

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso Académico: 2019-2020

TRABALLO FIN DE GRAO

Gripe A: plan de cuidados a propósito de un caso.

María Isabel Martínez Pérez

Directora: Berta García Fraguela

Presentación do traballo: Xuño 2020.

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ÍNDICE:

1. Resumen	5
2. Introducción	7
2.1 Gripe. Definición	7
2.2 Patogenia	7
2.3 Proceso diagnóstico	7
2.4 Epidemiología	8
2.5 Vacunación	9
2.6 Gripe A H1N1	9
3. Definición de objetivos	11
4. Desarrollo	11
5. Descripción del caso	12
6. Valoración de enfermería	14
7. Plan de cuidados	17
8. Evolución	29
9. Discusión	30
10. Consideraciones ético-legales	31
11. Anexos	32
11.1 Anexo I: Índice de Barthel	32
11.2 ANEXO II: Riesgo de caídas (J.H Downton)	33
11.3 ANEXO III: Escala de Braden	34
11.4 ANEXO IV: Escala de Glasgow	35
11.5 ANEXO V: Escala EVA	36
11.6 ANEXO VI: Informe de alta	37
12. Agradecimientos	38
13. Bibliografía	39

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: DdE: *Deterioro de la ventilación espontánea [00033].*

Tabla 2: DdE: *Riesgo de úlcera por presión [00249].*

Tabla 3: DdE: *Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral [00247].*

Tabla 4: CP: *Infección.*

Tabla 5: CP: *Broncoaspiración.*

Tabla 6: CP: *Íleo paralítico.*

Tabla 7: CP: *Complicaciones en el destete.*

ÍNDICE DE ABREVIATURAS:

- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.
- VM: Ventilación Mecánica.
- VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ARN: Ácido Ribonucleico.
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- IC: Insuficiencia Cardíaca.
- SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.
- MG: Miligramos.
- VMI: Ventilación Mecánica Invasiva.
- PA: Presión Arterial.
- FC: Frecuencia Cardíaca.
- Lpm: Latidos por minuto.
- FR: Frecuencia Respiratoria.
- Rpm: respiraciones por minuto.
- SatO2: Saturación de oxígeno en sangre.
- °C: Grados Centígrados.
- AC: Auscultación Cardíaca.

- AP: Auscultación Pulmonar.
- VMASK: VentiMask.
- l/m: Litros por Minuto.
- FiO2: Fracción de Oxígeno Inspirado.
- pO2: Presión Parcial de Oxígeno.
- GSA: Gasometría Arterial.
- pH: Potencial Hidrógeno.
- pCO2: Presión parcial de Dióxido de Carbono.
- HCO3: Bicarbonato.
- VCRP: Volumen Control Regulado por Presión.
- PEEP: Presión positiva al final de la expiración.
- KG: KiloGramos.
- IMC: Índice de Masa Corporal.
- Cm: centímetros.
- mmHg: Milímetros de Mercurio.
- AGHO: Ácidos Grasos HiperOxigenados.
- SNG: Sonda Nasogástrica.

1. Resumen

1.1 Resumen

La gripe es una enfermedad infecciosa y aguda de las vías respiratorias. Destaca por su característica estacional y epidémica, pudiendo desarrollar pandemias como la del año 2009. Las clases de gripe más frecuentes entre la población son la A y la B.

Dentro de la Gripe A, cabe destacar el subtipo H1N1, que se desarrolla en este trabajo, por la gravedad que puede traer consigo así como las complicaciones en los ingresos.

El objetivo es elaborar un plan de cuidados a un paciente con gripe A, ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario de A Coruña.

Desarrollo: la valoración de enfermería se ha llevado a cabo siguiendo el Modelo de Virginia Henderson y aplicando las taxonomías enfermeras NANDA-I, NOC, NIC.

Conclusión: Tras un seguimiento activo a través de los indicadores de los resultados planificados, se ha podido comprobar/verificar la eficacia del plan de cuidados establecido.

Palabras clave: Gripe A, plan de cuidados, cuidados intensivos, infección respiratoria, NANDA-I, NIC, NOC.

1.2 Resumo

A gripe é unha enfermidade infecciosa e aguda das vías respiratorias. Destaca pola súa característica estacional e epidémica, podendo desenrolar pandemias como a do ano 2009. As clases de gripe máis frecuentes entre a poboación son a A e a B.

Dentro da Gripe A, cabe destacar o subtipo H1N1, que se desenrola neste traballo, pola gravidade que pode traer consigo así como polas complicacións nos ingresos.

O obxectivo é elaborar un plan de cuidados a un paciente con gripe A, ingresado na UCI do Hospital Universitario de A Coruña.

Desenvolvemento: a avaliación de enfermaría realizouse seguindo o modelo de Virginia Henderson e aplicando as taxonomías de enfermaría NANDA-I, NOC, NIC.

Conclusión: despois dun seguimento activo a través dos indicadores dos resultados previstos, foi posible comprobar / verificar a eficacia do plan de atención establecido.

Palabras clave: Gripe A, plan de cuidados, cuidados intensivos, infección respiratoria, NANDA-I, NIC, NOC.

1.3 Abstract

Influenza is an acute infectious disease of the respiratory tract. It stands out for its seasonal and epidemic characteristics, being able to develop pandemics like the one in the year 2009. The most frequent types of influenza among the population are A and B.

Within influenza A, the H1N1 subtype, which is developed in this work, should be highlighted because of the severity it can bring as well as the complications in admissions.

The objective is to develop an individualized care plan for a patient with Influenza A H1N1.

Development: the nursing assessment was carried out using the Virginia Henderson model and the NANDA-I, NOC, NIC nurse taxonomies.

Conclusion: After an active monitoring of the patient chosen up, the effectiveness of the nursing care carried out is evidenced by the results obtained in the indicators.

Key words: Influenza A, care procedures, intensives cares, infectious respiratory, NANDA-I, NOC, NIC.

2. Introducción:

2.1 Gripe. Definición.

La gripe se define como una enfermedad infecciosa, aguda, de las vías respiratorias. Es causada por un virus de la familia *Orthomyxoviridae*, y se puede destacar su característica estacional y epidémica, pudiendo alcanzar la situación de pandemia, debido a la facilidad de transmisión de unas personas a otras a través de gotas o partículas expulsadas por el portador de la enfermedad y a la dificultad de detener este tipo de contagio¹.

Este virus se caracteriza por ser una familia diferenciada en cepas que mutan constantemente. En la actualidad las clases de gripe que circulan más frecuentemente entre la población humana son la A, con los subtipos A (H1N1) y A (H3N2), y la B, de las cuales surgen cepas diferentes cada temporada, lo que produce que la relación entre el sistema inmune del afectado y el virus sea diferente en cada caso².

2.2 Patogenia.

Con referencia a la patogenia; el período de incubación del virus de la gripe varía entre 1 y 3 días dependiendo del caso y la cepa. Las manifestaciones clínicas pueden distinguirse desde el proceso asintomático de la enfermedad al desarrollo de un síndrome gripal que se caracteriza por la aparición de uno o más síntomas generales como son la fiebre o febrícula, malestar general y cefalea, junto con uno o más síntomas respiratorios como tos o la dificultad respiratoria, pudiendo desarrollar también complicaciones tales como otitis, sinusitis o bronquitis aguda³.

2.3 Proceso diagnóstico.

Para el diagnóstico del virus, independientemente del subtipo, se realiza un frotis nasofaríngeo al paciente en sospecha.

2.4 Epidemiología.

Epidemiológicamente se conoce que cada año el porcentaje de población adulta afectada por el virus ronda entre el 5 y el 10%, mientras que la infantil se eleva a valores oscilantes entre 20 y 30% ⁴. Es también una de las principales causas de muerte en todo el mundo, y su número no deja de crecer anualmente, lo que hace que se considere un grave problema en la salud pública.

Durante la temporada gripal de los años 2018-19, la última registrada en su totalidad hasta la actualidad, se afirma que durante las últimas diez temporadas el virus se ha mantenido numéricamente estable en cuanto a casos diagnosticados. La transmisibilidad fue moderada para todos los grupos de edad.

Los casos de enfermedad leves registrados durante ese año rondan los 490.000. En cuanto a la hospitalización debido a este motivo, el impacto de la epidemia fue alto para la población española con una estimación de 35.300 casos, de los cuales se aproxima un número de 2.500 pacientes que precisaron estancia en UCI.

Por otro lado, la mortalidad se relaciona con la gravedad del proceso vírico. La letalidad de la enfermedad en pacientes que cursan estadio grave se situó el pasado año en un porcentaje del 17,5%. Dentro del grupo de enfermos que requirieron ingreso en UCI la mortalidad se sitúa en el 20,7% ⁵.

La mortalidad en los pacientes ingresados en la UCI está relacionado con la presencia de alguno de los siguientes supuestos: la presencia de coinfección, la edad, la enfermedad hematológica, la necesidad de ventilación mecánica (VM) durante el ingreso, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el reemplazo renal, un diagnóstico tardío o la adquisición de la enfermedad de manera nosocomial ⁶.

De la necesidad de controlar las epidemias producidas por el virus de la gripe nacen las vacunas antigripales, que junto con otras medidas como la higiene de manos, la educación a la población sobre las medidas para evitar contagios (cubrirse al toser, al estornudar, aislarse en caso de estar

enfermo...) consiguen reducir el número de casos anuales así como los efectos negativos sobre quienes la padecen ⁷.

2.5 Vacunación.

Cada año, debido a la mutación del virus la composición de la vacuna se actualiza para asegurar la mayor efectividad en la campaña siguiente, por lo que se recomienda la revacunación cada temporada para garantizar que la inmunidad adquirida sea la adecuada.

La organización mundial de la salud (OMS), formula cada año una lista con la población de riesgo a la que recomienda vacunarse, en la cual se incluyen a las embarazadas, los niños entre los 6 meses de vida hasta los 5 años, la población mayor de 65 años, enfermos crónicos y personal sanitario ⁸.

La campaña de vacunación antigripal suele comenzar en el mes de Octubre y finalizar en Diciembre. En el año 2019 se utilizaron tres tipos de vacunas: la Trivalente para personas mayores de 65 años, la Tetravalente para mujeres embarazadas y población de riesgo entre 15 y 64 años y la Tetravalente infantil ⁹.

2.6 Gripe A (H1N1):

En el año 2009 surge el inicio del virus A (H1N1) como una enfermedad desconocida, clínicamente grave y con gran capacidad de contagio, de la que se localizan dos casos en California el 21 de Abril de ese mismo año. El 25 de Abril, la OMS determinó el estado de emergencia de salud pública. Es en Junio, tras la confirmación de aproximadamente 30000 casos en 74 países, proclama el nivel máximo de alerta pandémica. A partir de ahí se diagnostican casos alrededor de todo el mundo ¹⁰.

Es a partir de entonces cuando este tipo de gripe se confina anualmente como una enfermedad estacional para la población. Es un virus ARN, los cuales se caracterizan por una mayor tasa de mutación apareciendo variantes en las cepas cada temporada¹¹.

El mecanismo de transmisión del virus A (H1N1) es a través de gotas Flügge, que son expulsadas por el portador a través de tos o estornudos y entran en contacto con el contagiado directamente o tras contacto secundario con superficies contaminadas.

Clínicamente, al igual que cualquier gripe, puede presentarse de forma asintomática en algunos pacientes hasta acompañada de neumonías de carácter grave, siendo esta la complicación más frecuente y uno de los principales motivos de ingreso de estos pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos¹⁰.

La sintomatología más frecuente es compartida por todos los virus de la gripe, consolidándose el síndrome gripal con la aparición repentina de alguno de los siguientes aspectos: fiebre, tos, dolor de cabeza, muscular y articular, malestar de garganta y secreción nasal. Generalmente, si la enfermedad no se agrava, los síntomas ceden en aproximadamente una semana⁸.

Los pacientes en los que la enfermedad se desarrolla con mayor gravedad suelen presentar de base una o más comorbilidades acompañando al virus, como puede ser patologías respiratorias (asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)), obesidad, insuficiencia cardíaca (IC), enfermedades autoinmunes, neurológicas o hematológicas, o estar embarazada⁶.

Los ingresos de los pacientes con Gripe A H1N1 en UCI, se han modificado a lo largo del tiempo desde el brote de 2009. Esto podría verse relacionado con las recomendaciones creadas por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en el 2012, el aumento del número de vacunaciones, el diagnóstico precoz (en las primeras 48 horas desde el ingreso) y las mejoras en el tratamiento⁶.

Según las recomendaciones de la SEMICYUC, el tratamiento para la Gripe A H1N1 debe administrarse de forma precoz durante las primeras 48 horas, incluso en casos dudosos en espera de confirmación. El antiviral seleccionado en estas recomendaciones es el Oseltamivir, en dosis de 75

mg cada 12 horas y durante al menos 7 días y valorando la evolución clínica, junto con cobertura antibiótica debido al riesgo de coexistencia del virus con una infección bacteriana.

Los pacientes ingresados en UCI podrán necesitar además ventilación mecánica invasiva (VMI) y tratamientos para la sintomatología derivada de la enfermedad inicial¹².

3. Definición de objetivos:

El objetivo de este trabajo es la realización de un plan de cuidados para un paciente diagnosticado de Gripe A H1N1, que se encuentre en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de A Coruña.

4. Desarrollo:

Para la obtención de información acerca del tema tratado en este caso clínico se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Dialnet, Elsevier o Pubmed, además de utilizar páginas web como OMS, Ministerio de Salud o SERGAS. En esta búsqueda se utilizaron diferentes palabras clave: "Gripe A", "Unidad de Cuidados Intensivos", "Vacuna", "Tratamiento", "H1N1". El período de búsqueda se decidió ampliar a los últimos diez años ya que mucha de la información encontrada correspondía a los años 2010-11, debido a la proximidad con la pandemia del año 2009 y la gran producción científica relacionada con la misma.

La valoración de enfermería se llevó a cabo a través de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, en la cual se analiza, en función de las necesidades humanas el grado de independencia o dependencia en relación con la satisfacción de las mismas. Esta valoración se realizó durante el primer día de ingreso del paciente en la unidad, lo que facilitó determinar los problemas establecidos y las complicaciones que pudieran surgir y de esta forma planificar los cuidados enfermeros adecuados y necesarios durante el proceso.

Para realizar el plan de cuidados se utilizó la taxonomía NANDA-I¹³ (NANDA International), que organiza los diagnósticos enfermeros en dominios y clases, siendo la base sobre la que se construirá el plan de cuidados; la taxonomía NOC¹⁴ (Nursing Outcomes Classification) que consta de tres niveles: dominio, clase y resultado, cada resultado se mide a través de una escala Likert numerada del 1 al 5, en la que el 1 representa un compromiso grave del indicador y el 5 representa que el indicador no se encuentra comprometido; y la taxonomía NIC¹⁵ (Nursing Interventions Classification), de donde provienen las actividades seleccionadas para el cuidado del paciente.

Además se incluyen las complicaciones potenciales (CP), que hacen referencia a esos problemas que pueden surgir debido al estado del paciente y a los procedimientos que se le realizan.

5. Descripción del caso:

Hombre, 49 años, acude a urgencia el 12/02/2020 por disnea. Se diagnostica mediante frotis nasofaríngeo Gripe A y probable neumonía. Se da de alta ese mismo día con tratamiento de Oseltamivir, Levofloxacino, Paracetamol y Broncodilatadores. Eupneico y afebril.

El día 20/02/2020 acude a urgencias de nuevo por dolor en miembro inferior derecho y aumento de la disnea. Se encuentra taquipneico, con una frecuencia respiratoria de 30 latidos por minuto, y SatO₂ de 90% con Ventimask al 50%. Tras realizar una gasometría arterial determinamos una paO₂ de 54.

Se realiza TAC urgente, visualizando defectos de repleción en arterias segmentarias y subsegmentarias de ambos lóbulos inferiores compatibles con tromboembolismo pulmonar.

El frotis nasofaríngeo vuelve a dar positivo para Gripe A H1N1.

Deciden su ingreso en UCI durante la tarde del mismo día.

Exploración física:

- PA: 119/63 (radial izquierda).
- FC: 84 latidos por minuto (lpm).
- FR: 30 respiraciones por minutos (rpm).
- SatO₂: 90%.
- Temperatura: 36C° (axila izquierda).
- AC: rítmico, sin soplos ni extratonos. Ruidos apagados.
- AP: ventilan ambos hemitorax.
- Abdomen: depresible, no doloroso, peristaltismo normal.
- Extremidades: aumento de perímetro de la pantorrilla derecha que es dolorosa.
- Neurológicamente: Glasgow 15, sin déficits.

Juicio clínico:

- Neumonía adquirida en la comunidad por gripe A.
- Tromboembolismo pulmonar subsegmentario.
- Insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria.

A su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos llega consciente, orientado y colaborador. La SatO₂ es de 92% con VentiMask (VMASK) al 50%. Porta una vía venosa periférica en la flexura del miembro superior izquierdo. Se canaliza arteria radial izquierda, una vía venosa periférica en el miembro superior derecho y se le colocan gafas de alto flujo a 60 l/min con una FiO₂ del 100% que pasado un tiempo se baja al 80%. Presenta tos seca, sin expectoración. Se le coloca una sonda vesical del número 16 con aparición de orina colúrica.

Durante la mañana siguiente, se decide intubación orotraqueal, por no alcanzar los valores de las constantes respiratorias necesarios. Tras la sedación con Dórmicum y Fentanilo para realizar este procedimiento el paciente presenta hipotensión arterial para la que se inicia perfusión continua con noradrenalina buscando unos niveles estables.

Tratamiento establecido:

- Enoxaparina 80 mg subcutáneo cada 12 horas.
- Oseltamivir 75 mg vía oral cada 12 horas.
- Ceftriaxona 2 g intravenosa cada 12 horas.
- Linezolid 600 mg intravenoso cada 12 horas.
- Azithromycin 500 mg intravenoso cada 24 horas.
- Ipratropio de Bromuro 550 microgramos nebulizado cada 6 horas.
- Salbutamol 500 mg nebulizado cada 6 horas.
- Ranitidina 50 mg intravenoso cada 8 horas.

6. Valoración de enfermería:

La valoración de enfermería se realiza en las primeras horas del ingreso del paciente en la unidad y de forma continuada durante su ingreso. En la valoración se recogen datos sobre la patología diagnosticada y el estado del paciente y como este responde en cada una de las necesidades.

Con una valoración continua del paciente se puede asegurar una atención correcta al paciente y brindar los cuidados adaptados y necesarios durante todo el proceso.¹⁶

En este caso, parte de la información para dicha valoración se adquiere del paciente, ya que en el momento del ingreso se encuentra consciente, orientado y colaborador, así como de la historia clínica y de los registros de Enfermería que se utilizan en la Unidad de Cuidados Intensivos debido al estado de sedación posterior.

La información recogida es organizada en base a las las 14 necesidades de Virginia Henderson.

- Oxigenación.

Sin patología respiratoria previa. No fumador.

A la exploración presenta hipofonesis y sibilantes bilaterales y crepitantes de predominio en lado derecho (hasta el tercio medio).

Disneico y taquipneico. Tos sin expectoración. A su llegada pO₂: 54.

FR: 30 rpm.

SatO₂: 90%.

Ingresa en la unidad con Ventimask al 50% que se sustituye por gafas nasales de alto flujo con FiO₂ al 70% y a 60 lpm.

Gasometría arterial (GSA): pH 7,45, pO₂ 75, pCO₂ 30, HCO₃ 23,5, Ácido Láctico 1,1, exceso de base -0,3.

Por no alcanzar niveles estables se realiza intubación orotraqueal. Modalidad VCRP, FiO₂ 100%, PEEP 10, Compliance 35, FR 18, PaFiO₂ 170.

Sistema de aspiración cerrado para secreciones.

- Alimentarse e hidratarse.

Peso: 82 kg. Talla: 183 cm. IMC: 24,49 (normopeso).

Se mantiene a dieta absoluta las primeras 24 horas.

Colocación de sonda nasogástrica para inicio de nutrición enteral durante el tercer día del ingreso.

- Eliminación.

A su llegada a la unidad se le coloca sonda vesical del número 16.

Presenta orina colúrica y diuresis mantenidas.

No se conoce la fecha de la última deposición. Patrón habitual: una deposición cada 1-2 días, doblemente continente.

- Moverse y mantener una postura adecuada.

FC: 84 lpm. TA: 119/63 mmHg.

Antes del ingreso no presentaba ningún impedimento para moverse.

Durante el ingreso se encuentra acostado con cambios posturales realizados a través de la movilización de la cama.

Barthel: 25 (grado de dependencia grave para las actividades básicas de la vida diaria). ANEXO I

Riesgo de caídas: alto riesgo. ANEXO II

- Dormir y descansar.

No manifiesta tener problemas para el descanso y sueño.

Se seda a las 12 horas de su llegada para la intubación orotraqueal.

- Vestirse y desvestirse.

En el ingreso colabora para realizar el cambio de ropa. Tras la sedación los cambios de ropa son realizados por el personal.

- Mantener una temperatura corporal adecuada.

En el momento del ingreso presenta una temperatura corporal de 36°C. Durante las primeras 24 horas desarrolla picos febriles de hasta 38,6°C.

- Higiene y protección de los propios tegumentos.

En su ingreso hospitalario se realiza en cama con una dependencia total. Presenta sequedad de mucosas nasales debido al soporte respiratorio que precisa. Protección de la piel con ácidos grasos hiperoxigenados AGHO. Escala de Braden: 12 (alto riesgo de desarrollar úlceras por presión). ANEXO III

- Evitar los peligros.

No presenta alergias conocidas. Niega hábitos tóxicos. Sin antecedentes personales relevantes.

Portador de tubo orotraqueal, dos vías venosas periféricas, una en la flexura del miembro superior izquierdo y otra en el miembro superior derecho, sonda vesical y nasogástrica y durante las primeras 24 horas se canalizan arteria radial izquierda y catéter venoso central en yugular derecha.

Nos comunica que tiene todas las vacunas del calendario, pero dice no vacunarse contra la gripe.

A la exploración se evidencia un aumento del perímetro de la pantorrilla derecha con presencia de dolor.

Glasgow: 15, con respuesta ocular espontánea, respuesta verbal orientada y obedece órdenes verbales. ANEXO IV

El dolor se valora en el momento del ingreso con la escala EVA y un resultado de 3, presentándolo en la extremidad inferior afectada. ANEXO V.

- Comunicación:

A su llegada a la unidad es independiente en esta necesidad. Tras la sedación y la intubación (barreras físicas) que se lleva a cabo en las primeras 12 horas, presenta incapacidad para comunicarse.

- Las necesidades de “Creencias y valores”, “Ocupado para sentirse realizado”, “Recrearse para entretenerse” y “Aprendizaje” no son valoradas durante el ingreso debido al bajo nivel de consciencia y la incapacidad para solventarlas en su estancia en UCI.

7. Plan de cuidados:

Tras la valoración y posterior análisis de los datos recogidos se establecen los diagnósticos de enfermería así como las complicaciones potenciales que nos permitan abordar los cuidados que den cobertura a las necesidades alteradas.

Establezco como diagnóstico principal *Deterioro de la ventilación espontánea*, en él se engloban todas las actividades necesarias para el mantenimiento de la ventilación mecánica invasiva con la que se encuentra el paciente. En este caso se valoraron otros diagnósticos como el *Patrón respiratorio ineficaz*, descartado por la menor relación enfermera.

Durante el ingreso el paciente se encuentra sedado y encamado, por lo que el siguiente diagnóstico seleccionado es el *Riesgo de úlceras por presión*, en el que se incluyen las actividades para su prevención así como las necesarias para su higiene corporal, el cuidado de la piel en general y el manejo del posible embolismo de la extremidad inferior afectada.

Dada la intubación orotraqueal, se incluye el *Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral* para vigilancia y cuidado integral de la boca y así prevenir/evitar las complicaciones que pueda ocasionar dicha situación. El diagnóstico de *Dolor agudo* no se incluyó en el plan de cuidados debido a que la valoración solo se puede realizar en los primeros instantes del ingreso por su posterior sedación, existiendo la dificultad de su valoración durante éste, pero se valorará en otros diagnósticos por la posibilidad de que en el momento de disminuir la sedación vuelva a estar presente.

La primera CP seleccionada es *Infección*, ésta se relaciona con los accesos vasculares y la sonda vesical que porta el paciente además de la posibilidad de una sobreinfección respiratoria, incluyendo actividades que se enfocan hacia la prevención de la misma.

Otra CP es la *Broncoaspiración*, la cual busca prevenir un problema respiratorio a mayores para lo cual resulta fundamental el correcto manejo de la sonda nasogástrica y nutrición enteral.

El *Íleo paralítico*, que es otra de las complicaciones que se asocian con el tiempo que pueda pasar el paciente inmovilizado en la unidad así como a la sedación recibida, busca la vigilancia del patrón de eliminación intestinal.

Las *Complicaciones en el destete* se valoran debido a la posibilidad de que esto ocurra a la hora de desconectar al paciente de la VMI y se seleccionan actividades destinadas al control del aparato respiratorio en el momento previo y durante el proceso.

El conjunto de diagnósticos enfermeros y complicaciones potenciales seleccionadas permiten el cuidado del paciente en todos los ámbitos que necesita debido a su estado de salud y adaptándose a las necesidades de la unidad.

Tabla 1.	
Diagnóstico: Deterioro de la ventilación espontánea [00033].	
Factores relacionados:	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad. - Infección respiratoria. - Dolor.

		<ul style="list-style-type: none"> - Fatiga. - Hiperventilación. 		
Características definitorias:		<ul style="list-style-type: none"> - Disnea. - Patrón respiratorio anormal. - Taquipnea. 		
NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso	Evaluación esperada	Evaluación al final del proceso
Estado respiratorio [0415].	Frecuencia respiratoria [41501].	2	5	5
	Ruidos respiratorios auscultados [41504].	2	5	4
	Saturación de oxígeno [41508].	2	5	5
	Disnea de reposo [41514].	2	5	5
	Inquietud [41516].	2	5	4
	Fiebre [41530].	3	5	5
	Vías aéreas permeables [41532].	4	5	5
NIC		Actividades		
Manejo de las vías aéreas artificiales [3180].		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el lavado de las manos <i>con productos de base alcohólica antes de la manipulación. (Nivel de evidencia alto. Recomendación fuerte).</i>¹⁸ - Emplear precauciones universales. 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal y comprobar la presión cada turno. (<i>Nivel de evidencia moderado. Recomendación fuerte</i>).¹⁸ - Realizar aspiración endotraqueal (<i>aspiración con sistema cerrado</i>). - Cambiar la sujeción del tubo endotraqueal cada turno, inspeccionar la piel y la mucosa bucal, y mover el tubo al otro lado de la boca. - Marcar la referencia en centímetros en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamientos. - Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. - Elevar el cabecero de la cama a 30° o más. (<i>Nivel de evidencia moderado. Recomendación fuerte</i>).¹⁸
--	--

Tabla 2.				
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de úlcera por presión [00249].				
Factores relacionados:		<ul style="list-style-type: none"> - Puntuación en escala de Braden ¹⁷ 12. - Hipertermia. - Deterioro de la circulación. - Disminución de la movilidad. 		
NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso	Evaluación esperada	Evaluación al final del proceso
Integridad tisular: piel y membranas	Temperatura de la piel [110101]	3	5	5
	Hidratación [110103]	4	5	5

mucosas [1101].	Integridad de la piel [110113]	5	5	5
	Eritema [110121]	5	5	5
NIC		Actividades		
Prevencción de úlceras por presión [3540].		<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para evaluar los factores de riesgo del individuo (<i>Escala de Braden</i>). (<i>Evidencia C</i>).¹⁷ - Aplicar barreras de protección, <i>AGHO</i> (<i>Evidencia alta</i>), <i>crema hidratante...</i> (<i>Evidencia C</i>).¹⁷ - Registrar el estado de la piel durante el ingreso. - Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración y la incontinencia fecal y urinaria. (<i>Evidencia C</i>).¹⁷ - Inspeccionar la piel al menos una vez al día. - Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas. - <i>Realizar cambios posturales. (Evidencia A) ¹⁷, con una frecuencia determinada por el estado de la piel, el grado de movilidad, su estado de salud general, los objetivos del tratamiento... (Evidencia C).</i>¹⁷ - Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño. 		
Precauciones en el embolismo [4110].		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica. 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar fármacos anticoagulantes. - Elevar la extremidad afectada 20° o más por encima del nivel del corazón para mejorar el retorno venoso. - Realizar cambios posturales cada dos horas.
--	--

Tabla 3.				
Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral [00247].				
Factores relacionados:		- Factor mecánico: intubación orotraqueal, que produce sequedad.		
NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso	Evaluación esperada	Evaluación al final del proceso
Salud oral [1100].	Limpieza de la boca [110001].	5	5	5
	Humedad labial [110009].	3	5	5
	Humedad de la mucosa oral y la lengua [110010].	3	5	5
	Sangrado [110018].	5	5	5
NIC		Actividades		
		- Establecer una rutina de cuidados bucales.		

Mantenimiento de la salud bucal [1710].	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene bucal con clorhexidina en cada turno y cambio de la sujeción del tubo orotraqueal. <i>(Nivel de evidencia alto. Recomendación fuerte)</i>.¹⁸ - Aplicar hidratación en los labios. - Vigilancia del aspecto de la mucosa oral. - Realizar cuidados orales (lavado de dientes, gasas húmedas, humectante bucal y labial), en cada turno.
---	--

Tabla 4.				
Complicación Potencial: Infección.				
NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso	Evaluación esperada	Evaluación al final del proceso
Severidad de la infección [0703].	Erupción [70301].	5	5	5
	Supuración fétida [70303].	5	5	5
	Fiebre [70307].	3	5	5
	Malestar general [70311].	2	5	4
	Infiltrados en la radiografía de tórax [70319].	3	5	5
	Colonización del	5	5	5

	hemocultivo [70320].			
	Colonización del cultivo de esputo [70321].	1	5	5
	Colonización del urocultivo [70324].	5	5	5
	Inestabilidad de la temperatura [70330].	1	5	5
	Dolor [70333].	3	5	5
	Colonización del acceso vascular [70335].	5	5	5
	Tos [70340].	3	5	5
NIC		Actividades		
Protección contra las infecciones [6550].		<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas (<i>gotas y contacto</i>). - Observar los signos y síntomas de infección <i>localizada en catéteres o sondas y sobreinfección respiratoria</i>. - Limitar el número de visitas. - Poner en prácticas las precauciones universales. - Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v. (<i>Nivel de evidencia I. Recomendación fuerte</i>).¹⁹ 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas. - Obtener muestras para cultivo, si es necesario. - Técnicas asépticas cuando proceda. <i>Uso de clorhexidina en la preparación de la piel. (Nivel de evidencia I. Recomendación fuerte).</i>¹⁹ - Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
<p>Sondaje vesical [0580].</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación de la sonda. <i>(Nivel de evidencia I. Recomendación fuerte).</i>²⁰ - Utilizar la sonda del calibre más pequeño posible. - Colocar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga urinaria. <i>(Nivel de evidencia II. Recomendación moderada).</i>²⁰ - Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido. <i>(Nivel de evidencia II. Recomendación fuerte).</i>²⁰ - Monitorizar las entradas y salidas. - Documentar los cuidados, incluidos el tamaño, tipo y cantidad de relleno del balón. - Asegurarse de que la sonda se retira en cuanto sea posible. <i>(Nivel de evidencia II. Recomendación fuerte).</i>²⁰

Tabla 5.				
Complicación potencial: Broncoaspiración.				
NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso	Evaluación esperada	Evaluación al final del proceso
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias [0410].	Ruidos respiratorios patológicos [41007].	2	5	4
	Capacidad de eliminar secreciones [41012].	4	5	4
	Tos [41019].	3	5	5
	Acumulación de esputos [41020].	4	5	5
NIC		Actividades		
Precauciones para evitar la aspiración [3200].		<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. - Controlar el estado pulmonar. - Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible. - Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado. - Mantener el equipo de aspiración disponible. - Comprobar la colocación de la SNG antes de la alimentación. - Comprobar el residuo de la SNG antes de la alimentación. 		

Tabla 6.				
Complicación potencial: Íleo paralítico.				
NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso	Evaluación esperada	Evaluación al final del proceso
Función gastrointestinal [1015].	Tolerancia a la alimentación [101501].	5	5	5
	Frecuencia de las deposiciones [101503].	4	5	3
	Color de las deposiciones [101504].	5	5	5
	Consistencia de las deposiciones [101505].	4	5	5
	Volumen de las deposiciones [101506].	5	5	5
	Sangre en heces [101520].	5	5	5
	Estreñimiento [101536].	4	5	5
	NIC	Actividades		
Vigilancia [6650]	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los riesgos de salud del paciente. - Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales. 			

	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar el estado nutricional. - Vigilar el patrón de eliminación.
--	---

Tabla 7.				
Complicación potencial: Complicaciones en el destete.				
NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso	Evaluación esperada	Evaluación al final del proceso
Respuesta del destete de la ventilación mecánica: adulto [0412].	Frecuencia respiratoria espontánea [41202].	3	5	5
	Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial PaO2 [41208].	3	5	5
	Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2) [41209].	3	5	5
	Dificultades para respirar por sí mismo [41223].	3	5	5
	Secreciones respiratorias [41224].	3	5	4

NIC	Actividades
Destete de la ventilación mecánica [3310].	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la preparación del paciente para el destete. - Colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios y optimizar el descenso diafragmático. - Aspirar la vía aérea, si es necesario. - Iniciar el destete con períodos de prueba. - Alternar períodos de prueba de destete con períodos de reposo y sueño suficientes. - Observar si hay signos de fatiga muscular respiratoria, hipoxemia e hipoxia tisular cuando se procede al destete. - Permanecer con el paciente y proporcionar apoyo durante las pruebas iniciales de destete.

8. Evolución:

Durante el ingreso en la UCI el paciente mejora notablemente. Respiratoriamente mejoraron los parámetros gasométricos, aumenta la saturación de oxígeno y disminuye la frecuencia respiratoria con referencia al momento del ingreso. La TA es controlada con noradrenalina, siendo estable al final de la estancia en la unidad sin necesitar medicación. El perímetro del miembro inferior derecho disminuye y no presenta dolor. Durante el noveno día de ingreso se decide el alta del paciente y su traslado a planta únicamente con un acceso venoso periférico y gafas nasales a 3 litros por minuto.

El DdE *Deterioro de la ventilación espontánea* mejora notablemente en todos sus indicadores, quedando únicamente por mejorar la inquietud, ya que es un paciente que se presenta así desde el momento inicial del ingreso y los ruidos respiratorios auscultados, sobre los que se necesita continuar trabajando en la unidad donde continúa su ingreso.

El *Riesgo de úlceras por presión* y el *Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral* se previenen por completo en la unidad, ya que no presenta lesiones en la piel y la mucosa y los indicadores afectados se solucionan con las actividades propuestas consiguiendo el resultado esperado.

Por otro lado, en relación con las complicaciones potenciales planteadas, se trabaja sobre su prevención, consiguiendo que la mayoría de los indicadores se encuentren con la valoración esperada al final del proceso. Es necesario seguir actuando sobre la posibilidad del *Íleo paralítico* debido a las escasas deposiciones durante el ingreso en la unidad, así como actuar para evitar el desarrollo de una posible infección respiratoria o relacionada con los dispositivos que porta.

Para que la evolución siga siendo favorable y que todos los diagnósticos se resuelvan por completo se necesita una continuidad de los cuidados en la unidad de destino, así como una nueva valoración de los indicadores.

Además es importante hacer hincapié en la educación sanitaria que debe recibir el paciente cuando su situación sea más estable, acerca de la vacunación y los cuidados posteriores al ingreso.

9. Discusión:

En el momento que comencé mis prácticas en la UCI tuve claro que me gustaría desarrollar un estudio de caso en mi trabajo de fin de grado, debido al interés que despertaban en mí los pacientes, las patologías y los cuidados que se llevaban a cabo en las unidades de críticos.

Elegí este paciente por observar casos anteriores con la misma patología y ver las complicaciones que podían desarrollar así como las dificultades de

tratamiento que presentaban en algún momento y la importancia del trabajo de enfermería en la prevención y tratamiento de los mismos. Además pude ver la totalidad de su estancia en UCI, participar en su ingreso y cuidados diarios e informarme de una forma continuada a cerca de su estado.

Tras valorar la evolución clínica y los datos aportados por el plan de cuidados se puede evidenciar la efectividad del mismo, como se puede ver en los resultados obtenidos en la puntuación final de los indicadores de los NOC seleccionados.

La realización de este trabajo me ayudó mejorar mis habilidades en la búsqueda de información para conocer más sobre la patología del caso (tratamientos, epidemiología, vacunas...) así como aumentar la destreza a la hora de desarrollar un plan de cuidados individualizado, llevarlo a la práctica y evaluar los resultados obtenidos con la aplicación de los cuidados enfermeros realizados.

El trabajo con planificación de cuidados en una unidad de críticos es una herramienta eficaz que nos permite organizar y garantizar la continuidad de cuidados, tanto en la propia unidad como con aquellas a las que vayan trasladados los pacientes, para lo cual resulta fundamental poder disponer de soportes informáticos que faciliten su elaboración y que se comuniquen con los ya utilizados en las unidades de hospitalización.

10. Consideraciones ético-legales:

Para el desarrollo de este caso clínico se han respetado las normas de buena práctica clínica, así como los requisitos establecidos en la Ley de Protección de datos de Carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre)²¹ y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)²².

Además se declara no tener ningún conflicto de interés.

11. Anexos:

11.1 ANEXO I: Índice de Barthel ²³

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

Control de heces:

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

Control de orina

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Puntuación:

- <20 dependiente total
- 20-35 dependiente grave
- 40-55 dependiente moderado
- > o = 60 dependiente leve
- 100 independiente

11.2 ANEXO II: Riesgo de caídas. (J.H Downton) ²⁴

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	MEDICAMENTOS	Hipotensores (no diuréticos)
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
DÉFICITS SENSORIALES	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
DEAMBULACIÓN	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

11.3 ANEXO III: Escala de Braden ¹⁷

	Percepción sensorial	Exposición á humidade	Actividade	Mobilidade	Nutrición	Risco de lesións cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmida	Encamado	Completamente inmóbil	Moi pobre	Problema
2	Moi limitada	Húmida con frecuencia	En cadeira	Moi limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Lixeiramente limitada	Ocasionalmente húmida	Deambula ocasionalmente	Lixeiramente limitada	Axeitada	Non existe problema aparente
4	Sen limitacións	Raramente húmida	Deambula frecuentemente	Sen limitacións	Excelente	

RISCO DE UPP			
	BRADEN-BERGSTROM	<13	ALTO RISCO
	BRADEN-BERGSTROM	13 - 14	RISCO MODERADO
Se idade <75 anos	BRADEN-BERGSTROM	15-16	BAIXO RISCO
Se idade >=75 anos	BRADEN-BERGSTROM	15-18	BAIXO RISCO

11.4 ANEXO IV: Escala de Glasgow ²⁵

● Apertura de ojos	
○ Espontánea	4
○ Tras estímulo verbal	3
○ Tras estímulo doloroso	2
○ Ausente	1
● Respuesta verbal:	
○ Orientado	5
○ Conversación confusa	4
○ Palabras inapropiadas	3
○ Incomprensible	2
○ Ausente	1
● Respuesta motora:	
○ Obedece órdenes	6
○ Localiza dolor	5
○ Flexión a dolor	4
○ Flexión anormal	3
○ Extensión a dolor	2
○ Ausente	1
Número máximo de puntos	15
Número mínimo de puntos	3

11.5 Anexo V: Escala EVA²⁶



- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

11.6 Anexo VI: Informe de alta

Fecha de ingreso: 20/02/2020

Fecha de alta: 01/03/2020

Alergias a medicamentos: no conocidas.

Antecedentes: no.

- Motivo de ingreso: disnea y dolor en el miembro inferior derecho.
- Evolución: favorable durante el ingreso en la unidad.

Hemodinámica: estable, sin soporte de aminas. FC en rangos normales.

Normotenso. Afebril.

Respiratorio: GN a 3 lpm con Sat O2 superiores a 95%, con buena tolerancia.

Neurológico: Consciente, orientado y colaborador. Ligeramente ansioso.

Moviliza las cuatro extremidades.

Digestivo: última deposición el día 25. Alimentación por SNG tolerada.

Renal: diuresis mantenidas.

Comentario: valorar los problemas que no resolvieron completamente en la unidad de cuidados intensivo. Control de las deposiciones en la unidad. Realizar educación sanitaria fomentando la campaña de vacunación antigripal anual. Valorar la independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria y la tolerancia a la actividad según su estado general mejore.

Indicadores a seguir evaluando:

Complicación Potencial: Infección.				
NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso	Evaluación esperada	Evaluación al final del proceso
Severidad de la infección [0703].	Malestar general [70311].	2	5	4

Gripe A: plan de cuidados a propósito de un caso.

Complicación potencial: Broncoaspiración.				
NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso	Evaluación esperada	Evaluación al final del proceso
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias [0410].	Ruidos respiratorios patológicos [41007].	2	5	4
	Capacidad de eliminar secreciones [41012].	4	5	4

Complicación potencial: Íleo paralítico.				
NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso	Evaluación esperada	Evaluación al final del proceso
Función gastrointestinal [1015].	Frecuencia de las deposiciones [101503].	4	5	3

12. Agradecimientos:

A mi tutora Berta García, por la ayuda e interés demostrados durante estos meses junto con su apoyo y consejos.

Al personal de la UCI 5ªA, por ayudarme con la elección y facilitar el proceso de prácticas.

A mi familia y amigos, por formar parte de la aventura y apoyar mis decisiones.

13. Bibliografía:

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social [Sede Web]. Madrid; [acceso 5 de abril de 2020]. *La Gripe*. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/gripe.htm#virus>
2. Francis ME, King ML, Kelvin AA. *Back to the Future for Influenza Preimmunity-Looking Back at Influenza Virus History to Infer the Outcome of Future Infections*. *Viruses*. 2019; 11(2):122. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6410066/>
3. Casado Buesa M.I. *Efecto de la vacunación antigripal sobre el pronóstico de los pacientes hospitalizados con gripe* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2018. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=xnZtsRuPt98%3D>
4. Verzosa Castro K.J, Salcedo Álvarez D.M, Versoza Castro K.W, Pesantez Piedra M.D. *Las vacunas antigripales y la pandemia de gripe mundial*. *Recimundo*. 2019; 3 (2): 661-674.
5. Instituto de Salud Carlos III. *Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2018-19. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España*. Disponible en: http://vgripe.isciii.es/documentos/20182019/InformesAnuales/Informe_Vigilancia_GRIPE_2018-2019_22julio2019.pdf
6. Marín-Corral J, et al. *Pacientes con gripe por el virus Influenza A (H1N1)pdm09 ingresados en la UCI. Impacto de las recomendaciones de la SEMCYUC*. *Medin*. 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323842422_Pacientes_con_gripe_por_el_virus_influenza_A_H1N1pdm09_ingresados_en_la_UCI_Impacto_de_las_recomendaciones_de_la_SEMICYUC
7. SERGAS [sede web]. Galicia: Consellería de Sanidade [acceso 5 de abril 2020]. *Como prevenir a gripe?* Disponible en:

<https://gripe.sergas.es/Contidos/Que-se-pode-facer-para-previr-o-contaxio-e-a-difusi%C3%B3n>

8. WHO [sede web]. Ginebra: [acceso 5 de abril 2020]. *Influenza (seasonal)*.

Disponible en: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))

9. Consellería de Sanidad. *Campaña vacunación antigripal 2019*. Galicia: 2019 [acceso 6 de abril 2020]. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/3293/Instruccion_Gripe_2019_castellano.pdf

10. Pérez García J.F. *Gripe A pandémica H1N1 en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid: Estudio epidemiológico y papel de la carga viral* [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 2011. Disponible en: <https://eprints-ucm-es.accedys.udc.es/16298/1/T33810.pdf>

11. Ruey-Wen Lin, Guang-Wu Chen, Hsiang-Hsuan Sung, Ren-Jye Lin, Li-Chen Yen, Yu-Ling Tseng, Yung-Kun Chang, Shu-Pei Lien, Shin-Ru Shih, Ching-Len Liao. *Naturally occurring mutations in PB1 affect influenza A virus replication fidelity, virulence, and adaptability*. J Biomed Sci. 2019; 26: 55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6668090/citedby/>

12. Rodríguez A, Álvarez Rocha L, Sirvent J.M, Zaragoza R, Nieto M, Arenzana A. *Recomendaciones del Grupo de Trabajo Enfermedades Infecciosas (GTEI) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y el Grupo de Estudio de Infecciones en el Paciente Crítico (GEIPC) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica (SEIMC) para el diagnóstico y tratamiento de la gripe A/H1N1 en pacientes adultos graves hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos*. Medin. 2012; 36 (2): 103-137. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-recomendaciones-del-grupo-trabajo-enfermedades-articulo-S0210569111003457>

13. NANDA INTERNACIONAL. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación: 2018-2020*. Barcelona: Elsevier; 2019.

14. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.

15. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
16. Rubio Sevilla J.C. *Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico (2ª parte)*. *Enferm Cardiol*. 2016; 23 (69): 30-39.
17. Souto-Fernández E. M., Calvo-Pérez A. I., Rodríguez-Iglesias F. J.; *Guía práctica de úlceras por presión. [Guía práctica nº 1]*. En: Rumbo-Prieto J. M., Raña-Lama C. D., Cimadevila-Álvarez M. B., Calvo-Pérez A. I., Fernández-Segade J., editores. Colección de Guías Prácticas de Heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.
18. SEEIUC, SEMICYUC, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, EnvinHELICS [Internet]. *Protocolo de prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica en las UCI españolas Neumonía Zero*. 2011; [Consultado 9 May 2020]. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/12/protocolo_nzero.pdf
19. SEMICYUC, SEEIUC, Ministerio de Sanidad [Internet]. Proyecto Bacteriemia Zero. *Protocolo de prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales (BRC) en las UCI españolas*. 2009 [consultado 9 May 2020]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/PROTOCOLO_BACTERIEMIA_ZERO.pdf
20. SEMICYUC, SEEIUC, Ministerio de Sanidad [Internet]. *Prevención de la infección urinaria relacionada con la sonda uretral en los pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos*. 2018 [consultado 9 May 2020]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2018/04/itu-zero/definitivo/PROYECTO-ITU-ZERO-2018-2020.pdf>
21. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 1999 Dic 14; (298): 12p. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
22. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y

documentación clínica. BOE 2002 Nov 15;(274): 7p. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

23. Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. *Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel*. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 1997 Mar [citado 2020 Jun 03]; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004

24. Dirección enfermera del Hospital Universitario Ramón y Cajal. *Protocolo general caídas*. Madrid; 2005.

25. Servizo Galego de Saúde. *Plan de asistencia ao ictus en Galicia*. Santiago de Compostela. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/874/PLAN%20DE%20ASISTENCIA%20AO%20ICTUS%20EN%20GALICIA_def_2.pdf

26. Úlceras fóra [sede web].Galicia: Sevizo Galego de Saúde. [Fecha de acceso: 3 de Junio de 2020]. Escala de valoración del dolor: Escala visual analógica del dolor (EVA). Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20EVA.pdf>