



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/384.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Cuidados de Enfermería en Pacientes con Heridas Crónicas (Úlceras por Presión)**
Autores Elena María Villamor Ruiz, Fernando Fernández Álvarez, Susana Gómez Coca
Centro/institución Servicio Andaluz de Salud (SAS)
Ciudad/país Granada, España
Dirección e-mail elenavillamor.r@gmail.com

RESUMEN

Se realizó un plan de cuidados a una paciente portadora de úlceras por presión (UPP), las UPP son lesiones isquémicas de la piel, provocadas por la aplicación de presión, fricción o una combinación de ambas entre una prominencia ósea y un plano duro externo al paciente. Se ha realizado la valoración siguiendo las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, identificando los diferentes problemas detectados y proponiendo unos resultados e intervenciones que mejorasen la salud de la paciente y por tanto su calidad de vida, utilizando para el enunciado de los diagnósticos, resultados e intervenciones, la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification), para llevar a cabo el proceso de atención de enfermería, que nos permite disponer de un lenguaje común para fomentar el desarrollo del conocimiento de la enfermería y la calidad de la atención. Los diagnósticos enfermeros elegidos fueron Deterioro de la integridad cutánea, Patrón respiratorio ineficaz, Deterioro de la deglución, Dolor crónico, Estreñimiento y como problema de colaboración Infección localizada. Desde un punto de vista de enfermería, además de aplicar cuidados para la cura de la UPP, también se hizo educación para la salud al cuidador principal. **Palabras clave:** Úlcera por presión/ Cuidados de enfermería/ Desbridamiento/ Prevención de las úlceras.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El proceso de atención enfermera es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados de enfermería, que promuevan los cuidados humanísticos centrados en unos resultados eficaces que llevan a mejorar el bienestar del paciente.

Se realizó un plan de cuidados a una paciente portadora de úlceras por presión (UPP), “Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de origen isquémico, que afectan a la piel y/o tejido subyacentes, que cursan con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada, fricción, cizallamiento o una combinación entre éstas, producida entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él”¹

Las heridas crónicas dentro de las que se incluyen las úlceras por presión (UPP), son un problema de salud pública que afecta no solo a la persona que las padecen sino también a su familia y al sistema de salud. Este hecho provoca una disminución en la calidad de vida relacionada con la salud, ya que afectan las dimensiones física, psicológica y social. Provocan aumento de los días de estancia hospitalaria, siendo esta una complicación prevenible en la mayoría de los casos.²

La enfermería como disciplina aborda al ser humano de forma holística, en sus esferas física, social y psicológica, y brinda cuidado integral, incluyendo aspectos tan importantes como la integridad de la piel, la cual puede verse alterada por heridas como las UPP. Así, las actividades de enfermería dirigidas a estas personas deben orientarse hacia la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, pues su presencia es indicador de calidad de los servicios sanitarios, asociados a los factores de riesgo que presentan las personas, según su condición de salud y los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería.²

Los factores que predisponen la aparición de las úlceras por presión son la presión, la fricción y el cizallamiento, pueden actuar combinados o por separado:

- La presión, es uno de los factores más importantes en los que interviene el paciente y una superficie como puede ser la cama, o el sillón. Hablamos de presión cuando se aplica una cantidad de fuerza sobre la piel produce un aplastamiento de esta, y reduciendo el flujo sanguíneo en los tejidos blandos provocando hipoxia. Si la presión no cede puede producir necrosis de los tejidos¹
- La fricción es otro factor debido a los roces que tiene lugar entre la piel del paciente y otra superficie como una sábana.³ Por lo tanto si se combinan los efectos de la presión y la fricción recibe el nombre de cizallamiento⁴
- Por último la humedad, es otro factor que hay que tener en cuenta, si no se controla puede provocar la aparición de problemas en la piel como la maceración. Y esto tiene lugar cuando hay incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa o mal secado de la piel tras la higiene también disminuye la resistencia de la piel y aumenta el riesgo de infección⁵

La prevención de las úlceras es primordial para evitar su desarrollo y sus complicaciones, por lo tanto en primer lugar se realizará una valoración del paciente mediante la escala Norton y así se obtendremos el riesgo que presenta el paciente de padecer úlceras por presión. Se seguirá evaluando la piel para detectar signos que nos indiquen que pueden aparecer lesiones, y evitarlas antes de que se produzcan.⁴

Se realizará un plan de cuidados para movilizar a paciente y mantener el nivel de actividad, si no es posible la deambulacion se aplicarán cambios posturales para reducir

la duración de la presión. Cuando el paciente se duche, secar bien la piel y mantenerla hidratada, mediante cremas, no se debe masajear prominencias osas. Y debemos proporcionar ropa adecuada y cómoda al paciente.⁵

Es importante examinar y evaluar el estado nutricional de cada individuo utilizando herramientas validadas, como la escala Mini Nutritional Assessment (EMINA), que permitan identificar carencias nutricionales y por tanto poder administrar suplementos nutricionales.

En este caso se ha realizado la valoración siguiendo las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, la taxonomía NANDA⁶ (North American Nursing Diagnosis Association) para el enunciado de los diagnósticos, la taxonomía NOC⁷ (Nursing Outcomes Classification) para los resultados y la taxonomía NIC⁸ (Nursing Interventions Classification) para la planificación de intervenciones.

La relevancia del trabajo radica en la posibilidad de resolver situaciones similares en nuestra práctica clínica, al tratarse de un proceso prevalente y que en bastantes ocasiones solo se toma en cuenta desde el punto de vista de la cura de la herida.

Presentación del caso

Para describir este caso clínico se han utilizado iniciales para nombrar a la paciente y garantizar la confidencialidad de datos de carácter personal

LD es una paciente mujer de 72 años, diagnosticada de diabetes tipo II, carcinoma de mama con metástasis pulmonar, osteoporosis, obesidad y catarata en ojo derecho, por lo que está polimedicada, y es dependiente para las actividades de la vida diaria (puntuación escala Barthel: 25, dependencia grave). Tiene un estilo de vida sedentario, lo que le ha producido alteraciones en la integridad de la piel y tiene riesgo de que aparezcan más lesiones (puntuación escala Norton: 11, riesgo de desarrollar úlceras por presión).

Vive en su domicilio acompañada de su marido, el cual tiene conductas muy frecuentes de consumo de alcohol. Dispone de una cuidadora informal principal que se encuentra interna en el domicilio. Tras recibir el aviso de la cuidadora al centro de A. Primaria nos comenta que hace días se le empezó a poner roja la zona del talón izquierdo, luego negra y se le ha formado una costra, que ella curaba aplicándole Betadine todos los días. Además presenta una úlcera por presión grado II en la zona del coxis de bordes irregulares con exudado purulento y de 3 cm de diámetro aproximadamente.

Valoración

Antes de realizar una intervención en los pacientes con UPP o con riesgo de padecerlas, es necesaria la valoración previa que logre integrar aspectos como la presencia de riesgo, el grado de la UPP, tipo de tejido existente, dimensiones de la herida, estado nutricional, de modo que conduzca a la formulación de un diagnóstico de enfermería de la situación actual del paciente que orientará la toma de decisiones para su adecuado manejo.

Existen diversos instrumentos que permiten valorar el riesgo de presentar UPP, pero hay que tener en cuenta que cualquiera que sea el instrumento usado, debe validarse al contexto para poder aplicarlo, acompañado del juicio clínico del profesional de enfermería.

En la Valoración enfermera, los datos relevantes que han sido considerados de interés se recogieron mediante la entrevista clínica y la exploración física, así como el registro de la historia clínica de la paciente. A continuación se muestran los datos organizados utilizando para ellos las necesidades de Virginia Henderson:

1 Necesidad de respiración:

La paciente respira habitualmente por la boca, presenta dificultades para respirar y necesita gafas de oxígeno.

Se observa tiraje y aleteo nasal.

2 Necesidad de comer y beber adecuadamente:

La paciente presenta dificultad para masticar, dificultad para deglutir y dificultad para beber. Toma comida 3 veces al día y poca cantidad.

Requiere que el cuidador le ayude para comer y beber. Y toma alrededor de un litro de líquido al día.

La paciente no tiene una dieta variada y no consume suficiente fibra.

3 Necesidad de eliminar por todas las vías corporales:

La paciente presenta una frecuencia de eliminación fecal, es 2 veces a la semana, las características de las heces son duras.

La paciente tiene dificultades para eliminar las heces, por lo tanto toma laxantes 2 veces a la semana. La frecuencia de la eliminación urinaria de la paciente es aproximadamente de cada 34 horas. No hay alteración en las características de la orina. Y presenta incontinencia urinaria de esfuerzo, según cuestionario de incontinencia para mujeres.

4 Necesidad de moverse y mantener posiciones adecuadas:

La movilidad de la paciente ha disminuido, requiere ayuda para moverse, no puede levantarse sola.

No realiza las actividades de la vida diaria, esta inmovilizada. Y tiene dificultad para mover las articulaciones, esta dolorida.

La paciente no realiza ninguna actividad física, tiene debilidad generalizada y por tanto su grado de actividad es nulo.

5 Necesidad de dormir y descansar:

La paciente refiere que tiene aproximadamente 8 horas de sueño nocturno interrumpidas. No duerme siesta, y a la hora de conciliar el sueño tiene dificultad y en ocasiones se despierta durante la noche

La paciente presenta estas dificultades desde hace 2 años aproximadamente. Se le atribuye, al dolor y a la necesidad de ir al baño.

Los recursos para facilitar el sueño, toma un vaso de leche caliente antes de dormir, y toma medicación.

6 Necesidad de escoger ropa adecuada. Vestirse y desvestirse:

La ropa que lleva la paciente le resulta cómoda, y no utiliza calzado. Además necesita ayuda para vestirse y desvestirse.

7 Mantener la temperatura corporal

La paciente es sensible al frío y a los cambios de temperatura, su casa esta acondicionada para el frío. Los recursos que utiliza para combatir el frío, son una estufa de leña y el brasero.

8 Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

La paciente se ducha 1 vez a la semana, y se lava el pelo, para ello requiere de ayuda de la cuidadora. Y entre semana la cuidadora proporciona baño en cama todos los días.

Después del desayuno se cepilla los dientes. La paciente tiene protectores en los talones para prevenir las úlceras por presión.

Y tiene localizada una placa necrótica cerrada, no desbridada, en el talón izquierdo, con unas dimensiones de 3,5 cm de largo por 4 cm de ancho.

En el talón derecho tiene una úlcera por presión de estadio III, con tejido de granulación y unas dimensiones de 1 cm por 1 cm. El exudado seroso es leve. La piel perilesional está en buen estado.

Presenta una úlcera por presión en coxis en estadio II, con exudado purulento moderado. Las dimensiones son 2,5 cm de ancho y 2,8 cm de largo.

El tejido del lecho de la herida es esfacelar de color verdoso y la piel perilesional aparece enrojecida, caliente e inflamada.

9 Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

La paciente asiste a revisiones periódicas

La paciente refiere dolor moderado, generalizado según escala visual analógica (EVA)

Toma medicación para el dolor.

10 Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

La paciente no se comunica satisfactoriamente con las personas de su entorno, no puede hablar bien. Se enfada porque no la entienden.

Las personas más importantes en su vida son su hija, su nieta y su marido, se relaciona con ellas poco, una vez en semana.

Su situación actual ha alterado sus relaciones sociales, ya que no sale de la casa. En ocasiones recibe visitas de las vecinas.

La paciente comparte sus problemas con la cuidadora. Y tiene problemas familiares, su hija trabaja y su marido no le proporciona la atención que ella le demanda, la deja sola, y toma alcohol con frecuencia.

11 Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

En su situación actual en la que se encuentra la paciente sus creencias le ayudan, aunque le gustaría ir a misa los domingos y debido a su estado no puede.

12 Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal.

La paciente vive con su marido, y no ha tenido trabajo remunerado, se ha dedicado a las labores domésticas y su familia.

13 Participar en actividades recreativas

El pasatiempo y distracción que tiene las pacientes la televisión, apenas tiene otras distracciones. Antes le gustaba leer revistas y hacía ganchillo.

14 Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar recursos disponibles.

El nivel de escolarización de la paciente es bajo, lee y escribe y cuando desea saber algo sobre su salud recurre a su familia.

Plan de cuidados

Fase diagnóstica

La selección de los diagnósticos enfermeros y problemas de autonomía, se realizaron en base las manifestaciones de dependencia y otros datos de interés, recogidos en la valoración anterior y a la taxonomía NANDA⁶

Problemas de colaboración (PC):

PC: Infección localizada secundario a la úlcera por presión de estadio II en coxis y en el talón izquierdo.

Problemas de autonomía (PA):

PA: Vestirse, suplencia total.

PA: Baño, suplencia total.

PA: Moverse y mantener una buena postura. Suplencia total.

PA: alimentación, suplencia total.

Diagnósticos enfermeros:

(00046) Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización física, manifestado por destrucción de las capas de la piel en el coxis, talón izquierdo y talón derecho. Se escoge este diagnóstico como principal, debido a la presencia de úlceras en talones y coxis que presenta la paciente.

(00032) Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con fatiga de los músculos respiratorios, manifestado por aleteo nasal y uso de músculos accesorios para respirar. He seleccionado este diagnóstico ya que la paciente presenta dificultad respiratoria debido a la debilidad.

(00130) Deterioro de la deglución, relacionado con deterioro neuromuscular, manifestado por presencia evidente de dificultad en la deglución (estasis de los alimentos en la cavidad oral y tos). He seleccionado el diagnóstico deterioro de la deglución ya que la paciente presenta dificultades a la hora de comer, tos y en ocasiones vómitos.

(00133) Dolor crónico, relacionado con incapacidad física crónica manifestado por expresar dolor. He seleccionado este diagnóstico debido a la expresión continua de dolor de la paciente, el dolor no remite totalmente con la medicación.

(00051) Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con condiciones fisiológicas, manifestado por pronunciación poco clara. He seleccionado el diagnóstico deterioro de la comunicación verbal debido a que presenta dificultades para pronunciar, y dificultad para entenderla.

(00011) Estreñimiento, relacionado con toma de opioides mayores, manifestado por disminución de la frecuencia y heces duras, secas y formadas. He seleccionado este diagnóstico debido a que la paciente toma tratamiento con morfina vía oral, además tiene una vida sedentaria y no tiene una alimentación muy variada.

Todos estos diagnósticos han sido detallados (con sus factores relacionados y sus características definitorias, siguiendo la taxonomía NANDA⁶) en el Plan de Cuidados (Tabla 1 - Plan de cuidados de enfermería).

Fase de planificación y ejecución

En esta fase se recogen los resultados de enfermería (con sus indicadores, su puntuación basal (PB), su puntuación diana (PD) siguiendo la taxonomía NOC)⁷ y todas estas intervenciones (con sus actividades, siguiendo la taxonomía NIC)⁸ han sido detallados como se muestra a continuación:

Tabla 1- Plan de cuidados de enfermería

<i>Diagnóstico de Enfermería</i>	(00046) Deterioro de la integridad cutánea relacionado con (r/c) inmovilización física, manifestado por (m/p) destrucción de las capas de la piel en el coxis, talón izquierdo y talón derecho
Resultados de Enfermería (NOC)	
Resultados	Indicadores
(1103) Curación de la herida: por segunda intención	<p>(110312) Necrosis. Puntuación basal: 2 sustancial Puntuación diana: 3 moderado</p> <p>(110301) Granulación. Puntuación basal: 2 escaso Puntuación diana: 4 sustancial</p> <p>(110303) Secreción purulenta. Puntuación basal: 3 moderado Puntuación diana: 5 ninguno</p> <p>(110322) Inflamación de la herida Puntuación basal: 3 moderado Puntuación diana: 4 escaso</p> <p>(110321) Disminución del tamaño de la herida Puntuación basal: 5 extenso Puntuación diana: 3 moderado</p>
Intervenciones NIC	
Intervenciones	Actividades
(3520) Cuidados de las úlceras por presión	Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad) , estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización (utilización de la escala

	<p>PUSH)</p> <p>Desbridar la úlcera.</p> <p>Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.</p> <p>Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación, controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.</p>
(3500) Manejo de las presiones	<p>Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica</p> <p>Observar si hay fuentes de presión o fricción</p> <p>Aplicar protectores de talones</p> <p>Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con el programa específico</p> <p>Vestir al paciente con prendas no ajustadas.</p>
<i>Diagnóstico de Enfermería</i>	(00032) Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con fatiga de los músculos respiratorios, manifestado por aleteo nasal y uso de músculos accesorios para respirar.
Resultados de Enfermería (NOC)	
Resultados	Indicadores
(0403) Estado respiratorio: ventilación	<p>(40313) Disnea de reposo</p> <p>Puntuación basal: 3 Leve</p> <p>Puntuación diana: Mantener a 3 leve</p>
Intervenciones de Enfermería (NIC)	
Intervenciones	Actividades
(3309) Ayuda a la ventilación	Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos.

	Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción.
<i>Diagnóstico de Enfermería</i>	(00130) Deterioro de la deglución, relacionado con deterioro neuromuscular, manifestado por presencia evidente de dificultad en la deglución (estasis de los alimentos en la cavidad oral y tos).
Resultados de Enfermería (NOC)	
Resultados	Indicadores
(1010) Estado de la deglución	(101012) Atragantamiento, tos o náuseas. Puntuación basal: 3 Moderado Puntuación diana: 2 Leve
Intervenciones (NIC)	
Intervenciones	Actividades
(1803) Ayuda con el auto cuidado: alimentación.	Controlar el estado de hidratación del paciente, según corresponda. Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.
<i>Diagnóstico de Enfermería</i>	(00133) Dolor crónico, relacionado con incapacidad física crónica manifestado por expresar dolor.
Resultados de Enfermería (NOC)	
Resultados	Indicadores
(2102) Nivel del dolor	(210224) Muecas de dolor: Puntuación basal: 4 Moderado Puntuación diana: 5 Ninguno (210201) Dolor referido: Puntuación basal: 4 Moderado Puntuación diana: 5 Ninguno

Intervenciones (NIC)	
Intervenciones	Actividades
(2380) Manejo de la medicación	<p>Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.</p> <p>Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.</p> <p>Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</p>
<i>(1400) Manejo del dolor</i>	<p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p> <p>Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles)</p> <p>Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.</p>
<i>Diagnóstico de Enfermería</i>	(00051) Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con condiciones fisiológicas, manifestado por pronunciación poco clara.
Resultados de Enfermería (NOC)	
Resultados	Indicadores
(0902) Comunicación	<p>(90206) Reconoce los mensajes recibidos.</p> <p>Puntuación basal: 4 Leve</p> <p>Puntuación diana: 5 No comprometido</p>
Intervenciones (NIC)	
Intervenciones	Actividades

(4976) Mejorar la comunicación: déficit del habla	Instruir al paciente para que hable despacio. Remitir al paciente a un logopeda. Proporcionar refuerzo positivo, según corresponda.
<i>Diagnóstico de Enfermería</i>	(00011) Estreñimiento, relacionado con toma de opioides mayores y aporte insuficiente de líquidos manifestado por disminución de la frecuencia y heces duras, secas y formadas.
Resultados de Enfermería (NOC)	
Resultados	Indicadores
(0501) Eliminación intestinal.	(50101) Patrón de eliminación: Puntuación basal: 3 Moderado Puntuación diana: 5 Ninguno (50105) Heces blandas y formadas: Puntuación basal : 4 Leve Puntuación diana: 5 No comprometido
Intervenciones (NIC)	Actividades
(0430) Control intestinal.	Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes previos. Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras, según corresponda. Administrar líquidos calientes después de las comidas, si está indicado.
<i>Problemas de autonomía</i>	Se realizaron actividades de baño en cama, alimentación, vestido y movilizaciones que suplan las ABVD
<i>Problema de colaboración</i>	Se atendieron las prescripciones médicas, Toma de muestra de cultivo mediante hisopo y administración de antibióticos locales.

Discusión y conclusiones

Los profesionales de enfermería tienen acceso a diferentes estudios cada vez más avanzados sobre los cuidados de la piel, como por ejemplo guías de práctica clínica, artículos científicos o planes de cuidados, aunque éstos no son tan numerosos.

Aunque se ha avanzado en el cuidado de la piel, en la actualidad es complicado estandarizar un plan de cuidados para los pacientes que padecen de UPP, debido a que los cuidados estandarizados no tienen los mismos efectos en todos los pacientes.

Esto podría ser debido a la particularidad de cada paciente, lo que hace que cada plan sea diferente, por lo que se hace necesario que el profesional tenga muy claro aspectos que en los últimos años han demostrado tener una gran importancia en la recuperación y cicatrización de las lesiones, como es el estado nutricional y la presencia de algunos aminoácidos como la arginina, que cumplen un papel primordial en el proceso de cicatrización, las medidas para prevenir la aparición de nuevas lesiones, el tratamiento de éstas, así como otros problemas de salud del paciente que impidan una evolución adecuada a los objetivos del plan de cuidados.⁹

Los profesionales deben proporcionar cuidados enfocados a las necesidades reales del paciente, priorizando aquellos problemas de salud que son más importantes o vitales, ya que cada paciente tiene enfermedades diferentes, que condicionan la mejoría o empeoramiento de las úlceras.

Como se ha podido observar no se han alcanzado las puntuaciones diana de los indicadores y por lo tanto, la mayoría de los resultados propuestos no se han cumplido. Esto se debe fundamentalmente a las complicaciones clínicas y el debilitado estado de salud de la paciente, es necesario que se continúe aplicando el plan de cuidados de forma correcta durante un periodo de tiempo mayor, para conseguir los objetivos propuestos. Respecto a la familia, el marido no ha sido colaborador, no atendía a las recomendaciones que se le hacía, y bajo mi punto de vista no se mostraba interesado en el tema. Todo este escenario debe de hacer replantear el plan de cuidados, modificando los resultados y sobre todo las puntuaciones diana de los indicadores.

Bibliografía

1. López-Casanova P. Versión rápida de la guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas - GNEAUPP [Internet]. GNEAUPP. 2014 [cited 30 June 2015]. Available from: <http://gneaupp.info/version-rapida-de-la-guia-de-practica-clinica-para-el-cuidado-de-personas-con-ulceras-por-presion-o-riesgo-de-padecerlas/>
2. Lago M. Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría [Internet]. Gerokomos. 2007 [Cited 30 June 2015]; 18(3):135-9. Spanish. Available from: <http://goo.gl/jjrt4k>.
3. López-Casanova P. Guía para el cuidado de las úlceras - GNEAUPP [Internet]. GNEAUPP. 2014 [cited 30 June 2015]. Available from <http://gneaupp.info/guia-para-el-cuidado-de-las-ulceras/>
4. López-Casanova P. Prevención y tratamiento de las upp - GNEAUPP [Internet]. GNEAUPP. 2014 [cited 30 June 2015]. Available from: <http://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-upp/>
5. López-Casanova P. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión - GNEAUPP [Internet]. GNEAUPP. 2014 [cited 30 June 2015]. Available from: <http://gneaupp.info/guia-para-la-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las->

[úlceras-por-presion](#)

6. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. Madrid: Ediciones Elsevier, 2012.
7. Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 4ª ed. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.
8. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 4ª ed. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.
9. Renata Virginia González-Consuegra, Gustavo David Matiz-Vera, Julián Daniel Hernández-Martínez, Lizeth Xiomara Guzmán-Carrillo. Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. [Internet]. Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 1: 69-80 [cited 30 June 2015]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es.