

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTE CON SHOCK SEPTICO
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
MARZO 2018**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. ANGELA PAOLA VASQUEZ SOTO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

ASESORA:

MG. SOFIA DEL CARPIO FLOREZ

Lima, Perú

2018

DEDICATORIA

A mis padres quienes me han apoyado moral y psicológicamente para poder cumplir mis metas

A mi hija quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en mis objetivos planteados

AGRADECIMIENTO

- A Dios por guiarme cada día por el camino del bien.
- A La Universidad Inca Garcilaso de la Vega y Hospital Arzobispo Loayza para la realización del estudio.
- A mi asesora Mg. Sofía del Carpio Flórez, quien siempre ha estado disponible para guiarme en la realización de presente trabajo académico.

ÍNDICE

	Pag.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I : MARCO TEORICO	9
CAPITULO II: APLICACIÓN DE PAE- EBE	22
VALORACIÓN SEGÚN DOMINIO	24
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	27
PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES	28
EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	44
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	44
CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	52

RESUMEN

El presente trabajo describe la responsabilidad de la enfermería en el cuidado y apoyo del adulto; siendo el contenido del informe de estudio de caso del paciente elegido, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza se trata de una paciente adulta mayor con diagnóstico de Shock séptico foco respiratorio, insuficiencia respiratoria aguda tipo 1, se le eligió debido a que necesitaba apoyo integral, se le ha apoyado con el objetivo de satisfacer sus necesidades en la totalidad posibles para su bienestar.

Los capítulos que se desarrollan en el presente trabajo se basan en el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería que es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería, para asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo. En la presente compilación se exponen la conceptualización y los pasos del proceso de atención de enfermería, que son y los agruparemos por capítulos empezando por Capítulo I Marco Teórico, Capítulo II Aplicación del PAE- EBE, Capítulo III Conclusiones y recomendaciones, teniendo en cuenta la identificación de problemas usando la Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

PALABRAS CLAVE: Cuidados de enfermería, Paciente, Shock séptico.

ABSTRACT

The present work describes the responsibility of the nursing in the care and support of the adult; being the content of the case study report of the chosen patient, from the National Hospital Arzobispo Loayza, it is an older adult patient diagnosed with Shock Septic focus respiratory type 1, he was chosen because he needed comprehensive support, he was supported with the aim of satisfying their needs in the totality possible for their well-being.

The chapters developed in the present work are based on the development of the NURSING CARE PROCESS, which is an orderly and systematic method to obtain information and identify the problems of the individual, the family and the community, in order to plan, execute and evaluate nursing care. Therefore, it is the application of the scientific method in the work of nursing, to ensure the quality of care to the subject of care and provides the basis for operational control and the means to systematize and investigate in this field. In the present compilation the conceptualization and steps of the nursing care process are presented, which are and we will group them by chapters beginning with Chapter I Theoretical Framework, Chapter II Application of the PAE-EBE, Chapter III Conclusions and recommendations, taking into account the problem identification using the theory of the 14 needs of Virginia Henderson.

KEYWORDS: Nursing care, Patient, Septic shock.

INTRODUCCION

La atención a la salud es una preocupación continua en el ser humano, impulsando así a una mayor atención que involucran una gran variedad de ambientes, en la comunidad o en el hogar, creando patrones de cambios, que ocurren en los pacientes; las enfermeras y la profesión de enfermería se enfrentan a la necesidad de satisfacer demandas y retos para asegurar un continuo cambio a la atención de salud, ya que es esencialmente la asistencia a los individuos por medio de actividades que contribuyan a la salud y la recuperación, velando también a que los individuos cumplan el tratamiento prescrito y se independicen de esta asistencia lo más pronto posible.

El shock séptico viene a ser la manifestación más grave de una infección. Siendo producida como consecuencia a una respuesta inflamatoria sistémica severa que lleva a un colapso cardiovascular y/o micro circulatorio, y a la hipoperfusión tisular. La hipoperfusión es el elemento central que define la condición de shock y esta debe ser detectada y revertida en forma urgente desde la atención inicial. Para evaluar la perfusión sistémica, es necesaria la evaluación de la perfusión periférica, la diuresis, la medición del lactato y de la saturación venosa central, siendo estas las principales herramientas.

Para comenzar la reanimación de forma inmediata se inicia con la administración agresiva de fluidos, pudiendo ser guiada por parámetros dinámicos de respuesta a fluidos, y continuar hasta normalizar o mejorar las metas de perfusión. De forma paralela se debe iniciar vasopresores cuando exista hipotensión marcada, siendo la primera opción la noradrenalina, e intubar al paciente buscando conectarlo precozmente a ventilación mecánica todo esto frente a hipoperfusión severa que no responde a fluidos, o frente a un aumento del trabajo respiratorio. Paralelamente, el foco infeccioso debe ser tratado iniciando antibióticos lo antes posible.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1 BASES TEORICAS:

I. Fisiopatología del shock séptico

Sepsis. Viene a ser la respuesta inflamatoria sistémica ante una injuria infecciosa. El proceso inflamatorio se va iniciando cuando los microorganismos o sus componentes vienen a ser reconocidos por células inmunológicamente activas, en principal los macrófagos y células endoteliales. Estas pequeñas células tienen unos receptores que de forma eficiente reconocen los productos microbacterianos. Entre estos agentes receptores el grupo de los Toll-like receptor van desempeñando un papel importante para la activación de la respuesta inflamatoria. Para el caso de las bacterias Gram negativas, los lipo polisacáridos que son liberados por la membrana bacteriana se van uniendo a dos proteínas séricas con las mismas funciones: la LPS binding protein y el factor soluble CD14. Cuando los LPS vienen a ser captados por estas proteínas van a ser reclutados por el factor CD14. El complejo LPS-CD14 se va uniendo al TLR, el cual después de pasar algunos pasos adicionales finalmente activa la transcripción del factor nuclear kapa B (NF-kB). El NF-kB se une a múltiples genes y es el encargado de inducir la producción de las diversas citoquinas y mediadores.

Como resultado final queda la producción de mediadores pro inflamatorios. En una de las primeras frases el factor de necrosis tumoral (TNF), la IL-6 y la IL-1B van a ser los principales mediadores que alcanzaran su máxima producción en pocas horas. También existe una respuesta que es anti-inflamatoria donde participan varias citoquinas como la IL-10, el TGF- B así como también el sistema nervioso parasimpático donde el nervio vago regula la respuesta

inflamatoria a través de la producción y acción de la acetilcolina sobre receptores nicotínicos presentes en los macrófagos.

En todo ello llama la atención la función de un órgano que en la fisiopatología de la sepsis es de mucha importancia, el endotelio, cuyas cuatro funciones básicas son:

1. Controla la coagulación manteniendo un balance entre la coagulación y la fibrinólisis.
2. Regula el tono vascular.
3. Controla la permeabilidad vascular.
4. Regula la adhesión y migración de los leucocitos y macrófagos.

Cuando se da el proceso de la sepsis las funciones reguladoras del endotelio se van afectando significativamente, lo cual se traduce en grados variables de coagulación intravascular, también en disfunción vascular y un paso anómalo de leucocitos a varios tejidos que se encuentran alejados del foco infeccioso.

Desde el punto de vista clínico, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica se define por la presencia de hipertermia o hipotermia, taquicardia, polipnea y alteración de los leucocitos en sangre (leucocitosis, leucopenia o desviación izquierda). Cuando se da una respuesta producida por una infección se define como sepsis, y si viene asociada a disfunción de órganos, el cuadro se define como una sepsis severa, llevando a una elevada morbimortalidad. Siendo el shock séptico la forma de presentación más grave de la sepsis y se da cuando la sepsis viene asociada a hipotensión e hipoperfusión tisular.

Hipoperfusión en shock séptico

El shock se va definir por la presencia de hipoperfusión e hipoxia tisular. En la sepsis habitualmente existe un aumento en el consumo y en la demanda de oxígeno. El estado de shock se va producir cuando el sistema sanguíneo no es capaz de satisfacer la mayor demanda con un aumento proporcional del transporte de oxígeno. Este desbalance entre demanda y consumo de oxígeno determina disoxia tisular, pudiendo ocurrir a nivel general o local. A

nivel general la hipoperfusión puede darse aun cuando el DO_2 esté aumentado respecto a los valores basales, e incluso sin presencia de hipotensión.

A nivel local esta hipoperfusión podría comprometer de forma selectiva algunos órganos esto se debería a la redistribución de flujos desde la circulación esplácnica y periférica hacia otros tejidos, o pudiendo comprometer de forma selectiva a algunos tejidos o células cuando existe una alteración en la microcirculación.

Distintos mecanismos van a contribuir a la hipotensión e hipoperfusión asociadas al shock séptico: la hipovolemia, la hipo reactividad vascular, la disfunción miocárdica, y la disfunción micro circulatoria. La hipovolemia se va producir tanto por pérdida total de fluidos hacia el extravascular, como por una hipovolemia parcial producido por un aumento en la capacitancia venosa, determinando una disminución del volumen circulante efectivo. La hiporeactividad vascular se va producir en respuesta a una sobreproducción de óxido nítrico, mediante activación de canales de potasio ATP-dependientes, y por un déficit en la síntesis de vasopresina (ADH). La disfunción miocárdica va tener un origen multifactorial, que se da por la liberación de diversos productos inflamatorios con capacidades cardio depresoras, así también como por disfunción celular de los miocardiocitos. En conclusión la disfunción micro circulatoria se va dar por alteraciones del endotelio, como por adhesión excesiva de plaquetas y leucocitos a la superficie endotelial.

En el cuadro clínico, el shock séptico podría tener presentaciones muy variables: de forma típica se va observar un estado hiperdinámico, con un aumento del gasto cardiaco y un aumento de la frecuencia cardiaca, y lo que va disminuir es la resistencia vascular sistémica.

La hipoperfusión tisular podría darse de manifiesto como hiper lactatemia, oliguria, alteración del sensorio, o hipoperfusión periférica. Pero, ninguna de estas manifestaciones viene a ser específica para indicar hipoperfusión. Probablemente este factor va determinar que no haya una definición única para el diagnóstico de shock séptico, y que se evidencian en las mortalidades reportadas las cuales son altamente variables con cifras que van de 30 a 70% dependiendo de la serie y de la definición empleada. Ciertos

mecanismos de hipoperfusión como la vasoconstricción periférica y esplácnica, van a constituir mecanismos de compensación simpática los cuales van a preservar el volumen circulante efectivo y el transporte de oxígeno, frente a reducciones de la volemia. Los mecanismos compensatorios se van a monitorear mediante la evaluación de la perfusión cutánea y la tonometría gástrica. Para ello, el monitoreo de estos parámetros va permitir detectar manifestaciones precoces de hipoperfusión que están relacionados con la volemia y la respuesta híper adrenérgica, los cuales tienden a revertir cuando se corrige la hipovolemia, o cuando se reduce la hiper adrenérgica

La disminución de la saturación venosa central o mixta va corresponder a otro mecanismo de compensación: que es la capacidad de los tejidos de aumentar la extracción de oxígeno frente a las reducciones del transporte de oxígeno o cada vez que disminuya la relación transporte / consumo. Esta compensación se observa en diversos estados de shock y va corresponder a una fase en la cual a pesar de tener una respuesta compensatoria simpática se va producir una reducción del transporte global de oxígeno, o bien su incapacidad de aumentar en proporción al hiper metabolismo asociado a la sepsis.

La hiper lactatemia dentro del shock séptico refleja un aumento en la producción de lactato. Siempre se ha considerado que este aumento corresponde a un metabolismo anaeróbico por hipoxia tisular. Pero, últimamente se ha reconocido que este aumento puede ser aeróbico, secundario al hiper metabolismo y la híper estimulación adrenérgica, así como también producto del metabolismo anaeróbico de los leucocitos.

A pesar de estas limitaciones, el reconocimiento y la corrección oportuna de la hipoperfusión tisular constituyen la primera prioridad en el manejo del shock séptico. Existe un consenso donde la medición del lactato es prioritaria en el manejo inicial del shock séptico. Actualmente se ha demostrado que la presencia de hiperlactatemia en pacientes con shock séptico se va asociar a una mortalidad cerca al 40%, mientras que si no hay hiperlactemia predice una sobrevida > 90%. Si bien es cierto se reconoce que la hiperlactatemia no

siempre se va producir por hipoperfusión, también puede ser una manifestación de hipermetabolismo, hiperadrenergia o de insuficiencia hepática.

II. Tratamiento del shock séptico

Reconocimiento de la sepsis severa y del shock séptico

Un factor esencial para lograr un manejo oportuno de estos cuadros viene a ser el reconocimiento de la sepsis severa y el shock séptico. Este reconocimiento se tiene que realizar precozmente, mucho antes de que el paciente ingrese a la unidad de cuidados intensivos, ya que el retraso en el diagnóstico compromete la vida del paciente.

Para reconocer la sepsis severa se requiere una evaluación sistemática de las funciones de diversos sistemas: respiratorio, cardiovascular, renal, sistema nervioso central, coagulación y hepático. Varias de estas alteraciones pueden ser detectadas mediante la evaluación clínica por ejemplo, signos vitales, nivel de conciencia, así como otras alteraciones requieren exámenes de laboratorio por ejemplo, creatinina, recuento de plaquetas, bilirrubina. La alteración de cualquiera de estos sistemas como resultado de la respuesta inflamatoria del paciente a la infección determina un riesgo de morbi-mortalidad significativamente más elevado.

El reconocimiento del shock séptico casi siempre se ha asociado a la presencia de hipotensión, pero, este concepto es insuficiente puesto que en la mayoría de los pacientes la hipoperfusión tisular precede la aparición de hipotensión. La hipotensión en la mayoría de los casos no se manifiesta, y si lo hace es tardíamente, debido a la respuesta hiperadrenérgica del paciente. No obstante, la perfusión tisular se puede comprometer severamente a nivel general o local sin que necesariamente exista hipotensión asociada. Sin embargo, muchos pacientes manifiestan hipotensión y requieren tratamientos prolongados con vasopresores, pero ellos nunca presentan signos de hipoperfusión.

En conclusión, el reconocimiento del shock séptico debe basarse no sólo en la presencia de hipotensión, sino que también se debe asociar a la identificación de hipoperfusión tisular.

Reanimación inicial y otras medidas urgentes

Para el manejo inicial de la sepsis se incluyen maniobras básicas de reanimación, cuyo objetivo es:

- Restablecer una entrega adecuada de oxígeno hacia los tejidos.
- Administrar antibióticos
- Controlar el foco infeccioso.

Las maniobras de reanimación inicial van a comprender la administración de fluidos intravenosos, el uso de vaso activos / inotrópicos, transfusión de paquetes globulares, y el soporte ventilatorio. Siendo estas medidas dirigidas no sólo a la estabilización macro hemodinámica, sino que también a la normalización de la perfusión. Este conglomerado de medidas administrada en forma de protocolos y guiada por objetivos propuestos se conoce como terapia temprana dirigida por metas donde se basan las recomendaciones para el paquete de reanimación inicial que se dan dentro de las primeras 6 horas de la Campaña Sobreviviendo a la Sepsis.

1. Medición del lactato arterial.
2. Toma de hemocultivos antes de iniciar la administración de antibióticos.
3. Administración de antibióticos de amplio-espectro
4. En presencia de hipotensión y/o lactato ≥ 4 mmol/L:
 - a) Se administra 2 litros de cristaloides.
 - b) Se administra noradrenalina cuando la hipotensión no responda a la reanimación inicial con fluidos, con la finalidad de mantener una presión arterial media (PAM) entre 65 a 75 mm Hg
5. Si la hipotensión persiste a pesar de la resucitación con fluidos, y/o lactato es ≥ 4 mmol/L:
 - a) Obtener una medición de presión venosa central (PVC) y asegurarse de llevarla sobre 8 mmHg
 - b) Medir y llevar la SvcO₂ a un valor $\geq 70\%$

Este grupo de medidas de reanimación inicial tiene el objetivo fundamental de que actuar tanto en la reanimación como al tratamiento del foco infeccioso, y que plantea metas de reanimación que van más allá de la normalización de la macro-hemodinamia.

DROGAS VASOACTIVAS E INOTROPICOS

Las catecolaminas vasopresores que mas se usan son noradrenalina, dopamina, y adrenalina. Las cuales tienen un efecto alfa adrenérgico en grado variable.

Dopamina: Siendo efectiva en aumentar la presión arterial media (PAM) en pacientes que tienen estados hipotensos permanentes, a pesar de un aumento de volumen. Este aumento de PAM va asociado a un aumento del gasto cardíaco. Esto se debe a que para lograr aumentar la PAM se debe pasar necesariamente por una estimulación cardíaca, y que la droga sólo ejerce efectos vasoconstrictores en altas dosis asociadas inevitablemente a taquicardia, se le podría considerar como una droga alternativa en el shock séptico hiper dinámico. Las desventajas de la dopamina son sus efectos negativos a nivel cardíaco (taquicardia, isquemia o arritmias). Por otro lado, en el paso del tiempo se ha logrado demostrar el carácter mítico del supuesto efecto protector esplácnico y renal de dopamina.

Noradrenalina: Actúa mediante el aumento de la PAM sin deteriorar el gasto cardíaco ni las funciones orgánicas. Se emplea la noradrenalina en dosis desde 0,01 hasta 3,3 µg/kg/mm. Por lo general, la droga aumenta el gasto cardíaco entre 10 a 20%, y el volumen sistólico en 10 a 15%.

Adrenalina: Aumenta la PAM en cuyos pacientes que no responden a agentes tradicionales, por su intenso estímulo inotrópico y vasoconstrictor. Es por ello que, en diversos protocolos tradicionales se emplea como droga de rescate. Por otro lado, debido a sus efectos negativos en el consumo de oxígeno

miocárdico, su arritmogenicidad, su potencial impacto negativo en flujo esplácnico, y su tendencia a aumentar las concentraciones de lactato, su uso como rescate tiene poco sustento.

Corticoides

Clínicamente viene siendo necesario mencionar que en la actualidad no existe evidencia clara que justifique su uso rutinario en pacientes con shock séptico. Está bien establecido que dosis moderadas de hidrocortisona entre 200 a 300 mg/día aumentan la reactividad vascular y permiten disminuir los requerimientos de vasopresores. De igual forma, estas dosis tienen un importante efecto antiinflamatorio que puede evidenciarse por una disminución de los marcadores clínicos de respuesta inflamatoria. Sin embargo, la evidencia actual no indica que disminuya la mortalidad ni la morbilidad.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

El aparato respiratorio es quien se encarga de realizar el intercambio gaseoso entre el aire ambiental y la sangre, captación de oxígeno (O₂) y eliminación de anhídrido carbónico (CO₂), desempeñando así su principal función. La insuficiencia respiratoria se va definir por la incapacidad del aparato respiratorio para poder mantener un adecuado intercambio de gases necesario para cubrir las necesidades metabólicas del organismo. Básicamente se define la insuficiencia respiratoria cuando en estado de reposo, vigilia y respirando aire ambiente, la presión arterial de O₂ (PO₂) es menor de 60 mmHg y/o la presión arterial de CO₂ (PCO₂) es mayor de 45 mmHg¹. Los valores normales para la PCO₂ oscilan entre 35-45 mmHg. El aumento de la PCO₂ por encima de 45 mmHg se considera hipercapnia y la disminución del mismo por debajo de 35 mmHg se define como hipocapnia. Se debe tener en cuenta que es el CO₂ diluido el que determina la presión arterial en sangre de CO₂ (al igual que el O₂). Este CO₂ diluido constituye una cantidad mínima del CO₂ transportado en la sangre, siendo el 95% transportado por mecanismos buffer en el eritrocito.

Sin embargo es la porción diluida la que determina el gradiente de presión entre el aire alveolar, sangre y tejidos y es la tensión de CO₂ la única determinante significativa del grado en que la sangre acepta o cede CO₂. La PO₂ se considera normal si está por encima de 80 mmHg, porque variaciones por encima de este valor normal rara vez afectan al juicio terapéutico y no modifican sustancialmente la saturación de O₂ de la hemoglobina. Por tanto la hipoxemia se define cuando la PO₂ está por debajo de 80 mmHg

1. La PO₂ normal puede variar en algunas circunstancias como son la presión barométrica, la posición del sujeto y la edad. Al igual que ocurre con el CO₂, la mayor parte del contenido de O₂ en sangre no se debe al disuelto, sino al que va unido a la Hemoglobina, en una relación que se expresa gráficamente en la curva de saturación de la Hemoglobina. La forma de ésta curva varía según el grado de afinidad existente entre la Hemoglobina y el O₂, que está influenciado por los cambios de temperatura, acidez del medio y tensión del CO₂. La hipoxia se refiere al aporte de oxígeno inadecuado a los tejidos u órganos, por disminución del aporte, aumento de las necesidades o cuando su utilización esta interferida.

CLASIFICACION DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

La Insuficiencia Respiratoria se puede clasificar en:

1: - Insuficiencia respiratoria hipoxémica o parcial o tipo I: Se da cuando sólo existe hipoxemia con normocapnia.

2: Insuficiencia respiratoria hipercápnic o global o tipo II: Se da cuando existe hipercapnia además de la hipoxemia.

Según el tiempo de instauración se puede clasificar en:

1: Insuficiencia respiratoria aguda: Se da cuando su instauración es rápida en minutos, horas o días y se va caracterizar por alteraciones en la oxigenación y en el equilibrio ácido-base.

2: Insuficiencia respiratoria crónica: Se va instaurando de manera más lenta y básicamente se ponen en marcha mecanismos de compensación fundamentalmente renales los cuales corrigen las alteraciones que se producen en el equilibrio ácido-base.

3: Insuficiencia respiratoria crónica agudizada: Se va producir en pacientes que tienen una insuficiencia respiratoria crónica, dentro del cual aparece un evento que lo va descompensar. La medición del gradiente alveolo-arterial de O₂, va servir como índice de la eficacia del intercambio gaseoso.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I

La disminución de la presión parcial de oxígeno en el aire inspirado va constituir una causa poco frecuente de Insuficiencia Respiratoria aguda. Se va producir en situaciones de altitud, donde va existir una disminución de la presión barométrica y de la presión parcial de O₂ en el aire ambiente y por ello una disminución de la PAO₂ y la PO₂, con conservación del gradiente alveolo arterial de O₂. En otro contexto en las que puede producirse este mecanismo fisiopatológico son aquellas en las que el O₂ es diluido por concentraciones de otro gas, como se da en el caso de las minas por bolsas de monóxido de carbono o metano o en aquellas situaciones en las que el O₂ va ser consumido por el fuego. En todos estos casos antes mencionados se producirá una hipoxemia que va condicionar una hiperventilación y consiguiente hipocapnia

DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I

Se puede sospechar de la existencia de una Insuficiencia respiratoria Aguda por la presencia de síntomas y signos de hipoxemia y/o hipercapnia, sobre todo en presencia de pacientes diagnosticados de enfermedades pulmonares agudas o crónicas agudizadas o procesos extra pulmonares agudos o crónicos

agudizados que potencialmente puedan desarrollar Insuficiencia Respiratoria. En algunas ocasiones es la presencia de clínica respiratoria aguda las que nos hacen sospechar la existencia de Insuficiencia Respiratoria Aguda como la disnea, el dolor torácico agudo, o la hemoptisis.

Gasometría arterial/Pulsioximetría: La gasometría arterial viene a ser la prueba imprescindible que nos ayuda a confirmar la sospecha diagnóstica de Insuficiencia Respiratoria Aguda, además nos va informar del grado de severidad de la misma, de la existencia o no de hipercapnia y de la existencia de alteraciones en el equilibrio ácido base. La pulsioximetría es un método no invasivo que nos va permitir obtener la saturación arterial de oxígeno (SaO₂) y su monitorización continua. Sin embargo, puede verse afectada en casos de anemia, hipotensión, dishemoglobinemias o uñas pintadas. Bajo condiciones normales una SaO₂ del 90% corresponde a 60 mmHg de presión parcial arterial de O₂. Pero se debe tener en cuenta que la morfología de la curva de saturación de hemoglobina varía según el grado de afinidad que existe entre la hemoglobina y el O₂, que va estar influenciada por los cambios de temperatura, la acidez del medio, la concentración intraeritrocitaria de 2,3 difosfoglicerato y tensión del CO₂. La hipercapnia, la acidosis y la hipertermia van a producir una desviación de la curva de hemoglobina hacia la derecha por lo que la afinidad de la Hemoglobina por el O₂ va disminuir y se va facilitar su liberación a los tejidos.

La radiología de tórax nos ayuda al diagnóstico diferencial de la insuficiencia respiratoria aguda. Muchas veces estas radiografías son de mala calidad por la situación de los pacientes, entonces de preferencia se solicita gammagrafía o TAC (tomografía axial computarizada) helicoidal si se sospecha trombo embolismo pulmonar.

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

El tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda se basa en:

En primer lugar se debe tratar la enfermedad que está causando la Insuficiencia respiratoria aguda (neumonía, trombo embolismo pulmonar) y en segundo lugar se hace un tratamiento específico de la Insuficiencia respiratoria aguda siendo estas las acciones:

- Se debe asegurar la permeabilidad de la vía aérea (retirar cuerpos extraños incluido prótesis dentales, aspirar secreciones) y si fuera necesario la intubación orotraqueal.
- Se debe monitorización de constantes vitales y SaO₂.
- Se debe canalizar una vía venosa.
- Prestar atención a la nutrición e hidratación adecuadas.
- Tratamiento de la fiebre, la agitación o cualquier situación que conlleve un aumento del consumo de Oxígeno.
- Tratamiento si existe de la anemia y de la hipotensión para mejorar el transporte de Oxígeno.
- Protección gástrica.
- Profilaxis de la enfermedad trombo embolica.
- Oxigenoterapia

En casos de insuficiencia respiratoria aguda se debe mantener una oxigenación adecuada a los tejidos, mediante la oxigenoterapia vamos a conseguir elevar el aporte del O₂ inspirado y mejorar la cantidad de O₂ contenida en sangre. En estos casos el Oxígeno se debe administrar mediante mascarilla de tipo Venturi en la cual podemos conocer la fracción inspirada de O₂ (FIO₂) que aportamos al paciente. Por medio de este sistema podemos conseguir FIO₂ de hasta el 50%. Siendo recomendable, realizar una gasometría arterial antes de iniciar la oxigenoterapia. En los pacientes con Insuficiencia Respiratoria crónica agudizada o con tendencia a la hipercapnia

debemos intentar mantener una SaO₂ sobre 90% o PO₂ sobre 60 mmHg. Además de aumentar la FIO₂ no se debe olvidar que para lograr una mejoría en la hipoxia tisular también se debe asegurar el gasto cardíaco y el transporte de O₂ adecuados mediante la Ventilación no invasiva la cual ha demostrado su eficacia en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica agudizado con acidosis e hipercapnica y frecuencia respiratoria mayor de 24 respiraciones por minuto, disminuye la necesidad de intubación y ventilación mecánica, los días de hospitalización y la estancia hospitalaria y la supervivencia. De igual manera se ha demostrado ser eficaz en agudizaciones con hipercapnia y acidosis en otras patologías como enfermedades de caja torácica, enfermedades neuromusculares o síndromes de hipoventilación.

1.2 TEORIAS DE ENFERMERIA:

TEORIA DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM

La teoría del déficit de autocuidado viene a ser una relación que se da entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las necesidades humanas donde las aptitudes desarrolladas para el autocuidado, no son adecuadas para lograr identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico que existe en el paciente o que está previsto.

Los seres humanos tenemos gran capacidad de adaptarnos a los cambios que se producen dentro de nosotros o en nuestro entorno. Pero pueden presentarse una situación donde la demanda total que se le presenta a un individuo sea superior a su capacidad para responder a ella. Bajo esta situación, la persona puede necesitar ayuda que puede venir de muchas fuentes, las cuales incluyen, las intervenciones de familiares, de amigos y de profesionales de enfermería.

Dorothea E Orem utiliza la palabra agente de autocuidado para poder referirse a la persona que realmente brinda los cuidados o que realiza alguna acción específica. Cuando estos los individuos pueden satisfacer sus propias necesidades se les menciona como agentes de autocuidado.

El agente de autocuidado es quien es capaz de participar en su propio cuidado. Estos individuos que son capaces de satisfacer sus propias necesidades de salud poseen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidad de autocuidado. En otros individuos, la agencia de autocuidado está aún en pleno desarrollo, como es el caso de los niños. así mismo existen otros individuos que pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada pero que no funciona. Por ejemplo se da cuando el temor y la ansiedad que puede sentir una persona le impiden buscar ayuda aunque la persona sepa que la necesita

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado que se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que se da cuando una persona carece de conocimientos necesarios sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y poder mantener un aprendizaje continuo son funciones humanas. Los requisitos principales para el autocuidado que se da con el aprendizaje y el uso del conocimiento para poder realizar secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción necesaria de autocuidado va

ser interna o externa en su orientación se puede determinar mediante la observación, buscando obtener datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras:

Las acciones de autocuidado interna y externa orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo

Por esto, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

1. Poder asegurar información válida y fidedigna para poder describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
2. Poder analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.
3. Poder emitir juicios de la manera como pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se van a identificar las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, donde se puede identificar y agrupar de acuerdo a sus orientaciones internas y externas.

De acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo se van a determinar de satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado.

Dorothea E Orem refiere que la teoría del autocuidado es una relación que se da entre la propiedades humanas de necesidades terapéuticas de autocuidado y las actividades de autocuidado donde las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para poder conocer y cubrir algunos o quizás todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado que existen. Esta va abarcar a aquellos pacientes que van a requerir una total ayuda de la enfermera por la incapacidad total para poder realizar sus actividades de autocuidado, por ejemplo: un paciente cuadripléjico. así como también le da importancia a aquellas que vas a poder ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, por ejemplo: El baño y todas las actividades donde el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda.

Cuando se presenta el déficit de autocuidado, los enfermeros pueden satisfacerlo por medio del Sistema de Enfermería, donde este puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema nos va decir el grado de participación que va tener el individuo para poder ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico.

CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE- EBE

Situación problemática:

Al ingresar al servicio de Emergencia en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en la cama 5 se observa a un usuario de sexo femenino, de aproximadamente 84 años, en posición semifowler, despierta, ventilando espontáneamente por tubo endotraqueal con tubo en T con Venturi al 0.50%, SaO2 93% con prominencias óseas visibles, cabello de color blanco, con piel seca poco hidratada de color pálido, abdomen blando depresible, con presencia de catéter venoso central cubierto con apósito con secreción serosa mal oliente, pasando agua destilada, e infusión de noradrenalina a 15cc/h, con SOG clampada para alimentación, apósitos en herida operatoria región abdominal limpios y secos, fístula enterocutanea con bolsa de colostomía, sonda Foley circuito cerrado orina clara. Al interactuar con ella: obedece órdenes, se comunica con señas.

Recolección de datos:

Datos Actuales:

Nombre: C. C. A.

Sexo: Femenino

Edad: 84 años

Peso actual: +- 50Kg

Glasgow: 4/6/TET

Fecha de nacimiento: 05/01/1925

Lugar de Nacimiento: Cerro de Pasco

Grado de Instrucción: Analfabeta

Estado civil: Viuda

Ocupación: Su casa

Fecha de Ingreso al hospital: 24/02/2018

Fecha ingreso a UCIN: 05/03/2018

Antecedentes:

HTA: (+) hace 15 años

DM2: (-)

TBC: (-)

Hepatitis: (-)

Hospitalizaciones anteriores: Bronquitis aguda hace 13 años

Colecistectomía laparoscópica en 2004

Hábitos Nocivos:

Alcohol: (-) Tabaco: (-) Drogas: (-) Café: (+)

Estado de Salud Actual:

Diagnostico medico:

- Insuficiencia respiratoria agua tipo 1
- Neumonía Intrahospitalaria por Pseudomona aeruginosa
- Sepsis en resolución foco respiratorio
- PO33 laparotomía exploratoria por Apendisectomía perforada
- Anemia moderada

Tratamiento médico:

- Dieta enteral (Alitraq sobre 250cc H₂O)
- H₂O destilada 1000cc + H(1), K(2) XV gotas por minuto
- Amikacina 500mg EV c/ 24hr.
- Vancomicina 1gr EV c/12hr.
- Octreotide 0.5ml S/C c/8hr.
- Noradrenalina 8mg/100cc Dextrosa 5% regulable
- Omeprazol 40mg EV c/12hr.
- Paracetamol 1gr x SNG PRN T°>38.5
- N.Acetilcisteina 200mg xSNG c/8hr.
- Gluconato de CA 1amp c/8hr
- Cabecera 30°
- CFV +BHE

EXAMES DE LABORATORIO:

EXAMEN	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES
Hematocrito:	28%	38-50%
Hemoglobina:	9.4 gr/dl.	13-16
Urea:	64	(15- 45 mg/dl)
Creatinina:	0.83	(0.5 – 1.4mg/dl)
Recuento de plaquetas:	110,000	(150,000 – 450,000)
Proteinas totales:	6.20 grs%	6.4-8.2 grs%
Albumina:	2.30 grs%	3.4-4 grs%
Globulinas	3.90 grs%	1.5 – 2.7 grs%
Grupo sanguineo:	O Rh +	
Leucocitos:	5,200 mm ³	4.500-11.000
Abastionados	2%	1 – 4 %
Segmentados:	74%	40 – 60%
AGA	7.45	7.35 – 7.45
PH:		
PCO ₂ :	28.5	35 - 45
Po ₂ :	51.3	80 - 100
Na ⁺ :	152	135 - 145
K ⁺ :	3.3	3.5 – 4.5
Glucosa:	120mg/dl	60 – 120 mg/dl

Urocultivo:

Aspecto: Ligeramente turbio.

Leucocitos: 8-10xc.

Cultivo aeróbico de: Secreción aspirado bronquial:

Bacterias: Pseudomona aeruginosa.

2.1 Valoración según necesidades de Virginia Henderson:

- 1.- **Respiración:** se encuentra con tubo endotraqueal con mascarilla de Venturi al 0.50% a 15 Lts. y presencia de polipnea FR: 26x
- 2.- **Alimentación:** Dieta enteral Alitraq sobre 250cc H2O) por SOG.
- 3.- **Eliminación:** Diuresis por Sonda Foley, eliminación heces por fistula enterocutanea en bolsa de colostomía.
- 4.- **Movimiento:** Postrada en cama, solo moviliza miembros superiores.
- 5.- **Descanso y sueño:** Paciente duerme con dificultad.
- 6.- **Vestimenta:** Paciente presenta bata del hospital por bioseguridad.
- 7.- **Temperatura:** la paciente con picos elevados de temperatura presenta diaforesis.
- 8.- **Higiene:** la paciente se encuentra desaliñada en mal estado de higiene corporal.
- 9.- **Seguridad:** la paciente no presenta factores de peligro en cuanto al entorno
- 10.- **Comunicación:** la paciente no pudo comunicarse por presencia de TET en la faringe
- 11.- **Religión:** la paciente es de religión evangelica.
- 12.- **Trabajo:** la paciente es ama de casa

13.- Recreación: La paciente pasaba la mayor parte del tiempo en su casa

14.- Autorrealización: la paciente no verbaliza planes futuros.

Recolección de datos/confrontación con la literatura/análisis e interpretación:

Recolección de datos	Confrontación con la literatura	Análisis e Interpretación
<ul style="list-style-type: none"> • Con presencia de tubo endotraqueal mascarilla de venturi al 50% a 15 Lts. presentando leve tiraje intercostal y polipnea. • FR: 28x` • Dx médico: IRA tipo I. • SaO2 93% 	<p>La función que tiene el aparato respiratorio es la de poder obtener oxígeno del aire ambiental y aportarlo a la sangre así como la de expulsar el dióxido de carbono (CO2) pudiendo originar el metabolismo de los distintos órganos y sistemas y transportado a través de la sangre a los pulmones. Cuando existe un fallo en esta función implica una insuficiencia del aparato respiratorio. Siendo ésta el fracaso del aparato respiratorio en su función principal que es la de intercambio de gases, que es necesaria para la actividad metabólica del organismo. Va ser aguda cuando se da en un corto periodo de tiempo. La insuficiencia respiratoria aguda se presenta como una urgencia médica. Al momento de iniciarse la sospecha clínica deben iniciarse inmediatamente las medidas terapéuticas. Cuyos objetivos son de asegurar la oxigenación del paciente, garantizar la ventilación si está comprometida, tratar la causa y las circunstancias desencadenantes de la insuficiencia</p>	<p>Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación-perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 78% sin oxigenoterapia.</p>

	<p>respiratoria aguda y prevenir las complicaciones.</p> <p>Las manifestaciones clínicas de hipoxemia o hipercapnia, van a servir para el reconocimiento de la presencia de anomalías importantes en el intercambio gaseoso.</p> <p>Tipo I, llamada también oxigenatoria o hipoxémica</p> <p>Tipo II, denominada asimismo ventilatoria o hipercápica</p> <p>Insuficiencia respiratoria mixta: se da en un paciente con una falla oxigenatoria inicial y se le agrega una falla ventilatoria</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • En la auscultación presenta ruidos roncales. • Presencia de secreciones en el TET. 	<p>Cuando se da la valoración en un paciente con insuficiencia respiratoria se da en un enfoque organizado y dirigido que va permitir definir la extensión y el compromiso del daño que sufrió el pulmón así como la gravedad del deterioro del intercambio gaseoso y la gravedad de la enfermedad que tiene el paciente con el fin de poder determinar tempranamente el riesgo de mortalidad y las necesidades de soporte y tratamiento.</p> <p>Las manifestaciones clínicas presentes en la Insuficiencia respiratoria aguda dependen de: El incremento en el trabajo respiratorio. Las manifestaciones propias de la hipoxemia o hipercapnia. Las</p>	<p>Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c presencia de secreciones evidenciado por presencia de ruidos roncales en ambos campos pulmonares.</p>

	<p>manifestaciones del compromiso pulmonar o multisistémico por la enfermedad de fondo. Dentro del examen físico se presentan secreciones a nivel del tronco y pulmones, con presencia de ruidos roncales.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Presenta catéter venoso central con presencia de apósitos. 	<p>La cateterización venosa viene a ser la inserción de un catéter biocompatible dentro del espacio intravascular, central o periférico, con el propósito poder administrar soluciones, nutrición parenteral, medicamentos, medios de contraste y realizar pruebas diagnósticas, etc.</p> <p>El número de complicaciones, tanto mecánicas o técnicas o infecciosas relacionadas con la utilización del CVC va en aumento. Las primeras casi siempre se relacionan con la inserción del catéter y, según su gravedad, se van a clasificar en mayores o menores. Las complicaciones mayores, son las que ponen en riesgo la vida del paciente, así como: el neumotórax, el hemotórax, el quilotórax, el hidrotórax, la fístula arteriovenosa, el desgarramiento de la vena, la punción carotídea. Las infecciosas, una sepsis por la entrada de algún microorganismo patógeno.</p>	<p>Riesgo de infección r/c presencia de catéteres invasivos evidenciado por apósito manchado con secreción serosa mal oliente en zona de punción de catéter venoso central.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Presenta UPP de II° en la 	<p>Las úlceras por presión se denominan a cualquier daño causado a un área de la</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea</p>

<p>región sacra.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No presenta movimientos de miembros inferiores, se encuentra postrada. 	<p>piel y el tejido subyacente que es causado por la presión prolongada sobre un plano duro, que no siempre es intensa, e independiente de la posición. En mayor porcentaje se presenta en pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo en los ancianos con movilidad limitada, con importante morbi-mortalidad y elevada repercusión económica y social. El factor más importante donde se desarrollan las UPP es la presión mantenida sobre una superficie, así como el roce o fricción. A ella se pueden asociar fuerzas de fricción paralelas y/o tangenciales, así como una serie de factores de riesgo que dependen fundamentalmente de las condiciones del paciente.</p> <p>Las úlceras por presión requieren la existencia de trastornos de la microcirculación en zonas de apoyo del cuerpo situadas sobre una superficie dura. Es por ello que las áreas con prominencias óseas son las zonas más frecuentes de aparición de Úlceras por Presión. La presión prolongada sobre la piel y los tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos (formación de micro trombos) y linfáticos, que conduce a autólisis y acumulo de residuos tóxico-metabólicos. La isquemia</p>	<p>r/c postración en cama, evidenciado por lesión dérmica a nivel del sacro.</p>
---	---	--

	<p>local prolongada conduce a necrosis y posterior ulceración de tejidos, tanto a nivel de piel como planos profundos.</p> <p>Las fuerzas que ejercen el roce (fuerzas de fricción paralelas a la superficie epidérmica) y las fuerzas de cizallamiento (fuerzas tangenciales que incrementan la fricción en las zonas de presión cuando la cabecera de la cama se eleva más de 30°), van a disminuir la presión requerida para provocar daño tisular.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Presenta sonda orogastrica para alimentación. • Presenta tubo endotraqueal en boca. • Se encuentra postrada en cama, con deterioro musculo esquelético. 	<p>La inmovilidad de una persona viene ser un síndrome que va deteriorar de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. Dentro de las principales causas de inmovilidad en un adulto mayor viene a ser la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos. La debilidad que presentan puede deberse a desuso de la musculatura, alteraciones de electrolitos, malnutrición, anemia, desórdenes neurológicos o miopatías.</p> <p>Las consecuencias de la postración llevan consigo a un déficit del autocuidado, siendo limitándolos para satisfacer sus necesidades básicas como alimentación, higiene, eliminación, vestido.</p>	<p>Déficit de autocuidado: alimentación, higiene, eliminación r/c deterioro musculo esquelético evidenciado por desaliño corporal, baja ingesta de nutrientes, micción y deposición en pañal</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Paciente muestra signos de ansiedad y preocupación al indicar con señas que le saquen el tubo e intentar levantarse de la cama. 	<p>Todo proceso de hospitalización, desconocimiento del tratamiento, de la enfermedad y del pronóstico, lleva a una situación de ansiedad, estrés y preocupación en el paciente. También existe una ruptura de las relaciones familiares ya que uno de los integrantes se encuentra enfermo.</p>	<p>Ansiedad r/c amenaza en estado de salud evidenciado por expresión de preocupaciones.</p>
---	--	---

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

- Déficit de autocuidado: alimentación, higiene, eliminación r/c deterioro musculo esquelético evidenciado por desaliño corporal, baja ingesta de nutrientes, micción y deposición en pañal.
- Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación- perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 78% sin oxigenoterapia.
- Riesgo de infección r/c presencia de catéteres invasivos evidenciado por apósito manchado con secreción serosa mal oliente en zona de punción de catéter venoso central.
- Ansiedad r/c amenaza en estado de salud evidenciado por expresión de preocupaciones.
- Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c presencia de secreciones evidenciado por presencia de ruidos roncales en ambos campos pulmonares.
- Deterioro de la integridad cutánea r/c postración en cama, evidenciado por lesión dérmica a nivel del sacro.

2.3. PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES

- Favorecer el intercambio gaseoso
- Contribuir a la limpieza de vías aéreas
- Disminuir el riesgo de infección.
- Favorecer la integridad cutánea.
- Contribuir a la satisfacción de necesidades.
- Autocontrol de ansiedad.

Priorización y fundamentación de los diagnósticos:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Nº DE ORDEN	FUNDAMENTO
Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación- perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 78% sin oxigenoterapia.	1	Un fallo en el intercambio gaseoso viene a ser una insuficiencia del aparato respiratorio. Esta insuficiencia respiratoria es el fracaso del aparato respiratorio en su función más importante que es la de intercambio de gases, siendo necesaria para la actividad metabólica del organismo. Se denomina aguda cuando ocurre en un corto periodo de tiempo. La insuficiencia respiratoria aguda constituye una urgencia médica.
Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c presencia de secreciones	2	Las manifestaciones clínicas que se presentan en la Insuficiencia respiratoria aguda dependen de: El incremento en el trabajo respiratorio donde los músculos

<p>evidenciado por presencia de ruidos roncales en ambos campos pulmonares.</p>		<p>involucrados en la respiración hacen un mayor esfuerzo. Las manifestaciones propias de la hipoxemia o hipercapnia. Las manifestaciones del compromiso pulmonar o multi-sistémico por la enfermedad de fondo. Dentro del examen físico se presentan secreciones a nivel del tronco y pulmones, con presencia de ruidos roncales.</p>
<p>Déficit de autocuidado: alimentación, higiene, eliminación r/c deterioro musculoesquelético evidenciado por desaliño corporal, baja ingesta de nutrientes, micción y deposición en pañal.</p>	<p>3</p>	<p>La inmovilidad viene a ser un síndrome que va deteriorando de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. Dentro de sus principales causas de inmovilidad en el adulto mayor son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos. La debilidad se puede dar debido al desuso de la musculatura, malnutrición, alteraciones de electrolitos, anemia, desórdenes neurológicos o miopatías.</p> <p>Las consecuencias de la postración llevan consigo a un déficit del autocuidado, siendo limitándolos para satisfacer sus necesidades básicas como alimentación, higiene, eliminación, vestido.</p>
<p>Riesgo de infección r/c presencia de catéteres invasivos evidenciado por apósito manchado</p>	<p>4</p>	<p>La cateterización venosa se va definir como la inserción de un catéter biocompatible en el espacio intravascular, central o periférico, con la finalidad de</p>

<p>con secreción serosa mal oliente en zona de punción de catéter venoso central.</p>		<p>administrar soluciones, nutrición parenteral, medicamentos, medios de contraste y realizar pruebas diagnósticas, entre otros. Existen diversas complicaciones, entre las infecciosas, una sepsis por la entrada de algún microorganismo patógeno.</p>
<p>Deterioro de la integridad cutánea r/c postración en cama, evidenciado por lesión dérmica a nivel del sacro.</p>	<p>5</p>	<p>Las Ulceras por presión antes de su aparición generalmente van asociados a la existencia de trastornos de la microcirculación en las zonas de apoyo del cuerpo situadas sobre una superficie dura. Es por ese motivo que las áreas con prominencias óseas son las zonas más susceptibles y más frecuentes de aparición de Ulceras por presión. La presión mantenida sobre piel y tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos donde pueden presentarse la formación de micro trombos y linfáticos, que va conducir a autólisis y el acúmulo de residuos tóxico-metabólicos. La isquemia local prolongada conduce a necrosis y posterior ulceración de tejidos, que se da tanto a nivel de piel así como planos profundos pudiendo llegar a tejidos oseos.</p>
<p>Ansiedad relacionada con amenaza en estado de salud</p>	<p>6</p>	<p>Todo proceso de hospitalización, desconocimiento del tratamiento, de la enfermedad y del pronóstico, lleva a una</p>

evidenciado por expresión de preocupaciones.		situación de ansiedad, estrés y preocupación en el paciente. También existe una ruptura de las relaciones familiares ya que uno de los integrantes se encuentra enfermo.
--	--	--

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS.</p> <p>No evaluable, presencia de tubo endotraqueal</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Saturación de oxígeno: 78%</p> <p>Aga: PO2 : 51.3</p>	<p>Deterioro del intercambio gaseoso R/C: desequilibrio ventilación-perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 78% sin oxigenoterapia.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>El paciente lograra durante el turno un intercambio gaseoso adecuado presentando una saturación de oxígeno mayor al 95%</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <p>Continuar con el apoyo ventilatorio con la aplicación de oxigenoterapia</p>	<p>-Se realiza lavado de manos antes y después del manejo del paciente.</p> <p>-Se valora el estado general del paciente. Examen físico</p> <p>- Se valora en el paciente la frecuencia respiratoria, evaluando los signos vitales</p> <p>- Se monitoriza la parte neurológica con la Escala de Glasgow.</p> <p>-Se monitoriza el estado hemodinámico PVC, PAM.</p> <p>- Se controla la saturación de O2, PaO2, PaCo2 mediante el AGA.</p> <p>-Se controla saturación de</p>	<p>OBJETIVO CUMPLIDO</p> <p>Paciente mantiene un adecuado intercambio gaseoso.</p> <p>Una saturación de oxígeno mayor al 95%.</p> <p>Frecuencia respiratoria de 18 X minuto.</p>

			<p>oxigeno con el pulsioximetro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se coloca tubo en T con Venturi al 0.50% - Se evalúa en forma permanente los signos de distrés respiratorio. - Se ausculta ruidos pulmonares. - Se valora los resultados de la placa RX -Se mantiene al paciente en posición semifowler, cambios posturales, vigilar el estado de oxigenación del paciente después de cada cambio de posición. 	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN

<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>No evaluable, presencia de tuboendotraqueal.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>Presencia de ruidos roncales a la auscultación de ambos campos pulmonares</p>	<p>Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c acumulo de secreciones evidenciado por presencia de ruidos roncales y secreciones abundantes.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>El paciente mantendrá las vías aéreas permeables, durante la permanencia en el hospital</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO:</p> <p>A la auscultación la paciente presentara un pasaje de aire permeable con disminución de secreciones.</p>	<p>-Se ausculta ambos campos pulmonares.</p> <p>-Se realiza limpieza de la boca con agua y apósitos.</p> <p>-Se realiza fisioterapia torácica según prescripción médica.</p> <p>-Se realiza aspiración de secreciones de tubo y boca según demanda.</p> <p>-Se toma muestra de secreción bronquial para cultivo.</p> <p>- Se realiza nebulizaciones indicadas por el médico para fluidificar secreciones.</p> <p>-Se cambia la fijación y los puntos de apoyo del tubo.</p> <p>-Se comprueba la posición del tubo auscultando campos</p>	<p>OBJETIVO CUMPLIDO</p> <p>Paciente mantiene vías aéreas permeables, se logra aspirado de secreciones</p> <p>Presenta FR=20x minuto.</p> <p>SaO2 =96% ambiental.</p>
---	---	---	--	--

			<p>pulmonares.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se realiza manipulación del tubo con estricta asepsia. - Se evalúa el color y estado de la piel - Se realiza extubacion del paciente según protocolo, con nebulizaciones seguidas con 10 ampollas de adrenalina en posición semifowler 	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>No evaluable, presencia de tuboendotraqueal.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea r/c postración en cama, evidenciado por lesión dérmica a nivel del sacro.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>El paciente mejorara progresivamente la integridad cutánea, presentando disminución de lesiones dérmicas.</p> <p>OBJETIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Se realiza valoración de la integridad de la piel. -Se realiza valoración del riesgo de presentar ulceras por presión según la escala de Norton. -Se realiza baño en cama al 	<p>OBJETIVO CUMPLIDO</p> <p>Paciente regenera la piel en zona sacra.</p> <p>Escala de Norton aumenta a 13.</p>

<p>Lesión dérmica de segundo grado en región sacra</p>		<p>ESPECIFICO: Se evitara lesiones dérmicas agregadas en otras zonas del cuerpo.</p>	<p>paciente con agua tibia.</p> <ul style="list-style-type: none">-Se realizan masajes con cremas hidratantes.-Se realizan curaciones de las Ulceras por presión cada 12 horas con duoderm en gel.-Se mantiene alineación corporal.-Se coloca guantes con agua en las zonas de mayor presión y de roce.- Se realiza cambios de posición cada 2 horas.-Se evita el arrastre en las movilizaciones.	
--	--	---	--	--

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>No evaluable, presencia de tuboendotraqueal.</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <p>Aposito manchado con secrecion serosa mal oliente en zona de puncion de catéter venoso central.</p>	<p>Riesgo de infección r/c presencia de catéteres invasivos evidenciado por apósito manchado con secreción serosa mal oliente.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>El paciente evidenciara la zona de punción de catéter venoso central limpia y seca.</p> <p>OBJETIVOESPECIFICO:</p> <p>Se lograra evitar infecciones agregadas en sangre.</p>	<p>-Se realiza valoración del estado general del paciente.</p> <p>- Se valora la zona del catéter venoso central en busca de signos de infección.</p> <p>- Se realiza control de funciones vitales, haciendo énfasis en la temperatura.</p> <p>-Se realiza curación de catéter venoso central según protocolo siguiendo las técnicas de asepsia.</p> <p>-Se realiza vigilancia de la asepsia adecuada en la curación de catéter.</p> <p>-Se administra antibiótico</p>	<p>Paciente sin signos de infección, se mantiene afebril.</p> <p>T° =36.5°C</p>

			según indicación médica. - Se realiza cambio de catéter venoso central si es necesario.	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
DATOS SUBJETIVOS: No evaluable, presencia de tuboendotraqueal. DATOS OBJETIVOS: Paciente postrado	Déficit de autocuidado: alimentación, higiene, eliminación r/c deterioro musculo esquelético evidenciado por desaliño corporal,	OBJETIVO GENERAL: El paciente lograra cumplir durante el turno la satisfacción de sus necesidades básicas. OBJETIVO ESPECIFICO: El paciente lograra la ingesta de dieta	-Se valora el estado neurológico del paciente. -Se realiza baño en cama céfalo caudal. -Se verifica permeabilidad de Sonda Orogastrica. -Se verifica residuo gástrico y se valora características. -Se brinda alimentación por	OBJETIVO CUMPLIDO Paciente logra satisfacer sus necesidades básicas.

en cama. Presencia de sonda orogástrica y sonda Foley.	baja ingesta de nutrientes, micción y deposición en pañal.	adecuada. El paciente se mantendrá limpio y ordenado.	Sonda Orogástrica. -Se coloca sonda Foley, cambio según protocolo. -Se valora cantidad, coloración de diuresis. -Se lleva un registro preciso de ingesta y eliminación.	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
DATOS SUBJETIVOS: No evaluable, presencia de tuboendotraqueal. DATOS OBJETIVOS:	Ansiedad relacionado con amenaza en estado de salud evidenciado por expresión de preocupaciones.	OBJETIVO GENERAL: El paciente logra autocontrol de ansiedad. OBJETIVO ESPECIFICO: Ausencia de manifestaciones físicas	-Se valora el nivel de ansiedad y preocupación del paciente. -Fomentar el ejercicio. -Se brinda apoyo emocional al paciente y en todo momento motivando la	OBJETIVO CUMPLIDO Paciente logra autocontrol de ansiedad, entiende que no debe quitarse

<p>Se observa a paciente ansioso al no saber el estado de salud, indica con señas que le retiren el tubo e intenta levantarse de la cama.</p>		<p>de ansiedad.</p>	<p>seguridad de ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se brinda seguridad al paciente en un ambiente adecuado. -Se brinda atención sanitaria sobre las medidas de bioseguridad -Se realiza comunicaciones continuas con familiares. -Se brinda apoyo emocional al paciente. - Se administra masajes relajantes al paciente. -Se administra medicamento relajantes según prescripción medica. 	<p>ningún material médico para su tratamiento.</p>
---	--	---------------------	---	--

2.4. EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES:

La atención de enfermería es uno de los factores determinantes en el éxito del programa de rehabilitación y el objetivo es que el paciente se recupere y pueda alcanzar un buen estado general a través de acciones de enfermería a sus cuidados y apoyo integral, conociendo principalmente sus necesidades primordiales para controlar sus alteraciones y sus riesgos al que está expuesto, basándome en el diagnóstico de enfermería y objetivos ya planteados. Las intervenciones se dieron a través de:

- Revisar la historia clínica materna, determinando los factores de riesgo
- Preparar todo el equipo, material, medicamentos para la adecuada atención del paciente
- Vigilar signos de alarma.
- Cumplir estrictamente con las medidas de Bioseguridad.
- Lavado de manos
- Se realizó el examen físico para ver su estado general
- Cuidado integral del paciente

2.5. EVALUACION DE LOS RESULTADOS:

- **Valoración de Enfermería:**

Se obtuvieron datos mediante la técnica de recolección de datos, observación y revisión de la historia clínica, kardex, notas y reporte de enfermería.

- **Diagnostico de Enfermería:**

Se elaboró según los problemas identificados y priorizados.

- **Ejecución del planeamiento:**

Se contó con los materiales necesarios para el plan de cuidados.

CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Conclusiones:

- Paciente logra un adecuado intercambio gaseoso, con una saturación de oxígeno mayor al 95% y una frecuencia respiratoria menor a 20 por minuto.
- Se logra mantener vías aéreas permeables, después de un adecuado aspirado de secreciones, se logra pasaje de aire a ambos campos pulmonares.
- Se logra la regeneración y cicatrización de la piel en la zona sacra, se logra mejorar la escala de Norton aumentando a 13 y con eso disminuyendo el riesgo de presentar úlceras por presión.

- Paciente se mantiene afebril, sin signos de infección ni flogosis en zonas de inserción de catéter.
- Se logra una comunicación y participación activa de los familiares en el cuidado del paciente y con ello se favorece a la recuperación del paciente.

3.2. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda a las licenciadas de enfermería encargadas del cuidado del paciente con baja saturación priorizar las vías aéreas, manteniendo una buena oxigenación de los tejidos para evitar hipoxia, buscando la causa de la desaturación, colocando oxigenoterapia, aspiración de secreciones, con el fin de mantener las vías aéreas permeables en posición semifowler para favorecer la expansión de los pulmones.
- Al personal de enfermería se recomienda que en pacientes postrados se deben evitar tiempos prolongados en la misma posición y evitar zonas de roces entre las prominencias óseas, valorar al paciente según la escala de Norton, cambios de posición masajes hidratación evitando la resequeidad de la piel.
- Al equipo de salud se recomienda que debe demostrar empatía y sensación de interés por el paciente, por su pronta recuperación, interacción con la familia para hacerlos partícipes del cuidado del paciente con educación sanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) LEÓN CASTILLO MILAGRITOS. "La necesidad Humana de entendimiento y la educación en Salud". Universidad Nacional de Trujillo 1998.
- 2) KOZIER EMB-BLAIS WILKINSON."Fundamentos de Enfermería, conceptos, procesos y practica".5ta Ed. Ed. Interamericana. MEXICO 1999.
- 3) POTTER, PATRICIA/GRIFFIN. Fundamentos de Enfermería teórico y práctico. 4ta. Ed. Ed. Mosby/Doyma-España.
- 4) IYER PATRICIA/TAPICH BRABARA. Proceso y Diagnostico de Enfermería. 7ma Ed., Ed. Ma. Gra-Hill. Interamericana. México 1997.
- 5) REVISTA MEDICA. Vademécum Medico del Peru 1983 Edit PLM
- 6) BRUNNER. Manual de Enfermeria. Edit. Interamericana S.A Mexico 1986
- 7) BABB, PAMELA STANLEY. "Manual de Enfermeria Gerontologica" Edit. Economicas de Enfermeria. Mexico. 1998
- 8) NANDA- I. Diagnosticos Enfermeros. Edit. España S.A. Madrid España 2007
- 9) CARPENITO LINDA. PROCESO DE ENFERMERÍA .Internet. www-enfermeria.und.edu-co/p.proceso.html-23h.www.google.com
- 10)<http://es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad>
- 11)<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003117.htm>
- 12)<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003117.htm>
- 13)http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

ANEXOS

ESCALA DE NORTON

Escala de Norton

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Escala de Norton (Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión)

La clasificación de riesgo sería:

- **Puntuación de 5 a 11: Paciente de alto riesgo**
- **Puntuación de 12 a 14: Paciente de riesgo medio o evidente**
- **Puntuación de más de 14: Paciente de riesgo bajo o no riesgo**

ICM

VALORES NORMALES DE G.A.



-
- pH 7.35 - 7.45
 - PaO₂ 80-100 mmHg
 - PaCO₂ 35-45 mmHg
 - SatO₂ 95-100%
 - HCO₃ 22-26 mEq/litro

VALORES NORMALES

SERIE ROJA O ERITROCITARIA:	
-Glóbulos rojos hombre:	4,5-5 millones/mm ³
-Glóbulos rojos mujer:	4-4,5 millones/mm ³
-Hematocrito hombre:	42-52%
-Hematocrito mujer:	37-48%
-Hemoglobina (Hb) hombre:	13-18 g/dL
-Hemoglobina mujer:	12-16 g/dL
-Hemoglobina glucosilada	5,5-7,5%
-Hemoglobina fetal	< 2%
-Hb Corpuscular Media	27-32 pg
-Concentración de Hb Corpuscular Media	33-37%
-Volumen Corpuscular Medio	86-98 micromm ³
SERIE BLANCA O LEUCOCITARIA	
-Glóbulos blancos	5.000-10.000/mm ³
-Neutrófilos segmentados	55-65%
-Neutrófilos en cayado	0-5%
-Linfocitos	23-35%
-Monocitos	4-8%
-Eosinófilos	0,5-4%
-Basófilos	0-2%
SERIE PLAQUETARIA:	
-Plaquetas	150.000-400.000/mm ³