



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ENFERMERÍA**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA  
RESPIRATORIA - SERVICIO DE EMERGENCIA - HOSPITAL DE LIMA  
PERÚ - 2024

NURSING CARE OF PATIENT WITH RESPIRATORY FAILURE -  
EMERGENCY DEPARTMENT - LIMA HOSPITAL PERÚ - 2024

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR

FLOR DE MARIA CHUMPITAZI LLAVE

ASESOR

ANA BEATRIZ ROSARIO GRAÑA ESPINOZA

CO - ASESOR

JANET MARIETA DIAZ REYES

LIMA – PERÚ

2026



## **ASESORES DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

### **ASESOR**

Mg. Ana Beatriz Rosario Graña Espinoza

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0009-0003-9554-0084

### **CO ASESOR**

Mg. Janet Marieta Diaz Reyes

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0001-5175-3019

**Fecha de aprobación:** 07 de enero del 2026

**Calificación:** Aprobado

## **DEDICATORIA**

A Pepe, mi gran amigo y jefe, el impulsor de esta travesía. Ale, Clau, mis hijas. Luchis mi mamá, Katy, Luis y Beto mis hermanos. Especialmente a mi papá, quien partió de este mundo terrenal, el ejemplo de que para estudiar no hay edad. A todos mis amigos involucrados en este proyecto de vida.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis asesoras, la Lic. Ana Graña y la Lic. Janet Díaz, quienes además me acompañaron durante el internado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, apoyándome con sus aportes, experiencias y enseñanzas.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y a las autoridades que, en su momento, me permitieron regresar a mi alma mater y completar esta carrera que me ayuda a servir como es mi vocación.

A mis amigas (las del R.I.) de mi antigua Escuela de Enfermeras Arzobispo Loayza, de quienes he recibido el apoyo constante y sus alegrías en este proyecto.

A todas las personas del Hospital Nacional Cayetano Heredia que he conocido en esta etapa, gracias por sus aportes y apoyo constante.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Autofinanciado

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

La autora declara no tener ningún conflicto de interés

# DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	CHUMPITAZI LLAVE FLOR DE MARIA

Pertenciente al programa de la CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, autora del trabajo titulado: CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA - SERVICIO DE EMERGENCIA - HOSPITAL DE LIMA PERÚ - 2024 el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	GRAÑA ESPINOZA ANA BEATRIZ ROSARIO	ENFERMERÍA	ASESOR
2.	DIAZ REYES JANET MARIETA	ENFERMERÍA	CO-ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de 22 %, según el reporte emitido por el software Turnitin® (identificador de entrega: trn:oid::1:3456413620; fecha de entrega: 12-01-2026).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: Lima, 12 de enero del 2026.

Firma del asesor  
N° DNI: 08708654  
ORCID: 0000-0001-5647-0755

Firma del Co-asesor  
N° DNI: 09607829  
ORCID: 0000-0001-5175-3019

PRESTIGIO Y EXCELENCIA



## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS .....	5
III. METODOLOGÍA DEL CUIDADO ENFERMERO .....	6
1. Datos de filiación de la persona .....	6
2. Valoración .....	7
3. Diagnóstico Enfermero .....	17
4. Planificación del cuidado (NANDA, NOC, NIC) .....	21
5. Ejecución del plan de cuidados .....	44
6. Evaluación .....	49
7. Aportes al Cuidado Enfermero .....	51
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53
ANEXOS	

## RESUMEN

La insuficiencia respiratoria es una alteración grave que no permite realizar un adecuado intercambio gaseoso y satisfacer las exigencias metabólicas. Este Proceso de Atención de Enfermería fue planteado, considerando asegurar una atención eficaz enfocado a mejorar la salud y bienestar del paciente y su entorno. Se presenta el caso clínico de una paciente de 46 años con diagnóstico de insuficiencia respiratoria por estenosis traqueal, con factores de riesgo de sobrepeso e hipertensión. Las intervenciones de enfermería se plantearon según la valoración inicial, se definieron considerando cuidados integrales físicos, emocionales, espirituales a la paciente y a su familia. **Objetivo:** Elaborar un plan de cuidados de Enfermería para una paciente con Insuficiencia Respiratoria en el Servicio de Emergencia de un hospital en Lima. **Metodología del Cuidado:** Proceso de Atención de Enfermería a través de la Valoración del paciente según Marjory Gordon, diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería, a partir de los diagnósticos se planteó el Plan de Cuidados Individualizado abordando un trabajo integrado y holístico. **Resultado de los cuidados brindados:** se plantearon las intervenciones del cuidado de enfermería y a través de estas se mantuvieron las vías aéreas permeables, se afianzó la dinámica familiar; se estableció un manual de cuidados de traqueostomía en casa. **Conclusiones:** El plan de cuidados de acuerdo con las necesidades del paciente permite la recuperación de la salud, aborda un cuidado enfermero integral, garantiza la reincorporación total o parcial del paciente a la dinámica familiar.

**Palabras clave:** insuficiencia respiratoria, cuidado enfermero integral, estenosis de tráquea.

## **ABSTRACT**

Respiratory failure is a severe condition that prevents adequate gas exchange and fails to meet metabolic demands. This Nursing Care Process was developed to ensure adequate care to improve the patient's and their environment's health and well-being. We present the clinical case of a 46-year-old female patient diagnosed with respiratory failure due to tracheal stenosis, with risk factors including overweight and hypertension. Nursing interventions were designed based on the initial assessment, focused on providing comprehensive physical, emotional, spiritual care to both the patient and her family. Objective: To develop a Nursing Care Plan for a patient with Respiratory Failure in the Emergency Department of a hospital in Lima. Care Methodology: According to Marjory Gordon, the nursing care process is based on the patient assessment, including diagnoses, outcomes, and nursing interventions. Based on the diagnoses, an individualized care plan was developed, addressing an integrated and holistic approach. Outcome of the provided care: Nursing care interventions were implemented, resulting in the maintenance of patent airways, strengthening of family dynamics, and the establishment of a home tracheostomy care manual. Conclusions: A care plan tailored to the patient's needs facilitates health recovery, provides comprehensive nursing care, and ensures the patient's total or partial reintegration into family dynamics.

**Keywords:** respiratory failure, comprehensive nursing care, tracheal stenosis.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La enfermería es una disciplina científica que integra ciencia, talento, orden, inspiración, para optimizar el funcionamiento y desempeño del ser humano en todos sus aspectos, tanto en la salud física como emocional.

La fundamentación cognitiva y educativa, aunque importante, comienza con la formación en enfermería, debido a que define el proceso de enfermería como una herramienta de investigación especializada para la resolución de problemas relacionados con el cuidado del paciente desde enfoques cualitativos y cuantitativos. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un instrumento metodológico de investigación que permite al profesional de enfermería brindar cuidados integrales frente a problemas que puedan afectar a los individuos y a la comunidad. Dicho esto, el PAE tiene su propia metodología y hace uso del pensamiento crítico en todas sus fases (1,2)

El desarrollo del PAE, considera 5 etapas, y para efecto del estudio de caso en la primera etapa se desarrolla los aspectos de valoración según la teoría de Marjory Gordon (3).

Los Patrones funcionales permiten determinar el estado de salud de la persona, siendo la base de la planificación del cuidado enfermero. Incluyen: la capacidad de respirar, comer, eliminar, moverse y descansar, así como la interacción con los demás y afrontar situaciones estresantes.

Al respecto, dichos patrones son de gran importancia en la práctica de enfermería, dado que permiten una evaluación integral y holística del individuo. Por consiguiente, al analizar los diferentes patrones funcionales, los enfermeros pueden identificar las demandas de cada persona y, así planificar intervenciones según sus necesidades. Además, facilitan la identificación de posibles alteraciones o cambios en el estado de salud, lo que permite una detección temprana de problemas y una intervención oportuna. Asimismo, el enfoque en los patrones funcionales promueve una atención centrada en

el paciente, considerando su contexto y su capacidad para desempeñarse en su entorno (2). El presente caso clínico abordó a una paciente de 46 años que presentó como diagnóstico médico de ingreso “Insuficiencia respiratoria(IR) de tipo I y II - (Neumonía intrahospitalaria vs. Neumonía adquirida en la comunidad-NAC)”, con antecedentes se registró hipertensión arterial y sobrepeso.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la IR es una “afección grave que dificulta respirar por uno mismo” (4). La IR es un término amplio que cubre muchas causas, por ejemplo, una concepción señala que esta dificultad corresponde: al consumo inadecuado de oxígeno o inadecuada eliminación de dióxido de carbono (5). Asimismo, la determinación de la IR depende no solo de la presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>) y la presión parcial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>), sino también de más factores clínicos (5). Las clasificaciones de insuficiencia respiratoria están enfocadas por su forma e instalación (6): insuficiencia respiratoria aguda (IRA), la cual se instala de forma repentina y es probablemente reversible; y la insuficiencia respiratoria crónica, que evoluciona progresivamente y que en su mayor parte es irreversible.

Otra forma de clasificar la IRA con base en los resultados de la gasometría que definen si el paciente está en insuficiencia respiratoria (7): Insuficiencia Respiratoria Tipo I, parcial o hipoxémica: PO<sub>2</sub> arterial < 60 mm Hg.; Insuficiencia Respiratoria Tipo II, absoluta o hipoxémica hipercapnia: PCO<sub>2</sub> arterial > 45 mm Hg.

Así también se clasifica de acuerdo con los mecanismos de IR (8): alteración de la ventilación alveolar, en las que se consideran alteraciones de la frecuencia respiratoria y del volumen corriente, fatiga de músculos respiratorios, síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño; limitaciones ventilatorias restrictivas de causa torácica, ejemplo las enfermedades pleurales, así como las alteraciones ventilatorias restrictivas del parénquima, como las enfermedades intersticiales difusas y alveolares donde definimos

las atelectasias y la neumonía; limitaciones ventilatorias obstructivas, asma, fibrosis quística, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, donde encontramos obstrucción de la vía aérea superior, que pueden ser funcionales: disfunción neuromuscular, depresión del sistema nervioso central, obstrucción mecánica del lumen sano (cuerpo extraño, aspiración de contenido líquido o sólido), así también compresión extrínseca como tumores cervicales o de mediastino como linfomas o tumores de tiroides, considerando además lesiones orgánicas de pared que pueden ser congénitas, inflamatorias, tumores o estenosis traqueal post intubación.

Las manifestaciones clínicas de la IR pueden abarcar dificultad para respirar, elevación del ritmo respiratorio, respiración superficial o rápida, así como tos, labios o uñas azuladas, fatiga, sudoración excesiva, dolor de cabeza, mareos, pérdida de conocimiento. Por otro lado, se sospecha el diagnóstico a partir de manifestación clínica y el estudio de diagnóstico por imágenes de tórax (5).

El tratamiento de la IR dependerá de la gravedad del cuadro. Por tal motivo, el objetivo principal radica en mejorar la función pulmonar, mediante la oxigenación suplementaria y la ventilación de apoyo que se puede administrar a través de cánulas, recomienda el uso de medicamentos, broncodilatadores, esteroides, antibióticos. Adicionalmente, fisioterapia respiratoria, ejercicios de respiración y técnicas de limpieza que puedan mejorar y reducir la resistencia de las vías respiratorias, al optimizar su cumplimiento y oxigenación (5).

Entre las causas de IR se encuentra la estenosis traqueal después de una intubación, la cual se registra entre el 5 y el 20% de los pacientes; de este porcentaje el 1 - 3% son síntomas por la reducción de la luz de la tráquea, la que se reduce en más del 30% provocando disnea (9,10). Se debe considerar además el tiempo de intubación, cuando ésta excede los 14 días (11,12). Por otro lado, la diabetes, la hipertensión arterial y el

uso de esteroides son factores relacionados que aumentan el riesgo de que ocurra una estenosis de tráquea (13,14).

La neumonía es una de las causas más comunes de la IR; afecta el parénquima pulmonar por la inflamación del mismo, así como alvéolos y bronquios. El tratamiento depende del cuadro clínico, etiología, imágenes e histología. En consecuencia, se observa que en el área afectada hay dificultad para el intercambio de gases y la ventilación alveolar, lo que se manifiesta en hipoxemia debido a cambios en la relación ventilación/perfusión (V/Q). La gravedad del cambio en la función pulmonar depende del tamaño del parénquima afectado (8).

La neumonía se clasifica según la manera en que se adquiere (15): la NAC (en la vida diaria de una persona) y la Neumonía intrahospitalaria (NIH) (en un centro hospitalario). En lo que respecta a la NIH, que afecta el tracto respiratorio inferior originada por patógenos adquiridos durante la hospitalización (16); es un problema que enfrenta el equipo de salud, porque es la segunda complicación en el medio hospitalario y la primera complicación en áreas críticas. Como resultado, aumenta el riesgo de que el paciente requiera de soporte ventilatorio (17). Si la neumonía está relacionada con una intervención diagnóstica o terapéutica, también se considera hospitalaria (18).

El tratamiento depende del tipo de neumonía, con antibióticos para neumonía bacteriana y medicamentos antivirales o micóticos para otros tipos. En situaciones severas puede ser imprescindible el tratamiento hospitalario con oxigenoterapia (15,19).

Generalmente, la NIH ocurre al menos 48 horas después de la intubación endotraqueal (20). Sin embargo, este procedimiento incrementa entre 6 y 21 veces el riesgo de neumonía a causa de procesos patógenos que comprenden la colonización de la orofaringe y los senos paranasales, así como la acumulación de secreciones sobre el balón del tubo endotraqueal, y por aspiración de microorganismos que colonizan el tracto

gastrointestinal inferior, pero también puede causarse por aspiración de líquidos gástricos y/o esofágicos (21).

La IR de la paciente del presente caso clínico según los datos de la historia clínica, se debió a una estenosis de tráquea a causa de una intubación de 3 semanas por una hospitalización previa en otra institución; sumado a esto, presentó neumonía a los 4 días de alta. Sin embargo, la estenosis traqueal como complicación de la intubación previa que tuvo la paciente constituye una condición de gran importancia clínica.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Elaborar un plan de cuidados de enfermería para una paciente con insuficiencia respiratoria en el servicio de emergencia de un hospital de Lima, Perú en el año 2024.

### **Objetivos específicos**

1. Describir la valoración integral de salud y bienestar de una paciente con insuficiencia respiratoria hospitalizada en un servicio de emergencia basándose en los patrones funcionales según la teoría de Marjory Gordon.
2. Identificar los diagnósticos de enfermería de una paciente hospitalizada por insuficiencia respiratoria en un servicio de emergencia.
3. Establecer el plan de cuidados de una paciente hospitalizada por insuficiencia respiratoria en un servicio de emergencia.
4. Establecer las intervenciones y actividades que se realizarán durante la ejecución con una paciente con insuficiencia respiratoria en un servicio de emergencia.
5. Realizar la evaluación del plan de cuidados de una paciente con insuficiencia respiratoria en un servicio de emergencia.

### III. METODOLOGÍA DEL CUIDADO ENFERMERO

#### 1. Datos de filiación de la persona

- Nombre: B.M.A.
- Fecha de nacimiento: 24 de enero de 1977 (46 años).
- Sexo: femenino.
- Religión: católica.
- Ocupación: ama de casa.
- Estado civil: separada.
- Grado de instrucciones: técnica superior
- Lugar de procedencia: Lima, Perú
- Distrito de residencia: Comas.
- Fecha de ingreso al hospital: 21 de febrero 2024.
- Fecha de valoración: del 23 al 25 de febrero 2024.
- Lugar de valoración: Hospital Nacional “Cayetano Heredia”, Servicio de Emergencia.

#### Antecedentes patológicos:

- Enfermedades: hipotiroidismo - hipertensión arterial.
- Cirugías previas: ninguna
- Alergias medicamentosas: dexametasona
- Cirugía previa - cesárea (2009)

Datos familiares:

- Hijos: una hija de 14 años
- Madre: fallecida
- Padre: vivo (100 años)

## 2. Valoración

Paciente ingresó a Emergencia, al área de medicina del HNCH el 21 de febrero del 2024 a 8:15 p.m. En la nota de ingreso se evidenció de mal patrón respiratorio, saturación de oxígeno (Sat.O<sub>2</sub>) 85%, tiraje subcostal, supresternal, subclavicular y murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, con leve alteración de la conciencia.

La valoración se llevó a cabo a las 8:00 a.m. del día 23 de febrero 2024, cuya fecha corresponde al tercer día de hospitalización de la paciente.

Paciente mujer de 46 años que se encontraba en shock trauma (UST) del servicio de emergencia del HNCH, con tubo orotraqueal (TOT), con ventilación espontánea.

Se realizó la valoración física, revisión y recabó datos de la historia clínica; después, se entrevistó a la hermana de la paciente, ya que no podía comunicarse verbalmente. La información obtenida se corroboró con la paciente, a través de la narración de los datos recopilados y preguntas para lo que se le solicitó a la paciente hacer gestos, señas o movimientos de afirmación o negación, dado que se encontraba con tubo orotraqueal.

### **Diagnóstico médico al ingreso:**

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo I, II.

1.1 Neumonía intrahospitalaria vs. neumonía adquirida en la comunidad

(NAC).

2. Hipertensión arterial (HTA).

3. Hipotiroidismo por historia clínica

**Plan médico:**

1. Monitoreo.
2. Soporte de O2.
3. Intubación endotraqueal.
4. S/S corte analítico + AGA.
5. TEM tórax S/C.
6. Resto con resultados.

Relato de la situación, indicaciones médicas, exámenes auxiliares, ver en ANEXOS (Anexo 1)

**Valoración del 1er día (23 de febrero 2024)**

**Lugar de valoración:** UST, servicio de emergencia, hora: 8:00 a.m.

**Datos subjetivos:** no evaluable, puesto que la paciente no se expresa verbalmente por tener un tubo orotraqueal.

**Datos objetivos:** paciente adulta de sexo femenino que responde a estímulos; Glasgow 10+TOT, pupilas Der.2mm/r - Izq.3mm/ r, TOT #7 fijado a 21 cm, de comisura labial en el lado derecho; presencia de secreciones con rasgos hemáticos, apoyado con sistema Venturi a 50 % FIO, 15 lt. O2, sonda nasogástrica (SNG) en el lado derecho, clampada. Normocéfalo, cuello normal, tórax sin lesiones, abdomen blando depresible. Miembros superiores (MMSS) con 3 catéteres venosos periféricos (CVP), miembros inferiores (MMII) normales, sonda vesical permeable. LPP II° grado (lesión por presión) de 2x3 cm en zona sacra, que proviene de casa.

A las 12:00 a.m. trasladaron a la paciente hacia el ambiente de Tópico de Medicina.

Escala de Norton: 15 - riesgo mínimo (ver Anexo 3). Riesgo

de caída: Escala de Downton: 0 (ver Anexo 4). Riesgo de

aspiración (alto).

### **Valoración del 2do día (24 de febrero 2024)**

**Lugar de valoración:** Tópico de Medicina a través del servicio de emergencia. Hora: 8:00 a.m.

**Datos subjetivos:** no evaluable.

**Datos objetivos:** paciente adulta de sexo femenino con escala de Glasgow 10+TOT (O:4; V:0, M: 6), pupilas anisocóricas Der.2mm/r - Izq.3mm/r., con TOT #7 fijado a 21 cm, presencia de secreciones con rasgos hemáticos, con apoyo de O2 por sistema Venturi a 50 % FIO, 15 lt. O2, Sat.O2 98 %, con SNG para alimentación. Abdomen blando, piel y mucosas hidratadas, portadora de sonda Foley permeable. MMSS con 3 catéteres venosos. Permeables. MMII normales, con LPP II° grado de 2x3 cm. en zona sacra, que proviene de casa.

Escala de Norton: 15 - riesgo mínimo (ver Anexo 3). Riesgo de caída: Escala Downton: 0 (ver Anexo 4).

Riesgo de aspiración (alto).

Evento no esperado:

A las 4:40 p.m. se aspiraron secreciones.

4:44 p.m. la paciente entró en paro cardíaco. Se realizó masaje cardíaco, administración de inotrópicos, cardioversión eléctrica y apoyo ventilatorio con ambú.

4:50 p.m. salió del paro cardíaco.

5:00 p.m., se cambió el tubo endotraqueal. Se observó un tapón de moco denso en la porción distal.

5:10 p.m. la paciente ingresó a la UST con apoyo de ambú FIO 100 %, SO2 100%, con Escala de Glasgow (O:2; V: 0, M: 0) pupilas anisocóricas D.2 mm/r - I.3 mm/ r.

P.A:76/43 mmHg. PAM:54 FC 171x' F.R.23x' T° 36.9°C, piel tibia, diaforética, mucosa hidratada, tórax simétrico, abdomen blando, CVS permeables, portadora de sonda Foley permeable. LPP de II° grado en glúteo I de aprox. 2 x 3 cm.

La paciente fue trasladada para tomografía cerebral (TEM). Al retornar, se conectó a la ventilación mecánica.

Colocación de CVC de tres líneas sobre la subclavia izquierda.

Riesgo de LPP: Escala de Norton: 12 - riesgo moderado (ver Anexo 3). Riesgo

de caída: Escala de Downton: 3 (alto) (ver Anexo 5).

Riesgo de aspiración (alto).

### **Valoración del 3er día (25 de febrero 2024)**

**Lugar de valoración:** UCI medicina - hora: 9:00 a.m.

**Datos subjetivos:** no evaluable

**Datos objetivos:** paciente adulta con E.G: (O: 2; V:0, M: 4) pupilas anisocóricas D.2mm/r - I.3mm/no r., TOT #7.5 fijado a 22 cm, con sistema cerrado para aspiración, presencia de secreciones blanquecinas, conectada a ventilación mecánica, Sat.O2 98 % PA: 130/850 mmHg F.C:130x', F.R: 16x', T°:36.6 °C., catéter venoso central de tres líneas en lado izquierdo permeables, con infusiones continuas. SNG con alimentación continua, sonda Foley a gravedad, tórax simétrico, abdomen globuloso, blando, depresible. Miembros superiores con sujeción mecánica, miembros inferiores normales. En zona glútea izquierda presencia de LPP II grado.

Riesgo de LPP: Escala de Norton: 12 (ver Anexo 3)

Riesgo de caída - Escala de Downton: 3 (alto) (ver Anexo 4) Riesgo de aspiración (alto).

## ● **Patrones funcionales de salud**

Valoración por Patrones funcionales de salud según Marjory Gordon

### **Patrón 1: Percepción - manejo de la salud**

Paciente adulta femenina de 46 años ingresa con diagnóstico médico de IRA secundaria a estenosis traqueal evaluada en la UST, es conocedora de su diagnóstico actual y que es una consecuencia esperada de una hospitalización anterior donde estuvo intubada; además, es consciente de que deben colocarle un tubo de traqueostomía; tiene alergia a dexametasona; además de diagnóstico de hipotiroidismo de hace 10 años y de hipertensión arterial hace 2 años ambos con tratamiento de Levotiroxina 50 mg cada 24 horas y de Losartán 50 mg cada 12 horas respectivamente; cuenta con 3 dosis de vacuna contra COVID-19, no tiene hábitos nocivos ni tóxicos; presenta buen estado de higiene para lo que depende del apoyo del personal técnico de enfermería al igual que para la vestimenta.

### **Patrón 2: Nutricional – metabólico**

Se observa la cavidad oral con presencia de tubo oro-traqueal, que permite la evaluación parcial de la misma evidenciando piezas dentarias visibles en buen estado y mucosa oral húmeda; piel y mucosas semihidratadas y pálidas; presencia de SNG fijada en la fosa nasal del lado derecho, con indicación de fórmula enteral a 1200 c.c. en 4 tomas: se palpó abdomen globuloso, blando, depresible, no doloroso; en la zona sacra del lado izquierdo presentó lesión por presión (LPP) de 2x3 cm aproximadamente de II grado que afecta dermis y epidermis, proveniente así de casa, la paciente estuvo hospitalizada en otra institución por 3 semanas en UCI, intubada, en el alta, familiar observó LPP; a su vez porta catéter venoso central (CVC) ubicado en el área subclavia izquierda, de tres líneas permeables y de tres vías periféricas instaladas para infusión de medicamentos; se registró al ingreso un peso aproximado de 75 kg, y de talla 1.60 mt. (aprox.) lo que

nos reporta un Índice de Masa Corporal (IMC) de 29.3 que corresponde a sobrepeso, refirió que bajó de peso un poco pero no sabía cuanto; se evaluaron las Escalas de Maddox para signos de flebitis con una puntuación de 0 (cero) (ver Anexo 2); Escala de Norton para riesgo de úlceras por presión con una puntuación 15: riesgo mínimo los días 1 y 2 de valoración (tópico de medicina) y de puntuación 10: riesgo alto, el día 3 de valoración (UCI) (ver anexo 3).

### **Patrón 3: Eliminación**

Presencia de sonda vesical a gravedad donde se observó orina colúrica (150 ml) en 4 horas); respecto a la eliminación intestinal no se reportaron deposiciones desde el ingreso, 3 días (al primer día de la valoración - 3er día de ingreso), la paciente usaba pañal; respecto a la eliminación cutánea, hubo sudoración profusa por momentos, la temperatura fue de 36.7°C grados centígrados (axilar).

### **Patrón 4: Actividad – ejercicio**

La evaluación del tórax no presentó lesiones; presencia de electrodos conectados a monitor cardíaco; en el estado cardiovascular se valoró frecuencia cardíaca (F.C.): 124 latidos por minuto, presión arterial (P.A.): 156/97 mmHg; presencia de tubo orotraqueal (TOT) fijado a 21 cm de la comisura labial, con apoyo de sistema Venturi al 50% con oxígeno (O<sub>2</sub>) a 15 litros por minuto (x'), roncales y secreción mucosa con rasgos hemáticos; las funciones vitales se alteraban al agitarse, toser y formar secreciones, y durante la aspiración; la frecuencia respiratoria (F.R.): 16 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno (Sat O<sub>2</sub>): 99%; no se movilizaba se mantenía en posición semi-fowler, por la presencia de TOT y por estar conectada a los monitores de control; la paciente mantuvo la funcionalidad de las extremidades conservadas; dentro de sus actividades cotidianas antes de la primera hospitalización cuidaba de su hija de 14 años y de su papá de 100 años, posterior a la hospitalización, cuidan de ella su hermana y su

cuñada; respecto a su estilo de vida era sedentario, no realizaba ejercicios; dentro de sus actividades de ocio y recreativas, era ama de casa y mantenía un círculo de amistades para salidas ocasionales; se evaluó la escala de Downton por riesgo de caídas, puntuación: 0 (cero) día 1 y 2 de valoración y puntuación: 3 en el día 3 de valoración (UCI) (ver Anexo 4).

#### **Patrón 5: Sueño – descanso**

La paciente no usaba fármacos para dormir, pero se observó tendencia al sueño durante los días de valoración, el familiar refirió que no tenía problemas para conciliar el sueño en casa.

#### **Patrón 6: Cognitivo – perceptual**

La paciente se encontraba lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, se evaluó neurológicamente con escala de Glasgow con una puntuación: 10+TOT (O:4; V:0, M:6) para los días 1 y 2 de valoración y puntuación: 6+TOT (O:2; V:0, M:4) para el día 3 de evaluación (UCI) (paciente bajo sedo analgesia conectada a respirador mecánico), importante mencionar que en la valoración de las pupilas se observó anisocoria: Der:2mm/r - Izq:3 mm/r, así mismo la paciente indicó que tenía problemas de visión del lado izquierdo desde años atrás; la valoración se realizó con la paciente intubada, no podía comunicarse verbalmente, se comunicaba gestualmente y con señas, obedecía indicaciones, entendía lo que se le explicaba; refirió dolor a nivel de la zona sacra el cual se valoró con la escala de EVA puntuación 2/10: poco dolor (ver Anexo 6); además en el día 3 de valoración se registró la evaluación de la escala RAAS (sedación agitación) (UCI) con las siguientes puntuaciones: -3 (8-9 a.m.), -4 (12 m), -2 (2 p.m.), esta valoración la realizó la licenciada de enfermería especialista en cuidados críticos, quien estuvo a cargo de la paciente.

### **Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto**

La paciente buscaba comunicarse mediante gestos y señales; así mismo comunicaba que se sentía mal por no poder expresarse verbalmente; hacía entender que le preocupaba su estado de salud, a la espera que la programen para la colocación del tubo de traqueostomía, y a su vez también los cuidados del tubo en casa.

### **Patrón 8: Rol – relaciones**

La paciente refirió estar separada de su pareja y que cumplía con el rol de madre de su hija de 14 años, también cuidadora principal de su padre de 100 años y que tras la anterior hospitalización su hermana y cuñada cuidaban de ella, su hija y su padre; respecto a su familia le preocupaba la estancia en el hospital y no permitió que su hija la visite.

### **Patrón 9: Sexualidad - protección**

La paciente estaba separada del papá de su hija, y no tenía pareja; su último periodo menstrual fue a los 42 años, se encontraba en la etapa de menopausia.

### **Patrón 10: Adaptación - tolerancia**

La paciente no estaba adaptada al tubo orotraqueal; respecto a la comunicación, expresaba mediante gestos que le producían fastidio y estrés el no poder verbalizar, ni hacerlo por escrito; respecto a su estancia en el hospital y con gestos manifestaba que quería irse por su hija y su papá; la mayor parte del tiempo se prestaba colaboradora con la atención del personal de salud.

### **Patrón 11: Valores – creencias**

La paciente profesaba la religión católica, durante la entrevista se le preguntó si se sentiría mejor respecto a su religión gestionar la visita del capellán del hospital señaló que sí, así también la hermana como fuente externa de información expresó que: “la oración es parte importante en nuestras vidas”.

● **Selección de datos relevantes**

Tabla 1. Datos relevantes

1. Percepción y manejo de la enfermedad	Paciente que conoce su diagnóstico. Intubada en hospitalización previa en otra institución. Diagnóstico de Insuficiencia respiratoria, por estenosis de tráquea. 3 dosis de vacunas para COVID. Alergia a dexametasona. Dx de hipotiroidismo hace 10 años, adherente al tratamiento con Levotiroxina. Dx de hipertensión arterial hace 2 años, adherente al tratamiento con Losartán.
2. Nutricional / metabólico	IMC: 29.3 (sobrepeso). Alimentación por SNG con fórmula enteral. C.V.C. en subclavia izq. de tres líneas, permeable. C.V.P. en miembros superiores e inferiores permeables. Lesión por presión de 2 x 3 cm en glúteo izquierdo de grado II. Escala de Norton: 15 - riesgo mínimo - día 1 y 2 de valoración. Escala de Norton: 10 - riesgo alto - día 3 de valoración.
3. Eliminación	Sonda vesical permeable. Deposiciones: 0 en tres días. Uso de pañal. Sudoración profusa por momentos.
4. Actividad / ejercicio	Presencia de TOT fijado a 21 cm de comisura labial con apoyo de sistema Venturi al 50 % con O2 a 15 lt.x'. Ruidos respiratorios: roncales en ambos campos pulmonares. Tos con expectoración; secreción mucosa con rasgos hemáticos en tubo endotraqueal. Actividad restringida por TOT, se mantiene en semi-Fowler.
5. Sueño / descanso	Tendencia al sueño en horas del día.
6. Cognitivo / perceptual	Glasgow 10+TOT (O: 4, V: 0, M: 6) día 1 y 2 de valoración. Glasgow 6+TOT (O: 2; V: 0; M: 4) día 3 de valoración (UCI). Pupilas anisocóricas: Der:2mm/r - Izq:3 mm/r. Paciente intubada, no se comunica verbalmente, lúcida, comprende lo que se le habla y explica - día 1 y 2 de valoración. Paciente sedada conectada a ventilador mecánico (día 3). Dolor en zona sacra - EVA (2/10). Escala RASS (sedación agitación): -3 (8-9 a.m.), -4 (12 m), -2 (2 p.m.) día 3 de valoración (UCI).

7. Autopercepción autoconcepto /	La paciente se comunica gestualmente, señas y expresiones. Preocupada por su salud y cuidados en casa después de la traqueostomía que deben realizarle.
8. Rol / relaciones	Paciente cumple rol de madre de una adolescente de 14 años y de cuidadora principal de padre de 100 años. Recibe apoyo de su hermana, quien se ha convertido en su cuidadora principal. Respecto a su familia, le preocupa la estancia en el hospital.
9. Sexualidad / protección	No tiene pareja en la actualidad.
10. Adaptación tolerancia /	No fue fácil la adaptación al tubo endotraqueal. Se hizo la pregunta respecto a su estancia en el hospital, y mediante gestos manifestaba que quería irse para cuidar de su papá y de su hija. Colaboradora con las indicaciones, y la atención del personal de salud.
11. Valores / creencias	Profesa en la religión católica. Se preguntó si deseaba la visita del capellán del hospital a lo que asentó que sí.

### 3. Diagnóstico Enfermero

- **Análisis de los datos**

Tabla 2. Análisis de datos

<b>Patrón</b>	<b>Datos</b>	<b>Diagnóstico</b>
1. Percepción y manejo de la enfermedad	Paciente intubada en hospitalización previa en otra institución.	(00043) Protección ineficaz
	Paciente con diagnóstico de insuficiencia respiratoria, por estenosis de tráquea.	(00033) Deterioro de la ventilación espontánea
	Paciente presenta alergia a Dexametasona.	(00043) Protección ineficaz
	Paciente con diagnóstico de hipertensión arterial hace 2 años, adherente al tratamiento con Losartán	(00043) Protección ineficaz
2. Nutricional / metabólico	Paciente con IMC: 29.3 que corresponde a sobrepeso	(00233) Sobrepeso
	Paciente con alimentación por SNG con indicación de fórmula enteral.	(00039) Riesgo de aspiración
	Paciente presenta C.V.C. en subclavia izq. de tres líneas, permeable para medicación.	(00213) Riesgo de traumatismo vascular.
	Paciente con C.V.P. en miembros superiores e inferiores, permeables, para hidratación y medicación.	(00004) Riesgo de infección
	Paciente presenta lesión por presión de 2 x 3 cm en glúteo izquierdo de grado II (afectando dermis y epidermis)	(00046) Deterioro de la integridad cutánea (00132) Dolor agudo
	Se evalúa a la paciente con: Escala de Norton: 15 - riesgo mínimo - día 1 y 2 de evaluación. Escala de Norton: 10 - riesgo alto - día 3 de evaluación.	(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

3.Eliminación	Paciente con sonda vesical permeable.	(00004) Riesgo de infección
4.Actividad/ ejercicio	Paciente con presencia de TOT fijado a 21 cm de comisura labial con apoyo de sistema Venturi al 50% con O2 a 15 lt.x´.	(00033) Deterioro de la ventilación espontánea
	Se ausculta en la paciente ruidos respiratorios: roncales en ambos campos pulmonares; y se evidencia tos con expectoración; secreción mucosa con rasgos hemáticos en tubo endotraqueal.	(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas
	Control de presión arterial (P:A:) en la paciente: 156/97 mmHg	(00043) Protección ineficaz
	Paciente tiene la actividad restringida por TOT, se mantiene en semi-Fowler.	(00168) Riesgo de trombosis
5.Sueño / descanso	Se observa en la paciente tendencia al sueño en horas del día.	(00198) Patrón del sueño alterado
6.Cognitivo /perceptual	Paciente evaluada con escala de Glasgow 10+TOT (O: 4, V: 0, M: 6) día 1 y 2 de evaluación.	(00039) Riesgo de aspiración
	Glasgow 6+TOT (O:2; V: 0; M: 4) día 3 de evaluación.	(00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral
	Paciente se encuentra intubada, no se comunica verbalmente, se encuentra lúcida, entiende lo que se le habla y explica (día 1 y 2).	(00051) Deterioro de la comunicación verbal
	Paciente con sedoanalgesia conectada a ventilador mecánico (UCI)(día 3)	(00201) Riesgo de perfusión cerebral ineficaz. (00202) Riesgo de shock
	Paciente refiere dolor en zona sacra, se evalúa escala de EVA (2/10)	(00312) Dolor agudo
	Paciente es evaluada en UCI con Escala RASS (sedación agitación): - 3 (8-9 a.m.), -4 (12 m), -2 (2 p.m.)	(00201) Riesgo de perfusión cerebral ineficaz

7. Autopercepción / autoconcepto	Paciente se comunica con gestos, señas y expresiones.	(00051) Deterioro de la comunicación verbal
	Paciente preocupada por su salud y cuidados en casa después de la traqueostomía que deben realizarle.	(00158) Disposición para mejorar el afrontamiento
	Paciente manifiesta con gestos y señas que desea regresar a casa a cuidar de su padre e hija	(00074) Afrontamiento familiar comprometido
10. Adaptación / tolerancia	Paciente no se adapta al uso del tubo endotraqueal.	(00069) Afrontamiento ineficaz
11. Valores / creencias	Profesa en la religión católica. Se le preguntó si deseaba la visita del capellán del hospital a lo que asentó que sí.	(00158) Disposición para mejorar el afrontamiento

● **Enunciado del diagnóstico según prioridad (taxonomía NANDA)**

Tabla 3. Diagnósticos encontrados en la paciente

N°	Código	Diagnóstico
1	00031	Limpieza ineficaz de las vías respiratorias aéreas R/C, exudado alveolar M/P ruidos respiratorios agregados, roncales, tos productiva y expectoración de secreciones con rasgo hemáticos.
2	00030	Deterioro del intercambio gaseoso R/C alteración de la ventilación / perfusión M/P disminución de la saturación de oxígeno, cianosis, taponamiento de tubo endotraqueal con secreción de moco denso y sudoración excesiva.
3	00312	Deterioro de la integridad cutánea R/C, disminución de la movilidad física, M/P lesión por presión en glúteo izquierdo de grado II, superficie alterada de la piel, excoriación, área de necrosis, dolor agudo de ese nivel y uso de pañal.
4	00051	Deterioro de la comunicación verbal R/C, intubación traqueal M/P, incapacidad para hablar por presencia de tubo endotraqueal, comunicación alternativa y dificultad para usar expresiones faciales por la presencia del tubo.
5	00132	Dolor agudo R/C, agente lesivo biológico (LPP), M/P fascie de dolor, postura para aliviar el dolor y escala de EVA 2/10.
6	00033	Deterioro de la ventilación espontánea R/C, obstrucción de las vías aéreas M/P presencia de tubo oro-traqueal, conexión al ventilador mecánico y uso de sedoanalgesia.
7	00039	Riesgo de aspiración R/C y presencia de TOT y SNG.
8	00158	Disposición para mejorar el afrontamiento E/P, expresa deseos de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones y el uso de recursos espirituales.
9	00060	Interrupción de los procesos familiares R/C, rol familiar alterado M/P, cambios de poder entre los miembros de la familia, cambios en las rutinas y búsqueda de familiar responsable del cuidado en casa para el hospitalizado.

## Diagnósticos priorizados

Tabla 4. Diagnósticos priorizados

Nº	Código	Diagnóstico
1	00031	Limpieza ineficaz de las vías respiratorias aéreas R/C exudado alveolar M/P ruidos respiratorios agregados, roncales, tos productiva y expectoración de secreciones con rasgos hemáticos.
2	00312	Deterioro de la integridad cutánea R/C disminución de la movilidad física M/P lesión por presión en glúteo izquierdo de grado II, superficie alterada de la piel, excoriación, área de necrosis, dolor agudo de ese nivel y uso de pañal.
3	00051	Deterioro de la comunicación verbal R/C intubación traqueal M/P incapacidad para hablar, por presencia de tubo endotraqueal, comunicación alternativa y dificultad para usar expresiones faciales por la presencia del tubo.
4	00060	Interrupción de los procesos familiares R/C rol familiar alterado M/P cambios de poder entre los miembros de la familia, cambios en las rutinas y familiar responsable del cuidado en casa para el hospitalizado.
5	00158	Disposición para mejorar el afrontamiento E/P expresa deseos de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones y uso de recursos espirituales.

### 4. Planificación del cuidado (NANDA, NOC, NIC)

- Resultados esperados
- Intervención de enfermería
- Actividad en concordancia con las características socioculturales de la persona.

Tabla 5. Diagnóstico de enfermería

Diagnóstico de enfermería	Resultados Esperados (NOC)	Indicadores de evaluación (NOC)	Intervenciones de Enfermería y actividades (**)	Observaciones /Fundamentos										
<p><b>Dominio 11:</b> Seguridad y protección</p> <p><b>Clase 2:</b> lesión física, lesión o daño corporal.</p> <p><b>Código:(00031):</b> Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para</p>	<p><b>Nivel 1</b></p> <p><b>Dominio II:</b> salud fisiológica: resultados que describen el funcionamiento orgánico.</p> <p><b>Nivel 2</b></p> <p><b>Clase E: Cardiopulmonar:</b> resultados que describen el estado cardíaco pulmonar, circulatorio o de perfusión de una persona.</p> <p><b>Nivel 3</b></p> <p><b>Resultados:</b> (0415) Estado respiratorio:</p>	<table border="1" data-bbox="712 419 1440 691"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Desviación grave del rango normal</td> <td>Desviación sustancial del rango normal</td> <td>Desviación moderada del rango normal</td> <td>Desviación leve del rango normal</td> <td>Sin desviación del rango normal</td> </tr> </tbody> </table> <p>(041020) Acúmulo de esputos Puntuación Diana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Puntuación inicial: (2)</li> <li>● Puntuación final: (4)</li> </ul> <p>(041007) Ruidos respiratorios patológicos Puntuación Diana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Puntuación inicial: (2)</li> <li>● Puntuación final: (4)</li> </ul> <p>(041012) Capacidad de eliminar secreciones Puntuación Diana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Puntuación inicial: (2)</li> <li>● Puntuación final: (4)</li> </ul>	1	2	3	4	5	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal	<p><b>Nivel 1</b></p> <p><b>Dominio 2: Fisiológico complejo:</b> cuidados que apoyan la regulación homeostática.</p> <p><b>Clase K. Control respiratorio.</b> Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.</p> <p><b>(3160) Aspiración de las vías aéreas:</b> extracción de secreciones de las vías aéreas, mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía aérea oral,</p>	<p>En la valoración física se evidenció que la paciente tenía colocado un tubo endotraqueal. Al toser se observaba expectoración de secreciones con rasgos de sangre.</p> <p>El objetivo principal consiste en mantener las vías respiratorias abiertas para</p>
1	2	3	4	5										
Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal										

<p>mantener las vías aéreas permeables.</p> <p><b>Dx.</b> Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C exudado alveolar M/P ruidos respiratorios agregados, roncales, tos productiva, expectoración de secreciones con rasgos hemáticos.</p>	<p>Movimiento de aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.</p> <p><b>(0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso:</b> Intercambio alveolar de CO<sub>2</sub> y O<sub>2</sub> para mantener las concentraciones de gases arteriales.</p> <p><b>(0410) Permeabilidad de las vías aéreas:</b> Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de</p>		<p>nasofaríngea o traqueal del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar el lavado de manos.</li> <li>● Usar precauciones universales.</li> <li>● Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas, mascarilla)</li> <li>● Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.</li> <li>● Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</li> <li>● Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.</li> <li>● Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión.</li> <li>● Utilizar equipo desechable estéril para cada</li> </ul>	<p>prevenir la dificultad de respirar, la hipoxia, la hipercapnea, causadas por las secreciones y evitar su acúmulo. Al respecto, la aspiración no debe realizarse de forma planificada, sino solo cuando se sospecha fuertemente de recolección (22). Durante la aspiración, controle la aparición de signos de hipoxia, broncoespas</p>
--	--	--	---	---

	<p>aire. Enunciados de resultados: La paciente mejorará la limpieza de las vías aéreas, evidenciado por disminución de la tos productiva, reducción de la expectoración mucosa con rasgos hemáticos y sonidos respiratorios claros en ambos campos pulmonares. En consecuencia, esta evaluación se realizará al terminar el turno cada día.</p>		<p>procedimiento de aspiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorizar la presencia de dolor.</li> <li>● Monitorizar el estado de oxigenación (niveles de saturación de oxígeno), el estado neurológico (nivel de conciencia), así como el estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco), inmediatamente antes, durante y después de la succión.</li> <li>● Basar la duración de cada pasada de aspiración en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.</li> <li>● Controlar y observar el color, cantidad y</li> </ul>	<p>mo, hemorragia, arritmia, dificultad del ingreso de la sonda (tapón mucoso) reflejo vasovagal (23). La aspiración puede estimular el nervio vago lo que puede provocar alteraciones en el sistema cardiovascular, especialmente en la frecuencia cardíaca, lo que puede provocar bradicardia (24).</p>
--	---	--	---	---

			<p>consistencia de las secreciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Enseñar al paciente y/o familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado.</li> </ul> <p><b>(3230) Fisioterapia torácica:</b> Ayudar al paciente a expulsar las secreciones de las vías respiratorias mediante percusión, vibración y drenaje postural.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Explicar al paciente la finalidad de los procedimientos usados durante la fisioterapia.</li> <li>● Realizar la fisioterapia respiratorio al menos 2 horas después de comer.</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>● Colocar todos los equipos necesarios cerca.</li><li>● Colocar todos los equipos necesarios cerca.</li><li>● Monitorizar la cantidad y características de las secreciones.</li><li>● Instruir al paciente para que expectore las secreciones liberadas mediante respiraciones profundas.</li><li>● Monitorizar la tolerancia del paciente durante y después del procedimiento.</li></ul>	
--	--	--	---	--

Tabla 6. Diagnóstico de enfermería

Diagnóstico de Enfermería	Resultados Esperados (NOC)	Indicadores de evaluación (NOC)	Intervenciones de Enfermería y actividades (**)	Observaciones/ Fundamentos										
<p><b>Dominio 11:</b> Seguridad / protección</p> <p><b>Clase 2:</b> Lesión física: lesión o daño corporal.</p> <p><b>Código:</b>(00046): Deterioro de la integridad cutánea. Alteración de la epidermis y/o dermis.</p> <p><b>Dx.</b></p>	<p><b>Nivel 1</b></p> <p><b>Dominio II:</b> Salud fisiológica</p> <p><b>Nivel 2</b></p> <p><b>Clase L.</b></p> <p><b>Integridad tisular:</b> Resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una persona</p> <p><b>Nivel 3</b></p> <p><b>Resultados: (1101)</b></p> <p><b>Integridad tisular:</b> piel y membranas mucosas.</p> <p>La paciente</p>	<table border="1" data-bbox="707 419 1435 651"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grave mente comprometido.</td> <td>Sustancialmente comprometido.</td> <td>Moderadamente comprometido.</td> <td>Levemente comprometido.</td> <td>No comprometido.</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>(110108) Textura</b> <b>Puntuación Diana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación inicial: (2)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul> <p><b>(110113) Integridad de la piel</b> <b>Puntuación Diana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación inicial: (2)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul> <p><b>(110115) Lesiones cutáneas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación inicial: (2)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul> <p><b>(110123) Necrosis</b> <b>Puntuación Diana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación Inicial: (2)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul>	1	2	3	4	5	Grave mente comprometido.	Sustancialmente comprometido.	Moderadamente comprometido.	Levemente comprometido.	No comprometido.	<p><b>Nivel 1</b></p> <p><b>Dominio 2:</b></p> <p><b>Fisiológico complejo:</b> Cuidados que apoyan la regulación homeostática.</p> <p><b>Clase L. Control de la piel/heridas.</b> Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.</p> <p><b>(3590) Cuidados de las úlceras por presión:</b> facilitar la curación de úlceras por presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño</li> </ul>	<p>En la valoración física se evidenció que la paciente tenía una lesión por presión de II grado en el glúteo izquierdo de aprox. 2x3 cm, con un área focal de necrosis, además refería dolor a ese nivel.</p> <p>Los pacientes con movilidad limitada tienen un mayor riesgo de sufrir úlceras por presión (25).</p>
1	2	3	4	5										
Grave mente comprometido.	Sustancialmente comprometido.	Moderadamente comprometido.	Levemente comprometido.	No comprometido.										

<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C disminución de la movilidad física M/P lesión por presión en glúteo izquierdo de grado II, superficie alterada de la piel, excoriación, área de necrosis, dolor agudo de ese nivel y uso de pañal.</p>	<p>presentará mejora parcial en la lesión por presión y la integridad cutánea. En consecuencia, no desarrollará zonas de presión, ni alteraciones en la piel, así como en las áreas de prominencias óseas, en el plazo de tres días.</p>		<p>(longitud x anchura x profundidad), estadio (I-IV), posición, granulación o tejido necrótico y epitelización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.</li> <li>● Limpiar la piel alrededor de la lesión con agua y jabón suave.</li> <li>● Observar si hay signos y síntomas de infección de la herida.</li> <li>● Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.</li> <li>● Educar a la paciente de la necesidad de</li> </ul>	<p>Por ello, el cambio de posición cada dos horas (26). El uso de pañales puede suponer un riesgo de LPP. Igualmente, la humedad combinada con el calor corporal puede provocar la maceración de los tejidos. Por lo tanto, la higiene es muy importante si no se cambian los pañales en un tiempo razonable (25), dado que la orina y/o las heces también pueden contribuir a la formación de lesiones debido a sus</p>
--	--	--	--	--

			<p>movimiento en la cama.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cambiar el pañal con frecuencia por lo menos 3 veces al día con aseo perineal.</li> </ul>	<p>ingredientes tóxicos e irritantes en la piel (26,27). Cabe mencionar que el Hospital Nacional Cayetano Heredia cuenta con un Comité de Lesiones por Presión, conformado por Licenciadas de Enfermería y Técnicas de enfermería que se encargan de la curación y evolución de dichas lesiones. Son reportados mediante interconsultas dirigidas al</p>
--	--	--	--	--

				comité y manejan su cronograma de visitas para las curaciones de cada paciente.
--	--	--	--	---

Tabla 7. Diagnóstico de enfermería

Diagnóstico de Enfermería	Resultados Esperados (NOC)	Indicadores de evaluación (NOC)					Intervenciones de Enfermería actividades (**)	Observaciones /Fundamentos
		1	2	3	4	5		
<p><b>Dominio 5:</b> Percepción / Cognición</p> <p><b>Clase 5:</b> <b>Comunicación:</b> enviar y recibir información verbal y no verbal</p> <p><b>Código (00051):</b> <b>Deterioro de la comunicación verbal:</b> disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir</p>	<p><b>Nivel 1</b> <b>Dominio II:</b> Salud fisiológica</p> <p><b>Nivel 2</b> <b>Clase J:</b> <b>Neurocognitiva</b> Resultados que describen el estado neurológico y cognitivo de una persona.</p> <p><b>Nivel 3</b> <b>Resultados: (0903)</b> <b>Comunicación expresiva:</b> expresión de mensajes verbales y/o no verbales con sentido La paciente</p>	Gravemente comprometido.	Sustancialmente comprometido.	Moderadamente comprometido.	Levemente comprometido.	No comprometido.	<p><b>Nivel 1</b> <b>Dominio 3:</b> <b>Conductual:</b> cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida. <b>Clase Q:</b> <b>Potenciación de la comunicación.</b> Intervenciones para facilitar la expresión y la recepción de mensajes verbales y no verbales.</p> <p><b>(4976) Mejorar la comunicación: déficit de habla:</b> Empleo de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con</p>	<p>En la valoración física, se observó que la paciente tenía colocado un tubo orotraqueal. Esto no permitía la comunicación verbal.</p> <p>La comunicación es un factor imprescindible en la comunicación enfermera-paciente y está limitada en pacientes intubados conscientes,</p>
		<p><b>(090307) Utiliza lenguaje no verbal.</b> <b>Puntuación Diana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación Inicial: (2)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul> <p><b>(090308) Dirige los mensajes para corregir al receptor</b> <b>Puntuación Diana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación Inicial: (3)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul>						

<p>y/o usar un sistema de símbolos.</p> <p><b>Dx. (00051)</b> Deterioro de la comunicación verbal R/C intubación traqueal M/P incapacidad para hablar por presencia de tubo endotraqueal, comunicación alternativa, dificultad para usar expresiones faciales por la presencia del tubo.</p>	<p>mejorará la capacidad de comunicación, evidenciado por el uso efectivo de gestos, señas y dispositivos de comunicación alternativos para expresar sus necesidades básicas y sentimientos en un plazo de tres días.</p>		<p>dificultades para el habla.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorizar a la paciente para detectar la aparición de frustración, ira, depresión, u otras respuestas a la alteración de las capacidades del habla.</li> <li>● Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación.</li> <li>● Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (parpadeo, señas con la mano, gestos).</li> <li>● Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (ej. situarse frente a él para hablar, presentar</li> </ul>	<p>porque no permite mantener una comunicación oral eficaz con el entorno que les rodea. En esa medida, el personal utiliza en su mayoría la comunicación no verbal para tratar y comprender a los pacientes (28). Por lo general, la forma más empleada se da mediante gestos. Generalmente, los pacientes intubados intentan comunicarse (29), a través del lenguaje no verbal, mediante gestos</p>
--	---	--	---	---

			<p>una idea o pensamiento cada vez, hablar despacio evitando gritar).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enunciar las preguntas para que el paciente para que el paciente pueda responder con un simple sí o no.</li> </ul>	<p>como asentir con la cabeza, expresiones faciales o miradas (30). Los pacientes y sus familiares demandan uso de los sistemas de comunicación aumentativa y alternativa por enfermería. Se trata de una medicina “más humanizada” en la que el profesional establezca una relación basada en la sensibilidad, la escucha activa, la comprensión y la solidaridad. En efecto, son factores que proporcionan una visión</p>
--	--	--	---	---

				<p>completa del paciente y sus familiares. Como parte de una comunicación efectiva, los pacientes y sus familias requieren el uso de sistemas de comunicación alternativos en enfermería; por ello, se busca una medicina “más humana”, donde el especialista crea una relación basada en la sensibilidad, la escucha activa, la comprensión y la solidaridad. Son factores que dan una imagen completa del paciente y su familia (31).</p>
--	--	--	--	---

Tabla 8. Diagnóstico de enfermería

Diagnóstico de Enfermería	Resultados Esperados (NOC)	Indicadores de evaluación (NOC)					Intervenciones de Enfermería y actividades (**)	Observaciones/ Fundamentos
		1	2	3	4	5		
<p><b>Dominio 7:</b> Rol/Relaciones</p> <p><b>Clase 2: Relaciones familiares:</b> asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por propia elección.</p> <p><b>Código:(00060):</b> Interrupción de los procesos familiares: ruptura de la continuidad del</p>	<p><b>Nivel 1</b></p> <p><b>Dominio VI:</b> Salud familiar: resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto o de una persona como miembro de la familia.</p> <p><b>Nivel 2</b></p> <p><b>Clase W: Desempeño del cuidador familiar.</b> Resultados que describen la adaptación y desempeño de un miembro de</p>	Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado	<p><b>Nivel 1</b></p> <p><b>Dominio 5: Familia:</b> Cuidados que apoyan la unidad familiar.</p> <p><b>Clase X: Cuidados durante la vida</b></p> <p>Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida.</p> <p><b>(7040) Apoyo al cuidador principal:</b> Ofrecer la información, consejos y apoyo necesario para facilitar que el</p>	<p>En la valoración física se evidenció que la paciente era la cuidadora principal de un adulto mayor de 100 años y de su hija adolescente. Pasa de ser cuidadora principal para recibir cuidado como paciente.</p> <p>Los procesos de enfermedad de uno de los integrantes de una familia ocasionan cambios en las rutinas. Durante la enfermedad se</p>
		<p><b>(220202) Participación de las decisiones de atención domiciliaria</b></p> <p><b>Puntuación Diana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación inicial: (3)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul> <p><b>(220207) Conocimientos de los procedimientos recomendados</b></p> <p><b>Puntuación Diana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación inicial: (1)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul> <p><b>(220215) Confianza en la capacidad de controlar la atención domiciliaria</b></p> <p><b>Puntuación Diana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación inicial: (2)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul>						

<p>funcionamiento familiar que fracasa en propiciar el bienestar de sus miembros.</p> <p><b>Dx.</b> Interrupción de los procesos familiares R/C rol familiar alterado M/P cambios de poder entre los miembros de la familia, cambios en la rutina, familiar responsable del cuidado en casa hospitalizado, estrés y ansiedad por la situación</p>	<p>la familia que cuida a un niño o adulto dependiente.</p> <p><b>Nivel 3</b></p> <p><b>Resultados: (2203)</b></p> <p><b>Alteración del estilo de vida del cuidador principal:</b> Gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador (2202)</p> <p><b>Preparación del cuidador familiar domiciliario:</b> Preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de la asistencia</p>		<p>cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Determinar el nivel de conocimiento del familiar.</li> <li>● Determinar la aceptación del cuidador de su papel.</li> <li>● Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.</li> <li>● Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de este.</li> <li>● Enseñar técnica de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.</li> <li>● Identificar fuentes de cuidado por relevo.</li> </ul>	<p>presentan desajustes y antes de estas hay una serie de respuestas de adecuación por parte de los miembros. Para la adecuación de estas, es necesario trabajar desde un panorama sistémico, desarrollando la valoración familiar, la estructura de esta, los sucesos vitales agobiantes, entre otros (32). El proceso de enfermería permite conocer el rol que desempeña el paciente dentro de su entorno familiar, al valorar los datos y</p>
---	--	--	---	--

<p>médica del paciente.</p>	<p>sanitaria El familiar demostrará una adaptación efectiva a la situación médica del paciente, evidenciada por una reducción del estrés y la ansiedad, mejora en la comunicación y capacidad para asumir las responsabilidades familiares en casa, en un plazo de 3 días.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Comentar con el paciente los límites del cuidador</li> </ul> <p><b>(7130)</b> <b>Mantenimiento de los procesos familiares:</b> Minimizar los efectos de la alteración de los procesos familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares.</li> <li>● Animar a establecer un contacto continuado con los familiares.</li> <li>● Ayudar a la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación.</li> <li>● Identificar las necesidades del cuidado del paciente en casa y a</li> </ul>	<p>al establecer problemas de salud o de riesgo. Por lo tanto, se priorizan los diagnósticos para intervenir oportunamente. Esto se basa en la realidad de cada familia, comprendidos dentro de una visión holística como individuo, familia y su entorno social (33).</p>
-----------------------------	--	--	---	--

			<p>incorporación de estos cuidados en el ambiente familiar y en su estilo de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Establecer programa de actividades de cuidado en casa para el paciente que minimice la alteración de la rutina familiar</li></ul>	
--	--	--	--	--

Tabla 9. Diagnóstico de enfermería

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Indicadores de evaluación (NOC)					Intervenciones de Enfermería y actividades (**)	Observaciones/ Fundamentos										
		1	2	3	4	5												
<p><b>Dominio 9:</b> Afrontamiento / tolerancia al estrés</p> <p><b>Clase 2:</b> Respuestas de afrontamiento</p> <p><b>Código 00158:</b> <b>Disposición para mejorar el afrontamiento.</b> Patrón de valoración válida de factores estresantes,</p>	<p><b>Nivel 1 Dominio III:</b> Salud psicosocial</p> <p><b>Nivel 2 Clase N:</b> <b>Adaptación psicosocial:</b> Resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de una persona a la alteración o de las circunstancias de vida.</p> <p><b>Nivel 3 Resultados (1300):</b> <b>Aceptación: estado de salud.</b></p>	<table border="1" data-bbox="707 459 1435 659"> <tr> <td data-bbox="707 459 846 507">1</td> <td data-bbox="846 459 987 507">2</td> <td data-bbox="987 459 1128 507">3</td> <td data-bbox="1128 459 1279 507">4</td> <td data-bbox="1279 459 1435 507">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="707 507 846 659">Nunca demostrado</td> <td data-bbox="846 507 987 659">Raramente demostrado</td> <td data-bbox="987 507 1128 659">A veces demostrado</td> <td data-bbox="1128 507 1279 659">Frecuentemente demostrado</td> <td data-bbox="1279 507 1435 659">Siempre demostrado</td> </tr> </table> <p><b>(130014) Realiza las tareas de autocuidado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación Diana:</b></li> <li>● <b>Puntuación inicial: (2)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul> <p><b>(130221) Busca información acreditada sobre el tratamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación Diana:</b></li> <li>● <b>Puntuación inicial: (1)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul> <p><b>(130927). Utiliza los grupos de apoyo disponible.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Puntuación Diana:</b></li> <li>● <b>Puntuación inicial: (1)</b></li> <li>● <b>Puntuación final: (4)</b></li> </ul>					1	2	3	4	5	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	<p><b>Nivel 1 Dominio 5: Familia</b> Cuidados que apoyan a la unidad familiar.</p> <p><b>Clase R. Ayuda para el afrontamiento.</b> Intervenciones para crear sus propios puntos fuertes, con el fin de adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.</p> <p><b>5279. Apoyo espiritual.</b> Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.</p>	<p>En la Valoración física se evidenció que la paciente es consciente de su diagnóstico. Asimismo, se registró que la paciente tiene un nivel de educación superior incompleta en enfermería técnica; lo mencionado permite que la paciente sea abierta y dispuesta a la educación y orientación durante la</p>
1	2	3	4	5														
Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado														

<p>con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, para manejar las demandas relacionadas con el bienestar, lo cual puede fortalecerse.</p> <p><b>Dx.</b> Disposición para mejorar el afrontamiento o M/P expresa deseos de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones y el uso de recursos espirituales.</p>	<p>Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud.</p> <p><b>(1301)</b> <b>Afrontamiento del problema:</b> capacidad de la familia para controlar factores estresantes que comprometen los recursos familiares.</p> <p><b>(1309)</b> <b>Resiliencia personal:</b> Adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o</p>		<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.</li> <li>● Obtener el consentimiento informado cuando se requiera.</li> <li>● Proporcionar la información solicitada por el paciente.</li> <li>● Servir de enlace entre el paciente y la familia.</li> <li>● Remitir al asesor espiritual elegido por el individuo.</li> </ul> <p><b>5240.</b> <b>Asesoramiento.</b> Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del</p>	<p>hospitalización. Sobre esto, la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (34, párr. 1). La enfermera teórica Callista Roy desarrolló en la década de 1970 el modelo de adaptación, teoría que enfoca el cuidado holístico, el cual se basa en que la enfermería pretende ayudar al paciente a adaptarse a su entorno, con el fin de promover</p>
--	---	--	---	--

	<p>crisis significativa. Se evidenciará en la paciente una mejora en su capacidad de resiliencia respecto al área espiritual religioso en el lapso de tres días. Esto se reflejará en el antes y después de coordinar la visita del capellán del hospital.</p>		<p>paciente y sus allegados para fomentar o apoyar, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales. <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>● Demostrar empatía, calidez, sinceridad.</li> <li>● Establecer metas.</li> <li>● Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda.</li> <li>● Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades según corresponda.</li> </ul>	<p>la salud y el bienestar. Este modelo de adaptación de Callista Roy se aplica en enfermería mediante la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento personalizado. Al respecto, se podría señalar esta teoría revolucionó la forma en que las enfermeras tratan a sus pacientes y mejoró la calidad de vida de muchas personas en todo el mundo (35). Debe considerarse que la regulación emocional está significativamen</p>
--	--	--	---	---

				<p>te influenciada por las estrategias de afrontamiento y basada en la percepción social de que la población adulta cuenta con una alta capacidad de afrontamiento (36).</p> <p>Las experiencias relacionadas con las actividades de tratamiento muestran un efecto favorable en el resultado conductual. De igual modo, la promoción de la salud reduce la aparición de complicaciones debido al tratamiento inadecuado de la enfermedad (37).</p>
--	--	--	--	---

				<p>El cuidado espiritual y religioso, la atención a estos requerimientos de los pacientes por parte del equipo de salud se valoran y deberían derivarse a las unidades de ayuda correspondiente, lo cual hace posible la atención integral, dado que brinda múltiples beneficios clínicos, así como humaniza y valora la atención médica. La espiritualidad debe considerarse parte de la definición de salud (38).</p>
--	--	--	--	---

## 5. Ejecución del plan de cuidados

La intervención inició al tercer día del ingreso de la paciente al hospital el día 23 de febrero del 2024. Durante el primer y segundo día de intervención, la paciente se encontraba en la UST y Tópico de Medicina del Servicio de Emergencia, el tercer día se encontraba en la UCI de adultos; según la priorización de diagnósticos, se ejecutaron las siguientes intervenciones:

Tabla 10. Ejecución del plan de cuidados

<b>Día y lugar de la intervención</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenciones</b>
23 febrero 2024 UST (emergencia)	(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C exudado alveolar M/P ruidos respiratorios agregados, roncales, tos productiva y expectoración de secreciones con rasgos hemáticos.	(3160) aspiración de las vías aéreas  (3230) fisioterapia torácica
23 febrero 2024 UST (emergencia)	(00046) Deterioro de la integridad cutánea R/C, detrimento de la movilidad M/P, úlcera cutánea en el glúteo izquierdo de grado II y discontinuidad de piel abrasiva, con área de necrosis.	(3590) cuidados de las úlceras por presión
23 febrero 2024 Tópico de Medicina (emergencia)	(00051): Deterioro de la comunicación verbal R/C, intubación traqueal M/P, incapacidad para hablar por presencia de tubo endotraqueal, comunicación alternativa y dificultad para usar expresiones faciales por la presencia del tubo.	(4976) mejorar la comunicación, como el déficit de habla,

24 de febrero 2024 Tópico de Medicina (emergencia)	(00060) interrupción de los procesos familiares R/C, cambios de poder entre los miembros de la familia M/P,	(7040) apoyo al cuidador principal.
	cambios en las rutinas familiares, así como en el familiar responsable del cuidado desde casa para el hospitalizado.	(7130) mantenimiento de los procesos familiares.
24 de febrero 2024 Tópico de Medicina (emergencia)	(00158) disposición para mejorar el afrontamiento E/P, dado que expresa deseos de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones y al uso de los recursos espirituales.	(5420)apoyo espiritual (5240)asesoramiento.

Las actividades para la intervención de aspiración de secreciones y fisioterapia respiratoria se realizaron según lo planificado.

- Se determinó la importancia de aspirar secreciones bucales y/o traqueales.
- Se informó a la paciente sobre la aspiración.
- Se auscultaron sonidos respiratorios, donde se evidenciaron sonidos roncales.
- Se prepararon los materiales y equipos necesarios.
- Se instruyó a la paciente a efectuar múltiples respiraciones profundas previo a la succión para liberar secreciones, luego
- Se procedió a la aspiración, se supervisó la existencia de dolor, la condición de la oxigenación (niveles de saturación de oxígeno) el estado neurológico (nivel de conciencia) y la condición hemodinámica (niveles de PAM y pulso).
- Antes, durante y tras la aspiración, se controló y observó la coloración, cantidad y la consistencia de las secreciones

- Por consiguiente, se monitorizó la tolerancia de la paciente durante y después del procedimiento.
- Al terminar la intervención se auscultó que los sonidos disminuyeran. Esta actividad se realizó dos veces en el área de UST.

Las actividades para la intervención de cuidados de las lesiones por presión se llevaron a cabo según lo planificado:

- Se describieron las características de la lesión, incluyendo el tamaño (longitud x anchura x profundidad), su estadio (I-IV), su ubicación, la granulación o tejido necrótico y la epitelización.
- Se encontró una lesión de grado II de 2x3 cm, con piel esfacelada, inflamada, rojiza, con un área focal de necrosis.
- No se evidenció signos de infección de la lesión.
- Se instruyó a la paciente en el cambio de posición cada 1-2 horas, con el fin de evitar la presión prolongada y la necesidad de movimiento en la cama.
- Así como notificar para el cambio de pañal cuando la paciente hiciera deposiciones.

Las actividades para la intervención de mejorar la comunicación fueron las siguientes:

- Se monitorizó a la paciente para identificar la manifestación de frustración, ira, depresión, u otras reacciones ante el trastorno de las habilidades de habla.
- Se reconocieron los comportamientos emocionales y físicos como medios de comunicación.
- Se ofrecieron técnicas alternativas a la comunicación verbal como el parpadeo, indicaciones con la mano y gestos.
- Se adaptó al estilo de comunicación para satisfacer las necesidades del paciente; en

esa medida, se situó frente a ella para expresar una idea o reflexión.

- Se procuró hablar tranquilamente sin levantar el tono de voz, se enunciaron preguntas para que la paciente pudiera responder con un sencillo sí o no, con gestos y movimientos con la cabeza o las manos.
- Se logró mejorar la comunicación con la paciente.

Las actividades para la intervención de apoyo al cuidador y mantenimiento de los procesos familiares fueron las siguientes:

- Se determinó el nivel de conocimiento del familiar respecto al diagnóstico de la paciente.
- En esa medida, se evidenció que tenía un conocimiento malinterpretado del procedimiento terapéutico, en este caso la traqueostomía, determinado para la paciente.
- Por lo tanto, se instruyó al respecto, al evidenciar, a través de la bibliografía, que la traqueostomía era el procedimiento de elección.
- Con respecto a la terapia y técnicas de cuidado del paciente, se comentaron con la paciente los límites del cuidador, donde se evidenció que el familiar responsable desconocía el cuidado relacionado con el tubo de traqueostomía cuando saliera de alta.
- En esa medida, se reconocieron las repercusiones resultantes del cambio de rol en los procesos familiares, al percibir que la paciente pasó de ser cuidadora y responsable para recibir atención.
- De igual manera, se determinaron las necesidades del cuidado del paciente en el hogar y su integración en el entorno familiar y su modo de vida.
- Se brindó la instrucción acerca de tener los materiales necesarios para el cuidado

de la paciente en casa.

- Al culminar la intervención se evidenció un cambio respecto a la valoración inicial.

Las actividades que se ejecutaron para la intervención respecto a la disposición para mejorar el afrontamiento fueron:

- Se estableció comunicación con la paciente al ingreso; acto seguido, se obtuvo el consentimiento informado de la hermana haciendo de conocimiento a la paciente.
- Se proporcionó la información solicitada.
- Se instauró un vínculo terapéutico fundamentado en la confianza y el respeto.
- Se demostró empatía y honestidad, se establecieron metas referentes al cuidado futuro y se proporcionó información objetiva respecto a los cuidados.
- En relación con el apoyo del área espiritual religiosa, se coordinó con el capellán del hospital, el padre Ignacio, una visita para acercarse a su religión, la cual se realizó de manera coordinada en los horarios donde no se encontraba bajo cuidados y/o actividades diarias tipo baño o en visita médica.

En el tercer día de valoración, el domingo 25 de febrero, la paciente se encontraba en UCI. El examen se realizó a 9:00 a.m., después de las coordinaciones respectivas con las áreas correspondientes. Es importante recordar que la UCI es un área restringida para pacientes en estado crítico, como es el caso de la paciente que hizo un arresto cardíaco la tarde anterior, se reanimó con éxito y se derivó al área mencionada. La valoración se realizó con la licenciada a cargo de la paciente, en donde se priorizaron los diagnósticos de limpieza ineficaz de vías respiratorias y el deterioro de la integridad cutánea, en el caso de esta investigación solo se recurrió a la observación, puesto que la responsabilidad de la atención directa concierne a la licenciada especialista a cargo. Finalmente, no se trabajaron las otras etiquetas diagnósticas, porque la paciente estaba conectada a un

respirador mecánico bajo sedo analgesia.

## 6. Evaluación

La paciente se evaluó durante tres días, en los cuales se manejaron los diagnósticos mencionados.

1. La limpieza de la vía respiratoria artificial y eliminación de secreciones: en la valoración basal respecto a la auscultación de ruidos respiratorios se halló que estos son roncales, los cuales se definieron como sustancialmente comprometidos. Asimismo, el indicador NOC se describió como sustancialmente comprometido (puntuación basal 2) y se buscaba llegar a la puntuación DIANA 4, más al tener la paciente un proceso inflamatorio e infecciones, se tuvo un puntaje final 3, por lo cual se debía continuar con esta intervención durante la atención.
2. Respecto al deterioro de la integridad cutánea, durante el primer día de valoración se observó la lesión por presión respecto a la piel, la cual se definió con compromiso severo de la epidermis, según el indicador NOC como sustancialmente comprometido (puntaje basal 2), y se propuso como puntaje final DIANA 4 (levemente comprometido), más al tener la paciente uso constante de pañal que no permite la ventilación del área glútea y estar con movilidad restringida, no se logró evidenciar una mejora pronunciada, se tuvo un puntaje final de 2, no empeoró ni mejoró.
3. En relación con el deterioro de la comunicación verbal, la valoración inicial del lenguaje verbal por la presencia del tubo orotraqueal tuvo un compromiso deteriorado de manera sustancial, según el indicador NOC como comprometido sustancialmente (puntaje basal 2), y se planteó llegar a un puntaje DIANA de 4

(levemente comprometido) para la intervención de fomentar la comunicación no verbal y los mensajes dirigidos al receptor. Esto solo se pudo manejar hasta parte del segundo día de evaluación por el evento del paro respiratorio. El resultado de la intervención fue lo esperado, lo que posibilitó mejorar la comunicación no verbal a pesar del tubo oro-traqueal.

4. En el diagnóstico de la interrupción de los procesos familiares no solo se valoró a la paciente, sino también al familiar responsable, en este caso a la hermana. Al inicio de la presente valoración el diagnóstico fue descrito con una alteración ligeramente adecuada (puntaje basal 3) respecto a la atención domiciliaria, puesto que venía de una experiencia previa, y respecto al conocimiento específico de los cuidados al alta de la traqueostomía, había un conocimiento deficiente (puntaje basal 1) para ambos se propuso un puntaje DIANA de 4 como sustancialmente adecuado, por tanto las intervenciones realizadas como ayudar a la paciente y a la familia a definir el cambio de roles que se estaban manejando dentro del hogar y a la reorganización de los cuidados que venían empleando, se ayudó a reforzar las estrategias familiares. La hermana al ser muy receptiva con las recomendaciones al alta, la familia en general se encontraba predispuesta con el compromiso de la recuperación de la paciente, logrando el objetivo planteado llegando a tener un adecuado conocimiento.
5. En consonancia con el afrontamiento de disposición eficaz frente al bienestar emocional, específicamente en el aspecto religioso, se valoró a la paciente con un compromiso mediano como raramente demostrado (puntaje basal 2) respecto al acercamiento a su religión y se propuso como puntaje DIANA 4 (frecuentemente demostrado) más al ofrecer a la paciente estrategias como en este caso fue la visita

coordinada del capellán del hospital, la paciente se sintió satisfecha y emocionada con el acercamiento a sus creencias, lo que permitió cumplir con lo establecido.

#### 7. Aportes al Cuidado Enfermero

De los aportes contemplados en este PAE para el desarrollo de la profesión, respecto a intervenciones en pacientes hospitalizados, afirmamos que el PAE es la principal herramienta científica y humanista en enfermería, y que la valoración del enfermero permite desarrollar una atención integral a los pacientes, físicas, emocionales, espirituales y sociales.

La bibliografía revisada para el desarrollo de este PAE, ofrecen intervenciones para mejorar los estados de salud desde la perspectiva física, como curaciones, aspiraciones, colocación de catéteres por mencionar algunos, y no necesariamente contemplan el abordaje en las áreas espirituales, emocionales, no solo de los pacientes, sino también de los familiares en quienes se evidencia confusión, ansiedad, miedo, dolor por el estado de salud de sus enfermos. Por eso el enfoque de este trabajo también dirige a establecer el proceso de atención respecto a los diagnósticos de bienestar integral.

Otro aporte considerado en la realización de este PAE es ofrecer una guía de cuidados como parte de la contribución al paciente y a la vez a la universidad, denominada Cuidados de Traqueostomía en casa, con el logotipo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Asimismo, incentivar el uso de los recursos institucionales como el centro de simulación y los recursos humanos, en este caso las licenciadas que estudian alguna especialidad, para el desarrollo de manuales de cuidados en casa a pacientes con sondas nasogástricas, gastrostomías, sondas vesicales, colostomías, entre otros; que en nuestra facultad como institución no se evidencia.

A su vez con este trabajo se busca estimular a los estudiantes a preparar distintos modelos de PAE con la exigencia necesaria según el nivel de estudios, hasta publicar trabajos y así contribuir de esa forma a la investigación científica, los cuales sirvan de referencia para futuros estudios, debido a que en el repositorio de esta universidad no se menciona ningún trabajo similar en comparación con otras instituciones universitarias.

Finalmente, entre los aportes contemplados de este trabajo se encuentra la posibilidad de divulgar en una revista científica estos cuidados propuestos.

#### IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barriga M, García K, Parra L. Percepción de utilidad de una herramienta de valoración física por patrones funcionales de Marjory Gordon, empleada por estudiantes de enfermería en práctica formativa [Tesis de grado]. Bogotá: Fundación Universitaria Juan N. Corpas; 2020. Recuperado a partir de: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6645613>
2. Luis J, Suarez Á, Del F, Arévalo C, Fernández D, Montserrat F, et al. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [Internet]. 2010 jun. Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
3. Huaman - Junco, Gonzalo. Factores de riesgo asociados a neumonía nosocomial en pacientes adultos. Fac. Med. Hum. 2019;19(1):80-89 Available at: <https://inicib.urp.edu.pe/rfmh/vol19/iss1/11>
4. National Heart, Lung and Blood Institute. ¿Qué es la insuficiencia respiratoria? [Online]; s.f. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/insuficiencia-respiratoria#:~:text=La%20insuficiencia%20respiratoria%20es%20una,suficiente%20ox%C3%ADgeno%20a%20la%20sang>
5. Quesada D, Lin Wu E, Quesada-Salas A, Navarro M. Insuficiencia respiratoria: tipos, fisiopatología y tratamiento. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2023; 4(2). <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.853>
6. Empendium. Fisiopatología de la insuficiencia respiratoria. [Online]; Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/tratado/chapter/B76.II.O.1>.
7. Eiros J, Zamoraa E, Martínez E, Rodríguez D. Insuficiencia respiratoria aguda. Medicine. 2022; 13(63) <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.09.002>

8. Oyarzún M. Apunte Fisiopatología Respiratoria Parte 1. [Online]; 2021. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/607080112/Apunte-Fisiopatologia-Respiratoria-Parte-1-M-Oyazun-2021>
9. Sarmiento J, Rodríguez N, Ortiz X, Zúñiga J. Manejo quirúrgico de la estenosis traqueal postintubación prolongada o traqueostomía, reporte de 5 casos. Rev. MICG. 2023;1(1). <https://doi.org/10.51597/rmicg.v1i1.56>
10. González C, Cañas A, Villaquirán C, Lasso J, Peláez M, Botero J. Enfermedad de la vía aérea central-estenosis traqueal postintubación orotraqueal. Rev. Colomb. Neumol. 2022; 34(2). <https://doi.org/10.30789/rcneumologia.v34.n2.2022.611>
11. Contreras-Álvarez P, báñez-Miranda L, Iznaga-Marín N, Hernández-Armstrong L. Comportamiento de las estenosis laringotraqueales. Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2021; 5(1).
12. Chávez W, Tapia F. Prevalencia y factores asociados a estenosis traqueal en pacientes postintubados atendidos en UCI COVID del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2020-2021 [Tesis de pregrado] Huancayo: Universidad Nacional del Centro de Perú; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/items/48966bed-951e-4fd2-b739-bf5ee2d68a31>
13. Wright C, Li S, Geller A, Lanuti M, Gaissert H. Estenosis traqueal post intubación. Ann Thorac Surg.. 2019; 108(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31299233/>
14. Rojas E. Frecuencia y factores asociados a estenosis traqueal en pacientes intubados por COVID-19, Hospital Nacional Carlos A. Seguí Escobedo, ESSALUD Arequipa, julio 2020 - junio 2021 [Proyecto de tesis de especialidad].

- Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/c213b612-0ca7-4b73-9b0d-9f22b193fc21>
15. Alcaide, A.B. Neumonía. [Internet]. España: Clínica Universidad de Navarra; 2024. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/neumonia>
  16. Escobar AE, Sarmiento KB, Narea D, Curillo LV. Neumonía nosocomial en pacientes críticos. RECIAMUC.2022;6(4).1 [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(4\).octubre.2022.41-49](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(4).octubre.2022.41-49)
  17. Bustamante J, Flores J, Doroteo R. Intervenciones de enfermería para la prevención de neumonía en pacientes con tubo endotraqueal conectado a ventilador mecánico en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador El Salvador [Tesis de especialidad] Callao: Universidad Nacional del Callao; 2019. Recuperado a partir de: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4600>
  18. Huaman - Junco, Gonzalo. Factores de riesgo asociados a neumonía nosocomial en pacientes adultos. Fac. Med. Hum. 2019;19(1):80-89 Available at: <https://inicib.urp.edu.pe/rfmh/vol19/iss1/11>
  19. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019] Neumonía [Internet]. medlineplus.gov. [cited 2020 Apr 3]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pneumonia.html>
  20. Herdman H, Kamitsuru S, Takao C. Diagnósticos Enfermeros Definiciones Clasificación 2021 - 2023. 12ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021. Disponible en: <https://notasenfermeria.com/diagnosticos-de-enfermeria-nanda/>

21. Ramalingam H, Sharma A, Pathak V, Narayanan B, Rathod D. Delayed diagnosis of postintubation tracheal stenosis due to the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *A & A Practice*. 2020; 14(8). Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7323828/>
22. Fitz L. Propuesta para estandarizar la técnica de aspiración de secreciones en pacientes con intubación orotraqueal. [Tesis de Especialización]. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. <http://riaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/4350>
23. Delgado S, Catalán I, Joven L, Hurtado V, Marcos L, Duarte B. Cuidados de enfermería al paciente intubado en UCI, artículo monográfico. *Rev. Sanit.* 2021; 2(8). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-intubado-en-uci-articulo-monografico/>
24. Saavedra Y, Chujandama G. Cuidado de enfermería en la aspiración de secreciones en pacientes intubados de la Unidad de Cuidado Intensivos, Hospital II, – 2 Tarapoto, 2022[Tesis de Especialización]. Universidad Peruana Unión. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/6198>
25. Novoa J, Quiroz E, Ordóñez M. Factores asociados a la presencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados del servicio de emergencia hospital nacional Cayetano Heredia, 2019. [Tesis de Especialización]. Universidad Nacional del Callao. <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6173>
26. Febre-Vergara N, Mondaca-Gómez K, Cartagena-Ramos D, Méndez-Celis P, Muñoz- Cáceres V, Chepo-Chepo M. Hospital-acquired pressure injuries and factors affecting their development: multicentre study. *Salud Cienc. Tecnol.*2023;4. Disponible en:

<https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/604>

27. Silupu R. Factores de riesgo de lesiones por presión en pacientes de cuidados intensivos del hospital la Videnita Piura,2021. [Tesis de Especialización]. Universidad María Auxiliadora  
<https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/845>
28. Sabater Llopis C. Uso de los Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa por enfermería en UCI. repositoriujies [Internet]. 2023 Jun 8 [cited 2024 Jun 30]; Available from:  
<https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/203714>
29. Momennasab M, Mohammadi F, DehghanRad F, Jaber A. Evaluation of the effectiveness of a training programme for nurses regarding augmentative and alternative communication with intubated patients using Kirkpatrick's model: A pilot study. Nursing Open. 2023; 10(5): p. 2895-2903.  
<https://doi.org/10.1002/nop2.1531>
30. Fraguas R, Méndez C, Sánchez-Valdeón L, Casado I. Comunicación Enfermera con el Paciente Crítico Intubado en una Unidad de Cuidados Intensivos: Una Revisión Sistemática. En Pérez M, Barragán A, Martos A, Simón M, Molero M. Revisando la Evidencia de los Retos en Salud: Dykinson;2021p.359-370.  
<https://www.researchgate.net/profile/Jesus-Fernandez-Fernandez-3/publication/365227901>
31. Vidangos M. Instrumento comunicacional para el personal de enfermería destinado a la atención de pacientes intubados conscientes en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos del Hospital Materno Infantil Caja Nacional de Salud, La Paz Bolivia, Gestión 2020. [Tesis de Ma. Universidad Mayor de San Andrés.

<https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/24856>

32. Ponce J, Ponce A. Interrupción de los procesos familiares. Acontecimientos que cambian la vida y las relaciones de una familia. Evidentia. 2017; 14(14).  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6376663>
33. Goyzueta A, Faustino-Eufracio A. Proceso de cuidado de enfermería en adolescente con interrupción de procesos familiares según taxonomía NANDA-NIC-NOC. Peruvian Journal of Health Care and Global Health. 2019; 3(2): p. 90-95. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8095432>
34. Organización Mundial de la Salud. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. [Online].; s.f. Acceso 22 de 07 de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
35. Portal Estudios Medicina. ¿Qué es el modelo de adaptación de Callista Roy? [Online]. s.f. Acceso 22 de 07 de 2024. Disponible en: <https://www.estudiosmedicina.com/que-es-el-modelo-de-adaptacion-de-callista-roy-una-teoria-innovadora-para-el-cuidado-de-la-salud/>
36. Moreno L, Ramírez M, Sarasty K, Castaño L, Caycedo L. Estrategias de Afrontamiento y Regulación Emocional Utilizadas por el Adulto mayor y su influencia en la calidad de vida en el barrio santo domingo, comuna 1 de Medellín en el CPSAM Betania Hermanas Misioneras. [Tesis de Pregrado]. Tecnológico de Antioquia. <https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/5182>
37. Herrera A, Machado P, Tierra V, Coro E, Remache K. El profesional de enfermería en la promoción de salud en el segundo nivel de atención. Rev Eug Esp. 2022; 16(1). <https://doi.org/10.37135/ee.04.13.11>

38. Fonseca M. Atención de las necesidades espirituales y religiosas de pacientes por personal de salud. Un modelo basado en el acompañamiento espiritual. Rev Cir. 2022; 74(3). <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920220031351>
39. Moorhead S; Swanson E; Johnson M; Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ta ed. Barcelona: Moorhead S; Swanson E; Johnson M; Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ta ed. Barcelona: Elsevier; 2018. Disponible en: <https://inspectioncopy.elsevier.com/book/details/9788491134053>
40. Butcher H; Bulechek G; Dochterman J; Wagner Ch. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ma ed. Barcelona: Elsevier; 2018. Disponible en: <https://inspectioncopy.elsevier.com/book/details/9788491134046>

## ANEXOS

### Anexo 1. Relato de la situación

En la evaluación médica al ingreso se evidenció:

- Hemodinámico: llenado capilar de 2 segundos, no cianosis.
- Cardiovascular: ritmo cardíaco rítmicos, taquicárdicos, de regular intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.
- Respiratorio: murmullo vesicular (MV) pasa disminuido en ambos campos pulmonares, se ausculta crépitos, tirajes subcostales y supraesternales.
- Abdominal: blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+), no doloroso, no masas, no signos peritoneales.
- Neurológico: despierta, colaboradora, escala de Glasgow = (15), apertura ocular= (4); respuesta verbal = (5); respuesta motora = (6), pupilas isocóricas normo reactivas. No hubo signos meníngeos y de focalización.

### **Impresión diagnóstica:**

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo I, II.
  - 1.1 Neumonía intrahospitalaria vs. Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)
2. Hipertensión arterial (HTA).
3. Hipotiroidismo por historia clínica.

### **Plan médico:**

1. Monitoreo.
2. Soporte de O<sub>2</sub>.
3. Intubación endotraqueal.
4. S/S corte analítico + AGA.

5. TEM tórax S/C.

6. Resto con resultados.

Tabla 11. Indicaciones médicas (al ingreso)

Terapéutica	Cantidad	Frecuencia	Vía
NPO			
Na Cl 0.9 %	1000 ml	80 cc/hr.	EV
Piperacilina/Tazobactam	4 gr/0.5 gr.	c/6 hrs.	EV
Metamizol	1 gr	PRN T° > 38°C	EV
Tramadol	50 mg	C/8 hrs	EV
Dimenhidrinato	50 mg		
Na Cl 0.9%	100 ml		
Omeprazol	40 mg	c/24 hrs.	EV
HGT		c/8 hrs	
Paracetamol	1 gr.		SNG
O2		x T en T para Sat O2 > 96%	
Aspiración de secreciones			
CFV + BHE			

Nota: elaboración propia

### Exámenes auxiliares:

#### TEM tórax (22 de febrero 2024)

Disminución parcial de la luz traqueal. El tubo endotraqueal Nro. 7 pasa sin restricciones por la luz traqueal.

#### TEM encéfalo (24 de febrero 2024) post paro cardiorrespiratorio

No impresiona lesiones isquémicas y hemorrágicas.

#### Laboratorio (22 de febrero 2024)

Tabla 12. Exámenes realizados

Exámenes realizados	Resultados	Valor referencial	Unidades
Hematocrito	26%	33-45	%
Hemoglobina	8.5	11-15	gr/dl
Plaquetas	256	150-400	10 <sup>3</sup> /uL
Glucosa	117	75-110	mg/dl
Urea	28	20-50	mg/dl
Creatinina	0.22	0.7-1.2g	mg/dl
Sodio (Na)	147	135-148	mol/
Potasio (K)	3.59	3.5-5.3	mmol/L
Cloro (Cl)	108	96-107	mmol/L

Nota. Elaboración propia.

Tabla 13. Gasometría

	21/2/2024	22/2/2024	23/2/2024	24/2/2024	25/2/2024	Valores normales
<b>Gases en sangre</b>	4:36 am	12:25 am	5:01 am	4:18	6:30 am	
<b>pH</b>	7.227	7.235	7.458	7.474	7.459	7.350-7.450
<b>pCO2</b>	62.4	64.5	38.1	37.6	28.7	35 - 48
<b>pO2</b>	276	215	58.6	130	88.6	83 - 108

Nota. Elaboración propia

**Evaluación del día 23 de febrero 2024 (1er día de atención)**

**Lugar de valoración:** UST, servicio de emergencia, hora: 8:00 a.m.

**Impresión diagnóstica:**

1. Insuficiencia respiratoria tipo II + TOT en T  
 Etiología: 1.1 Neumonía intrahospitalaria  
 1.2 Estenosis de tráquea
2. Hipotiroidismo por HCL
3. HTA por HCL
4. UPP glúteo izquierdo

**Plan médico:**

1. Monitoreo hemodinámico
2. CFV + BHE
3. Aspiración de secreciones
4. Antibioticoterapia

Tabla 14. Indicaciones médicas (1er día de atención)

Terapéutica	Cantidad	Frecuencia	Vía
Fórmula enteral	1200 cc en 4 tomas		SNG
Na Cl 0.9 %	1000 ml	60 cc/hr.	EV
Piperacilina/Tazobactam	4 gr/0.5 gr.	c/6 hrs.	EV
Metamizol	1 gr	PRN: T° >38°C	EV
Tramadol	100 mg	c/12 hrs	EV
Dimenhidrinato	50 mg	PRN náuseas- vómitos	EV
Omeprazol	40 mg	c/24 hrs.	EV
HGT		c/8 hrs	
Paracetamol	1 gr.	c/8 hrs.	SNG
O2		para Sat. O2 > 90%	
CFV + BHE			

Nota. Elaboración propia

**Evaluación del día 24 de febrero 2024 (2do día de atención)**

**Lugar de valoración:** Tópico de Medicina a través del servicio de emergencia

Hora: 8:00 a.m.

**Impresión diagnóstica:**

1. IRA tipo I
  - Estenosis traqueal subglótica
  - Neumonía intrahospitalaria

2. Hipotiroidismo por HCL
3. HTA por HCL
4. LPP glúteo izq.

**Plan médico:**

1. Prequirúrgico completo
2. Pendiente toma de AGA control
3. Pendiente evaluación de cardiología
4. Pendiente resultado de HC y cultivo de secreciones

Tabla 15. Indicaciones médicas (2do día de atención)

Terapéutica	Cantidad	Frecuencia	Vía
Fórmula enteral	850 gr VT 1500 cc divididos en 4 tomas		SNG
Na Cl 0.9 %	1000 ml	60 cc/hr.	EV
Piperacilina/Tazobactam	4 gr/0.5 gr.	c/6 hrs.	EV
Metamizol	1 gr	PRN > T°: 38°C	EV
Tramadol	100 mg	c/12 hrs	EV
Dimenhidrinato	50 mg	PRN náuseas-vómitos	EV
Omeprazol	40 mg	c/24 hrs.	EV
HGT		c/12 hrs	
Paracetamol	1 gr.	c/8 hrs.	SNG
O2		para Sat. O2 > 90%	
CFV + BHE			

Nota. Elaboración propia

**Evaluación día 25 de febrero 2024 (3er día de atención)**

**Lugar de valoración:** UCI medicina - hora: 9:00 a.m.

**Diagnóstico sindrómico:**

1. IRA
2. Encefalopatía no especificada

**Diagnóstico etiológico:**

1. Neumonía no especificada.
2. Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte.
3. Paro cardíaco no especificado.
4. Hipertensión esencial (primaria).
5. Hipotiroidismo, no especificado.

**Plan de trabajo:****Manejo:**

1. Inicio de soporte nutricional cíclico (20 horas).
2. Soporte y monitoreo ventilatorio: mantener sistema de asa cerrado A/C PC.
3. Analgesia adecuada.
4. Suspender sedación para valorar ECG.
5. Cobertura ATB y seguimiento de cultivos.
6. I/C Cirugía de cabeza y cuello para TQT consentimiento informado.
7. Informes de TEM tórax, encéfalo.
8. Informar a la familia estado crítico y pronóstico.

**Monitoreo:**


1. Neurológico: ECG, pupilas, déficit motor.
2. Ventilatorio.
3. Gasométrico + lactato.
4. Glicémico

Tabla 16. Indicaciones médicas (3er día de atención)

<b>Terapéutica</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Vía</b>
Alimento nutricional completo y balanceado para adulto mayores	850 gr / 50 cc /hr	Infusión continua por 19 hrs	SNG
Fentanilo + Na Cl 0.9 %	0.5 mg (2 amp)	5 cc/hr.	EV
Propofol 1%	10 amp	10 cc/hr	EV
Haloperidol	10 mg	PRN agitación	EV
Piperacilina - tazobactam	4.5 mg	c/6 hrs	EV
ClNa 0.9 % (100 cc) + ClK 20%		Reto	EV
Metamizol	1 gr	STAT	EV
Midazolam	5 mg	STAT	EV
Cl Na 0.9 %	800 cc	STAT	EV
Hidrocortisona	100 mg	c/ 8 hrs	EV
Enoxaparina	40 mg	c/24 hr	SC
Furosemida	20 mg	STAT	EV
Paracetamol	1 gr	para T° > 38°C	SNG
Levotiroxina	50 mg	Ayunas (6 am) c/24 hr	SNG
Toma de EKG		C/24 hrs	

Nota. Elaboración propia

Anexo 2. Consentimiento informado

 UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA	FACULTAD DE ENFERMERÍA	NO-112-UPCH
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V.01-00 / 02.12.2020
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA POR LA MODALIDAD DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL	Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería
		Página: 11 de 21

Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Facultad de Enfermería

Consentimiento Informado

(Firmado por la persona sujeto de atención)

Yo, [REDACTED] de 46 años de edad, acepto participar de manera voluntaria, lo cual implica mi consentimiento en el proceso de Cuidado de Enfermería realizado por la/el estudiante del quinto año/egresado/bachiller/bachiller FLOR CHUMBITAZ LLANE con DNI [REDACTED] de la Carrera de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La evaluación se realizará como parte de su Trabajo de Suficiencia Profesional.

El estudiante/egresado/bachiller se encuentra bajo la supervisión del Jefe de Práctica, profesor(a)

LIC JANET DIAZ LUYES

Para lo cual declaro conocer y aceptar lo siguiente:

- La continuidad del cuidado de enfermería se realizará por al menos tres días consecutivos.
- La aplicación de los instrumentos de evaluación no resultarán perjudiciales a mi integridad.
- El estudiante/egresado/bachiller se compromete a no revelar mi identidad en ningún momento del proceso, ni después de este.
- El proceso de Cuidado de Enfermería será discutido con la Jefe de práctica con fines de aprendizaje, manteniendo siempre de manera anónima mi identidad.
- El estudiante/egresado/bachiller se compromete a dar orientación, información y educación sobre el cuidado que brinde.
- El cuidado de enfermería brindado no generará gasto alguno al estudiante/egresado/bachiller, ni a mi persona; dado que se desarrollará como parte de la atención del establecimiento de salud y la formación del estudiante/egresado/bachiller.
- Soy consciente que puedo desistir de participar o dejar de recibir los cuidados brindados, previa comunicación con el estudiante/egresado/bachiller, quien a su vez informará a su Jefe de práctica y Coordinadora (or) del Internado oportunamente.
- Para cualquier información adicional y/o dificultad, con el proceso de Cuidado de Enfermería, he sido informada (o) que podré contactarme con la/el Coordinadora (or) del Internado, profesor (a) \_\_\_\_\_ de la universidad al teléfono \_\_\_\_\_

En señal de haber recibido información satisfactoria sobre el Cuidado de Enfermería y su finalidad, manifiesto he quedado satisfecha (o) con la información proporcionada, habiéndome respondido todas mis dudas, para lo cual suscribo el presente documento, en la ciudad de \_\_\_\_\_ del 2024, Lima 23 feb

Firma: [REDACTED]

DNI: [REDACTED]

- \* Para personas con limitación de expresar su voluntad; el consentimiento debe solicitarse al familiar responsable de su cuidado.
- \* Para los menores de edad, se requiere la firma del padre o apoderado

### Anexo 3. Escala de Maddox

Es un parámetro orientador para identificación de flebitis.

<b>ESCALA VISUAL DE VALORACIÓN DE FLEBITIS “ESCALA DE MADDOX”</b>		
<b>0</b>	<b>Sin dolor, eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción</b>	<b>NO signos de flebitis. Observe punto de inserción.</b>
<b>1</b>	<b>Zona de punción dolorosa, sin eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción.</b>	<b>Posible signo de flebitis. Observe punto de inserción.</b>
<b>2</b>	<b>Zona de punción dolorosa con eritema y/o hinchazón, sin cordón palpable &gt; de 6 cm por encima del sitio de inserción.</b>	<b>Inicio de flebitis. Retiro de catéter.</b>
<b>3</b>	<b>Zona de punción dolorosa con eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable &gt; de 6 cm por encima del sitio de inserción.</b>	<b>Etapa media de flebitis. Retiro de catéter y valore tratamiento</b>
<b>4</b>	<b>Zona de punción sensible con eritema, hinchazón, endurecimiento, cordón venoso palpable &gt; de 6 cm por encima del sitio de inserción, purulenta.</b>	<b>Avanzado estado de flebitis. Retire de catéter y valore tratamiento.</b>
<b>5</b>	<b>Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión.</b>	<b>Tromboflebitis. Retire de catéter e inicie tratamiento.</b>

Valoración de la paciente: 0 - No signos de flebitis

Fuente: Laura, A. and Ángel, F., 2020. D Valoración De La Flebitis Con Apoyo De Una Escala Visual - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. [online] Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Available at: <https://es.slideshare.net/slideshow/escala-de-maddox/238831138>

#### Anexo 4. Escala de Norton

Mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión.

<b>Estado Físico General</b>	<b>Estado Mental</b>	<b>Actividad</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Incontinencia</b>	<b>Puntos</b>
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 Comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Valoración de la paciente: estado físico: 3; estado mental: 4; actividad: 1; movilidad: 3.  
Incontinencia: 4 - total: 15 (día 1 y 2 de evaluación)

Valoración de la paciente: estado físico: 3; estado mental: 2; actividad: 2; movilidad: 1.  
incontinencia: 2 - total: 10 riesgo alto (día 3 de evaluación).

#### **CLASIFICACIÓN DEL RIESGO:**

**Puntuación de 5 a 9.....RIESGO MUY ALTO.**

**Puntuación de 10 a 12 .....RIESGO ALTO.**

**Puntuación de 13 a 14 .....RIESGO MEDIO.**

**Puntuación mayor de 14 ..... RIESGO MINIMO/NO RIESGO**

Fuente: Rodriguez Muñoz M.T., Diez RodriguezV., Cuesta SánchezN., Bravo Martín A.B. Red Menni de Daño cerebral. Madrid. Agosto 2016.

<https://xn--daocerebral-2db.es/publicacion/prevencion-de-ulceras-por-presion-en-pacientes-con- dano-cerebral-adquirido/>

Anexo 5. Escala de Downton

Escala de riesgo de caídas

<b>ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS</b>		<b>ALTO RIESGO &gt; 2</b>
<b>CAÍDAS PREVIAS</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
	<b>SÍ</b>	<b>1</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>Ninguno</b>	<b>0</b>
	<b>Tranquilizantes, sedantes, diuréticos, antidepresivos, otros.</b>	<b>1</b>
<b>DÉFICITS SENSORIALES</b>	<b>Ninguno</b>	<b>0</b>
	<b>Alteraciones visuales auditivas</b>	<b>1</b>
<b>ESTADO MENTAL</b>	<b>Orientado</b>	<b>0</b>
	<b>Confuso</b>	<b>1</b>
<b>DEAMBULACIÓN</b>	<b>Normal</b>	<b>0</b>
	<b>Seguro con ayuda, insegura</b>	<b>1</b>

Valoración de la paciente: caídas previas: 0; medicamentos: 0; déficit sensorial: 0; estado mental: 0.

Deambulación: 0 - total: 0 (evaluación de día 1 y 2).

Valoración de la paciente: caídas previas: 0; déficit sensorial: 1; estado mental: 1.

Deambulación: 1 - total: 3 (evaluación del día 3).

Fuente: <https://www.udocz.com/apuntes/479642/escala-de-downton>

## Anexo 6. Escala de coma de Glasgow

Es una herramienta reconocida a nivel internacional que mide el nivel de alerta y conciencia de acuerdo con su entorno.

<b>VARIABLE</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>APERTURA OCULAR</b>	<b>Espontánea</b>	<b>4</b>
	<b>Al hablarle</b>	<b>3</b>
	<b>Al dolor</b>	<b>2</b>
	<b>Ninguna</b>	<b>1</b>
<b>RESPUESTA VERBAL</b>	<b>Orientado</b>	<b>5</b>
	<b>Confuso</b>	<b>4</b>
	<b>Palabras inapropiadas</b>	<b>3</b>
	<b>Sonido incomprensible</b>	<b>2</b>
	<b>Ninguno</b>	<b>1</b>
	<b>RESPUESTA MOTORA</b>	<b>Obedece órdenes</b>
<b>Localizada</b>		<b>5</b>
<b>De retirada</b>		<b>4</b>
<b>Flexión anormal</b>		<b>3</b>
<b>Extensión anormal</b>		<b>2</b>
<b>Ninguna</b>		<b>1</b>

El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el puntaje más alto es de 15 puntos. Valoración de la paciente:

Día 1 y 2: apertura ocular: 4; verbal: 0; motora: 6 - total: 10.

El nivel verbal se considera 0, por la presencia del tubo orotraqueal, que no permite la comunicación verbal de la paciente.

Día 3: apertura ocular: 1; verbal: 0; motora: 4 - total: 5 paciente sedada conectada a ventilador mecánico.

Fuente: Muñana-Rodríguez JE, Ramírez-Elías A. Escala de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enfermería Univerrrsitaria.2014;11(1):24-35.

Anexo 7. Escala visual analógica (EVA) para el dolor



Valoración de la paciente: 2

Fuente: <https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/>

## Anexo 8. Escala RASS

### ESCALA DE AGITACIÓN-SEDACIÓN DE RICHMOND RASS (RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE)

puntos	Término	Descripción	
4	<b>AGRESIVO</b>	Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal.	
3	<b>MUY AGITADO</b>	Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.	
2	<b>AGITADO</b>	Frecuentes movimientos sin propósito. Lucha con el respirador.	
1	<b>INTRANQUILO</b>	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos.	
0	<b>ALERTA Y TRANQUILO</b>		
-1	<b>SOMNOLIENTO</b>	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido (apertura de los ojos y contacto visual) a la llamada (> 10 seg)	Estímulo verbal
-2	<b>SEDACION LIGERA</b>	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada (< 10 seg)	
-3	<b>SEDACION MODERADA</b>	Movimiento o apertura de los ojos a la llamada (pero no contacto visual)	
-4	<b>SEDACION PROFUNDA</b>	No responde a la llamada, pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.	Estímulo físico
-5	<b>NO DESPERTABLE</b>	No responde a la llamada ni a estímulos físicos.	

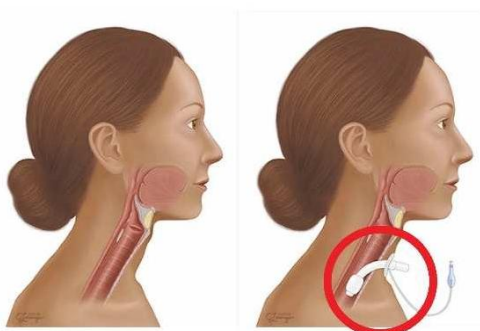
El puntaje de valoración va desde 4 hasta -4  
 Valoración del paciente (día 3 - UCI), la valoración se realiza cada hora  
 -4 sedación profunda.  
 -3 sedación moderada.  
 -2 sedación ligera.

Fuente: <https://mavink.com/explore/Escala-De-Rass-PDF>



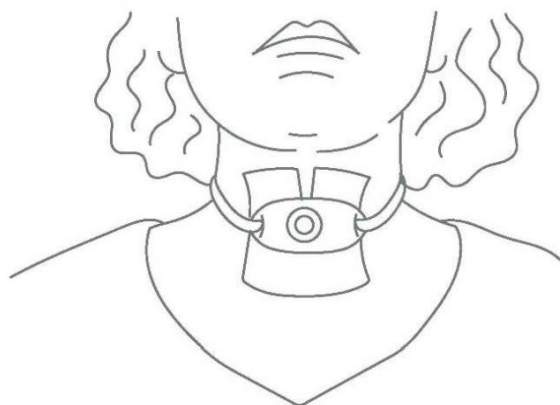
# Cuidados de traqueostomía en casa

## ¿Qué es una traqueostomía?



Una traqueostomía es un orificio creado quirúrgicamente en la parte anterior del cuello para permitir el acceso de aire cuando una persona tiene incapacidad de respirar por sí sola.

En este orificio se inserta un tubo especial que permite el ingreso del aire.



**La colocación de este sistema de ventilación, debe hacerlo el médico especialista bajo anestesia**

**Es importante mantener esta vía respiratoria con las medidas de higiene y los cuidados necesarios para evitar infecciones y/o complicaciones no deseadas.**

**Pasos para evitar infecciones y/o complicaciones no deseadas**

# 1 Preparar los materiales

1. Elija un área limpia y bien iluminada cerca del lavabo y un espejo. Reúna los materiales necesarios recomendados (limpios y/o estériles), un recipiente con la solución salina recomendada. No use ninguna solución de otro tipo, podría causar daño a la piel, a la tráquea o al tubo de traqueostomía.
2. Lávese bien las manos con jabón y agua limpia. Colóquese los guantes limpios y/o estériles, descartables, no usar talco.



Imágenes: <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,82882>

# 2 Extraer la cánula interna

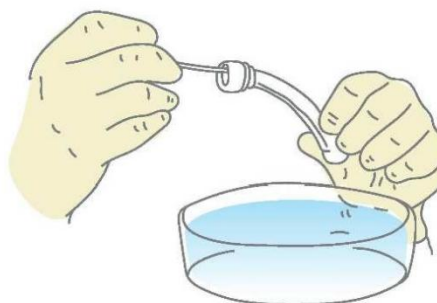
1. Sujetar con una mano la base del tubo de traqueostomía, con la otra mano, retirar la cánula interna, sin forzar.
2. Colocar otra cánula limpia y seca (si es que tiene una de repuesto).



Imágenes: <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,82882>

## 3 Limpiar la cánula interna

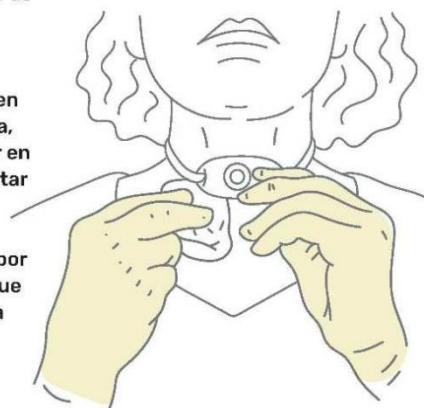
1. Proceder a limpiar la que se retiró, sumergir en la solución salina y limpiar internamente con un hisopo y/o gasa, enjuagar y verificar que no contenga residuos. Secar con gasa limpia.
2. Insertar la cánula en su lugar, si es que no colocó una de repuesto. Encajar bien, con cuidado sin forzar.



Imágenes: <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,82882>

## 4 Limpieza de la piel y base de la cánula

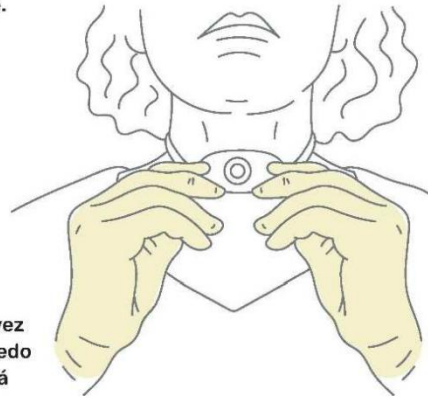
1. Retirar las gasas que se encuentran entre las aletas de agarre (base), y la piel.
2. Usar una gasa limpia, húmeda con solución salina normal. Limpiar la piel en esa zona siguiendo el orden de las manijas del reloj para no olvidar ninguna zona, luego de limpiar, secar bien de manera suave. Tener en cuenta de no usar ninguna otra solución, podría irritar esa zona.
3. Colocar gasas o una compresa de gasa precortada por debajo de la base la cánula, sobre la piel. Verificar que la gasa no tenga hilachas que puedan ingresar en la traqueostomía.



Imágenes: <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,82882>

## 5 Cambio de agarres de la traqueostomía

1. Ideal es tener una persona de apoyo para esta parte.
2. La persona de apoyo debe lavarse las manos y colocarse guantes limpios, repitiendo los pasos arriba mencionados.
3. Fijar con una mano la cánula para no se deslice hacia afuera.
4. Retirar los agarres o cintas con cuidado.
5. Colocar las ataduras nuevas, limpias y sujetarlas lo suficiente presionada para que no se mueva y a su vez no muy suelta, de modo que esté cómoda. Use un dedo entre la atadura y la piel. Tener en cuenta que si está muy apretada puede ocasionar lesiones en la piel.



## CONSIDERACIONES ESPECIALES

Para evitar problemas, no se sumerja bajo el agua (ej. piscinas) ni rocíe directamente la traqueostomía al ducharse; dirija el agua hacia la nuca o hacia su espalda.



## ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

- Se utiliza una nueva sonda para cada aspiración.
- Inicie el dispositivo de aspiración.
- Asegúrese de que el otro extremo del tubo de succión esté conectado a la fuente de aspiración.
- Compruebe que el dispositivo esté funcionando correctamente aspirando una pequeña cantidad de solución antiséptica.
- Evalúe la longitud del tubo de traqueostomía, es importante no ingresar más de la longitud de la cánula de traqueostomía.
- Ajuste el tubo de succión a la sonda o cánula a la succión de la máquina de aspiración, sin quitar el empaque.
- Use guantes estériles.
- Inserte con cuidado la sonda de aspiración a través del tubo sin succión comience la succión intermitente, tirando del tubo lenta y gradualmente. Para crear vacío, presione el extremo libre del tapón con el pulgar de vez en cuando. Este procedimiento no debería tardar más de 10 a 15 segundos.
- El número máximo de repeticiones de aspiración no debe exceder dos.

## ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

- Deseche la sonda y lave el tubo de aspiración succionando la solución antiséptica del recipiente.
- Al final del procedimiento, aspire la orofaringe con una sonda limpia.
- Cuando la sonda esté ; finalizado colocar al paciente en una posición adecuada y cómoda.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Evitar realizar la técnica tras la ingesta en el caso de pacientes con traqueostomía.
- La aspiración con tubo endotraqueal (TET) no se recomienda como procedimiento de rutina y se usa solo cuando hay secreciones presentes, ya que la aspiración repetida puede causar irritación de la mucosa, hinchazón, dolor, edema laríngeo y traumatismo.
- Mantenga una técnica estéril para todas las técnicas de aspiración de secreciones. para reducir el riesgo de infecciones como la neumonía.

Ver video en el siguiente enlace:

<https://www.youtube.com/watch?v=WkmYr7EZY2c&t=3s>

## Referencias Bibliográficas para el manual de Cuidados de Traqueostomía en casa.

1. Cuidado de su traqueostomía | Memorial Sloan Kettering Cancer Center [Internet].  
www.mskcc.org. Available from: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/caring-your-tracheostomy>
2. Smiths Medical. Un manual para el cuidado en casa de un adulto con traqueostomía [Internet]. Recuperado a partir de:  
<https://faigesco.es/wp-content/uploads/2022/11/Manual-para-el-cuidado-en-casa-de-un-adulto-con-traqueostomia.pdf>
3. Perez AE. Precauciones y cuidados de traqueostomía [Internet]. UDocz. [Citado 24 de febrero 2024]. Recuperado a partir de:  
<https://www.udocz.com/apuntes/179337/precauciones-y-cuidados-en-la-aspiracion-de-secreciones-a-traves-de-una-traqueostomia-o-tubo-orotraqueal-1>
5. Mancini,M; Turley R; Wojcik S. Limpieza de la piel y cánula interna de la traqueostomía. University of California San Diego. 2022. Recuperado a partir de:  
<https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,82882>
6. Manejo de la traqueostomía en casa [Internet]. Available from:  
[https://www.clinicadelcountry.com/sites/default/files/2023-12/V6\\_Traqueostomia%20en%20casa\\_03022022.pdf](https://www.clinicadelcountry.com/sites/default/files/2023-12/V6_Traqueostomia%20en%20casa_03022022.pdf)