



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2023 - 2024

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Plan de cuidados a un paciente traqueostomizado tras Gripe A

Laura Gutiérrez Rodríguez

Directora: Miriam Rossi López

Junio / 2024

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA

ÍNDICE

RESUMEN	4
RESUMO	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN.....	6
ETIOLOGÍA.....	7
EPIDEMIOLOGÍA	7
MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y COMPLICACIONES	9
TRANSMISIÓN Y PRECAUCIONES.....	11
DIAGNÓSTICO	12
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	13
JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	14
DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	15
DESARROLLO.....	16
MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	18
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	19
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y COMPLICACIONES POTENCIALES.....	23
PLANIFICACIÓN/EJECUCIÓN	24
EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y SEGUIMIENTO.....	33
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	41
CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES	42

AGRADECIMIENTOS	43
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	48
ANEXO I	48
ANEXO II	48
ANEXO III	49
ANEXO IV	50

RESUMEN

Introducción: La gripe es una enfermedad infecciosa aguda de carácter respiratorio causada por el virus Influenza. Constituye uno de los mayores problemas de salud pública causando hospitalizaciones, complicaciones graves y muertes a nivel mundial, en especial la gripe A (H1N1) por su mayor condición estacional y pandémica.

Objetivos: (1) Elaborar un plan de cuidados a un paciente traqueostomizado tras gripe A, ingresado en una de las Unidades de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, mediante las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC. (2) Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería descritas en relación a los resultados esperados. (3) Comparar el plan de cuidados realizado con los expuestos en la bibliografía para colaborar en el abordaje de situaciones clínicas similares.

Desarrollo: La bibliografía empleada se obtuvo de diferentes bases de datos, páginas webs y repositorios. Para la valoración de enfermería se empleó el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Los diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones se formularon mediante las taxonomías NANDA-I-NOC-NIC, evaluando posteriormente los objetivos alcanzados con la Escala Likert.

Discusión y conclusión: La realización de este plan de cuidados nos ha permitido evaluar el impacto de las intervenciones establecidas a través de los diagnósticos de enfermería, complicaciones potenciales y objetivos, las cuales han resultado ser efectivas, evidenciado por un buen control de salud y evolución favorable.

Palabras clave: “gripe A”, “plan de cuidados”, “traqueostomía”, “diagnósticos de enfermería”, “complicaciones graves”, “hospitalización”

RESUMO

Introducción: A gripe é una enfermidade infecciosa aguda de carácter respiratorio causada polo virus Influenza. Constitúe un dos maiores problemas de saúde pública causando hospitalizacións, complicacións graves e mortes a nivel mundial, especialmente a gripe A (H1N1) pola súa maior condición estacional e pandémica.

Obxectivos: (1) Elaborar un plan de cuidados a un paciente traqueostomizado tras gripe A, ingresado nunha das Unidades de Medicina Interna do Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña, mediante as taxonomías NANDA-I, NOC e NIC. (2) Avaliar a efectividade das intervencións de enfermería descritas en relación aos resultados esperados. (3) Comparar o plan de cuidados realizado cos expostos na bibliografía para colaborar na abordaxe de situacións clínicas semellantes.

Desenvolvemento: A bibliografía empregada obtívose de diferentes bases de datos, páxinas web e repositorios. Para a valoración de enfermería, empregouse o modelo das 14 necesidades de Virginia Henderson. Os diagnósticos de enfermería, obxectivos e intervencións formuláronse mediante as taxonomías NANDA-I-NOC-NIC, avaliando posteriormente os obxectivos acadados coa Escala Likert.

Discusión e conclusión: A realización deste plan de cuidados permitiunos avaliar o impacto das intervencións establecidas a través dos diagnósticos de enfermería, complicacións potenciais e obxectivos, as cales resultaron ser efectivas, evidenciado por un bo control de saúde e evolución favorable.

Palabras clave: “gripe A”, “plan de cuidados”, “traqueostomía”, “diagnósticos de enfermería”, “complicacións graves”, “hospitalización”

ABSTRACT

Introduction: Influenza is an acute infectious respiratory disease caused by the Influenza virus. It constitutes one of the major public health problems, causing hospitalizations, severe complications and deaths worldwide, especially Influenza A (H1N1) due to its biggest seasonal and pandemic condition.

Objectives: (1) Develop a care plan to a tracheostomized patient after Influenza A, admitted to one of the Internal Medicine Units of the University Hospital Complex of A Coruña, using the NANDA-I, NOC and NIC taxonomies. (2) Evaluate the effectiveness of the described nursing interventions in relation to the expected outcomes. (3) Compare the realized care plan with those exposed in the bibliography to collaborate on the management of similar clinical situations.

Development: The bibliography used was obtained from different databases, websites and repositories. For the nursing assessment, Virginia Henderson's model of the 14 basic needs was employed. The nursing diagnoses, objectives, and interventions were formulated using NANDA-I-NOC-NIC taxonomies, subsequently evaluating the achieved objectives with Likert Scale.

Discussion and conclusion: The realization of this care plan has allowed us to evaluate the impact of the interventions established through nursing diagnoses, potential complications and objectives, which have proven to be effective, evidenced by good health control and favorable evolution.

Keywords: "Influenza A", "care plan", "tracheostomy", "nursing diagnoses", "severe complications", "hospitalization"

INTRODUCCIÓN

La gripe es una enfermedad respiratoria infecciosa aguda, causada por el virus *Influenza*, que afecta principalmente al tracto respiratorio superior (nariz y garganta) y en menor medida al inferior (pulmones)¹. Se caracteriza por su elevada contagiosidad y capacidad para sufrir variaciones genéticas y baja dosis infectiva, constituyendo una de las mayores amenazas mundiales para la salud pública debido a su alta carga de mortalidad, morbilidad e impacto socioeconómico².

ETIOLOGÍA

El virus de la gripe es un virus de ácido ribonucleico (ARN) monocatenario, segmentado y de polaridad negativa perteneciente a la familia *Orthomyxoviridae* y al género *Influenzavirus*³. Se clasifica en cuatro tipos: A, B, C y D.

El virus de la gripe tipo A es el causante de la mayoría de las epidemias estacionales y el único responsable de epidemias globales (pandemias). Se clasifica en los subtipos H1N1, H1N2 y H3N2 según la antigenicidad de dos glucoproteínas localizadas en la superficie celular del virus, la hemaglutinina (HA) y la neuraminidasa (NA). Puede infectar tanto a humanos como a animales, aumentando el riesgo de aparición de nuevas cepas del virus. Actualmente se tiene constancia de que sólo los subtipos H1N1 y H3N2 son los que circulan entre los seres humanos^{4,5}.

Las raíces históricas de la gripe A (H1N1) comienzan en marzo de 2009 cuando se detectó en Estados Unidos, que dos niños de 9 y 10 años, los cuales vivían en áreas diferentes y no habían tenido contacto con cerdos ni una conexión epidemiológica común, presentaban síntomas gripales leves. Tras tomarles muestras respiratorias, observaron la presencia de un nuevo virus Influenza A, el H1N1, de origen porcino. El 17 de abril de ese mismo año, el gobierno de Estados Unidos informó a la Organización Mundial de

la Salud (OMS) de este hecho. La ausencia de contacto con cerdos, dio lugar al pensamiento de que la infección se producía por transmisión viral de persona a persona⁶.

Este nuevo virus estaba formado por una combinación de segmentos genómicos de origen porcino, aviar y humano, nunca observado con anterioridad⁶: (Figura 1)⁶

- Los segmentos HA, NP y NS proceden del virus H1N1 porcino clásico de 1918 que fueron incorporados al virus porcino norteamericano con reordenación triple (porcino, aviar y humano) de 1997-1998.
- Los segmentos NA y M proceden del virus H1N1 porcino de Eurasia de linaje aviar de 1979.
- El complejo de la polimerasa, formado por los segmentos PB1, PB2 y PA, procede del virus porcino con reordenación triple: el primero tuvo origen en el virus humano H3N2, surgido en 1968, y los otros dos, origen aviar.

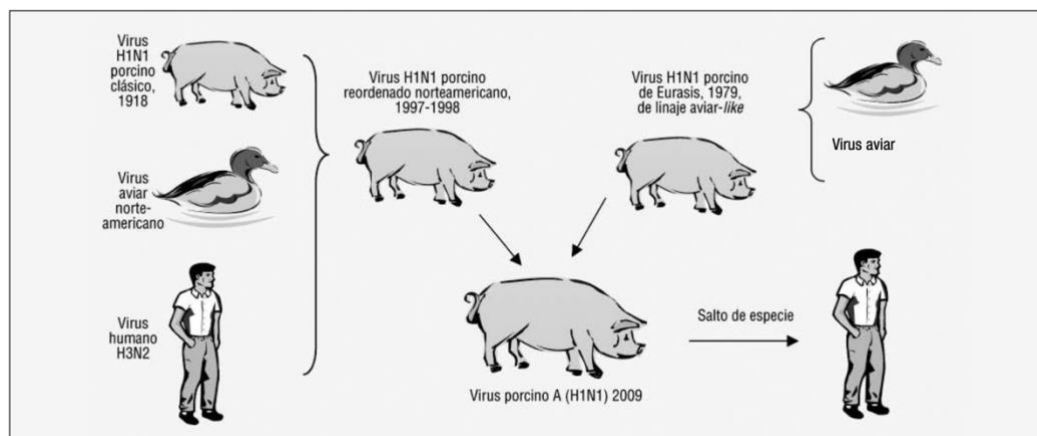


Figura 1⁶. Génesis del virus influenza porcino A (H1N1) 2009.

En cuanto al virus de la gripe tipo B, es menos común que el tipo A, causando únicamente epidemias estacionales. A diferencia del tipo A, solo tiene capacidad para infectar a humanos y se clasifica en los linajes B/Yamagata y B/Victoria^{4,7}.

El virus de la gripe tipo C también puede causar gripe en humanos, sin embargo, carece de relevancia para la salud pública debido a que es detectado con una menor frecuencia que los anteriores y ocasiona infecciones de carácter leve⁷.

El virus de la gripe tipo D afecta principalmente al ganado, en particular a los bovinos, por lo que no es considerado una amenaza significativa para la salud humana⁷.

EPIDEMIOLOGÍA

Desde finales del siglo XIX, se han documentado diferentes pandemias causadas por el virus Influenza, todas ellas por el virus tipo A: “Gripe Española”, “Gripe Asiática”, “Gripe de Hong Kong”, “Gripe Aviar” y “Gripe A (H1N1)”, esta última declarada por la OMS en 2009 y cursando con 19.000 víctimas mortales^{8,9}.

Según estimaciones de la OMS, ocurren mil millones de casos de gripe estacional al año entre los cuales, tres y cinco millones son graves y 290.000 y 650.000 desembocan en fallecimientos de causa respiratoria⁷.

El último informe del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE), correspondiente a la temporada 2019-2020, muestra en términos de grupos etarios, que los más afectados fueron los niños, en especial el grupo de 0-4 años con una incidencia semanal máxima de gripe de 789,3 casos/100.000 habitantes. En comparación, se detectaron 545,4 casos/100.00 habitantes en personas mayores de 64 años¹⁰.

De 2.579 detecciones centinela, 57,4% correspondieron al virus de la gripe A, el 42,4% al virus tipo B y el 0,1% al virus tipo C. Respecto a los subtipos del virus tipo A, el 84% fueron A(H1N1)pdm09 y el 16% A(H3N2)¹⁰.

Con respecto a la hospitalización de aquellos casos independientemente de su gravedad, se estimó una tasa acumulada de hospitalización de pacientes con gripe diagnosticada de 59,9 casos/100.000 habitantes. La mayoría de las hospitalizaciones recayeron en personas de más de 64 años (38%). La proporción de admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) respecto al total de pacientes hospitalizados diagnosticados de gripe independientemente de su gravedad fue del 6,9%.¹⁰ En cuanto a las hospitalizaciones de casos graves diagnosticados de gripe, la tasa acumulada de hospitalización fue de 40,7 casos/100.000 habitantes en mayores de 64 años. De todos los casos, el 55% correspondió a hombres y el 45% a mujeres y el 80% de los pacientes presentaron factores de riesgo de complicaciones de gripe¹⁰.

La gripe es considerada una enfermedad de declaración obligatoria. Según el boletín de la semana 4 de 2024 de vigilancia epidemiológica en España proporcionado por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relevante para el caso clínico que se desarrollará con posterioridad, se muestra la declaración de 4.843 casos de gripe. También estima que la tasa de hospitalización por gripe es de 3,6 casos/100.000 habitantes, siendo más alta en los pacientes de 80 o más años. Desde el inicio de la temporada 2023-2024 hasta la cuarta semana de 2024, de los casos ingresados por gripe, el 36,2% presentaron neumonía, un 5,6% hospitalización en UCI y un 6,4% fallecieron¹¹.

Según el informe de la semana 4 de la actividad gripal de la temporada 2023/2024 del SERGAS (Servicio Gallego de Salud), significativo también para el caso clínico, se detectó un 6,8% de positividad en las muestras respiratorias estudiadas para el virus tipo A y un 0,0% para el virus B. Del total de virus tipo A, el 70% fue identificado como H1N1pdm09 y el resto como H3N2¹².

En cuanto a la hospitalización de personas con gripe confirmada, se registraron 51 ingresos. La tasa de ingreso en la población general fue de 1,9 ingresos /100.000 habitantes, siendo más alta en el grupo de 65 años o más, con 5,8 ingresos por cada 100.000 habitantes¹².

Desde el inicio de la temporada hasta cuarta semana de 2024 se han notificado un total de 3.143 ingresos, todos con virus tipo A, siendo el 72% del subtipo H1N1pdm09. Además, 166 pacientes fueron ingresados en la UCI y 215 fallecieron, de los cuales se estima que 81 murieron a causa de la gripe¹².

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y COMPLICACIONES

La gripe suele tener un periodo de incubación de aproximadamente 2 días. Los síntomas aparecen entre el primer y cuarto día después del contagio y tienden a persistir alrededor de una semana. Durante este tiempo, la persona infectada puede ser contagiosa desde 1 día antes del comienzo de los síntomas y hasta 5 días después de los mismos^{7,13}.

Las manifestaciones clínicas de la gripe pueden clasificarse en^{4,13,14}:

- Manifestaciones generales: fiebre súbita y elevada (>38°C), escalofríos y sudoración, astenia, mialgias, cefalea intensa, dolor muscular o articular y malestar general.
- Manifestaciones respiratorias: odinofagia, rinitis, tos seca y persistente, dolor de garganta y secreción nasal.
- Manifestaciones poco frecuentes: laringitis u otitis media, náuseas, vómitos, diarrea leve, dolor abdominal y estreñimiento.

La enfermedad de la gripe suele seguir un curso clínico autolimitado y leve, pero en ocasiones puede agravarse y desarrollar las siguientes complicaciones^{14,15,16}:

- Pulmonares: neumonía, bronquitis, insuficiencia respiratoria como el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), crup, asma y disnea de esfuerzo.
- Cardíacas: miocarditis y pericarditis.
- Neurológicas: confusión, convulsiones, Síndrome de Reye, psicosis, neuritis, Síndrome de Guillén-Barré, coma, mielitis transversa, encefalomiелitis, meningoencefalitis y encefalopatía.
- Musculares: sensibilidad muscular y miositis.
- Renales: insuficiencia renal y mioglobinuria.
- Bacterianas: infecciones bacterianas, Síndrome de shock tóxico, faringitis estreptocócica y sepsis.

La población con mayor riesgo de desarrollar complicaciones de la gripe incluye a personas ≥ 65 años; condiciones neurológicas; trastornos sanguíneos y metabólicos; enfermedades pulmonares crónicas y asma; trastornos endocrinos; enfermedades cardíacas, renales o hepáticas; personas con obesidad extrema; jóvenes $<$ de 19 años a tratamiento prolongado con aspirina o salicilato; personas con un sistema inmunitario débil; personas que han sufrido un accidente cerebrovascular; mujeres embarazadas y hasta 2 semanas postparto; residentes de establecimientos de cuidados a largo plazo; individuos pertenecientes a minorías raciales y étnicas; niños $<$ de 5 años (especialmente $<$ de 2 años)¹⁷.

TRANSMISIÓN Y PRECAUCIONES

La principal vía de transmisión de la Influenza humana es por gotas (gotas de Pflügge). Estas gotas de más de 5 micras se forman cuando la persona infectada habla, tose o estornuda y alcanzan posteriormente la boca, nariz u ojos de las personas que le rodean. Solamente recorren una distancia de algo menos de un metro, debido a que no son capaces de mantenerse suspendidas en el aire, sino que se depositan fugazmente¹⁸.

Otras vías de transmisión menos frecuentes son por contacto directo de las mucosas con las secreciones respiratorias de una persona infectada, por contando indirecto, cuando las manos entran en contacto con superficies contaminadas que han sido tocadas por la persona infectada o a través de aerosoles de pequeño tamaño (núcleos goticulares de Wells), en espacios con una ventilación inadecuada¹⁸.

En cuanto a las precauciones que debemos tomar, además de las precauciones estándar, también son necesarias las precauciones basadas en la transmisión (PBT) o medidas de aislamiento, debido a las particularidades de la infección. En el caso de la gripe, se aplicarían las precauciones de transmisión por gotas¹⁹.

DIAGNÓSTICO

Los métodos diagnósticos para detectar el virus de la Influenza incluyen pruebas moleculares (pruebas moleculares de detección rápida, reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR)); y pruebas de detección de antígenos (pruebas de diagnóstico rápido y prueba de inmunofluorescencia directa o indirecta)²⁰.

Las pruebas de detección rápida son las más utilizadas debido a la rapidez de detección de la Influenza (10-15 minutos), no obstante, son menos fiables que la RT-PCR a consecuencia de su alta especificidad (90%-95%) y, en particular, a su baja sensibilidad (50%-70%). Además, no tienen capacidad de diferenciar el subtipo de Influenza A²⁰. También existen otras pruebas como el cultivo viral, el cultivo celular y serológicas, que se utilizan principalmente con fines de investigación de salud pública y vigilancia epidemiológica, y no para el manejo clínico de la enfermedad²⁰.

En definitiva, el estándar de oro para el diagnóstico de la gripe es la RT-PCR debido a su alta sensibilidad y especificidad para amplificar e

identificar la presencia de ácido nucleico o ARN viral en las muestras respiratorias de pacientes con sospecha del virus²⁰.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

La medida más eficaz para prevenir la gripe es la vacunación anual⁷.

La OMS formula anualmente una lista con población de riesgo a la que recomienda la vacunación antigripal, entre los que destacan las mujeres embarazadas, niños con una edad comprendida entre los seis meses y los 5 años, personas ≥ 65 años, enfermos crónicos y personal sanitario⁷.

Actualmente, existen dos tipos de vacunas frente a la Influenza, una compuesta por virus inactivados, en forma de inyección, y otra por virus vivos atenuados, en forma de aerosol nasal²¹.

Cada año surgen nuevas cepas del virus de la gripe debido a su capacidad para sufrir variaciones genéticas, hecho que obliga a que las vacunas tengan que revisarse cada temporada y administrarse anualmente²².

La campaña de vacunación antigripal en Galicia, suele comenzar en el mes de Septiembre y finalizar en el mes de Diciembre. En la campaña de la temporada 2023-2024, las vacunas de elección fueron las tetravalentes producidas a partir de huevos embrionarios (inactivas o atenuadas), dirigidas a la protección frente a dos tipos de virus de la gripe: dos subtipos de virus A ((H1N1)pdm09 y H3N2) y dos linajes de virus B (linaje B/Victoria y linaje B/Yamagata)²³.

Además de la vacunación, la OMS también describe las siguientes medidas de protección personal como acciones preventivas frente a la gripe: higiene de manos frecuente, higiene respiratoria (tapar la nariz y la boca al toser/estornudar, desechar de manera correcta pañuelos utilizados),

permanecer en el domicilio el tiempo oportuno si aparición de síntomas gripales, evitar contacto directo con personas infectadas por Influenza y el contacto de ojos, nariz y boca con las manos⁷.

El tratamiento frente a la gripe depende de la gravedad de los síntomas. La terapia antiviral se utiliza tanto para la prevención como para el tratamiento de la Influenza. Se aconseja su administración temprana a personas diagnosticadas de gripe o con sospecha de la misma que padecen enfermedades severas, complicadas o progresivas que requieran hospitalización y personas con riesgo de desarrollar complicaciones. La administración de antivirales dentro de las 48 horas posteriores al comienzo de los síntomas disminuye la duración, gravedad y mortalidad de la infección. Entre los fármacos antivirales más utilizados destacan el Oseltamivir, Zanamivir, Peramivir, Amantadina y Rimantadina^{1,24}.

La terapia empírica con antibióticos, se emplea para el tratamiento de la neumonía por gripe. Los antibióticos más utilizados son las Cefalosporinas de 3ª generación (Ceftriaxona y Cefotaxima), Quinolonas (Ciprofloxacino y Levofloxacino) y Macrólidos (Claritromicina)¹.

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

La gripe constituye uno de los mayores problemas de salud pública. Cada año, afecta a millones de personas, causando hospitalizaciones, complicaciones graves e incluso muertes. A pesar de los avances en la prevención, investigación y conocimientos sobre la enfermedad, la gripe sigue siendo un motivo de preocupación constante debido a su variabilidad antigénica y capacidad para propagarse rápidamente.

El caso clínico seleccionado presenta una oportunidad única para abordar multitud de aspectos relacionados con esta enfermedad, en particular, la importancia de la gripe como enfermedad respiratoria.

La gripe es una enfermedad común para la sociedad, sin embargo, a pesar de ser aparentemente leve e insignificante, la realidad que oculta es muy distinta ya que desarrolla complicaciones graves como la insuficiencia respiratoria y la neumonía, que afectan especialmente a personas de alto riesgo como adultos de edad avanzada, con comorbilidades o inmunodeprimidas.

Estas complicaciones derivadas de la gripe en ocasiones implican tener que someter al paciente a procedimientos invasivos, lo que agrega una capa adicional de complejidad e impacto en su calidad de vida. De esta forma, las necesidades básicas que con anterioridad el paciente podía satisfacer de manera independiente y autónoma se ven truncadas.

El manejo de la gripe también tiene un gran impacto económico, tanto para el sistema de salud como para el paciente y su familia. La educación y la prevención son fundamentales para evitar que este problema siga estando a la cabeza de las preocupaciones desde el punto de vista de salud pública y en los que se necesita invertir el mayor número posible de recursos.

A pesar de que los profesionales de enfermería forman parte de un equipo multidisciplinar para el abordaje del paciente, destacan por ser una fuente de educación, prevención y concienciación muy valiosa dentro de la comunidad debido a su cercanía con la misma.

Por último, otra de las razones que me han motivado a escoger este caso clínico es la posibilidad de contribuir al conocimiento científico, proporcionando un plan de cuidados efectivo y de utilidad para pacientes que enfrenten situaciones clínicas similares.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

1. Elaborar un plan de cuidados a un paciente traqueostomizado tras gripe A, ingresado en una de las Unidades de Medicina Interna del

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, mediante las taxonomías NANDA I, NOC Y NIC.

2. Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería descritas en relación a los resultados esperados.
3. Comparar el plan de cuidados realizado con los expuestos en la bibliografía para colaborar en el abordaje de situaciones clínicas similares.

DESARROLLO

MATERIAL Y MÉTODOS

La selección de este paciente tuvo lugar en una de las Unidades de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) durante mi periodo de Prácticum.

Para la elaboración de este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la evidencia científica más reciente en bases de datos como PubMed y Dialnet, con las palabras clave, en español y en inglés, Influenza/Gripe A/ H1N1, epidemiología, plan de cuidados de enfermería, paciente traqueotomizado y tratamiento antiviral, también en revistas científicas como Elsevier, Revista sanitaria de investigación, STATPEARLS, además de páginas web como la de la OMS, SERGAS, CDC (Centers for Disease Control and Prevention), Ependium, Ministerio de Sanidad, MSDmanuals y repositorios de universidades como el Repositorio institucional de la Universidad de A Coruña (UDC).

La recopilación de los datos del paciente se hizo a través de la entrevista de enfermería, en la cual también participó su mujer, su cuidadora principal, debido a las dificultades comunicativas del paciente, mediante el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, además de acceder al IANUS (historia clínica electrónica del SERGAS).

Los diagnósticos de enfermería se formularon por taxonomía NANDA-I²⁵ (North American Nursing Diagnosis Association) 2021-2023, adjudicándoles a cada uno de ellos sus correspondientes objetivos mediante la taxonomía NOC²⁵ (Nursing Outcomes Classification), con posterior evaluación de sus indicadores con la Escala Likert, y sus intervenciones mediante la taxonomía NIC²⁵ (Nursing Interventions Classification).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 71 años que acude al servicio de Urgencias el 22/01/24 por presentar cuadro de tos con secreciones amarillentas, fiebre (38,2°C) y malestar general de 24 horas de evolución. Convive con su esposa, diagnosticada de gripe A el día anterior.

Se diagnostica mediante PCR de virus respiratorio Gripe A (H1N1), debido a la detección de RNA de virus Influenza A, sin presencia de claros infiltrados neumónicos en radiografía de tórax.

Se decide ingreso en Medicina Interna ese mismo día donde se instaura tratamiento y presenta mejoría parcial. A las 24 horas, se avisa a los intensivistas por insuficiencia respiratoria, que tras valoración se decide ingreso en UCI para soporte ventilatorio a largo plazo y optimización de la oxigenación.

Durante su estancia en UCI (23/01/24-23/02/24), desarrolla una neumonía bilateral por gripe A, para la que precisa intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva (VMI) prolongada con la necesidad de realizar traqueostomía percutánea, y otra neumonía nosocomial asociada a la VMI (NAVM) por *Pseudomonas Aeruginosa*.

Un mes más tarde (23/02/24), el paciente regresa a Medicina Interna nuevamente para continuar con los estudios y tratamientos oportunos por continuidad con insuficiencia respiratoria.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

- Tensión arterial (TA): 156/75 mmHg. Frecuencia cardiaca (FC): 75 lpm. Frecuencia respiratoria (FR): 19 rpm. Saturación de oxígeno (SatO₂): 93% con O₂ a 3 litros con conexión en T.
- Exfumador desde hace 16 años de un paquete de tabaco diario.
- Presenta disnea en reposo y de esfuerzo y tos con abundantes secreciones purulentas que no es capaz de expectorar con necesidad de aspiración por turno y a demanda.
- Comenzará fisioterapia respiratoria y se le proporcionará espirómetro de incentivo. Nebulizaciones con Bromuro de Ipratropio.
- Portador de cánula de traqueostomía desde el 7/02/24 (Tipo: Shiley con balón, Número: 8).

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

- Peso: 60 kg. Talla: 1,68 m. Índice de masa corporal (IMC): 21,3 kg/m² (normopeso).
- No refiere intolerancias alimenticias.
- Presenta disfagia a líquidos y a sólidos.
- Porta sueroterapia (suero fisiológico 0,9% 500 ml).
- Portador desde domicilio de sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), permeable, sin residuos y sin aire en su interior.
- En su domicilio realizaba cuatro tomas diarias de fórmula enteral por jeringa, administradas por su mujer.
- Se le pauta nutrición enteral continua con fórmula Hiperprot Hipercal (Isosource protein) de vainilla 500 ml por PEG.
- No portador de prótesis dental.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Portador de sonda vesical (SV) conectada a bolsa de orina colectora medidora (Tipo: Uremeter), permeable. Orinas claras y diuresis mantenidas.
- Portador de pañal para eliminación fecal. No tendencia a estreñimiento ni diarrea. Realiza normalmente una deposición cada 2 días.
- Se le prescribe lactitol y enema en caso de presentar estreñimiento debido al reposo absoluto.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA CORPORAL

- Reposo absoluto en cama. Movilidad de miembros inferiores limitada. Ayuda total para levantarse y acostarse y trasladarse al sillón. Comenzará programa de fisioterapia motora.
- En su domicilio utilizaba dispositivo de apoyo (andador) por lateralización de la marcha.

NECESIDAD DE REPOSO/SUEÑO

- Inquietud y dificultad para iniciar y mantener el sueño debido a las abundantes secreciones.
- Toma medicación para dormir (Haloperidol).

NECESIDAD DE VESTIRSE Y UTILIZAR ROPAS ADECUADAS

- Colabora con el personal a la hora de vestirse y desvestirse.
- Prefiere utilizar camisón por comodidad y funcionalidad debido a los cuidados que precisa.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

- Temperatura (T^a): 36,4°C (afebril). Sudoración normal.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL Y MUCOSAS

- Ayuda total para el aseo diario en cama.
- Piel íntegra. Se le aplican ácidos grasos hiperoxigenados en prominencias óseas para prevenir úlceras por presión (UPP). Escala Braden = 13 (Riesgo moderado de UPP)²⁶. (Anexo I)²⁶
- Portador de catéter central de inserción periférica (PICC) de 2 luces en miembro superior derecho.
- Higiene bucal adecuada.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Antecedentes personales:
 - Alergias medicamentosas conocidas (AMC): sin alergias conocidas.
 - Factores de riesgo cardiovascular (FRCV): hipertensión arterial, dislipemia, exfumador.
 - Deterioro de la función renal. Hiponatremia crónica.
 - Accidentes cerebrovasculares: ictus isquémico en territorio vertebro-basilar en agosto de 2022 e ictus lacunar derecho en diciembre de 2013.
 - En seguimiento por foniatría por disfagia. Se le coloca PEG por ingesta incompleta/ineficaz.
 - Intervenciones quirúrgicas: prótesis parcial de cadera derecha en enero de 2023 tras fractura intracapsular por caída.
- Tratamiento hospitalario: Fórmula Hiperprot Hipercal (Isosource protein) vainilla 500 ml; Candesartan 8 mg oral; Amlodipino 5 mg oral; Clopidogrel 75 mg oral; Cloruro sódico 1000 mg oral; Enema Casen 250 ml; Enoxaparina 40 mg; Esomeprazol 20 mg oral; Ipratropio, Bromuro (Atrovent) 500 mcg/2 ml nebulizado; Lactitol 10 mg; Haloperidol 2 mg/ml gotas orales; Meropenem 1 g iv;

Metilprednisolona 20 mg iv; Paracetamol 1g iv; Metamizol 2 gr iv ampolla 5 ml; Atorvastatina 80 mg oral; Ezetimiba 10 mg oral.

- Calendario vacunal incompleto (última vacunación por gripe en 2022).
- Escala Downton = 4 (Riesgo alto de caídas)²⁶. (Anexo II)²⁶
- Índice de Barthel = 30 (Dependiente grave para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD))²⁶. (Anexo III)²⁶
- No refiere dolor al ingreso (Escala visual analógica (EVA = 0))²⁷. (Anexo IV)²⁷

NECESIDAD DE COMUNICARSE

- Neurológicamente estable. Consciente, orientado y colaborador.
- Barreras comunicativas por traqueostomía percutánea y disartria. No alteraciones auditivas ni visuales.
- Refiere sentirse sobrepasado por su situación de salud.

NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

- Cristiano. Creyente y practicante.
- No atribuye las causas de sus problemas de salud a sus valores, creencias u otras ideologías.

NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE

- Padre de 2 hijos. No nietos.
- Vive con su mujer en el domicilio, la cual es su cuidadora principal.
- Empleado de Abanca durante 46 años. Actualmente jubilado.

NECESIDAD DE RECREARSE

- Aficionado a los deportes desde pequeño, en especial al fútbol.
- En el hospital se entretiene viendo la televisión, dibujando y jugando a las cartas.

NECESIDAD DE APRENDER

- Conoce el motivo de su ingreso, refiere dudas sobre su situación de salud y muestra disposición por mejorar sus conocimientos sobre la misma.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y COMPLICACIONES POTENCIALES

DdE: [00298] Disminución de la tolerancia a la actividad r/c disminución de la fuerza muscular y desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p debilidad generalizada y disnea de esfuerzo.

DdE: [00051] Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras físicas (traqueostomía percutánea) y trastorno del habla m/p deterioro de la habilidad para hablar y disartria.

DdE: [00161] Disposición para mejorar los conocimientos m/p expresa deseo de mejorar el aprendizaje.

DdE: [00069] Afrontamiento ineficaz r/c confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación m/p deterioro de la habilidad para manejar la situación.

DdE: [00303] Riesgo de caídas del adulto r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.

DdE: [00304] Riesgo de lesión por presión en el adulto r/c presión sobre prominencias óseas y disminución de la actividad física.

CP: Complicaciones gastrointestinales

CP: Aumento de la insuficiencia respiratoria

CP: Insomnio

CP: Hipertensión/Hipotensión

CP: Hiperglucemia/Hipoglucemia

CP: Infección

CP: Dolor agudo

PLANIFICACIÓN/EJECUCIÓN

Tabla 1. DdE: [00298] Disminución de la tolerancia a la actividad

NOC: [0005] Tolerancia a la actividad			
Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[501] Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad	2	4	4
[503] Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad	2	4	4
[516] Resistencia de la parte superior del cuerpo	3	5	5
[517] Resistencia de la parte inferior del cuerpo	2	4	4
[518] Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)	2	4	4

Escala Likert: (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido, (5) No comprometido

NIC: [0221] Terapia de ejercicios: ambulación

- Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
- Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (andador) para la deambulación.
- Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

Tabla 2. DdE: [00051] Deterioro de la comunicación verbal

NOC: [0903] Comunicación: expresiva			
Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[90301] Utiliza el lenguaje escrito	4	5	5
[90302] Utiliza el lenguaje hablado: vocal	1	4	4
[90307] Utiliza el lenguaje no verbal	4	5	5
[90310] Utiliza dispositivos alternativos de comunicación	4	5	5

Escala Likert: (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido, (5) No comprometido

NIC: [4976] Mejorar la comunicación: déficit del habla

- Monitorizar a los pacientes para detectar la aparición de frustración, ira, depresión u otras respuestas a la alteración de las capacidades del habla.
- Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (p. ej., tableta de escritura, parpadeo, señales con la mano u otros gestos).

- Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (p. ej., situarse frente a él al hablar, escuchar con atención, usar comunicación escrita o solicitar la ayuda de la familia para comprender el habla del paciente).
- Repetir lo que dice el paciente para asegurar la precisión.

Tabla 3. DdE: [00161] Disposición para mejorar los conocimientos

NOC: [1844] Conocimiento: manejo de la enfermedad aguda

Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[184401] Causa y factores contribuyentes	2	4	4
[184404] Signos y síntomas de la enfermedad	2	4	4
[184405] Signos y síntomas de las complicaciones	2	4	4
[184414] Efectos adversos de la medicación	2	3	3
[184418] Importancia del cumplimiento del régimen terapéutico	4	5	5
[184424] Cuándo contactar con un profesional sanitario	3	4	4

Escala Likert: (1) Ningún conocimiento, (2) Conocimiento escaso, (3) Conocimiento moderado, (4) Conocimiento sustancial, (5) Conocimiento extenso

NIC: [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad

- Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario, según corresponda.

Tabla 4. DdE: [00069] Afrontamiento ineficaz

NOC: [1302] Afrontamiento de problemas

Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[130205] Verbaliza aceptación de la situación	2	4	5
[130208] Se adapta a los cambios en desarrollo	2	4	5
[130212] Utiliza estrategias de superación efectivas	2	4	5
[130214] Verbaliza la necesidad de asistencia	4	5	5
[130218] Refiere aumento del bienestar psicológico	2	4	5

Escala Likert: (1) Nunca demostrado, (2) Raramente demostrado, (3) A veces demostrado, (4) Frecuentemente demostrado, (5) Siempre demostrado

NIC: [5230] Mejorar el afrontamiento

- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Tabla 5. DdE: [00303] Riesgo de caídas del adulto

NOC: [1939] Control del riesgo: caídas

Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[193902] Identifica los factores de riesgo para evitar caídas	4	5	5
[193904] Reconoce las posibles consecuencias de las caídas	5	5	5
[193914] Realiza ejercicios regulares para mantener la fuerza y el equilibrio	1	4	4
[193927] Solicita la asistencia necesaria en la deambulación para reducir el riesgo de caídas	5	5	5

Escala Likert: (1) Nunca demostrado, (2) Raramente demostrado, (3) A veces demostrado, (4) Frecuentemente demostrado, (5) Siempre demostrado

NIC: [6490] Prevención de caídas

- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente.

Tabla 6. DdE: [00304] Riesgo de lesión por presión en el adulto

NOC: [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[110101] Temperatura de la piel	5	5	5
[110104] Hidratación	4	5	5
[110111] Perfusión tisular	4	5	5

[110113] Integridad de la piel	5	5	5
Escala Likert: (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido, (5) No comprometido			
NIC: [3540] Prevención de úlceras por presión			
<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. - Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda. - Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día. - Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. - Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas. 			

Tabla 7. CP: Complicaciones gastrointestinales

NOC: [1008] Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos			
Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[100801] Ingestión alimentaria oral	1	2	3
[100802] Ingestión alimentaria por sonda	5	5	5
[100804] Administración de líquidos i.v.	5	5	5
Escala Likert: (1) Inadecuado, (2) Ligeramente inadecuado, (3) Moderadamente, (4) Sustancialmente adecuado, (5) Completamente adecuado			
NOC: [1015] Función gastrointestinal			
Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[101501] Tolerancia alimentos/alimentación ^A	1	2	3
[101503] Frecuencia de deposiciones ^A	3	4	5
[101505] Consistencia de las deposiciones ^A	3	5	5
[101510] Cantidad de residuos en el contenido gástrico aspirado ^A	5	5	5
[101514] Distensión abdominal ^B	5	5	5
[101533] Vómitos ^B	4	5	5
Escala Likert ^A : (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido, (5) No comprometido			
Escala Likert ^B : (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno			
NIC: [0450] Manejo del estreñimiento/impactación fecal			

- Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, según corresponda.
- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.

NIC: [1056] Alimentación enteral por sonda

- Aplicar sustancias de anclaje a la piel y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo.
- Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.
- Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.
- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.
- Parar la alimentación por sonda si los residuos son superiores a 150 ml o mayores del 110-120% de la frecuencia por hora en los adultos.
- Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente.
- Controlar el estado hidroelectrolítico.
- Preparar al individuo y a la familia para la alimentación por sonda en casa, según corresponda.

Tabla 8. CP: Aumento de la insuficiencia respiratoria
NOC: [0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[41012] Capacidad de eliminar secreciones ^A	1	4	5
[41019] Tos ^B	2	4	5
[41020] Acumulación de esputos ^B	1	4	5

Escala Likert^A: (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) Desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal, (5) Sin desviación del rango normal

Escala Likert^B: (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno

NOC: [0415] Estado respiratorio

Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[41501] Frecuencia respiratoria ^A	3	4	5
[41506] Objetivo esperado con el espirómetro de incentivo ^A	2	4	5
[41508] Saturación de oxígeno ^A	3	4	5
[41514] Disnea de reposo ^B	3	4	5

[41515] Disnea de pequeños esfuerzos ^B	2	3	5
[41516] Inquietud ^B	3	5	5
Escala Likert ^A : (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) Desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal, (5) Sin desviación del rango normal Escala Likert ^B : (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno			
NIC: [3180] Manejo de las vías aéreas artificiales			
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueostomía a 15-20 mmHg. - Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4-8 horas, según corresponda: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor del estoma, y cambiar la sujeción de la traqueostomía. - Inspeccionar la piel alrededor del estoma traqueal por si hay drenaje, enrojecimiento, irritación y hemorragia. - Realizar una técnica estéril al succionar y proporcionar los cuidados de traqueostomía. 			
NIC: [3200] Precauciones para evitar la aspiración			
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. - Mantener una vía aérea. - Mantener el equipo de aspiración disponible. - Supervisar la comida o ayudar, según corresponda. - Comprobar la colocación de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación. - Evitar la alimentación si los residuos son abundantes (p. ej., más de 250 ml para las sondas de alimentación o más de 100 ml para las sondas de gastrostomía endoscópica percutánea [PEG]). - Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración. 			
NIC: [3320] Oxigenoterapia			
<ul style="list-style-type: none"> - Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado. - Administrar oxígeno suplementario según órdenes. - Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda. 			
NIC: [3350] Monitorización respiratoria			
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. - Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente. - Anotar aparición, características y duración de la tos. - Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. - Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario. 			

Tabla 9. CP: Insomnio
NOC: [0004] Sueño

Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[401] Horas de sueño ^A	2	4	4
[403] Patrón del sueño ^A	2	4	4
[404] Calidad del sueño ^A	2	4	4
[406] Sueño interrumpido ^B	2	4	4
[421] Dificultad para conciliar el sueño ^B	2	4	4
Escala Likert ^A : (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido, (5) No comprometido Escala Likert ^B : (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno			
NIC: [1850] Mejorar el sueño			
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño. - Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. - Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. - Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente. 			

Tabla 10. CP: Hipertensión/Hipotensión

NOC: [2112] Severidad de la hipertensión			
Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[211201] Fatiga	3	4	5
[211209] Dificultad respiratoria	2	4	5
[211216] Aumento de la presión arterial sistólica	3	4	4
[211217] Aumento de la presión arterial diastólica	4	4	4
Escala Likert: (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno			
NOC: [2114] Severidad de la hipotensión			
Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[211401] Palidez	4	5	5
[211405] Respiraciones superficiales	4	5	5
[211412] Mareo	4	5	5
[211421] Presión arterial sistólica baja	3	4	4
[211422] Presión arterial diastólica baja	3	4	4
Escala Likert: (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno			
NIC: [4162] Manejo de la hipertensión			

- Vigilar al paciente para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita para la hipertensión.
- Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipertensión.
- Instruir al paciente para que reconozca y evite situaciones que puedan causar aumento de la PA (p. ej., estrés o interrupción repentina del tratamiento farmacológico).

NIC: [4175] Manejo de la hipotensión

- Obtener del paciente la información previa al episodio de hipotensión (p. ej., acontecimientos, situaciones, causas, hora del día, ingesta de alimentos o medicamentos, patrones de sueño).
- Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipotensión.
- Vigilar las complicaciones (p. ej., visión borrosa, confusión, mareos, síncope, palidez, sudoración fría, taquicardia, somnolencia, debilidad, alteración del nivel de conciencia, convulsiones, disnea, dolor torácico).

Tabla 11. CP: Hiperglucemia/Hipoglucemia

NOC: [2300] Nivel de glucemia			
Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[230001] Concentración sanguínea de glucosa	4	5	5
Escala Likert: (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) Desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal, (5) Sin desviación del rango normal			
NIC: [2120] Manejo de la hiperglucemia			
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la glucemia, si está indicado. - Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia. - Administrar insulina, según prescripción. - Monitorizar el balance hídrico, según corresponda. 			
NIC: [2130] Manejo de la hipoglucemia			
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la glucemia, si está indicado. - Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia. - Modificar los niveles deseables de glucemia para prevenir la hipoglucemia en ausencia de síntomas. 			

Tabla 12. CP: Infección

NOC: [0703] Severidad de la infección			
Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[70304] Esputo purulento	2	4	5
[70306] Piuria	5	5	5

[70307] Fiebre	5	5	5
[70320] Colonización del hemocultivo	5	5	5
[70321] Colonización del cultivo de esputo	2	4	5
[70324] Colonización del urocultivo	5	5	5
[70335] Colonización del acceso vascular	5	5	5

Escala Likert: (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno

NIC: [1876] Cuidados del catéter urinario

- Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter.
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.
- Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.
- Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato.
- Observar las características del líquido drenado.
- Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados.
- Asegurarse de retirar el catéter en cuanto esté indicado por el estado del paciente.

NIC: [4220] Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC)

- Fijar el catéter y aplicar un apósito estéril transparente, según el protocolo del centro.
- Poner la fecha y la hora en el apósito.
- Observar si hay signos de flebitis (p. ej., dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema).
- Utilizar una técnica estéril para cambiar el apósito del sitio de inserción, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Irrigar la vía después de cada uso con una solución adecuada, según el protocolo del centro.
- Eliminar los coágulos de la vía de acuerdo con el protocolo del centro, según corresponda.
- Extraer el catéter de acuerdo con las instrucciones del fabricante y el protocolo del centro.
- Obtener un cultivo cutáneo y un hemocultivo (muestra de la vía y del otro brazo), si se observa drenaje purulento.

NIC: [6540] Control de infecciones

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.
- Administrar tratamiento antibiótico.

Tabla 13. CP: Dolor agudo

NOC: [2102] Nivel del dolor

Indicadores	Escala Likert		
	Puntuación inicial	Puntuación esperada	Puntuación conseguida
[210201] Dolor referido ^A	5	5	5
[210206] Expresiones faciales de dolor ^A	5	5	5
[210208] Inquietud ^A	3	5	5
[210210] Frecuencia respiratoria ^B	3	4	5
[210212] Presión arterial ^B	4	4	4
Escala Likert ^A : (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno Escala Likert ^B : (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) Desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal, (5) Sin desviación del rango normal			
NIC: [1410] Manejo del dolor: agudo			
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. - Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación. - Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. - Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. - Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. - Usar analgésicos combinados (p. ej., opiáceos más no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso. 			

EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

DdE: [00298] Disminución de la tolerancia a la actividad

Los primeros días de ingreso mantiene reposo absoluto por debilidad generalizada, sobre todo limitación de la movilidad de miembros inferiores. Durante este periodo, es dependiente para realizar las ABVD de baño/higiene, aseo, uso del retrete (WC), traslado cama-silla y ambular.

Se incluye en el programa de rehabilitación motora, además de realizar ejercicios por su cuenta con pedaleta y otros contando con la participación de su mujer.

El día 29/02/24 se intenta levantar al sillón para comprobar tolerancia, donde no es capaz de mantenerse en sedestación sin escurrirse y sufre

episodio de mareo. En los posteriores intentos, la tolerancia fue mejorando progresivamente aplicando en todo momento las actividades establecidas, dando como resultado final la capacidad de trasladarse de forma autónoma con dispositivo de apoyo (andador), como ya realizaba en su domicilio. Lo mismo sucedió con el resto de ABVD.

Al alta, se volvieron a evaluar los indicadores del NOC descrito, coincidiendo la puntuación final con la puntuación esperada.

DdE: [00051] Deterioro de la comunicación verbal

Durante la estancia hospitalaria, el paciente presentó barreras comunicativas debido principalmente a la traqueostomía percutánea, lo que desencadenó sentimientos iniciales de frustración que han conseguido disiparse con la implicación del personal sanitario en distintos métodos comunicativos.

Se han utilizado alternativas tanto de comunicación verbal como no verbal entre paciente-profesional para combatir estas dificultades comunicativas tales como proporcionar papel y bolígrafo para escribir, parpadeo para responder a preguntas que puedan ser contestadas con los monosílabos sí/no y gestos con la cabeza o con las manos.

También se ha empleado la escucha activa y acciones como repetir lo que el paciente dice para asegurar la precisión o situarse en frente de él al hablar para facilitar la comprensión.

El día del alta, se volvieron a evaluar los indicadores del NOC expuesto, coincidiendo la puntuación final con la puntuación esperada.

DdE: [00161] Disposición para mejorar los conocimientos

El primer día se evaluaron los conocimientos que el paciente tenía sobre su situación de salud y proceso de enfermedad, sobre lo que nos comenta que en UCI obtuvo pocos conocimientos sobre los mismos.

Durante su estancia, se ha mostrado muy proactivo a la hora de preguntar todas las dudas que le surgían, sobre todo basadas en las causas y factores que han desencadenado la necesidad de ingresar en UCI y realizar una traqueostomía, los signos y síntomas que debe notificar con antelación a los profesionales para evitar complicaciones, acción y efectos adversos de nuevas medicaciones no tomadas con anterioridad y medidas preventivas futuras sobre la gripe.

Así mismo, su mujer también se ha mostrado muy activa en cuanto al aprendizaje de los cuidados durante el ingreso y posteriores en el domicilio.

Al alta, el paciente y su mujer no refirieron nuevas dudas y no presentaban desconocimientos, evidenciaban haber entendido toda la información proporcionada además de seguir las recomendaciones dadas durante la estancia hospitalaria. Se volvieron a evaluar los indicadores del NOC descrito, coincidiendo la puntuación final con la puntuación esperada.

DdE: [00069] Afrontamiento ineficaz

A su llegada a planta, se indaga en el ámbito emocional del paciente, donde refiere sentirse sobrepasado por la situación debido a la prolongada duración de su ingreso en el hospital.

Ante esto, se ponen en marcha las actividades descritas para mejorar el afrontamiento ante la situación, que resultan efectivas. El paciente con el paso de los días refiere un aumento de su bienestar psicológico y adaptación a los cambios en desarrollo, además de contar con el apoyo de su mujer en todo momento.

El día del alta, se volvieron a evaluar los indicadores del NOC expuesto, mejorando la puntuación final con respecto a la puntuación esperada en la mayoría de ellos.

DdE: [00303] Riesgo de caídas del adulto

Se evaluó mediante la Escala Downton el riesgo de caídas que presentaba el paciente en el momento del ingreso, obteniendo una puntuación de 4 (riesgo alto).

A pesar del elevado riesgo de caídas que presentaba el paciente, no experimentó ninguna durante su periodo hospitalario gracias a la implantación de las actividades preventivas (barandillas laterales de la cama, colocar los objetos al alcance del paciente, mantener la cama en la posición más baja posible, proporcionar timbre de llamada...) además de instruir al paciente y contar con la colaboración de su mujer, presente la mayor parte del tiempo, en la vigilancia de éste.

Al alta, se volvieron a evaluar los indicadores del NOC descrito, coincidiendo la puntuación final con la puntuación esperada.

DdE: [00304] Riesgo de lesión por presión en el adulto

Se evaluó mediante la Escala Braden el riesgo de desarrollar UPP que presentaba el paciente al ingreso, obteniendo una puntuación de 13 (riesgo moderado).

Se mantuvieron las actividades de prevención de UPP (vigilancia de la piel, aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en prominencias óseas, mantenimiento de la cama limpia, seca y sin arrugas...) hasta el inicio de la ambulación, conservando la integridad de la piel durante toda la estancia hospitalaria.

El día del alta, se volvieron a evaluar los indicadores del NOC expuesto, coincidiendo la puntuación final con la puntuación esperada.

CP: Complicaciones gastrointestinales

Durante toda la estancia hospitalaria, el paciente portó nutrición enteral a través de sonda PEG con tres tipos de fórmulas: Hiperprot Hipercal

(Isosource Protein) vainilla 500 ml, Normoprot HiperCal (Isosource Energy) vainilla 500 ml y Normoprot HiperCal Fibra (Jevity HiCal) neutro 500 ml, consecutivamente, todas ellas bien toleradas, salvo un episodio de vómito.

Los profesionales del servicio de nutrición le realizaron 2 tests de métodos de exploración clínica volumen-viscosidad (Test MECV-V). En el primero de ellos, el día 18/03, en el cual el paciente presenta movimiento lingual conservado y buen sello labial, los resultados fueron positivos para la textura néctar, presentando alteraciones de la seguridad (tos con abundantes secreciones, descenso de la saturación basal > 5% y cambio en el tono de voz), y negativos para la textura pudding, sin alteraciones de la seguridad. El segundo, realizado el 24/04 el movimiento lingual y el sello labial siguen conservados, los resultados fueron negativos para la textura néctar en bolos de 5cc y 10cc y positivo en 15cc, presentando en este último tos, vómitos y abundantes secreciones, y negativos para la textura pudding sin alteraciones de la seguridad.

El día 25/03 se prueba tolerancia oral con yogur a mayores de la nutrición enteral, a lo que responde adecuadamente, por lo que se inicia dieta por porciones con agua gelificada, flan y yogur de forma complementaria. Finalmente se acaba descartando el flan por atragantamiento.

Al alta, se establece un plan nutricional para continuar en su domicilio con fórmula Normoprot HiperCal Fibra (Jevity HiCal) a través de sonda PEG, de la que deberá ingerir 1000 ml y 1000 ml de agua al día por jeringa. Por vía oral, se establece que puede tomar porciones de viscosidad igual o superior a miel (natillas, yogur y agua gelificada).

La cura de la PEG se realizó diariamente limpiando el estoma con suero salino fisiológico, secándolo bien posteriormente y aplicando gasas entre el

estoma y la sonda y tapándolas con un apósito protector. Además, se rotó diariamente (una vuelta completa) para evitar su adhesión a la piel.

En cuanto a su patrón intestinal, presentó 2 episodios de estreñimiento debido a su inicial limitación de la movilidad física, lo cual se resolvió con la administración de lactitol y aplicación de enema pautados y posteriormente con la movilidad progresiva, retomando su hábito defecatorio normal.

Al alta, se volvieron a evaluar los indicadores de los NOCS descritos, coincidiendo la puntuación final con la puntuación esperada a excepción de la alimentación y tolerancia por vía oral y la frecuencia de las deposiciones donde se obtiene una mayor puntuación final que esperada.

CP: Aumento de la insuficiencia respiratoria

Desde el ingreso, el paciente mantuvo oxigenoterapia con conexión en T de forma continua. El flujo de ésta, se redujo progresivamente hasta su retirada definitiva manteniendo una buena saturación basal.

Inicialmente, presentaba tos con secreciones purulentas con incapacidad de expectoración, siendo necesario la aspiración por turno o incluso varias veces durante el mismo. Ante esto, el paciente es incluido en el programa de rehabilitación respiratoria, el cual es efectivo, mejorando su capacidad tusígena. Además, junto con la combinación de antibioterapia prolongada, se consigue la remisión completa de estas secreciones.

La mitad de su ingreso porta cánula de traqueostomía percutánea, manteniendo las actividades de cuidados de la misma hasta su retirada (14/03). Se realizó la cura diariamente limpiando el estoma con suero salino fisiológico y cambiando el babero y el lazo ante signos de suciedad. Los cambios de cánula fueron realizados por el servicio de otorrino. Una vez retirada, se colocaron gasas y apósito protector.

La desaparición de esta complicación potencial se objetivó a través de pruebas complementarias como la gasometría arterial junto con la no presencia de sintomatología respiratoria. El día del alta, se volvieron a evaluar los indicadores de los NOCS expuestos, donde la mayoría de ellos obtuvieron una puntuación final más elevada que la puntuación esperada.

CP: Insomnio

Durante los primeros días de su estancia, se valoró el patrón de sueño del paciente, observando inquietud y dificultad para iniciar y mantener el sueño debido a las abundantes secreciones y al ambiente hospitalario.

Esta complicación se resolvió parcialmente con la toma de medicación pautada para dormir y con el mantenimiento de las actividades para mejorar el sueño tales como disminuir los estímulos del entorno. Al alta, se volvieron a evaluar los indicadores del NOC descrito, coincidiendo la puntuación final con la puntuación esperada.

CP: Hipertensión/Hipotensión

A pesar de que el paciente padece de hipertensión, los valores de la tensión arterial se mantuvieron dentro de los rangos normales con la medicación pautada y las actividades establecidas a excepción del día del ingreso, donde presentó una ligera elevación de la tensión, y del día del episodio de mareo al intentar la tolerancia al sillón, con hipotensión arterial.

El día del alta, se volvieron a evaluar los indicadores de los NOCS expuestos, donde algunos obtuvieron una puntuación final mayor a la esperada y otros mantuvieron las mismas puntuaciones.

CP: Hiperglucemia/Hipoglucemia

Se realizó un buen control de la glucosa en sangre debido a la alimentación con nutrición enteral. El paciente mantuvo valores normales de ésta durante todo el ingreso, sin necesidad de rescates con insulina.

Al alta, se volvieron a evaluar los indicadores del NOC descrito, coincidiendo la puntuación final con la puntuación esperada.

CP: Infección

No se presentaron en ningún momento signos y síntomas de infección gracias a las actividades establecidas para prevenir infecciones, en especial para la PICC y la SV, además de mantenerse afebril.

La cura de la PICC fue realizada de forma estéril 1 vez a la semana utilizando como antiséptico clorhexidina alcohólica al 2% y apósito transparente. En cuanto al catéter urinario, se realizaron varios urocultivos, todos ellos negativos, además de mantener una higiene correcta en su manipulación y permeabilidad adecuada.

Esta complicación desapareció con la retirada de la PICC, el catéter urinario y la cánula de traqueostomía. Al alta, se volvieron a evaluar los indicadores del NOC descrito, donde algunos obtuvieron una puntuación final mayor a la esperada y otros mantuvieron las mismas puntuaciones.

CP: Dolor agudo

Se evaluó mediante la Escala EVA el nivel de dolor al ingreso, obteniendo una puntuación de 0 (sin dolor).

Durante su estancia, la puntuación mencionada anteriormente se mantuvo, salvo algún episodio de dolor articular y cefalea, resuelto con la analgesia pautada.

Al alta, se volvieron a evaluar los indicadores del NOC expuesto, donde la mayoría de ellos obtuvieron la misma puntuación esperada e inicial.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La realización de este plan de cuidados nos ha permitido organizar los cuidados de enfermería prestados de forma individualizada, además de evaluar el impacto de las intervenciones establecidas a través de los diagnósticos de enfermería, complicaciones potenciales y objetivos.

Como reflejan las puntuaciones obtenidas en los indicadores de los diferentes NOCS, en la mayoría de los casos, estos indicadores han mantenido la puntuación esperada o superado la inicial, lo que nos permite afirmar que las intervenciones establecidas han sido efectivas, cumpliendo los objetivos y obteniendo un buen control de salud y una evolución favorable.

En cuanto a otros planes de cuidados consultados y reflejados en la bibliografía, resultó todo un reto encontrar planes de cuidados basados en situaciones similares a las de este paciente, ya que muchos pertenecían al ámbito de cuidados intensivos o no englobaban todas las características de salud de éste. Por ello, se ha optado por seleccionar aquellos que abordasen principalmente a pacientes ingresados en una planta de hospitalización con insuficiencia respiratoria, independientemente de su causa de origen, y portadores de cánula de traqueostomía, que son los aspectos que han tenido un mayor impacto en este paciente.

En dichos casos clínicos^{28,29}, se encuentran algunas etiquetas diagnósticas reflejadas también en el plan expuesto como *Disposición para mejorar los conocimientos* o *Deterioro de la comunicación verbal*, sin embargo, la otra gran mayoría se han abordado directamente como complicaciones potenciales o en forma de objetivos o intervenciones debido a que he

considerado que se trataba de problemas donde no solamente actuaban las enfermeras o aún no se había evidenciado su aparición.

La importancia de los planes de cuidados individualizados y de la utilización de la taxonomía NANDA-NIC-NOC para la realización de estos, radica en la capacidad para proporcionar atención personalizada y efectiva a cada paciente utilizando un lenguaje universal para todas las enfermeras.

Cabe destacar la relevancia de un abordaje multidisciplinar para proporcionar una atención integral y de alta calidad, así como la colaboración entre los distintos profesionales de la salud, formando un equipo, para abordar todas las dimensiones del cuidado del paciente y conseguir una correcta evolución sin complicaciones. Así mismo, destacar también la introducción de la familia en este proceso, para que todos los esfuerzos realizados por el personal durante la hospitalización sigan en continuidad en el domicilio.

Por todo lo dicho anteriormente, es necesario que todas las enfermeras se comprometan en la elaboración de planes de cuidados individualizados, y que estos, se extiendan a otras unidades donde todavía no están instaurados dentro del proceso de atención de enfermería.

CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

Conforme a lo establecido en la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales*³⁰, y la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información clínica*³¹, se garantiza la confidencialidad y autonomía del paciente en la elaboración de este documento, accediendo a los datos de la historia clínica electrónica mediante su consentimiento verbal, declarando además que no existe ningún conflicto de interés.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a mis padres, por haber construido a la persona que soy hoy en día, y en especial a ti papá, por ser mi ángel de la guarda y cuidarme en todo momento desde allí donde estés.

En segundo lugar, a mi amiga Alba, por acompañarme en mis momentos más difíciles desde pequeñas, ser valiente es más fácil a tu lado.

Por último, a mi tutora Miriam Rossi López, por su constancia e implicación a la hora de guiarme en la elaboración de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Espinoza A, Corona-Núñez TJ, Rojo-Contreras EW, Aguilar-Madrigal F, Reyes-Vélez MN. Influenza A (H1N1): Un nuevo desafío, que llegó para quedarse. Rev Saljal [Internet]. 2020 [Citado 2024 May 27]; 7(3):9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203f.pdf>
2. Gilarranz Luengo S. Virus de la gripe: variación genética y patogénesis [Trabajo fin de grado en Internet]. Madrid: Universidad Complutense; 2017 [citado 2024 May 27]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/2736c63d-a79e-4c90-8ac3-6fe0c9bd288e/content>
3. Lycett SJ, Duchatel F, Digard P. A brief history of bird flu. Phil. Trans. R. Soc. B [Internet]. 2019 [Citado 2024 May 27]; 374(1775). Disponible en: https://www.scienceopen.com/document_file/f3ee4396-1c0b-43aa-938b-1a6ab8a63163/PubMedCentral/f3ee4396-1c0b-43aa-938b-1a6ab8a63163.pdf
4. Gallardo Muñoz V, Riera Zapico MC, García Flórez A, Álvarez Corral M. El virus de la gripe. Prevención, promoción y vacunación. Rev Sanum [Internet]. 2017 [Citado 2024 May 27]; 1(1)21-27. Disponible en: https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n1_a3.pdf

5. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos. Tipos de virus de influenza; 2023 [citado 2024 May 27]. [sobre 6 pantallas]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/flu/about/viruses/types.htm>
6. Vaqué Rafart J. Epidemiología de la gripe A (H1N1) en el mundo y en España. Arch Bronconeumol [Internet]. 2010 [Citado 2024 May 27]; 46(Supl 2): 3-12. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S0300289610700144>
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza: Ginebra: OMS.Gripe (estacional); 2023 [citado 2024 May 27]. [sobre 8 pantallas]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
8. Campins Martí M, González Baulies R, Vaqué Rafart J. Gripe A (H1N1) 2009: perspectiva final de la pandèmia. Pediatr Catalana [Internet]. 2010 [citado 2024 May 27]; 70:151-157. Disponible en: https://pediatrcatalana.cat/view_document.php?tpd=2&i=1764
9. Pérez Carrasco M. Influenza A(H1N1)pdm 2009. Papel de la Medicina Intensiva la pandemia y post-pandemia [tesis doctoral en Internet]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015 [citado 2024 May 27]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/378845/mapeca1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. SVGE [Internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III; 2019-2020. Informe de Vigilancia de la Gripe en España Temporada 2019-2020 (Desde la semana 40/2019 hasta la semana 20/2020). [citado 2024 May 27]; [35 pantallas]. Disponible en: https://vgripe.isciii.es/documentos/20192020/InformesAnuales/Informe_Vigilancia_GRIPE_2019-2020_03092020.pdf
11. ISCIII [Internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III; 2024. Informe Semanal de Vigilancia

- Epidemiológica en España. [citado 2024 May 27]; [13 pantallas].
Disponible en:
https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Boletines/Documents/Boletin_Epidemiologico_en_red/Boletines%20en%20Red%202024/IS_Nº4-20240123_WEB.pdf
12. SERGAS [Internet]. Galicia: Servicio Gallego de Salud; 2024. Vigilancia de la Gripe en Galicia temporada 2023/24. [citado 2024 May 27]; [2 pantallas]. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/7443/Actividade_%20gripal_23-24-17.pdf
13. Pérez Arcos J. Plan de cuidados a una paciente con Gripe A: a propósito de un caso [trabajo fin de grado en Internet]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2022 [citado 2024 May 27]. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/32396/PerezArcos_Julia_TFG_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y
14. Empendium [internet]. Polonia; Gripe [citado 2024 May 27]. [sobre 30 pantallas]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/tratado/chapter/B76.XI.C.1>
15. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. España; Virus influenza: diagnóstico, tratamiento y prevención en enfermería artículo monográfico [citado 2024 May 27]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/virus-influenza-diagnostico-tratamiento-y-prevencion-en-enfermeria-articulo-monografico/?utm_content=cmp-true
16. STATPEARLS [Internet]. Estados Unidos; Influenza [citado 2024 May 27]. Disponible en: <https://www.statpearls.com/point-of-care/23512>
17. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos. Quiénes tienen mayor riesgo de complicaciones por la influenza; 2023 [citado

- 2024 May 27]. [sobre 7 pantallas]. Disponible en:
<https://espanol.cdc.gov/flu/highrisk/index.htm>
18. Ministerio de Sanidad [Internet]. Madrid: Subcomité de respuesta a la emergencia; 2006. Anexo-II Medidas de control de la infección. [citado 2024 May 27]; [22 pantallas]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/anexoll_junio2006.pdf
19. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); 2017. Recomendaciones sobre precauciones estándar y precauciones basadas en la transmisión de microorganismos. [citado 2024 May 27]; [79 pantallas]. Disponible en:
https://www.resistenciaantibioticos.es/sites/default/files/2022-04/recomendaciones_sobre_precauciones_estandar.pdf
20. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos. Visión general de los métodos de pruebas de detección de la influenza; 2020 [citado 2024 May 27]. [sobre 7 pantallas]. Disponible en:
<https://espanol.cdc.gov/flu/professionals/diagnosis/overview-testing-methods.htm#assays>
21. Brenda LT. Gripe. Manual MSD-Versión para público general [Internet]. [citado 2024 May 27]. Disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/infecciones/virus-respiratorios/gripe>
22. Servicio Gallego de Salud [Internet]. Santiago de Compostela. ¿Por qué hay que vacunarse cada año?; 2023 [citado 2024 May 27]. Disponible en: <https://gripe.sergas.es/Contidos/Por-que-vacinarse-cada-ano?idioma=es>
23. Consellería de Sanidad. Campaña de vacunación frente la gripe y a la COVID-19. 2023. Galicia: 2023 [citado 2024 May 24]. Disponible en:

- https://gripe.sergas.gal/Contidos/Documents/82/Instrucion_gripe_2023_español_04102023.pdf
24. STATPEARLS [Internet]. Estados Unidos; H1N1 Influenza [citado 2024 May 27]. Disponible en: <https://www.statpearls.com/point-of-care/22472>
25. NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación: 2021-2023. Barcelona: Elsevier; 2021. Disponible en: https://www-nnnconsult-com.accedys.udc.es/?_gl=1*1ia2mso*_ga*NTUzMTY2MzM2LjE3MTYxMzIzNjI.*_ga_PKZEC02YMQ*MTcxNzA5MzgxOC4xMS4xLjE3MTcwOTQwNzQuMC4wLjA.
26. Albaladejo TM, Cases AC, Castells MM, Domingo PM, Izquierdo GN, et al. Guías de actuación de enfermería: manual de procedimientos. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2003. Capítulo XV, Guías de valoración; p.389-410. Disponible en: <https://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18109/15+-+Guías+de+valoración.pdf>
27. James CW. Evaluación del dolor. Manual MSD-Versión para profesionales [Internet]. [citado 2024 May 27]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurológicos/dolor/evaluación-del-dolor>
28. Iriondo AA, Gracia MN, Usón HA, Ibáñez SE, Martínez CE, Motoza Motoza PM^a. Plan de cuidados de enfermería en paciente traqueotomizado: caso clínico [Internet]. RSI; 2022 [citado 2024 May 27]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-traqueotomizado-caso-clinico/>
29. Gimillo Monterde C. Plan de cuidados en un paciente con insuficiencia respiratoria [trabajo fin de grado en Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2012 [citado 2024 May 27]. Disponible en: <https://zaquan.unizar.es/record/7412/files/TAZ-TFG-2012-232.pdf>

30. Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Ley 3/2018 de 5 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (6 de diciembre de 2018).

31. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 de noviembre de 2002).

ANEXOS

ANEXO I

Escala de Braden para valorar el riesgo de UPP ²⁶		
Percepción sensorial	Completamente limitada	1
	Muy limitada	2
	Ligeramente limitada	3
	Sin limitaciones	4
Humedad	Constantemente húmeda	1
	A menudo húmeda	2
	Ocasionalmente húmeda	3
	Raramente húmeda	4
Actividad	Encamado/a	1
	En silla	2
	Deambula ocasionalmente	3
	Deambula frecuentemente	4
Movilidad	Completamente inmóvil	1
	Muy limitada	2
	Ligeramente limitada	3
	Sin limitaciones	4
Nutrición	Muy pobre	1
	Probablemente inadecuada	2
	Adecuada	3
	Excelente	4
Roce y peligro de lesiones	Problema	1
	Problema potencial	2
	No existe problema aparente	3
Puntuación: Riesgo alto: <12 Riesgo moderado: 13-14 Riesgo bajo: 15-16 si < de 75 años o 15-18 si ≥ a 75 años		

ANEXO II

Escala de Dawnton para valorar el riesgo de caídas ²⁶ .		
Caídas previas	No	0
	Si	1
	Ninguno	0

Medicamentos	Tranquilizantes-sedantes	1	
	Diuréticos	1	
	Hipotensores (no diuréticos)	1	
	Antiparkinsonianos	1	
	Antidepresivos	1	
Déficits sensoriales	Otros medicamentos	1	
	Ninguno	0	
	Alteraciones visuales	1	
	Alteraciones auditivas	1	
Estado mental	Extremidades	1	
	Orientado	0	
Deambulaci3n	Confuso	1	
	Normal	0	
	Segura con ayuda	1	
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	
		Imposible	1
Puntuaci3n:			
Alto riesgo: ≥ 3			
Moderado riesgo: 1-2			
Bajo riesgo: 0-1			

ANEXO III

Índice de Barthel para valorar la capacidad para realizar las ABVD ²⁶ .		
Alimentaci3n-comer	Dependiente	0
	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
Baño-Higiene	Dependiente	0
	Independiente	5
	Necesita ayuda	5
Vestirse-Desvestirse	Dependiente	0
	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
Aseo-Arreglo personal	Dependiente	0
	Independiente	5
	Incontinente	0
Continencia fecal	Continente, ningún accidente	10
	Accidente ocasional	5
	Incontinente	0
Continencia urinaria	Continente, ningún accidente	10
	Accidente ocasional	5
	Incontinente	0
Uso del retrete (WC)	Dependiente	0
	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
Traslado cama-silla	Dependiente	0
	Ayuda parcial	10
	Aut3nomo	15
	Gran ayuda	5
Ambular	Dependiente	0
	Necesita ayuda	10
	Independiente	15
	Independiente en silla de ruedas	5
	Dependiente	0

Subir y bajar escaleras	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
Puntuación:		
Dependiente total: <20		
Dependiente grave: 20-35		
Dependiente moderado: 40-55		
Dependiente leve: ≥ 60		
Independiente: 100		

ANEXO IV

Escala EVA (Escala Visual Analógica) para valorar el dolor²⁷

Escala analógica visual

Escala de descriptores con palabras

- 0 = Sin dolor
- 1 = Dolor leve
- 2 = Dolor molesto
- 3 = Dolor intenso
- 4 = Dolor horrible
- 5 = Dolor insoportable

Escala gráfica

Escala verbal

“En una escala de 0 a 10, donde 0 significa sin dolor y 10 significa el peor dolor posible que pueda imaginar, ¿cuánto dolor siente ahora?”

Escala funcional para el dolor

- 0 = Sin dolor
- 1 = Tolerable y el dolor no impide realizar ninguna actividad
- 2 = Tolerable y el dolor impide realizar algunas actividades
- 3 = Intolerable, el dolor no impide usar el teléfono, mirar la televisión ni leer
- 4 = Intolerable, el dolor impide usar el teléfono, mirar la televisión o leer
- 5 = Intolerable, el dolor impide la comunicación verbal