

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

**Cuidado a paciente con hemorragia digestiva alta de la Unidad de Cuidados Intensivos basado en los patrones funcionales de Marjori Gordon en un hospital de Lima, 2021**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos

**Por:**

Vilsa Carolina Espinoza Almerco

**Asesora:**

Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva

Lima, febrero 2022

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva, agregada a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

### DECLARO:

Que el proyecto de investigación: “Cuidado a paciente con hemorragia digestiva alta de la Unidad de Cuidados Intensivos basado en los patrones funcionales de Marjori Gordon en un hospital de Lima, 2021 ” compone la memoria que presenta la licenciada, Vilsa Carolina Espinoza Almerco, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de Enfermería: Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto, ha sido realizado bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad de la autora, sin comprometer a la institución. Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los dos días del mes de febrero del año 2022.



---

Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva

**Cuidado a paciente con hemorragia digestiva alta de la  
Unidad de Cuidados Intensivos basado en los patrones  
funcionales de Marjori Gordon en un hospital de Lima, 2021**

**Trabajo Académico**

**Presentado para obtener el título de Segunda Especialidad  
Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos**

---



---

**Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva**

**Lima, 02 de febrero de 2022**

## **Cuidado a paciente con hemorragia digestiva alta de la Unidad de Cuidados Intensivos basado en los patrones funcionales de Marjori Gordon en un hospital de Lima, 2021**

Lic. Espinoza Almerco Vilsa Carolina <sup>a</sup> Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Autor del trabajo académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

<sup>b</sup>Asesora del trabajo académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú

### **Resumen**

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida sanguínea provocada por una lesión situado en el tracto gastrointestinal, en un punto localizado por encima del ángulo de Treitz. El objetivo del estudio fue gestionar el proceso de atención de enfermería a un paciente de iniciales F.V.J.J. de una Unidad de Cuidados Intensivos Adulto de un hospital de Lima. Las técnicas que se utilizaron fueron la observación, la entrevista y el instrumento Guía de Valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. Se identificaron 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 03 por riesgo de vida: limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones, evidenciado por ausencia de tos, sonidos respiratorios adventicios: estertores, cantidad excesiva de esputo. Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos de la respiración, evidenciado por incremento del uso de músculos accesorios, disminución de la presión parcial de dióxido de carbono, disminución de la cooperación (sedado). Disminución del gasto cardiaco, relacionado con alteración en la precarga y poscarga evidenciado por oliguria, prolongación del tiempo de llenado capilar, edema. Color de la piel anormal. Se realizó la planificación con la taxonomía NOC-NIC, y se ejecutaron las intervenciones en su mayoría y la evaluación se realizó en base a los indicadores del NOC.

**Palabras claves:** Hemorragia digestiva alta, unidad de cuidados intensivos.

## **Abstract**

Upper gastrointestinal bleeding (UHD) is blood loss caused by a lesion located in the gastrointestinal tract, at a point located above the angle of Treitz. The objective of this study was to manage the Nursing Care Process for a patient with initials F.V.J.J. of an Adult Intensive Care Unit of a Hospital in the city of Lima. The technique used was observation, the interview, and the Marjory Gordon's Guide for the Assessment of the 11 Functional Patterns. 10 nursing diagnoses were identified, 3 of which were prioritized due to risk of life: ineffective cleaning of the airways related to retention of secretions, evidenced by absence of cough, adventitious respiratory sounds: rales, excessive amount of sputum. Impaired spontaneous ventilation related to respiratory muscle fatigue, evidenced by increased use of accessory muscles, decreased partial pressure of carbon dioxide, decreased cooperation (sedation). Decreased cardiac output, related to alterations in preload and afterload evidenced by oliguria, prolongation of capillary filling time, edema. abnormal skin color. The planning was carried out with the NOC-NIC Taxonomy, most of the interventions were carried out and the evaluation was carried out based on the NOC indicators.

**Keywords:** Upper gastrointestinal bleeding, intensive care unit.

## Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) se califica como una emergencia de salud, y constituye uno de los problemas sanitarios más frecuentes a nivel mundial. Las HDA más frecuentes alcanzan un 83%, mientras que las bajas solo alcanzan un 17%. Las HDA son más frecuentes a partir de los 60 años en un 14% a 35% y su morbimortalidad es menor en menores de 60 años (4 a 9%). El 63% ocurre en varones, y 37% en mujeres. A nivel mundial, la incidencia de la HDA causa más de 500.000 ingresos en centros hospitalarios cada año y su incidencia anual se produce entre los 50 y 150 casos por cada 100.000 habitantes. Esto corresponde a un elevado gasto invertido en recursos sanitarios para tratar a estos pacientes, que varía entre los 2.000 y 3.000 euros por sujeto (Jorquera Zuara, 2021).

Por otro lado, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta reconocida internacionalmente por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que examina al personal de enfermería a fin de brindar un cuidado integral al individuo, la familia y la comunidad. Comprende también un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados de enfermería. La aplicación del PAE beneficia la salud del enfermo y promueve la autonomía de la profesión. Como instrumento en la práctica enfermera, le permite al paciente ser partícipe de su propio cuidado, le ofrece atención individualizada, continua y de calidad de acuerdo a la priorización de sus problemas reales o potenciales. Además, asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención, enfocándose en el individuo, la familia y la comunidad (Moya Quingaluisa, 2018).

Fisiológicamente, la HDA se define como aquella hemorragia del tubo digestivo que se origina próxima al ligamento de Treitz, que se presenta de forma variable y que con frecuencia su sospecha y diagnóstico sucede en el servicio de emergencia. Es considerada como un problema crítico debido a su alta morbimortalidad, siendo una de sus principales causas las varices esofágicas, las cuales son subyacentes al aumento de la presión en el sistema porta hepático, más conocido como hipertensión portal (HTP), siendo —en este caso— la causa más frecuente la cirrosis hepática (Chuecas et al., 2019).

Entre las principales causas de la HDA se encuentra la úlcera gástrica; así como la úlcera duodenal, asociada con *Helicobacter Pylori*; también están las lesiones agudas de mucosa gástrica, debido al consumo de AINEs; se halla el Síndrome de Malloru-Weiss, caracterizado por la laceración de la unión esofagogástrica; las várices esofágicas, de causa hepática o extrahepática; las várices gástricas, con riesgo significativo de muerte en comparación de los que sangran por várices esofágicas; además, se encuentra la gastropatía hipertensiva portal, con alta prevalencia en pacientes con cirrosis hepática; y la lesión de Dieulafoy, que comprende la erosión de una arteria anómala de la submucosa de la pared gastrointestinal (Hospital Nacional Dos de Mayo, 2016).

En su fisiopatología, el sangrado del tubo digestivo (TD) se debe a erosión o ruptura de un vaso, que son fenómenos inflamatorios que comprometen la mucosa del tubo digestivo alto (TDA), dando lugar a la aparición de edemas, congestión, erosión con necrosis y sangrado en las esofagitis y gastroduodenitis. Por su parte, las úlceras gastroduodenales pueden sangrar por compromiso capilar periulceroso y por erosión

de un vaso de mayor calibre en el lecho de la úlcera. El sangrado es moderado o masivo, manifestándose como hematemesis y/o melena, rara vez como hematoquecia o rectorragia. En este caso, el hematocrito desciende en 1 a 3 días luego de iniciar el sangrado, y produce alza de nitrógeno ureico, por absorción de proteínas en el intestino delgado; es aquí donde aparece insuficiencia pre renal secundaria a hipovolemia y anemia crónica, cuando el sangrado es oculto y persistente (Roca Reyes, 2016).

En cuanto al tratamiento, el abordaje inicial está dirigido a la reanimación temprana, la que incluye el manejo de vía aérea, respiración y estado hemodinámico. Estabilizar la hemodinámica es la meta inicial y principal del paciente con hemorragia digestiva alta. Considerándose el tratamiento endoscópico, se usan técnicas como: inyección local de epinefrina, agentes esclerosantes, cauterización, coagulación con argón plasma y colocación de bandas o clips para ligaduras. La terapia farmacológica incluye el uso de un Inhibidor de la bomba de protones y la erradicación de *Helicobacter pylori*; también se recurre al tratamiento quirúrgico, cuando el tratamiento endoscópico falla, con el objetivo de contener el sangrado y evitar la recurrencia de la hemorragia como de la causa que la origina (Pérez Calvo, 2016).

Ante esto, se confirma que el cuidado humanizado es la esencia fundamental de enfermería que se encarga del servicio de brindar un trato digno basado en conocimientos científicos y, al mismo tiempo, éticos y morales; a fin de proporcionar un estado de confort y recuperación al usuario (Campiño-Valderrama et al., 2019).

### **Metodología**

El trabajo tuvo un enfoque cualitativo, con un tipo de estudio de caso único, y como metodología la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este se



afianza como el método más documentado a nivel internacional con el cual estructurar la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones. Este se conforma de 05 fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación; y se caracteriza por fomentar la asistencia reflexiva y organizada, la continuidad e individualización de los cuidados, el uso racional del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano (Jara-Sanabria & Lizano-Pérez, 2016). El sujeto de estudio fue un paciente de 58 años de edad. La técnica usada fue la entrevista, la observación del examen físico y la revisión documentada a través de la historia clínica. El instrumento del marco de valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon fue adaptado y validado por expertos del área; luego se procedió al análisis de los datos significativos y se formularon los diagnósticos de enfermería en base a NANDA. La planificación de los cuidados se realizó con la interrelación de la taxonomía NOC-NIC. Luego de administrar los cuidados correspondientes a la etapa de ejecución, se realizó la evaluación de los resultados de acuerdo a la diferencia de puntuaciones de los indicadores.

## **Proceso de atención de enfermería**

### ***Valoración***

#### **Datos generales.**

**Nombre:** F.V.J.J

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 58 años.

**Días de hospitalización en UCI:** 3 días.

**Motivo de ingreso.**

Paciente adulto maduro de sexo masculino de 58 años de edad, ingresa al servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) procedente del servicio de emergencia, bajo efectos de sedo analgesia. Fue intubado con TET N.- 8, conectado al ventilador mecánico en modo PCMV con FiO2 100%, con catéter de vía central en subclavia izquierda y catéter periférico en yugular derecha.

**Diagnósticos médicos.**

Shock circulatorio: Hemorrágico por HDA tipo varice,

IRA tipo 1 y tipo 4: D/C Neumonía aspirativa,

Oliguria: Hipo perfusión renal,

Hiperlactacidemia,

Acidosis metabólica,

THE: Hiperkalemia leve, hipocalcemia, hipercloremia,

Anemia moderada

**Valoración según patrones funcionales.*****Patrón I: Percepción – control de la salud.***

Paciente adulto maduro con 58 años de sexo masculino con antecedente de HDA, Cirrosis hepática Child Pugh, varices esofágicas grado III desde hace 9 meses. Sin intervenciones quirúrgicas, con factores de riesgo de consumo de alcohol, mal estado de higiene personal, con tratamiento médico domiciliario de Omeprazol, Sucralfato Propanolol, Espirolactona, y Lactulosa; todo por vía oral.

***Patrón II: Nutricional metabólico.***

Paciente con piel pálida, poco hidratada, temperatura 36.8 °C, con dentadura incompleta, estado de higiene bucal regular, mucosa oral poco hidratada. Presentó pérdida de peso y apetito en los últimos días, en NPO, con presencia de sonda Sengs Staken con peso de 250 gr con bolsa colectora a gravedad con secreción hemática. Presentaba lesiones por venopunción en brazo derecho, abdomen B/D con ausencia de R.H.A. Los resultados de laboratorio fueron: hemoglobina: 7.30 gr/dl, Na: 135 mEq/L, K: 4.3 mEq/L, Ca: 0.78 mEq/L, Cl: 111 mg /dl, glucosa: 216 mg /dl, lactato: 6.1 mmol/L, HCO<sub>3</sub>: 13.8 mg/dl.

***Patrón III: Eliminación.***

**Eliminación vesical:** Paciente con sonda Foley en circuito cerrado conectado a bolsa colectora con orina colúrica, en las últimas horas con oliguria.

**Eliminación intestinal:** Familiares refieren que el paciente no hace deposiciones desde hace dos días.

***Patrón IV: Actividad – ejercicio.***

**Actividad respiratoria:** Paciente con TET N°8 conectado a ventilador mecánico en modalidad PCMV en alto flujo FIO<sub>2</sub> 50 % con Sat.O<sub>2</sub> 96%, PEEP: 6, FR: 17 X', PC: 12. Ausencia de tos, uso de músculos accesorios a la auscultación, presenta estertores en ambos campos pulmonares. Con presencia de secreciones por TET, siendo de características blanquecinas y fluidas en regular cantidad. Los resultados del AGA: PH: 7.29, PO<sub>2</sub>: 317 mm Hg, PCO<sub>2</sub>: 29.7 mm Hg.

**Actividad circulatoria:** Con presencia de catéter venoso central CVC en subclavia izquierda (SCI) y catéter periférico en yugular derecha (YD) con ritmo

cardíaco sinusal FC: 75 x min, PAM: 81 mm Hg, llenado capilar < 2 segundos con edema en MMSS ++/+++ con apoyo de vasopresor de noradrenalina 9 cc/h.

**Actividad de capacidad de autocuidado:** Paciente totalmente dependiente para realizar su actividad diaria como: higiene, alimentación, vestimenta, movilización.

***Patrón V: Descanso – sueño.***

Patrón no valorable por sedo analgesia.

***Patrón VI: Perceptivo – cognitivo.***

Paciente bajo efectos de sedo analgesia con escala RASS - 4, pupilas foto reactivas, isocóricas, puntiformes: OD (1) OI (1) mm.

***Patrón VII: Autopercepción – auto concepto.***

Patrón no valorable, por sedo analgesia.

***Patrón VIII: Relaciones – rol.***

Paciente de ocupación carpintero, estado civil conviviente, vive con y tiene el apoyo de su familia.

***Patrón IX: Sexualidad/reproducción.***

Paciente con genitales de acuerdo a su edad y sexo, sin anomalías.

***Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.***

Paciente bajo efectos de sedo analgesia con escala RASS -4, familiares refieren preocupación por estado de salud del paciente.

***Patrón XI: Valores y creencias.***

Paciente profesa la religión católica.

### **Diagnóstico enfermero**

#### **Primer diagnóstico.**

**Etiqueta diagnóstica:** NANDA Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Dominio 11: Seguridad/Protección. Clase 2: Lesión física

**Características definitorias:** Ausencia de tos, sonidos respiratorios adventicios: estertores, cantidad excesiva de esputo.

**Factor relacionado:** Retención de las secreciones.

**Enunciado diagnóstico:** (00031) Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada con retención de secreciones, evidenciado por ausencia de tos, sonidos respiratorios adventicios (estertores) y cantidad excesiva de esputo.

#### **Segundo diagnóstico.**

**Etiqueta diagnóstica:** NANDA (00033) Deterioro de la ventilación espontánea.

**Características definitorias:** Incremento del uso de músculos accesorios, disminución de la presión parcial de dióxido de carbono y disminución de la cooperación (sedado).

**Factor relacionado:** Fatiga de los músculos de la respiración.

**Enunciado diagnóstico:** (00033) Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos de la respiración, evidenciado por incremento del uso de músculos accesorios, además de disminución de la presión parcial de dióxido de carbono y disminución de la cooperación (sedado).

#### **Tercer diagnóstico.**

**Etiqueta diagnóstica:** NANDA (00029) Disminución del gasto cardiaco.

**Características definitorias:** Oliguria, prolongación del tiempo de llenado capilar, edema y color de piel anormal.

**Factor relacionado:** Alteración en la precarga y poscarga.

**Enunciado diagnóstico:** Disminución del gasto cardiaco, relacionado con alteración en la precarga y poscarga, evidenciado por oliguria, prolongación del tiempo de llenado capilar, edema y color de piel anormal.

### ***Planificación***

#### **Primer diagnóstico.**

(00031) Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada con retención de secreciones, evidenciado por ausencia de tos, sonidos respiratorios adventicios (estertores) y cantidad excesiva de esputo.

#### **Resultados esperados.**

NOC (0410) Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias

#### **Indicadores:**

041007. Ruidos respiratorios patológicos.

041012. Capacidad de eliminar secreciones

041019. Tos.

041020. Acumulación de esputo.

#### **Intervenciones de enfermería.**

#### ***NIC (3160) Aspiración de las vías aéreas***

#### **Actividades:**

316001. Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.

316002. Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.

316003. Hiperoxigenar al 100% durante 30 segundos, antes y después de cada pasada.

316004. Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.

316005. Controlar y observar color, cantidad y consistencia de las secreciones.

***NIC (3140) Manejo de la vía aérea***

**Actividades:**

314001. Colocar al paciente en una posición que maximice la ventilación: semifowler.

314002. Administrar tratamiento con nebulizador: Salbutamol 10 gotas +5cc SSFF, c/4h.

314003. Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación según corresponda

Segundo diagnóstico

(00033) Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos de la respiración, evidenciado por incremento del uso de músculos accesorios, disminución de la presión parcial de dióxido de carbono y disminución de la cooperación (sedado).

**Resultados esperados.**

***NOC (0402) Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.***

**Indicadores:**

40208. Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial.

40209. Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial.

40210. pH arterial.

**Resultados esperados.*****NOC (0403) Estado respiratorio: Ventilación.*****Indicadores:**

40309. Uso de los músculos accesorios.

**Intervenciones de Enfermería.*****NIC (3390) Ayuda a la ventilación.*****Actividades:**

339001. Colocar al paciente en posición que disminuya los esfuerzos respiratorios: semifowler.

339002. Iniciar y mantener el oxígeno suplementario con ventilador mecánico.

339003. Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.

***NIC (3300) Manejo de la ventilación mecánica invasiva.*****Actividades:**

330001. Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén conectadas.

330002. Administrar los agentes paralizantes musculares: Midazolam 50 mg /10 ml 02 amp + SF 100 cc 8cc/h (RASS -4) + Fentanilo 0.5 mg/10 ml 02 amp + SF 100 cc 8cc/h (Titulable).

330003. Vigilar la eficacia de la VM sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente.

330004. Vigilar las lecturas de presión del ventilador, así como la sincronía paciente/ventilador y el murmullo vesicular del paciente.



**Tercer diagnóstico.**

Disminución del gasto cardiaco, relacionado con alteración en la precarga y poscarga M/P oliguria, prolongación del tiempo de llenado capilar, edema y color de piel anormal.

**Resultados esperados.*****NOC (0401) Estado circulatorio*****Indicadores:**

040104. Presión arterial media.

040120. Edema periférico.

040140. Gasto urinario.

040151. Relleno capilar.

040154. Palidez.

**Intervenciones de Enfermería.*****NIC (4044) Cuidados cardiacos agudos.*****Actividades:**

404401. Monitorizar el ritmo y FC.

404402. Auscultar los sonidos cardiacos.

404403. Monitorizar las entradas/salidas la diuresis y el peso diario.

404404. Vigilar las tendencias de la PA y los parámetros hemodinámicos.

404405. Administrar medicación de Noradrenalina 4 mg + SF 100 cc PAM > 65.

404406. Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia.

## **Evaluación**

Referente a la evaluación, se logró los resultados esperados según como se menciona a continuación:

**Diagnostico 1:** (00031) Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada con retención de secreciones, evidenciado por ausencia de tos, sonidos respiratorios adventicios (estertores) y cantidad excesiva de esputo.

**NOC 1: (0410) Estado respiratorio:** Permeabilidad de las vías respiratorias: se logró una puntuación de cambio +2. Se consiguió lo siguiente en los indicadores considerados:

041007. Ruidos respiratorios patológicos. Al inicio tuvo una puntuación de 2 y como puntuación final, 3.

041012. Capacidad de eliminar secreciones. Al inicio tuvo una puntuación de 2 y como puntuación final, 4.

041019. Tos. al inicio tuvo una puntuación de 2 y como puntuación final, 3.

041020. Acumulación de esputo. Al inicio tuvo una puntuación de 2 y como puntuación final, 4.

**Diagnóstico 2:** (00033) Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos de la respiración, evidenciado por incremento del uso de músculos accesorios, disminución de la presión parcial de dióxido de carbono y disminución de la cooperación (sedado).

**NOC 1: (0402) Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.** Se logró una puntuación de cambio +1. Se consiguió lo siguiente en los indicadores considerados:

40208. Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial. Al inicio tuvo una puntuación de 2 y como puntuación final, 4.

40209. Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial. Al inicio tuvo una puntuación de 3 y como puntuación final, 4.

40210. pH arterial. Al inicio tuvo una puntuación de 3 y como puntuación final, 4.

**NOC 2: (0403) Estado respiratorio: Ventilación.** Se logró una puntuación de cambio +1. Se consiguió lo siguiente en los indicadores considerados:

40309. Utilización de los músculos accesorios. Al inicio tuvo una puntuación de 2 y como puntuación final, 4.

**Diagnóstico 3:** (00029) Disminución del gasto cardiaco, relacionado con alteración en la precarga y poscarga evidenciado por oliguria, prolongación del tiempo de llenado capilar, edema y color de piel anormal.

**NOC 1: (0401) Estado circulatorio.** Se logró una puntuación de cambio +2. Se consiguió lo siguiente en los indicadores considerados:

040104. Presión arterial media. Al inicio tuvo una puntuación de 2 y como puntuación final, 4.

040120. Edema periférico. Al inicio tuvo una puntuación de 2 y como puntuación final, 4.

040140. Gasto urinario. Al inicio tuvo una puntuación de 2 y como puntuación final, 4.

040151. Relleno capilar. Al inicio tuvo una puntuación de 2 y como puntuación final, 4.

040154. Palidez. Al inicio tuvo una puntuación de 2 y como puntuación final, 4.

## Resultados

Luego de la valoración, se identificaron cinco patrones funcionales alterados: nutrición/metabólico, actividad/ejercicio, perceptivo-cognitivo, eliminación, adaptación-tolerancia a la situación y estrés. De éstos se priorizaron tres patrones funcionales. Luego de realizar el análisis crítico y clínico de los datos, se formularon ocho diagnósticos de enfermería en base a la taxonomía II de la NANDA Internacional, siendo priorizados según riesgo de vida los tres primeros diagnósticos: limpieza ineficaz de vías aéreas, deterioro de la ventilación espontánea y disminución del gasto cardiaco. Seguidamente, se realizó la planificación de acuerdo a los resultados esperados e intervenciones de enfermería con sus respectivas actividades en base a la taxonomía NOC y NIC. Luego de ejecutar estas actividades, se realizó la evaluación cualitativa de cada indicador.

## Discusión

### **Limpieza ineficaz de vías aéreas**

Según NANDA (2021-2023), es la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio a fin de mantener las vías aéreas permeables. Asimismo, Huallpa-Quispe (2019) sostiene que la limpieza ineficaz de las vías aéreas implica una incapacidad de oxigenación normal, por la dificultad respiratoria que ocurre del pasaje de aire hacia los pulmones y a la presencia de secreciones retenidas en la vía aérea; esto es común en pacientes con infecciones respiratorias.

Diversas enfermedades respiratorias agudas y crónicas favorecen la acumulación de secreciones a través de cualquiera de los mecanismos de incremento en la producción de mucosidad, alteración en el transporte mucociliar o debido a una

tos ineficiente. Además, existen escenarios clínicos que pueden alterar de forma grave los mecanismos naturales de defensa, incrementando el riesgo de colonización bacteriana y potenciar el desarrollo de procesos infecciosos como neumonía; entre ellos, intubación oro traqueal y apoyo con ventilación mecánica (Cortes-Telles et al., (2021).

En cuanto a las características definitorias en el paciente en estudio, se observó ausencia de tos, sonidos respiratorios adventicios (estertores) y cantidad excesiva de esputo. Respecto al factor relacionado para este diagnóstico enfermero, se enfatiza la retención de secreciones bronquiales. Estas conforman un mecanismo de defensa de la mucosa bronquial, la que genera secreciones que atrapan partículas, para expulsarlas por medio de la tos. En pacientes sometidos a ventilación mecánica mediante tubos endotraqueales, este mecanismo de expulsar las secreciones sobrantes está abolido y provoca sintomatología como: aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca en el paciente, hipotensión arterial, intranquilidad y ansiedad, además de secreciones visibles y obvias. A la auscultación aparecen ruidos estertores y sibilancias respiratorias (Romero Rivas et al., 2017).

En base a Moorhead et al. (2018), los resultados esperados considerados para esta etiqueta diagnóstica fueron el NOC (0410), el estado respiratorio con permeabilidad de las vías respiratorias y los indicadores fueron ruidos respiratorios patológicos, capacidad de eliminar secreciones, tos y acumulación de esputo.

Se consideraron las siguientes intervenciones basados en Butcher et al. (2018) NIC (3160): Aspiración de las vías aéreas y NIC (3140) manejo de la vía aérea, en las cuales se determinó la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal, pues la retención

de secreciones es la primera indicación para realizar la aspiración y es el signo más común en los pulmones del paciente, especialmente los sonidos jadeantes en la región hiliar (Soto Arias, 2017).

Al auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración, es necesario identificar los ruidos normales en la detección de los anormales, entre los que se encuentran los estertores, que son producidos en la tráquea, bronquios o pulmones, debido a la vibración de líquido exudado (mucosidad) dentro del aparato respiratorio (Martínez Alvarez, 2020).

Se coloca al paciente en una posición que maximice la ventilación: semifowler, con la elevación de decúbito superior a 30 o 45°, lo que disminuye la incidencia de micro aspiraciones en el paciente (Ramos Lapa, 2019). Asimismo, se hiperoxigena al 100% durante 30 segundos aproximadamente, antes y después de cada pasada. La hiperoxigenación y la hiperinsuflación —sea aplicada con una bolsa de reanimación manual o con un respirador mecánico— permiten que la aspiración se realice de manera segura sin reducir seriamente los niveles de oxígeno arterial (Romero-Rivas et al., 2017).

Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal. Se debe controlar y observar el color, la cantidad y consistencia de las secreciones. Con la finalidad de facilitar la ventilación mecánica y la oxigenación continua en el paciente, se mejora el intercambio gaseoso y se disminuyen las infecciones respiratorias (neumonía) asociado al acopio de secreciones, manteniendo la vía aérea permeable. Debe asegurarse la protección del personal de enfermería a la exposición a secreciones, realizando este procedimiento por circuito cerrado (Ministerio de Salud, 2021).

Administrar tratamiento con nebulizador: salbutamol 10 gotas +5cc SSFF, c/4h.

El salbutamol es un agonista de los receptores adrenérgicos, con cierta selectividad para los receptores beta2. Se usa en el tratamiento de primera línea para el asma u otras enfermedades obstructivas crónicas de las vías respiratorias (Rodríguez Carranza, 2015).

Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación según corresponda. Lo esencial aquí es observar la permeabilidad de la vía aérea, ya que el depósito de secreciones incrementa la resistencia de la vía aérea y el trabajo respiratorio; lo que puede resultar en hipoxemia, hipercapnia, atelectasia e infección (Soto Arias, 2017).

### **Deterioro de la ventilación espontánea**

Según NANDA (2021-2023), es el estado que se caracteriza por una disminución de las reservas de energía que provoca en el individuo la incapacidad para sostener la respiración adecuada para mantenerse con vida. La función principal del sistema respiratorio es adecuar la ventilación a las necesidades del organismo con una adecuada presión parcial de oxígeno ( $PaO_2$ ), en una adecuada presión parcial de dióxido de carbono ( $PaCO_2$ ) a fin de mantener la concentración normal de hidrogeno en la sangre y estabilizar la función homeostática del equilibrio ácido básico. La ventilación mecánica asegura que el paciente reciba la ventilación requerida para satisfacer sus necesidades, mientras se evita el daño pulmonar, el deterioro circulatorio y la asincronía con el ventilador (Garay Sevillano, 2018).

La insuficiencia respiratoria es causada por una alteración de la difusión de los gases o debido a una disminución de la ventilación. Las manifestaciones comunes son disnea, taquipnea, taquicardia, diaforesis, cianosis y alteración de la conciencia; sin

tratamiento ocurre, además, obnubilación, paro respiratorio y muerte (Patel, 2020). Toda esta sintomatología guarda relación con las características definitorias del paciente en estudio: incremento del uso de músculos accesorios, disminución de la presión parcial de dióxido de carbono y disminución de la cooperación por encontrarse en estado de sedación.

Según Moorhead et al. (2018), los resultados esperados fueron: el NOC (0402) de estado respiratorio reveló Intercambio gaseoso, con los indicadores: presión parcial de oxígeno en la sangre arterial, presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial; y el NOC (0403) presentó estado respiratorio: ventilación. con el indicador: Utilización de los músculos accesorios.

En base a Butcher et al. (2018), las intervenciones de enfermería fueron el NIC (3390) de ayuda a la ventilación y el NIC (3300) de manejo de la ventilación mecánica invasiva. Inicialmente se colocó al paciente en una postura adecuada para minimizar sus esfuerzos respiratorios: posición semifowler y control periódico de su estado respiratorio y oxigenación. La posición semifowler facilita la función respiratoria, favoreciendo el descenso del músculo diafragmático y una máxima inspiración. Los pacientes con ventilación mecánica suelen padecer hiperventilación/hipoventilación o disnea, así como falta de aire (Doenges & Moorhause, 2015).

Luego se inicia y mantiene el oxígeno suplementario con ventilador mecánico (VM). Este procedimiento tiene la finalidad de mejorar la oxigenación y la mecánica pulmonar del individuo, reemplazando a los músculos de la ventilación: el diafragma y los músculos intercostales (Meza Sparza, 2020).



Es imprescindible cerciorarse que las alarmas del ventilador estén conectadas: alarmas de presión, alarmas de volumen y alarmas técnicas. Estas indican las posibles fallas en el ventilador o alguna complicación en el paciente. Dentro de las complicaciones más frecuentes de la VM están: barotrauma, disminución del gasto cardiaco, aumento de la presión intracraneana, disminución de la función renal y hepática, mala movilización de secreciones, neumonía nosocomial y toxicidad por oxígeno (Zapata-Figueroa, 2016).

En este caso, se administró Midazolam 50 mg /10 ml 02 amp + SF 100 cc 8cc/h (RASS -4) + Fentanilo 0.5 mg/10 ml 02 amp + SF 100 cc 8cc/h (Titulable). Los pacientes intubados en terapia intensiva deben contar con una sedoanalgesia óptima y requieren ser evaluados de forma periódica mediante el empleo de diversas escalas. Cabe añadir que la farmacocinética, la farmacodinamia, interacciones farmacológicas y acumulación de medicamentos pueden precipitar eventos adversos en el paciente (Covarrubias-Gómez, y otros, 2020).

Es importante vigilar la eficacia de la VM sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente, de igual forma las lecturas de presión del ventilador, la sincronía paciente/ventilador y el murmullo vesicular del paciente. El monitoreo de las variables respiratorias brinda información acerca de aspectos de la función respiratoria como la oxigenación a nivel pulmonar, la hematosis y nivel tisular, que evalúa la transferencia del oxígeno desde la sangre a los tejidos (respiración interna). La ventilación permite regular los niveles de CO<sub>2</sub> dentro de un estrecho margen de normalidad. Los factores que demandan aumento ventilatorio o disminución ventilatoria exigen un estado

hemodinámico óptimo, que evalúa la presión arterial y presión venosa central (Zapata Figueroa, 2016).

### **Disminución del gasto cardiaco**

Según NANDA (2021-2023), se denomina gasto cardíaco o débito cardíaco al volumen de sangre expulsado por un ventrículo en un minuto. Constituye también un volumen inadecuado de sangre bombeada por el corazón, para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo. Por ello, el gasto cardiaco constituye la resultante final de todos los mecanismos que normalmente se ponen en juego para determinar la función ventricular, con elementos como: frecuencia cardiaca, contractilidad, sinergia de contracción, precarga y poscarga (Cecibe, 2021).

Confrontando con la patología del paciente que fue HDA, el gasto cardiaco es una patología asociada a alta morbimortalidad, ya que el sujeto puede presentar inestabilidad hemodinámica, hematemesis activa, o shock profundo, por lo que su riesgo de descompensación hemodinámica es crítico si ocurre un resangrado previo a la EDA, lo que sugiere hospitalización en una unidad monitorizada (Chuecas et al., 2019).

Las características definitorias del caso de estudio fueron: oliguria, prolongación del tiempo de llenado capilar, edema, color de piel anormal. Como mencionan Lemone y Burke (2009) citado por (Flores Albino, 2019), el riesgo de la disminución del gasto cardiaco puede deberse a la pérdida en cantidades significativas de sangre en un corto periodo de tiempo, debido a una hemorragia gastrointestinal alta. Debido a que la sangre permanece en el intestino, puede ser difícil precisar la cantidad perdida midiendo el vómito por aspirado gástrico y sangre eliminada por heces. Así como el

volumen sanguíneo cae bajo el retorno venoso. la frecuencia aumenta para mantener la función cardiaca, y los vasos sanguíneos periféricos sufren vasoconstricción en la mejora del retorno venoso y la función cardiaca.

Se consideró también el resultado esperado del NOC (0401) de estado circulatorio. Entre sus indicadores se tomó en cuenta la presión arterial media (040120), el edema periférico, gasto urinario, relleno capilar y palidez (Moorhead et al., 2018). De acuerdo a Butcher et al. (2018), se consideraron las intervenciones de enfermería con el NIC (4044) de cuidados cardiacos agudos. Sus actividades fueron las siguientes:

Monitoreo del ritmo y FC, con vigilancia de las tendencias de la PA y los parámetros hemodinámicos. Se auscultaron los sonidos cardiacos y las entradas/salidas de la diuresis y el peso diario. El balance hídrico, como marcador pronóstico de la evolución clínica, se reconoce como un impresor potencialmente modificable y determinante del resultado clínico en pacientes críticamente enfermos. El correcto balance hídrico es un área de mejora que se puede traducir en disminución de la incidencia de lesión renal aguda, lo que a su vez permitirá redirigir los recursos materiales hacia otras patologías prevalentes en las unidades de terapia intensiva (González-Pérez et al., 2015).

Así también, se administró medicación de Noradrenalina 4 mg + SF 100 cc PAM > 65. La noradrenalina es un vasopresor que estimula directamente la fuerza contráctil y el marcapasos del corazón, así como la velocidad de conducción y el automatismo; además de acrecentar la PAD Y PAS, ocasionando un aumento significativo de la resistencia periférica total. La elevación de la presión arterial origina una respuesta

compensatoria que induce a la disminución de la frecuencia cardiaca, lo cual enmascara el efecto estimulante de la amina sobre el corazón y causa aumento del volumen del latido con poco cambio en el gasto cardiaco (PLM, 2018).

Finalmente, se monitoriza la eficacia de la oxigenoterapia. Esta posee un amplio uso clínico en pacientes con patología cardíaca y pulmonar principalmente. Se fundamenta fisiopatológicamente por el aumento de la concentración de oxígeno arterial-coronario, disminuyendo probablemente la hipoperfusión miocárdica secundaria, el dolor causado por ésta y la morbilidad y mortalidad asociadas (Bennett-Laso et al., 2017)

### **Conclusiones**

De acuerdo con los problemas identificados en paciente con HDA, se desarrolló el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas. Se logró solucionar los problemas identificados según la taxonomía NANDA I. La planificación de los cuidados se dio para los resultados a través de la taxonomía NOC y para las intervenciones se utilizó la taxonomía NIC. La evaluación de los resultados usó la taxonomía NOC.

Se reconoce también la importancia del empoderamiento del profesional de enfermería especialista en cuidados intensivos, para el manejo y atención oportuna de los problemas identificados y complicaciones que se podrían presentar en la paciente durante el embarazo, parto y puerperio. Por ello, es de suma importancia que los profesionales de enfermería tengan conocimiento y manejo de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, a fin de manejar un mismo lenguaje, contribuyendo a estudios similares al presente.

## Bibliografía

- Bennett-Laso, J. T., Kramer-Urrutia, T., & Rada, G. (2017). ¿Debemos administrar oxígeno durante un síndrome coronario agudo? *Revista Biomédica*, 17(1).  
doi:doi: 10.5867/medwave.2017.6892
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7 ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Campiño-Valderrama, S. M., Duque, P. A., & Cardozo, V. H. (2019). Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería. *Universidad y Salud*, 21(3), 215-225.  
doi:http://dx.doi.org/10.22267/rus.192103.158
- Cecibe, I. (12 de octubre de 2021). Práctica Gasto Cardíaco. *Scribd*. Obtenido de [https://es.linkfang.org/wiki/Gasto\\_cardiaco](https://es.linkfang.org/wiki/Gasto_cardiaco)
- Chuecas, J., Torres, T., Cabezas, G., & Lara, B. (2019). Hemorragia digestiva alta. *Revista de Ciencias Médicas*, 44(3), 23-34. Obtenido de [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/1356-Documento%20principal%20\(texto\)-6071-2-10-20191001.pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/1356-Documento%20principal%20(texto)-6071-2-10-20191001.pdf)  
[file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/1356-Documento%20principal%20\(texto\)-6071-2-10-20191001.pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/1356-Documento%20principal%20(texto)-6071-2-10-20191001.pdf)
- Clinic, M. (2018). Presion Arterial Alta. *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/diagnosis-treatment/drc-20373417>
- Cortés Telles, A., Gochicoa-Rangel, L. G., Pérez-Padilla, R., & Torre-Bouscoulet, L. (enero-maeso de 2017). Gasometría Arterial Ambulatoria. *Neumología Cirugía*

de *Tórax*, 76(1), 44-50. Obtenido de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2017/nt171h.pdf>

Cortes-Telles, A., Che-Morales, J. L., & Ortiz-Farías, D. L. (febrero de 2021).

Estrategias actuales en el manejo de las secreciones traqueobronquiales.

*Neumología y cirugía de tórax*, 12(2), 1-9. Obtenido de chrome-

extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-

reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fccforum.biomedcentral.com%2Ftr

ack%2Fpdf%2F10.1186%2Fcc6830.pdf

Covarrubias-Gómez, A., Salinas-Palacios, C. K., Arriaga-Morales, E., Esquer-Guzmán,

H. M., Ferretiz-López, G., Alvarado-Pérez, J., . . . Alejandro Pavón, R. (octubre-

diciembre de 2020). Recomendaciones para la sedoanalgesia del enfermo

infectado con SARS-CoV-2 en ventilación mecánica. *Revista Mexicana de*

*Anestesiología*, 43(4), 251-256. Obtenido de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma204f.pdf>

Doenges, M. E., & Moorhause, M. F. (2015). *Proceso y Diagnósticos de Enfermería* (6

ed.). México: El Manual Moderno. Obtenido de

file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Proceso%20y%20diagnosticos%20de%20

enfermeria%20aplicaciones%20-%20Doenges.pdf

Flores Albino, R. D. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con*

*hemorragia digestiva alta en la Unidad de Emergencia de un hospital de Lima,*

2018. proyecto de tesis, Universidad Peruana Unión, Lima. Obtenido de

[https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1841/Rosarias\\_Tr](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1841/Rosarias_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

[abajo\\_Academico\\_2019.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1841/Rosarias_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

- Garay Sevillano, M. M. (2018). *Respiraciones espontáneas y modos ventilatorios en ventilación mecánica invasiva*. tesis, Universidad Inca Garcilazo de la Vega, Lima. Obtenido de [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3984/TRAB.SUF.PROF\\_GARAY%20SEVILLANO%2C%20Martha%20Madai.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3984/TRAB.SUF.PROF_GARAY%20SEVILLANO%2C%20Martha%20Madai.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Gomez, Gonzales, Olguin, Rodriguez. (2010). Manejo de secreciones pulmonares en el paciente critico. *Enfermería intensiva*, 74-82. Obtenido de <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-manejo-las-secreciones-pulmonares-el-S1130239910000350>
- González Pérez, N., Zapata Centeno, I., Gaona López, R., Aguayo Muñoz, A., Camacho Noguez, A., & López Carrillo, L. (2015). Balance hídrico: un marcador pronóstico de la evolución clínica en pacientes críticamente enfermos. Reporte preliminar. *29(2)*, 70-84. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rammcti/v29n2/v29n2a4.pdf>
- Grzona, M. E. (2010). Manejo del bajo gasto cardiaco en el Posoperatrio cardiovascular Pediátrico. *Revista Médica Universitaria*, *6(2)*, 1-22. Obtenido de [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/3492/grzonarmu2-10.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/3492/grzonarmu2-10.pdf)
- Gutiérrez Muñoz, F. (2011). Ventilación mecánica. *Acta Médica Peruana*, *28(2)*, 87-104. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000200006#tab1](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006#tab1)
- Hospital Nacional Dos de Mayo. (2016). Guía técnica. *Guía de práctica clínica de hemorragia digestiva alta*. Lima, Perú. Obtenido de

[http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos\\_de\\_gestion/normas\\_emitidas/r\\_dir/2017/enero/GUIA\\_DE\\_PRACTICA\\_CLINICA\\_DE\\_HEMORRAGIA\\_DIGESTIVA\\_ALTA\\_DR\\_0001.pdf](http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2017/enero/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DE_HEMORRAGIA_DIGESTIVA_ALTA_DR_0001.pdf)

Huallpa Quispe, J. M. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con neumonía de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica de Lima, 2018*. Trabajo académico, Universidad Paruana Unión, Lima. Obtenido de [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1876/Yhannet\\_Trabajo\\_Academico\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1876/Yhannet_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Jara-Sanabria, F., & Lizano-Pérez, A. (octubre-diciembre de 2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería universitaria*, 13(4), 208-215. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632016000400208](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400208)

Jorquera Zuara, S. (23 de marzo de 2021). Hemorragia digestiva alta. Revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Portales Médicos.com*, 16(6), 256. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/hemorragia-digestiva-alta-revision-bibliografica/>

Juárez Rodríguez, P. A., & García Campos, M. d. (2012). La importancia del cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 112-114.

Lechtzin, N. (2015). Intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. *Associate Professor of Medicine and Director, Adult Cystic Fibrosis Program*. Obtenido de



<https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/biolog%C3%ADa-de-los-pulmones-y-de-las-v%C3%ADas-respiratorias/intercambio-de-ox%C3%ADgeno-y-di%C3%B3xido-de-carbono>

López Flores, L., Herández-Morales, S., García Merino, R. M., & Flores Montes, I. (2014). Intervenciones de enfermería en la toma de Electrocardiograma, círculo torácico y medrano. *Enfermeria Cardiologica*, 22(2), 78- 84. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142f.pdf>

Martínez Alvarez, L. R. (2020). *Características de técnicas de aspiración endotraqueal en paciaentes críticos, por profesionales de enfermería, Unidad de Terapia Intensiva, Hospital del Norte Gestión 2019*. tesis, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/25445/TE-1747.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Meza Sparza, C. (21 de julio de 2020). ¿Cuáles son los efectos de pacientes que son sometidos a ventilación mecánica? *Universidad Católica de la Santísima Concepción*.

Ministerio de Salud. (5 de febrero de 2021). <https://www.salud.gob.sv/>. Obtenido de [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD\\_037-2021-HCH-DG.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_037-2021-HCH-DG.pdf)

Montero, J. M. (2009). *Rehabilitación cardiaca*. España: sociedad española de cardiología. Obtenido de <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/rehabilitacion-cardiaca.pdf>

- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (6 ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Morano, M. D. (2017). Toma de constantes vitales. *Enfermería Practica*. Obtenido de <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantes-vitales>
- Moya Quingaluisa, M. F. (2018). *Factores que influyen en la no aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el ámbito hospitalario.* , Ambato. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28681/2/Proyecto%20Completo%20PAE.%20Fer%20Moya.pdf>
- Muñoz, A. V. (2015). Hipertensión. *Fundación Española del Corazón*. Obtenido de <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>
- NANDA. (2021-2023). *Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación* (12 ed.). Barcelona, España: ELSEVIER.
- OMS. (2015). hipertension.
- Orts, D. (2017). Conocer la neumonía para tratarla y prevenirla. *Benidorm*.
- Parrales, h. (2017). *Mecanismo y Fisiopatología de la tos*.
- Patel, B. K. (marzo de 2020). Generalidades sobre la insuficiencia respiratoria. *Manual MSD Versión para profesionales*. Chicago, EEUU. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/insuficiencia-respiratoria-y-ventilaci%C3%B3n-mec%C3%A1nica/generalidades-sobre-la-insuficiencia->



*Lima junio 2017. proyecto, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.*

Obtenido de

[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1488/Conocimientos\\_RomeroRivas\\_Evelin.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1488/Conocimientos_RomeroRivas_Evelin.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Soto Arias, G. L. (2017). *Conocimientos y prácticas de la enfermera sobre la técnica de aspiración de secreciones en pacientes intubados en el servicio de UCI -*

*Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2017 . tesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Obtenido de*

[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7090/Soto\\_ag.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7090/Soto_ag.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Zapata Figueroa, N. E. (2016). *Conocimientos del profesional de enfermería sobre la atención del paciente sometido a ventilación mecánica, en el servicio de emergencia Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra - Perú 2015 . tesis,*

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Obtenido de

[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13600/Zapata\\_Figueroa\\_Nelson\\_Enrique\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13600/Zapata_Figueroa_Nelson_Enrique_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## Apéndices

### Apéndice A: Planes de cuidado

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00031) Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones, evidenciado por ausencia de tos, sonidos respiratorios adventicios: estertores, cantidad excesiva de esputo.	<b>Resultado:</b> NOC (0410) Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.	2	Mantener en:	<b>Intervención:</b> NIC (3160) Aspiración de las vías aéreas.				3.5	+2
			Aumentar a: 4	<b>Actividades:</b> Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.				4	
	<b>Escala:</b> Grave (1) Ninguno (5)			Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.	→	→			
	<b>Indicadores</b>			Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante 30 segundos, antes y después de cada pasada.	→	→		3	
	041007 Ruidos respiratorios patológicos	2							
	041012 Capacidad de eliminar secreciones	2		Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.	→	→		4	
	041019 Tos	2		Controlar y observar color, cantidad y consistencia de las secreciones.	→	→		3	
	041020 Acumulación de esputo	2		<b>NIC (3140) Manejo de la vía aérea.</b>				4	
				314001 Colocar al paciente en una posición que maximice la ventilación: semifowler.	→	→			
				314002 Administrar tratamiento con nebulizador: Salbutamol 10 gotas +5cc SSFF, c/4h.	8- 12	16			
			314003 Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación según corresponda.	→	→				

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00033) Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos de la respiración, evidenciado por incremento del uso de músculos accesorios, disminución de la presión parcial de dióxido de carbono, disminución de la cooperación (sedado).	<b>Resultado:</b> NOC (0402) Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.	<b>3</b>	Mantener en:	<b>Intervención:</b> NIC (3390) Ayuda a la ventilación.				<b>4</b>	<b>+1</b>
			Aumentar a: 4	<b>Actividades:</b>					
	<b>Escala:</b> Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango normal (5)			Colocar al paciente de forma que se minimicen, los esfuerzos respiratorios: posición semifowler.	→	→			
				Iniciar y mantener el oxígeno suplementario con ventilador mecánico.					
				Controlar periódicamente estado respiratorio y de oxigenación.					
	<b>Indicadores</b>			NIC (3300) Manejo de la ventilación mecánica invasiva.	→	→			
	40208 Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial.	<b>3</b>		330001 Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén conectadas				<b>4</b>	
	40209 Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial.	<b>3</b>		Administrar los agentes paralizantes musculares: Midazolam 50 mg /10 ml 02 amp + SF 100 cc 8cc/h (RASS -4) + Fentanilo 0.5 mg/10 ml 02 amp + SF 100 cc 8cc/h (Titulable).				<b>4</b>	
40210 pH arterial	<b>3</b>		Vigilar la eficacia de la VM sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente.	→	→		<b>4</b>		
NOC (0403) Estado respiratorio: Ventilación.	<b>2</b>		Vigilar las lecturas de presión del ventilador, la sincronía paciente/ventilador y el murmullo vesicular del paciente.	→	→				

	<b>Escala</b> Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango normal (5)	2			→	→			
	<b>Indicadores</b>								
	40309 Utilización de los músculos accesorios	2						4	



Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00029) Disminución del gasto cardiaco, relacionado con alteración en la precarga y poscarga M/P oliguria, prolongación del tiempo de llenado capilar, edema. color de piel anormal	<b>Resultado:</b> NOC (0401) Estado circulatorio	2	Mantener en: Aumentar a: 4	<b>Intervención:</b> <b>NIC (4044) Cuidados cardiacos agudos</b>				4	+2
	<b>Actividades:</b>								
	<b>Escala</b> Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango normal (5)			404401 Monitorizar el ritmo y FC.	→	→			
				404402 Auscultar los sonidos cardiacos.	→	→			
				404403 Monitorizar las entradas/salidas la diuresis y el peso diario.	→	→			
				404404 Vigilar las tendencias de la PA y los parámetros hemodinámicos.	→	→			
	<b>Indicadores</b>			404405 Administrar medicación Noradrenalina 4 mg + SF 100 cc PAM > 65.	→	→		4	
	040104 Presión arterial media	2							
	040140 Gasto urinario	2		404406 Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia.	→	→		4	
	040151 Relleno capilar	2						4	
<b>Escala:</b> Grave (1) Ninguno (5)									
<b>Indicadores</b>									
040120 Edema periférico	2						4		
040154 Palidez	2						4		

## Apéndice B: Guía de valoración

### CLÍNICA DELGADO SERVICIO DE OBSTETRICIA Y MATERNIDAD

#### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE LA PACIENTE GESTANTE/ PUERPERA

DATOS GENERALES			
Nombre del usuario: _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Fecha de ingreso al servicio: _____	Hora: _____	Persona de referencia: _____	Tel. _____
Procedencia: Consultorio ( )	Emergencia ( )	Otro: _____	
Forma de llegada: Ambulatorio ( )	Silla de ruedas ( )	Camilla ( )	
Fuente de Información: Paciente ( )	Familiar/amigo ( )	Médico tratante: _____	
Motivo de ingreso: _____	Dx. Médico: _____		
Grupo Sanguíneo: _____	Tipo de Seguro: _____	Profesional que reporta a paciente: _____	

#### VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
<b>Antecedentes familiares de importancia:</b> _____ <b>Antecedente Personal de enfermedad y quirúrgicas:</b> HTA ( ) DM ( ) Abortos ( ) Gastritis/úlcera ( ) TBC ( ) Asma ( ) VIH ( ) VDRL ( ) Otros _____ <b>Intervenciones quirúrgicas:</b> No ( ) Si ( ) (fechas) _____ <b>Alergias y otras reacciones:</b> _____ Fármacos: _____ Alimentos: _____ Signos-síntomas: _____ Otros _____ <b>Factores de riesgo:</b> Consumo de tabaco No ( ) Si ( ) Consumo de alcohol No ( ) Si ( ) Consumo de drogas No ( ) Si ( ) <b>Medicamentos (con o sin indicación médica)</b> ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____ <b>Estado de higiene</b> Buena ( ) Regular ( ) Mala ( ) <b>Requiere ayuda?</b> Si ( ) No ( ) ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____ ¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad? _____	<b>Formula Obstétrica:</b> G _____ P _____ <b>EG:</b> N° CPN: FUR: FPP: <b>Mamas:</b> turgentes ( ) ( ) blandas <b>Pezones:</b> Formados ( ) planos ( ) invertidos ( ) <b>Útero:</b> Altura Uterina: _____ <b>Dinámica uterina:</b> Frecuencia: _____ Tono: _____ <b>Intensidad:</b> _____ <b>Movimientos Fetales:</b> Si ( ) No ( ) LCF: _____ <b>Perdidas Vaginales:</b> Líquido amniótico ( ) <b>Sangrado Vaginal:</b> Si ( ) No ( ) Volumen: _____ <b>Secreciones Vaginales:</b> Si ( ) No ( ) <b>Características:</b> _____ <b>Comentarios adicionales:</b> _____
<b>PATRÓN DE RELACIONES - ROL</b> <b>Ocupación:</b> _____ <b>Estado civil:</b> Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Divorciada ( ) <b>¿Con quién vive?</b> Solo ( ) Con su familia ( ) Otros _____ <b>Fuentes de apoyo:</b> Familia ( ) Amigos ( ) Otros _____ <b>Abdomen grávido:</b> Normal ( ) Distendido ( ) Doloroso ( ) <b>Ruidos hidroaéreos:</b> Aumentados ( ) Normales ( ) Disminuidos ( ) ausentes ( ) <b>Comentarios adicionales:</b> _____	<b>PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO</b> <b>T:</b> _____ °C <b>Peso:</b> _____ <b>Talla:</b> _____ <b>Glucosa:</b> _____ <b>Hb:</b> _____ <b>Piel:</b> <b>Coloración:</b> Normal ( ) Pálida ( ) Rubicunda ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( ) <b>Hidratación:</b> Seca ( ) Turgente ( ) <b>Integridad:</b> Intacta ( ) Lesiones ( ) <b>Especificar si hay lesiones:</b> _____ <b>Cavidad bucal:</b> <b>Dentadura:</b> Completa ( ) Ausente ( ) Incompleta ( ) Prótesis ( ) <b>Estado de higiene bucal:</b> Mala ( ) Regular ( ) Buena ( ) <b>Hidratación:</b> Si ( ) No ( ) <b>Cambio de peso durante los últimos días:</b> Si ( ) No ( ) <b>Obesidad:</b> ( ) <b>Bajo peso:</b> ( ) Otros _____ <b>Tipo de dieta:</b> _____ <b>Apetito:</b> Normal ( ) Disminuido ( ) Aumentado ( ) <b>Dificultad para deglutir:</b> Si ( ) No ( ) <b>Nauseas ( ) Pirosis ( ) Vómitos ( ) Cantidad:</b> _____
	<b>PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS</b> <b>Estado de conciencia:</b> Consciente ( ) Inconsciente ( ) Somnoliento ( ) <b>Estado emocional:</b> Tranquila ( ) ansiosa ( ) Negativa ( ) Temerosa ( ) Irritable ( ) Indiferente ( ) Depresiva ( ) <b>Preocupaciones principales/comentarios:</b> _____

Tos ineficaz: No (    ) Si ( )  
 Reflejo de la tos: Presente (    ) Ausente( ) Disminuido ( )  
 Secreciones: No (    ) Si ( )  
 Características: \_\_\_\_\_  
 O2: No (    ) Si ( )  
 Modo: \_\_\_\_\_ l/min \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD CIRCULATORIA**

Pulso periférico: \_\_\_\_\_  
 Edema: No Si Localización: \_\_\_\_\_  
 +( ) ++( ) +++( )

Presencia de líneas invasivas:

Cateter periférico: \_\_\_\_\_

**EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**

1= Independiente 3= Totalmente dependiente  
 2= Parcialmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Riesgo de Caidas: Bajo (    ) Alto ( ) Sin Riesgo ( )

Aparatos de ayuda: ninguno (    ) S. ruedas( ) Otros: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE ELIMINACIÓN**

**Hábitos intestinales**

Nº de deposiciones/día: \_\_\_\_\_  
 Normal (    ) Estreñimiento( ) Diarrea( ) Incontinencia( )

**Hábitos vesicales**

Frecuencia: \_\_\_\_\_ / día  
Polaquiúria (    ) Disuria( ) Nicturia( )  
Proteinuria: \_\_\_\_\_

Albumina en orina: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO**

Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Problemas para dormir: Si (    ) No( )

Especificar: \_\_\_\_\_

¿Usa algún medicamento para dormir? Si (    ) No( )

Especificar: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS**

Religión: \_\_\_\_\_

Restricciones religiosas: \_\_\_\_\_

Solicita visita de capellán: Si (    ) No( )

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Nombre del enfermero:**

Firma : \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO**

Orientado: Tiempo (    ) Espacio( ) Persona ( )

Presencia de anomalías en:

Audición: \_\_\_\_\_

Visión: \_\_\_\_\_

Habla/lenguaje: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Dolor: No (    ) Si ( )

Localización: \_\_\_\_\_  
 Cefalea (    ) Dinámica Uterina( )

Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:**

**EXAMENES AUXILIARES:**

## **Apéndice B: Consentimiento informado**

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud.

### **Consentimiento Informado**

#### **Propósito y procedimientos**

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Cuidado a paciente con hemorragia digestiva alta de la Unidad de Cuidados Intensivos basado en los patrones funcionales de Marjori Gordon en un hospital de Lima, 2021”. El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales F.V.J.J. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Espinoza Almerco Vilsa Carolina, bajo la asesoría de la Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

#### **Riesgos del estudio**

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico asociado con este trabajo académico. Pero, como se obtendrá alguna información personal, existe la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada; sin embargo, se tomarán las precauciones correspondientes en la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### **Beneficios del estudio**

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio. La participación es voluntaria. Se me ha comunicado también que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin

ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma