

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Cuidados de enfermería al paciente con Guillain Barré en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Tarapoto, 2022

Trabajo Académico presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos

Por:

Rodrigo Ynga Sinarahua

William David Ayala Nunura

Asesor:

Mg. Katherine Mescua Fasanando

Lima, 2022

DECLARACION JURADA DEL TRABAJO ACADEMICO

Yo, **Katherine Mescua Fasanando**, adscrita en la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente de la Unidad de Posgrado de ciencias de la Salud de la respectiva Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

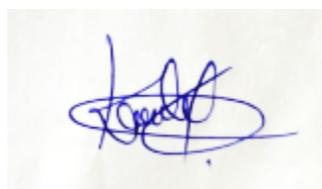
Que el presente trabajo de investigación titulado; “**Cuidados de enfermería al paciente con Guillain Barré en la unidad de cuidados intensivos de un hospital en Tarapoto, 2022**”.

Constituye la memoria presentada por los licenciados Rodrigo Ynga Sinarahua.

William David Ayala Nunura., para obtener el título de segunda especialidad profesional de enfermería: cuidados intensivos que ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las declaraciones y opiniones que contiene este trabajo académico son de completa responsabilidad de las autoras, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 15 días del mes de julio del año 2022.



Mg. Katherine Mescua Fasanando

Cuidados de enfermería al paciente con Guillain Barré en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Tarapoto, 2022

Trabajo Académico
Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional
de Enfermería: Cuidados Intensivos



Mg. Katherine Mescua Fasanando

Lima, Julio de 2022

Notas del Autor

La recopilación de datos y el análisis preliminar fueron patrocinados por la Oficina de Capacitación de y docencia del Instituto Especializado. Parte de estos hallazgos se presentaron como un póster en el 2022 en la VIII Jornada Científica de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, Lima, Perú. Para este trabajo no hay conflictos de intereses que revelar.

La correspondencia sobre este artículo debe dirigirse a Nombres del autor1 y apellidos, Departamento de Docencia e Investigación, Instituto Nacional de Enfermedades, Surquillo, Lima, Perú. Correo electrónico: direccion@institucion.extension

Cuidados de enfermería al paciente con Guillain Barré en la unidad de cuidados intensivos de un hospital en Tarapoto, 2022

^aLic. Rodrigo Ynga Sinarahua. Lic. William David Ayala Nunura. [°]Mg. Katherine Mescua Fasanando
^{ayb}autores del trabajo académico, unidad de post grado de ciencias de la salud, universidad peruana unión, Lima Perú
^casesora del trabajo académico, universidad peruana unión, escuela de post grado, Lima Perú”

Resumen

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuritis idiopática aguda, o muchas veces en su cuadro grave, de cuadro evolutivo definitorio sin la oportuna atención especializada, de procedencia de tipo autoinmune. Las complicaciones se desarrollan en el 60% de pacientes con soporte ventilatorio. El objetivo de la investigación fue gestionar el cuidado de enfermería en un paciente crítico con Guillain Barré hospitalizado en una institución pública en Tarapoto. El estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, el sujeto de estudio es una paciente adulta madura de la unidad de cuidados críticos. Se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería como método, se aplicaron las 5 etapas del PAE, la valoración se realizó a través del marco de valoración de Marjory Gorson, taxonomía II Nanda I, detectándose 10 diagnósticos enfermeros priorizándose 3 de ellos: Deterioro de la ventilación, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades, seguidamente se elaboró un plan de cuidados utilizando la taxonomía NANDA NOC NIC, luego se procedió a ejecutar las intervenciones planificadas. Como resultado se obtuvo una puntuación de cambio +2, +2, +3. En Conclusión, se gestionó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, permitiendo un cuidado de calidad al paciente con Síndrome de Guillain-Barré (SGB).

Palabras clave: Síndrome Guillain–Barré, proceso de Atención de Enfermería, cuidados de enfermería.

Abstract

Guillain-Barré Syndrome (GBS) is an acute idiopathic polyneuritis, or often in its severe condition, with a defining evolutionary condition without timely specialized care, of autoimmune origin. Complications develop in 60% of patients with ventilatory support. The objective was to manage nursing care in a critical patient with Guillain Barré hospitalized in a public institution in Tarapoto. The study has a qualitative approach, a single clinical case type, the study subject is a mature adult patient from the critical care unit. The Nursing Care Process was used as a method, the 5 stages of the PAE were applied, the assessment was carried out through the Marjory Gorson assessment framework, taxonomy II Nanda I, detecting 10 nursing diagnoses, prioritizing 3 of them: Impairment of ventilation, Ineffective airway clearance, Nutritional imbalance: Intake below needs, then a care plan was developed using the NANDA NOC NIC taxonomy, then the planned interventions were carried out. As a result, a change score of +2, +2, +3 was obtained. Concluding that the nursing care process was managed in its five stages, allowing quality care for patients with Guillain-Barré Syndrome (GBS).

Keywords: Guillain-Barré Syndrome, Nursing Care process, nursing care.

Introducción

Una de las especialidades de Enfermería dedicada a brindar los cuidados al paciente que se encuentra críticamente enfermo con problemas de salud que amenazan la salud, es la Enfermería en cuidados Intensivos; estos cuidados brindan un plan de cuidados adecuado desde que es ingresado en la unidad de cuidados intensivos hasta el alta. Es por ello que, se debe ser tan organizados como sistemáticos en la atención del paciente para poder solucionar problemas que se presenten en la unidad, con el fin de tomar decisiones responsables (Guerrero, 2018).

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2020) menciona que, el Síndrome de Guillain-Barre (SGB) es una enfermedad paradójica en la que el sistema inmunitario del mismo paciente porque ataca algunos nervios periféricos, principalmente los que controlan a los movimientos.

En cuanto a los reportes de incidencia, encontramos que por cada 100000 habitantes el 0,001%-0,002% llega a padecer esta enfermedad, afectando más a varones que mujeres, este resultado interviene en todas las etapas de la vida con mayor prevalencia en jóvenes, adulto joven y adultos mayores. Los casos diagnosticados que, van asociadas por infecciones respiratorias agudas o gastrointestinales, se observa que: “El 80% se recuperan, pero, el 10%-15% quedarán con secuelas, el resto morirá, a pesar de los cuidados intensivos, prestados” (Arenas, 2018).

Al referirnos al Síndrome de Guillain Barre (SGB) es preciso marcar a una serie heterogénea de neuropatías periféricas, donde el descubrimiento común en ellas es la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, la cual es la principal causa de parálisis aguda, a nivel mundial se conoce una incidencia entre 1,2 a 2,73 casos por cada 100 000 habitantes (Hermosin et al, 2018).

Según Rodríguez (2019), en centro América y Sudamérica, ha existido un aumento en la incidencia, específicamente en Perú en los últimos cinco años se reporta un aumento en los casos de 104 en el 2018 a 263 anuales hasta junio del 2021.

El instituto nacional de ciencias neurológicas del Perú en cuanto al diagnóstico y tratamiento público en el año 2020 una guía para determinar el proceso de atención de estos pacientes con SGB. Recomendando para el diagnóstico el uso de los criterios de “Brighton”, en cuanto al tratamiento de SGB

establece el uso de plasmaféresis o inmune globulina, así como la rehabilitación temprana y multidisciplinaria (Chambergo et al, 2019).

El SGB, se caracteriza por parálisis flácida del cuerpo y extremidades causando un *déficit de autocuidado*; asimismo es un proceso autoinmune, regularmente se origina por un determinado tipo de infeccioso aproximadamente 1- 4 semanas antes del comienzo de los síntomas por lo que es considerado una enfermedad post- infecciosa. Encontramos que en la primera fase es muy alta la incidencia de: pinchazos en los dedos de pies, de las manos y adormecimiento. Dolor muscular en extremidades inferiores, dolor de espalda y zona lumbar. Fatiga muscular general. Muchas veces la fatiga puede tener un dominio proximal, de forma que el paciente mueve los pies con dificultad para incorporarse desde la posición de sentado. La debilidad clínica es el grado de lesión axonal y no la intensidad de la desmielización (López y Torres, 2020).

Asimismo, el proceso de atención de enfermería es un método organizado y racional, que se centra en el método científico y permite que el personal de enfermería brinde adecuados cuidados integrales al paciente, es así que la labor que realiza sobre el cuidado que brinda es el objetivo de la profesión de enfermería, ya que, sin la existencia de las personas cuidadas, no había sentido de la relación cuidar cuidado. Siendo el cuidado la esencia del profesional de enfermería es muy importante ya que la responsabilidad reside en la aplicación de la mejor manera de establecer un vínculo humano (Zambrano et al, 2017).

El pronóstico del SGB es favorable en el 80% de los casos, la oportuna actuación en el diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería, disponen que disminuya el número y severidad de las secuelas. Al momento que ingresa al hospital y se confirma el diagnóstico de SGB los pacientes, se aplican cuidados de enfermería con el fin de disminuir la gravedad de la enfermedad. La mayoría de pacientes con SGB están postrados en cama y es necesario prevenir la trombosis venosa, infecciones urinarias y respiratorias, la terapia física y ayuda psicológica llevan un papel muy importante para la mejoría y disminución de secuelas. El 50% de pacientes con SGB requiere cuidado intensivo, siendo la insuficiencia respiratoria siendo esta la causa, que justifica el ingreso en la UCI y hace preciso generalmente el ingreso a la Ventilación mecánica (VM). También requieren cateterismo vesical, manejo del dolor con fármacos (Zuñiga, 2018).

Metodología

El estudio es de enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, como método emplea al Proceso de Atención de Enfermería, el cual es un método sistematizado y racional, basado en el método científico que permite que el profesional de enfermería proporcione cuidados integrales al paciente (Arco y Suárez, 2018). Ocupa como sujeto de estudio a una paciente adulta madura de 52 años de edad con diagnóstico médico: Síndrome Guillian Barre en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos. El instrumento fue una guía de valoración basada en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. La técnica de recolección fue la observación y entrevista. Por otro lado, como fuente de información también se utilizó la historia clínica. El proceso de enfermería, contiene 5 etapas, iniciando con la valoración, seguidamente se formularon los diagnósticos de enfermería, utilizando la taxonomía II de Nanda I. Asimismo para la planificación se utilizó taxonomía NOC y NIC, luego de la ejecución de las intervenciones, se procedió a la evaluación. La evaluación se obtuvo mediante la puntuación de cambio, obtenidas de la diferencia de la puntuación basal y final.

Proceso de atención de enfermería

Valoración.

Datos Generales.

Nombre: T.D.C

Fecha de nacimiento: 08-01-1971

Sexo : Femenino

Fecha de valoración: 26 de abril de 2022.

Edad : 52 años.

Días de atención de enfermería: 14 días.

Motivo de ingreso: Paciente con iniciales de T.D.C, adulta madura de 52 años de edad, procedente de chirapa, ingresa por emergencia el día 08-04-22 por presentar parálisis de MSD,

evolucionando con parálisis bilateral de miembros inferiores posteriormente de miembros superiores, con pérdida de la fuerza muscular, posteriormente es trasladada a la unidad de cuidados intensivos, actualmente lucida, cuadriplejia, flácida, con apoyo oxigenatorio por cuadro compatible de la enfermedad, el día 10-04-2022 se comunica a familiar sobre procedimiento de intubación por presentar distrés respiratoria tipo II, con TET recibiendo ventilación mecánica en modo VC-AC, bajo sedoanalgesia, hemodinamicante estable, con sonda nasogástrica, con sonda Foley conectado a bolsa colector de orina, en tratamiento con inmunoglobulina humana

Valoración por patrones funcionales.

Patrón I: Nutricional metabólico.

Paciente adulta madura, en unidad AREN, AREH, bajo efectos de la sedo analgesia, piel y mucosas, hidratada e integra, con normotermia 36.5°C, se observa dentadura incompleta, de algunas piezas dentales, mucosa oral semi hidratada, tiene pérdida de peso gradual, portadora de SNG. Con dieta licuada hiposódica VT: 600 cc, abdomen blando/depresible.

Patrón II: Eliminación

Hábitos vesicales:

El paciente es portador de sonda vesical n° 16, colocada el 08/04/22, presenta una diuresis clara y sin sedimento, flujo urinario de 80ml/h.

Hábitos intestinales:

No realiza deposiciones durante el turno. Con pañal y no presenta eritema en región perianal.

Patrón III: Percepción control de la salud.

El hijo refiere que su madre empezó a presentar debilidad muscular, no podía mover los brazos, ni las piernas, a su hospitalización, durante los 2 días de hospitalizado, la paciente presenta distrés respiratorio tipo II. No presenta ningún antecedente de enfermedades familiares.

Patrón IV: Relaciones rol.

El familiar refiere que viven con su esposo, no existe violencia familiar y maltrato. En la familia, ambos toman las decisiones. El estado de sedoanalgesia limita evaluar la respuesta verbal y las relaciones

con su entorno

Patrón V: Valores y creencias.

Paciente según familiar refiere profesar la religión católica, no practicante. Y no presenta restricción religiosa:

Patrón VI: Auto percepción auto concepto.

Paciente bajo efectos de sedoanalgesia.

Patrón VII: Tolerancia a la situación y al estrés.

Paciente bajo efectos de sedoanalgesia.

Patrón VIII: Descanso sueño.

El paciente se encuentra bajo efectos de sedoanalgesia.

Patrón IX: Perceptivo cognitivo.

No encontramos un nivel de conciencia en el paciente, ya que se encuentra sedado con una Escala de Rass de-04 puntos. A la evaluación presenta pupilas Isocóricas foto reactivas de un tamaño de 2 mm. El paciente con sedoanalgesia, recibe infusión de: Fentanilo 1gr + NaCl 0.9% 100ml a 10 cc/hr. + Midazolam 100 mg + NaCl 0.9% 100ml a 10cc/hr.

Patrón X: Actividad ejercicio.

Actividad Respiratoria: FR: 18x', recibiendo apoyo ventilatorio por TET N° 7.5, a modo de A/C Fio2 60%, con saturación de oxígeno 91%; presentando tos ineficaz, presenta secreciones blanquecinas, a la auscultación de ACP se oyen ruidos respiratorios roncales.

Actividad circulatoria: Pulso periférico 82x', PA 110/70 mm Hg, llenado capilar < 2'' no hay edema en miembros superiores e inferiores, se observa la presencia de catéter venoso central en subclavia derecha.

Actividad capacidad de autocuidado: Paciente con una tonicidad relajada debido a que se encuentra bajo efectos de sedoanalgesia y con capacidad de autocuidado completamente dependiente del personal de salud.

Patrón XI: Sexualidad reproducción.

Paciente que actualmente ya no presenta ciclo de ovulación, ausencia de secreción vaginal, ha tenido cuatro gestaciones todos vivos.

Diagnósticos de enfermería

Proceso de atención de enfermería

Diagnósticos de enfermería priorizados.

Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica:

Deterioro de la ventilación espontánea.

Factor relacionado:

Fatiga de los músculos de la respiración asociado a disfunción neuromuscular

Características definatorias:

Apoyo ventilatorio por TET a modo de A/C Fio2 60%.

Enunciado diagnóstico:

Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a fatiga de los músculos de la respiración asociado a disfunción neuromuscular evidenciado por apoyo ventilatorio por TET a modo de A/C Fio2 60% saturando 91%.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica:

Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Factor relacionado:

Vía artificial y acumulo de secreciones.

Características definatorias:

Secreciones blanquecinas, ruidos respiratorios roncales.

Enunciado diagnóstico:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía artificial y acumulo de secreciones evidenciado por secreciones blanquecinas, ruidos respiratorios roncantes.

Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica:

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Factor relacionado:

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), septicemia y desmielinización

Características definitorias:

Peso corporal disminuido, ligera palidez de piel y mucosas, pérdida de cabello.

Enunciado diagnóstico:

Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades relacionado con Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), septicemia y desmielinización evidenciado por peso corporal disminuido, ligera palidez de piel y mucosas, pérdida de cabello.

Planificación

Primer diagnóstico.

Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a fatiga de los músculos de la respiración asociado a disfunción neuromuscular evidenciado por apoyo ventilatorio por TET a modo de A/C Fio2 60% saturando 91%.

Resultados esperados.

NOC (0403) Estado respiratorios: ventilación

40302 Ritmo respiratorio.

40325 Capacidad vital

40310 Ruidos respiratorios patológicos.

NIC (3390) ayuda a la ventilación:

Actividades

33901 Mantener una vía aérea permeable.

33902 Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación/perfusión («el pulmón bueno abajo»), según corresponda.

33903 Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: gasometría arterial, SaO₂, SvO₂, CO₂ tele espiratorio, Qsp/Qt, A-aDO₂.

33904 Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.

33905 Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases.

NIC (3180) manejo de las vías aéreas artificiales:

Actividades

318001 Administrar oxígeno a una concentración de oxígeno que nos permita mantener una saturación de oxígeno entre 92% a 96%.

318002 Colocar una vía aérea orofaríngea o una cánula de Guedel para impedir morder el tubo endotraqueal, según corresponda.

318003 Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueostomía a 15-20 mmHg durante la ventilación mecánica y durante y después de la alimentación.

318004 Cambiar las cintas/sujeción del tubo endotraqueal cada 24 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal, y mover el tubo et al otro lado de la boca.

318005 Auscultar la presencia de sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal/ de traqueostomía.

318006 Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas de gran calibre.

318007 Monitorizar la disminución del volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria en los pacientes que reciben ventilación mecánica.

Segundo diagnóstico.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía artificial y acumulo de secreciones evidenciado por secreciones blanquecinas y ruidos respiratorios roncantes.

Resultados esperados.

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

41007 Ruidos respiratorios patológicos.

41012 Capacidad de eliminar secreciones.

41020 Acumulo de secreciones.

Intervención de enfermería

NIC (3160) Aspiración de las vías aéreas:

Actividades

316001 Realizar el lavado de manos.

316002 Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de Aspiración traqueal.

316003 Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueostomía o vía aérea del paciente.

316003 Basar la duración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta Del paciente a la aspiración.

316004 Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.

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

31606 Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado o un adaptador de dispositivo de insuflar oxígeno.

Tercer Diagnostico.

Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades relacionado con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), septicemia y desmielinización evidenciado por peso corporal disminuido, ligera palidez de piel y mucosas, pérdida de cabello.

Resultados esperados

NOC (1008) Estado Nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.

100802 Ingestión alimentaria por sonda nasogástrica.

100804 Administración de líquidos IV

NIC (4130) Monitorización de líquidos.

Actividades

413001 Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.

413002 Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.

413003 Llevar un registro preciso de entradas y salidas (p. ej., ingesta oral y enteral, infusión i.v., antibióticos, líquidos administrados con la medicación, sondas nasogástricas, drenajes, vómito, sondas rectales, drenaje por colostomía y orina).

413004 Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.

NIC (1160) Monitorización nutricional

Actividades.

116001 Pesar al paciente.

116002 Identificar los cambios recién del peso corporal.

116004 Identificar las anomalías de la defecación.

116005 Monitorizar la ingesta calórica y dietética.

NIC (1056) Alimentación enteral por sonda.

Actividades.

105601 Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45 durante la alimentación.

105602 Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.

105603 Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora.

105604 Comprobar la existencia de residuos cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas y después cada 8 horas durante la alimentación continuada.

105605 Parar la alimentación por sonda si los residuos son superiores a 150 ml o mayores del 110-120% de la frecuencia por hora en los adultos.

105606 Controlar el estado hidroelectrolítico.

Evaluación

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

DX1: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a fatiga de los músculos de la respiración asociado a disfunción neuromuscular evidenciado por apoyo ventilatorio por TET a modo de A/C Fio2 60% saturando 91%.

NOC 1: puntuación de cambio +2. Asimismo, se observó logros en los indicadores, a saber:

40302 Ritmo respiratorios: Se encontraba en desviación grave del rango normal (1) y luego de las intervenciones se encontró en la escala de desviación moderada del rango normal (3), logrando una puntuación de cambio de +2.

40325 capacidad vital: Se encontraba en desviación grave del rango normal (1) y luego de las intervenciones se encontró en la escala de desviación moderada del rango normal (3), logrando una puntuación de cambio de +2.

40310 Ruidos respiratorios patológicos: Se encontraba en desviación grave del rango normal (1) y luego de las intervenciones se encontró en la escala de desviación moderado del rango normal (3), logrando una puntuación de cambio de +2.

DX2: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía artificial y acumulo de secreciones evidenciado por secreciones blanquecinas y ruidos respiratorios roncales.

NOC2: puntuación de cambio +2: Asimismo se observó logros en los indicadores, a saber:

41004 Ruidos respiratorios patológicos: Se encontraba en desviación grave del rango normal (1) y luego de las intervenciones se encontró en la escala de desviación moderado del rango normal (3), logrando una puntuación de cambio de +2.

41012 Capacidad de eliminar secreciones: Se encontraba en desviación grave del rango normal (1) y luego de las intervenciones se encontró en la escala de desviación moderada del rango normal (3), logrando una puntuación de cambio de +2.

41020 Acumulo de secreciones: Se encontraba en desviación grave del rango normal (1) y luego de las intervenciones se encontró en la escala de desviación moderado del rango normal (3), logrando una puntuación de cambio de +2.

DX3: Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades relacionado con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), septicemia y desmielinización evidenciado por peso corporal disminuido, ligera palidez de piel y mucosas, pérdida de cabello.

NOC3: puntuación de cambio +3: Asimismo se observó logros en los indicadores, a saber:

100802 Ingestión alimentaria por sonda nasogástrica: Se encontraba inadecuado (1) y luego de las intervenciones se encontró sustancialmente adecuado (4), logrando una puntuación de cambio de +3.

100804 Administración de líquidos I.V: Se encontraba inadecuado (1) y luego de las intervenciones se encontró sustancialmente adecuado (4), logrando una puntuación de cambio de +3.

Resultados

Se identificó 10 diagnósticos NANDA, se priorizaron tres diagnósticos: Deterioro de la ventilación espontánea, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades; a la evaluación referente a la puntuación basal, a la puntuación de logro y como resultado, después de la aplicación de las actividades de enfermería en los tres diagnósticos priorizados se obtuvo una puntuación de cambio +2, +2 y +3.

Discusión

Deterioro de la ventilación espontánea.

Tenemos como referencia por deterioro de la ventilación espontánea, según NANDA como “disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida” (Heather et al, 2021).

Demiri y Demoule (2020) definen como deterioro de la ventilación como la falla del sistema respiratorio, que parte desde el nivel respiratorio central, el cual se encuentra en el tronco cerebral, hasta la membrana alveolo capilar del alveolo donde se produce el intercambio gaseoso.

Una de las funciones que el sistema respiratorio realiza es adaptar la mecánica ventilatorio que el cuerpo necesita con una óptima presión parcial de dióxido de carbono (PaCO_2), en una adecuada presión parcial de oxígeno (PaO_2) con el objetivo de mantener la concentración normal de hidrogeno en la sangre y estabilizar la función homeostática del equilibrio acido básico. Por lo tanto, la ventilación mecánica nos brinda una ventilación adecuada, que satisface las necesidades que le paciente necesita, al fin de evitar el deterioro circulatorio y la asincronía con el ventilador y el daño pulmonar (Bravo y Libreros, 2019).

Del mismo modo, conocemos que la respiración es el proceso de intercambiar oxígeno y dióxido de carbono de un ser vivo y el medio ambiente. Incluye la respiración controlada por el sistema respiratorio. Las vías respiratorias y los pulmones son los encargados de transportar el aire. Nuestro organismo necesita de una cantidad adecuada de oxígeno para su normal funcionamiento. Igualmente existen funciones que realiza el cuerpo para poder eliminar el CO_2 , principal resultado de eliminación, obtenido como producto de las operaciones químicas efectuado en los alveolos (Gutiérrez et al, 2017).

Encontramos que el deterioro de la ventilación espontánea se relaciona con la disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios, en los pacientes crítico enfermos sometidos a Ventilación Mecánica, ya que las causas pueden ser múltiples, puede tener como variaciones ocultas la proteólisis y/o la perdida de la síntesis proteica principalmente, y en ciertos casos la interrupción de la neurotransmisión. Esta disfunción fortalece la dificultad del destete, la VMP y la morbimortalidad del paciente en UCI. Los procedimientos oportunos e integrados de las diferentes causas relacionadas a la disfunción muscular respiratoria podrían disminuir la estancia hospitalaria y la morbimortalidad asociada, así como la presencia y la gravedad de las secuelas neuromusculares que pueden llegar a ser irreversibles (Díaz et al, 2016).

Las actividades a priorizar de acorde al diagnóstico de enfermería se unifican en asegurar la vía aérea permeable: determinando aleteo nasal, insuficiencia respiratoria, retracción y entre otros, todo ello afecta que el tratamiento terapéutico cumpla con su objetivo; también tenemos que verificar las zonas perjudicadas del pulmón mediante la percusión, auscultación y radiología y entre otros. Colocando al paciente de en posición semi fowler y facilite la ventilación/perfusión (Brito et al, 2020).

Es prioridad mantener una adecuada eficacia de la VM sobre el estado hemodinámico del paciente, de igual forma los parámetros de presión del ventilador, la relación paciente/ventilador y los sonidos perceptibles en la auscultación pulmonar al paciente. Es así que mediante el monitoreo de las variables respiratorias nos brinda información acerca de los cambios en la función respiratoria como la hematosi, el nivel tisular y la oxigenación, que evalúa el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono (Zapata, 2016).

Mantener insuflado el globo de tubo endotraqueal a niveles adecuados ente 15 a 25 mmHg, ayuda a mantener sellado la tráquea y evita en lo más posible que el paciente ventilado reciba los adecuados volúmenes tidales en ventilación y va reducir que el paciente se bronco aspire (Rocha & Longo, 2019).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Heather et al, (2021) hacen hincapié que es la incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

En definitiva, la limpieza ineficaz de las vías aéreas está relacionado con el acumulo de secreciones evidenciado secreciones blanquecinas, presencia de roncantos a la auscultación, refiriendo que las secreciones bronquiales al momento de expulsar sustancias químicas de un ser vivo al exterior es un proceso. Tiene varias funciones como expulsión de agentes que no necesita un ser vivo, proteger y humedecer las mucosas de gérmenes. Encontramos de consistencia densas, semi densas o fluidas; de aspecto amarillentas, purulentas, verdosas, sanguinolentas, claras o blanquecinas. Las infecciones respiratorias tales como la neumonía en el paciente son causadas muchas veces por el acumulo o retención de secreciones en las vías aéreas (Cortez, 2017).

Los ruidos respiratorios irregulares muchas veces son constante o alterado: los ruidos adventicios continuos que se asocian a la obstrucción bronquial son conocidos como sibilantes, la bronquitis crónica y la bronquiectasia se relacionan a roncantos que son sibilancias de menos frecuencia (Patel, 2022).

Asimismo, la tos ineficaz, aparece por la pérdida de fuerza muscular o por variación normal del funcionamiento mucociliar, que puede llegar a situaciones que la vida corra peligro. Cuando una persona

no puede producir toz ineficaz, es el momento de utilizar técnicas que nos favorecerán a la producción de tos del paciente, o la reemplacen (Fernández et al., 2018).

La presencia y estadía de (TET, TOT) arriesga la inhibición mucociliar; por lo tanto, el uso de presión positiva al momento del funcionamiento con ventilación mecánica puede alterar la producción y paso del moco hacia la orofaringe. Después, el moco acumulado en la vía aérea inferior debe ser eliminado utilizando procedimientos correctos de succión que van a ayudar a disminuir complicaciones por aspiración de secreciones (Cortes et al, 2019).

Por otro lado, la atención de una vía aérea todo paciente viene a ser una prioridad de atención; establecer actividades de control efectivas, es importante mantener la cabeza alineada, los ejes del cuerpo, tráquea y laringe deben coincidir. El correcto funcionamiento de los pulmones y la pared torácica nos ayuda a tener una buena mecánica ventilatoria pulmonar, por lo tanto, el centro nervioso de la respiración mantiene una buena regulación de todo el transporte. En definitiva, las vías aéreas siempre tienen que estar limpias; el acumulo de secreciones van obstaculizar una adecuada ventilación; es por eso que la aspiración a través de la succión de las secreciones bronquiales se convierte en prioridad para mantener un funcionamiento correcto de la vía aérea (Rebollo, 2017).

Unas de las intervenciones a realizar de acorde a este diagnóstico de enfermería es realizar procedimientos basados en aspirar y extraer secreciones de la vía aérea las secreciones que el paciente no logra movilizar por sí mismo, se introduce una sonda de aspiración por el tubo endotraqueal con el que se llega a mantener una adecuada permeabilidad de la vía aérea permeable, disminuyendo la aparición de infecciones por la acumulo de secreciones y obteniendo un buen intercambio gaseoso pulmonar adecuado (Guzmán, 2017).

Al auscultar los campos pulmonares podemos llegar a diferenciar y ruidos alterados que indican acumulación de secreciones espesas o copiosas y obstrucción de vías aéreas, así poder decidir el tipo de tratamiento o atención que el paciente necesita para su pronta recuperación (Potter et al., 2018).

Cuando administramos albuterol o salbutamol como un agonista beta adrenérgico con una alta afinidad hacia los receptores beta-2. La terapia con este medicamento es alta en pacientes con ventilación

mecánica, porque permite alcanzar un porcentaje óptimo en el árbol bronquial con bajos efectos secundarios que, por vía sistémica, Utilizada muchas veces en el tratamiento de los broncoespasmos y enfermedades pulmonares obstructivas (Iñiguez, 2021).

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

El desequilibrio nutricional se define como el incremento o falta de nutrientes en el organismo, esto pueden cambiar, desde una deficiente alimentación, un estilo de vida saludable o incluso incapacidad del organismo para absorber los nutrientes, provocando que se excrete o retenga en exceso (Quijada, 2017).

Por lo tanto, Heath et al, (2021) menciona que es la administración de alimentos bajos en nutrientes que el ser vivo necesita para satisfacer las necesidades metabólicas.

El paciente en estudio con diagnostico medico Síndrome Guillian Barre presenta debilidad en los músculos de la deglución factor relacionado, esto afecta a más de 50% de la población afectada. Cuando estos músculos son débiles, la persona se puede atragantar al momento de ingerir sus alimentos o sufrir la carencia de nutrientes. Asimismo, los indicadores de riesgo nutricional que detonan a un catabolismo son el SD. De respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), la septicemia, la desmielinización y la misma respuesta metabólica en la fase aguda de la enfermedad, conduciendo al desequilibrio nutricional y a la desnutrición. Un soporte nutricional ideal durante la fase aguda ayuda a enfrentar la respuesta metabólica al estrés, prevenir el daño por oxidación celular, así como controlar la respuesta inmune e inflamatoria; En la fase de recuperación, el tratamiento nutricional adquiere función importante promoviendo el anabolismo y contribuyendo a mejorar la funcionalidad del paciente (González, 2020).

Por otro lado, aplicando las actividades de enfermería fueron direccionadas a la mejora de la paciente en estudio que ayudara a obtener un óptimo estado nutricional; es por eso que la *American Society for Parenteral and Entreal Nutrition* (2018), prioriza a todos aquellos pacientes que necesitan soporte nutricional personalizado y que no se administra adecuadamente los nutrientes que el metabolismo necesita, la nutrición entreal es la adecuada.

Es por eso Martínez (2017) refiere que la alimentación entreal y los nutrientes energéticos se encuentran en su forma natural. Administrarlo necesita que el sistema digestivo del ser vivo mantenga el

peristaltismo, digestiva y absorbida. Se encuentran en mezclas de osmolaridad y sabor aceptable, la administración de estas se fracciona de 2 a 4 tomas en 24 horas.

Asimismo, Vallejo y Castro (2018) definen que el profesional está en la capacidad de realizar una óptima valoración del estado nutricional del paciente, el cual va a permitir determinar el equilibrio entre la ingesta y las necesidades nutritivas y energéticas del paciente que necesita y prevenir la falta de nutrientes teniendo como clasificación: deficiencia de nutrientes, sobre peso, obesidad y desnutrición; en pacientes con síndrome de Guillain Barre.

El peso diario es un dato antropométrico muy esencial en la unidad de cuidados intensivos ya que de ello va a depender el tipo de dieta y la ingesta nutritiva que el paciente necesita diariamente, las dosificaciones farmacológicas, y cambios en los parámetros ventilatorios van a depender del peso del paciente en ventilación mecánica (García et al, 2018)

Conclusiones.

Se logró gestionar el proceso de atención en enfermería en sus cinco etapas, pudiendo otorgar cuidados de calidad al paciente.

Se concluye que el SGB es una enfermedad no frecuente que genera problemas físicos, psicológicos y económicos en el paciente, es por ello que los cuidados de enfermería especializados son de mucha importancia desde su diagnóstico, así como en su tratamiento, evitando que se produzcan un acelerado compromiso que se refleje en una alta tasa de mortalidad en las personas que la padecen.

El desarrollo del presente trabajo, permitió conocer las diferencias y semejanzas de lo que la literatura brinda como información de esta enfermedad (SGB) lo que permite al personal de enfermería establecer un plan de cuidados basados en primer lugar en la unicidad personal que como seres humanos tenemos, brindando un soporte holístico, que va desde las necesidades físicas, llegando a las subjetivas, donde se evidencia el sufrimiento humano que se pone de manifiesto en las distintas maneras de querer comunicarse (entre el paciente y el personal de enfermería).

Referencias

- Arco-Canoles, O. D. C., & Suarez-Calle, Z. K. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud*, 20(2), 171. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- Arenas, V. V. (2018). *cuidados de enfermería al paciente con Síndrome de Guillain Barre hospitalizado en uci, hr. Cusco 2017* (N.º44). <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6935/ENSarvav.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Bravo Díaz, A. G., & Libreros Arciniegas, M. (2019). Ventilación espontánea en ventilación mecánica invasiva: un pulmón dual. *Movimiento Científico*, 13(1), 41–52. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.13105>
- Brito Brito, P. R., Bazán Herrero, A., Castrillo García, F. B., Díez Álvarez, A. B., García García, R., García Fernante, M., Gómez Feliz, N., González García, M., González Pérez, F., Gutiérrez Fernández, M. J., Iglesias Suárez, M., Iglesias Valbuena, M. M., Peláez Nava, A., Riesgo Laviana, A., Sierra Gayo, M. B., & Suárez Iglesias, M. J. (2020). Priorización de diagnósticos, criterios de resultado e intervenciones enfermeras psicosociales en el contexto de un programa formativo en lenguaje de cuidados. *Ene*, 14(3), e14302. <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2020000300002>
- Cortes-Telles, Arturo, Che-Morales, José Luis, & Ortiz-Farías, Diana Lizbeth. (2019). Estrategias actuales en el manejo de las secreciones traqueobronquiales. *Neumología y cirugía de tórax*, 78(3), 313-323. Epub 12 de febrero de 2021. Recuperado en 21 de abril de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462019000300313&lng=es&tlng=es.
- Cortez Cuaresma, G. (2017). *Guía para aplicar: taxonomía II, NANDA I, NIC, NOC*. Lima, Peru: Rodhas
- Demiri, S., & Demoule, A. (2020). Insuficiencia respiratoria aguda. *EMC - Tratado de Medicina*, 24(2), 1–9. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(20\)43749-3](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(20)43749-3)
- Díaz, M. C., Ospina-Tascón, G. A., & Salazar C, B. C. (2016). Disfunción muscular respiratoria: una entidad multicausal en el paciente críticamente enfermo sometido a ventilación mecánica. *Archivos de Bronconeumología*, 50(2), 73–77. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2013.03.005>
- Fernández-Carmona, A., Olivencia-Peña, L., Yuste-Ossorio, M., & Peñas-Maldonado, L. (2018). Tos ineficaz y técnicas mecánicas de aclaramiento mucociliar. *Medicina Intensiva*, 42(1), 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.05.003>

- García-Martínez, M., Cherednichenko, T., Hidalgo Encinas, Y., Catalá Espinosa, A., Arrascaeta Llanes, A., & Acosta Escribano, J. (2018). Calidad de la medición antropométrica en las Unidades de Medicina Intensiva españolas (Estudio CAMIES). *Medicina Intensiva*, 42(6), 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.09.008>
- González-Salazar, Luis E, Guevara-Cruz, Martha, Hernández-Gómez, Karla G, & Serralde-Zúñiga, Aurora E. (2020). Manejo nutricional del paciente hospitalizado críticamente enfermo con COVID-19. Una revisión narrativa. *Nutrición Hospitalaria*, 37(3), 622-630. Epub 30 de noviembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03180>
- Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M. E., & de la Cruz-Ruiz, M. (2018). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. *Revista Enfermería Herediana*, 9(2), 133. <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>.
- Íñiguez O, F. (2021). TERAPIA INHALATORIA EN PACIENTES QUE RECIBEN VENTILACIÓN MECÁNICA. *Neumología Pediátrica*, 13(4), 149–163. <https://doi.org/10.51451/np.v13i4.189>
- NANDA International, Herdman, H. T., & Kamitsuru, S. (2021). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021–2023. Edición hispanoamericana* (12.^a ed., Vol. 1). Elsevier.
- Patel, B. K. (2022). *Insuficiencia respiratoria*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es-ve/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/insuficiencia-respiratoria-y-s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-aguda/insuficiencia-respiratoria>
- Quijada, A. (2017). *Desequilibrios Nutricionales*. Prezi.Com. Recuperado 15 de abril de 2022, de <https://prezi.com/qi7rbdgaut3s/desequilibrios-nutricionales/?fallback=1>
- Rebollo, C. (2017). *Plan de Cuidados Estandarizado Para Pacientes en Proceso de Destete de La Ventilación Mecánica Invasiva*. Scribd. Recuperado 10 de julio de 2022, de <https://es.scribd.com/document/431760496/Plan-de-Cuidados-Estandarizado-Para-Pacientes-en-Proceso-de-Destete-de-La-Ventilacion-Mecanica-Invasiva>
- Rocha, M. A., & Longo, S. (2019). Monitoreo de presión de manguito de tubo endotraqueal. *Revista Chilena de Anestesia*, 48(2), 146–152. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv48n02.10>
- Santos-Garate, Y. D. (2022). Reporte de caso; síndrome de Guillain-barré, manejo multidisciplinario en un hospital de segundo nivel. *Revista de Sanidad Militar*, 75(4). <https://doi.org/10.56443/rsm.v75i4.267>
- Zambrano-Tortorelli, A. E., Espinosa-Cucalon, R. D., Jaime-Game, C. O., & Romero-Vargas, A. (2017). Ventilación mecánica no invasiva vs. Ventilación mecánica invasiva para la asistencia

respiratoria de cuidados anestésicos: Postiroidectomía. *Polo del Conocimiento*, 2(7), 728.

<https://doi.org/10.23857/pc.v2i7.273>

Zapata Figueroa, Nelson Enrique. (2018). *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 2017* (N.º 107).

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13600/Zapata_Figueroa_Nelson_Enrique_2018.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Apéndice

Apéndice A

Ficha de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES
Nombre del usuario: Delgado Chuque Teofila. Fecha nacimiento: 08/01/1971 Edad: 52 años Fecha de ingreso al servicio: 08/04/2022 Hora: 08:51 hr, Persona de referencia: Elver Gonzales delgado, Telf: 921550571 Procedencia: Emergencia. Forma de llegada: Camilla Peso: 74 kg Estatura: 155 cm PA: 150/80mmhg, FC: 102x FR: 18x T°: 37°c Fuente de Información: Familiar Otro: historia clinica Motivo de ingreso: perdida de la función motora, debilidad muscular Fecha de la valoración: 26/04/2022
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:
HTA DM Gastritis/úlceras TBC Asma
Otros: **Obesidad** Sin problemas importantes

Intervenciones quirúrgicas **No** Si (fechas)

Alergias y otras reacciones

Fármacos: _____
Alimentos: _____
Signos-síntomas: Taquipnea, ansioso
Otros _____

Factores de riesgo

No refiere

Consumo de tabaco	No	Si
Consumo de alcohol	No	Si
Consumo de drogas	No	Si

Medicamentos (con o sin indicación médica)

¿Qué toma habitualmente? Dosis/Frec. Última dosis

Estado de higiene

Buena **Regular** Mala

PATRÓN DE RELACIONES - ROL (ASPECTO SOCIAL)

¿Con quién vive?

Solo **Con su familia** Otros _____
Fuentes de apoyo: **Familia** Amigos Otros _____
Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

Religión: Católica.
Restricciones religiosas: **ninguna**
Solicita visita de capellán: **No**

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Estado emocional:
Tranquilo ansioso Negativo
Temeroso Irritable Indiferente
Preocupaciones principales/comentarios:

Paciente en sedo analgesia. PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO

Horas de sueño: _____
Problemas para dormir: Si No

Especificar: **Paciente en sedo analgesia.**
¿Usa algún medicamento para dormir? No Si
Especificar:

PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

Despierto Somnoliento Soporoso **inconsciente**
 Orientado: Tiempo Espacio Persona
 Presencia de anomalías en:
Audición: _____
Visión: _____
Habla/lenguaje: **paciente en Sedo analgesia**
Otro: _____
 Dolor/molestias: No Si
Descripción: _____
 Escala de Glasgow:
Apertura Ocular Respuesta Verbal Respuesta motora
4 Espontáneamente 5 Orientado mantiene 6 Obedece órdenes
Una conversación
3 A la voz 4 Comiso 5 Localiza el dolor
2 Al dolor 3 Palabras inapropiadas 4 Sólo se retira
1 No responde 2 Sonidos incomprensibles 3 Flexión anormal
1 No responde 2 Extensión anormal
1 No responde

Puntaje total: _____
 Pupilas: **Isocóricas** Anisocóricas
Reactivas No reactivas
Tamaño: 6mm.
Escala de Rams: **-5**
Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: superficial profunda
Disnea: en reposo
Se cansa con facilidad: No Si
Ruidos respiratorios: _____
Tos ineficaz: No Si
Reflejo de la tos: presente disminuido ausente
Secreciones: No **Si**
Características: Por TET **Amarillentas y blancas por boca.**
O2: No **Si**
Modo: **ventilación mecánica**

FR: 18 x!
FiO2: 60%
pH: 7.2
PO2: 72 mmHg
PCO2: 99 mmHg
TET: N° 7.5.
Traqueostomía: VM: **VC Ac** Sat O2: **91%**

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: 102 x Regular Irregular
Pulso periférico: normal disminuido ausente
Edema: No Si Localización: miembros inferiores
Riego periférico:
MI Tibia Fria Caliente
MID Tibia Fria Caliente
MSI Tibia Fria Caliente
MSD Tibia Fria Caliente
Presencia de líneas invasivas:
Cateter periférico:
Cateter central: CVC triple lumen

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Movilidad de miembros: Conservada Flacidez
Fuerza muscular: Conservada Disminuida

Comentarios adicionales: paciente en Sedo Analgesia.

PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO

Piel:
Coloración: Normal Pálida
Hidratación: Seca Turgente
Integridad: Intacta Lesiones
Cavidad bucal:
Dentadura: Completa Ausente
Mucosa oral: Intacta Lesiones
Hidratación: Si No
SNG: No Si Alimentación Drenaje
Tipo de dieta: dieta licuada hiperproteica 1.3gr/kg, 25 kcl/kg VT 1200 cc +

Abdomen: Normal Distendido Doloroso
Ruidos hidroaéreos: Aumentados Normales
Drenajes: No Si Especificar:

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales
Nº de deposiciones/día: 0 Normal ()
Diuresis:
Cantidad: 60 - 100 cc/hr
Características: amarilla clara.
Fecha de colocación: 08/04/2022

Comentarios adicionales:
Estado de higiene bucal: Mala Regular Buena

PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Secreciones anormales en genitales: No Si
Otras molestias:

Comentarios adicionales:
Observaciones:

Tratamiento Médico Actual:

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a fatiga de los músculos de la respiración asociado a disfunción neuromuscular evidenciado por apoyo ventilatorio	Resultado: 0403 Estado respiratorio: Ventilación	1	Mantener en:	Intervención: 3390 Ayuda a la ventilación.		3	+2
			Aumentar a: 3	Actividades			
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) a Sin desviación del rango normal.			33901 Mantener una vía aérea permeable.			
	Indicadores:			33902 Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación/perfusión («el pulmón bueno abajo»), según corresponda.			
	(40302)Ritmo respiratorio	1		33903 Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: gasometría arterial, SaO2, SvO2, CO2 tele espiratorio, Qsp/Qt, A-aDO2.	3		
	(40325)Capacidad vital	1		33904 Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.	3		
	Escala: Grave (1) a Ninguno (5)			33905 Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases.			
	(40310)Ruidos respiratorios patológicos	1		Intervención: 3180 manejo de las vías aéreas artificiales	3		
				Actividades			
				318001 Administrar oxígeno a una concentración de oxígeno que nos permita mantener una saturación de oxígeno entre 92% a 96%.			
			318002 Colocar una vía aérea orofaríngea o una cánula de Guedel para impedir morder el tubo endotraqueal, según corresponda.				
			318003 Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueostomía a 15-20 mmHg durante la ventilación mecánica y durante y después de la alimentación.				
			318004 Cambiar las cintas/sujeción del tubo endotraqueal cada 24 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal, y mover el tubo et al otro lado de la boca.				
			318005 Auscultar la presencia de sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal/ de traqueostomía.				
			318006 Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas de gran calibre.				
			318007 Monitorizar la disminución del volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria en los pacientes que reciben ventilación mecánica.				

Plan de Cuidados

IAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía artificial, y acumulo de secreciones evidenciado por Secreciones blanquecinas, Ruidos respiratorios roncantes.	Resultado: 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	1	Mantener en:	Intervención: 3160 Aspiración de las vías Aéreas		3	+2
			Aumentar a: 3	Actividades.			
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5)			316001 Realizar el lavado de manos.			
	Indicadores			316002 Utilizar aspiración de sistema cerrado, según esté indicado.			
	(41007) Ruidos respiratorios patológicos	1		316003 Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueostomía o vía aérea del paciente	3		
	(41012) Capacidad de eliminar secreciones	1		316004 Basar la duración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración	3		
	Escala: Grave (1) a Ninguno (5)			316005 Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal			
	(41020)Acumulacion de secreciones	1		316006 Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.	3		
			316007 Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado o un adaptador De dispositivo de insuflar oxígeno.				

Plan de Cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades relacionado con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), septicemia y desmielinización evidenciado por Peso corporal disminuido, ligera palidez de piel y mucosas, pérdida de cabello	Resultado 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	1	Mantener en:	Intervención: 1160 Monitorización Nutricional		4	+3
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) a Sin desviación del rango normal.		Aumentar a: 4	Actividades			
	Indicadores:			116001 Pesar al paciente.			
	100802 Ingestión alimentaria por sonda nasogástrica	1		116002 Identificar los cambios recientes del peso corporal			
	100804 Administración de líquidos i.v:	1		116003 Identificar las anomalías de la defecación.	4		
				116004 Monitorizar la ingesta calórica y dietética.	4		
				Intervención: 1056 Alimentación enteral por sonda			
				Actividades			
				105601 Elevar la cabecera de la cama de 30° a 45° durante la alimentación			
				105602 Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente			
				105603 Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora.			
				105604 Comprobar la existencia de residuos cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas y después cada 8 horas durante la alimentación continuada.			
				105605 Parar la alimentación por sonda si los residuos son superiores a 150 ml o mayores del 110-120% de la frecuencia por hora en los adultos.			
				105606 Controlar el estado hidroelectrolítico.			
				Intervención: 4130 monitorización de líquidos			
			Actividades				
			413001 Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.				
			413002 Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.				
			413003 Llevar un registro preciso de entradas y salidas (p. ej., ingesta oral y enteral, infusión i.v., antibióticos, líquidos administrados con la medicación, sondas nasogástricas, drenajes, vómito, sondas rectales, drenaje por colostomía y orina).				
			413004 Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.				

