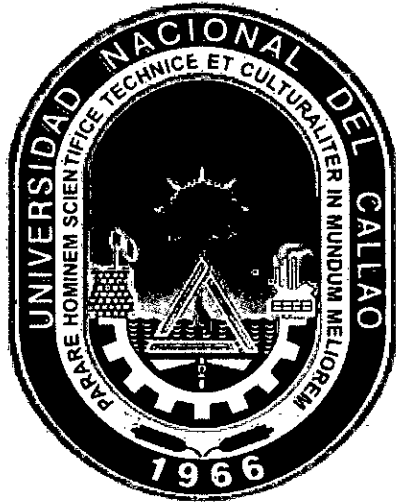


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ESTUDIO DE CASO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA  
RESPIRATORIA AGUDA DEL SERVICIO DE MEDICINA C, DEL  
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE SALUD PUBLICA Y  
COMUNITARIA**

**MARUJA RIVAS ARISA**

**Callao, 2018  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES  | SECRETARIO |
| ➤ MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA  | VOCAL      |

### ASESOR (A):

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación:

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° -2018-D/FCS de fecha ---- de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	19
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	21
3.1 Recolección de Datos	21
3.2 Experiencia Profesional	21
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	29
<b>IV. RESULTADOS</b>	46
<b>V. CONCLUSIONES</b>	49
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	50
<b>VII. REFERENCIALES</b>	51
<b>ANEXOS</b>	53

## INTRODUCCIÓN

La función principal del aparato respiratorio es garantizar un correcto intercambio pulmonar de gases, es decir, conseguir unas cifras óptimas de oxigenación tisular y una correcta eliminación del dióxido de carbono ( $\text{CO}_2$ ) producido por el metabolismo tisular. La insuficiencia respiratoria aguda es un síndrome clínico caracterizado por la falta de una correcta oxigenación arterial y/o una correcta eliminación del  $\text{CO}_2$ .

El tratamiento clínico del paciente con IRA se basa, además del abordaje clínico de la enfermedad de base, en las medidas de soporte de la IRA, que son todas las medidas encaminadas a conseguir unos valores aceptables de oxigenación arterial y ventilación alveolar.

La administración de oxígeno es la medida básica de soporte de la IRA, especialmente en la no hipercápnic. Su justificación se basa en aumentar la  $\text{F}_i\text{O}_2$  que reciben los pacientes.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación problemática

La insuficiencia respiratoria aguda se define como la incapacidad súbita del sistema para llevar a cabo la ventilación pulmonar y la oxigenación de los órganos corporales, que pone en riesgo la vida del paciente si no recibe pronta atención. (1)

Sobre la insuficiencia respiratoria aguda la literatura internacional reporta cifras muy variadas que pueden considerarse en cuatro rangos: prevalencia alta de hasta el 60% como en los EE.UU, Ontario y Noruega; prevalencia media, entre el 30 al 60 como Francia, Holanda y Dinamarca; prevalencia baja, entre el 10 y el 30% como Suecia, Reino Unido y Suiza, y prevalencia muy baja, menor al 10% como en Polonia, Alemania o Grecia. (2)

Estas disparidades en las cifras están explicadas en la circunstancia de que la insuficiencia respiratoria es la consecuencia de otras patologías, por lo que la epidemiología va a estar siempre dependiendo de la patología causante, pues la insuficiencia respiratoria no es una enfermedad en sí misma, sino la consecuencia final de una gran variedad de procesos, entre los cuales los más reportados son: respiratorios (EPOC), cardiológicos (ICC), neurológicos (ECV), tóxicos (intoxicación por fármacos) y traumatológicos (traumatismo torácico). (3)

Asimismo en Ecuador la prevalencia de IR en el Hospital Homero Castanier Crespo en un período de seis meses fue del 19,35% cifra muy baja comparada con los reportes internacionales que le dan valores entre el 30 y el 60%. (4)

En Perú es una de las causas más frecuentes de ingreso a los servicios de cuidados intensivos: 30 % a 60 % a nivel nacional. (5)

Según Dirección Regional de Salud del Cusco la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es una causa importante de morbilidad en el paciente crítico y constituye uno de los principales motivos de ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos. La mortalidad de estos pacientes puede llegar a ser muy alta, en especial en aquellos casos del síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto secundario a sepsis en que puede alcanzar una letalidad de 60% o más. (6)

## **1.2. Objetivo**

Describir los cuidados de enfermería de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda del servicio de medicina C, del Hospital Regional del Cusco en el año 2017.

## **1.3. Justificación**

Las infecciones respiratorias agudas cada año afectan principalmente a recién nacidos, preescolares, escolares, jóvenes y adultos quienes difícilmente pueden escaparse de la rápida propagación del virus y las complicaciones que se generan como consecuencia.

Las condiciones actuales de la crisis económica, social y ambiental por la que está atravesando nuestro país han desencadenado un serio problema en la población en especial de índole nutricional y de salud.

Varias son las enfermedades que a causa de las variaciones climáticas en la región del Cusco y la ubicación alto andina tiene que afrontar el ciudadano común, las infecciones respiratorias Agudas en vez de disminuir han aumentado progresivamente, generando en el usuario común una desestabilidad en su salud y su actividad cotidiana.

En consecuencia debido al importante papel que desempeña la enfermería en el cuidado de pacientes con Insuficiencia respiratoria aguda se decide realizar el estudio sobre este tema, tomando como unidad de análisis la experiencia y algunos casos de pacientes que presentaron insuficiencia respiratoria aguda en el servicio de medicina C del Hospital Regional del Cusco.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

(Romero, Sarmiento, & Sayago, 2011) en su investigación titulada "Prevalencia hospitalaria y cuáles son las características clínicas de la Insuficiencia Respiratoria de los pacientes ingresados en el servicio de Clínica del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, durante el período comprendido entre Septiembre de 2008 y Febrero de 2009."

Tuvo como objetivo, Determinar la prevalencia y las características clínicas de la Insuficiencia Respiratoria (IR) en pacientes ingresados en el Servicio de Clínica del Hospital Homero Castanier Crespo durante el período comprendido entre septiembre de 2008 a febrero de 2009. Asimismo como metodología el estudio se cumplió mediante un diseño observacional, descriptivo de corte transversal, que se basó en la recopilación documental de información. Llegando a las siguientes conclusiones: La prevalencia de IR en el Hospital Homero Castanier Crespo en un período de seis meses fue del 19,35% cifra muy baja comparada con los reportes internacionales que le dan valores entre el 30 y el 60%. Los grupos de edad más afectados por la IR fueron los mayores de 60 años. El 74,1% de la población de estudio estuvo entre los 61 a 87 años.

El 73,4% de los trastornos fisiopatológicos fueron los pulmonares y los mixtos, los extra-pulmonares fueron únicamente el 26,6%. El 76,8% de las patologías específicas asociadas fueron Bronconeumonía (41,8%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (17,1%), Insuficiencia Cardíaca Congestiva (12%), Asma Bronquial, Tuberculosis y Neumonía Aspirativa. Con la pulsioximetría se diagnosticó el 68,4% de los casos, con la gasometría y pulsioximetría el 6,9% y el diagnóstico clínico no



instrumental se utilizó en el 24,7% de los pacientes. El 66,7% de los pacientes fueron dados de alta en condición de mejorados, se consideraron curados el 8,9% y empeorados el 3,8%. La tasa de letalidad de nuestra serie (0,6%) resultó muy baja en comparación con los reportes de la literatura internacional que notifica hasta el 50% sobre todo en las unidades de cuidados intensivos. La IR Aguda de origen pulmonar fue significativamente mayor que las de otros orígenes ( $P = 0,006$ ). (4)

(Ramón Tesán, 2017) en su investigación titulada "Plan de cuidados de Enfermería en paciente con insuficiencia respiratoria aguda. Caso clínico" tiene como objetivo: Describir el Plan de cuidados de Enfermería en paciente con insuficiencia respiratoria aguda. Caso clínico tiene como metodología Descriptiva estudio de caso. Llegando a las siguientes conclusiones: El tratamiento clínico del paciente con IRA se basa, además del abordaje clínico de la enfermedad de base, en las medidas de soporte de la IRA, que son todas las medidas encaminadas a conseguir unos valores aceptables de oxigenación arterial y ventilación alveolar. La administración de oxígeno es la medida básica de soporte de la IRA, especialmente en la no hipercápnic. Su justificación se basa en aumentar la  $FiO_2$  que reciben los pacientes. (7)

(Rodríguez Moya, Rodríguez Téllez, & De Mola Bueno, 2015) la investigación titulada "Incidencia y mortalidad del síndrome de dificultad respiratoria aguda" tiene como objetivo Determinar la incidencia y mortalidad del síndrome de dificultad respiratoria aguda en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Universitario Dr. Eduardo Agramonte Piña de la ciudad de Camagüey. Tiene como metodología el estudio observacional retrospectivo y descriptivo. Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos entre diciembre de 1993 a diciembre de 2013, que cumplieran los criterios diagnósticos del síndrome de dificultad respiratoria aguda según el consenso americano-europeo de 1994. Tiene como

conclusión Se encontró que la incidencia y la mortalidad del síndrome de dificultad respiratoria aguda en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Universitario Dr. Eduardo Agramonte Piña de la ciudad de Camagüey, tienen un comportamiento en correspondencia con otras instituciones que poseen características similares. (8)

(Méndez Fandiño & Quintero Moreno, 2016) en su investigación titulada "Insuficiencia respiratoria aguda" tiene como objetivo Revisar la clasificación, fisiopatología y diagnóstico de la insuficiencia respiratoria. Tiene como metodología una revisión narrativa de la literatura sobre la insuficiencia respiratoria aguda utilizando los términos MeSH (acute respiratory distress, anoxia, respiratory artificial) y sus equivalentes DeCS en español en las bases de datos. En esta búsqueda, se especificó una temporalidad menor a 5 años; la búsqueda incluyó ensayos clínicos, metanálisis y revisiones narrativas, se tuvieron en cuenta aquellos publicados en inglés o español. Llegando a la conclusión la falla respiratoria es una manifestación común y de gran importancia en múltiples enfermedades pulmonares, así como patologías sistémicas, por tanto, es necesario permanecer en constante búsqueda de esta cuando el paciente presente lesión importante o bien se presente con deterioro de su estado general. Se ha de usar el criterio clínico, así como pruebas complementarias para la identificación de la causa primaria de esta falla respiratoria. La identificación y clasificación temprana, permite un abordaje adecuado que propicia el mejor tratamiento, para de esta forma mejorar las posibilidades del paciente, evitando así lesiones permanentes y el compromiso de la vida del paciente, este abordaje, finalmente permitiría disminuir costos al sistema sanitarios que de hecho se encuentra sobrecargado. (1)

(Gutiérrez Muñoz, 2010) en su investigación titulada "Insuficiencia respiratoria aguda" tiene como objetivo describir la insuficiencia

respiratoria. Tiene como metodología la revisión bibliográfica. Tiene como conclusión la función respiratoria básica es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido carbono; lo que implica un perfecto equilibrio y control entre los componentes del sistema respiratorio a insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es la incapacidad del sistema respiratorio de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono. (9)

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1 CONCEPTO INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**

El aparato respiratorio se encarga de realizar el intercambio de gases entre el aire ambiente y la sangre, captación de oxígeno (O<sub>2</sub>) y eliminación de anhídrido carbónico (CO<sub>2</sub>), desempeñando de esta manera su principal función. La insuficiencia respiratoria se define por la incapacidad del aparato respiratorio para mantener un adecuado intercambio gaseoso necesario para atender las necesidades metabólicas del organismo. (10)

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es la incapacidad del sistema respiratorio de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, ésta debe realizarse en forma eficaz y adecuada a las necesidades metabólicas del organismo, teniendo en cuenta la edad, los antecedentes y la altitud en que se encuentra el paciente. (9)

Clásicamente se define la insuficiencia respiratoria (IR) cuando en reposo, vigilia y respirando aire ambiente, la presión arterial de O<sub>2</sub> (PO<sub>2</sub>) es menor de 60 mmHg y/o la presión arterial de CO<sub>2</sub> (PCO<sub>2</sub>) es mayor de 45 mmHg (10)

## 2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

La IR puede clasificarse en: (11)

A. **IR hipoxémica o parcial o tipo I:** cuando sólo existe hipoxemia con normocapnia. (11)

B. **IR hipercápnic o global o tipo II:** en la que existe hipercapnia además de la hipoxemia. Según el tiempo de instauración puede clasificarse en:

- **IR aguda (IRA):** cuando su instauración es rápida en minutos, horas o días y se caracteriza por alteraciones en la oxigenación y en el equilibrio ácido-base.
- **IR crónica (IRC):** se instaura de manera más lenta y habitualmente se ponen en marcha mecanismos de compensación fundamentalmente renales para corregir las alteraciones que se producen en el equilibrio ácido-base.
- **IR crónica agudizada (IRCA):** es aquella que se produce en pacientes que tienen una IR crónica, en el curso de la cual aparece un evento que la descompensa. (11)

## 2.2.3 FISIOPATOLOGÍA

- Disminución de la presión parcial de oxígeno en el aire inspirado
- Hipoventilación alveolar
- Alteraciones de la difusión alveolocapilar
- Existencia de cortocircuito o Shunt
- Desequilibrios en la ventilación/perfusión (V/Q) (12)

**Tabla I. Mecanismos fisiopatológicos de la insuficiencia respiratoria**

Tabla I. Mecanismos fisiopatológicos de la insuficiencia respiratoria. PO<sub>2</sub>: presión arterial de oxígeno. PCO<sub>2</sub>: presión arterial de anhídrido carbónico. D(A-a)O<sub>2</sub>: diferencia alveolo arterial de oxígeno. PAO<sub>2</sub>: presión alveolar de O<sub>2</sub>. V/Q: ventilación perfusión.

	PO <sub>2</sub>	PCO <sub>2</sub>	D(A-a)O <sub>2</sub>	Respuesta al O <sub>2</sub>
Disminución PAO <sub>2</sub>	Baja	Baja	Normal	Si
Hipoventilación alveolar	Baja	Alta	Normal	Si
Alteración de la difusión	Baja	Baja	Alto	Si
Shunt	Baja	Baja	Alto	No ó escasa
Desequilibrios en la V/Q	Baja	Baja, normal o alta	Alto	Si

Fuente: (10)

## 2.2.4 DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

### 2.2.4.1 CLÍNICA

Podemos sospechar la existencia de una IRA por la presencia de síntomas y signos de hipoxemia y/o hipercapnia (Tabla II), 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 IRA (Tabla III). En muchas ocasiones son la presencia de clínica respiratoria aguda las que nos hacen sospechar la existencia de IRA (disnea, dolor torácico agudo, hemoptisis, etc.). (13)

**Tabla II: Signos y síntomas de hipoxemia e hipercapnia**

Hipoxemia	Hipercapnia
Disnea	Desorientación
Taquípnea	Obnubilación
Incoordinación toracoabdominal	Flapping
Cianosis	Taquicardia
Taquicardia	Hipertensión arterial
Hipertensión arterial	En fases avanzadas hipotensión y bradicardia
Agitación	
Pulso paradójico	
En fases avanzadas hipotensión y bradicardia	
Signos y síntomas de la enfermedad de base que ocasiona la IR	Signos y síntomas de la enfermedad de base que ocasiona la IR

Fuente: (13)

**Tabla III Etiología de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en función de los patrones radiológicos**

Tabla III. Etiología de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en función de los patrones radiológicos. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. TEP: tromboembolismo pulmonar. SNC: sistema nervioso central. EAP: edema agudo pulmonar. SDR: síndrome de estrés respiratorio del adulto.

Patrón radiológico	Etiología de ira
<i>Normal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EPOC, asma, TEP.</li> <li>- Enfermedades neuromusculares.</li> <li>- Enfermedades de caja torácica.</li> <li>- Depresores SNC.</li> <li>- Obstrucción de vía aérea superior.</li> <li>- Inhalación de humos.</li> <li>- Shunt intrapulmonares</li> </ul>
<i>Alteración localizada</i>	Neumonía localizada, infarto pulmonar, atelectasia, Aspiración, Hemorragia localizada, contusión pulmonar localizada
<i>Alteración difusa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EAP, SDR, neumonía bilateral, hemorragia alveolar.</li> <li>- Enfermedades intersticiales difusas.</li> <li>- Neumonitis por fármacos o tóxicos.</li> <li>- Contusión pulmonar difusa.</li> <li>- Linfangitis carcinomatosa</li> </ul>
<i>Patología extrapulmonar</i>	Neumotórax, derrame pleural, fracturas costales múltiples, derrame pleural, deformidades de caja torácica.

#### **2.2.4.2 GASOMETRÍA ARTERIAL/PULSIOXIMETRÍA**

La gasometría arterial es la prueba imprescindible para confirmar la sospecha diagnóstica de IRA, además nos informa 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. (13)

La pulsioximetría es un método no invasivo que permite obtener la saturación arterial de oxígeno (SaO<sub>2</sub>) y su monitorización continua. No obstante, puede verse artefactada en casos de anemia importante, hipotensión, dishemoglobinemias o uñas pintadas. (13)

#### **2.2.4.3 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX**

La radiología de tórax nos puede ayudar al diagnóstico diferencial de la IRA. A veces estas radiografías son de mala calidad por la situación de los pacientes. En la tabla III se exponen las causas más frecuentes de IRA en función de los patrones radiológicos. (13)

#### **2.2.4.4 OTRAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

Van dirigidas al diagnóstico en función de la sospecha clínica, por ejemplo gammagrafía o TAC (tomografía axial computarizada) helicoidal si se sospecha tromboembolismo pulmonar (TEP), etc. (13)

#### **2.2.5 FISIOLÓGÍA**

Como consecuencia inicial en la insuficiencia respiratoria pueden presentarse alteraciones en el nivel de oxígeno (O<sub>2</sub>) y/o de anhídrido carbónico (CO<sub>2</sub>), esto se explica por qué dentro del sistema respiratorio podemos distinguir en primer término los pulmones y su circulación, que es donde se realiza el intercambio gaseoso, su alteración produce hipoxemia con normocapnia o hipercapnia y en segundo término a la bomba que lo ventila que comprende la pared torácica que incluye la

pleura y el diafragma así como los músculos respiratorios y los componentes del sistema nervioso central y periférico, cuya disfunción produce hipo ventilación que produce principalmente hipercapnia y en menor grado hipoxemia, además podemos identificar problemas en la vía aérea que pueden causar ambos tipos de situaciones. (9)

Describir la insuficiencia respiratoria como hipoxémica o hipercarbica provee alguna información acerca del déficit fisiológico que la produce, sin embargo, una mejor comprensión y reconocimiento de la fisiopatología, considerando individualmente cada uno de los componentes del sistema respiratorio que son requeridos para su funcionamiento fisiológico, nos permitiría una estrategia de diagnóstico y tratamiento. (14)

### **2.2.5.1 FISIOLÓGÍA DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA RESPIRATORIO**

#### **1. SISTEMA NERVIOSO**

Esto es el sistema de control, y comprende el núcleo dorsal y ventral del grupo de control medular respiratorio y sus nervios aferentes y eferentes asociados. Estos actúan de común acuerdo con la corteza cerebral para determinar frecuencia y esfuerzo respiratorio. (14)

#### **2. MUSCULATURA (LA BOMBA)**

El diafragma es el principal músculo inspiratorio, pero músculos accesorios también contribuyen en el proceso, incluyendo a los intercostales internos, suprasternal, y esternocleidomastoideo, que apoyados en las estructuras de la caja torácica, disminuyen la presión en el espacio pleural entre la caja torácica y el pulmón durante la inspiración, estableciendo un gradiente de presión entre la apertura de la vía aérea y el compartimiento alveolar que hace que el gas fluya en el pulmón. El fracaso respiratorio debido a las



enfermedades que causan la función ineficaz de la bomba respiratoria puede ser pensado como “disfunción de bomba”. En condiciones normales, la espiración es pasiva y sólo requiere del retroceso elástico de todas las estructuras, pero durante la insuficiencia respiratoria requiere el uso de los músculos espiratorios. (14)

### **3. VÍAS AÉREAS**

Están constituidas por las vías aéreas superiores, tráquea, bronquios y los bronquiolos terminales capaces de conducir el gas rápida y uniformemente desde el medio ambiente hasta el compartimiento alveolar, donde el intercambio gaseoso puede ocurrir. El fracaso respiratorio que implican las enfermedades que causan la obstrucción marcada o la disfunción del paso del aire puede ser pensado como la “disfunción de la vía aérea”. (14)

### **4. UNIDADES ALVEOLARES**

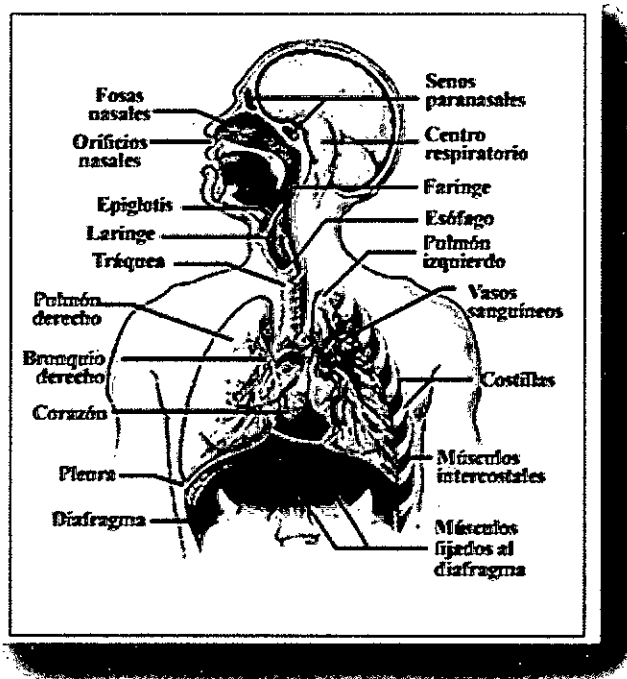
Este sistema se encuentra constituido por los bronquiolos respiratorios, conductos alveolares y alvéolos; los que nos proporcionan un área suficiente para realizar un intercambio gaseoso rápido y eficiente, además cuentan con la elasticidad suficiente para expandirse en la inspiración y generar la presión de retroceso adecuada para vaciar el pulmón pasivamente durante la espiración. (14)

### **5. RED VASCULAR**

Constituida por una red de conductos capaces de transportar gases disueltos hacia y desde los órganos que funcionan en todas partes del cuerpo y consiste en la red pulmonar capilar, asociada íntimamente con las unidades alveolares, pero distinto tanto en la estructura como en lo que concierne a los tipos de las enfermedades

que pueden cambiar su función normal. El fracaso respiratorio como consecuencia de una enfermedad que implique la vasculatura pulmonar puede ser pensado como la "disfunción pulmonar vascular". (14)

Figura 1.  
Componentes relacionados para la función respiratoria



Fuente: (9)

## 2.2.6 SINTOMATOLOGÍA

Son inespecíficos, pueden variar ampliamente de un paciente a otro, y pueden comprometer tanto la esfera respiratoria como el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central. (9)

### 2.2.6.1 LA DISNEA

Corresponde al síntoma principal que se observa en los pacientes con IRA. Generalmente se describe como "dificultad para respirar",

“acortamiento de la respiración”, “falta de aire” o “falla de la respiración”. La disnea debe diferenciarse como término de la taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) y ortopnea (intolerancia respiratoria al decúbito dorsal). (9)

#### **2.2.6.2 LAS SIBILANCIAS**

Son producidas por obstrucción de la vía aérea asociada a broncoespasmo, hipertrofia o espasmo de la musculatura lisa respiratoria, hipersecreción de moco e inflamación peribronquial. (9)

#### **2.2.6.3 CIANOSIS EN LA IRA**

La cianosis se define como el tinte o color azulado de la piel y mucosas, que resulta del incremento de hemoglobina reducida o desoxihemoglobina, y su presencia se traduce como hipoxia de los tejidos. Existen factores de tipo anatómico, fisiológico y físico que generan el aumento de la hemoglobina reducida y desencadenan la cianosis; de acuerdo a estos factores, podemos clasificar la cianosis como central y periférica. (9)

#### **2.2.6.4 TOS**

Que corresponde a un reflejo del sistema respiratorio por irritación de la mucosa o por la presencia de elementos extraños dentro del mismo. (9)

#### **2.2.6.5 ALTERACIONES EN LA SATURACIÓN DE OXÍGENO**

Que se evidencian a través de la utilización del oxímetro de pulso y se traduce en una disminución por debajo del 90% en los casos de IRA. (9)

#### **2.2.6.6 ALTERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR**

Las cuales se expresan principalmente con taquicardia y con arritmias cardíacas, además de alteraciones en las cifras de presión arterial. (9)

### **2.2.6.7 ALTERACIONES NEUROLÓGICAS**

Que van desde la confusión hasta el estupor y coma. (9)

### **2.2.7 TRATAMIENTO**

Las primeras intervenciones se han de llevar a cabo para garantizar paciente, es decir la estabilización básica que posibilite la administración posterior de cuidado intensivo y/o fármacos particulares, es necesario mencionar que la atención es muy diferente dependiendo del nivel hospitalario; así: (1)

#### **2.2.7.1 ATENCIÓN PREHOSPITALARIA**

Valoración de posibles complicaciones, terapias para evitar al máximo las lesiones pulmonares ulteriores, se puede llevar a cabo incluso en el domicilio del paciente. (1)

#### **2.2.7.2 I Y II NIVEL**

Estabilización primaria para evitar el shock, oxigenoterapia, administración de cristaloides, manejo de comorbilidades básicas y remisión a un centro especializado. (1)

#### **2.2.7.3 III NIVEL**

Atención en la unidad de cuidados intensivos para la vigilancia continua del estado del paciente, así como administración oportuna de reanimación cardio-cerebro-pulmonar. Se debe identificar la causa primaria que desencadenó la falla respiratoria. Cuando el estado agudo remita, se ha de continuar la vigilancia en el servicio hospitalario básico, con los cuidados antibióticos y de seguimiento generales, además se ha de dar el mantenimiento de la vía aérea correspondiente; el cual incluye: (1)

- Mantenimiento de permeabilidad: Extracción de secreciones, cuidados especiales con pacientes sedados.

- Oxigenoterapia: Mejorar la saturación a 85-90%, disminuir la necesidad de oxígeno (fiebre, deshidratación, agitación, etc...) casi siempre con PEEP (Presión positiva al final de la expiración).
- Intubación orotraqueal: Si el paciente no responde a la reanimación, permanece con SatO<sub>2</sub> menor a 80%, y continua en estado crítico, se procede a intubación mediante laringoscopia, o bien intubación percutánea o retrograda.
- Control de eficacia: Mediante pulsímetro, reevaluación general y control de gases arteriales.

### 2.3 Definición de términos

- **Lesión pulmonar aguda y Síndrome del distrés respiratorio agudo:** Síndrome de respuesta inflamatoria intrapulmonar, común a diferentes etiologías infecciosas y no infecciosas, caracterizado por un empeoramiento del intercambio gaseoso secundario a un edema pulmonar de mecanismo no hidrostático, a un aumento del trabajo respiratorio y a alteraciones en la relación ventilación/perfusión. (15)
- **Ventilación mecánica:** Métodos de soporte de la ventilación mediante el empleo de aparatos mecánicos que sustituyen, total o parcialmente, la función ventilatoria del paciente. Estos aparatos generan gradientes de presión entre la atmósfera y los alveolos, provocando el desplazamiento de un volumen de aire. (15)
- **Lesión pulmonar asociada a ventilación mecánica:** Lesión pulmonar similar al síndrome del distrés respiratorio agudo que ocurre en pacientes que reciben ventilación mecánica, asociada o no con patología pulmonar preexistente, y que se supone en relación causal con dicha ventilación. (15)

- **Reclutamiento alveolar:** Proceso de re aireación de alveolos que previamente no contienen gas, bien porque están colapsados, bien porque están llenos de líquido. El concepto es diferente del de aireación, que es la entrada de gas a alveolos que ya estaban disponibles previamente para la ventilación. (15)
- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) agudizada**  
Empeoramiento agudo de la sintomatología basal del paciente, que generalmente incluye uno o más de los siguientes síntomas: Aumento de la tos habitual; Aumento en la producción de esputo y/o cambios en sus características; Aumento de la disnea. (15)
- **Asma agudo grave** Reagudización de asma crónica que conduce a una insuficiencia respiratoria aguda grave asociada a la presencia de un flujo espiratorio pico inferior al 50% del esperado. (15)
- **Hipoxia:** Se define como la reducción del aporte de  $O_2$  en los tejidos (producto del gasto cardiaco por el contenido arterial de  $O_2$ ). Cualquier mecanismo que produce hipoxemia puede provocar hipoxia, pero la hipoxia no siempre se debe a hipoxemia: el descenso de gasto cardiaco izquierdo con baja perfusión tisular, la alteraciones en cantidad y calidad de la Hb y las alteración del uso intramitocondrial del  $O_2$  son causas extrarrespiratorias de hipoxia tisular. Causas frecuentes en la clínica son el shock hemodinámico, la sepsis por gram negativos, el fracaso multiorgánico, la anemia, las hemoglobinopatías, la isquemia arterial periférica y la intoxicación por CO o por cianuro. (15)

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

Las fuentes de recolección de datos de donde se acopiaron toda información y realizar el presente informe de experiencia profesional fueron:

1. Parte Diario de Atenciones en la Cartera de Adulto
2. Libro de Registro y Seguimiento del Adulto y Adulto Crónico
3. Historias Clínicas de algunos pacientes
4. Informes de Seguimiento
5. Informes mensuales de adultos crónicos
6. Información estadística emitida por Servicio de Epidemiología

#### **3.2 Experiencia Profesional**

Concluyendo mis estudios en la Universidad San Antonio Abad del Cusco "UNSAAC" el año 1990, realice mi tesis titulada "Estado Nutricional en niños de 3-5 años de edad del Programa no escolarizado PRONOI del Asentamiento Humano Sr. De Wimpillay"

Luego realice mi SERUM en la Provincia de Paruro, el sorteo se realizó en el Colegio de Médicos por balotas con una remuneración de S/ 107.00 (ciento siete soles)

Me hice cargo el 08 de setiembre con resolución en mano de un Centro de Salud, donde el viaje tenía una duración de ocho horas para llegar, y solo teníamos para el transporte la posibilidad de un bus, que realizaba un turno para transportarnos una vez al mes.

El Sr. Juan Saire era el técnico que laboro muchos más años que los demás trabajadores, él fue quien me recepciono y me presento a los demás compañeros de trabajo; el Centro de Salud estaba conformado

por una bióloga, siete técnicos, una enfermera, cuatro técnicas en enfermería, no había médicos y contaba con cuatro camas y con tres ambientes grandes oficinas donde había atención de parto.

Me hice cargo de la jefatura y tenía a mi cargo más de siete distritos, los cuales tenía que supervisar y encargarme de la organización de reuniones comunales y otras actividades que me competen.

Encontré algunas deficiencias en el C.S de Paruro, no teníamos las facilidades para poder trabajar eficientemente, el Centro de Salud contaba con una ambulancia para poder traer a los pacientes de emergencia, donde los pacientes asumían el costo del combustible para llevarlos a los hospitales en el Cusco, ya sea Regional o Antonio Lorena y otros casos complicados como: partos podálicos, pacientes que necesitaban intervención quirúrgica en casos de apendicitis , oclusión intestinal ,fracturas y partos difíciles que necesitaban intervención quirúrgica.

También se disponía de 02 motos para poder dar auxilio a los lugares más lejanos, el promedio de atenciones en el día era de 25 pacientes, se atendía entre veintidós a veinticinco pacientes diarios con los materiales que existían, habían dos incubadoras para niños R.N cuando eran prematuros o en observación y cada mes llegaban los siete técnicos de cada distrito o comunidades: Colcha, Pillpinto, Rondocan, Yaurisque, Huanquite, Paucartambo y Accha, lejanos de 45 a 2 horas de viaje.

Todos atendíamos y realizábamos los procedimientos con materiales nada sofisticados, utilizábamos el primus a kerosene, donde esterilizábamos las jeringas de vidrio y las agujas de metal, también contaban con un refrigerador para conservar la cadena de frío de las vacunas, etc.

Para recoger los materiales algunos trabajadores del C.S se desplazaban en caballo luego a pie por la carretera y esperaban a veces algunos carros de alguna institución para que nos ayude a llegar a Paruro para y



recoger provisiones como jeringas, vacunas y realizar campañas de Salud.

Asumir la jefatura de enfermería no fue nada fácil porque trabajaba con un personal técnico que realizaba la necropsia en el cementerio, en compañía del juez y un policía para informar el protocolo de necropsia. Me hacía cargo de todos los programas que se llevaba en el C.S.:

- La jefatura
- Las inmunizaciones
- Curaciones inyectables
- IRA, EDA
- Atención de partos
- Control de CRED de niños
- Emergencias y Urgencias
- Necropsias y Radiografías
- En TBC, teníamos que realizar en láminas, colorear y flameado

Todos estos análisis se llevaban cada dos días al Cusco al laboratorio, pero lamentablemente la Bióloga encargada abandono su puesto para asumir otro y nosotros también teníamos que asumir esa responsabilidad.

Luego estuve trabajando en Pisac, en un puesto de salud donde si había un médico, un enfermera, una obstetra, un odontólogo y personal técnico y un estadístico; trabajábamos en equipo coordinadamente. El viaje se realizaba a dos horas y media del Cusco, aquí se trabajaba de acuerdo a los programas que tenían que ocuparse en inmunizaciones, cadena de frio (vacunas) programa de TBC, salidas comunitarias donde tenía una sola comunidad llamada "Viacha", comenzábamos la jornada de trabajo a las cinco de la mañana y llegábamos a las ocho de la mañana y dos horas de caminata, camino de Herradura, se iba una vez al mes para su atención.

Se trabajaba con promotores de salud donde nos apoyaban para comunicarnos y juntar a dicha comunidad para su Atención Integral y realizar todos los casos que se presente en esa comunidad. El Medico hacia emergencias, urgencias y atención a los pacientes, necropsias y partos

En el programa de TBC se realizaba muestras de esputo en una lámina y también se cubría con porta laminillas, y ver en el microscopio y estas muestras se llevaba al hospital, para su análisis. Realizábamos visitas domiciliarias para hacer el seguimiento de los pacientes que no venían a su tratamiento o averiguar acerca de su caso.

Trabaje como docente en un Instituto Superior Antonio Lorena preparando y enseñando a técnicos en enfermería los cursos de Inyecto terapia, Primero Auxilios, Salud pública, toda enseñanza eran con clases teórico - prácticas.

Trabaje también en el Distrito de Yucay en el Distrito de Urubamba en el año 2000, por primera vez llegó un médico, una enfermera, un técnico en enfermería, una obstetra, y el equipo completo trabajando.

Trabaje en Coyabamba en el 2002 al 2003 en la provincia Ccapi.

En el año dos mil once trabaje en el Distrito de Santiago del Cusco, en el Puesto de Salud "Dignidad Nacional" que tenía a cargo el programa CRED (control de crecimiento y desarrollo) de los niños menores de cinco años, programa de TBC y Promoción también en urgencias y emergencias.

Desde el 2013, hasta la fecha trabajo en el centro de salud Manco Capacc en estrategias que en el año dos mil dieciséis cambio de nombre a estrategias de TBC, promoción, salud escolar y adolescente que tengo a mi cargo IRA ,EDA , adulto mayor, triaje y tópico.

## RESUMEN DE LA EXPERIENCIA LABORAL POR AÑOS

<b>AÑO</b>	<b>SERVICIO/ INSTITUCION</b>	<b>CARGO</b>	<b>FUNCION</b>
1989	Instituto Nacional de Neoplásicas de Lima	Internado	Enfermera Asistencial
1990	Centro de Salud de Paruro.	Serum Jefatura de Enfermería	Enfermera Asistencial y Manejo de Programas Preventivo Promocionales.
1991-1992	Instituto Túpac Amaru	Docencia	Salud Publica
1995	ESSALUD sede Urubamba	Profesional de Enfermería	Enfermera Asistencial en diferentes servicios.
1996-1998	Instituto Superior Antonio Lorena	Docencia	Primeros Auxilios Inyectoterapia Bioquímica
1999	Instituto Superior Raymondi	Docencia	Salud Publica Inyectoterapia Primeros Auxilios
2000-2002	Puesto de Salud de Yucay- Urubamba	Profesional de Enfermería	Enfermera Asistencial en diferentes programas.
2003	Puesto de Salud de Coyabamba	Profesional de Enfermería	Enfermera Asistencial en diferentes programas.
2004-2010	Instituto Superior Antonio Lorena	Docencia	Primeros Auxilios Inyectoterapia Bioquímica
2011-2012	Puesto de Salud Dignidad Nacional – Distrito de Santiago	Profesional de Enfermería Asistencial	Enfermera Asistencial en diferentes programas.
2013	Centro de Salud Manco Capac- Margen Derecha- Santiago.	Profesional de Enfermería Asistencial	Adulto Mayo Programa EDAS Programa IRAS Control CRED

### **3.2.1 DESCRIPCIÓN CENTRO LABORAL SERVICIO DE MEDICINA “C”**

#### **A. UBICACIÓN**

- Ubicado en la Av. De la Cultura S/N
- Ubicado en el bloque A del quinto piso
- Área de 400 m<sup>2</sup>
- Capacidad de 22 camas

#### **B. ESPECIALIDADES**

- **INFECTOLOGÍA**
  - TBC- 6 camas
  - VIH/SIDA
- **NEUMOLOGÍA**
  - NAC (neumonía adquirida en la comunidad)
  - Asma bronquial
  - Bronquiectasias
  - NIH (Neumonía intrahospitalaria)
- **ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOTICAS**
  - Malaria
  - Dengue
  - Leishmaniasis
  - Gripe influenza

#### **C. DEMANDA DEL SERVICIO DE MEDICINA “C”**

- **NEUMOLOGÍA**
  - NAC (neumonía adquirida en la comunidad)
  - NIH (neumonía intrahospitalaria)
  - Neumotórax

- Hemotorax
- Bronquiectasia
- Neumonía lobar
- Insuficiencia respiratoria
- N/M de pulmón
- Abscesos pulmonares
  
- **ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**
- TBC (tuberculosis pulmonar)
- TBC miliar
- MDR Multidrogo resistente
- RAFA Reacción adversa a fármacos
  
- **INFECTOLOGÍA**
- VIH-SIDA
- Leishmaniasis
- Malaria
- Dengue
- Meningitis tuberculosa.
  
- **EXÁMENES EN NEUMOLOGÍA**
- Broncoscopias
- Fobrobroncoscopias.
- Biopsias.
- Drenaje torácico
- Toracocentesis
- Espirometrias
  
- **CIRUGIA TORÁXICA**
- Realizado por cirujano cardiovascular
- Punción lumbar

#### D. PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA "C"

GRUPO OCUPACIONAL	TOTAL
Profesional	5 médicos 7 enfermeras
No profesional	6 técnicos en enfermería 1 personal de nutrición 1 personal de limpieza
De apoyo internos de medicina, enfermería	2 internos de medicina 4 internos de enfermería

#### E. POBLACIÓN OBJETIVO

- Pacientes atendidos en la institución (consulta externa o emergencia).
- Pacientes referidos de otras instituciones y regiones.

#### F. ATENCIÓN PRIMARIA

- Medidas de bioseguridad (lavado de manos)
- Capacitación al personal
- Información al paciente
- Equipamiento adecuado (insumos, equipos y otros)

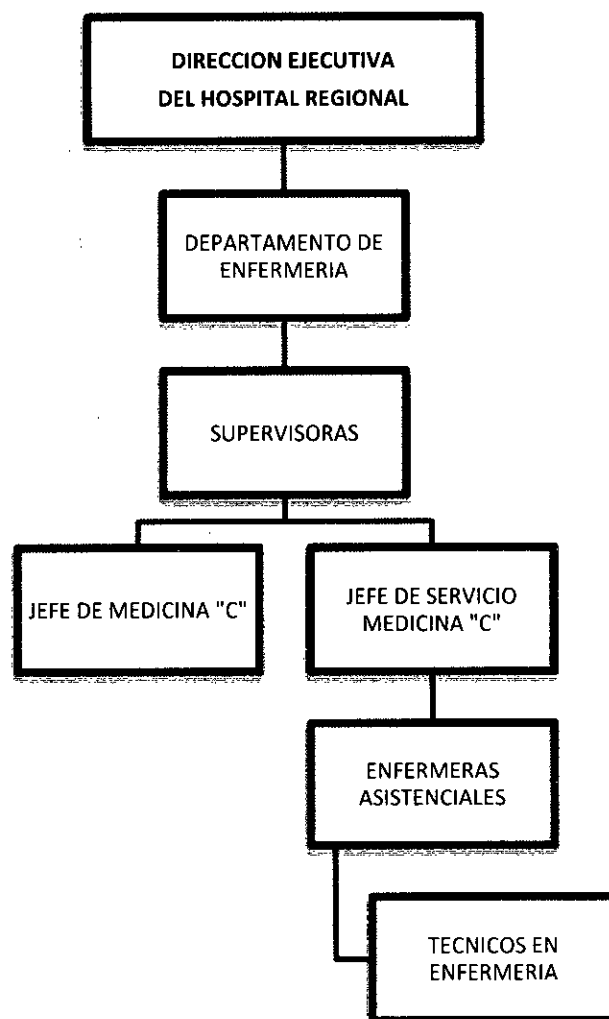
#### G. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Con prioridad haciendo énfasis en la segregación de biocontaminados. Entrega de material de bioseguridad a todo el personal del servicio como es:

- Guantes

- Mandiles
- Gorros
- Barbijos
- Respiradores y lentes

#### H. ORGANIGRAMA DE SERVICIO DE MEDICINA "C"



#### 3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Detallare las acciones realizadas cotidianamente en el servicio de Medicina C del Hospital Regional del Cusco en la atención de pacientes con Insuficiencia respiratoria aguda, específicamente con adultos

mayores, a continuación presentamos algunos casos para su mejor exposición y sus respectivos procedimientos de Enfermería:

### **3.3.1 PRIMER CASO**

#### **3.3.1.1 HISTÓRICA CLINICA**

##### **1) DATOS PERSONALES**

- Nombre : Saturnino Suclli Suclli
- Fecha de nacimiento : 15/07/1940
- Lugar de nacimiento : Urcos
- Edad : 77 años
- Sexo : Masculino
- Raza : Mestizo
- Religión : Católico
- Idioma : Quechua, castellano
- Estado civil : Casado
- Dirección : Comunidad de  
Sonccamarca
- Ocupación : Agricultor
- Instrucción : Primaria completa
- Persona responsable : Justino Suclli Suclli
- Vía de ingreso : Emergencia
- Ingreso al servicio : 09/02/2017
- Elaboración de HC : 11/02/2017
- HC elaborada por : IM Cristian A. Martínez  
Silva

##### **2) ENFERMEDAD ACTUAL**

- Tiempo de enfermedad : 1 año
- Forma de inicio : insidioso
- Curso : progresivo



### **3) SIGNOS Y SÍNTOMAS**

- Alteración de contenido de conciencia
- Incapacidad para deambulación
- Convulsión
- Mal control de esfínteres

### **4) RELATO CRONOLÓGICO DE ENFERMEDAD**

Informante refiere que paciente comienza a presentar hace un año cuadro caracterizado por dificultad para hablar y para la deambulación, se agrega al cuadro episodio convulsivo, acompañado de liberación de esfínteres por lo cual acuden al centro de salud de Sonccamarca, donde al ser evaluado se decide su transferencia para este nosocomio por emergencia.

### **5) FUNCIONES VITALES**

- Pulso 102
- P.A. 110/60 mm/hg
- FR 29
- Sat O<sub>2</sub> 84 %

### **6) DIAGNÓSTICO**

#### **DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO:**

- Síndrome de distrés respiratorio

#### **DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO**

- Insuficiencia respiratoria crónica reagudizada
- EPID exacerbado
- NAC
- D/C TBC pulmonar.

### 3.3.1.2 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- SERVICIO : Medicina C
- NOMBRES Y APELLIDOS: Saturnino Suclli Suclli
- DIAGNOSTICO MEDICO: Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), D/C TBC
- FECHA DE INGRESO: 09/02/2017
- EDAD: 77
- PROCEDENCIA: Urcos.
- N° DE CAMA: 519

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	METAS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
<p>Limpieza Ineficaz de las vías áreas R/C</p> <p>Expectoración hemoptoica E/P</p> <p>Ruidos respiratorios y taquicardia.</p>	<p>Mantener las vías aéreas permanentes con una saturación de 90%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valoración de reflejo tusígeno, ayudar en los ejercicios de expectoración, fisioterapia respiratoria, mantener una hidratación adecuada.</li> <li>➤ Administración de tusígenos, broncodilatadores, anticoagulantes, se mantiene en posición semifowler,</li> <li>➤ Nebulización según indicación médica, toma de muestra de secreción bronquial para BK y AGA</li> <li>➤ Valoración de las secreciones bronquiales y realizar BH, higiene y confort.</li> </ul>	<p>Mantener vías áreas permeables con SPO<sub>2</sub> 90% y con evolución favorable.</p>

### 3.3.1.3 SOAPIE

- SERVICIO : Medicina C
- NOMBRES Y APELLIDOS: Saturnino Suclli Suclli
- DIAGNOSTICO MEDICO: Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), D/C TBC
- FECHA DE INGRESO: 09/02/2017
- EDAD: 77
- PROCEDENCIA: Urcos.
- N° DE CAMA: 519

<b>S</b>	Refiere Tos seca continua con pintas de sangre, escalofríos, sudoración nocturna
<b>O</b>	En AREG presenta tos con expectoración sanguinolenta, sudoración profusa y ruidos respiratorios..
<b>A</b>	Limpieza Ineficaz de las vías aéreas R/C Expectoración hemoptoica E/P Ruidos respiratorios y taquicardia.
<b>P</b>	Mantener las vías aéreas permanentes con una saturación de 90%
<b>I</b>	Administración de tusígenos, broncodilatadores, anticoagulantes, se mantiene en posición semifowler, Nebulización según indicación médica, toma de muestra de secreción bronquial para BK y AGA
<b>E</b>	Mantener vías aéreas permeables con SPO2 90 % y con evolución favorable.

### **3.3.2 SEGUNDO CASO**

#### **3.3.2.1 HISTORIA CLÍNICA**

##### **1) DATOS PERSONALES**

- Nombre : Mónica Cusihuaman Sánchez
- Fecha de Nacimiento : 21/02/1972
- Lugar de Nacimiento : Ccatcca
- Edad : 46 años
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestiza
- Religión : Católica
- Idioma : Quechua
- Estado civil : Viuda
- Dirección : Pampamarca-Ccatcca
- Ocupación : Ama de casa
- Instrucción : Analfabeta
- Persona responsable : Mario Cusihuaman Sota (primo)
- Vía de ingreso : Emergencia
- Ingreso al hospital : 10/08/17
- Ingreso al servicio : 17/08/17
- Elaboración de HC : 18/08/17
- HC elaborada por : IM Lisbeth Gabriela Hinojosa Flórez
- Cama : 513

##### **2) ENFERMEDAD ACTUAL**

- Tiempo de enfermedad : 26 días
- Forma de inicio : insidioso
- Curso : Progresivo

##### **3) SIGNOS Y SÍNTOMAS**

- Disnea

- Tos productiva
- Dolor a nivel torácico
- Edema en miembros inferiores

#### **4) RELATO CRONOLÓGICO DE ENFERMEDAD**

Primo refiere que la paciente presentó desde hace 26 días disnea, tos productiva, dolor a nivel torácico moderada intensidad que incremento durante el día, refiere haber recibido Nastisol con el cual mejoró tos sin embargo para el día 15/08/17 se incrementa disnea, dificultando realizar actividades cotidianas motivo por el cual su primo la trae a Hospital Regional del Cusco. Es evaluada en emergencia donde se le indican exámenes. Es hospitalizada el día 17/08/17 con el diagnóstico de: EPID EXACERBADA/ DERRAME PLEURAL DERECHO/ INFECCIÓN URINARIA/D/C TBC PULMONAR.

#### **5) FUNCIONES VITALES**

- Pulso: 92 X
- PA: 120/70 mmHg
- T°: 36.6
- FR: 21 x
- Sat O<sub>2</sub>: 88%

#### **6) DIAGNÓSTICO ETIOLOGICO:**

- NAC
- EPID EXACERBADA POR NEUMONIA
- DERRAME PLEURAL BILATERAL
- D/C INSUFICIENCIA CARDIACA
- ANEMIA LEVE
- D/C TBC PULMONAR
- D/C COR PULMONAR

### 3.3.2.2 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

SERVICIO: Medicina C

NOMBRES Y APELLIDOS: Mónica Cusihuaman Sánchez

DIAGNOSTICO MEDICO: EPID Exacerbado por Neumonía

FECHA DE INGRESO: 17-08-2017

EDAD: 46 años

PROCEDENCIA: Pampamarca-Ccatcca

N° DE CAMA: 513

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	METAS	INTERVENCION DE ENFERMERIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Riesgo del patrón respiratorio ineficaz R/C Obstrucción del árbol bronquial M/P Disnea presencia de secreciones blanquecinas.	Mantener las vías respiratorias permanentes con una saturación de 86%	Se cumple indicaciones T° 36.4 FR 21X' PC 91 X' PA 120/75  Se administra Oxígeno a 2 litros X', se mantiene en posición semifowler, aspiración de secreciones.  Administración de líquidos orales, se calma el dolor, cambios posturales, e higiene y confort.	Vías respiratorias permeables con SPO <sub>2</sub> 88% y con evolución favorable.

### 3.3.2.3 SOAPIE

SERVICIO: Medicina C

NOMBRES Y APELLIDOS: Mónica Cusihuaman Sánchez

DIAGNOSTICO MEDICO: EPID Exacerbado por Neumonía

FECHA DE INGRESO: 17-08-2017

EDAD: 46 años

PROCEDENCIA: Pampamarca-Ccatcca

N° DE CAMA: 513

<b>S</b>	Refiere que respira con dificultad y no tiene deseo de comer y ruidos en el estómago
<b>O</b>	En AREG presenta tos con expectoración blanquecina y dolor abdominal y inapetencia
<b>A</b>	Limpieza Ineficaz de las vías áreas R/C Expectoración hemoptoica E/P Ruidos respiratorios y taquicardia.
<b>P</b>	Mantener las vías respiratorias permanentes con una saturación de 86%
<b>I</b>	Administración de tusígenos, broncodilatadores, anticoagulantes ,se mantiene en posición semifowler, Nebulización según indicación medica, toma de muestra de secreción bronquial para BK y AGA
<b>E</b>	Vías respiratorias permeables con SPO2 88% y con evolución favorable.

### 3.3.3 TERCER CASO

#### 3.3.3.1 HISTORIA CLÍNICA

##### A. DATOS PERSONALES

- Nombre : Honorata Flora Molero Ccasani
- Fecha de nacimiento : 22/12/1987
- Lugar de nacimiento : Cusco
- Edad : 30 Años
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestiza
- Religión : Católica
- Idioma : Castellano
- Estado civil : Casada
- Dirección : APV Pisco Orcco Marqueno F1
- Ocupación : Ama de casa
- Instrucción : Primaria incompleta
- Persona responsable : Daniel Sandy Valeriano (espos)
- Vía de ingreso : Emergencia
- Ingreso al hospital : 01/09/2016
- Ingreso al servicio : 02/09/2016
- Elaboración de HC : 04/09/2016
- HC elaborada por : IM Nepalí Herencia Chihuantito
- N° de cama : 514

##### B. ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de enfermedad : 02 semanas
- Forma de inicio : insidioso
- Curso : progresivo

##### C. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor en abdomen



- Vómitos
- Diarrea
  
- Disnea
- Fiebre

#### **D. RELATO CRONOLÓGICO DE ENFERMEDAD**

Paciente refiere que presenta moderadamente exigente hace 4 meses la cual no sede a antitusígenos, hace 3 días esta vuelve productiva con expectoración amarillo blanquecina acompañada por sensación de alza termina por lo que acude al centro de salud de su localidad donde le dan tratamiento que no recuerda el nombre lo toma 3 días y no nota mejora en sus síntomas, el cuadro se exagera y se le añade dolor torácico moderado y sensación de falta de aire cuando caminaba distancia cercanas por lo que decide acudir a nuestro hospital por el servicio de emergencia.

#### **E. FUNCIONES VITALES**

- Pulso: 80 X
- PA: 100/70 mmHg
- T° : 37.8°
- Fr: 30 X
- Sat O<sub>2</sub>: 80% FiO<sub>2</sub> 36 %

#### **F. DIAGNÓSTICO:**

##### **DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO**

- Síndrome de parénquima pulmonar
- Síndrome infeccioso

### DIAGNÓSTICO ETIOLOGICO

- Insuficiencia respiratoria agua
- NAC
- D/C tuberculosos pulmonar

### 3.3.3.2 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

SERVICIO: Medicina C

NOMBRES Y APELLIDOS: Honorata Flora Molero Ccasani

DIAGNOSTICO MEDICO: Insuficiencia respiratoria agua, NAC y D/C tuberculosos pulmonar

FECHA DE INGRESO: 02/09/2016

EDAD: 30 años

PROCEDENCIA: Cusco

N° DE CAMA: 514

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	METAS	INTERVENCION DE ENFERMERIA	INDICADORES DE SEGGUIMIENTO
Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos y físicos manifestado por informe verbal, posición antiálgica y trastornos del sueño.	La paciente expresará verbalmente, por su expresión facial y movimiento de su cuerpo la disminución del dolor y efectividad de las medidas tomadas durante la internación	Ayudar a la paciente a adoptar distintas posiciones  Favorecer la relajación y tranquilidad  Brindar masajes  Informar al médico que la paciente refiere dolor.  Administrar	La posición antiálgica, la relajación y la tranquilidad disminuyen el dolor y la ansiedad.  Los fármacos promueven el bienestar aliviando el dolor y su dosis puede ajustarse según el umbral de dolor que el paciente manifieste.

		analgésicos según prescripción.	
		Controlar efectividad de los medicamentos	

### 3.3.3.3 SOAPIE

SERVICIO: Medicina C

NOMBRES Y APELLIDOS: Honorata Flora Molero Ccasani

DIAGNOSTICO MEDICO: Insuficiencia respiratoria agua, NAC y D/C tuberculosos pulmonar

FECHA DE INGRESO: 02/09/2016

EDAD: 30 años

PROCEDENCIA: Cusco

N° DE CAMA: 514

<b>S</b>	Refiere que tiene dolor en abdomen, Vómitos, Diarrea, Disnea y Fiebre.
<b>O</b>	En AREG presenta tos con expectoración blanquecina y dolor abdominal y inapetencia
<b>A</b>	Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos y físicos manifestado por informe verbal, posición antiálgica y trastornos del sueño.
<b>P</b>	La paciente expresará verbalmente, por su expresión facial y movimiento de su cuerpo la disminución del dolor y efectividad de las medidas tomadas durante la internación
<b>I</b>	Ayudar a la paciente a adoptar distintas posiciones. Favorecer la relajación y tranquilidad. Brindar masajes. Administrar analgésicos según prescripción. Controlar efectividad de los medicamentos
<b>E</b>	Los fármacos promueven el bienestar aliviando el dolor y su dosis puede ajustarse según el umbral de dolor que el paciente manifieste.

### 3.3.1 CUARTO CASO

#### 3.3.1.1 RESUMEN DE HISTÓRICA CLINICA

##### 1. DATOS PERSONALES

- Nombre : Lucía Condori Huamán
- DNI : 25203750
- Fecha de nacimiento : 27/09/1975
- Lugar de nacimiento : Chinchero
- Edad : 42 años
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestizo
- Religión : Católico
- Idioma : Quechua
- Estado civil : Casada
- Dirección : Chinchero
- Ocupación : Ama de casa
- Instrucción : Ninguno
- Persona responsable : Nicanor Turpo Huillca  
(esposo)
- Vía de ingreso : Emergencia
- Ingreso al servicio : 15/04/2016
- Elaboración de HC : 18/04/2016
- HC elaborada por : IM Willy Cano Alatrística
- N° de Cama : 519

##### 2. ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de enfermedad : 15 días
- Forma de inicio : insidioso
- Curso : progresivo

##### 3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Alteración de la conciencia
- Afasia
- Excitación psicomotriz

#### **4. RELATO CRONOLÓGICO DE ENFERMEDAD**

Paciente presentó progresivamente hace 15 días limitaciones para la marcha, dolor de cabeza de moderada intensidad (no específica detalles del dolor). Desde hace un mes por la mañana la paciente presenta alteración del lenguaje (no puede hablar) y es llevada al Centro de Salud de Chinchero de donde es referida. Paciente tiene diagnóstico de TBC miliar, diagnosticada en el Hospital Regional. Cursaba con tratamiento de segunda fase para TBC (H: 300mg y R: 600 mg).

#### **5. FUNCIONES VITALES**

- T : 36.5 °C
- Pulso 85 lpm
- P.A. 90/60 mm/hg
- FR 22 rpm
- Sat O<sub>2</sub> 90%

#### **6. DIAGNÓSTICO**

##### **DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO**

- Síndrome meníngeo.
- Síndrome infeccioso.

##### **DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO**

- D/C TBC miliar
- D/C TBC meníngea vs. meningoencefalitis bacteriana
- D/C Proceso expansivo intracerebral.

### 3.3.1.2 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA:

SERVICIO: Medicina C

NOMBRES Y APELLIDOS: Lucía Condori Huamán

DIAGNOSTICO MEDICO: D/C TBC miliar, D/C TBC meníngea vs. Meningoencefalitis bacteriana y D/C Proceso expansivo intracerebral.

FECHA DE INGRESO: 02/09/2016

EDAD: 42 años

PROCEDENCIA: Chinchero

N° DE CAMA: 519

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
Deterioro del intercambio de gases.	Paciente mejora intercambio de gases durante estancia hospitalaria.	Valorar patrón actividad ejercicio: frecuencia, ritmo, profundidad y uso de músculos accesorios. Control de funciones vitales: FC y FR. Mantener al paciente en posición de semifowler. Administrar oxígeno al paciente según su necesidad. Valorar saturación de oxígeno mediante pulsioxímetro. Valorar el color de la piel para buscar cianosis. Valorar resultados de hemoglobina.	Paciente refiere una disminución de la dificultad respiratoria y presentara funciones vitales dentro de los rangos normales.

### 3.3.1.3 SOAPIE

- SERVICIO: Medicina C
- N° DE CAMA: 519
- NONBRES Y APELLIDOS: Lucía Condori Huamán
- DIAGNOSTICO MEDICO: D/C TBC miliar, D/C TBC meningea vs. meningoencefalitis bacteriana y D/C Proceso expansivo intracerebral.
- FECHA DE INGRESO: 15/04/2016
- EDAD: 42
- PROCEDENCIA: Chinchero.

<b>S</b>	•Alteración de la conciencia, Afasia y Excitación psicomotriz.
<b>O</b>	•Limitaciones para la marcha, dolor de cabeza de moderada intensidad (no especifica detalles del dolor), presenta alteración del lenguaje (no puede hablar).
<b>A</b>	•Deterioro del intercambio de gases.
<b>P</b>	•Paciente mejora intercambio de gases durante estancia hospitalaria.
<b>I</b>	•Valorar patrón actividad ejercicio: frecuencia, ritmo, profundidad y uso de músculos accesorios.
<b>E</b>	•Paciente refiere una disminución de la dificultad respiratoria y presentara funciones vitales dentro de los rangos normales.

#### IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1.

INFORME DE MORBILIDAD POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA  
AGUDA SEGÚN GRUPO ETAREO HOSPITAL REGIONAL CUSCO -  
2017

EDAD (AÑOS)	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 A MÁS	TOTAL
Nro. DE CASOS	6	1	5	3	4	9	10	11	91	140
%	4.3%	0.7%	3.6%	2.1%	2.9%	6.4%	7.1%	7.9%	65%	100%

FUENTE: Medicina "C" – Hospital Regional Cusco, durante el año 2017.

CUADRO 4.2.

INFORME DE MORBILIDAD POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA  
AGUDA SEGÚN GENERO HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2017

NRO DE CASOS		TOTAL
FEMENINO	MASCULINO	
82	58	140
58.6%	41.4%	100%

FUENTE: Medicina "C" – Hospital Regional Cusco, durante el año 2017.



GENERO		EDAD									Total
		18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 a más	
MASCULINO	N	3	1	3	1	2	4	6	4	34	58
	%	2,1%	0,7%	2,1%	0,7%	1,4%	2,9%	4,3%	2,9%	24,3%	41,4%
FEMENINO	N	3	0	2	2	2	5	4	7	57	82
	%	2,1%	0,0%	1,4%	1,4%	1,4%	3,6%	2,9%	5,0%	40,7%	58,6%
TOTAL	N	6	1	5	3	4	9	10	11	91	140
	%	4,3%	0,7%	3,6%	2,1%	2,9%	6,4%	7,1%	7,9%	65,0%	100,0%

En el cuadro apreciamos las estadísticas del Hospital Regional según morbilidad por insuficiencia respiratoria aguda, quienes en mayor porcentaje son las mujeres y con mayor incidencia en pacientes mayores de 60 años.

**CUADRO 4.3**  
**INFORME DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA**  
**RESPIRATORIA AGUDA DIRESA CUSCO 2017**

AÑO	N° CASOS INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	N° CASOS MORTALIDAD
2017	466	27

#### CUADRO 4.4

### INFORME DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA DIRESA SEGÚN REDES PROVINCIA DEL CUSCO 2017

REDES	Nº DE CASOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	Nº CASOS MORTALIDAD
Norte	125	6
Sur	148	7
CCE	38	4
La Convención	57	1
Chumbivilcas	10	2
Quispicanchis	41	0
Hospital Sicuani	5	1
Hospital Espinar	6	0
Hospital Quillabamba	36	6
Total	466	27

DIAGNOSTICO ENFERMERO N° 8	CRITERIOS DE RESULTADOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Riesgo de soledad relacionado con falta de contacto con personas importantes y significativas.	El paciente disminuirá la ansiedad;  recibirá la compañía de su hija durante su internación y después de la misma	Acompañar y alentar al paciente.  Ayudar al familiar en su relación con el paciente; incentivar para que realice visitas más frecuentes.	La compañía y apoyo de la familia es esencial para la recuperación del paciente.  Las relaciones cálidas de afecto y amor fomentan en el anciano su bienestar y autoestima, que son esenciales para mantener o resistir la enfermedad psicológica y física.

## I. ONCLUSIONES

- ❑ La función principal del aparato respiratorio es garantizar un correcto intercambio pulmonar de gases, es decir, conseguir unas cifras óptimas de oxigenación tisular y una correcta eliminación del dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) producido por el metabolismo tisular. La insuficiencia respiratoria es un síndrome clínico caracterizado por la falta de una correcta oxigenación arterial y/o una correcta eliminación del CO<sub>2</sub>
- ❑ Lo obtenido por medio de los cuidados de enfermería, fue en agrado del paciente, en el tiempo del tratamiento se vio mejoría, evitando así las complicaciones de la patología.

## II. RECOMENDACIONES

- ❑ Medidas higiénico-dietéticas: Recomendar al paciente que abandone el hábito tabáquico, así como que evite cambios bruscos de temperatura y ambientes contaminados.
- ❑ Realizar una dieta adecuada para obtener su peso ideal y hacer más húmedo el ambiente donde se encuentre mediante recipientes con agua.
- ❑ Vacunación antigripal.
- ❑ Oxigenoterapia domiciliaria.
- ❑ Insistir en la necesidad de seguir con el tratamiento farmacológico pautado por el facultativo y en respetar los horarios establecidos.
- ❑ Rehabilitación respiratoria mediante tos forzada y fisioterapia, recomendar pautas de ejercicio.

### III. REFERENCIAS

1. Méndez Fandiño YR, Quintero Moreno CO. Insuficiencia Respiratoria Aguda. IATROS Revista Médica Estudiantil. 2016 Enero.
2. Saldías , Mardonez J, Marchesse M. Cuadro clínico y factores pronósticos en la neumonía comunitaria en adultos hospitalizados.. Rev Med Chil. 2002 Enero; V(18).
3. Rello , Rodríguez R, Jubert P, Álvarez B. Severe community-acquired pneumonia in the elderly: epidemiology and prognosis.. Study Group for Severe Community-Acquired Pneumonia. 1996 Agosto; XI(19).
4. Romero J, Sarmiento I, Sayago F. Prevalencia hospitalaria y cuáles son las características clínicas de la Insuficiencia Respiratoria de los pacientes ingresados en el servicio de Clínica del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues. Cuenca; 2011.
5. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica en cuidados intensivos insuficiencia respiratoria aguda Lima; 2010.
6. DIRESA CUSCO. Insuficiencia Respiratoria Aguda Código Cie Cusco; 2012.
7. Ramón Tesán. Plan de cuidados de Enfermería en paciente con insuficiencia respiratoria aguda. Caso clínico. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. 2017 Enero; II(10).
8. Rodríguez Moya VS, Rodríguez Téllez SD, De Mola Bueno YL. Incidencia y mortalidad del síndrome de dificultad respiratoria aguda. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2015 Mayo-Junio; 19(3).
9. Gutiérrez Muñoz FR. Insuficiencia respiratoria aguda. Acute respiratory failure. 2010 Agosto; IV(10).

10. Arnedillo Muñoz , Garcia Polo C, López-Campos Bodineau. Insuficiencia respiratoria aguda Madrid: El diamante; 2017.
11. Puente L, Arnedillo. Insuficiencia respiratoria aguda. Clasificación y mecanismos fisiopatológicos. Tratado de Medicina Interna. 2011 Agosto; II(6).
12. West J. Fisiopatología pulmona Buenos Aires: Panamericana S.A. ; 2012.
13. Garcia Gil D. Insuficiencia respiratoria aguda. En Manual de Urgencias. 2019 Febrero; I(1).
14. Rodríguez. Emergencias Respiratorias en Medicina de Emergencia Prehospitalaria. Sociedad Venezolana de emergencias. 2011 Julio; IV(2).
15. Sociedad Española De Medicina Intensiva. Glosario Terminológico de la Medicina Intensiva; 2011.









**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

<b>DIAGNOSTICO N° 1</b>	<b>CRITERIOS DE RESULTADOS</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTO</b>
<p>Deterioro de la respiración espontánea relacionado con factores metabólicos manifestado por aumento de la Frecuencia Cardíaca, disminución de la PO<sub>2</sub>, aumento de la PCO<sub>2</sub>, disminución de la SaO<sub>2</sub></p>	<p>El paciente mejorará la respiración espontánea evidenciado por ausencia de valores normales de gasometría arterial y disminución de la FC durante su internación.</p>	<p>Explicar la función de la oxigenoterapia mediante cánula nasal.</p> <p>Mantener la vía aérea permeable.</p> <p>Explicar la importancia de la inspiración profunda la retención del aire durante algunos segundos y la espiración del mismo con los labios fruncidos.</p> <p>Animar a toser sosteniendo la herida quirúrgica.</p> <p>Realizar drenaje postural.</p> <p>Mantener a la paciente en posición de Fowler elevada (45°).</p> <p>Alentar la movilización.</p> <p>Si la hipoxemia persiste, consultar con el médico para posible intubación</p>	<p>El O<sub>2</sub> es un medicamento que favorece la oxigenación al mejorar el intercambio gaseoso.</p> <p>La retención del aire por unos segundos permite que los alvéolos tengan mayor tiempo para que captar el oxígeno.</p> <p>El drenaje postural ayuda a movilizar las secreciones desde las bases pulmonares para su expectoración.</p> <p>Fowler elevada mejora la expansión torácica.</p> <p>La movilización impide el desarrollo de neumonía hipostática.</p>

DIAGNOSTICO N° 2	CRITERIOS DE RESULTADOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con Hipoventilación y fatiga, manifestado por aleteo nasal, disnea, tiraje de los músculos accesorios, ortopnea, falta de aliento y respiraciones por minuto &gt; 24.</p>	<p>El paciente disminuirá la dificultad para respirar; logrará más fuerza y sensación de bienestar; mantendrá una frecuencia respiratoria normal (entre 16a 20/min) sin ruidos adventicios; realizará movimientos torácicos con respiraciones profundas; Presentará ausencia de cianosis, durante la internación.</p>	<p>Elevar la cabecera de la cama a 45° (Fowler).</p> <p>Conservar la energía del paciente ayudando con las actividades.</p> <p>Fomentar el cambio la posición cada dos horas.</p> <p>Administrar la medicación prescripta</p> <p>(Broncodilatadores/NBZ);</p>	<p>Reduce la presión abdominal y permite que el movimiento torácico y expansión pulmonar sean mayores.</p> <p>Reduce los requerimientos metabólicos y de oxígeno.</p> <p>Promueve la expansión y la oxigenación de todas las áreas pulmonares.</p> <p>Favorece una oxigenación más eficaz, disminuyendo la disnea</p>

		Controlar efectos esperados o aparición de efectos adversos.	
<b>DIAGNÓSTICO N° 3</b>	<b>CRITERIOS DE RESULTADOS</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTO</b>
Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con tabaquismo, EPOC e infección (Neumonía) manifestado por disnea, producción de esputo, disminución de los sonidos respiratorios, sonidos respiratorios adventicios y cambios en la frecuencia respiratoria.	El paciente mantendrá una eliminación adecuada de las secreciones de las vías respiratorias; demostrará respiración diafragmática y tos con expectoración productiva para minimizarla paulatinamente; colaborará con la fisioterapia, durante la internación.	Hidratar al paciente en forma adecuada.  Enseñar y promover el uso de la respiración diafragmática y la técnica para provocar la tos. (Pasada la crisis)  Enseñar el uso del nebulizador.  Realizar drenaje postural, percusión y vibración a la mañana y a la noche si está indicado  Administrar antibióticos (ATB)	La hidratación sistémica mantiene las secreciones húmedas, provocando que la expectoración sea más fácil.  Estas técnicas ayudan a mejorar la ventilación y movilizar las secreciones sin pérdida de aliento y fatiga.  El uso correcto asegura un suministro adecuado del medicamento y por lo tanto su efecto terapéutico.  La fisioterapia respiratoria ayuda a elevar y desprender

		según prescripción; controlar efectos esperados o aparición de efectos adversos.	las secreciones de modo que puedan expectorarse o succionarse.
--	--	--	--

<b>DIAGNÓSTICO N°4</b>	<b>CRITERIOS DE RESULTADOS</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTO</b>
Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos y físicos manifestado por informe verbal, posición antiálgica y trastornos del sueño.	La paciente expresará verbalmente, por su expresión facial y movimiento de su cuerpo la disminución del dolor y efectividad de las medidas tomadas durante la internación	<p>Ayudar a la paciente a adoptar distintas posiciones</p> <p>Favorecer la relajación y tranquilidad</p> <p>Brindar masajes</p> <p>Informar al médico que la paciente refiere dolor.</p> <p>Administrar analgésicos</p>	<p>La posición antiálgica, la relajación y la tranquilidad disminuyen el dolor y la ansiedad.</p> <p>Los fármacos promueven el bienestar aliviando el dolor y su dosis puede ajustarse según el umbral de dolor que el paciente manifieste.</p>

		según prescripción.	
		Controlar efectividad de los medicamentos	

<b>DIAGNOSTICO N° 5</b>	<b>CRITERIOS DE RESULTADOS</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTO</b>
Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para digerir lo nutrientes debido a factores biológicos manifestado por aversión a comer.	El paciente mejorará el estado nutricional demostrado por un mayor interés en los alimentos; entenderá la importancia de la alimentación para alcanzar el bienestar durante su internación y después del alta.	<p>Valorar la ingestión de alimentos mediante la observación y entrevista diaria, peso corporal y datos de laboratorio.</p> <p>Controlar y explicar que la dieta sea variada.</p> <p>Elevar la cabecera de la cama durante las comidas.</p>	<p>Permite identificar deficiencias y cumplimiento de la dieta y permite determinar si el estado nutricional es adecuado.</p> <p>Elevar la cabecera brinda comodidad y ayuda a mejorar la digestión y evitar la regurgitación de los alimentos.</p>

		<p>Proporcionar higiene oral antes y después de las comidas y un ambiente agradable.</p> <p>Ofrecer comidas frecuentes y poco abundantes.</p>	
<b>DIAGNOSTICO N° 6</b>	<b>CRITERIOS DE RESULTADOS</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTO</b>
<p>Insomnio relacionado con malestar físico (dolor, tos, falta de aliento) manifestado por informe verbal de dificultad para conciliar el sueño debido a la posición ortopnea.</p>	<p>El paciente manifestará estar más descansado al despertar durante su internación.</p>	<p>Proporcionar un ambiente apropiado para el descanso, reduciendo ruidos, luces, interrupciones, manteniendo al paciente bien oxigenado, en posición Fowler 30-45°, sin dolor.</p>	<p>La falta de un sueño reparador incrementa la ansiedad, lo que impide un descanso adecuado.</p> <p>El conocimiento y la modificación de factores que afectan el sueño ayudan a adoptar los cambios necesarios para</p>

			<p>dormir y descansar adecuadamente.</p> <p>Se produce privación de sueño con interrupciones frecuentes así como trastorno en el ritmo circadiano.</p>
--	--	--	--