



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERIA**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 55 AÑOS CON  
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**

**TUTORA:**

**DRA. VERONICA AYALA ESPARZA**

**AUTORA:**

**SANDRA LEONOR BRAVO BAYEJO**

**BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR**

**2022**

## INDICE GENERAL

### Contenido

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
TEMA DEL CASO CLÍNICO.....	III
RESUMEN .....	IV
SUMMARY .....	V
INTRODUCCIÓN .....	VI
I. MARCO TEÓRICO .....	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.2 OBJETIVOS.....	7
1.2.1 OBJETIVO GENERAL .....	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
1.3 DATOS GENERALES .....	7
II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	8
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE). .....	8
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD. (ANAMNESIS) .....	8
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	9
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS 10	
2.5 FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO.....	11
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.....	12
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	16
2.8 SEGUIMIENTO .....	17
2.9 OBSERVACIONES.....	19
CONCLUSIONES .....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21

## **DEDICATORIA**

Llena de amor y alegría y muchos sueños Dedico con todo mi corazón mi caso clínico primeramente a mi DIOS por escuchar mis oraciones y darme la fuerza necesaria y siempre cuidarme en todo el proceso para seguir adelante a mi MADRE que me ha acompañado siempre y por ser mi pilar fundamental cada día en esta etapa universitaria, a MI HIJO JAIR porque es el motivo de inspiración y fortaleza de seguir adelante en mis estudios y ser un ejemplo para el junto A MI ESPOSO que ha estado conmigo en las buenas y en las malas y me ha brindado todo su apoyo, sin ellos nada de esto sería posible, dedico mi caso clínico a mi TUTORA DRA VERONICA AYALA ESPARZA por su ayuda e impartir sus conocimientos necesarios.

**SANDRA BRAVO BAYEJO**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a DIOS por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mi objetivo y hacerlo realidad, gracias a mi MADRE por el apoyo incondicional que me brindado hasta el día de hoy, y ser una persona de bien por sus consejos y ejemplos de perseverancia

A MI HIJO Y ESPOSO por ser mi pilar fundamental para seguir adelante, Gracias a cada uno de los catedráticos por las enseñanzas a lo largo de estos años que de una u otra forma me han brindado su ayuda en esta etapa universitaria y mis más grandes agradecimientos a la DRA. VERONICA AYALA ESPARZA por sus enseñanzas en mi proceso de titulación.

**SANDRA BRAVO BAYEJO**

## **TEMA DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 55 AÑOS CON  
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**

## RESUMEN

La insuficiencia respiratoria es la incapacidad que se puede desarrollar una correcta respiración cuando sucede esta anomalía se puede retener dióxido de carbono causando una hipercapnia, cuando existe este tipo de síndrome es importante establecer un plan de tratamiento y diagnóstico definitivo de cuál es la causa o factor de riesgo.

Existen dos tipos principales de la insuficiencia respiratoria en las cuales se la puede dividir en hipoxemia e hipercapnia. La hipoxemia se define por la saturación parcial del oxígeno en la sangre por debajo del 90%, mientras se respira una fracción inspirada de oxígeno ( $FiO_2$ ), mientras la insuficiencia respiratoria hipercapnia es caracteriza por una hipoventilación alveolar,

El presente caso clínico está basado en una paciente de 55 años con insuficiencia respiratoria, el cual presentó un cuadro sintomatológico como disnea, aleteo nasal, agotamiento y tos leve desde hace más de 5 días, la disnea se presentó hace 10 horas. No presenta hipertermia, ni alteración en la presión arterial. Este estudio de caso se lo realiza basado en el objetivo general de elaborar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 55 años con insuficiencia respiratoria. Se empleó los métodos de diagnóstico, se identificó la severidad del asma bronquial y se decidió el tratamiento para la insuficiencia respiratoria.

Se empleó oxigenoterapia a alto flujo como tratamiento de la insuficiencia respiratoria, y la administración de medicamentos como la dexametasona, atrovent, y cloruro de sodio que fueron administrados mediante la nebulización para mayor efecto en la vía aérea de la paciente. Una vez realizados los tratamientos se disminuye la insuficiencia respiratoria, mejorando, la estabilidad de la paciente y la Saturación de oxígeno.

**Palabras claves:** hipoxemia, oxigenoterapia, hipertermia, Insuficiencia, hipercapnia,

## SUMMARY

Respiratory failure is the inability to develop correct breathing when this anomaly occurs carbon dioxide can be retained causing hypercapnia, when this type of syndrome exists it is important to establish a treatment plan and definitive diagnosis of what is the cause or factor risky

There are two main types of respiratory failure which can be divided into hypoxemia and hypercapnia. Hypoxemia is defined by partial saturation of oxygen in the blood below 90%, while breathing a fraction of inspired oxygen ( $FiO_2$ ), while hypercapnic respiratory failure is characterized by alveolar hypoventilation.

The present clinical case is based on a 55-year-old patient with respiratory insufficiency, who presented a symptomatological picture such as dyspnea, nasal flaring, exhaustion and mild cough for more than 5 days, the dyspnea appeared 10 hours ago. He does not present hyperthermia, nor alteration in blood pressure. This case study is carried out based on the general objective of developing the nursing care process in a 55-year-old patient with respiratory failure. Diagnostic methods were used, the severity of bronchial asthma was identified and treatment for respiratory failure was decided.

High-flow oxygen therapy was used to treat respiratory failure, and the administration of medications such as dexamethasone, atrovent, and sodium chloride were administered through nebulization for a greater effect on the patient's airway. Once the treatments have been carried out, the respiratory insufficiency is reduced, improving the stability of the patient and the oxygen saturation

**Keywords:** hypoxemia, oxygen therapy, hyperthermia, insufficiency, hypercapnia

## INTRODUCCIÓN

. La insuficiencia respiratoria es una afección grave que ocurre cuando los pulmones no pueden suministrar suficiente oxígeno a la sangre. La acumulación de dióxido de carbono también daña los tejidos y los órganos y reduce la oxigenación de la sangre, lo que reduce el suministro de oxígeno a los tejidos.

La insuficiencia respiratoria es la incapacidad para respirar, cuando esta anomalía ocurre puede retener dióxido de carbono dando lugar a una hipercapnia, este tipo de síndrome es importante para determinar el tratamiento y aclarar la causa o los factores de riesgo, es importante que los pacientes acudan a una unidad de cuidados intensivos con más control. Y tratamiento para evitar complicaciones más graves como el fallo multiorgánico.

Existen dos tipos de la insuficiencia respiratoria en las cuales se la puede dividir en hipercapnica e hipoxémica ;insuficiencia respiratoria hipercapnica se caracteriza por una hipoventilación alveolar, además de asociarse con la acidosis respiratoria, se puede ocasionar cuando existe una patología asociada a la insuficiencia respiratoria como son; neuromusculares y enfermedades pulmonares obstructiva crónica (EPOC) o se puede ocasionar por una sobredosis de fármacos y la hipoxémica se define por la saturación parcial del oxígeno en la sangre por debajo del 90%, mientras se respira una fracción inspirada de oxígeno ( $F_{iO_2}$ ).

La epidemia mundial ha desaparecido con la tasa más baja en Europa continental y un 15% en Australia, este también es conocido como uno de los síntomas más comunes y es diferente a otros síntomas como las sibilancias. La genética, junto con otros factores que pueden influir en la progresión de la enfermedad, contribuye a la progresión del asma y también puede deberse a otras causas importantes, como la obstrucción de flujo aéreo o la edematización en aumento de la actividad de los bronquios. El asma bronquial debe tratarse con broncodilatadores de acción rápida y el uso de dexametasona, atrovent y corticoide de manera inhalada mediante nebulizaciones



## I. MARCO TEÓRICO

### Definición

La insuficiencia respiratoria se define como la incapacidad o el intercambio inadecuado de gases debido al daño de uno o más componentes del sistema respiratorio. Se Puede desarrollar una inspiración y expiración correctamente, y cuando esto ocurre, se retiene el dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) causando, lo que provoca que el paciente tenga hipercapnia. En caso más grave de una insuficiencia respiratoria se debe actuar reanimando el paciente para evitar que exista una hipoxemia o hipoxia severa. (Rodríguez, 2016)

Cuando se presenta este tipo de síndrome es importante establecer un tratamiento así como diagnosticar claramente la causa o factor de riesgo, es importante llevar al paciente a la unidad de cuidados intensivos para un mejor control y tratamiento adecuado a fin de evitar complicaciones luego (Rodríguez, 2016)

### Factores de riesgos

Patologías pulmonares de base que se pueden agravar, como:

- Fibrosis pulmonar
- Enfisema pulmonar
- Bronquitis crónica
- Asma bronquial (Morante, 2015)

La insuficiencia respiratoria puede tener muchas causas, entre ellas:

- Displasia pulmonar
- Defectos cardíacos congénitos
- Pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Corcueca, 2016)

Su fisiopatología se caracteriza por una mayor incidencia de insuficiencia respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar o en pacientes neonatales con deficiencia de surfactante pulmonar, sin embargo, intervienen múltiples mecanismos, tales como: La principal patología es la insuficiencia pulmonar, alteración de la ventilación/perfusión alveolar. (Carrasco, 2016).

La hipoventilación pulmonar es una respiración superficial o lenta que no satisface las necesidades del organismo. Si una persona se hipoventila, aumentará el nivel de dióxido de carbono en el cuerpo. Esto ocasiona una acumulación de ácido y muy poco oxígeno en la sangre cuando existen patología que afectan el desempeño motor, consumo excesivo de sustancias psicotropicas, los cambios neurológicos son normales y los cambios de ventilación/perfusión son menores a uno, lo que conduce a la acumulación de ácido y muy poco oxígeno en la sangre. Se caracteriza por la incapacidad de obtener suficiente aire para mantener el dióxido de carbono normal para realizar una correcta hematosis o el intercambio de gases. (Carrasco, 2016)

Los cambios en la ventilación alveolar producen hipoxia e hipoxemia grave, lo que lleva a cambios del valor normal del dióxido de carbono. En el shunt intrapulmonar, donde se mantiene una correcta perfusión en diferentes porciones que no se encuentra oxigenado, debido que se halla flujo sanguíneo no afecta la hematosis, provocando una disminución inmediata de la presión de oxígeno a medida que aumenta la presión de dióxido de carbono. (Serrano, 2015).

## **Tipos de insuficiencia respiratoria**

Hay dos tipos de insuficiencia respiratoria: tipo 1 o normocapnia, o tipo 2 o hipercapnia. (Damont, 2015)

- El tipo 1 se define por un déficit de oxígeno con una ventilación adecuada en los pacientes que la padecen y puede hallarse una hipóxia, pero cuya presión de dióxido de carbono es igual o inferior a lo normal, insuficiencia respiratoria tipo 1 que puede convertirse en síndrome de distress respiratorio. La insuficiencia respiratoria aguda afecta el parénquima pulmonar, no puede expandirse adecuadamente, porque es más pequeño de lo normal y causa taquipnea (Damonte, 2015)
- La insuficiencia respiratoria tipo 2 es una afección en la que se reduce la ventilación en los alvéolos de los pulmones, lo que hace que la presión de dióxido de carbono sea más alta de lo normal. (Damont, 2015).

A diferencia del tipo 1, puede ocurrir hipercapnia, pero en otros casos puede no estar presente la hipoxemia, los factores desencadenantes pueden estar relacionados con el aparato respiratorio como la musculatura respiratoria y los bronquiolos. , algunos pacientes pueden desarrollar insuficiencia respiratoria tipo 1 y pueden desarrollar tipo 2 como los pacientes con asma, neumonía y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) (Amonte, 2015).

## **Diagnóstico de la insuficiencia respiratoria**

La insuficiencia respiratoria se manifiesta por muchos síntomas diferentes que causan una enfermedad grave, el diagnóstico de estos síndromes es: radiografía de tórax anteroposterior o lateral para saber si hay alguna patología, la gasometría arterial lo cual ayudar a evaluar todo los gases de la sangre. Y el hemograma para determinar si hay una infección u otras anomalías que esté causando dificultad para respirar. (Gómez, 2014)

## **Tratamiento**

El tratamiento de la insuficiencia respiratoria se aplica de forma rápida para mejorar la respiración del paciente y así evitar complicaciones que pueden derivar en una hipoxemia severa que puede derivar en afecciones en otros órganos del cuerpo. (Torre, 2015).

- Administrar oxigenoterapia de bajo o alto flujo para mejorar la oxigenación y corregir la hipercapnia en pacientes con insuficiencia respiratoria. También se recomienda la ventilación mecánica debido a sus efectos beneficiosos sobre la presión, la saturación de oxígeno y la presión de dióxido de carbono que Provoca hipercapnia y mejora aún más la fracción de oxígeno inhalado. (Torre, 2015)
- Para los pacientes con ventilación invasiva y no invasiva que no pueden expectorar secreciones si las vías respiratorias están abiertas durante la fisioterapia, se deben realizar técnicas de aspiración para mantener abiertas las vías respiratorias del paciente. (Torre, 2015).

## **Modos y Modalidad de la respiración mecánica**

La insuficiencia respiratoria a menudo requiere tratamiento ventilatorio para reducir el trabajo respiratorio y tratar la hipoxemia que la acompaña. La ventilación mecánica se divide en dos categorías: ventilación mecánica convencional, también conocida como ventilación invasiva, y ventilación no invasiva (VNI). VNI a través de la punta narigona justa o mascarilla facial se usa en casos de una exacerbación de la insuficiencia respiratoria crónica asociada con una exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Grosella, 2015)

La ventilación no invasiva suele incluir una presión positiva preestablecida durante la inhalación y una presión más baja durante la exhalación; es menos difícil

(p. ej., neumonía nosocomial) en comparación ventilación mecánica invasiva. (Padilla, 2016)

## **1.1 JUSTIFICACIÓN**

Este caso representa un estudio muy importante e interesante, porque sabiendo cómo vivir con esta enfermedad, qué tratamientos aplicar, qué hacer para evitar la recurrencia y las complicaciones, evitando así la hospitalización, podemos señalar cómo ha mejorado la situación de este paciente. Calidad de su enfermedad. Tratamiento Vida y Salud se basa en una paciente de 55 años con insuficiencia respiratoria que puede derivar en hipoxemia severa y cuya enfermedad fue tratada con éxito inmediato, basado en el objetivo general de Elaborar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 55 años con insuficiencia respiratoria con el fin de mejorar la salud de la paciente.

La insuficiencia respiratoria es un cuadro que incluye diferentes características sintomáticas que tienen muchas cosas en común y tienen diferentes orígenes, lo que proporciona las referencias necesarias para determinar la causa de la insuficiencia respiratoria. En la medicina actual, puede ser causado por una exacerbación de una enfermedad pulmonar crónica, en la que las vías respiratorias se obstruyen por diversos motivos, definidos como la incapacidad de inhalar y exhalar adecuadamente cuando se presenta este síndrome, y la retención de dióxido de carbono provocando la hipercapnia en la paciente tenga mucha dificultad para respirar, en casos severos, se debe proceder de inmediato para restablecer los signos vitales de la paciente

En el Ecuador no se han realizado estudios que se haya echo y se defina un cuadro clínico establecido para el tratamiento eficaz, por lo que se tiene que efectuar una investigación más profunda y detallada sobre estudio de insuficiencia respiratoria.

Para la realización de este caso clínico se utilizó información de la historia clínica de la paciente ingresada en la casa de salud, donde presentó sus síntomas y estado clínico

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Elaborar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 55 años con insuficiencia respiratoria.

### 1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una valoración exhaustiva de acuerdo a los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Establecer diagnósticos de enfermería bajo la taxonomía Nanda, Nic y Noc.
- Aplicar un plan de cuidados de enfermería de acuerdo a las necesidades de la paciente.

## 1.3 DATOS GENERALES

<b>NOMBRES:</b>	XXXXXX
<b>APELLIDOS:</b>	XXXXXXX
<b>EDAD:</b>	55 AÑOS
<b>GENERO:</b>	FEMENINA
<b>OCUPACION:</b>	AMA DE CASA
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	20 DE FEBRERO DE 1967
<b>ESTADO CIVIL:</b>	SOLTERA
<b>RESIDENCIA:</b>	QUEVEDO, LOS RIOS, ECUADOR

## II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).

Paciente de 55 años que acude a la casa de salud por emergencia por cuadro clínico severo, disnea, aleteo nasal, debilidad y tos leve más de 5 días de evolución y disnea de 10 horas antes. No desarrolló hipertermia, ni hipotensión ni hipertensión arterial, y se investigó la historia clínica de la paciente y sus familiares para determinar la etiología o el origen.

- Antecedentes patológicos de la paciente: hipertensión no refiere y bronquitis aguda diagnosticada hace 6 años
- Antecedentes quirúrgicos: sin cirugía.
- Antecedentes patológicos de su familia: su madre es hipertensa y su padre dejó el tabaquismo hace 7 años

### 2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD. (ANAMNESIS)

El bienestar de la paciente se debió a la aparición de disnea y al desarrollo de otros síntomas graves, como tos leve y secreción, en las 20 horas previas a su llegada a la casa de salud. La paciente tenía malos hábitos como el tabaquismo pueden ser los causantes de la mencionada enfermedad

#### SIGNOS VITALES

- **Frecuencia cardíaca** :100lpm,
- **Frecuencia respiratoria**: 26 rpm,
- **Presión arterial**: 125/80 mmHg,
- **Saturación de oxígeno**: 80%,
- **Temperatura corporal** : 36.5.°C.



### 2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

- **Cráneo:** Normocefalico, móvil y simétrico
- **Cervical:** Sin anomalías
- **Tórax:** simétrico, palpación adecuada.
- **Campo pulmonar:** los ronquidos y las sibilancias se producen en ambos campos pulmonares

### VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

**Patrón 1. Percepción de la salud:** paciente con estado de salud irregular, familiar de la paciente refiere que consume tabaco desde hace 2 años

**Patrón 2. Nutrición:** familiar refiere que su hermana lleva una buena alimentación.

**Patrón 3. Eliminación e intercambio:** Paciente refiere hacer sus necesidades biológicas normales.

**Patrón 4. Actividad y reposo:** Paciente no tiene actividad física, al momento se encuentra con oxigenoterapia.

**Valoración respiratoria:** saturación de 80%

**Valoración cardiocirculatoria:** taquicardia de 100 latidos por minuto

**Patrón 5. Sueño / descanso:** paciente no puede conciliar el sueño

**Patrón 6. Percepción y cognición:** Paciente por el cuadro clínico de a disnea, se le complica mantener un dialogo.

**Patrón 7. Auto percepción:** paciente refiere recuperarse pronto, se siente intranquila por su estadía hospitalaria.

**Patrón 8. Rol/relaciones:** Se encuentra hospitalizada en compañía de su hermana, refiere mantener una buena relación.

**Patrón 9. Sexualidad:** patrón sin ninguna alteración

**Patrón 10.- afrontamiento y tolerancia al estrés:** paciente llega en compañía de su familiar, se la ve irritable, ansiosa debido al cuadro clínico que presenta.

**Patrón 11. Valores / creencias:** Paciente refiere que es de religión católica.

### **PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS**

- Patrón 5. Sueño / descanso
- Patrón 1. Percepción de la salud
- Patrón 4. Actividad y reposo
- Patrón 6. Percepción y cognición
- Patrón 7. Autopercepción:
- Patrón 10.- afrontamiento y tolerancia al estrés

## **2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS**

Se realizan exámenes de laboratorio a la paciente de 55 años con insuficiencia respiratoria, pulsioximetría, una radiografía de tórax, gasometría, y biometría.

### **Pulsioximetría de pulso**

Saturación de oxígeno: 80%

### **Radiografía de tórax**

- Sin presencia de infiltraciones, ni nódulos.
- Presencia de secreciones condensadas
- Línea diafragmática levemente distorsionada
- Hiperinflación pulmonar
- Línea de costillas horizontalizadas

- No refiere dilatación aórtica

#### **Biometría**

- Glóbulos rojos: 5.1 millones/mm<sup>3</sup>
- Glóbulos blancos: 10.3 millones/mm<sup>3</sup>
- Linfocitos: 28%
- Basófilos: 3%
- Monocitos: 8%
- Eosinófilos: 4%
- Hemoglobina: 17%
- Hematocrito: 53%

#### **Gasometría Arterial**

- Ph: 7.39
- Bicarbonato: 24 mEq/L
- PaO<sub>2</sub>: 85 mmHg
- PCO<sub>2</sub>: 43 mmHg
- Ácido-base: 2.0 mEq/L

### **2.5 FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO.**

- **Diagnóstico Presuntivo:** Insuficiencia respiratoria por neumonía
- **Diagnóstico Diferencial:** Insuficiencia respiratoria por intoxicación
- **Diagnóstico Definitivo:** Insuficiencia respiratoria por asma bronquial.

## 2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.

### Procedimientos a realizar.

Una vez ingresada la paciente a la unidad hospitalaria se procede a realizar un dialogo con el familiar de la paciente para ver cuáles son los posibles factores que desencadena la enfermedad, en lo cual la hermana manifiesta que la paciente tiene hábitos de ser fumadora desde hace 2 años atrás, además los diferentes exámenes complementarios realizados se pudo comprobar el diagnóstico definitivo de asma bronquial severa que provoca la insuficiencia respiratoria ocasionando la desaturacion de oxígeno los procedimientos a realizar para el tratamiento son, oxigenoterapia a alto flujo, pulsioximetría, nebulización y fisioterapia respiratoria

**Oxigenoterapia:** Se administra oxígeno humidificado a un bajo flujo de 9 litros por minuto para lograr una mejor saturación arterial, evitando la hipoxia, mediante el sistema Venturi.

- **Pulsioximetría:** Se utilizó un pulsímetro para medir los niveles de oxígeno para obtener información esencial sobre el contenido de oxígeno en su sangre y evitar la desaturación.

- **Nebulizador:** El nebulizador se usa para administrar medicamentos que ayudan a aliviar los síntomas causados por el asma bronquial. Se pueden usar medicamentos que son beneficiosos para el paciente, como broncodilatadores y corticoides. La nebulización convierte al medicamento en partículas muy pequeñas que pueden llegar a los alvéolos de los pulmones.

- **Inhalador dosificador:** También conocido como IDM en concepto inglés, consiste en un dispositivo fácil de usar, de tamaño regular que facilita la

administración de fármacos gracias al control de dosis y a que los cartuchos se pueden ajustar cuando se presionan correctamente. El medicamento se administra a través de las vías respiratorias.

**NANDA:** 00032  
**NOC**0410  
**NIC:** 3320

**Dominio 4:** Actividad y reposo    **Clase 4.** Respuestas cardiovasculares pulmonares  
**Etiqueta.** 00032    **Dx:** patrón respiratorio ineficaz



**R/C:** insuficiencia respiratoria

**E/P:** disnea, tos , taquipnea

M  
E  
T  
A  
S

**DOMINIO II:** Salud fisiológica



**CLASE E :** cardiopulmonar



**ETIQUETA 0410:** Estado respiratorio – permeabilidad de las vías respiratorias

**CAMPO 2:** Fisiológico complejo

**Clase K:** Control Respiratorio

**ETIQUETA 3320:** oxigenoterapia

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

#### ESCALA DE LIKERT

Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	1	2	3	4	5
Tos			x		
Capacidad de eliminar secreciones			x		
Frecuencia respiratoria			x		
Aleteo nasal				x	

#### ACTIVIDADES

- Control de signos vitales
- Mantener permeabilidad de las vías aéreas
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia .
- Observar la ansiedad de la paciente relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia.



**NANDA:** 00228  
**NOC:** 0408  
**NIC:** 3350

**Dominio 4:** Actividad y reposo **Clase 4.** Respuestas cardiovasculares pulmonares  
**Etiqueta.** 00228 **Dx:** riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

M  
E  
T  
A  
S

R/ C: Tabaquismo, antecedentes de bronquitis hace 7 años

E/P: Tos , disnea,

**DOMINIO II:** Salud fisiológica

**ESCALA DE LIKERT**  
Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	1	2	3	4	5
Saturación de oxígeno			x		
Ritmo respiratorio			x		
Frecuencia respiratoria			x		

**CLASE E :** cardiopulmonar

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**ETIQUETA 0408:** Perfusión tisular pulmonar

**CAMPO 2:** Fisiológico complejo

**ETIQUETA 3350:** Monitorización respiratoria

**ACTIVIDADES**

- Control de signos vitales
- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones
- Vigilar las secreciones respiratorias de la paciente.
- Observar la presencia de disnea y los factores que la mejoran y empeoran.
- Anotar, aparición, característica y duración de la tos.
- Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea.

## **2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

El siguiente estudio de caso lo relacione con la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas donde engloba que los profesionales de enfermería como función primordial es la de asistir a el individuo, sano, enfermo a ayudar a realizar sus actividades, con la finalidad de restaurar y mantener su salud desde el inicio hasta el fin de la misma, además de la seguridad, confianza que demos brindarle para una buena recuperación.

Se aplicó un plan de cuidados de enfermería, en relación a esta teoría de suplencia o ayuda, teniendo en cuenta a el rol importante que juga el profesional de enfermería para mejorar la salud de la paciente, además se le explico cada uno de los cuidados que ella debe llevar después de su alta hospitalaria.



## 2.8 SEGUIMIENTO

La paciente fue seguida dentro de los 6 días siguientes a la fecha de ingreso, iniciándose ingreso de urgencia en el Centro Médico. La duración de la estancia hospitalaria se detalla a continuación.

La paciente de 55 años con disnea acude al servicio de emergencia de una casa de salud con síntomas clínicos severos, signos vitales levemente alterados y fuera del rango normal: frecuencia cardíaca 102/min, frecuencia respiratoria 26/min, presión arterial. 125/80 mmgh, temperatura de saturación de oxígeno 80%, temperatura corporal 36,5°C.

El médico de turno informó a sus familiares sobre la necesidad de internar a la paciente en el hospital para una mejor atención y determinar la causa de la insuficiencia respiratoria del paciente.

Se realizó un examen físico adicional sin encontrar anomalías ni novedades en la auscultación, ronquidos y sibilancias, y se le proporcionó a la paciente 5 litros de oxígeno humidificado por minuto con mascarilla.

Después de que la paciente ingresa al departamento de emergencias, se realizan varios exámenes de seguimiento para establecer el diagnóstico final de la causa de la insuficiencia respiratoria de la paciente. Se realizaron biometría, gasometría y radiografía de tórax, y los resultados fueron los siguientes:

### **Biometría y Gasometría**

- **Glóbulos rojos:** 5.1 millones/mm<sup>3</sup>
- **Glóbulos blancos:** 10.3 millones/mm<sup>3</sup>
- **Linfocitos:** 28%
- **Basófilos:** 3%
- **Monocitos:** 8%
- **Eosinófilos:** 4%
- **Hemoglobina:** 17%

- **Hematocrito:** 53%
- **PaO<sub>2</sub>:** 85 mmHg
- **PCO<sub>2</sub>:** 43 mmHg
- **Ácido-base:** 2.0 mEq/L
- **Ph:** 7.39
- **Bicarbonato:** 24 mEq/L
- **SaTO<sub>2</sub>:** 80%

### **Radiografía de tórax**

- No refiere dilatación aórtica.
- Línea diafragmática normal
- Sin presencia de infiltraciones, ni nódulos

Después de examinar, el médico concluyó que la paciente tenía asma bronquial, la principal causa de la insuficiencia respiratoria de la paciente, el ataque de asma causó broncoconstricción severa, la paciente tenía disnea, aleteo nasal y presentaba taquipnea, Además de dexametasona y mucolíticos, el médico de guardia administró inmediatamente terapia inhalatoria con 10 gotas de atrovent en 4 ml de cloruro de sodio.

La paciente mostró signos de mejoría al cuarto día de ingreso en el servicio de hospitalización, reducción del flujo de oxigenoterapia para evaluar sus valores gasométricos y saturación de oxígeno, se cambió a cánula nasal de 3 litros por minuto, y continúa administrando medicación de inhalación para la terapia respiratoria. Para evaluar los pulmones para la auscultación, se debe tomar una radiografía de tórax, donde no se escuchó sin roncus ni sibilancias de ambos pulmones.

Al hacer las pruebas, la paciente dijo que los resultados eran normales, la saturación de oxígeno era del 99%, el médico ordenó suspender la oxigenoterapia y continuar el tratamiento con inhalación del medicamento prescrito, el hemograma los resultados son normales sus signos vitales igualmente. Se

corrigió una, hipercapnia leve que padecía. El médico le indicó la posibilidad de darle el alta, pero recomendó medicamento y terapia respiratoria ambulatoria en la casa de salud asistencial

El médico de turno le indica el alta médica a la paciente con asma bronquial que padeció insuficiencia respiratoria aguda y se corrigió a tiempo, le prescriben citas cada 23 días para evaluar su estado asmático, inhala terapia cada 10 días en la casa de salud, se le explica a la paciente dejar sus hábitos de tabaquismo y alcoholismo, reemplazando la nicotina por otros suplementos. Se le explica además una dieta saludable, baja en grasas.

## **2.9 OBSERVACIONES**

- Se aconseja a la paciente que deje de fumar y de beber alcohol, que contribuyen al desarrollo del asma, y que sigan una dieta baja en grasas.
- Recetar medicamentos para ayudar a tratar el asma bronquial y administrar oxigenoterapia para prevenir complicaciones graves en una paciente de 55 años con hipoxia grave.
- El método diagnóstico utilizado en el paciente permite el diagnóstico definitivo de esta patología que conduce a insuficiencia respiratoria aguda, es decir, asma bronquial.

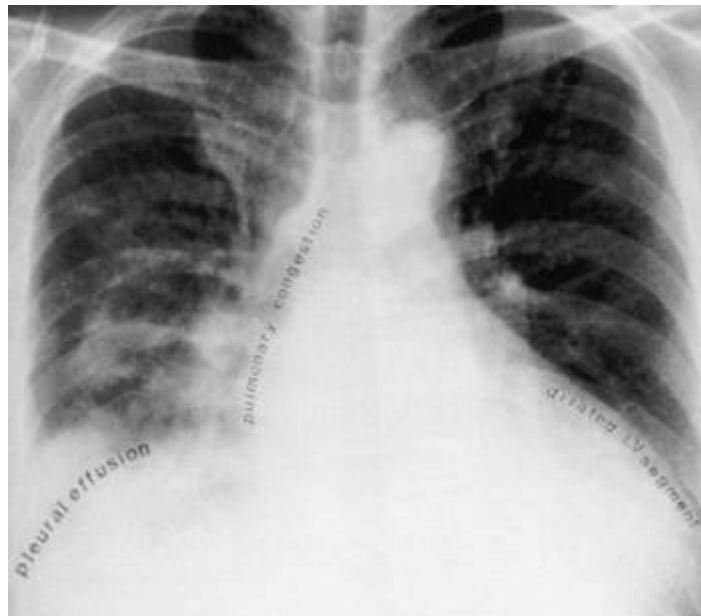
## CONCLUSIONES

- Durante el curso del caso clínico se identificó la patología subyacente de la insuficiencia respiratoria la cual era el asma bronquial, y así poder emplear un tratamiento eficaz como la oxigenoterapia a bajo flujo (3 lt/min) que fue necesario en la respiración de la paciente y así evitando complicaciones como la hipoxia e hipoxemia que se podía presentar y producir un fallo multiorgánico...
- A través de la valoración de enfermería de los patrones funcionales de Maryory Gordon se pudo identificar los patrones alterados y de esa forma establecer diagnósticos de enfermería mediante la taxonomía nanda, nic y noc con el objetivo de aplicar cuidados de enfermería para el bienestar de la paciente. Además, se realizaron exámenes complementarios como hemograma, radiografía, gasometría que fueron esenciales en obtener la información necesaria de la causa de la insuficiencia respiratoria que se presentó en la paciente de 55 años de edad.
- Los procedimientos utilizados que se le empleó a la paciente con insuficiencia respiratoria fueron la nebulización y la fisioterapia, que son importantes para la recuperación del paciente cuales y acortar sus días de hospitalización en la casa de salud asistencial, los fármacos que se le administraron en la inhalo terapia fueron el atreven y dexametasona junto a cloruro de sodio al 0.9%.

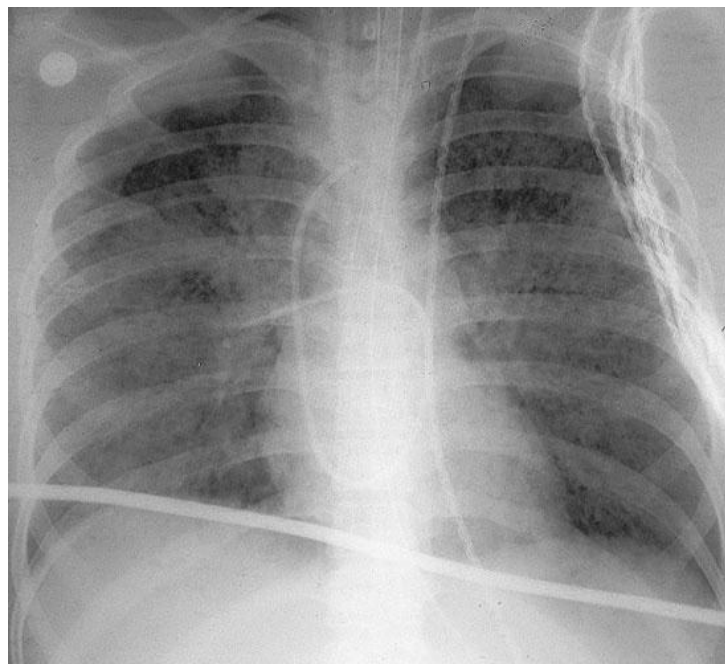
## BIBLIOGRAFÍA

- Morante, F. (2015). Factores de riesgos de la insuficiencia respiratoria. *Emergencias Médicas*, 5-75.
- C Robles, T. (2016). Asma ocupacional y su prevalencia. *SEPAR Sociedad Española de Neumología y Cirugía*, 4-42.
- . Burrows B, Knudson RJ, Camilli AE, Lyle SK, Lebowitz MD. The horse racing effect and predicting decline in forced expiratory volume in one second from screening spirometry. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135: 788-96
- Corcueta, P. (2016). Patologías pulmonares causantes de la insuficiencia respiratoria. *ELSEVIER, España*, 47-52.
- Gómez, A. (2014). Insuficiencia respiratoria aguda, diagnósticos. *Manual de residente de urgencias*, 94-112.
- Man WD, Polkey MI, Donaldson N, Gray BJ, Moxham J. Community pulmonary rehabilitation after hospitalisation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: randomised controlled study. *BMJ* 2004; 329 (7476): 1289.
- Padilla, M. (2016). La ventilación mecánica no invasiva como tratamiento de la insuficiencia respiratoria. *SEPAR*, 56-89.
- Torres Puente Maéstu L, Arnedillo Muñoz A, García de Pedro J. Insuficiencia respiratoria aguda. Clasificación y mecanismos fisiopatológicos. *Medicine* 1997; 7(36): 1.569-73.
- Paylos JM, Álvarez JA. Estudio gasométrico en la insuficiencia respiratoria.
- Sobradillo V, Vara F, Pac J, Camino J, Pascal I, Rojo R. *Manual de Neumología y Cirugía Torácica*. Editores Médicos S.A.; 1997
- Agresta, M. (2015). Insuficiencia respiratoria, Ventilación mecánica como tratamiento. *Revista de la facultas de ciencias médicas, España.*,
- Damonte, B. (2015). Clasificación de la insuficiencia respiratoria. *Medicina*

## ANEXOS



Radiografía de tórax afectado a la paciente de 55 años con insuficiencia respiratoria a causa de asma bronquial.



Radiografía de tórax a la paciente de 55 años con insuficiencia respiratoria a causa de asma bronquial





## Document Information

---

Analyzed document	UTB INTRODUCCION.docx (D130614281)
Submitted	2022-03-16T23:26:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	sandravobayejo@outlook.es
Similarity	10%
Analysis address	vayala.utb@analysis.arkund.com

## Sources included in the report

---

<b>SA</b>	<b>-KAREN MORENO ROMERO PROYECTO DE INVESTIGACION-.docx</b> Document -KAREN MORENO ROMERO PROYECTO DE INVESTIGACION-.docx (D110256285)	 <b>1</b>
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / Caso clínico César Ch..docx</b> Document Caso clínico César Ch..docx (D78672834) Submitted by: fatymp@hotmail.com Receiver: fmedina.utb@analysis.arkund.com	 <b>3</b>
<b>W</b>	URL: <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9806/E-UTB-FCS-TERRE-000130.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9806/E-UTB-FCS-TERRE-000130.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a> Fetched: 2022-03-17T01:51:05.9670000	 <b>3</b>
<b>SA</b>	<b>Caso clínico César Chacón.docx</b> Document Caso clínico César Chacón.docx (D110321602)	 <b>3</b>



El presente documento es firmado digitalmente por:  
**VERONICA  
ALEXANDRA AYALA  
ESPARZA**