiones cutáneas terminales⁸. También se ha encontrado un artículo en contra de su existencia, en el que se menciona que la causa es una uniformidad en los cuidados y no pueden considerarse científicamente válidas⁹.

De la búsqueda bibliográfica se desprende que no hay un método de diagnóstico claro y tampoco un tratamiento más adecuado que otro para las lesiones terminales¹⁰. Sin embargo, todos los estudios concuerdan en que los objetivos a la hora de enfrentarse a estas lesiones han de ser el control de síntomas antes de la intención curativa de la lesión¹¹. El tratamiento de las úlceras terminales corresponde al que se utiliza en cualquier otro tipo de lesiones, utilizando como base el acrónimo TIMERS, teniendo en cuenta que, a diferencia de otras, estas lesiones no se van a recuperar ni a epitelizar, y en muchas ocasiones lo único que podremos lograr será la disminución de tamaño y superficie de dicha lesión. Lo más importante será educar a pacientes, familiares y cuidadores para que comprendan que el paciente está pasando por una etapa final de la vida y este tipo de lesiones son una parte del proceso, ya que muchas veces los familiares y cuidadores, incluso los profesionales, sentimos gran frustración al no conseguir la resolución de estas. Exige, por parte de los profesionales de enfermería, cualificación y habilidades para lidiar con estas lesiones junto a pacientes y familiares¹².

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 84 años, con antecedentes de hipertensión, dislipemia y demencia tipo Alzheimer, totalmente dependiente desde hace 4 años, con una puntuación en la escala de Barthel de 0 puntos e incapaz de comunicarse. Vivía en casa con su marido y, tras el fallecimiento de este, con su cuñada (cuidadora informal). Recibe ayuda formal para el cuidado 3 veces al día.

El riesgo de UPP de la paciente es alto, con una puntuación en la escala de Braden de 11 puntos, por lo que tiene establecido un plan de cuidados elaborado para la prevención de UPP, con diagnóstico según la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047), con medidas aplicadas como cambios posturales, hidratación sobre prominencias óseas con ácidos grasos hiperoxigenados, mantenimiento de piel seca e hidratada, sistemas externos de manejo de la presión dinámico (SEMP) y apósito de protección en talones. Además, se ha realizado educación, tanto a la cuidadora principal como al resto de cuidadores formales, para la prevención de lesiones y su detección temprana.

Se recibe el aviso, por parte de la cuidadora informal, a la enfermera de atención primaria encargada de la paciente, de la presencia de una lesión sobre el trocánter derecho. En una primera visita domiciliar se reevalúa el plan de cuidados en busca de la causa de la lesión. No se detecta ningún cambio que justifique la aparición de la lesión, tanto en la prevención de LPP con un buen funcionamiento del SEMP, misma pauta de cambios posturales e hidratación, no cambio de cuidadores, así como en el estado de salud de la paciente como alteraciones en el patrón nutricional, fiebre, patologías nuevas u otra sintomatología. Se realiza una reevaluación del riesgo de UPP, en la que la paciente mantiene la puntuación de riesgo

alto en la escala de Braden (11 puntos), una valoración del dolor con la escala Pain Assessment in Advanced Dementia, dolor leve (1 punto), y una valoración de la lesión que queda catalogada como UPP de categoría II sobre trocánter derecho. Atendiendo a dichos cambios, se actualiza el plan de cuidados de acuerdo con la situación actual de la paciente con el diagnóstico, según la taxonomía NANDA, deterioro de la integridad cutánea (00046). Se instaura el tratamiento correspondiente de la lesión atendiendo a la guía de práctica clínica de nuestra comunidad¹³, estableciendo un plan de cuidados específico de la lesión basado en cura en ambiente húmedo, y modificando los cambios posturales para ejercer presión cero sobre la lesión.

Se realiza un seguimiento de la lesión a los 6 días y se evidencia una progresión de la úlcera a no categorizable, debido al aumento del tejido necrótico que no permite evaluar su profundidad. Además, se observa la existencia de una nueva lesión en trocánter izquierdo de categoría I.

Dada la rápida instauración y empeoramiento de las lesiones, a pesar de haber instaurado un correcto tratamiento, se comenta el caso con el resto del equipo de enfermería del centro. Se baraja la posibilidad de que se trate de un caso de úlcera terminal, para lo que se solicita a la biblioteca del área asistencial información al respecto.

Tras consultar la bibliografía existente, se modifica el diagnóstico de UPP a diagnóstico de UTK. Se comunica a la familia el nuevo diagnóstico y se informa de que, con la bibliografía disponible, no se puede emitir un diagnóstico firme y definitivo. Dada la posible situación terminal de la paciente, se instaura un plan de tratamiento paliativo, sin fines curativos, de acuerdo con sus familiares.

Se toman casos clínicos encontrados en la bibliografía^{14,15} como referencia para elaborar un plan de cuidados acorde con el nuevo diagnóstico. Se añaden al plan de cuidados previamente establecido el siguiente diagnóstico, según la taxonomía NANDA, afrontamiento familiar comprometido (00074), que favorece una relación de confianza con la familia y que ayuda y acompaña en el final de la vida de la paciente.

La intervención de enfermería estuvo dirigida a adecuar los cuidados procurando el máximo bienestar de la paciente, cura en ambiente húmedo para reducir el dolor, espaciar los cambios de apósito y evitar el desbridamiento cortante, y al acompañamiento de la familia en la situación terminal de la paciente. La adecuación de los cuidados permitió, además de propiciar una muerte digna de la paciente, proporcionar a la familia información necesaria para la participación en la toma de decisiones y aceptación del fallecimiento. La paciente fallece en su domicilio 40 días tras la aparición de la primera lesión rodeada de sus familiares, que se mostraron satisfechos con el proceso de atención realizado.

DISCUSIÓN

El abordaje terapéutico de las lesiones terminales debe incluir, además de procurar el mayor bienestar para el paciente, apoyo emocional y asesoramiento a los cuidadores y familiares^{4,10}. Acompañar a un paciente, y a una familia, a quienes solo podemos proporcionar la sospecha de estar ante una situación de últimos días, a falta de otra sintomatología acompañante, es duro éticamente y profesionalmente para las/os enfermeras/os, y puede generar dudas sobre la adecuación del tratamiento instaurado⁹.

Al igual que en el caso abordado, las lesiones terminales pueden confundirse con otras lesiones como las UPP¹ y acarrear su tratamiento erróneo. La instauración de un plan de cuidados no adecuado puede llevar, por un lado, a la desconfianza en los proveedores de cuidados, y, por otro, a la frustración de los profesionales que no ven alcanzados los objetivos planteados dado que no corresponden con un paciente en situación de agonía^{16,17}.

Es imprescindible que se desarrollen medidas de valoración, diagnóstico y tratamiento de las lesiones terminales, así como su difusión entre los profesionales^{4,5,7,8,11,12}.

Convendría disponer de una guía de práctica clínica con la que poder apoyar las decisiones de tratamiento y objetivos a alcanzar ante las lesiones terminales^{3,10}, de igual manera que existen para el resto de lesiones relacionadas con la dependencia, lesiones tumorales u otro tipo de lesiones¹³ ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Lidia Graña Calvo y Eva Tizón Bouza por sus conocimientos y asesoramiento incondicional.

BIBLIOGRAFÍA

- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y tratamiento de las lesiones / úlceras por presión. Guía de consulta rápida. (edición en español). Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://epuap.org/download/8584/&ved=2ahUKEwjgt5Kk4GVAxUjpCcCHXJ-HTwQ-FnoECBkQAQ&usq=A0vVaw2x6kWoWW0c4_96Q5jgHpWO
- Torra-Bou JE, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Ágreda JJ, García-Fernández FP. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos*. 2016;27:161-7.
- Restrepo-Medrano JC, Salazar-Maya AM, Toro-Gonzales M. Úlceras terminales de Kennedy: una propuesta de cuidado desde enfermería. *Enferm Dermatol*. 2021;15:e01-08.
- Roca-Biosca A, Rubio-Rico L, De Molina-Fernández MI, Martínez-Castillo JF, Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP. Kennedy terminal ulcer and other skin wounds at the end of life: An integrative review. *J Tissue Viability*. 2021;30:178-82.
- Raña-Lama CD, Rumbo-Prieto JM. Úlceras por presión inevitables, fallo cutáneo, úlceras terminales y cambios cutáneos al final de la vida. *Enferm Dermatol*. 2018;12:7-9.
- Latimer S, Walker RM, Ray-Barruel G, Shaw J, Mackrell K, Hunt T, et al. Defining and describing terminal ulcers in adults at end of life: an integrative review. *Adv Skin Wound Care*. 2022;35:225-33.
- De Farias Aragão BF, Alécio Barbosa MDS, Araújo Silva de Souza Monteiro G, Ramos de Souza Araújo TCN, Silva Phon JR, de Lima FM. Características da úlcera terminal de Kennedy em pacientes paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Enfermagem Atual Derm*. 2022;96:e-021254.
- Melnichuk I, Servetnyk I. Kennedy terminal ulcers and Trobrey-Brenna terminal tissue injuries: mystery solved? *Adv Skin Wound Care*. 2024;37:233-7.
- Miller MS. The death of the Kennedy terminal ulcer. *J Am Coll Clin Wound Special*. 2016;8:44-6.
- Úlceras de Kennedy en paciente de cuidados paliativos. *Murciasalud*; 2023. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/previd/25322>
- Pastor Orduña MI, Palomar Llatas F, Martorell Matoses S. Consensos sobre el tratamiento de las úlceras en el paciente terminal. Revisión de la literatura. *Heridas Cicatrización*. 2020;10:27-32.
- Costa de Carvalho MM, Pena Macêdo WT, Bandeira Cameiro R, Lima Xavier EDC, Vieira Pereira Peixoto I. Lesões de pele nos cuidados paliativos oncológicos: Estudo observacional. *Res Soc Development*. 2021;10:e7510615350.
- Souto-Fernández EM, Calvo-Pérez AI, Rodríguez-Iglesias FJ. Guía práctica de úlceras por presión. Guía nº 1. En: Rumbo-Prieto JM, Raña-Lama CD, Cimadevila-Álvarez MB, Calvo-Pérez AI, Fernández-Segade J, editores. Colección de Guías Prácticas de Feridas do Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde; 2017. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/93/GUÍA%20Nº1%20UPP%20cast.pdf>
- Alarcón-Alfonso CM. Nursing care plan for the Kennedy terminal ulcer patient. Case report. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2022;32:284-90.
- Roca Biosca A, Rubio Rico L, Velasco Guillen MC, Anguera Saperas L. Adecuación del plan de cuidados ante el diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy. *Enferm Intensiva*. 2016;27:168-72.
- Sánchez-García O, Domínguez-Rodríguez MC. Plan de Cuidados para el paciente en situación de agonía en atención primaria. *ENE*. 2010;4:71-82.
- Guinot Bachero J, Furió Vizcaino T. Poliulceración en paciente terminal: Úlceras de Kennedy. Plan de cuidados paliativos. *Enferm Dermatol*. 2014;8:32-40.