



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**

**Dimensión Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciada en Enfermería**

**TEMA DEL CASO CLINICO**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**

**AUTOR**

Delia Fernanda Cedeño Simaleza

**TUTOR**

Dra. María Eugenia Rojas Machado

**Babahoyo – Los Ríos – Ecuador**

2020

## ÍNDICE GENERAL

<b>TITULO DEL CASO CLINICO</b> .....	I
<b>RESUMEN</b> .....	II
<b>ABSTRACT</b> .....	III
<b>INTRODUCCION</b> .....	IV
<b>I. MARCO TEORICO</b> .....	1
1.1 Justificación .....	7
1.2 Objetivos .....	8
1.2.1 Objetivo General .....	8
1.2.2 Objetivos Específicos .....	8
1.3 Datos Generales .....	9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente .....	10
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis) .....	11
2.3 Examen Físico (Exploración clínica) .....	11
2.4 Información de exámenes complementarios realizados .....	15
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial .....	16
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar .....	16
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales .....	21
2.8 Seguimiento .....	22
2.9 Observaciones .....	24
<b>CONCLUSIONES</b> .....	25
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	26
<b>ANEXOS</b> .....	27

**TITULO DEL CASO CLINICO**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 81 AÑOS DE  
EDAD CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**

## RESUMEN

La Insuficiencia Respiratoria Aguda es una de las causas principales de mortalidad en casas de salud debido a la complejidad de sus signos y síntomas como a la afectación al sistema nervioso central y neurológico del paciente en base a la falta de oxígeno en la sangre por que no se da el intercambio gaseoso de manera correcta en el proceso respiratorio a nivel de los pulmones.

El presente caso clínico tiene como propósito aplicar un proceso de atención de enfermería en un paciente de 81 años de edad con Insuficiencia Respiratoria Aguda en el área de Emergencia del Hospital General San Francisco de Quito. Se realiza una valoración priorizando los signos y síntomas primordiales que presenta el paciente y establecer los cuidados de enfermería específicos para resolver los problemas presentes en el paciente y mejorar su estado de salud llevando una evaluación de los cuidados aplicados en el paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda.

Mediante la valoración óptima en el paciente se pudo lograr una estabilidad en su estado de salud aplicando las intervenciones de enfermería adecuadas, una atención completa e individualizada y tratamiento con la ventilación mecánica no invasiva y farmacoterapia correcta, también manteniendo una educación a los familiares sobre la importancia del cuidado en el paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda.

Para mejorar el estado de salud del paciente se debe seguir un protocolo de cuidados y así evitar complicaciones que pueden afectar a la vida del paciente.

**Palabras claves:** Insuficiencia Respiratoria Aguda– Enfermería- Cuidados – Ventilación Mecánica no invasiva

## ABSTRACT

Acute Respiratory Insufficiency is one of the main causes of mortality in health homes due to the complexity of its signs and symptoms as well as the affectation of the central nervous and neurological system of the patient based on the lack of oxygen in the blood because it is not gaseous exchange occurs correctly in the respiratory process at the level of the lungs.

The purpose of this clinical case is to apply a nursing care process in an 81-year-old patient with Acute Respiratory Failure in the Emergency area of the General Hospital San Francisco de Quito. An assessment is carried out prioritizing the primary signs and symptoms presented by the patient and establishing specific nursing care to solve the problems present in the patient and improve their health, leading an evaluation of the care applied to the patient with Acute Respiratory Failure.

Through the optimal assessment of the patient, stability in their health status could be achieved by applying the appropriate nursing interventions, a complete and individualized care and treatment with non-invasive mechanical ventilation and correct pharmacotherapy, also maintaining an education to the relatives on the Importance of care in the patient with Acute Respiratory Failure.

To improve the patient's health, a care protocol must be followed and thus avoid complications that can affect the patient's life.

**Key words:** Acute Respiratory Failure - Nursing - Care - Non-invasive Mechanical Ventilation

## INTRODUCCION

La siguiente investigación está dirigida a la Insuficiencia Respiratoria Aguda se puede determinar como el aporte deficiente de oxígeno o la eliminación inapropiada de dióxido de carbono a nivel de los tejidos. A nivel de los pulmones esta representa la incapacidad que tiene el sistema respiratorio de afrontar a las necesidades metabólicas del organismo y la eliminación del anhídrido carbónico. (Dueñas Castell Carmelo, 2016)

La insuficiencia respiratoria aguda se puede dar por dos alteraciones diferentes que están pueden presentar signos y síntomas diferentes como la Hipercapnia que puede darse manifestaciones como desorientación, obnubilación, taquicardia, hipertensión arterial, hipotensión y bradicardia; en la Hipoxemia se da entonces manifestaciones como disnea, taquipnea, cianosis, taquicardia, agitación, pulso paradójico. (Arnedillo Muñoz, Garcia Polo, & López-Campos Bodineau, 2005)

El presente caso clínico trata de un paciente de 81 años de edad diagnosticado con Insuficiencia Respiratoria Aguda en el Hospital San Francisco de Quito debido a la valoración de acuerdo a las manifestaciones que presentaba como disnea, cianosis, fatiga, tos, y alza térmica.

El manejo de pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda debe ser primordialmente atendidos en Unidad de Cuidados Intensivos dependiendo la gravedad del caso para brindar así una atención optima al paciente con los cuidados específicos y el tratamiento adecuado como es la oxigenoterapia y así llevar a mejorar el estado de salud del paciente de manera eficiente y eficaz ya que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en adultos mayores en la estancia hospitalaria.

## I. MARCO TEORICO

### **Insuficiencia Respiratoria Aguda**

La insuficiencia respiratoria aguda es la incapacidad que tiene el aparato respiratorio en los alveolos de los pulmones cumplir una de las funciones básicas que es el intercambio gaseoso de Oxígeno y Dióxido de carbono en la sangre, como a nivel de las células de los tejidos no se da aportación de Oxígeno y la eliminación correcta del Dióxido de carbono al exterior. (Guitierrez Muñoz, 2010)

En la insuficiencia respiratoria se da una disminución del valor en sangre arterial de la presión parcial de Oxígeno menor a 60mmHg (Hipoxemia) y también puede relacionarse con hipercapnia que es el aumento de la presión parcial arterial de Dióxido de Carbono igual o mayor a 50mmHg. (Estrella Cazalla, Tornero Molina, & Leòn Ortiz, 2011)

### **Fisiopatología**

En la insuficiencia respiratoria aguda esta se da por 4 causas que estas son de origen fisiopatológico y clínicamente presentes por una hipoxemia y estos son:

**Disminución de la presión parcial de oxígeno en el aire inspirado:** Esta se presenta cuando existe situaciones de altitud ya que puede existir una disminución de la presión barométrica y de la presión parcial de oxígeno al aire ambiente y también involucra una disminución de la presión parcial de oxígeno arterial. (Arnedillo Muñoz, Garcia Polo, & López-Campos Bodineau, 2005)

También se puede ver afectado este mecanismo fisiopatológico cuando el oxígeno se mezcla con las concentraciones de otro gas que puede ocurrir en minas por presencia de bolsas de monóxido de carbono o metano en ocasiones cuando el oxígeno es consumido por fuego y en todas estas causas pueden llevar a padecer de una hipoxemia que conllevan a una hiperventilación y dando como

resultado una hipocapnia. (Arnedillo Muñoz, Garcia Polo, & López-Campos Bodineau, 2005)

**Hipoventilación:** Esta se presenta cuando existe una elevación de Dióxido de Carbono ya que el sistema respiratorio no brinda la eliminación correcta de los gases derivados del metabolismo. Se debe a que la PaCO<sub>2</sub> aumenta, la ventilación también debe aumentarse para mantener una PaCO<sub>2</sub> estable.

Al aumentarse la PaCO<sub>2</sub> se da por consecuencia de la disminución de la ventilación alveolar, como segundo lugar la disminución de la cantidad de oxígeno en los alveolos da como resultado una hipoxemia. (C. Carpio & Fernández Bujarrabal, 2010)

**Alteración de la difusión:** Esta alteración se puede presentar cuando existe un tipo de tejido fibroso o presencia de edema en el epitelio alveolar y endotelio capilar que es el que está formado el alveolo capilar de los pulmones y esta se define como difusión alveolo capilar de oxígeno cuando no existe el pasó de partículas de oxígeno de la estructura alveolar al sanguíneo y esto comúnmente se da cuando presentan enfermedades intersticiales como puede ser la fibrosis pulmonar y como resultado se presenta una hipoxemia asociado a una hipocapnia. (C. Carpio & Fernández Bujarrabal, 2010)

**Alteración de la relación ventilación perfusión:** Se da principalmente a causa de una hipoxemia y esta se da por presencia de mecanismos con relación ventilación perfusión infinita, que se da por ausencia de la perfusión de un alveolo ventilado que da como resultado al espacio muerto alveolar. (C. Carpio & Fernández Bujarrabal, 2010)

**Cortocircuito izquierda-derecha o shunt:** Es una alteración que se presenta cuando los alveolos capilares no están receptando ventilación, pero si perfusión



en base a la relación ventilación/perfusión baja. (C. Carpio & Fernández Bujarrabal, 2010)

### **Manifestaciones Clínicas**

Los signos y síntomas de la Insuficiencia respiratoria Aguda se dan por las dos clasificaciones como es la Hipoxemia y la Hipercapnia.

Entre los signos y síntomas que se puede identificar en paciente con Insuficiencia respiratoria aguda en Hipoxemia son: Confusión, alteración de la personalidad, inquietud, disnea o taquipnea, cianosis, palpitaciones taquicardia, hipertensión o hipotensión, fallo ventricular, convulsiones e incluso llegar al coma del paciente.

A diferencia de los signos y síntomas que se pueden evidenciar en una Hipercapnia son: Cefalea, papiledema, mioclonia y temblores a nivel muscular, diaforesis, arritmias, miosis e incluso presentar manifestaciones clínicas con la Hipoxemia. (Dr. Alexei Ortiz Milán, 2005)

En la valoración en un paciente para diagnosticarlo con Insuficiencia respiratoria aguda se evalúa los signos de alarma que puede presentar como es en el aspecto general, estado mental del paciente mediante escalas, frecuencia y ritmo respiratorio, trabajo de los músculos accesorios de la respiración, fatiga muscular e inestabilidad hemodinámica. (Dr. Alexei Ortiz Milán, 2005)

### **Diagnostico**

**CLINICA:** Se puede sospechar de la presencia de una Insuficiencia Respiratoria Aguda por presentar síntomas y signos como la hipoxemia o hipercapnia referente a presencia en pacientes que se encuentran diagnosticados de enfermedades pulmonares agudas o crónicas agudizas o procesos extra pulmonares agudos o

crónicos agudizados que desencadenan a padecer de Insuficiencia Respiratoria Aguda.

A veces la presencia de manifestaciones clínicas agudas hace suponer la existencia de Insuficiencia Respiratoria Aguda como son la disnea, dolor torácico agudo, hemoptisis entre otros. (Arnedillo Muñoz, Garcia Polo, & López-Campos Bodineau, 2005)

**GASOMETRIA ARTERIAL/ PULSIOXIMETRIA:** La gasometría arterial es la prueba esencial para poder confirmar el diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Aguda, esta puede también informar el grado de complicación de la misma como el si existe hipercapnia o alteraciones del equilibrio acido-base.

La pulsioximetria es un procedimiento no invasivo que permite detectar la saturación arterial de oxígeno SatO<sub>2</sub> y su monitorización continua.

En condiciones normales una saturación de oxígeno del 90% corresponde a 60mmHg de presión parcial arterial de Oxígeno. Hay que tener en cuenta la forma de la curva de saturación de hemoglobina ya que esta varía según el grado de relación entre la Hemoglobina y el Oxígeno, que esta se puede afectar por los cambios de temperatura, acidez del medio, concentración intraeritrocitaria de 2,3 difosfoglicerato y la tensión de CO<sub>2</sub>. La hipercapnia, la acidosis, y la hipertermia causan una desviación de la curva de hemoglobina hacia la derecha por la preferencia de la Hemoglobina por el oxígeno desciende y se facilita su libertad a los tejidos. (Arnedillo Muñoz, Garcia Polo, & López-Campos Bodineau, 2005)

**RADIOGRAFIA DE TORAX:** Método de estudio que se utiliza para diagnosticar la Insuficiencia Respiratoria Aguda.

El diagnóstico primario de la radiografía de tórax permite tener una evidencia de otros diagnósticos de patologías pulmonares. En una radiografía de tórax normal en pacientes con Insuficiencia respiratoria aguda se puede descartar otro tipo de patologías diferenciales que se pueden sospechar al inicio de la valoración que

también pueden ocasionar una IRA como puede ser el asma y el trombo embolismo. (Bula & Zapata Oquendo, 2012)

## **Tratamiento**

El principal objetivo de las medidas de apoyo para la Insuficiencia Respiratoria Aguda son lograr tener valores aceptables de oxigenación arterial retirando la PaO<sub>2</sub> de la zona peligrosa de la curva de saturación de la hemoglobina alcanzando valores de PaO<sub>2</sub> mayor a 60-65 mmHg y saturaciones de hemoglobinas mayor a 90-92% con valores aceptables de ventilación alveolar que puede presentar los diferentes pacientes dependiendo de su sintomatología. (Ferrer, 2001)

Para mejorar el estado de salud del paciente se debe seguir un proceso adecuado para mejorar el mecanismo ventilatorio siguiendo medidas generales como:

- Garantizar una vía aérea permeable.
- Colocar al paciente en posición semifowler
- Monitorización de signos vitales a cada hora
- Colocar Vía periférica
- Control de diuresis del paciente (Ferrer, 2001)

**Oxigenoterapia:** Es un método de administración de oxígeno que se puede dar por ventilación mecánica no invasiva como ventilación mecánica invasiva.

En la insuficiencia respiratoria aguda se utiliza en la mayoría de los casos como tratamiento óptimo la ventilación mecánica no invasiva que se da a través de gafas nasales, mascarilla facial, ventimask, mascarilla con reservorio. (Dr. Alain F. Morejón Giraldoni, 2006)

**Ventilación Mecánica no Invasiva:** Es un tipo de terapia que se la utiliza en servicio de urgencia que ha dado resultados positivos para el tratamiento de la IRA.

Esta tiene una efectividad del 80 al 85% dando como resultados a mejorar el pH en la sangre, reducir los niveles de PaCO<sub>2</sub>, mejorando la disnea en el paciente haciendo que el paciente llegue a tener pocos días de estancia hospitalaria. También es una terapia que tiene menor riesgo de mortalidad. (Casas Quiroga, Contreras Zúñiga, Zuluaga Martínez, & Mejía Mantilla, 2008)

Es indicada en pacientes que presenten:

- Dificultad respiratoria severa o moderada, y esta utilice los músculos accesorios de la respiración.
- En una acidosis respiratoria leve que presente valores de pH entre 7.25-7.30 y signos de hipercapnia con un PaCO<sub>2</sub> de 45 – 60 mmHg.
- Frecuencia respiratoria y están sean mayor a 30 respiraciones por minuto. (Casas Quiroga, Contreras Zúñiga, Zuluaga Martínez, & Mejía Mantilla, 2008)

## **1.1 Justificación**

El presente caso clínico se basa sobre la Insuficiencia Respiratoria Aguda en adulto mayor que se determina como el deterioro del intercambio gaseoso pulmonar que se puede dar debido a cualquier alteración de los elementos que compone el sistema respiratorio y esta es una de las principales causas de morbilidad y alto índice de ingresos al área de Cuidados Intensivos con el propósito de mejorar el estado de los pacientes.

Tiene como finalidad desarrollar un plan de cuidados que pueda llevar a la mejoría y estabilizar el estado de salud del paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda basado en la valoración de enfermería con los patrones de Marjory Gordon y la aplicación del tratamiento óptimo.

También se justifica que este proyecto servirá para profundizar los conocimientos que como profesional de enfermería se debe tener basado en la Insuficiencia Respiratoria Aguda. Como personal de salud que proceso de atención de enfermería sería adecuado aplicar a un paciente adulto mayor con Insuficiencia Respiratoria Aguda para así obtener los resultados favorables en el proceso de atención de enfermería.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo General**

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en Insuficiencia Respiratoria Aguda en paciente de 81 años de edad.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Valorar el estado de salud del paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda.
- Identificar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas que presenta el paciente basado en la Taxonomía NANDA.
- Establecer los cuidados de enfermería en el paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda basado en la Taxonomía NIC.
- Evaluar los resultados de la aplicación de los cuidados de enfermería con relación a la Taxonomía NOC.

### 1.3 Datos Generales

<b>Institución:</b>	Hospital General San Francisco de Quito
<b>Nombres completos:</b>	NN
<b>Historia Clínica:</b>	XXXXX
<b>Edad:</b>	81 años
<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Estado civil:</b>	Casado
<b>Hijos:</b>	4
<b>Ocupación:</b>	Comerciante
<b>Nivel de estudios:</b>	Secundaria
<b>Nivel sociocultural/económico</b>	Medio
<b>Raza:</b>	Mestiza
<b>Procedencia Geográfica:</b>	Quito – Pichincha
<b>Convivientes:</b>	Esposa – Hijo menor – Nieto

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente

Paciente ingresa al área de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General San Francisco de Quito por presentar dolor torácico con EVA de 3/10, tos con expectoración con pintas de sangre, fatiga, cianosis central, presenta dificultad para respirar y temperatura de 37,5°C.

#### ANTECEDENTES PERSONALES

##### Patológicos:

Hipertensión arterial sistémica

Hipotiroidismo

##### Quirúrgicos:

Apendicetomía

##### Hospitalarios:

Post quirúrgico Cirugía de apendicitis

##### Farmacológicos:

Amlodipino

Levotiroxina

##### Psicosociales:

Trastorno del sueño

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

##### Padre:

Hipertensión, Diabetes tipo 1

##### Madre:



## Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

### 2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Cuadro de 4 días de evolución comienza presentando tos con expectoración incolora, hace 1 día comenzó a presentar fatiga y dificultad para respirar (disnea) un día anterior para asistir a consulta, también presento dolor torácico. Hace 3 horas familiar refiere que comenzó a presentar cianosis central.

El cuadro clínico comenzó aparecer al presentar estrés y sobrecarga de trabajo debido a su edad.

Acudió al Hospital donde se le realizó la toma de signos vitales presentando Tensión arterial: 134/90, frecuencia cardiaca de: 74 min, frecuencia respiratoria: 35 respiraciones x min, temperatura de 37.5°C y saturación de Oxígeno 85%.

Se le realiza exámenes complementarios Química Sanguínea, Biometría Hemática, Gasometría, Radiografía de Tórax.

Paciente actualmente presenta Insuficiencia Respiratoria Aguda con tratamiento de Oxigenoterapia con mascarilla tipo Venturi a 6 litros.

### 2.3 Examen Físico (Exploración clínica)

**Generales:** Paciente masculino de 81 años de edad, biotipo normosómico, cuya apariencia concuerda con la edad, paciente descansa en posición semifowler.

**Signos Vitales:** Tensión arterial: 134/90, Frecuencia cardiaca: 74 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 35 respiraciones por minuto, temperatura 37.5°C.

**Piel y mucosas:** piel caliente al tacto sin alteraciones, mucosas orales con presencia de cianosis, secas, lengua saburral, signo de pliegue positivo.

**Órganos de los sentidos y neurológicos:** Pupilas isocóricas aproximadamente de 4mm, normo reactivas a la luz. Escala Glasgow 13/15, respuesta ocular (4), respuesta verbal (4), respuesta motora (5).

**Cardiovascular:** A la auscultación cardiaca ruidos cardiacos normales sin alteraciones con 74 latidos por minuto, no presencia de soplos cardiacos.

**Respiratoria:** Tórax simétrico, auscultación pulmonar presencia de ruidos sibilantes, cianosis central, taquipnea con 35 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno 85%.

**Gastrointestinal:** Abdomen blando, globuloso y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda. No se palpan masas ni megalias.

**Genitourinario:** Aparato reproductor masculino normal sin presencia de signos de algún tipo de alteración asociada a los genitales. Diuresis espontanea en el paciente sin alteraciones.

**Musculo esquelético:** Movimientos con limitaciones de acuerdo a la edad, presencia de edema en miembros inferiores, miembros superiores lecho unguial con presencia de cianosis.

**Endocrinológicos:** Secreción de hormonas normales sin presencia de algún tipo de alteración en los valores referenciales.

**Psíquicos, emocionales y sociales:** Paciente no se encuentra con un estado de salud favorable, se encuentra depresivo en base a los que está sucediendo y por qué siente una falta de atención de sus familiares y presenta estrés por sobrecarga de trabajo por su edad.

## **VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES TEORIA MARJORY GORDON**

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

Paciente adulto mayor ingresa al área de Emergencia presentando cianosis central, taquipnea, desaturación, diagnosticado como Insuficiencia Respiratoria Aguda se encuentra en estado de salud conservado con apoyo de Oxígeno.

### **Patrón 2: Nutricional - Metabólico**

Adulto mayor actualmente con dieta blanda dada por el nutricionista del Hospital, presenta pérdida de apetito con Peso: 45 Kilogramos, Talla: 1.69, Índice de masa corporal: 21,7. Mucosas orales secas presencia de cianosis central, signo de pliegue positivo.

### **Patrón 3: Eliminación**

Paciente con diuresis espontanea, con control de esfínteres, deposiciones 2 veces al día.

### **Patrón 4: Actividad - Ejercicio**

Paciente es comerciante tiene un minimarket, autodependiente en realizar sus actividades, no realiza ningún tipo de ejercicio físico, se encuentra alterado la frecuencia respiratoria con 35 respiraciones por minuto relacionado a la enfermedad diagnosticada.

### **Patrón 5: Sueño - Descanso**

Paciente no descansa las horas completas presenta interrupción del sueño debido al dolor torácico y presencia de tos debido a la enfermedad que presenta actualmente y presencia de estrés por sobrecarga de trabajo de acuerdo a su edad.

### **Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo**

Paciente presenta taquipnea, dolor torácico reflejado por la tos presente. Se encuentra con tratamiento de oxigenoterapia para mejorar signos de dificultad respiratoria.

### **Patrón 7: Auto percepción – Auto concepto**

Paciente se encuentra ansioso debido a que no sabe que pueda pasar por la enfermedad que está atravesando actualmente.

### **Patrón 8: Rol – Relaciones**

Paciente refiere tener falta de atención por parte de sus hijos.

### **Patrón 9: Sexualidad - Reproducción**

Paciente con 4 hijos todos mayores de edad. No ha presenta alteraciones en aparato genital masculino.

### **Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés**

Paciente presenta estrés por sobrecarga de trabajo de acuerdo a su edad y no tiene apoyo de los familiares.

### **Patrón 11: Valores - Creencias**

Patrón no alterado en base a sus creencias paciente refiere ser de religión católica.

## **PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS**

### **Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud**

Paciente adulto mayor ingresa al área de Emergencia presentando cianosis central, taquipnea, desaturación, diagnosticado como Insuficiencia Respiratoria Aguda se encuentra en estado grave con apoyo de Oxígeno.

### **Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo**

Paciente presenta dolor torácico reflejado por la tos presente. Se encuentra en cama en posición semifowler con tratamiento de oxigenoterapia para mejorar signos de dificultad respiratoria.

### **Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés**

Paciente presenta estrés por sobrecarga de trabajo de acuerdo a su edad y dice no tener la atención de sus hijos, se encuentra ansioso de acuerdo a la enfermedad que presenta.

## 2.4 Información de exámenes complementarios realizados

GASOMETRIA		
EXAMEN	RESULTADOS	VALOR REFERENCIAL
Presión parcial de Oxígeno (PaO <sub>2</sub> ):	48 mmHg	60- 100 mmHg
Presión parcial de Dióxido de Carbono (PaCO <sub>2</sub> ):	53 mmHg	35 – 45 mmHg
PH de sangre arterial	7,29	7,35 – 7,45
Bicarbonato (HCO <sub>3</sub> ):	27mEq/L	21 - 26 mEq/L
Saturación de Oxígeno:	83%	95% - 100%

Elaborado: Delia Cedeño

QUIMICA SANGUINEA		
EXAMEN	RESULTADOS	VALOR REFERENCIAL
Urea:	32 mg/dl	20 – 40 mg/dl
Creatinina:	0.9 mg/dl	0,7 – 1,3 mg/dl
Ácido Úrico:	6,2 mg/dl	3 – 7 mg/dl
Glucosa:	96,4 mg/dl	60 – 100 mg/dl

Elaborado: Delia Cedeño

BIOMETRIA HEMATICA		
EXAMEN	RESULTADOS	VALOR REFERENCIAL
Glóbulos rojos:	4.6 millones por milímetros cúbicos	4.50 – 6.30
Glóbulos blancos:	5.200 millones por milímetros cúbicos	4.50 – 11.00
Plaquetas:	3.500 millones por milímetros cúbicos	150.00 -450.00
Hematocrito:	48%	42 – 52 %

Hemoglobina:	16,2 g/dL	14,00 -18,00 g/dL
--------------	-----------	-------------------

**Elaborado: Delia Cedeño**

<b>RADIOGRAFIA DE TORAX</b>	Se evidencia opacidad pulmonar localizado en pulmón derecho.
-----------------------------	--

**Fuente:** Hospital General San Francisco de Quito

**Elaborado por:** Delia Cedeño Simaleza

## 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

### Diagnóstico presuntivo

Neumonía

Asma

### Diagnóstico Diferencial

Acidosis Metabólica Severa

Síndrome de hiperventilación crónica

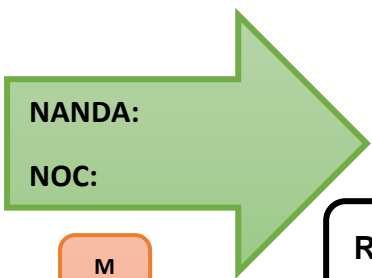
### Diagnóstico Definitivo

Insuficiencia Respiratoria Aguda

## 2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

<b>Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud</b>	A la valoración se encuentra afectado por la enfermedad actual diagnosticada y presentar signos y síntomas de relevancia que requieren de atención porque pueden comprometer la vida del paciente.
<b>Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo</b>	A la valoración paciente refiere que presentar dolor torácico moderado y este aparece debido a tos presente.
<b>Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés</b>	Paciente al realizar la entrevista manifestó que presenta estrés ya que realiza trabajo pesado lo cual se ve afectado su patrón respiratorio que desencadeno a una IRA.





**DX:** Deterioro del intercambio de gases  
**DOMINIO:** 3 Eliminación e intercambio  
**CLASE:** 4 Función Respiratoria  
**DX:** Real

**R/C:** disnea, taquipnea, inquietud cianosis

**E/P:** cambios de la membrana alvéolo-capilar, desequilibrio en la ventilación perfusión.

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** II Salud Fisiológica

**Clase:** E Cardiopulmonar

**Etiqueta:** 0415 Estado Respiratorio

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Ritmo respiratorio		x			
Saturación de Oxígeno		x			
Cianosis	x				
Disnea de pequeños esfuerzos	x				
Ruidos respiratorios auscultados		x			

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

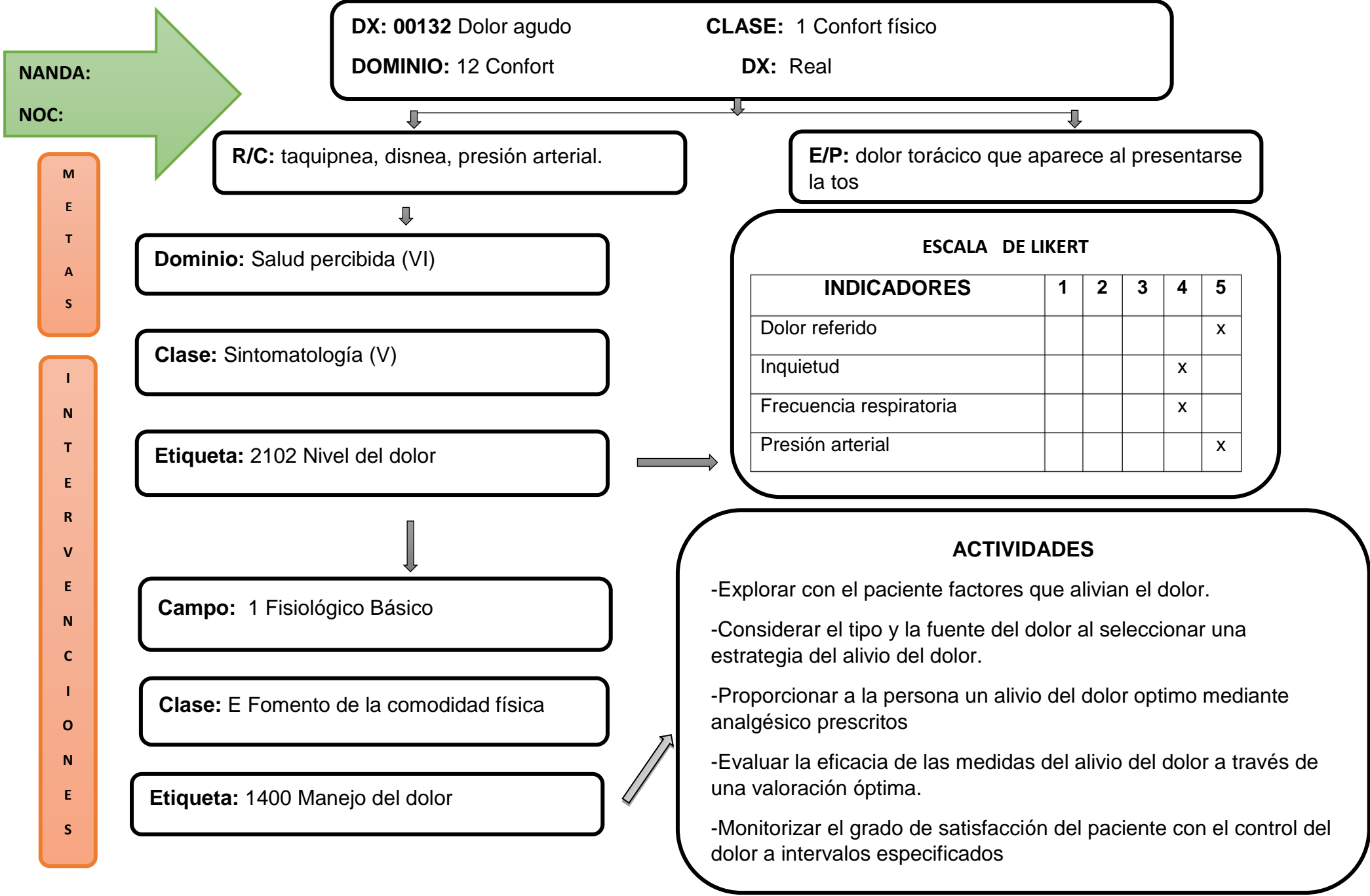
**Campo:** 2 Fisiológico Complejo

**Clase:** K Control Respiratorio

**Etiqueta:** 3390 Ayuda a la ventilación

- ACTIVIDADES**
- Mantener una vía aérea permeable.
  - Colocar al paciente de forma que alivie la disnea.
  - Iniciar y mantener oxígeno suplementario según prescripción.
  - Administrar medicamentos broncodilatadores e inhaladores que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases.
  - Monitorizar los efectos de cambio de posición de oxigenación





**NANDA:**  
**NOC:**

**DX: 00132** Dolor agudo  
**DOMINIO: 12** Confort  
**CLASE: 1** Confort físico  
**DX: Real**

**R/C:** taquipnea, disnea, presión arterial.

**E/P:** dolor torácico que aparece al presentarse la tos

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** Salud percibida (VI)

**Clase:** Sintomatología (V)

**Etiqueta:** 2102 Nivel del dolor

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

**Campo:** 1 Fisiológico Básico

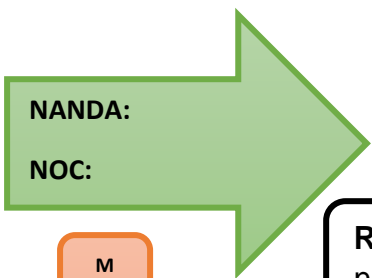
**Clase:** E Fomento de la comodidad física

**Etiqueta:** 1400 Manejo del dolor

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Dolor referido					x
Inquietud				x	
Frecuencia respiratoria				x	
Presión arterial					x

- ACTIVIDADES**
- Explorar con el paciente factores que alivian el dolor.
  - Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia del alivio del dolor.
  - Proporcionar a la persona un alivio del dolor optimo mediante analgésico prescritos
  - Evaluar la eficacia de las medidas del alivio del dolor a través de una valoración óptima.
  - Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados



**DX: 00177** Estrés por sobrecarga      **CLASE:** 2 Respuestas de afrontamiento  
**DOMINIO:** 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés      **DX:** Real

**R/C:** alteración del patrón respiratorio, nerviosismo, factores estresantes.

**E/P:** estrés, ansiedad

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** Salud psicosocial (III)

**Clase:** Bienestar psicológico (M)

**Etiqueta:** 1212 Nivel de estrés

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

**Campo:** 3 Conductual

**Clase:** T Fomento de la comodidad psicológica.

**Etiqueta:** 6040 Terapia de relajación

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Aumento de la frecuencia respiratoria	X				
Ansiedad		X			
Boca y garganta secas		X			
Aumento de la presión arterial			x		

- ACTIVIDADES**
- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación.
  - Evaluar el nivel de energía actual disminuido.
  - Crear un ambiente tranquilo para el paciente.
  - Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación.
  - Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
  - Fomentar el control a la aplicación de la técnica de relajación.

## **2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales**

El proceso de atención de enfermería en el paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda está fundamentado con el modelo de Virginia Henderson, que se aplica las 14 necesidades básicas del ser humano. El siguiente modelo se establece que como enfermeras debemos ayudar a el paciente a mejorar su estado de salud satisfaciendo las necesidades básicas del paciente que se encuentran afectadas cumpliendo todas las medidas de recuperación.

El modelo de Virginia Henderson establece que se debe brindar los cuidados para satisfacer las necesidades del paciente contribuyendo en su recuperación con fuerza, conocimiento y voluntad así pueda obtener su independencia total.

El papel de la enfermera en la recuperación del paciente es de principal importancia dependiendo de la aplicación de los cuidados de enfermería y llegar a cumplir los objetivos de que mejore el paciente y evitar que se presenten complicaciones en la estadía del paciente en la unidad y cumplir con una óptima recuperación de manera eficaz y eficiente.

## 2.8 Seguimiento

**Valoración al 1 día de la estancia hospitalaria:** Paciente de 81 años de edad con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda encamado con estado general conservado Glasgow de 13/15 pupilas isocòricas normo reactivas a la luz , signos vitales, con Tensión arterial de 134/96, frecuencia respiratoria de 35 por minuto afebril, en lo respiratorio con apoyo de Oxígeno con FiO2 28%, vía aérea permeable, por la cual se aspira secreciones de características mucoamarillentas con pintas de sangre fluidas en poca cantidad, saturando 88%, piel pálidas mucosas semihidratadas, con buena tolerancia gástrica, abdomen distendido a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, con vía periférica permeable en miembro superior derecho por la cual pasa hidratación más medicación indicada de la mañana, extremidades inferiores sin alteraciones, se coloca sonda Foley para realizar el control de diuresis en el paciente

### Indicaciones medicas

- Control de signos vitales
- Curva térmica cada 2 horas
- Balance hídrico diario
- Oxigenoterapia
- Dieta líquida
- Lactato de Ringer 1000 ML pasar IV a 30 ml/hora
- Paracetamol 100 mg IV
- Metoclopramida 10 mg IV PRN
- Omeprazol 40 mg IV
- Enoxaparina 60 mg SC cada 12 horas
- Nebulizaciones Bromuro de Ipatropio 1ml + S.S. 0.9% 2 ml

**Valoración al 2 día de la estancia hospitalaria:** Paciente con estado general conservado Glasgow de 13/15 pupilas isocòricas normo reactivas a la luz , signos vitales, normocárdico, normotenso, afebril, en lo respiratorio con apoyo de Oxígeno, vía aérea permeable, saturando sobre los 90%, piel pálidas mucosas semihidratadas, con buena tolerancia gástrica, , abdomen blando depresible a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, con vía periférica permeable en miembro

superior derecho por la cual pasa hidratación más medicación prescrita de la mañana.

**Valoración al 3 día de la estancia hospitalaria:** Paciente de 81 años de edad con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda encamado con estado general conservado Glasgow de 15/15 pupilas isocòricas normo reactivas a la luz, signos vitales, normocardico, normotenso, afebril en lo respiratorio con apoyo de Oxigeno FiO2 28%, vía aérea permeable, no presenta secreciones al realizar la aspiración por boca, saturando sobre los 90%, piel pálidas mucosas hidratadas, con buena tolerancia gástrica, , abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, ruidos hidroaereos presentes, con vía periférica permeable en miembro superior derecho por la cual pasa hidratación, se administra medicamentos prescritos, miembros superiores presenta para lo cual se coloca protección, extremidades inferiores sin alteraciones con sonda Foley por la cual hay la presencia de diuresis de características macroscópicas claras en volúmenes adecuados para su peso.

Paciente se encuentra hospitalizado en la Emergencia mantiene saturaciones de 96% con medicación prescrita lo cual medico refiere alta del paciente con valoración de los resultados de exámenes actuales del paciente que se encuentra en parámetros normales y se encuentra con un estado de salud favorable, se le indicara el tratamiento a seguir en casa y seguimiento con interconsulta con el medico en dos días para seguir su tratamiento y se le indica que si llega a presentar signos de alarma como disnea, taquipnea, tos acudir a la casa de salud más cercana.

## **2.9 Observaciones**

Paciente fue ingresado a la Emergencia presentado signos y síntomas de gran importancia que se requería de la valoración inmediata la cual fue diagnosticado con Insuficiencia Respiratoria Aguda donde se le explica al paciente y familiar el proceso a realizar, como el tratamiento a seguir, los efectos que puede presentar llevando a la autorización por medio del Consentimiento Informado aceptando que al paciente se le aplique el tratamiento óptimo para mejorar el estado de salud.

El rol de la enfermera es llevar una valoración precisa para detectar los patrones afectados y poder brindar las intervenciones específicas que conlleven a la recuperación del paciente.

El paciente fue internado en donde se le brindaran todos los cuidados de enfermería y tratamiento prescrito debido a las manifestaciones clínicas que presentaba como resultado obteniendo una evolución favorable.

Paciente se le aplicó una atención especializada teniendo una recuperación óptima con apoyo de ventilación mecánica no invasiva dando como resultado una mejoría total del paciente.

## CONCLUSIONES

Se concluye que la Insuficiencia Respiratoria Aguda es una enfermedad que tiene gran incidencia en personas adultas mayores debido a diferentes causas que conllevan a padecerla, que al no ser atendidas de manera inmediata puede afectar a la vida del paciente ya que se encuentra comprometida un proceso fisiológico importante como es el intercambio de gases en los pulmones ya que no existe una entrada suficiente de oxígeno a la sangre y existe una acumulación de dióxido de carbono que perjudican a las necesidades metabólicas del organismo afectando varios sistemas como cardiovascular, neurológicos.

Al realizar una valoración optima al paciente con los patrones de Marjory Gordon se evidencia los patrones afectados en relevancia a los problemas que presenta el paciente donde identificamos diagnósticos de enfermería que requieren de una atención y cuidados.

El proceso de atención de enfermería aplicado dio como resultado una recuperación favorable del paciente que recupero la independencia en las necesidades básicas y salir del estado de gravedad que presentaba.

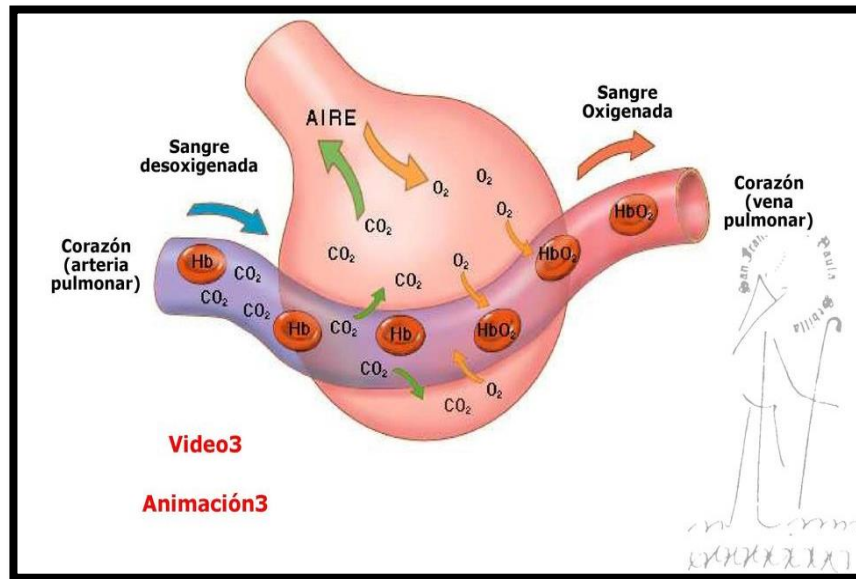
La recuperación del paciente se debe al trabajo que lleva la enfermera cumpliendo el rol de cuidadora aplicando todas las intervenciones de enfermería de manera dependiente e independiente brindando una atención eficaz y humanística que caracteriza a la enfermera.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnedillo Muñoz, A., Garcia Polo, C., & López-Campos Bodineau, J. (2005). *Manual de Diagnostico y Terapeutica en Neumología, Insuficiencia respiratoria aguda*. Madrid: ERGON. Obtenido de <https://www.neumosur.net/files/EB03-18%20IRA.pdf>
- Bula, C., & Zapata Oquendo, H. A. (2012). Insuficiencia respiratoria aguda. *Revista Colombiana de Neumología*, 98 - 99.
- C. Carpio, D. R., & Fernández Bujarrabal, J. (2010). Insuficiencia Respiratoria Aguda . *Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Departamento de Medicina. Universidad Autonoma*, 4334.
- Casas Quiroga, I. C., Contreras Zúñiga, E., Zuluaga Martínez, S. X., & Mejía Mantilla, J. (2008). Diagnóstico y manejo de la Insuficiencia Respiratoria Aguda. *MEDIGRAPHIC Artemisa en línea*, 29-30. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2008/nt081e.pdf>
- Dr. Alain F. Morejón Giraltoni, D. Y. (2006). Insuficiencia Respiratoria Aguda. *Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos*, 72. Obtenido de <http://files.urgenciasmedicas.webnode.es/200000026-18bb31d8fc/Insuficiencia%20Respiratoria%20Aguda.pdf>
- Dr. Alexei Ortiz Milán, D. N. (2005). Insuficiencia Respiratoria Aguda. *Revista de Informacion Científica Dialnet*, 4-5. Obtenido de [Dialnet-InsuficienciaRespiratoriaAgudaActualizacion-6159989.pdf](http://files.urgenciasmedicas.webnode.es/200000026-18bb31d8fc/InsuficienciaRespiratoriaAgudaActualizacion-6159989.pdf)
- Dueñas Castell Carmelo, M. B. (2016). Insuficiencia respiratoria aguda. *ELSEVIER ESPAÑA*, 1.
- Estrella Cazalla, J., Tornero Molina, A., & Leòn Ortiz, M. (2011). *INSUFICIENCIA RESPIRATORIA*. Madrid: ENE Life Publicidad, S.A.
- Ferrer, M. (2001). Tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda. *ELSEVIER . MEDICINA INTEGRAL*, 193. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-tratamiento-insuficiencia-respiratoria-aguda-13018822>
- Guitierrez Muñoz, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Revista Acta Medica Peruana*, 286. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>



## ANEXOS



**Foto N° 1**

**Autor:** Alicia Duarte Contreras

**Fuente:** Colegio de San Francisco de Paula



**Foto N° 2**

**Autor:** Dra. Emiliana Narreto

**Fuente:** Universidad Finis Terrae

**LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):**  
tipos de respuesta motora y su puntuación

**ELSEVIER**

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

<b>OCULAR</b>	4	3	2	1		
	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
<b>VERBAL</b>	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
<b>MOTORA</b>	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

**Foto Nº 3**

**Autor:** Generación Elsevier

**Fuente:** Farreras | Rozman. Tratado de Medicina Interna

### ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

**CLASIFICACION DE RIESGO:**

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.  
 PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO  
 PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.  
 PUNTUACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

**Foto Nº 4**

**Autor:** Amir

**Fuente:** Amir - Salud