

Plan de cuidados individualizado en un paciente con EPOC reagudizado

Yaiza Zuil Oliva

Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040 Madrid
yaizazuiloliva@gmail.com

Tutor

Carlos Martín Trapero

Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040 Madrid
carlosmartint@enf.ucm.es

Resumen: La enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) es un trastorno respiratorio caracterizado por la obstrucción progresiva e irreversible del flujo aéreo. La incidencia, prevalencia y mortalidad de la enfermedad se ha incrementado en los últimos años. La mortalidad de la enfermedad aumenta en las reagudizaciones, episodios que cursan con inestabilidad clínica y empeoramiento de la sintomatología respiratoria. El personal de enfermería desempeña un papel primordial en la atención del EPOC, destacando como una buena formación contribuye a prestar una atención de calidad. En este trabajo se presenta un plan de cuidados individualizado en una mujer de 78 años con EPOC grave exacerbado desde que ingresa en una unidad de Medicina Interna, procedente de urgencias, hasta el alta hospitalaria. Cobran especial importancia los diagnósticos Limpieza ineficaz de las vías aéreas y Deterioro del intercambio de gases, debido a que su mejoría contribuirá en la recuperación de los otros problemas de salud.

Palabras clave: EPOC – Cuidados hospitalarios. Diagnóstico de enfermería.

Abstract: chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a respiratory disorder characterized by progressive and irreversible airflow obstruction. In recent years, the incidence, prevalence and mortality of the disease have increased. The illness mortality increases with exacerbations, events characterized by clinical instability and worsening of the patient's respiratory symptoms. The nursing staff plays a vital role in the care of COPD. In this paper we present an individual care plan for a woman seventy-eight years, who suffers from severe COPD exacerbation; since she is admitted to Internal Medicine unit, from the emergency department, to discharge from hospital. Ineffective airway clearance and Impaired gas exchange are specially important diagnoses, because his improvement helps to other health problems' recovery.

Keywords: CPPD – Hospital care. Nursing diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Justificación del trabajo

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es uno de los principales problemas de salud en el mundo. Las tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad de esta enfermedad cada vez son más elevadas; motivo por el que es probable que un enfermero tenga que cuidar a algún paciente con EPOC a lo largo de su carrera profesional.

Definición

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un trastorno respiratorio común, tratable y evitable, caracterizado por la obstrucción progresiva del flujo aéreo que no es completamente reversible y asociado con una respuesta inflamatoria crónica a partículas nocivas o gases en las vías respiratorias y los pulmones. La EPOC comprende el enfisema, enfermedad caracterizada por destrucción y ensanchamiento de los alveolos pulmonares, y bronquitis crónica, afección de las vías respiratorias de pequeño calibre y tos crónica⁽¹⁾.

En el 2013 fue revisada la clasificación para definir la gravedad de la EPOC en función de la limitación del flujo aéreo determinado en una espirometría. La enfermedad fue clasificada en cuatro grados de menor a mayor gravedad: GOLD 1, GOLD 2, GOLD 3 y GOLD 4⁽²⁾.

Prevalencia, incidencia y mortalidad

Un estudio realizado en países desarrollados demuestra que la prevalencia, la incidencia y la mortalidad de la EPOC varía de unos países a otros. La tasa de prevalencia más baja fue hallada en Japón (0,2%) y la más elevada en EEUU (37%). Resulta destacable que la prevalencia en el sexo femenino ha aumentado en los últimos años⁽³⁾.

En España el estudio EPISCAN muestra que la prevalencia de la EPOC en población de 40 a 80 años residente en España es del 10,2%; siendo superior en hombres (15,1%) que en mujeres (5,6%) y más elevada en personas mayores de 70 años (22,9%). La prevalencia aumenta con la edad, el tabaquismo y el menor nivel educativo⁽⁴⁾.

También se ha evidenciado que las mujeres con EPOC son más jóvenes que los hombres, fuman menos, tienen más sintomatología, una menor gravedad de la enfermedad y una peor calidad de vida que los varones. Asimismo, se observó que las mujeres frecuentan más los servicios de salud y consumen menos medicamentos que los hombres⁽⁵⁾.

La incidencia de la enfermedad difiere entre géneros, es mayor en el sexo masculino; aumenta con la edad y es más elevada en fumadores y exfumadores que en no fumadores^(3,6).

La EPOC es la tercera causa de muerte mundial⁽⁷⁾ y su mortalidad se ha incrementado en los últimos 30-40 años, aunque más recientemente ha disminuido en los hombres y ha aumentado en las mujeres. La mortalidad es asociada con el tabaquismo en los países de altos ingresos; y con la pobreza en los países de bajos ingresos y mínimas tasas tabaquismo⁽⁷⁾. Se sabe que la esperanza de vida es menor en los pacientes con EPOC que en la población en general⁽⁸⁾.

Carga económica

La EPOC supone una gran carga económica, siendo directamente proporcional la relación entre la gravedad de la EPOC y el coste económico que conlleva. En España el gasto sanitario directo es de unos 473 millones de euros en los 270.000 pacientes diagnosticados. Se estima que los gastos asociados a la EPOC son el 0,2% del PIB de nuestro país en el año 2009⁽⁹⁾.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son: disnea, producción de moco, tos, sibilancias y opresión en el pecho⁽¹⁰⁾. Los síntomas percibidos por el paciente varían a lo largo del día, siendo más acentuados a primera hora del día y por la noche el segundo momento con mayor sintomatología. En la figura 1 (Fig. 1) se observa la variación de la percepción de los síntomas a lo largo del día⁽¹¹⁾. Los enfermos refieren que la disnea es el síntoma más frecuentemente producido por las mañanas y el que más problemas les produce para la realización de sus actividades, además de afectar a su calidad de vida^(10,12). Los síntomas producidos por la mañana están vinculados con un mayor riesgo de tener exacerbaciones y absentismo laboral⁽¹²⁾.

La escala de disnea MRC valora el grado de tolerancia a la actividad física por la disnea (Tabla 1)⁽¹³⁾. Dado que la disnea es el síntoma que más preocupa a los pacientes, resulta útil preguntarles por la capacidad que tienen para realizar una actividad en concreto en comparación con los años anteriores.

Las exacerbaciones de la EPOC son episodios agudos de inestabilidad clínica que cursan con empeoramiento de la sintomatología respiratoria^(14,15); suponen un aumento de la mortalidad, son la causa de entre 1-2% de las consultas en urgencias y constituyen entre el 50-70% de los costes de la enfermedad.

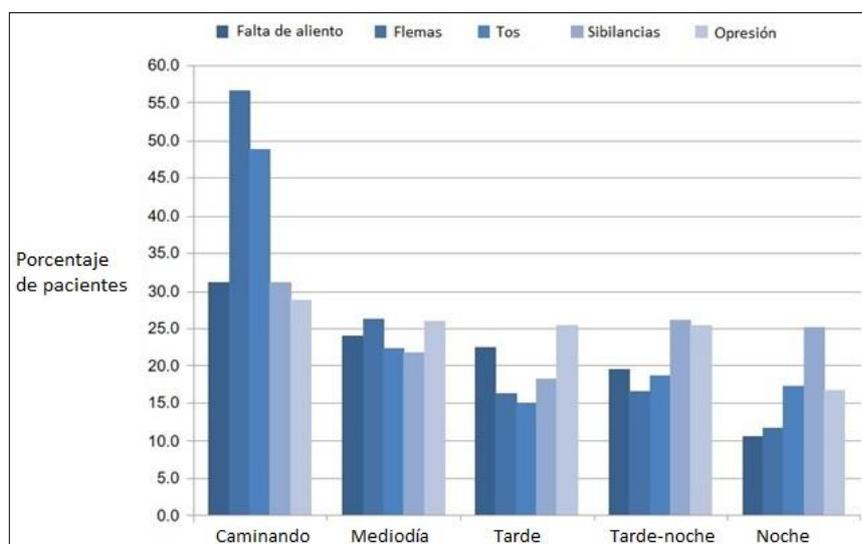


Figura 1. Variación de la percepción de los síntomas a lo largo del día. Tomado de López-Campos JL⁽¹¹⁾.

Grado	Grado de disnea relacionado con las actividades
1	Sin problemas por la disnea, excepto en ejercicio extenuante
2	Disnea al andar en llano o al subir una pendiente poco pronunciada.
3	Camina más lento en llano que la mayoría de la gente, se detiene después de un kilómetro y medio más o menos, o se detiene después de 15 minutos caminando a su propio ritmo
4	Se detiene para respirar después de caminar unos 100 metros o después de unos minutos en terreno llano.
5	Demasiada disnea para salir de casa o disnea cuando se desviste

Tabla 1. Escala de disnea MRC. Modificada de StentonC⁽¹³⁾.

Factores de riesgo

El tabaquismo es el principal factor de riesgo en el desarrollo de la EPOC⁽¹⁶⁾. Se ha demostrado la importancia que tienen los factores genéticos (deficiencia hereditaria de la alfa-1 antitripsina) y los factores ambientales como las partículas de polvo, los contaminantes internos (cocina de biomasa) y externos (quema de carbón, madera, estiércol).

Algunos estudios sugieren que las mujeres son biológicamente más susceptibles a los efectos nocivos del tabaco que los hombres y a los tóxicos ambientales. Se piensa que la diferencia de susceptibilidad entre géneros podría ser de origen multifactorial^(17,18).

Diagnóstico

En pacientes mayores de 35 años y con un factor de riesgo debe tenerse en cuenta el diagnóstico de EPOC cuando manifiesten disnea, tos crónica, expectoren de

forma habitual, frecuentemente tengan bronquitis en invierno y/o sibilancias⁽¹⁹⁾. Es importante tener en cuenta que la EPOC es una enfermedad muy heterogénea, en la que los síntomas varían de un paciente a otro. Asimismo, la historia clínica del paciente es de gran utilidad para diagnosticar la enfermedad.

Para diagnosticar la enfermedad es necesario determinar la limitación del flujo aéreo persistente mediante una espirometría. En las personas con EPOC el volumen espiratorio forzado (FEV₁) y la capacidad vital forzada (CVF) suelen ser menores. Se considera que los pacientes con EPOC presentan una relación FEV/CVF menor a 0,70 después de administrar un broncodilatador⁽²⁰⁾.

Los estudios radiográficos sirven para identificar el enfisema pulmonar. Otros procedimientos diagnósticos de utilidad enfermedad son la pulsioximetría, la capnografía y el análisis de muestras de sangre para determinar las concentraciones séricas de α 1-antitripsina, el hemograma completo y analizar la fórmula complementaria⁽²⁾.

Debe tenerse en cuenta que existen evidencias de que la EPOC es frecuentemente infradiagnosticada. El diagnóstico precoz de la enfermedad nos brinda la oportunidad de frenar el progreso de la EPOC y disminuir los efectos perjudiciales causados por la enfermedad⁽²¹⁾.

Por último, mencionar que es necesario realizar un diagnóstico diferencial con el asma debido a que ambas enfermedades cursan con obstrucción del flujo aéreo.

Opciones terapéuticas

En cuanto a tratamiento no farmacológico, la terapia a largo plazo con oxígeno reduce la mortalidad y los ingresos hospitalarios en los pacientes en los que está indicado⁽¹⁹⁾. Respecto a la rehabilitación pulmonar, se conoce que mejora los síntomas, la capacidad de esfuerzo y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes⁽²²⁾.

La terapia inhalada es el pilar fundamental del tratamiento farmacológico, los fármacos más utilizados son: agonistas beta-2, anticolinérgicos y corticoides⁽²⁰⁾.

El tabaco es la principal causa de la EPOC, por lo que dejar de fumar resulta muy beneficios para los pacientes que padecen la enfermedad⁽²³⁾.

La EPOC cursa con reagudizaciones de intensidad, duración y frecuencia variables. La hospitalización en las agudizaciones de la enfermedad supone un aumento de riesgo de muerte, por lo que es conveniente controlar adecuadamente éstas y prevenir la aparición de una nueva agudización.

En la figura 2 (Fig. 2)⁽¹⁴⁾ se muestran las recomendaciones para tratar la

reagudización de la enfermedad establecidas por Soler-Cataluña JJ.

	Nº R	Recomendación
Informe clínico	R01	En el informe clínico de toda agudización de la EPOC debe constar su gravedad y en la medida de lo posible su diagnóstico etiológico (p.ej.: agudización moderada de etiología infecciosa bacteriana).
Broncodilatadores	R02	Los broncodilatadores de acción corta (agonistas β_2 y/o anticolinérgicos) se deben utilizar en el tratamiento de las agudizaciones de la EPOC.
	R03	En caso de que la respuesta clínica fuera insuficiente, debería asociarse un agonista β_2 de acción corta más un anticolinérgico de acción corta.
Antibióticos	R04	Las teofilinas no deben utilizarse en las agudizaciones de la EPOC.
	R05	Los antibióticos están indicados siempre que, en el contexto de una agudización, aparezca un cambio en el color del esputo.
	R06	En la agudización moderada o grave los antibióticos estarán indicados cuando se cumplan al menos 2 de los 3 criterios de Anthonisen (aumento de la disnea, aumento del volumen del esputo y/o cambios en la coloración del esputo).
	R07	En la agudización muy grave, que requiere asistencia ventilatoria, la cobertura antibiótica es obligada.
Corticoides sistémicos	R08	La prednisona oral puede utilizarse para el tratamiento de las agudizaciones moderadas de los pacientes con EPOC no hospitalizados.
	R09	En las agudizaciones graves o muy graves deberá utilizarse una pauta corta de corticoides sistémicos (orales o parenterales).
	R10	Los corticoides inhalados a dosis altas pueden ser una alternativa en el tratamiento de la agudización moderada-grave de la EPOC.
Heparina de bajo peso molecular Rehabilitación respiratoria (RR)	R11	En pacientes con EPOC que presenten una agudización de la EPOC se recomienda heparina de bajo peso molecular a dosis moderadas mientras estén encamados.
	R12	Se recomienda incluir la RR en el tratamiento de pacientes con EPOC en el contexto de una agudización, tras la finalización del tratamiento de la agudización o hasta 3 semanas después de la misma.
Ventilación no invasiva (VNI)	R13	La VNI es el tratamiento de elección para la insuficiencia respiratoria hipercápnica que cursa con acidosis respiratoria moderada a pesar de tratamiento médico óptimo.
Ventilación invasiva (VI)	R14	La VI está indicada en los pacientes con acidosis respiratoria (pH < 7,25), deterioro del nivel de consciencia y/o inestabilidad hemodinámica.

Tabla 2. Recomendaciones para la atención del paciente con EPOC reagudizado. Modificada de Soler-Cataluña JJ⁽¹⁴⁾. Nº R: Numeración de las recomendaciones. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Enfermería y EPOC

La enfermería tiene un papel fundamental en la atención de los pacientes con EPOC, tanto en la prevención como en el diagnóstico, el tratamiento y la enseñanza terapéutica de la enfermedad.

- **Diagnóstico**

La enfermería tiene un papel fundamental en la realización de la espirometría ya que es el principal profesional sanitario encargado de este procedimiento diagnóstico⁽²⁴⁾. Un estudio sugiere que los profesionales de enfermería son más precisos que los médicos a la hora de realizar un diagnóstico de la enfermedad, se piensa que estos resultados pueden ser debidos a una mayor familiaridad del enfermero con la interpretación de la espirometría⁽²⁵⁾.

El enfermero también es el encargado de realizar otros procedimientos diagnósticos como la pulsioximetría, la capnografía y la extracción de muestras de sangre venosas y arteriales.

- **Oxigenoterapia y ventilación mecánica no invasiva**

Es habitual que el personal de enfermería seleccione y gestione los dispositivos de administración de oxigenoterapia de bajo flujo. Dado que los pacientes refieren que la comodidad del dispositivo y la posibilidad para poder comer y beber les es confortable, los enfermeros deben adaptar el dispositivo para administrar la oxigenoterapia de la manera más cómoda posible⁽²⁶⁾. En lo que respecta a la ventilación mecánica no invasiva, se conoce que la colaboración entre la enfermera y el paciente está relacionada con una mayor satisfacción del enfermo, una mejoría del cumplimiento del tratamiento y una elevación de la dignidad humana del paciente⁽²⁷⁾.

- **Inhalaciones**

Es frecuente que los pacientes con EPOC realicen mal sus inhalaciones, como consecuencia disminuye la cantidad de fármaco administrado, la adherencia terapéutica y la estabilidad de la enfermedad⁽²⁸⁾. Por tanto, es sumamente importante que el enfermero eduque a los pacientes y cuidadores para la correcta realización de las inhalaciones, de este modo, el tratamiento inhalado será más eficaz^(28,29).

Además, sería conveniente la formación y perfeccionamiento de la técnica de inhalación en profesionales sanitarios ya que la evidencia sugiere que muchos profesionales de la salud no están bien entrenados en técnicas de inhalación.

- **Educación para la salud**

La involucración de los pacientes con EPOC en la autogestión mejora notablemente su calidad de vida⁽³⁰⁾. La educación sanitaria realizada por el enfermero y la ayuda al paciente en el manejo de su patología son un pilar fundamental del tratamiento. Se sabe que los programas de educación de autogestión de la enfermedad mejoran, tanto a corto como a largo plazo, el manejo que tienen los pacientes con EPOC de su enfermedad⁽³¹⁾.

Los profesionales de la salud tienen un importante papel en la motivación y cambio de comportamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, entre ellas la EPOC⁽³²⁾. El tabaco es la principal causa de al EPOC, por este motivo los enfermeros debemos realizar enseñanza terapéutica, tanto para prevenir el hábito como para ayudar a los pacientes con EPOC fumadores a abandonarlo. Se ha demostrado que a los enfermos con EPOC les resulta muy difícil dejar de fumar⁽³³⁾, por tanto, es necesario hacer entender a los pacientes que necesitan

dejar de fumar para poder mejorar su salud y ofrecer al fumador alternativas al cigarrillo. La enfermería tiene un papel primordial tanto en la prevención del tabaquismo como en la deshabitación del hábito tabáquico.

- **Atención integral de enfermería en pacientes con EPOC**

La atención integral de enfermería, tanto al enfermo con EPOC como a su familia, tiene el potencial de mejorar la salud del enfermo con EPOC⁽³⁴⁾. Por tanto, la relación con los pacientes y las familias en la práctica de enfermería es importante en el manejo de la EPOC.

La depresión y la ansiedad son bastantes frecuentes en estos pacientes⁽³⁵⁾, por consiguiente la atención psicológica es importante en esta enfermedad. Además, se han relacionado los síntomas depresivos con el riesgo de reingreso hospitalario en los pacientes dados de alta a su casa tras una exacerbación⁽³⁶⁾.

La atención psicológica también debe dirigirse al cuidador principal ya que los cuidadores informales de los enfermos con EPOC frecuentemente sienten angustia⁽³⁷⁾, por ello es importante valorar la sobrecarga del cuidador, podemos utilizar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit(Fig. 2)⁽³⁸⁾.

La escala Zarit refleja cómo se siente el cuidador, consta de 22 ítems en los que el cuidador principal puntúa indicando con qué frecuencia se siente así, siendo 0 nunca y el 5 casi siempre; puntuaciones superiores a 46 señalan sobrecarga. Los enfermeros son los profesionales adecuados para ayudar a los cuidadores ofreciéndoles educación y estrategias de gestión para afrontar reagudizaciones de la EPOC.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es presentar un plan de cuidados individualizado en una paciente con EPOC grave exacerbado desde que ingresa en una planta de hospitalización de medicina interna hasta que es dada de alta a su domicilio.

Marco teórico

La valoración de enfermería se realiza utilizando los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. En esta primera etapa recopilaremos todos los datos necesarios para tener una visión integral de la paciente y detectar los cuidados que necesita. El análisis de los datos obtenidos en la valoración nos permite identificar los problemas de salud reales y los problemas de salud potenciales de nuestra paciente.

Para el desarrollo del plan de cuidado se utiliza la taxonomía enfermera: los Diagnósticos enfermeros (NANDA)⁽³⁹⁾, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)⁽⁴⁰⁾ y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería⁽⁴¹⁾. El manual de

Interrelaciones NANDA, NOC, NIC⁽⁴²⁾ es utilizado como soporte y ayuda para establecer los vínculos entre los diagnósticos enfermeros, los criterios de resultado de enfermería y las intervenciones de enfermería.

La evaluación del plan de cuidados se realiza durante todo el proceso de atención enfermera.

En esta última etapa del proceso de atención enfermera evaluaremos el progreso de la paciente y valoraremos la consecución de los objetivos marcados.

Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Figura 2. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit⁽³⁸⁾.

Marco teórico

La valoración de enfermería se realiza utilizando los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. En esta primera etapa recopilaremos todos los datos necesarios para tener una visión integral de la paciente y detectar los cuidados que necesita. El análisis de los datos obtenidos en la valoración nos permite identificar los problemas de salud reales y los problemas de salud potenciales de nuestra paciente.

Para el desarrollo del plan de cuidado se utiliza la taxonomía enfermera: los Diagnósticos enfermeros (NANDA)(39), la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)(40) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería(41). El manual de Interrelaciones NANDA, NOC, NIC(42) es utilizado como soporte y ayuda para establecer los vínculos entre los diagnósticos enfermeros, los criterios de resultado de enfermería y las intervenciones de enfermería.

La evaluación del plan de cuidados se realiza durante todo el proceso de atención enfermera. En esta última etapa del proceso de atención enfermera evaluaremos el progreso de la paciente y valoraremos la consecución de los objetivos marcados.

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

Datos de la paciente

Mujer de 78 años, diagnosticada de EPOC grave GOLD 3, que ingresa en la Unidad de Medicina interna procedente de urgencias tras haber sido ingresada por presentar un cuadro de cuatro días de evolución de malestar general y empeoramiento de la disnea con tos y expectoración blanquecino-verdosa, mayor de lo habitual.

Datos médicos al ingreso

- IMC: 22,36 kg/m².
- Paciente encamada en decúbito supino con cabecero de la cama elevado 45°.
- Tensión arterial: 143/61 mm Hg.
- Frecuencia cardiaca: 70 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 26 respiraciones por minuto.
- Temperatura: 36'4 °C.
- Saturación de oxígeno con gafas nasales a 3 litros por minuto: 94%

Antecedentes personales

- No alergias médicas conocidas.
- Hipertensión arterial.

- No diabetes mellitus ni dislipemia.
- EPOC grave GOLD 3.
- Síndrome depresivo.
- Exfumadora de 30 cigarrillos al día desde los 16 años. Dejó de fumar en el año 2008.
- Disnea y ortopnea.
- Oxigenoterapia domiciliaria con gafas nasales a 2litros por minuto en reposo y a 3 litros por minuto en esfuerzo.
- No hábitos tóxicos.
- Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía a los 21 años.

Antecedentes familiares

- Padre diabético e hipertenso.
- Madre cáncer de mama.

Tratamiento habitual en casa

- Bromuro de tiotropio 18 mcg cápsula vía inhalatoria, 1 inhalación en desayuno.
- Salmeterol+ fluticasona 50/500mcg aplicación vía inhalatoria, 2 inhalaciones cada 12 horas (9 y 21 horas).
- Salbutamol 100 mcg aplicación vía inhalatoria, 2 inhalaciones si precisa.
- Omeprazol 20 mg cápsula vía oral, 1 cápsula en desayuno.
- Enalapril 20 mg comprimido vía oral, 1 cápsula en desayuno y cena.

Tratamiento pautado durante su hospitalización

- Bromuro de ipatropio 500 mcg/2 ml solución nebulizadora vía inhalatoria, 1 solución nebulizadora cada 6 horas (0-6-12-18 horas).
- Salbutamol 0,5% 20 ml Solución nebulizadora vía inhalatoria, 0,5 ml de solución nebulizadora cada 6 horas (0-6-12-18 horas).
- Metilprednisolona 20 mg ampolla vía Intravenosa, 1 ampolla cada 8 horas. (0-8-16 horas).
- Amoxicilina + ácido clavulánico 1 g/200 mg vial vía Intravenosa, 1 vial cada 8 horas (0-8-16 horas).
- Metamizol magnesio 2 g/5 ml ampolla vía Intravenosa, 1 ampolla si fiebre o dolor.

Valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon

- **Patrón 1: percepción-manejo de salud**

La paciente refiere que en general su salud ha sido buena hasta que empezó a tener problemas respiratorios hace unos años, desde entonces su salud ha empeorado notablemente. Cuando le diagnosticaron EPOC decidió dejar de fumar, aunque no fue capaz, consiguió reducir la cantidad de cigarrillos diarios que fumaba. En el año 2008 abandonó el hábito tabáquico con ayuda de los profesionales sanitarios de su centro de salud y de sus hijos. Respecto a otros hábitos tóxicos, refiere no beber ni tomar drogas.

Actualmente, la paciente refiere que tiene altibajos en su estado de ánimo y que la época del año en la que se encuentra más triste es la Navidad; además en ocasiones siente ansiedad, especialmente cuando nota que le falta el oxígeno. Cuando siente mucha angustia toma un tranxilium de 5 mg antes de irse a dormir. En momentos difíciles, su familia le apoya.

La paciente tiene en orden el calendario de vacunación y acude a todas las citas y pruebas médicas.

Su hija controla su tratamiento farmacológico, también gestiona su oxigenoterapia domiciliaria. Cuando nota que empeora su disnea, es ella quien la lleva a urgencias del hospital.

En estos últimos días la paciente ha sentido que ha aumentado su disnea y ha notado que tose más y que sus flemas son de un color blanquecino-verdoso, también se ha encontrado mal. Actualmente, está consciente y orientada en persona, espacio y tiempo. La paciente es colaboradora y cuando requiere de nuestra atención llama al timbre o nos comenta lo que le ocurre cuando entramos a su habitación.

- **Patrón 2: nutricional-metabólico**

Desde la infancia come de todo pero en pequeñas cantidades ya que refiere tener molestias gástricas, evita las comidas copiosas, el picante, los cítricos y las bebidas con alcohol; tiene ardor de estómago, motivo por el que toma un omeprazol antes del desayuno. Realiza 4 comidas al día y le gusta comer alimentos blandos y fáciles de masticar, ya que tiene dentadura postiza y le cuesta mucho trabajo masticar. Cuando tiene molestias gástricas toma arroz hervido, jamón york, queso de Burgos y un guiso de zanahorias, patatas y pollo hervidos.

Debido a su hipertensión ha reducido su ingesta de sal. Normalmente come alimentos elaborados a la plancha o hervidos, algún pescado rebozado y frito.

En cuanto a su ingesta hídrica, acostumbra a beber alrededor de 1,5 litros de agua diarios y no toma infusiones. Durante su ingreso toma dieta basal sin sal. La paciente nos comenta que la comida del hospital no le agrada mucho.

Respecto al estado de su piel, está hidratada y conserva la integridad cutánea. En cuanto a su peso, en los últimos meses se ha mantenido estable

- **Patrón 3: eliminación**

No tiene dificultad para defecar, realiza una deposición diaria de aspecto y color normales. A veces le siente mal la comida y presenta diarrea, el cuadro suele remitir a los 2 ó 3 días.

La paciente dice que tiene pérdidas de orina, por este motivo utiliza compresas de día y de noche. Orina alrededor de 7 u 8 veces al día. La orina es de aspecto y color normales.

En cuanto a secreciones respiratorias, la paciente presenta una expectoración blanquecino-verdosa mayor de lo habitual.

- **Patrón 4: actividad-ejercicio**

Tiene ortopnea y disnea con pequeños esfuerzos, no realiza esfuerzos porque se ahoga. La paciente refiere que últimamente se siente muy cansada. Antes salía a dar un paseo cada mañana y acudía a un centro cultural a clases de baile de salón, pero actualmente no puede hacerlo por su enfermedad; solamente sale cuando está acompañada por su hija.

Es dependiente en las actividades básicas de la vida diaria, su hija vive con ella y se encarga de cuidarla, ayudarla y manejar su tratamiento.

Habitualmente come sin ayuda, pero necesita que le cocinen la comida y le hagan la compra. Durante la hospitalización su hija le abre los envases y recipientes de comida y le parte los alimentos en trozos pequeños.

En cuanto a la higiene y el aseo, en casa se sienta en un taburete dentro de la ducha y su hija le ayuda a enjabonarse el pelo y el cuerpo y aclararse; después, le ayuda a secarse y vestirse. En el hospital es aseada en la cama por el personal de la unidad.

Precisa el uso de un bastón caminar, Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y para levantarse y sentarse en el sofá. En el hospital pasa gran parte del día sentada en el sillón, el personal le ayuda a pasar de la cama al sillón y a levantarse del sillón para volver a la cama.

En casa su hija la ayuda a levantarse cuando quiere ir al baño y le afloja la ropa, cuando termina de hacer sus necesidades le ayuda a abrocharse la ropa y la acompaña al sillón; de noche orina en el pañal. En el hospital durante el día también la ayudan a ir al baño y de noche utiliza un pañal.

Ella no puede vestirse sola, necesita ayuda. La paciente refiere que ella misma se encarga de arreglarse el pelo. Durante su ingreso, es ayudada tanto a vestirse como a peinarse.

- **Patrón 5: sueño-Descanso**

Actualmente duerme unas 6 horas diarias, no presenta despertares nocturnos y tiene un sueño reparador. No le gusta echarse la siesta, pero muchos días se queda dormida después de comer mientras ve la novela.

- **Patrón 6: cognitivo-perceptual**

La paciente tiene hipoacusia en el oído izquierdo, utiliza un audífono desde hace 3 años. Tiene presbicia, por lo que utiliza gafas para leer, coser y hacer punto.

Recuerda con facilidad datos recientes, también es capaz de recordar datos referentes a su juventud y edad adulta; la paciente nos comenta que no nota cambios significativos en su memoria. Responde las preguntas de la entrevista de manera coherente. Ella no es autónoma a la hora de tomar decisiones, consulta con su hija la toma de nuevas decisiones.

- **Patrón 7: autopercepción-autoconcepto**

Estos últimos días se ha sentido angustiada y nerviosa en relación al aumento de su disnea y al empeoramiento de su estado físico. Estar hospitalizada dice que le angustia, aunque la compañía constante de su familia le tranquiliza.

- **Patrón 8: rol-relaciones**

Ha trabajado hasta los 61 años como dependienta en una tienda, ahora está jubilada. Es viuda desde los 45 años. Vive con su hija. Su hijo y sus nietos acuden algún fin de semana a visitarla.

La paciente refiere que últimamente ha perdido el interés por las actividades que antes le gustaba realizar y que detesta tener que pasar tanto tiempo en casa sin poder salir a la calle. Le gusta leer novelas románticas, hacer pasatiempos y ver la televisión; también le gusta mucho la costura y hacer calceta; aunque últimamente se siente muy cansada y prácticamente no dedica tiempo a estas actividades. En el hospital se entretiene leyendo, viendo la

televisión y conversando con sus familiares.

La hija de la paciente nos comenta que se siente agotada y desbordada por la constante atención que requiere su madre. La hija nos cuenta que tiene muy limitada su vida personal y que no tiene tiempo para ella misma. Administramos el cuestionario de Zarit a la hija y el resultado es 49 puntos⁽³⁸⁾.

- **Patrón 9: sexualidad-reproducción**

Tiene un hijo y una hija, no ha tenido abortos. Desde que enviudó no ha mantenido relaciones sexuales. Tuvo su última menstruación con 52 años.

- **Patrón 10: adaptación-tolerancia al estrés**

A la paciente le cuesta asumir su enfermedad y tiene labilidad emocional. Cuando esta tensa se relaja leyendo y hay épocas en las que precisa medicación para estar más tranquila.

Ella refiere que la reagudización de la EPOC le causa mucha ansiedad, también nos comenta que vive con angustia la reagudización de la EPOC y su hospitalización.

- **Patrón 11: valores-creencias**

La paciente refiere no ser creyente, la religión no es importante en su vida y no supone un apoyo para ella.

Diagnósticos enfermeros

Los diagnósticos enfermeros se establecen después de haber identificado los problemas de salud en la valoración. Una vez establecidos los diagnósticos enfermeros, definimos los criterios de resultado con su puntuación basal y su correspondiente puntuación diana, después realizamos las intervenciones que se van a realizar durante la hospitalización.

Los diagnósticos de este plan de cuidados se desarrollan atendiendo a la siguiente priorización: en primer lugar aquellos que comprometen la vida del sujeto; después los diagnósticos que alivian el dolor y sufrimiento de la paciente; en último lugar, aquellos diagnósticos que buscan el bienestar. La mejora de los diagnósticos que afectan a la respiración de la paciente va a traducirse en una mejora sustancial del resto de los diagnósticos; una vez resueltos los problemas de salud relacionados con la respiración, se incrementará la autonomía de la paciente, se sentirá menos agotada y tolerará mejor la actividad. Además, la recuperación de la paciente contribuye a disminuir la ansiedad que le ha generado la exacerbación de su patología respiratoria.

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Deterioro del intercambio de gases.
- Riesgo de caídas.
- Fatiga.
- Intolerancia a la actividad.
- Deterioro de la ambulación.
- Ansiedad.
- Aflicción crónica.
- Incontinencia urinaria por rebosamiento.
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit de autocuidado: baño.
- Déficit de autocuidado: vestido.
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Código 00031.

Definición: incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Factores relacionados: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

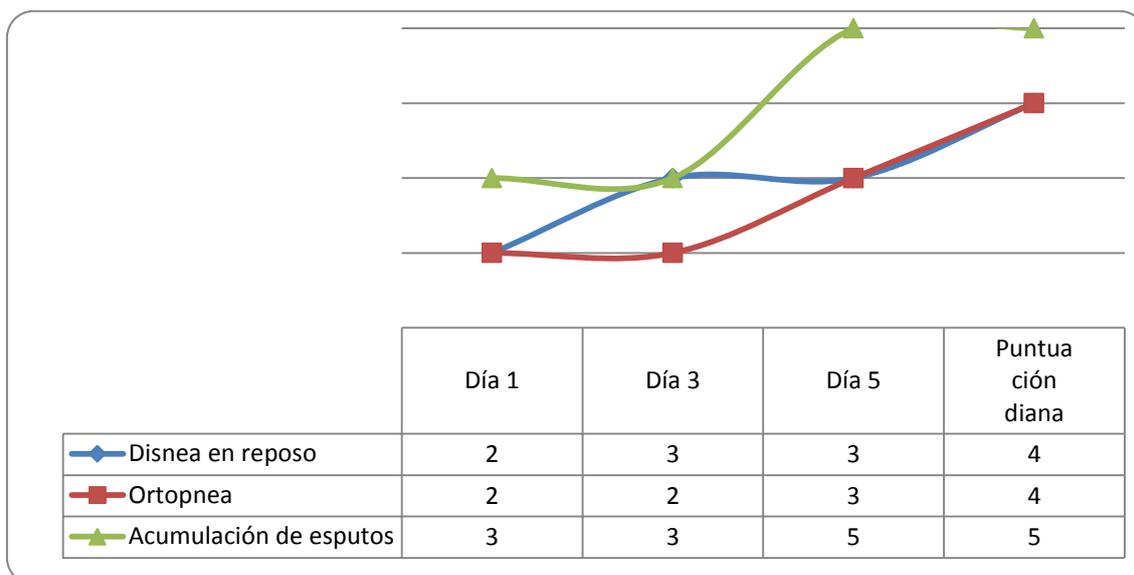
Características definitorias: disnea, ortopnea, cambios en la frecuencia respiratoria.

Criterios de resultado

- **Estado respiratorio: ventilación. Código 0403**

Definición: movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.

Escala: desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.



Intervenciones enfermeras

- **Manejo de la vía aérea. Código 3140**

Definición: asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Actividades:

- ✓ Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.
- ✓ Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión.
- ✓ Enseñar al paciente a utilizar inhaladores prescritos, si es el caso.
- ✓ Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado.
- ✓ Administrar aire u oxígeno humificados, según corresponda.

- **Administración de medicación: inhalatoria. Código 2311**

Definición: Preparación y administración de medicamentos por inhalación.

Actividades:

- ✓ Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- ✓ Hacer que el paciente respire lenta y profundamente, con una breve pausa al final de la inspiración, y una espiración pasiva mientras se utiliza un nebulizador.
- ✓ Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con el protocolo del centro.

Diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases. Código 00030

Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.

Factores relacionados: cambios de la membrana alveolocapilar, desequilibrio en la ventilación-perfusión.

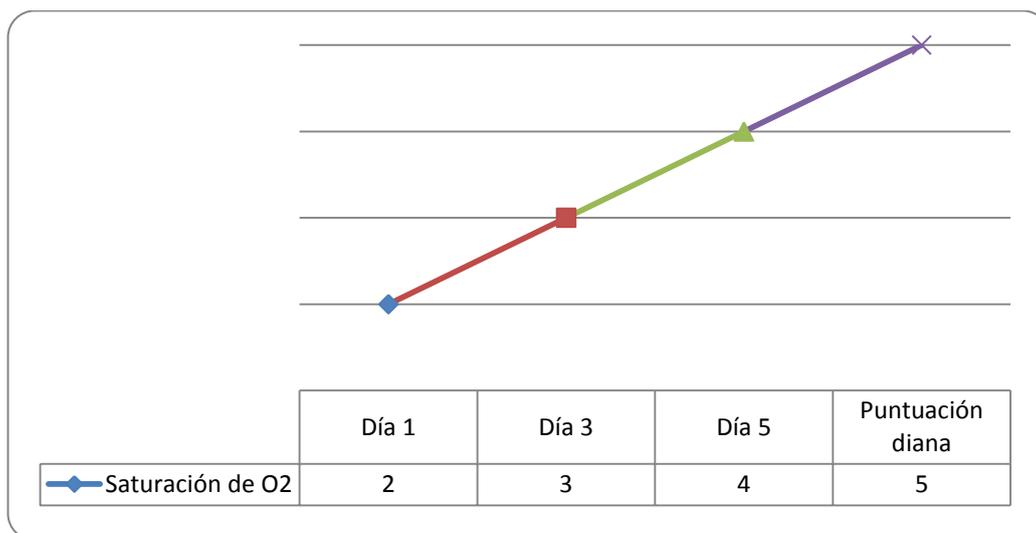
Características definitorias: aleteo nasal, disnea, hipoxemia, respiración anormal

Criterios de resultado

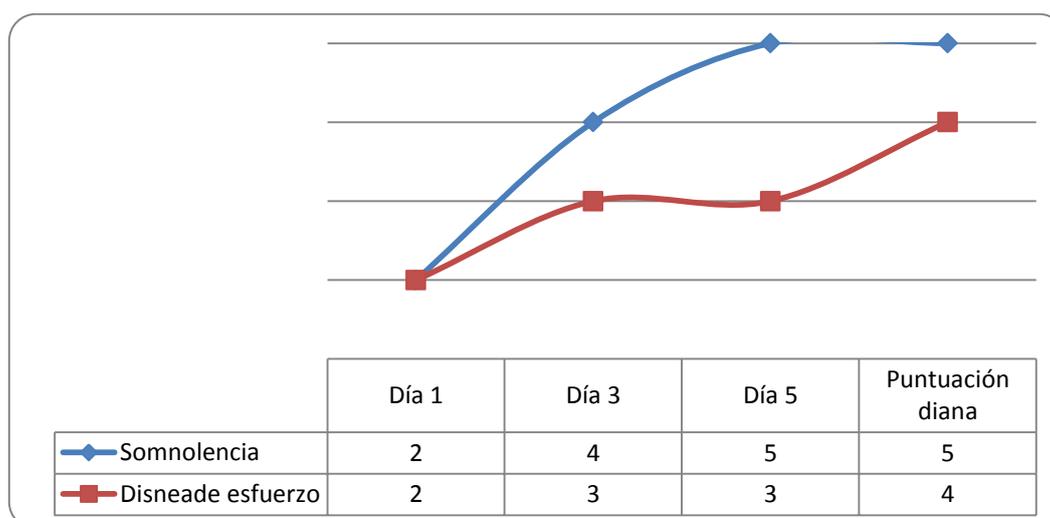
- **Estado respiratorio: intercambio gaseoso. Código 0403**

Definición: Intercambio alveolar de CO₂ y O₂ para mantener las concentraciones de gases arteriales.

Escala: desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.



Escala: desde grave hasta ninguno.



Intervenciones enfermeras

- **Oxigenoterapia. Código 3320**

Definición: administración de oxígeno y control de su eficacia

Actividades:

- ✓ Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.
- ✓ Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
- ✓ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.
- ✓ Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.

Diagnóstico: Riesgo de caídas. Código 00155

Definición: riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

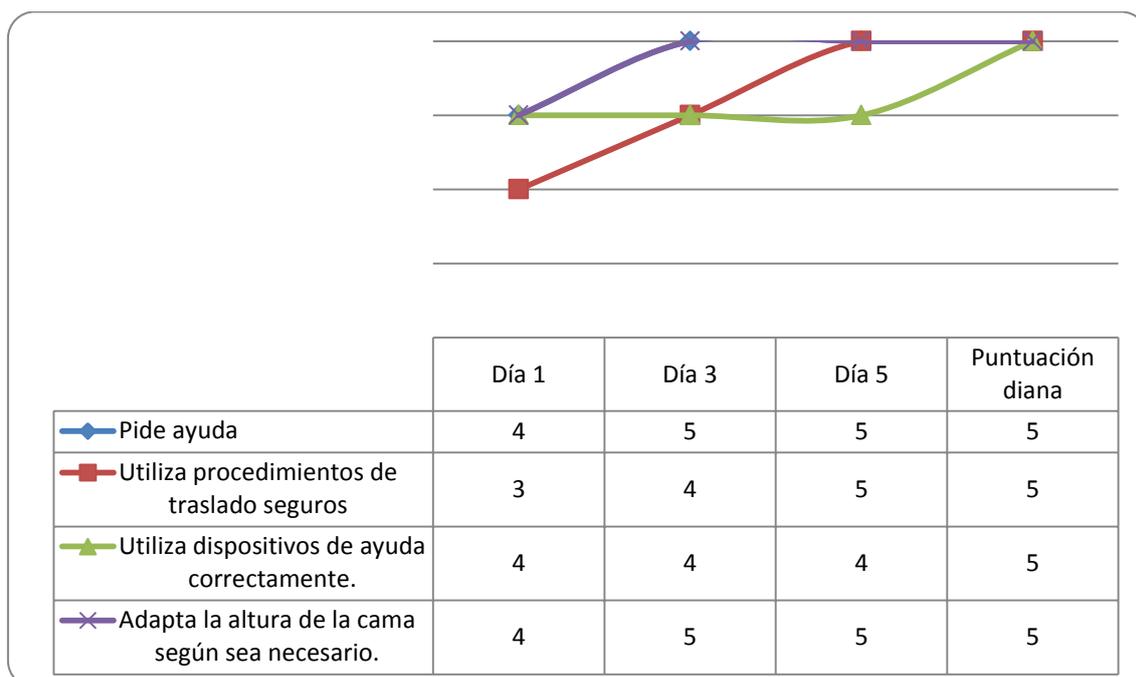
Factores de riesgo: edad igual o superior a los 65 años, deterioro de la movilidad física.

Criterios de resultado

- **Conducta de prevención de caídas. Código 1909**

Definición: acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado



Intervenciones enfermeras

- **Prevención de caídas. Código 6490**

Definición: establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades:

- ✓ Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente.
- ✓ Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- ✓ Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.

- ✓ Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- ✓ Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.

Diagnóstico: Fatiga. Código 00093

Definición: sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

Características definitorias: disminución en la ejecución de las tareas, expresa cansancio.

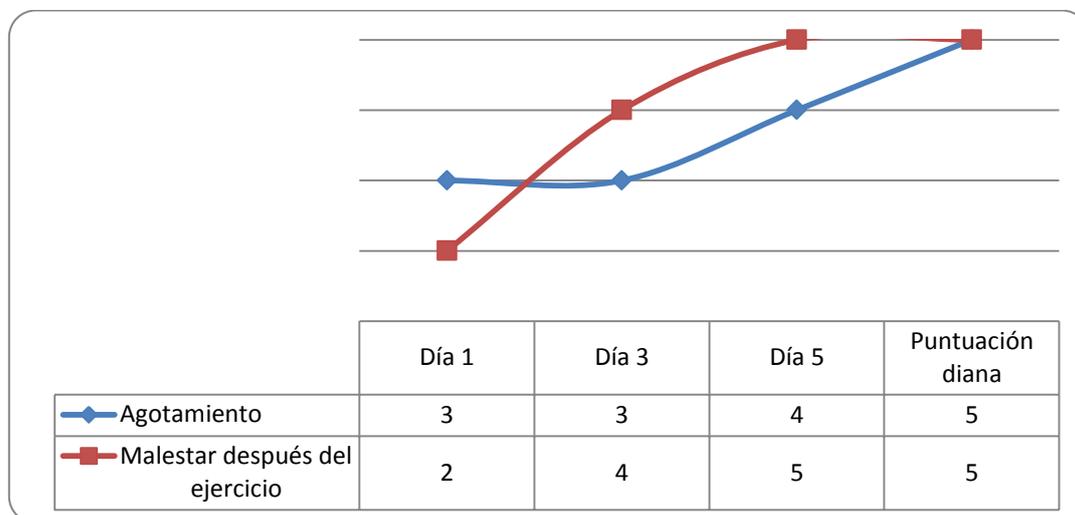
Factores relacionados: estados de enfermedad.

Criterios de resultado

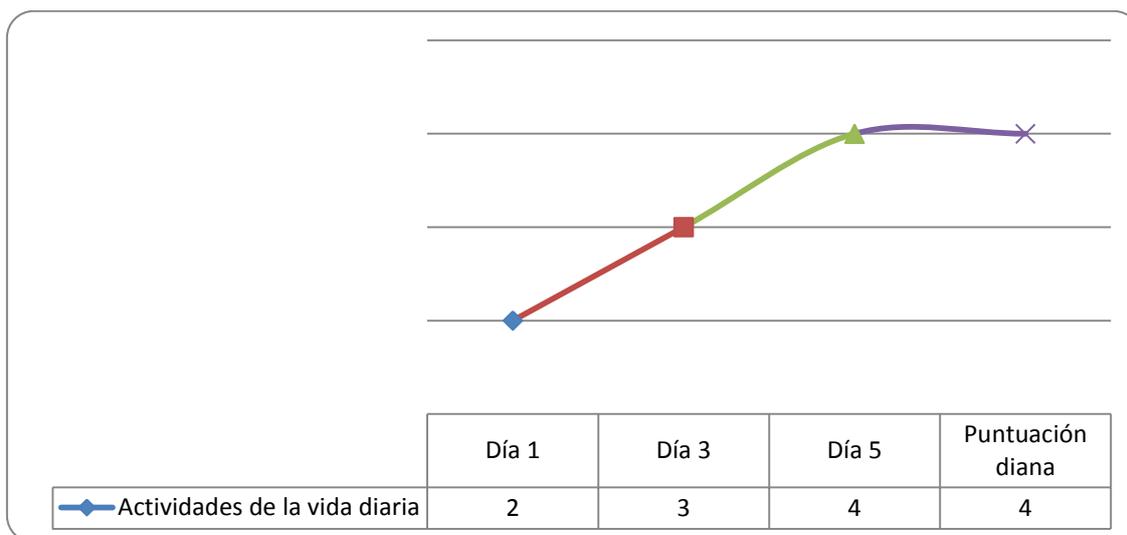
- **Nivel de fatiga. Código 0007**

Definición: Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.

Escala: desde grave hasta ninguno.



Escala: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.



Intervenciones enfermeras

- **Manejo de la energía. Código 0180**

Definición: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades:

- ✓ Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- ✓ Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía.
- ✓ Evitar realizar actividades de cuidados durante los períodos de descanso programados.
- ✓ Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, cambios posturales y cuidado personal), si resulta necesario.
- ✓ Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros.

Diagnóstico: Intolerancia a la actividad. Código 00092

Definición: Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Características definitorias: disnea de esfuerzo, expresa debilidad, expresa fatiga.

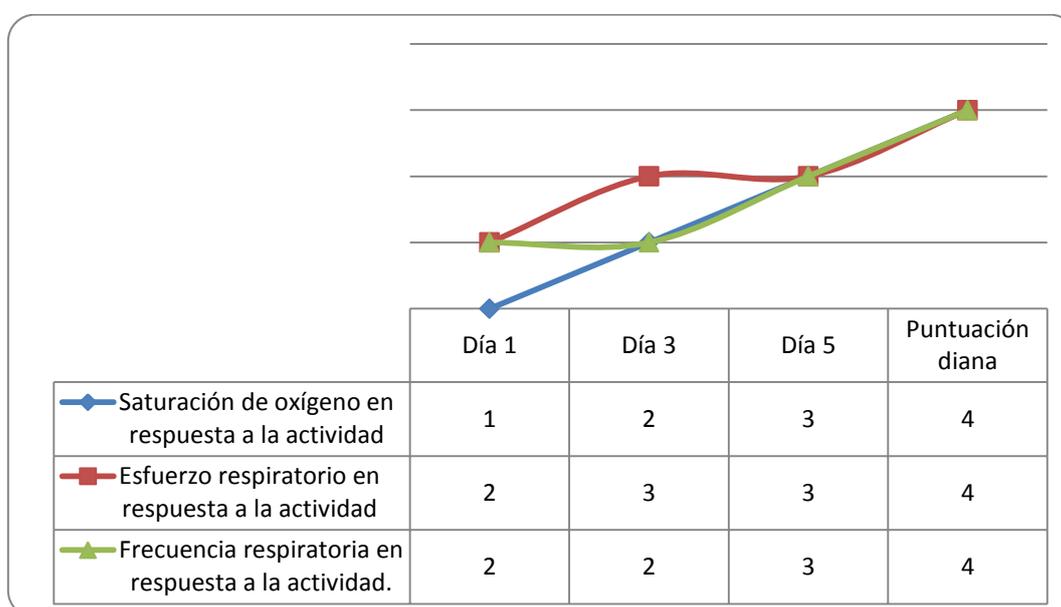
Factores relacionados: desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno.

Criterios de resultado

- **Tolerancia de la actividad. Código 0005**
-

Definición: Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias.

Escala: desde gravemente comprometido hasta no comprometido



Intervenciones enfermeras

- **Fomento del ejercicio. Código 0200**

Definición: Facilitar regularmente la regulación de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

- ✓ Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- ✓ Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- ✓ Explorar los obstáculos para el ejercicio.

- ✓ Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.

Diagnóstico: Deterioro de la ambulación. Código 00088

Definición: limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Características definatorias: deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas

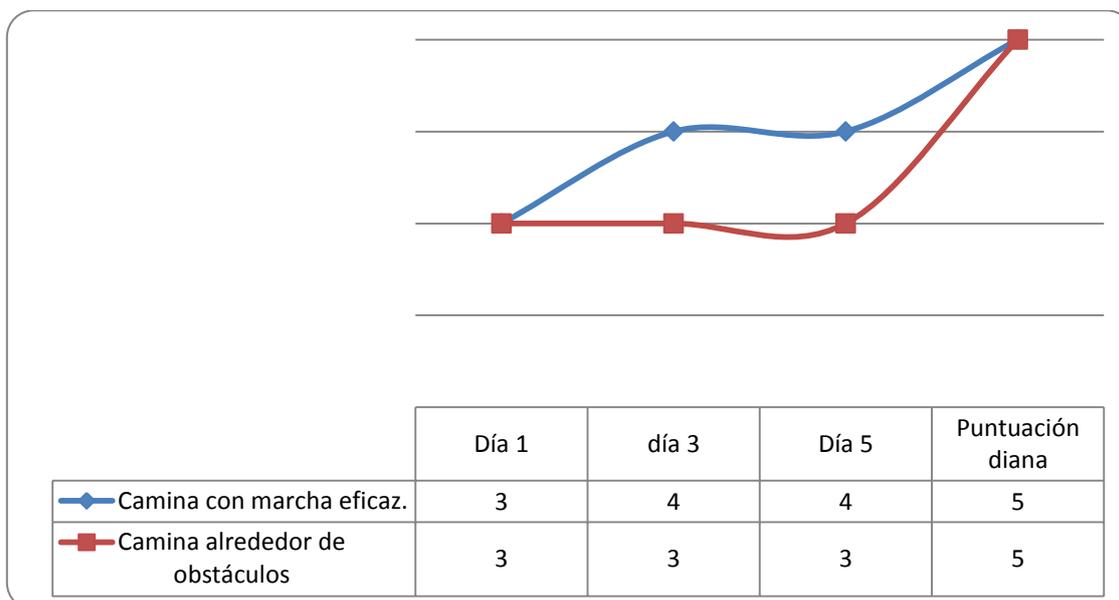
Factores relacionados: falta de condición física., resistencia limitada.

Criterios de resultado

- **Ambular. Código 0200**

Definición: acciones personales para caminar independientemente de un lugar a otro con o sin dispositivos de ayuda.

Escala: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.



Intervenciones enfermeras

- **Terapia de ejercicios: ambulación. Código 0221**

Definición: estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Actividades:

- ✓ aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- ✓ Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno.
- ✓ Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
- ✓ Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.
- ✓ Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.
- ✓ Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.

Diagnóstico: Ansiedad. Código 00146

Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Criterios de resultado: angustia, nerviosismo.

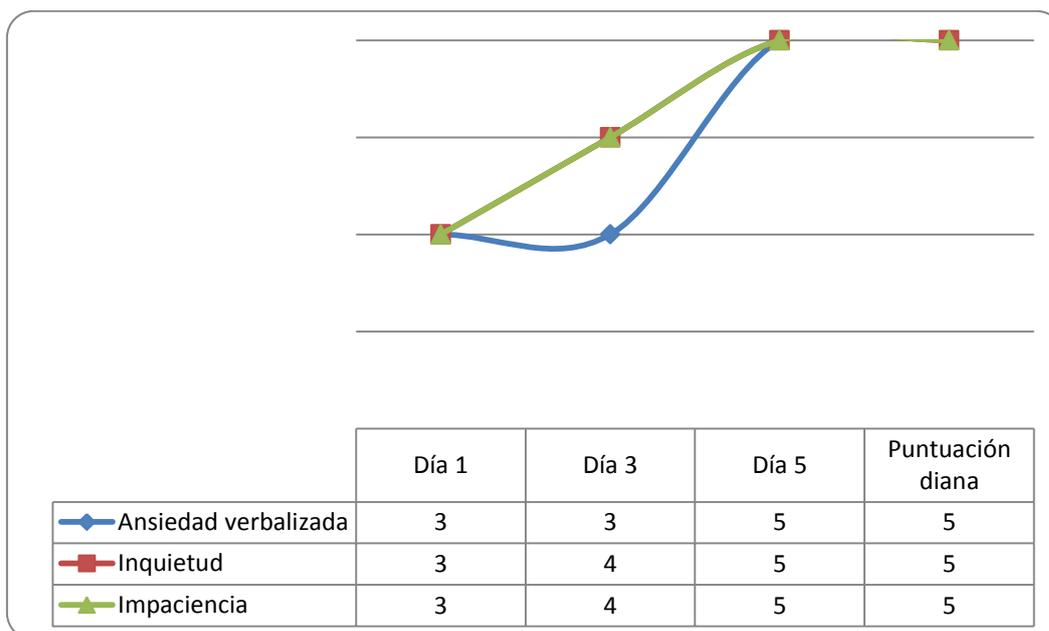
Relacionado con: cambio en el estado de salud.

Criterios de resultado

- **Nivel de ansiedad. Código 1211**

Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Escala: desde grave hasta ninguno.



Intervenciones enfermeras

- **Disminución de la ansiedad. Código 5820**

Definición: minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

Actividades:

- ✓ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- ✓ Escuchar con atención.
- ✓ Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- ✓ Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.

Diagnóstico: Aflicción crónica. Código 00137

Definición: patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentado (por un familiar, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

Características definatorias: expresa sentimientos de tristeza.

Relacionado con: experimenta enfermedad crónica. Necesidad interminable de

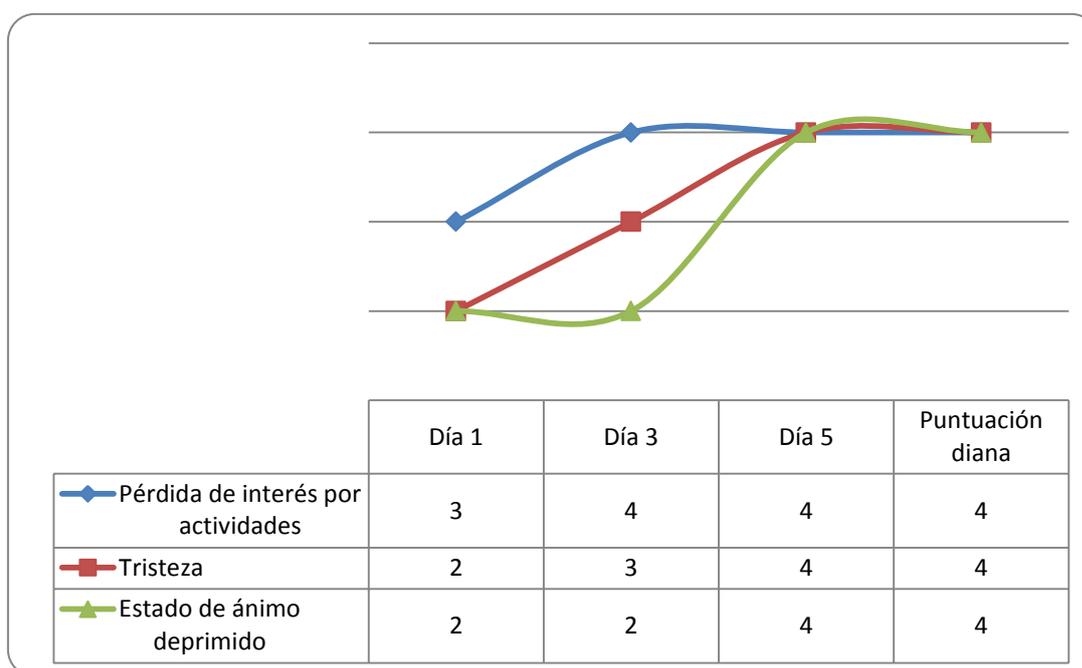
proporcionar cuidados.

Criterios de resultado

- **Nivel de depresión. Código 1208**

Definición: intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida.

Escala: desde grave hasta ninguno.



Intervenciones enfermeras

- **Apoyo emocional. Código 5270**

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

Actividades:

- ✓ Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- ✓ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- ✓ Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

- ✓ Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.

Diagnóstico: Incontinencia urinaria por rebosamiento. Código 00176

Definición: pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga.

Criterios de resultado: expresa pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina. Nicturia.

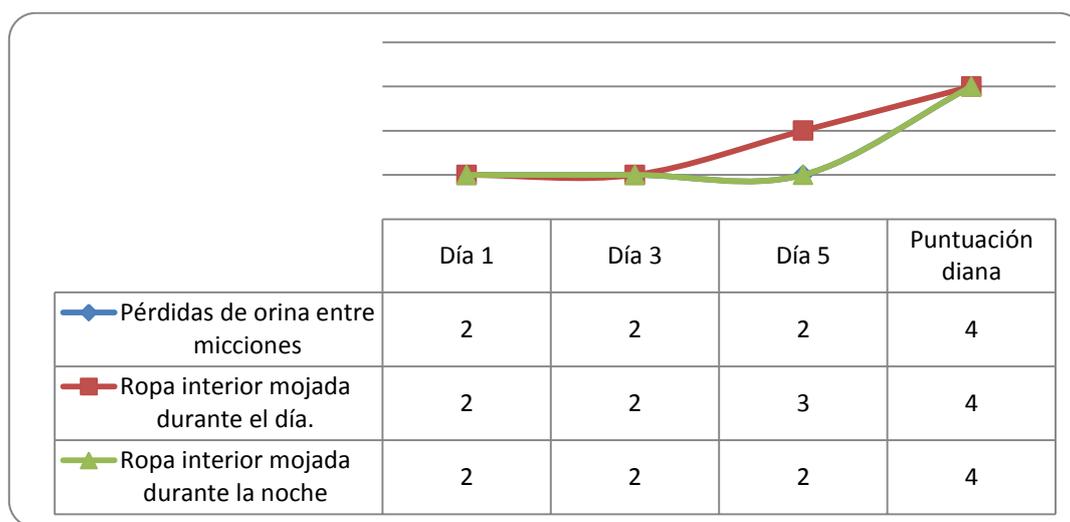
Relacionado con: hipocontractilidad del detrusor.

Criterios de resultado

- **Continencia urinaria. Código 0502**

Definición: control de la eliminación de orina de la vejiga.

Escala: desde siempre demostrado hasta nunca demostrado.



Intervenciones enfermeras

- **Micción estimulada. Código 0640.**

Definición: Promover la continencia urinaria a través del uso de recordatorios verbales para ir al baño con regularidad y de retroalimentación social positiva por el éxito al orinar.

Actividades:

- ✓ Ofrecer ayuda para ir al baño, independientemente del estado de continencia.
- ✓ Proporcionar intimidad para ir al baño.
- ✓ Enseñar al paciente a solicitar por sí mismo el ir al baño en respuesta a la urgencia de miccionar.

- **Cuidados de la incontinencia urinaria. Código 0610.**

Definición: Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades:

- ✓ Proporcionar intimidad para la evacuación.
- ✓ Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.
- ✓ Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño.

Diagnóstico: Riesgo de cansancio del rol de cuidador. Código 00062.

Definición: riesgo de vulnerabilidad en el cuidador por sentir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.

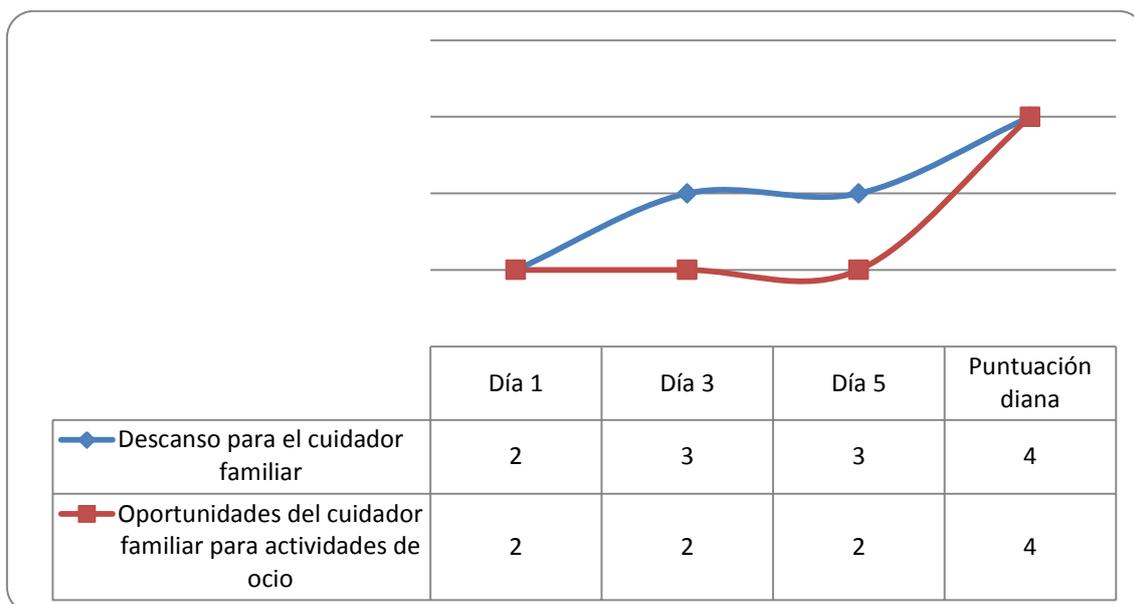
Factores de riesgo: cantidad de tareas de cuidados, duración de la necesidad de cuidados, falta de actividades recreativas del cuidador.

Criterios de resultado

- **Resistencia del papel del cuidador. Código 2210**

Definición: factores que fomentan la capacidad de continuación del cuidado familiar durante un largo período de tiempo.

Escala: desde inadecuado hasta completamente adecuado.



Intervenciones enfermeras

- **Apoyo al cuidador principal. Código 7014**

Definición: ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.

Actividades:

- ✓ Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- ✓ Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de éste.
- ✓ Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- ✓ Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.
- ✓ Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

Diagnóstico: Déficit de autocuidado: alimentación. Código 00102

Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.

Factores relacionados: debilidad, desequilibrio en la ventilación-perfusión, fatiga.

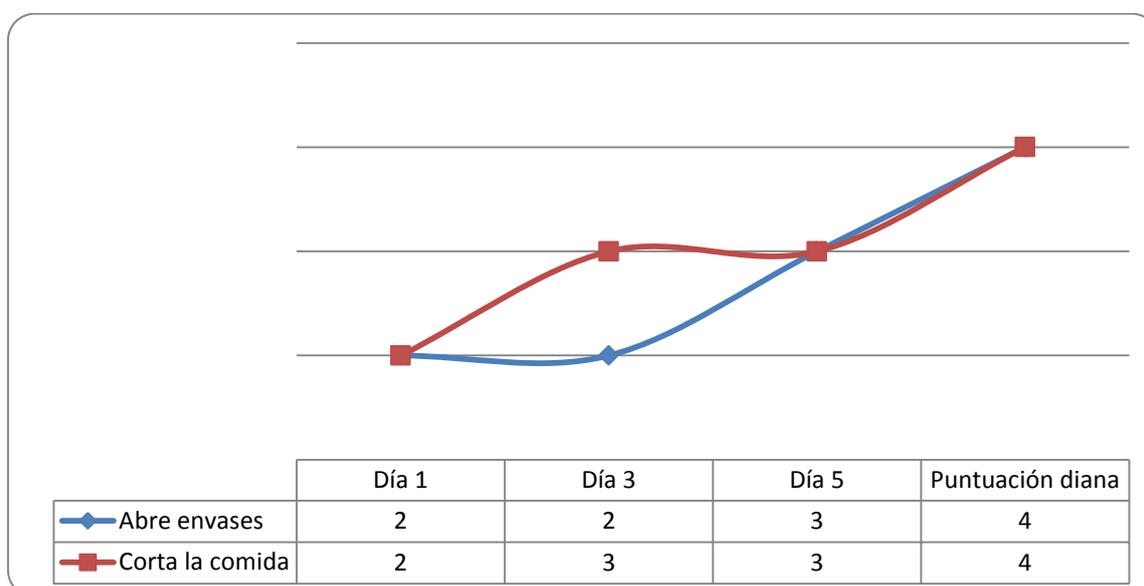
Características definitorias: incapacidad para abrir los recipientes. Incapacidad para preparar los alimentos para su ingestión.

Criterios de resultado

- **Autocuidados: comer. Código 0303**

Definición: Acciones personales para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Escala: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.



Intervenciones enfermeras

- **Ayuda con el autocuidado: alimentación. Código 1803**

Definición: Ayudar a una persona a comer.

Actividades:

- ✓ Abrir los alimentos empaquetados.
- ✓ Fijar la comida en la bandeja, si es necesario, como al cortar la carne o pelar un huevo.
- ✓ Proporcionar los alimentos y bebidas preferidos, según corresponda.
- ✓ Colocar al paciente en una posición cómoda.

Diagnóstico: Déficit de autocuidado: baño. Código 00108

Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene.

Factores relacionados: debilidad.

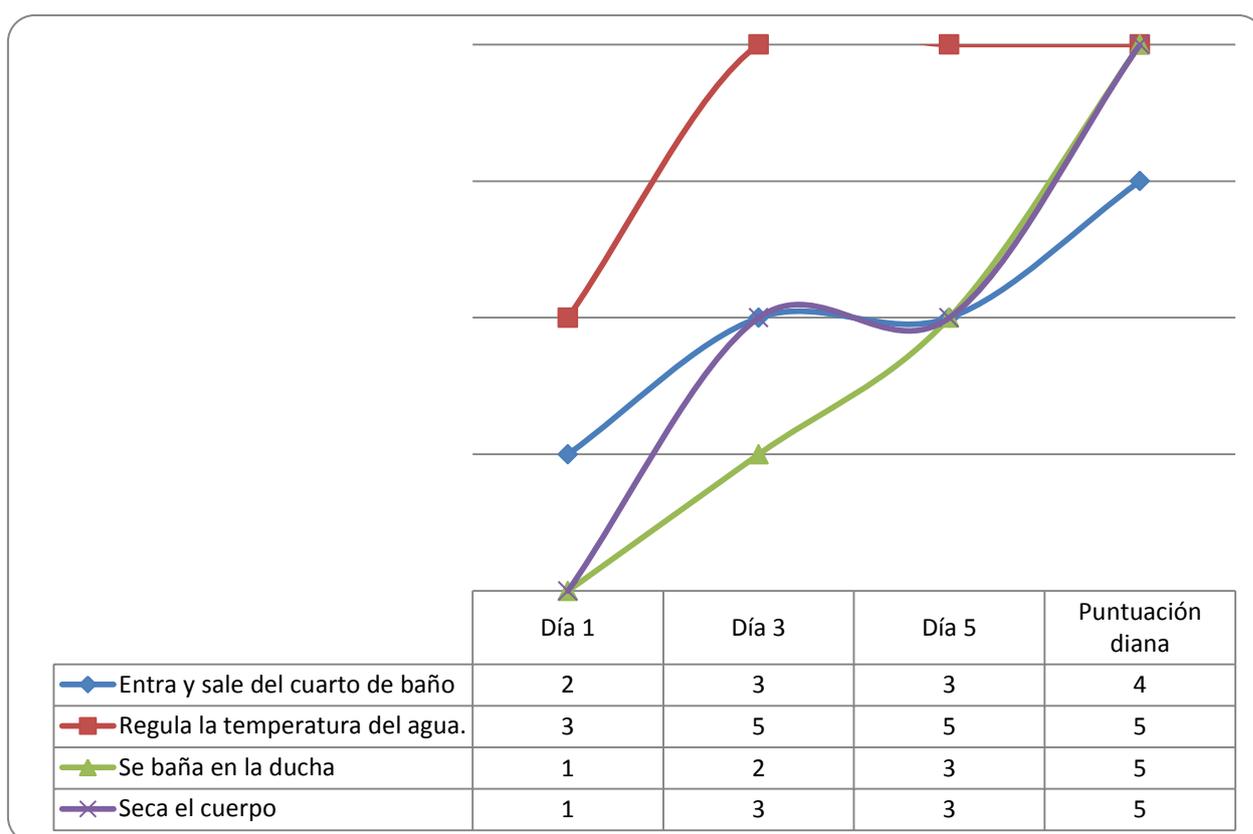
Características definitorias: incapacidad para obtener los artículos de baño. Incapacidad para lavarse el cuerpo. Incapacidad para secarse el cuerpo.

Criterios de resultado

- **Autocuidados: baño. Código NOC 0301**

Definición: Acciones personales para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Escala: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.

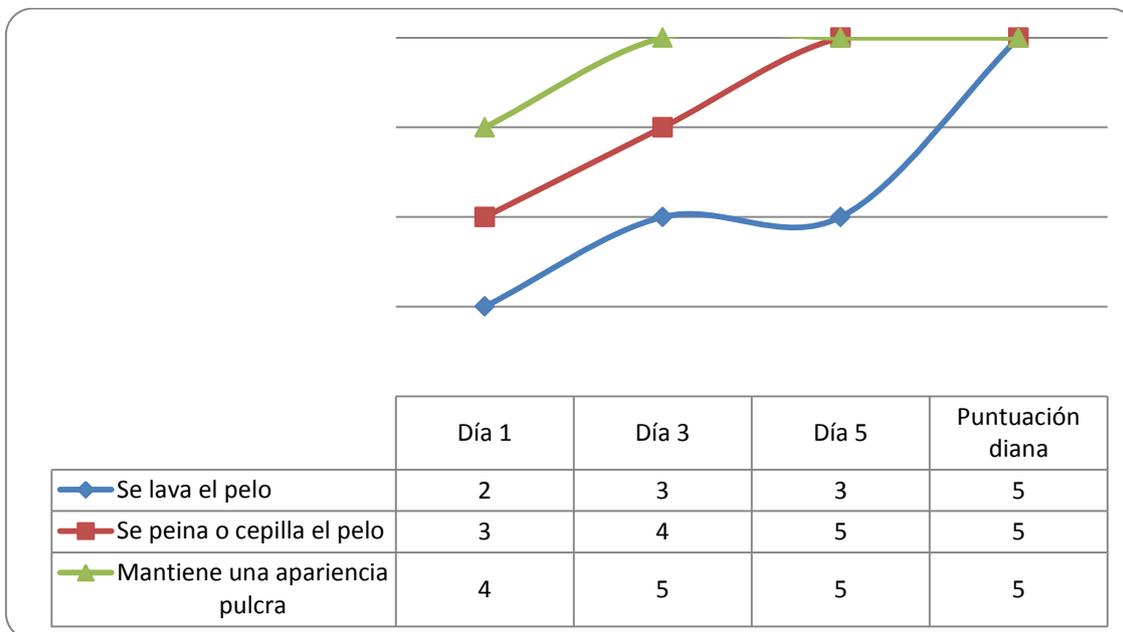


- **Autocuidados: higiene. Código 0305**

Definición: Acciones personales para mantener la higiene corporal y un aspecto

aseado independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Escala: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.



Intervenciones enfermeras

- **Ayuda con el autocuidado: baño/higiene. Código 1801**

Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

- ✓ Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente o en el baño.
- ✓ Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.
- ✓ Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.

- **Ayuda con el autocuidado: baño/higiene. Código 1801**

Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

- ✓ Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente o en el baño.

- ✓ Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.
- ✓ Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.

Diagnóstico: Déficit de autocuidado: vestido. Código 00109

Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestido y arreglo personal.

Características definatorias: deterioro de la capacidad para abrocharse la ropa. Deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias. Incapacidad para usar cremalleras.

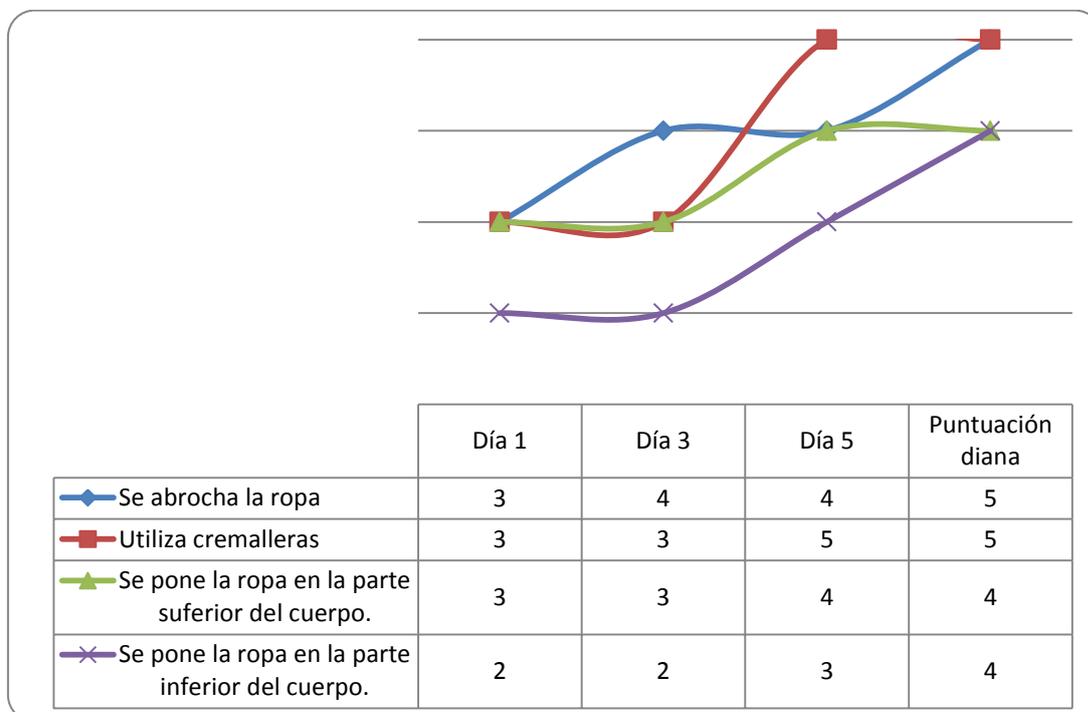
Factores relacionados: debilidad, fatiga

Criterios de resultado

- **Autocuidados: vestir. Código 0302**

Definición: Acciones personales para vestirse independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Escala: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.



Intervenciones enfermeras

- **Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal. Código 1802.**

Definición: ayudar a un paciente con las ropas y el aspecto.

Actividades:

- ✓ Disponer las prendas del paciente en una zona accesible.
- ✓ Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
- ✓ Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.
- ✓ Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.

Diagnóstico: Déficit de autocuidado: uso del inodoro. Código 00110

Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de evacuación.

Características definitorias: incapacidad para manipular la ropa para la evacuación, incapacidad para levantarse del inodoro o del orinal.

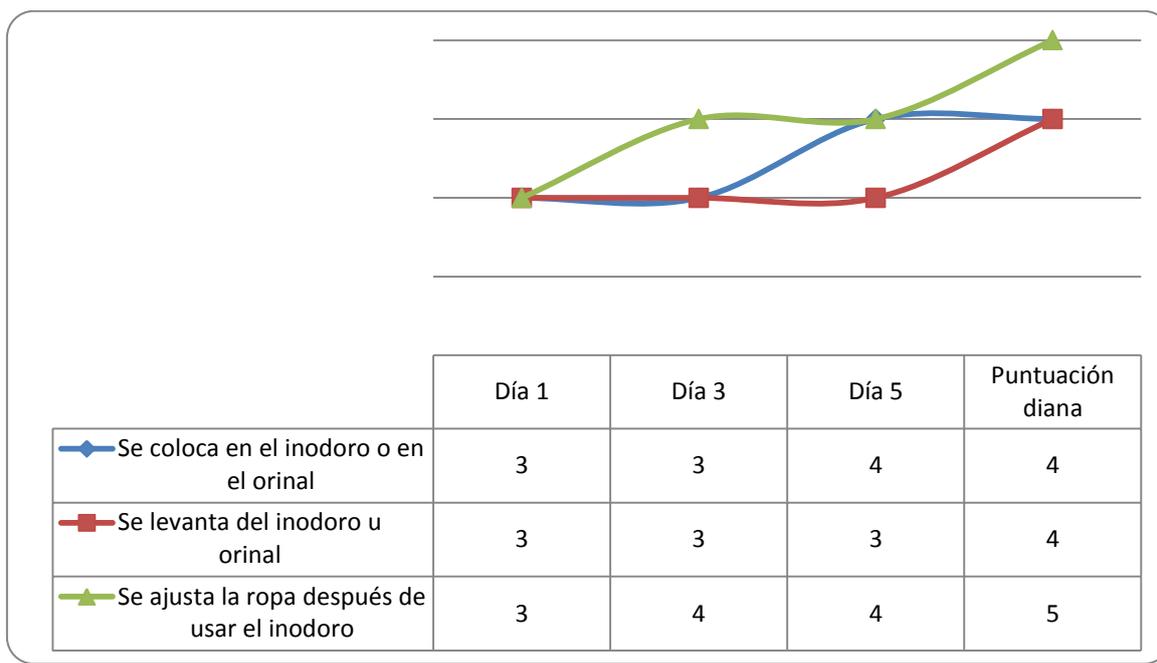
Factores relacionados: debilidad. Deterioro de la movilidad. Fatiga.

Criterios de resultado

- **Autocuidados: uso del inodoro. Código 0310**

Definición: Acciones personales para utilizar el inodoro independientemente con o sin dispositivo.

Escala: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.



Intervenciones enfermeras

- **Ayuda con el autocuidado: micción/defecación. Código 1804**

Definición: Ayudar a otra persona en las eliminaciones.

Actividades:

- ✓ Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
- ✓ Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.
- ✓ Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.
- ✓ Tirar de la cadena/limpiar el utensilio de la eliminación (inodoro portátil, cuña).
- ✓ Controlar la integridad cutánea del paciente.

En la tabla2 (Tabla 2) se muestran los diagnósticos enfermeros, los criterios de resultado y las intervenciones realizadas.

Diagnóstico NANDA	NOC	NIC
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Estado respiratorio: ventilación	Manejo de la vía aérea. Administración de medicación: inhalatoria
Deterioro del intercambio de gases	Estado respiratorio: intercambio gaseoso	Oxigenoterapia
Riesgo de caídas	Conducta de prevención de caídas	Prevención de caídas
Fatiga	Nivel de fatiga	Manejo de la energía
Intolerancia a la actividad	Tolerancia de la actividad	Fomento del ejercicio
Deterioro de la ambulación	Ambular	Terapia de ejercicios: ambulación
Ansiedad	Nivel de ansiedad	Disminución de la ansiedad
Aflicción crónica	Nivel de depresión	Apoyo emocional
Incontinencia urinaria por rebosamiento	Continencia urinaria	Micción estimulada Cuidados de la incontinencia urinaria
Déficit de autocuidado: alimentación	Autocuidados: comer	Ayuda con el autocuidado: alimentación
Déficit de autocuidado: baño	Autocuidados: baño Autocuidados: higiene	Ayuda con el autocuidado: baño/higiene Ayuda con el autocuidado: baño/higiene
Déficit de autocuidado: vestido	Autocuidados: vestir	Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	Autocuidados: uso del inodoro	Ayuda con el autocuidado: micción/defecación

Tabla 2. Diagnósticos enfermeros, Criterios de resultado e Intervenciones Enfermeras.

Intervenciones enfermeras no procedentes de diagnósticos enfermeros

En los cuidados que recibió nuestra paciente durante su ingreso en la unidad de hospitalización se realizaron algunas intervenciones no procedentes de diagnósticos enfermeros:

- **Cuidados de enfermería al ingreso. Código 7310**

Definición: facilitar el ingreso del paciente en un centro sanitario.

- **Documentación. Código: 7920**

Definición: Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.

- **Delegación. Código: 7650**

Definición: Transferir la responsabilidad de la realización de los cuidados del paciente, manteniendo la responsabilidad del resultado.

- **Colaboración con el médico. Código: 7710**

Definición: Colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente.

- **Intercambio de información de cuidados de salud. Código: 7960**

Definición: Proporcionar información sobre la atención del paciente a otros profesionales sanitarios.

- **Flebotomía: muestra de sangre arterial. Código: 4232**

Definición: obtención de una muestra sanguínea de una arteria sin canalizar para valorar los niveles de oxígeno y dióxido de carbono y el equilibrio ácido-básico.

- **Flebotomía: muestra de sangre venosa. Código: 42328**

Definición: Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.

- **Facilitar el aprendizaje. Código: 5520**

Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.

- **Fomentar la implicación familiar. Código: 7110**

Definición: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

- **Revisión del carro de emergencias. Código: 7660**

Definición: Revisión sistemática y mantenimiento del contenido del carro de emergencias según los intervalos de tiempo establecidos.

- **Informe de turnos. Código: 8140**

Definición: intercambio de la información esencial de cuidados de pacientes con otro personal de enfermería al cambiar el turno.

- **Manejo de la tecnología. Código: 7880**

Definición: Uso de equipo y dispositivos técnicos para monitorizar el estado del paciente o mantener la vida.

Evaluación

En la evaluación valoramos la consecución de los criterios de resultado propuestos en nuestro plan de cuidados y medimos la efectividad de las intervenciones de enfermería realizadas para ello.

En el transcurso de los 5 días que permanece ingresada la paciente en la planta de hospitalización de Medicina Interna, las intervenciones enfermeras realizadas para aliviar el malestar general que presentaba a su ingreso contribuyen a la mejoría del estado de salud de la enferma.

En cuanto a los problemas de salud derivados de su patología respiratoria, las actividades enfermeras realizadas para mejorar la Limpieza ineficaz de las vías aéreas y el Deterioro del Intercambio de gases mejoran sustancialmente la sintomatología presentada por la enferma a su ingreso. Las cifras de saturación de oxígeno aumentan y la disnea mejora; asimismo, se reduce la cantidad de esputo producido por la paciente y disminuye la tos que presentaba a su ingreso. Consecuentemente, a medida que mejora su estado físico, ella está menos fatigada y expresa menos cansancio; su fatiga y su intolerancia a la actividad mejoran progresivamente.

Durante la hospitalización se consiguió minimizar la ansiedad y angustia que presentaba la paciente, para ello fue preciso transmitir seguridad y serenidad, hablar con ella y escuchar la expresión de sus sentimientos y administrar la medicación pautada para la ansiedad. La reducción de la ansiedad y de la angustia permitieron que el estado emocional de la paciente mejorara; consecuentemente afrontó su enfermedad con una actitud más positiva en los últimos días de su ingreso.

En el transcurso de su ingreso realizamos intervenciones para ayudar a nuestra paciente en las actividades de la vida diaria. A pesar de las facilidades y ayudas recibidas durante su hospitalización, al alta nuestra paciente presenta dificultades para realizar sus autocuidados y tiene cierta dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. Su cuidadora principal está agobiada y nos comenta que a veces se siente agotada ante los constantes cuidados que requiere su madre.

Cuando la paciente es dada de alta a su domicilio sigue teniendo problemas de incontinencia urinaria por rebosamiento. Al alta damos unas recomendaciones a la paciente y a la hija acerca de los productos sanitarios que pueden utilizar para mantener seca la zona y de la realización de la higiene genital.

Respecto al riesgo de caída que presenta la enferma, aunque la paciente tiene

dificultades en la ambulación, las medidas preventivas adoptadas fueron eficaces y no se produjeron caídas durante el ingreso en planta.

Antes del alta de la paciente a su domicilio revisamos el tratamiento médico pautado con ella y con su hija, comprobamos su cumplimiento y el manejo de la terapia inhalada. También damos recomendaciones acerca de cómo realizar las inhalaciones y de cómo actuar ante las exacerbaciones de la EPOC.

CONCLUSIONES

Los cuidados enfermeros son un pilar fundamental en la atención a los pacientes con EPOC reagudizado; por tanto, es esencial que los profesionales de enfermería estén bien entrenados en el manejo de las exacerbaciones de la EPOC para evitar las complicaciones derivadas de la reagudización de la patología. Es necesario realizar una buena valoración para adecuar el plan de cuidados a las necesidades reales y potenciales que requieren ser atendidas en el paciente con EPOC reagudizado.

Consideramos especialmente interesante apoyar y ayudar al cuidador principal, ya que existe una relación directa entre la implicación del familiar y la evolución de la enfermedad. Asimismo, es conveniente que el enfermero realice intervenciones encaminadas a facilitar al alta la gestión que realizan los cuidadores de los cuidados que requiere un enfermo dependiente con EPOC grave. Además, es importante la atención psicológica al paciente y sus familiares para reducir la ansiedad que produce la exacerbación de la patología.

Es importante que los enfermeros posean una formación en relación con la terapéutica y con ello, ayuden a los pacientes a autogestionar su patología ya que la autogestión de la enfermedad mejora la calidad de vida de los mismos. Además, prevenir el tabaquismo y la ayuda para deshacerse de este hábito tóxico es muy beneficiosa para el enfermo, por tanto, es conveniente realizar educación para la salud dirigida a la prevención y abandono del hábito tabáquico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reilly JJ, Silverman EK, Shapiro SD. Neumopatía crónica. En: Loscalzo J. Harrison. Neumología y cuidados intensivos. México D.F.: McGraw-Hill; 2010. p.178-89.
2. The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2014. [Cited 2014 Mar 29]; Disponible en: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf

3. Rycroft CE, Heyes A, Lanza L, Becker K. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* [Internet]. 2012 Jul [Cited 2014 Feb 17]35(1):457-94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3422122/pdf/copd-7-457.pdf>
4. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*[Internet]. 2009 Jun[Cited 2014 Feb 17]64(10):863-8. Disponible en: <http://thorax.bmj.com/content/64/10/863.full.pdf+html>
5. Carrasco-Garrido P, de Miguel-Díez J, Rejas-Gutierrez J, Martín-Centeno A, Gobartt-Vázquez E, Hernandez-Barrera V, et al. Characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in Spain from a gender perspective. *BMC Pulm Med*. [Internet] 2009 Jan [Cited 2014 february 15];2(9):[about 8 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2466-9-2.pdf>
6. Afonso AS, Verhamme KM, Sturkenboom MC, Brusselle GG. COPD in the general population: Prevalence, incidence and survival. *RespirMed*. [Internet] 2011Aug[Cited 2014 february 15];105(12):1872-84. Disponible en: [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(11\)00212-5/pdf](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(11)00212-5/pdf)
7. Burney P, Jithoo A, Kato B, Janson C, Mannino D, Nizankowska-Mogilnicka E. Chronic obstructive pulmonary disease mortality and prevalence: the associations with smoking and poverty—a BOLD analysis. *Thorax*.[Internet]. 2013Dec[Cited 2014 Feb 17]69(5):1-10. Disponible en: <http://thorax.bmj.com/content/early/2013/12/18/thoraxjnl-2013-204460.full.pdf+html>
8. Ställberg B, Janson C, Johansson G, Larsson K, Stratelis G, Telg Get, al. Management, morbidity and mortality of COPD during an 11-year period: an observational retrospective epidemiological register study in Sweden (PATHOS). *Prim Care Respir J*.[Internet]. 2014Mar[Cited 2014 Feb 19]23(1):38-45. Disponible en: <http://www.nature.com/articles/pcrj2013106>
9. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud.[Internet]. Madrid: El Ministerio; 2009. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf>
10. Kessler R, Partridge MR, Miravittles M, Cazzola M, Vogelmeier C, Leynaud D, et al. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-

sectional study. *EurRespir J.* 2011;37(2):264-72.[Internet]. 2011 Feb [Cited 2014 Feb 21]37(2):264-72. Disponible en:
<http://erj.ersjournals.com/content/37/2/264.full.pdf+html>

11. Lopez-Campos JL, Calero C, Quintana-Gallego E. Symptom variability in COPD: a narrative review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* [Internet]. 2013 May [Cited 2014 february 22];8:231-8. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Symptom+variability+in+COPD%3A+a+narrative+review>
12. Roche N, Chavannes NH, Miravittles M. COPD symptoms in the morning: impact, evaluation and management. *Respir Res* [Internet]. 2013 Oct [Cited 2014 february 22];14(1):1-8. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3816156/pdf/1465-9921-14-112.pdf>
13. Stenton C. The MRC breathlessness scale. *Occup Med.* 2008;58(3):226-7.
14. Soler-Cataluña JJ, Piñera P, Trigueros JA, Calle M, Almagro P, Molina J et al. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento hospitalario de la agudización. *Emergencias.* 2013;25(4):301-17.
15. Mackay AJ, Donaldson GC, Patel AR, Jones PW, Hurst JR, Wedzicha JA. Usefulness of the chronic obstructive pulmonary disease assessment test to evaluate severity of COPD exacerbations. *Am J Respir Crit Care Med.*[Internet]. 2012 Jun [Cited 2014 Feb 21]185(11):(1218-24) Disponible en:
<http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.201110-1843OC>
16. Orozco-Levi M, Garcia-Aymerich J, Villar J, Ramirez-Sarmiento A, Anto JM, Gea J. Wood smoke exposure and risk of chronic obstructive pulmonary disease. *EurRespir J.* [Internet]. 2006 Mar [Cited 2014 Feb 22]27:542-6. Disponible en:
<http://erj.ersjournals.com/content/27/3/542.full.pdf+html>
17. Tam A. Sin DD. Why are women more vulnerable to chronic obstructive pulmonary disease?. *Expert Rev Respir Med.*[Internet]. 2013Jun[Cited 2014 Feb 22]7(3):197-9. Disponible en:
<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1586/ers.13.22>
18. Rodríguez-Pecchi MS, de la Fuente-Aguado J, Montero-Tinnirello J, Sanjurjo-Rivo AB, Sánchez-Conde P, Fernández-Fernández FJ. Enfermedad pulmonar obstructiva: diferencias entre hombres y mujeres. *Medicina (B Aires).* 2012;72(3):207-15.
19. Lynes D. Diagnosis and management of patients with COPD in primary care. *Nursing Standard.* [Internet]. 2010 Oct[Cited 2014 Feb 23]25(8):49-57. Disponible

en:

<http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2010.10.25.8.49.c8069?journalCode=ns>

20. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med*. [Internet]. 2001 Mar [Cited 2014 Feb 25];163(5):1256-76. Disponible en:
<http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/ajrccm.163.5.2101039>
21. Csikesz NG, Gartman EJ. New developments in the assessment of COPD: early diagnosis is key. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. [Internet]. 2014 Feb [Cited 2014 Feb 25];27(9): 277-86. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942111/pdf/copd-9-277.pdf>
22. Güell MR, Cejudo P, Rodríguez-Trigo G, Bautista J, Casolive V, Regueiro M et al. Estándares de calidad asistencial en rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar crónica. *ArchBronconeumol*. [Internet]. 2012 Jul [Cited 2014 Feb 25];48(1):396-404. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90156715&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=43&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v48n11a90156715pdf001.pdf
23. Wilson JS, J Elborn JS, Fitzsimons D, McCrum-Gardner E. Do smokers with chronic obstructive pulmonary disease report their smoking status reliably? A comparison of self-report and bio-chemical validation. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2011 Jan [Cited 2014 Feb 25];48:856-62. Disponible en:
[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(11\)00003-4/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(11)00003-4/abstract)
24. Rodríguez C, Ramos MM, Ichazo C, Bello D, Anta B, Hernández A, et al. Utilización de la espirometría diagnóstica en los centros de salud de Tenerife. *Metas Enferm* 2013;16(4):57-62.
25. Strong M, Green A, Goyder E, Miles G, Lee ACK, Basran G, Cooke K. Accuracy of diagnosis and classification of COPD in primary and specialist nurse-led respiratory care in Rotherham, UK: a cross-sectional study. *Prim Care Respir J*. [Internet]. 2014 Jan [Cited 2014 Feb 26];23(1):67-73. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24477772>
26. Eastwood GM, O'connell B, Gardner A, Considine J. Patients' and nurses' perspectives on oxygen therapy: a qualitative study. *J AdvNurs*. [Internet]. 2009 Feb [Cited 2014 Feb 26];65(3):(634-41). Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04933.x/abstract>

27. Sørensen D, Frederiksen K, Groefte T, Lomborg K. Nurse–patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. *Int J Nurs Stud.*[Internet]. 2012 Jan[Cited 2014 Feb 27]50(1):(26-33) Disponible en:
[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00286-6/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00286-6/pdf)
28. Lareau SC, Hodder R. Teaching inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Am Acad Nurse Pract.* [Internet]. 2011 Dec[Cited 2014 Mar01]24:(113-20). Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2011.00681.x/pdf>
29. Bades A, Effective management of COPD. *Journal of Community Nursing.* [Internet]. 2012 Nov [Cited 2014 Mar2]26(6):4-11. Disponible en:
<http://www.jcn.co.uk/journal/11-2012/respiratory/1518-effective-management-of-copd/>
30. Bentsen SB, Langeland, Holm AL. Evaluation of self-management interventions for chronic obstructive pulmonary disease. *J NursManag.*[Internet]. 2012 Sep[Cited 2014 Mar2]20:[about 12 p.]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0052532/>
31. Kaşıkçı M. Using self-efficacy theory to educate a patient with chronic obstructive pulmonary disease: a case study of 1-year follow-up. *Int J NursPract.* [Internet]. 2011 Jan [Cited 2014 Mar2]17(1):(1-8). Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2010.01898.x/pdf>
32. Alleyne G, Hancock C, Hughes P. Chronic and non-communicable diseases: a critical challenge for nurses globally. *IntNurs Rev.* [Internet]. 2011Aug[Cited 2014Mar3]58(3):320-31. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00912.x/pdf>
33. Wilson JS, Elborn JS, Fitzsimons D. ‘It’s not worth stopping now’: why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke? A qualitative study. *J ClinNurs*[Internet]. 2010 Aug[Cited 2014 Mar05]20(5-6):(819-27). Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03319.x/pdf>
34. Ingadottir TS, Jonsdottir H. Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health-related quality of life and hospital admissions. *J ClinNurs.*[Internet]. 2010 Sep[Cited 2014 Mar05]19(19-20):(2795.2805). Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03303.x/pdf>

35. Coventry PA, Gemmell I, Todd CJ. Psychosocial risk factors for hospital readmission in COPD patients on early discharge services: a cohort study. *BMC Pulmonary Medicine*. [Internet]. 2010 Oct [Cited 2014 Mar 7];11:1-10. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2466-11-49.pdf>
36. Kunik ME, Veazey C, Cully JA, Soucek J, Graham DP, Hopko D, et al. COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2008;38(3):385-96.
37. Grant M, Cavanagh A, Yorke J. The impact of caring for those with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on carers' psychological well-being: A narrative review. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2011 Oct [Cited 2014 Mar 7];49(11):1459-71. Disponible en:
[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00055-7/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00055-7/pdf)
38. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
39. Herdman TH, editora. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014*. Madrid: Elsevier; 2013.
40. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
41. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
42. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al, editores. *Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

Recibido: 23 febrero 2016.

Aceptado: 16 junio 2016.