

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso de atención de enfermería a paciente con insuficiencia respiratoria
aguda del Servicio de Emergencia de un hospital de San Martín, 2021**

Trabajo académico

Presentado para obtener el título de Segunda Especialidad de Enfermería:
Emergencias y Desastres

Autor:

Martha Maria Aliaga Quispe
Diana Carolina Rosales Salinas

Asesora

Dra. Lili Albertina Fernández Molocho

Lima, mayo de 2023

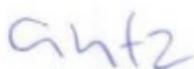
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Dra. Lili Albertina Fernández Molocho docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL DE SAN MARTIN, 2021”**, de las autoras Licenciadas Martha María Aliaga Quispe y Diana Carolina Rosales Salinas, tiene un índice de similitud de 19% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima a los 3 días del mes de mayo del año 2023

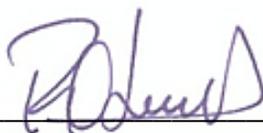


Dra. Lili Albertina Fernández Molocho

**Proceso de atención de enfermería a paciente con insuficiencia
respiratoria aguda del Servicio de Emergencia de un hospital de San
Martín, 2021**

Trabajo académico

Presentado para obtener el título de Segunda Especialidad de
Enfermería: Emergencias y Desastres



Dra. Roxana Obando Zegarra

Dictaminadora

Lima, 03 de mayo de 2023

Proceso de atención de enfermería a paciente con insuficiencia respiratoria aguda del Servicio de Emergencia de un hospital de San Martín, 2021

Lic. Martha María Aliaga Quispe^a, Lic. Diana Carolina Rosales Salinas^b Dra. Lili Albertina Fernández Molocho^c

^a*Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^b*Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^c*Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

La IRA es el resultado de cualquier disfunción del sistema respiratorio, desde el control central de la respiración situado en el tronco cerebral (y de la corteza), hasta los intercambios gaseosos, localizados a nivel de la membrana alveolocapilar del alvéolo. El objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería a paciente adulta madura. Fue un estudio cualitativo, tipo caso único, la recolección de datos se realizó mediante una guía de valoración, basada en el marco de valoración de Marjory Gordon. La identificación de diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación se realizó teniendo de base las taxonomías NANDA, NOC, NIC. Se encontraron varios patrones alterados, de los cuales se identificaron ocho diagnósticos de enfermería y se priorizaron tres diagnósticos de enfermería, según riesgo de vida: deterioro del intercambio gaseoso, exceso de volumen de líquidos y perfusión tisular periférica ineficaz, después de los cuidados administrados se obtuvo una puntuación de cambio de +1, +1 y +1, mejorando posteriormente los cuidados. Se concluyó que al poder identificar el problema del paciente se pudo desarrollar todas las etapas del proceso de atención de enfermería, cuyo resultado fue la evolución favorable del paciente, debido al éxito de los cuidados aplicados por enfermería.

Palabras clave: Paciente, Insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal aguda, Proceso de atención de enfermería, Cuidados de enfermería.

Abstract

The present study was applied to a patient diagnosed with acute renal failure and acute respiratory failure who was hospitalized in the Emergency service. The objective of this study was to develop the nursing care process for the patient under study following the functional patterns approach of Maryori Gordon. It was a qualitative study, single case type, in which all stages of the nursing care process, assessment, diagnoses, planning and execution were completed, following the NANDA, NOC, NIC taxonomy. Several altered patterns were found, of which nursing diagnoses were identified and three nursing diagnoses were prioritized according to life risk: impaired gas exchange, excess fluid volume, and ineffective peripheral tissue perfusion. After the care administered, a change score of +1, +1 and +1, subsequently improving with care. It was concluded that by being able to identify the patient's problem, all stages of the Nursing Care Process could be developed, resulting in the favorable evolution of the patient due to the success of the care applied by nursing.

Keywords: Patient, Respiratory failure, acute renal failure, Nursing care process, Nursing care.

Introducción

Se ha estimado una tasa de mortalidad de la IRA entre 41 y 58% y una disminución en la calidad de vida que perdura por lo menos un año (Calderón et al., 2017). Asimismo, Carrillo et al. (2018) refieren que la incidencia global es muy variable como de 3 a 80 entre 100 000 habitantes, con una mortalidad que va de 15 a 66 %. Las discrepancias numéricas significativas se deben a la variación en la ubicación geográfica y la institución que se está evaluando.

La IRA es el resultado de cualquier disfunción del sistema respiratorio, desde el control central de la respiración situado en el tronco cerebral (y de la corteza), hasta los intercambios gaseosos localizados a nivel de la membrana alveolocapilar del alvéolo (Demiri & Demoule, 2020). No es una enfermedad en sí misma, sino la consecuencia final común de gran variedad de procesos específicos, no sólo de origen respiratorio sino también cardiológico, neurológicos, tóxicos y traumáticos (Estrella et al., 2017).

La insuficiencia respiratoria se traduce gasométricamente por hipoxemia con o sin hipercapnia, la presión arterial de oxígeno (PaO₂) se encontraría por debajo de 60 mm Hg y/o la presión arterial de dióxido de carbono (PaCO₂) por encima de 45 mm Hg (Pastor et al., 2017). Asimismo, se puede observar manifestaciones clínicas asociadas a la oxigenación deficiente: inquietud, fatiga, cefalea, disnea, hambre de aire, taquicardia y aumento de la PA. En la medida de que la hipoxemia avanza, se manifiestan síntomas más notorios: desorientación, somnolencia, aumento de la frecuencia cardíaca, respiración rápida, coloración azulada en la piel y las mucosas, sudoración y, en última instancia, cese de la función respiratoria. Los hallazgos físicos son: uso de músculos accesorios de la respiración, disminución de los ruidos respiratorios si la persona no puede ventilar en forma adecuada y otros datos relacionados en forma específica con el proceso de la enfermedad (Mondragón, 2018).

La función primordial de la respiración consiste en el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono, lo cual requiere un adecuado equilibrio y control de los elementos del sistema respiratorio. Un fallo en este proceso es una causa común de atención tanto en entornos prehospitalarios como hospitalarios. La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es la incapacidad del sistema respiratorio, para cumplir esta función de intercambio entre el aire ambiental y la sangre circulante (Gutierrez, 2017).

La insuficiencia respiratoria es un síndrome en el que el sistema respiratorio no logra mantener un intercambio adecuado de gases, durante el reposo o el ejercicio, lo que provoca una disminución de oxígeno en la sangre (hipoxemia), con o sin un aumento concomitante de dióxido de carbono (hipercapnia). La respiración es un proceso complejo que consta de cinco etapas distintas: 1) ventilación; 2) perfusión pulmonar; 3) difusión de gases a través de la membrana alvéolo-capilar; 4) transporte de gases en la sangre; y 5) respiración celular. Cualquiera de estas etapas puede verse alterada, pero el término se utiliza correctamente cuando se afectan las tres primeras (Cheng, 2021).

La inflamación pulmonar o sistémica produce la liberación de citocinas y otras moléculas proinflamatorias. Las citocinas activan a los macrófagos alveolares y reclutan neutrófilos hacia los pulmones, lo que a su vez libera leucotrienos, oxidantes, factores de activación plaquetaria y proteasas. Estas sustancias dañan el endotelio capilar y el epitelio alveolar, y alteran las barreras entre los capilares y los espacios aéreos. Líquido de edema, proteínas y restos celulares inundan los espacios aéreos y el intersticio, lo cual produce pérdida de surfactante, colapso de la vía aérea, alteración de la ventilación-perfusión, cortocircuitos e hipertensión pulmonar. El colapso del espacio aéreo se produce con mayor frecuencia en zonas pulmonares declive (Bhakti, 2022).

Es esencial identificar la causa subyacente de la enfermedad, para aplicar un tratamiento adecuado. Este tratamiento se divide en tres componentes principales: medidas generales, manejo de la enfermedad subyacente y sus complicaciones, y tratamiento específico de los desequilibrios en los niveles de gases en la insuficiencia renal aguda. La oxigenoterapia es el tratamiento principal y en algunos casos se puede agregar la ventilación mecánica, cuando hay una disminución en la ventilación. El pronóstico de estos pacientes depende de la evolución y progresión de la enfermedad de base que la origina, siendo peor cuando la IRA es global (Martínez et al., 2017).

La gasometría se considera el método más confiable para diagnosticar ciertas condiciones médicas. Si se detecta hipoxemia, hipercapnia o ambos en la gasometría arterial, se confirma el diagnóstico de insuficiencia respiratoria. Esto ocurre cuando la presión arterial de oxígeno (PaO₂) es inferior a 60 mm Hg, ya sea con o sin un aumento de la presión arterial de dióxido de carbono (CO₂), por

encima de 50 mm Hg en el aire ambiente. Además, se puede observar una disminución en el nivel de pH por debajo de 7.35. Inicialmente hay que evaluar los signos clínicos, hallazgos de la anamnesis y el examen físico, que son la herramienta diagnóstica más útil por su precisión, accesibilidad y rapidez (Cheng, 2021).

El Proceso de Atención de Enfermería posibilita que las acciones de enfermería sean llevadas a cabo, de acuerdo con el método científico. Esto permite que el personal de enfermería aborde de manera completa y holística, tanto los problemas actuales como los posibles. Para lograr esto, se utilizan cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) considera que este proceso es una herramienta fundamental en la práctica profesional de enfermería. Su importancia es promover el desarrollo de la enfermería como una disciplina científica, la cual incrementa la calidad de los cuidados tanto de la familia y comunidad (Amaro, 2017).

El profesional de enfermería especialista en emergencias y desastres es capaz de brindar cuidados a todas las personas que necesiten atenciones, de tal forma puede garantizar el bienestar y seguridad del paciente, salvaguardando la salud de este en el momento donde ocurra la emergencia. Para esto necesita aplicar valores y actitudes que ayuden a que su quehacer diario sea humanizado, solidario, respetoso, cumpliendo los principios de la bioética, los cuales son la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (De Arco & Suarez, 2018).

La esencia de la profesión de enfermería es el cuidado de los pacientes, que implica conservar, restaurar y promover su vida a través de una relación terapéutica con la enfermera. Este cuidado invisible es fundamental para la recuperación integral del paciente. Es importante que los enfermeros comprendan y consideren las prácticas, expresiones, actitudes, significados, costumbres, creencias religiosas, hábitos alimenticios, valores y patrones de cuidado y salud de los pacientes. Al hacerlo, los cuidados de enfermería se vuelven más útiles, integrales y satisfacen todas las necesidades del paciente. Por consiguiente, para un cuidado integral, es esencial tener aquellas habilidades que conllevarán a un cuidado holístico y poder satisfacer las necesarias necesidades del ser cuidado (Pineda & Solsol, 2017).

Metodología

La siguiente investigación es de enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, el sujeto de estudio incluyó a paciente adulta de 48 años, sexo: femenino, con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda, seleccionado a conveniencia de las investigadoras, abordado a través del proceso de atención de enfermería como método, este proceso permite aplicar la teoría del conocimiento científico hacia la práctica de atención cotidiana de la enfermería para que la persona reciba un cuidado integral adecuado, por lo que debe considerarse como un modelo de atención óptimo para el desempeño profesional (Mayaguari & Morales, 2019). Se empleó la guía de evaluación basada en patrones funcionales de Marjory Gordon, adaptada por especialistas para su aplicación en el ámbito de la atención de emergencias, con el fin de recopilar los datos necesarios. Después de un análisis crítico de los datos recopilados, se identificaron seis diagnósticos, de los cuales se seleccionaron tres para priorizar. A continuación, se llevó a cabo la planificación de los cuidados de enfermería utilizando la taxonomía NOC y NIC. Una vez completada la fase de ejecución, se concluyó el proceso con la etapa de evaluación, que consistió en comparar la puntuación final y basal de los resultados de enfermería para determinar la diferencia.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración.

Datos Generales.

Nombre: M.R.R

Sexo: Femenino

Edad: 48 años

Días de atención de enfermería: 01

Fecha de valoración: 07/09/2021

Motivo de ingreso: Familiar de paciente refiere que cuadro clínico empezó con presencia de disnea leve al esfuerzo, además refiere que cursaba con edema en MMII y desaturación con requerimiento oxigenatorio. Diagnóstico médico: insuficiencia respiratoria aguda e insuficiencia renal aguda

Valoración por patrones funcionales.**Patrón I: Percepción- Manejo de la Salud**

Se encuentra en mal estado de higiene corporal, tiene como antecedente HTA y DM tipo 2, consumía alcohol y tabaco eventualmente cuando era joven, alérgica al polvo. Estuvo hospitalizada hace dos semanas en un hospital de mayor complejidad y la dializaron tres veces. Tiene dosis completas de la vacuna contra la Covid-19. Paciente refiere que no cumplía con su tratamiento para la diabetes ni para la hipertensión.

Patrón II: Nutricional metabólico

Paciente mujer de sexo femenino presenta piel pálida y deshidratada, edema periorbital, con una temperatura de 36°C, PH en 7.25, Hemoglobina en 7.7 g/dl, Hematocrito en 23.1%, glucosa sérica en 126.7 mg/dl, HCO₃ en 15.6, potasio en 4.60 mmol/L, con presencia de ascitis, edema en miembros inferiores de ++/+++. Apetito conservado tolerando bien los alimentos, tiene una dieta blanda hipoglúcida e hiposódica con un volumen total de 800 ml en 24 horas. Creatinina sérica en 9.57 mg/dl, urea 50mg/dl.

Patrón III: Eliminación

Realiza una deposición diaria, heces pastosas en regular cantidad, con apoyo de sonda Foley más bolsa colectora, diuresis color amarillo ligeramente turbio y en 16 horas del ingreso tuvo 350 ml, evidenciando oliguria

Patrón IV: Actividad- Ejercicio**Actividad respiratoria**

Se encuentra ventilando por CBN a 5 litros con FiO₂ al 40% y saturando 94%, pH:7.38, PCO₂: 35.1, PO₂: 75.9 con PaFi= 190 mm Hg (SDRA Moderado), frecuencia respiratoria de 30 rpm, a la auscultación escasos estertores en basales de ACP, se evidencia taquipnea y disnea, en placa de tórax se evidencia tejido inflamatorio. Resultado de prueba antígeno para Covid-19 negativo.

Actividad circulatoria

Frecuencia cardiaca de 96 latidos por minuto y presión arterial de 150/80 mm Hg, con un correcto llenado capilar menor a 2 segundos, pulsos periféricos disminuidos en MMII, presencia de catéter periférico en MSI salinizado y catéter de alto flujo para HD en vena femoral izquierda.

Movilidad Ejercicio

Paciente totalmente dependiente, necesita ayuda para moverse, se apoya con la silla de ruedas para trasladarse, ya que la fuerza muscular y la movilidad de ambos miembros inferiores ha disminuido.

Patrón V: Sueño- Descanso

Paciente adulta presenta dificultad para dormir por la sensación de falta de aire, normalmente duerme de 5 a 6 horas, pero actualmente duerme de 4 a 5 horas de manera interrumpida por su condición y por el ambiente de la emergencia, no toma tratamiento para dormir.

Patrón VI: Cognitivo - Perceptivo

Se encuentra en su unidad despierta, LOTEP, Escala de Glasgow de 15 puntos, con pupilas isocóricas, fotorreactiva 2/2. Presenta dolor en espalda y en ambas piernas con una EVA de 4/10 puntos.

Patrón VII: Auto percepción – Autoconcepto

Paciente refiere no tiene problema alguno con su imagen o percepción de ella misma, acepta que está enferma y desea recuperarse.

Patrón VIII: Rol – Relaciones

Paciente de ocupación ama de casa, se ocupa también de su chacra de cacao y es la responsable del hogar económicamente, está separada de su esposo, tiene buena relación con sus dos hijas y recibe visita de ellas.

Patrón IX: Sexualidad- Reproducción

Paciente presenta órganos sexuales femeninos normales sin ninguna alteración.

Patrón X: Adaptación – Tolerancia al estrés

Paciente se encuentra ansiosa, intranquila y temerosa por su estado de salud ya que ella es la única fuente de ingresos económicos para su familia, tiene miedo a morir y dejar sola a sus dos hijas.

Patrón XI: Valores – Creencias

Paciente femenino profesa la religión Evangélica, refiere ausencia de restricciones religiosas respecto a su tratamiento.

Diagnósticos de enfermería

Primer Diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro del intercambio gaseoso

Característica definitoria: Taquipnea, disnea, taquicardia, gasometría y pH arterial anormales. (PH:7.25, PO₂: 75.9), disminución de la saturación de oxígeno.

Condición asociada: Desequilibrio en la relación ventilación/perfusión.

Enunciado diagnóstico: Deterioro del intercambio gaseoso condición asociada: desequilibrio en la relación ventilación/perfusión evidenciada por taquipnea, disnea, taquicardia, gasometría y pH arterial anormales. (PH:7.25, PO₂: 75.9), disminución de la saturación de oxígeno.

Segundo Diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Exceso de volumen de líquidos

Característica definitoria: Edema ++/+++ en MMII, ascitis, oliguria, Hemoglobina 7.7, azoemia, PA 150/80 mm Hg.

Factor relacionado: Mecanismos regulatorios comprometidos

Enunciado diagnóstico: Exceso de volumen de líquidos asociado a mecanismos regulatorios comprometidos evidenciado por edema ++/+++ en MMII, ascitis, oliguria, Hemoglobina 7.7, azoemia PA 150/80 mmHg..

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Perfusión tisular periférica ineficaz

Característica definitoria: Disminución de los pulsos, edema, dolor en las extremidades.

Factor relacionado: Diabetes Mellitus e hipertensión arterial

Enunciado diagnóstico: Perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con diabetes mellitus e hipertensión arterial evidenciado por disminución de los pulsos, edema, dolor en las extremidades.

Planificación.**Primer diagnóstico:**

(00030) Deterioro del intercambio gaseoso condición asociada: desequilibrio en la relación ventilación/perfusión evidenciada por taquipnea, disnea, taquicardia, gasometría y pH arterial anormales. (PH:7.25, PO₂: 75.9), disminución de la saturación de oxígeno.

Resultados de enfermería:

NOC (0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso.

Indicadores:

Disnea en reposo

Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO₂).

pH arterial.

Saturación de oxígeno.

Intervenciones de enfermería:

NIC (1910) Manejo del equilibrio acidobásico.

Actividades:

Mantener la vía aérea permeable.

Elevar la cabecera de la cama.

Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos séricos y urinarios

Monitorizar el patrón respiratorio.

NIC (3320) Oxigenoterapia

Actividades:

Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.

Administrar oxígeno suplementario según indicación.

Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.

Controlar la eficacia de la oxigenoterapia mediante la saturación de oxígeno y/o gasometría arterial.

Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo.

Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.

Segundo diagnóstico

(00026) Exceso de volumen de líquidos asociado a mecanismos regulatorios comprometidos evidenciado por Edema ++/+++ en MMII, ascitis, oliguria, Hemoglobina 7.7, azoemia PA 150/80 mmHg.

Resultados esperados

NOC (0603) Severidad de la sobrecarga de líquidos.

Indicadores

Edema de miembros inferiores

Ascitis.

Disminución de la diuresis

Aumento de la presión sanguínea

Intervenciones de enfermería:

NIC (4170) Manejo de la hipervolemia

Actividades:

Controlar peso diario y monitorear su evolución

Monitorear el estado de hidratación: piel, mucosas, FC y presión arterial a ortostática

Observar el patrón respiratorio por si hubiera síntomas de edema pulmonar (p. ej., ansiedad, disnea, ortopnea, taquipnea, tos y producción de esputo espumoso)

Evaluar la ubicación y extensión del edema.

Realizar balance hídrico estricto

Preparar al paciente para diálisis según corresponda

Controlar los resultados de laboratorio: aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolaridad urinaria

Administrar los diuréticos prescritos, según corresponda

Promover la integridad de la piel (evitar la fricción y la humedad excesiva y proporcionar una nutrición adecuada) en pacientes inmóviles con edemas en zonas declives, según corresponda.

Tercer diagnóstico

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con diabetes mellitus e hipertensión arterial evidenciado con disminución de los pulsos, edema, dolor en las extremidades.

Resultados esperados

NOC (0407) Perfusión tisular: periférica

Indicadores

Fuerza del pulso pedio (derecho)

Fuerza del pulso pedio (izquierdo)

Edema periférico

Dolor localizado en extremidades

Intervenciones de enfermería:

NIC (3480) Monitorización de las extremidades inferiores

Actividades:

Examinar la presencia de edema en las extremidades inferiores

Controlar la fuerza muscular en el tobillo y el pie

Palpar los pulsos pedio y tibial posterior

Evaluar la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo o dolor nocturno.

Determinar el tiempo de llenado capilar

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención manejo del equilibrio ácido básico para el diagnóstico Deterioro del intercambio gaseoso

Intervención: Manejo del equilibrio ácido básico.		
Fecha	Hora	Actividades
07/09/2021	M- T-N	Se mantiene la vía aérea permeable. Se eleva la cabecera de la cama.

M	Se monitoriza la gasometría arterial y los niveles de electrolitos séricos y urinarios
M-T-N	Se monitoriza el patrón respiratorio.
Intervención: Oxigenoterapia	
M- T-N	Se prepara el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
M- T-N	Se administra oxígeno suplementario según indicación.
M- T-N	Se comprueba periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
M- T-N	Se controla la eficacia de la oxigenoterapia mediante la saturación de oxígeno y/o gasometría arterial.
M- T-N	Se asegura la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo.
PRN	Se proporciona oxígeno durante los traslados del paciente.

Tabla 2

Ejecución de la intervención manejo de la hipervolemia para el diagnóstico Exceso de volumen de líquidos

Intervención: Manejo de la hipervolemia.		
Fecha	Hora	Actividades
07/09/2021	M	Se controla peso diario y monitorear su evolución
	M-T-N	Se monitorea el estado de hidratación: piel, mucosas, FC y presión arterial a ortostática
	M-T-N	Se observa el patrón respiratorio por si hubiera síntomas de edema pulmonar (p. ej., ansiedad, disnea, ortopnea, taquipnea, tos y producción de esputo espumoso)
	M-T-N	Se evalúa la ubicación y extensión del edema.
	M-T-N	Se realiza balance hídrico estricto
	PRN	Se prepara al paciente para diálisis según corresponda
	M	Se controla los resultados de laboratorio: aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolaridad urinaria
	PRN	Se administra los diuréticos prescritos, según corresponda
	M-T-N	Se promueve la integridad de la piel (evitar la fricción y la humedad excesiva y proporcionar una nutrición adecuada) en pacientes inmóviles con edemas en zonas declives, según corresponda.

Tabla 3

Ejecución de la intervención monitorización de las extremidades inferiores para el diagnóstico Perfusión tisular periférica ineficaz

Intervención: Monitorización de las extremidades inferiores		
Fecha	Hora	Actividades
07/09/2021	M-T-N	Se examina la presencia de edema en las extremidades inferiores
	M-T-N	Se controla la fuerza muscular en el tobillo y el pie
	M-T-N	Se palpa los pulsos pedio y tibial posterior

M-T-N	Se evalúa la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo o dolor nocturno.
M-T-N	Se determina el tiempo de llenado capilar

Evaluación

Primer diagnóstico:

Tabla 4

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Estado respiratorio: intercambio gaseoso.

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Disnea en reposo	2	3
Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO ₂).	2	3
pH arterial.	2	3
Saturación de oxígeno.	2	3

La moda de los indicadores del resultado Estado respiratorio: intercambio gaseoso antes de las intervenciones fue sustancial (2). Luego de las intervenciones, la moda de los indicadores de resultado en la puntuación final fue moderado (3).

Segundo diagnóstico:

Tabla 5

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Severidad de la sobrecarga de líquidos.

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Disminución de la diuresis	2	2
Edema de miembros inferiores	3	2
Ascitis.	2	2
Aumento de la presión sanguínea	2	2

La moda de los indicadores del resultado de enfermería Severidad de la sobrecarga de líquidos antes de las intervenciones fue sustancial (2). La moda de los indicadores luego de las intervenciones se mantuvo en el mismo puntaje debido a la severidad de la enfermedad y el poco tiempo que se tiene en un turno.

Tercer diagnóstico:

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Perfusión tisular: periférica

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Fuerza del pulso pedio (derecho)	2	3
Fuerza del pulso pedio (izquierdo)	2	3
Edema periférico	2	3
Dolor localizado en extremidades	2	3

La moda de los indicadores del resultado de enfermería Perfusión tisular periférica antes de las intervenciones fue sustancial (2). La moda de los indicadores luego de las intervenciones fue de moderado (3).

Resultados

La evaluación de la primera fase, valoración, se inició con la recolección de datos directamente del paciente y de la historia clínica. Se aplicó el examen físico cefalocaudal y la entrevista al paciente, luego se ubicó la información recopilada en una guía estructurada según los patrones funcionales de la guía de valoración de Marjory Gordon. El desafío en esta fase es lograr entablar la correcta relación enfermera paciente para poder crear un ambiente de confianza al realizar la entrevista.

Durante la fase de diagnósticos, se identificó ocho diagnósticos según NANDA que presentaba la paciente, de los cuales se priorizaron solo tres según riesgo de vida: Deterioro del intercambio gaseoso, exceso de volumen de líquidos y perfusión tisular periférica ineficaz. La dificultad de esta etapa fue la priorización correcta de los diagnósticos ya que los dos primeros eran muy importantes, sin embargo si bien fueron priorizados así, se entiende que se debe trabajar ambos diagnósticos a la par.

La fase de la planificación se tuvo a la dificultad en determinar la puntuación que correspondía a cada indicador de los resultados, tanto en lo basal como en la final.

En la fase de ejecución se llevó a cabo la planificación, no hubo mayores dificultades por la experticia del profesional de enfermería en la realización de las actividades de cada intervención.

Por último, la fase de la evaluación se pudo realizar una retroalimentación del cumplimiento de todas las etapas del cuidado brindado a la paciente en estudio.

Discusión

Deterioro del intercambio de gases

El intercambio de gases ocurre debido a la conexión entre la entrada de aire y la circulación sanguínea. Esto tiene lugar en los alvéolos pulmonares, donde la unidad alveolo-capilar está formada por el endotelio capilar con su capa basal, el espacio intersticial y el epitelio alveolar con su capa basal. La barrera alveolo-capilar que separa el espacio aéreo de la sangre capilar es de sólo 0,5 micras de grosor, lo que permite un eficiente intercambio gaseoso, siempre que la ventilación sea adecuada (Fernández, 2016).

El deterioro del intercambio gaseoso es el estado en el que existe un exceso o déficit en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a nivel de la membrana alveolocapilar (Herdman & Kamitsuru, 2019). Fernández (2018) refiere que el alveolo es ocupado por edema rico en proteínas, lo que reduce la superficie alveolar disponible para el intercambio gaseoso, lo cual genera un aumento de las áreas con pobre o nula relación ventilación perfusión.

En el pulmón hay regiones con diferentes relaciones ventilación/perfusión, pues con el tórax erguido, los vértices son hipoperfundidos, mientras las bases son más perfundidas. Esta homeostasis es sostenida, en parte, por el mecanismo de vasoconstricción pulmonar hipóxica; cuando la ventilación se ve reducida en alguna región pulmonar se produce una disminución local de la presión parcial de O₂, entonces las arteriolas pulmonares de dicha región hacen vasoconstricción, redireccionando el flujo sanguíneo a regiones pulmonares normoventiladas (Casas et al., 2018).

Munayco (2020) en un caso similar identificó como diagnóstico prioritario el deterioro del intercambio gaseoso relacionado a alteración de la ventilación perfusión, ubicándolo como el primer diagnóstico prioritario.

Las características definitorias encontradas en el caso de estudio fueron taquipnea, disnea, taquicardia, gasometría y pH arterial anormales. (PH:7.25, PO₂: 75.9), disminución de la saturación de oxígeno. Como consecuencia inicial en la insuficiencia respiratoria pueden presentarse alteraciones en el

nivel de oxígeno (O_2) y/o de anhídrido carbónico (CO_2), esto se explica por qué dentro del sistema respiratorio podemos distinguir en primer término los pulmones y su circulación, que es donde se realiza el intercambio gaseoso, su alteración produce hipoxemia con normocapnia o hipercapnia y en segundo término a la bomba que lo ventila que comprende la pared torácica que incluye la pleura y el diafragma así como los músculos respiratorios y los componentes del sistema nervioso central y periférico, cuya disfunción produce hipoventilación que produce principalmente hipercapnea y en menor grado hipoxemia, además podemos identificar problemas en la vía aérea que pueden causar ambos tipos de situaciones (Gutierrez, 2017).

El diagnóstico está relacionado con el desequilibrio en la relación entre la ventilación y la perfusión, que son mecanismos clave para mantener equilibradas las presiones de los gases involucrados. La ventilación, las relaciones ventilación-perfusión (VA/Q) y la difusión son los principales factores implicados en este equilibrio. Cualquier cambio o perturbación en alguno de estos factores afecta el intercambio de gases. Cuando el pulmón fracasa de forma aguda o crónica en esta función de intercambio de gases se desarrolla hipoxemia arterial, acompañada o no de hipercapnia, que puede conllevar a insuficiencia respiratoria y en los casos más graves finalmente a la muerte (Ebymar, 2017).

Las intervenciones de enfermería ejecutadas fueron: Mantener la vía aérea permeable y elevar la cabecera de la cama, esto facilita la ventilación adecuada y el intercambio de gases adecuado, de esta manera evita las complicaciones que surgen de la falta de ellas, para esto se debe verificar que no existan obstrucciones por acúmulo de secreciones, obstrucción nasal o falta de piezas dentales por donde pueda haber fugas y puedan entorpecer el paso del aire, también es importante colocar al paciente en posición semifowler para poder favorecer a la expansión torácica correcta para que la ventilación sea adecuada (Fernández & Fernández, 2017).

Preparar el suministro de oxígeno y aplicarlo mediante un sistema que lo calienta y humidifica, se lleva a cabo porque ciertas condiciones médicas pueden disminuir los niveles de oxígeno en la sangre. La disminución de oxígeno en la sangre provoca dificultad para respirar, fatiga y desorientación en los pacientes, lo cual puede causar daño al organismo. El administrar oxígeno para suplir la necesidades del

paciente favorece a la estabilidad ventilatoria.. La terapia con oxígeno puede ayudarle a obtener más oxígeno., el dispositivo no invasivo (CBN) es de silicona o plástico, consta de una tubuladura, con una zona central con dos ramificaciones, que se colocan en las fosas nasales. Permite administrar una FiO₂ cercana a 24% con O₂ a 1 l/min, y a 28% con O₂ a 2 l/min. La FiO₂ exacta que permite este dispositivo de 40% y se utiliza depende al del patrón respiratorio que el paciente presente (Piréz, 2020).

Monitorear frecuentemente la gasometría arterial garantiza una adecuada oxigenación tisular, porque si el resultado no es óptimo, deben reajustarse los parámetros de oxígeno y si es necesario, cambiar de dispositivo ventilatorio (Ordoñez et al., 2020). También es importante verificar el nivel de electrolitos séricos y urinarios para optimizar el uso del equilibrio de agua y electrolitos (Motta, 2021).

Monitorizar el patrón respiratorio, es importante examinar cómo se expande el pecho, detectar indicios de problemas respiratorios como hundimientos en la parte superior del esternón, la zona superior de la clavícula o entre las costillas; así como también la presencia de tensión en el cuello o movimientos rápidos de las fosas nasales. Estos signos pueden indicar dificultad respiratoria con obstrucción de la vía aérea (Ige & Chumacero, 2018).

Controlar la eficacia de la oxigenoterapia mediante el pulsioxímetro o la gasometría arterial. Cuando se realiza una medida de SpO₂, se está monitorizando los parámetros relacionados con la hipoxemia, los niveles típicos en los que varía este parámetro son aproximadamente entre el 95% y el 100%. Si los niveles descienden por debajo del 95%, se requiere tomar medidas de tratamiento inmediato para el paciente y monitorear su respuesta de cerca (Alarcó, 2017).

Exceso de volumen de líquidos

Según Herdman et al. (2021) se refiere a la condición en la cual el individuo experimenta un incremento en la acumulación de fluidos corporales equilibrados y la aparición de hinchazón. Henríquez et al. (2018) lo define como el porcentaje de acumulación de fluidos más de un 10 % superior al peso corporal basal.

Añadido a esto, Aguilar & Estrada (2021) mencionan que es una consecuencia casi inevitable debido a la incapacidad del riñón lesionado para mantener el equilibrio hídrico, se ve con frecuencia en

pacientes críticos con lesión renal aguda, la cual puede presentarse clínicamente como edema agudo pulmonar, derrame pleural o hipertensión arterial.

El paciente del estudio presenta insuficiencia renal aguda como patología actual que se caracteriza por la reducción de la tasa del filtrado glomerular, originando oliguria y elevación de la creatinina sérica (Bonilla et al., 2022). Las características definitorias que presenta el paciente son edema en miembros inferiores, ascitis, oliguria, hemoglobina 7.7 mg/dl, azoemia, PA 150/80 mm Hg.

El riñón es el órgano responsable de filtrar los productos residuales de la sangre y de fabricar, almacenar y eliminar la orina. Estos órganos son esenciales para la hemostasia, ya que mantienen el equilibrio hídrico, el equilibrio acidobásico y la presión arterial (Hemstreet, 2018). En la falla renal se acumulan desechos tóxicos para el cuerpo, este mal funcionamiento origina el aumento de la presión arterial en insuficiencia de glóbulos rojos (Flores et al., 2020).

Es común que ocurra debido a una insuficiente circulación sanguínea en los riñones como resultado de un traumatismo grave, una enfermedad previa o una cirugía. Sin embargo, en ocasiones puede ser el resultado de una enfermedad renal intrínseca de desarrollo rápido. Entre sus síntomas se pueden citar: anorexia, náuseas y vómitos (Narvaez et al., 2022).

Los factores de riesgo más comunes para el desarrollo de esta enfermedad incluye hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad aterosclerótica severa, edad avanzada, historia previa de insuficiencia renal o fallo cardíaco (Sucari, 2018).

El tratamiento dependerá de la lesión que originalmente dañó los riñones. Puede emplearse el tratamiento no dialítico a través de expansores de volumen, diuréticos, vasopresores, hormono-metabólico y nutrición. Sin embargo, de no haber mejoría se iniciará el tratamiento dialítico, que consiste en extraer los productos de desecho y el exceso de agua, mediante la hemodiálisis o diálisis peritoneal (Narvaez et al., 2022).

El relacionado del caso de estudio es la perturbación de los mecanismos de regulatorios, la reducción de la capacidad de filtrado de los glomérulos debido al avance de la insuficiencia renal y el deterioro estructural de los glomérulos que resulta en una mayor filtración en las nefronas que aún están

funcionales. Esto se debe a una disminución en la resistencia de las arteriolas que llevan sangre al glomérulo (arteriolas aferentes) y las que la sacan (arteriolas eferentes), siendo esta disminución mayor en las arteriolas eferentes, lo que causa un aumento en el flujo sanguíneo y el filtrado glomerular. De todo ello resultan cambios funcionales y estructurales en el endotelio, el epitelio y las células mesangiales, que provocan microtrombosis, microaneurismas, expansión del mesangio glomerular y posterior esclerosis glomerular (Lorenzo & Luis, 2017).

Aviles (2018) realizó el proceso de atención de enfermería a un paciente con características similares al paciente de estudio e identificó como primer diagnóstico prioritario exceso de volumen de líquido relacionado a compromiso de los mecanismos reguladores evidenciado por anasarca, cambios de la presión arterial, congestión pulmonar, oliguria y agitación.

En cuanto a las intervenciones de enfermería, controlar el peso diario y monitorear su evolución permite identificar el incremento de peso brusco o inesperado, lo que significa que el paciente continúa reteniendo líquidos y el tratamiento no está siendo efectivo (Cisneros, 2018)

Monitorear el estado de hidratación de la piel, mucosas, FC y presión arterial a ortostática, esto se realiza para evaluar el porcentaje de agua localizada en los diferentes compartimentos corporales. La sobrehidratación de un paciente renal altera la presión arterial y frecuencia cardíaca (Zorrilla, 2019).

En el paciente que presenta edema, debe evaluarse la ubicación, intensidad y extensión del edema. Se debe determinar si hay evidencia de edema peri orbital, presencia de efusión pleural, congestión pulmonar, y de ascitis, la sobrecarga de líquidos es una complicación común en el contexto de la enfermedad renal crónica, la pérdida progresiva de la función renal causa una reducción de la tasa de eliminación del sodio y una inadecuada supresión de la reabsorción tubular del mismo, lo cual lleva a una expansión del volumen (Morales et al., 2018).

El balance hídrico se reconoce como un marcador pronóstico de la evolución clínica potencialmente modificable y determinante del resultado clínico en pacientes críticamente enfermos, El mantener un adecuado balance hídrico es un área de mejora que se puede traducir en disminución de la incidencia de lesión renal aguda (González et al., 2017).

Preparar al paciente para diálisis según corresponda. Por medio de la diálisis o hemodiálisis se eliminan los desechos tóxicos acumulados. De no recuperar la función renal normal se continuara con la hemodiálisis o diálisis peritoneal indefinidamente o se buscara un trasplante de riñón (Narvaez et al., 2022).

Controlar los resultados de laboratorio: aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolaridad urinaria, a causa de la disminución rápida del filtrado glomerular aumenta la concentración en sangre de productos nitrogenados (urea, creatinina y ácido úrico) y no nitrogenados, cambios en el balance de los fluidos corporales, además de alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base (acidosis metabólica) y tiene como consecuencia oliguria, anuria e incluso puede existir en algunos casos poliuria (Ocaña et al., 2020).

Administrar los diuréticos prescritos, según corresponda, sólo se recomienda para controlar o evitar la sobrecarga de volumen en pacientes que responden a diuréticos, los diuréticos de asa actúan inhibiendo la reabsorción de sodio en la porción ascendente gruesa del asa de Henle, donde se reabsorbe entre el 25 y el 40% del filtrado, interfiriendo con la proteína cotrasportadora Na-K-2Cl. (Narvaez et al., 2022).

Perfusión tisular periférica ineficaz

La perfusión tisular periférica ineficaz es la disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud (Herdman et al., 2021).

Para Gengo et al. (2018) la insuficiencia en la circulación de los tejidos periféricos es la principal evidencia de un desequilibrio entre la cantidad de oxígeno suministrado y el consumo de los músculos esqueléticos en las extremidades inferiores.

La evaluación de la perfusión tisular es crucial para determinar la condición de la microcirculación y el suministro de sangre y oxígeno a los tejidos. La valoración de la perfusión periférica es esencial para la detección precoz y el control del tratamiento en el shock (Garcia-Figueruelo et al., 2018).

Los síntomas observados en la paciente en estudio incluyen una reducción en la fuerza de los latidos, hinchazón y dolor en las extremidades. La hinchazón y la disminución de los latidos en las piernas son el resultado de una disminución en la presión de las proteínas en el plasma debido a la presencia de proteínas en la orina. Para los pacientes con disfunción renal como patología subyacente, se debe detectar la proteinuria y medir la tasa de filtración glomerular, la aparición de edemas en los pacientes con enfermedad renal crónica responde a múltiples factores, uno de ellos puede estar relacionado a la insuficiencia venosa crónica (Castillo De La Cadena, 2022).

En el caso de la paciente, la perfusión tisular periférica ineficaz se debe a que hay una disminución de la circulación sanguínea que asociado al problema de fondo que es la enfermedad renal crónica como lo es la diabetes e hipertensión. La enfermedad tiende a avanzar más rápidamente en los pacientes que excretan cantidades significativas de proteínas o tienen presión arterial elevada que en aquellos sin La aparición de edemas en los pacientes con enfermedad renal crónica responde a múltiples factores tales trastornos (Mendez, 2019).

En todos los estadios de la insuficiencia renal se encuentra la hipertensión, la fisiopatología de la nefropatía hipertensiva se explica por diversos mecanismos que se conjugan, por un lado, precipitando la aparición de HTA, y por otro, acelerando el deterioro de la función renal, destaca a nivel intrínseco renal el incremento en la presión arterial que afecta la microvasculatura renal-glomerular debido a una vasoconstricción preglomerular sostenida que se transmite al glomérulo, en donde los mecanismos regulatorios se encuentran alterados y disminuidos permitiendo el incremento de la presión hidrostática, la hiperfiltración, proteinuria y el daño glomerular, lo cual ocurre en presencia o no de diabetes (Mendez, 2019).

La diabetes afecta negativamente los riñones, causando lesiones en los vasos sanguíneos responsables de filtrar la sangre. A medida que pasa el tiempo, los niveles elevados de glucosa en la sangre pueden ocasionar un estrechamiento y bloqueo de estos vasos. Sin suficiente cantidad de sangre, los riñones se deterioran y la albúmina (un tipo de proteína) atraviesa estos filtros y termina en la orina, donde no debería estar (Lorenzo & Luis, 2017).

La presencia de altos niveles de creatinina en la sangre señala la existencia de una enfermedad renal subyacente. A medida que los niveles de creatinina aumentan, comienzan a manifestarse los síntomas de una enfermedad renal crónica. La anemia observada en pacientes con daño renal crónico se debe a una disminución en la producción de eritropoyetina por parte del riñón. La acidosis metabólica y las alteraciones en los niveles de calcio y fósforo son indicadores que preceden al desarrollo de la enfermedad renal crónica.

El deterioro de la función renal reduce la excreción neta de ácidos y causa un balance positivo de hidrogeniones, de tal forma que cuando el filtrado glomerular cae por debajo de 20-25ml/min se comienza a observar una reducción de bicarbonato en sangre, aunque con análisis bioquímicos más sensibles, como la excreción urinaria de amonio, o de citrato, se puede demostrar que este defecto metabólico se inicia en estadios menos avanzados de la ERC y antes de que desciendan los niveles de bicarbonato sérico (Caravaca-Fontán et al., 2020).

El riñón desempeña una función esencial tanto en la regulación inmediata como a largo plazo de los niveles de calcio en el organismo, en colaboración con el hueso y el intestino. El calcio que no está unido a proteínas en el plasma sanguíneo se filtra y, posteriormente, aproximadamente el 70% se reabsorbe en el túbulo proximal a través de procesos paracelulares que están relacionados con la reabsorción de sodio. En pacientes con daño renal se produce la hipercalcemia como consecuencia de un exceso de resorción ósea, una absorción intestinal aumentada o una disminución de la excreción renal de Ca (Rodríguez, 2022).

El fósforo (P) desempeña un papel clave en el control de múltiples reacciones enzimáticas y es un elemento esencial en la composición de los ácidos nucleicos y las membranas de fosfolípidos. La hipofosfatemia debe inducir un aumento de la reabsorción renal de P. Si hay una excreción aumentada quiere decir que existe un defecto renal bien por hiperparatiroidismo o por un defecto en el transporte del P (Caravaca-Fontán et al., 2020).

Debido a la nefropatía todo órgano es afectado y dañado, generando signos y síntomas conforme a la gravedad de la alteración renal. Una de las condiciones que se observa en algunos pacientes es la

neuropatía distal, la cual se caracteriza por ser un trastorno del sistema nervioso periférico. Estos pacientes experimentan dolor y un fuerte malestar como síntomas principales. El síndrome de piernas inquietas y el ardor de pies pueden presentarse en etapas tempranas de la neuropatía distal urémica (Narvaez et al., 2022).

Es por lo mencionado que para evitar complicaciones es de suma importancia la labor del profesional de enfermería al realizar las intervenciones, las cuales fueron:

Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos), La monitorización hemodinámica nos permite obtener información sobre el funcionalismo cardiovascular del paciente crítico, por lo que constituye una pieza fundamental en la aproximación diagnóstica y en la guía terapéutica del paciente con hipoperfusión tisular (Ochagavía et al., 2017).

Monitorizar los signos y síntomas de problemas del estado del edema, el edema es el aumento de volumen del líquido en el intersticio que se manifiesta clínicamente por un hoyuelo al presionar la piel (Flores et al., 2018).

Monitorizar la presencia de signos y síntomas de problemas del estado de perfusión, se evalúan los pulsos periféricos, el relleno capilar, así como la temperatura y el color de las extremidades porque son signos clínicos de inestabilidad hemodinámica e hipoperfusión que se evidencia en llenado capilar lento, palidez y disminución de la temperatura de la piel.(Ochagavía et al., 2017).

Conclusiones

Se concluye que:

Gracias al proceso de atención de enfermería, se logró ofrecer al paciente un cuidado humano, personalizado y de alta calidad.

Dada la condición de la paciente, los cuidados se centraron principalmente en la vigilancia constante para detectar posibles complicaciones en etapas tempranas. Además, la paciente experimenta un proceso de recuperación a largo plazo.

Se reconoce la importancia de utilizar las taxonomías NANDA NOC-NIC para asegurar el uso de un lenguaje común basado en conocimientos y contribuir a la investigación en el campo de la enfermería.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, T., & Estrada, A. (2021). Sobrecarga hídrica de pacientes con complicaciones obstétricas que requieren terapia de reemplazo renal continua. *Medicina Crítica*, 35(5), 256–262.
<https://doi.org/10.35366/102354>
- Alarcó, J. (2017). *Medida del nivel de saturación de oxígeno en sangre : desarrollo de un pulsioxímetro de bajo coste y comparativa con otros sistemas existentes* [E.T.S.I. Telecomunicación (UPM)].
<https://oa.upm.es/37288/>
- Amaro, M. del C. (2017). El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(1), 1–1.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Aviles, E. (2018). *Plan de cuidado de enfermería en paciente con insuficiencia renal cronica* [Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4527/E-UTB-FCS-ENF-000096.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bhakti, P. (2022). Insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda (AHRF , ARDS). *Manual MSD Versión Para Profesionales*, 1–10.
- Calderón, J., Carvajal, C., Giraldo, N., Pacheco, C., Gómez, C., Gallego, D., & Jaimes, F. (2017). Mortalidad y factores asociados en pacientes con Síndrome de Dificultad Respiratoria Agudo (SDRA) en un hospital universitario. *Acta Médica Colombiana*, 40(4), 305–309.
<https://doi.org/10.36104/amc.2015.540>
- Caravaca-Fontán, F., Díaz-Campillejo, R., Valladares, J., López Arnaldo, C., Barroso, S., Luna, E., & Caravaca, F. (2020). Acidosis metabólica en la enfermedad renal crónica: dificultades para una corrección adecuada. *Nefrología*, 40(3), 328–335. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.09.006>
- Carrillo, R., Vázquez-De Anda, G., Mejía, C., Delaye, M., Pérez, A., Briones, C., & Díaz De León, M. (2018). A 50 años de la descripción del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda Gaceta Médica de México SIMPOSIO. *Gaceta Medica De Mexico*, 154, 236–253.

www.gacetamedicademexico.com

- Castillo De La Cadena, L. (2022). Insuficiencia venosa crónica en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 33(2), 145–154. <https://doi.org/10.20453/rmh.v33i2.4249>
- Cheng, E. (2021). Protocolo de manejo del paciente con insuficiencia respiratoria. In *Hospital del niño Doctor José Renán Esquivel* (pp. 2013–2015).
- Cisneros, L. (2018). El síndrome nefrótico en niños, Rol del pediatra y nefrólogo pediatra. *Rev. Fac. Med. Hum.*, 18, 55–64. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v18.n1.1270>
- De Arco, O., & Suarez, Z. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud*, 20, 171–182. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- 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)
- Ebymar, J. (2017). Valoración del intercambio gaseoso. *Madrid.Org*, 2, 45–59. https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogxviii_5._valoracion_del_intercambio.pdf
- Estrella, J., Tornero, A., & León, M. (2017). Complicaciones de la IRA. *Fisiopatología Pulmonar*, 4, 363–370. file:///C:/Users/JAVIER/Downloads/S35-05_36_III.pdf
- Fernández, R. (2018). Fisiopatología del intercambio gaseoso en el SDRA. *Medicina Intensiva*, 30(8), 374–378. [https://doi.org/10.1016/s0210-5691\(06\)74551-x](https://doi.org/10.1016/s0210-5691(06)74551-x)
- Fernández, R., & Fernández, D. (2017). *Manual de ayuda a la oxigenación : dispositivos y procedimientos* (D. A. de Enfermería (ed.); Primera Ed). Difusión Avances de Enfermería Obra:
- Flores, B., Flores, I., & Lazcano, M. (2018). Edema. enfoque clínico. *Medicina Interna de México*, 30(4), 51–55. <https://doi.org/10.1002/cpa.3160260409>
- Flores, J., León, H., & Ávila, G. (2020). Sistemas de Clasificación de la Insuficiencia Renal Aguda (IRA) Acute Renal Failure Classification Systems (IRA) Sistemas de Classificação de Insuficiência Renal Aguda (IRA). *RECIAMUC*, 4(2). [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(2\).abril.2020.4-11](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(2).abril.2020.4-11)
- García-Figueruelo, A., Urbano, J., Botrán, M., González-Cortés, R., Solana, M. J., López-González, J., & López-Herce, J. (2018). Evaluación de la perfusión tisular periférica mediante láser Doppler en

niños en estado crítico. *Anales de Pediatría*, 78(6), 361–366.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.019>

García, Z., Martínez, M., Calvo, A., De la Calle, E., Rodríguez, A., & San Juan, M. (2019). Diagnóstico y seguimiento de pacientes con atresia de vías biliares Atresia biliarraren diagnostiko eta segimendua. *Bol. S Vasco-Nav Pediatr*, 51, 36–40. http://www.svnp.es/web/sites/default/files/2020-02/Atresia_vias_biliares.pdf

Gengo, R., Brunorio, L., Aparecido, L., Wolosker, N., & Consolim, F. (2018). Distancias recorridas en la prueba de caminata de los seis minutos : propuesta de característica definitoria para el diagnóstico de enfermería Perfusión Tisular Periférica Inefectiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(2).

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/FDZmjpFdVrhk6rcrXSN7Ctv/?format=pdf&lang=Rev.Latino-Am.Enfermagem>

González, N., Zapata, I., Gaona, R., Aguayo, A., Camacho, A., & López, L. (2017). Balance hídrico: un marcador pronóstico de la evolución clínica en pacientes críticamente enfermos. *Revista de La Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 29(2), 70–84.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-84332015000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0187-84332015000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Gutierrez, F. (2017). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Medica Peruana*, 66(1), 40–47.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>

Hemstreet, G. (2018). *Sistemas renal y urinario* (1era ed.).

https://www.cso.go.cr/temas_de_interes/higiene/enciclopedia/04_condiciones_riesgo_aparato_renal_urinario.pdf

Henríquez, F., Antón, G., Marrero, S., González, F., & Rodríguez, J. (2018). La sobrecarga hídrica como biomarcador de insuficiencia cardíaca y fracaso renal agudo. *Revista Nefrología*, 33, 1–10.

<https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jul.11330>

Herdman, H., Kamitsuru, S., & Takao, C. (2021). *Diagnósticos de Enfermería NANDA 2021-2023*

(ELSEVIER (ed.); 11° Edició).

- Ige, M., & Chumacero, J. (2018). Manteniendo la permeabilidad de la vía aérea. *Acta Medica Peruana*, 27(4), 270–280. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a11v27n4.pdf>
- Lorenzo, V., & Luis, D. (2017). Enfermedad renal. *Gaceta Médica de México*, 1(152), 90–96.
[file:///C:/Users/LUZ DUCHI/Downloads/nefrologia-dia-136.pdf](file:///C:/Users/LUZ%20DUCHI/Downloads/nefrologia-dia-136.pdf)
- Martínez, F., Barrios, E., Pérez, R., & Rodríguez, J. (2017). Tratamiento de la insuficiencia respiratoria crónica. Oxigenoterapia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(46), 2755–2765. <https://doi.org/10.1016/J.MED.2017.12.003>
- Mayaguari, T., & Morales, T. (2019). Nivel de conocimientos y aplicación del proceso de atención de enfermería. Hospital Vicente Corral, Cuenca 2019 [Universidad de Cuenca]. In *Universidad de Cuenca* (Vol. 1, Issue 5). [https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33524/1/PROYECTO DE INVESTIGACIÒN.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33524/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%00d3%00d3.pdf)
- Mendez, A. (2019). Tratamiento de la hipertensión arterial en presencia de enfermedad renal crónica. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 12–20.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n3/v56n3a3.pdf>
- Mondragón, J. B. (2018). Hipoxia y Cianosis. *Revista Medica Sinergia*, 1(9), 9-12. [Consulta: 26 Julio del 2022]. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/43/89>
- Morales, E., Tanaka, A., & López, J. (2018). Tratamiento médico un paciente con sobrecarga hídrica, con enfermedad renal crónica, sin función renal residual: Reporte de un caso. *Revista Nefrología Argentina*, 16(2), 4–11.
http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2018/volumen16_2/Articulo02_Junio.pdf
- Motta, M. (2021). Pancreatitis aguda [Universidad Jose Carlos Mariategui]. In *Universidad Jose Carlos Mariategui*. http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/1049/Magally_trab-acad_titulo_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Narvaez, J., Galarza, F., Proaño, M., & Ortiz, T. (2022). Insuficiencia renal aguda Acute renal failure Falha renal aguda. *Recimundo*, 4(4), 87–95.

[https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.87-95](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.87-95)

Ocaña, L., Rodríguez, S., & Oyarzábal, A. (2020). Nuevos enfoques sobre la Lesión Renal Aguda.

Revista CENIC Ciencias Biológicas, 51(2), 132–149.

<https://revista.cnic.cu/index.php/RevBiol/article/view/337/283>

Ochagavía, A., Baigorri, F., Mesquida, J., Ayuela, J. M., Ferrándiz, A., García, X., Monge, M. I., Mateu,

L., Sabatier, C., Clau-Terré, F., Vicho, R., Zapata, L., Maynar, J., & Gil, A. (2017). Monitorización

hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados

Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades

Coronarias. *Medicina Intensiva*, 38(3), 154–169. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.10.006>

Ordoñez, G., Gallardo, A., Hernández-, A. L., Revilla, C., Bermúdez, M., Mejía, N., López, I.,

Hernández-Hernández, N., Guevara, A., Reveles, L., De la Cerda, J., & Maxil, A. (2020). Manejo

integral del paciente con COVID-19 en la unidad de terapia intensiva en un hospital de segundo

nivel de atención. *Med Int Méx*, 36(4), 596–606. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i4.4333>

Pastor, D., Pérez, S., & Rodríguez, J. (2017). Fracaso respiratorio agudo y crónico. Oxigenoterapia.

Sociedad Española de Neumología y Pediatría, 1(1), 369–400.

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/23_fracaso_respiratorio.pdf

Pineda, V., & Solsol, A. (2017). El cuidado enfermero, invisibilidad e importancia. *Revista de*

Investigación Apuntes Científicos Estudiantiles de Enfermería, 1(1), 15–30.

Piréz, C. (2020). Oxigenoterapia. *Archivos de Pediatría Del Uruguay*, 91(1), 10–12.

<https://doi.org/10.31134/AP.91.S1.1>

Rodriguez, M. (2022). Trastornos del calcio, fósforo y magnesio. *Manual de Nefrología. 2da Ed. Madrid.*

Elsevier, 25, 201–219.

<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Trastornos+del+calcio,+el+fósforo+y+el+magnesio#0>

Sucari, F. (2018). Patofisiología del síndrome cardiorenal agudo en insuficiencia renal aguda y sus

biomarcadores. *Fac. Medicina Humana UNA Puno*, August, 1–5.

<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.19981.03041>

Tapia, H. (2017). Evaluación y tratamiento del paciente edematoso. *Consultor de Nefrología Emérito*, 54, 27–31. <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v54n1/a5.pdf>

Zorrilla, G. (2019). *Estado nutricional e hidratación mediante bioimpedancia espectroscópica en insuficiencia renal crónica y hemodiálisis en una clinica de lima, 2019* [Universidad San Martín de Porres].
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4503/zorrilla_hg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Apéndice A: Plan de cuidados.

Diagnóstico Enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Deterioro del intercambio gaseoso relacionado a desequilibrio en la relación ventilación/perfusión evidenciada por taquipnea, disnea, taquicardia, Gasometría y pH arterial anormales.(PH:7.25, PO2: 75.9), disminución de la saturación de oxígeno	Resultado: Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402). NOC (pág. 372)	2	Mantener en	Intervención: NIC (1910) Manejo del equilibrio ácido básico.				3	+1
			Aumentar a: 4						
	Escala: Desviación grave del rango normal(1) sin desviación del rango normal(5)			Actividades:					
	Indicadores								
	Disnea en reposo	2	3	Mantener la vía aérea permeable.	M	T	N	3	
				Elevar la cabecera de la cama.	M	T	N		
	Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO2).	2	3	Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos séricos y urinarios, según se precise.	M	T	N	3	
				Monitorizar el patrón respiratorio.					
	pH arterial.	2	3	Monitorizar los síntomas de insuficiencia respiratoria (p. ej., niveles bajos de PaO2 y elevados de PaCO2, así como fatiga de los músculos respiratorios).	M	T	N	3	
				Intervención: NIC (3320) Oxigenoterapia					
	Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.								
Saturación de oxígeno.	2	3	Administrar oxígeno suplementario según órdenes.	M	T	N	3		
			Vigilar el flujo de litros de oxígeno.						
			Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.						
			Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.						

Diagnóstico enfermero	Planeación			Ejecución			Evaluación		
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diaria	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Exceso de volumen de líquidos asociado a mecanismos regulatorios comprometidos evidenciado por Edema ++/+++ en MMII, ascitis, oliguria, Hemoglobina 7.7, azoemia PA 150/80 mmHg...	Resultado: NOC (0603) Severidad de la sobrecarga de líquidos	2	Mantener en: Aumentar a:	Intervención: NIC (4170) Manejo de la hipervolemia				3	+1
	Escala: Desviación grave del rango(1) Sin desviación del rango normal (5)			Actividades:					
	Indicadores								
	Edema de miembros inferiores	3	3	Controlar peso diario y monitorear su evolución	M	T	N	3	
	Ascitis.	2	3	Monitorear el estado de hidratación: piel, mucosas, FC y presión arterial a ortostática					
				Observar el patrón respiratorio por si hubiera síntomas de edema pulmonar (p. ej., ansiedad, disnea, ortopnea, taquipnea, tos y producción de esputo espumoso)	M	T	N	3	
	Disminución de la diuresis			Evaluar la ubicación y extensión del edema.					
		2	3	Realizar balance hídrico estricto	M	T	N	3	
				Preparar al paciente para diálisis según corresponda	M	T	N		
				Controlar los resultados de laboratorio: aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolaridad urinaria	M	T	N		
			Administrar los diuréticos prescritos, según corresponda						
Aumento de la presión sanguínea	2	3	Promover la integridad de la piel (evitar la fricción y la humedad excesiva y proporcionar una nutrición adecuada) en pacientes inmóviles con edemas en zonas declives, según corresponda.	M	T	N	3		

Diagnóstico enfermero	Planeación			Ejecución			Evaluación		
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con diabetes mellitus e hipertensión arterial evidenciado con disminución de los pulsos, edema, dolor en las extremidades.	Resultado: NOC (0407) Perfusión tisular: periférica	2	Mantener en:	Intervención: NIC (3480) Monitorización de las extremidades inferiores				3	+1
			Aumentar a:						
	Escala: Desviación grave del rango(1) Sin desviación del rango normal (5)			Actividades:					
	Indicadores								
	Fuerza del pulso pedio (derecho)	2	3	Examinar la presencia de edema en las extremidades inferiores	M	T	N	3	
	Fuerza del pulso pedio (izquierdo)	2	3	Controlar la fuerza muscular en el tobillo y el pie	M	T	N	3	
	Palpar los pulsos pedio y tibial posterior Evaluar la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo o dolor nocturno.								
	Edema periférico	2	3	Determinar el tiempo de relleno capilar	M	T	N	3	
Examinar la presencia de edema en las extremidades inferiores									
Dolor localizado en extremidades	2	3	Controlar la fuerza muscular en el tobillo y el pie	M	T	N	3		

Apéndice B: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO	
DATOS GENERALES	
Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Historia Clínica: _____ Nº Cama: _____ DNI Nº: _____ Teléfono: _____ Procedencia: Triage <input type="checkbox"/> Emergencia () Consultorios Externos () Referencia () Otros: _____ Tipo de Seguro: SIS <input type="checkbox"/> ESSALUD () SOAT () NINGUNO () OTROS: _____ Peso _____ Talla: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T ² : _____ SAT.O2: _____ Como ingresa: caminando <input type="checkbox"/> silla de ruedas () camilla () cadáver () Fuente de Información: _____ Motivo de Ingreso: _____ Diagnóstico Médico: _____ Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Valoración: _____ Grado de Dependencia: I <input type="checkbox"/> II () III () IV () Acompañante: _____ Sintomatología de la Covid-19: Leve <input type="checkbox"/> Moderada () Severa () Vacuna contra la Covid-19: Si <input type="checkbox"/> No ()	
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD</div> <p>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas: HTA <input type="checkbox"/> DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma () Otros: _____ Alergias y Otras Reacciones: Polvo <input type="checkbox"/> Medicamentos () Alimentos <input type="checkbox"/> Otros: _____ Estado de Higiene: Bueno <input type="checkbox"/> Regular () Malo () Factores de Riesgo: Consumo de tabaco: Si <input type="checkbox"/> No () Consumo de alcohol: Si <input type="checkbox"/> No () Consumo de drogas: Si <input type="checkbox"/> No () Tipo de Accidente: Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico () Doméstico () Hospitalizaciones Previas: Si <input type="checkbox"/> No () Descripción: _____ Consumo de Medicamentos Prescritos: Si <input type="checkbox"/> No () Especifique: _____ Conocimiento de Enfermedad Actual: Especifique: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">PATRON RELACIONES-ROL</div> <p>Ocupación: _____ Idioma: _____ Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado () Conviviente () Divorciado () Viudo () Se relaciona con el entorno: Si <input type="checkbox"/> No () Compañía de los padres y/o familiares: Si <input type="checkbox"/> No () Con quien vive: _____ Recibe Visitas: Si <input type="checkbox"/> No () Comentarios: _____ Relaciones Familiares: Buena <input type="checkbox"/> Mala () Conflictos () Familia Nuclear: Si <input type="checkbox"/> No () Familia Ampliada Si () No () Padres Separados: Si <input type="checkbox"/> No () Fuente de apoyo: _____ Pandillaje: Si <input type="checkbox"/> No () Otros: _____ Especifique: _____ Comentarios: _____</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">PATRON VALORES-CREENCIAS</div> <p>Religión: _____ Bautizado en su Iglesia: Si <input type="checkbox"/> No () Restricción Religiosa: _____ Solicita visita de su capellán/cura/pastor: Si <input type="checkbox"/> No () Especificar: _____ Religión de los Padres: Católico <input type="checkbox"/> Evangélico () Adventista () Otros: _____ Observaciones: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRES</div> <p>Reactividad: Activo <input type="checkbox"/> Hipo activo () Hiperactivo () Estado Emocional: Tranquilo <input type="checkbox"/> Ansioso () Irritable () Negativo <input type="checkbox"/> Indiferente () Temeroso () Intranquilo <input type="checkbox"/> Agresivo () Llanto Persistente: Si <input type="checkbox"/> No () Comentarios: _____ Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o Procedimientos: Si <input type="checkbox"/> No () Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia: Ansiedad <input type="checkbox"/> Indiferencia () Rechazo () Comentarios: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">PATRON DESCANSO-SUENO</div> <p>Sueño: N.º de horas de Sueño: _____ Problemas para dormir: Si <input type="checkbox"/> No () Motivo: _____ Alteraciones en el Sueño: Si <input type="checkbox"/> No () Especifique: _____ Tratamientos farmacológicos para conciliar el sueño: Si <input type="checkbox"/> No () Especifique: _____ Consumo de sustancias estimulantes: Cafeína <input type="checkbox"/> Nicotina () Abuso de alcohol () Bebidas energéticas ()</p>

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto ()
 Somnoliento () Confuso () Irritable ()
 Estupor () Coma ()
 Comentarios: _____
 Escala de Glasgow: _____
 Presenta alteraciones y/o discapacidad: Si () No ()
 Especificar: _____
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()
 No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas ()
 Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm ()
 Comentarios: _____
 Dolor: Si () No () Especificar: _____
 Comentarios: _____
 Fobias o miedo: _____

PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO

Piel:
Coloración: Normal () Cianótica () Ictérica () Fría ()
 Rosada () Pálida () Tibia () Caliente ()
 Observación: _____
Hidratación: Hidratado () Deshidratado ()
 Observación: _____
Termostabilización: Temperatura: _____
 Hipertermia () Normotermia () Hipotermia ()
Integridad: Si () No ()
 UPP () Abscesos () Lipomas () Verrugas ()
 Nevus () Patología de las uñas ()
 Edema: Si () No () () + () ++ () +++ ()
 Especificar Zona: _____
 Comentarios: _____
Mucosas Orales: Intacta () Lesiones ()
 Observaciones: _____
 Estado de higiene bucal: Buena () Mala () Regular ()
 Malformación Oral: Si () No ()
 Especificar: _____
Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No ()
 Especificar pérdida: _____
 IMC: _____
Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()
 Disminuido () Náusea () Vómitos ()
 Cantidad: _____ Características: _____
 Dificultad para Deglutir: Si () No ()
Alimentación: NPO () LME () LM () AC () Dieta ()
 Fórmula () Tipo de Fórmula/Dieta: _____
 Modo de Alimentación: LMD () Gotero () Bb ()
 SNG () SOG () SGT () SY () Gastroclisis ()
 Otros: _____
Abdomen: B/D () Distendido () Timpánico () Doloroso ()
 Ruidos Hidroaéreos: Normales () Presentes ()
 Ausentes () Disminuidos ()
 Comentarios Adicionales: _____
Herida Operatoria: Si () No ()
 Ubicación: _____ Características: _____
 Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()
 Serosos () Hemáticos () Serohemáticos ()
 Observaciones: _____
 Drenaje: Si () No ()
 Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____

PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: _____
 Amplitud: Superficial () Profunda () Disnea ()
 Tiraje () Aleteo nasal () Apnea ()
 Tos Ineficaz: Si () No ()
 Secreciones: Si () No () Características: _____
Ruidos Respiratorios: CPD () CPI () ACP ()
 Claros () Roncantes () Sibilantes () Crepitantes ()
 Otros: _____
Oxigenoterapia:
 Si () No () Modo: _____ Saturación de O₂: _____
Ayuda Respiratoria: TET () Traqueostomía () V. Mecánica ()
 Parámetros Ventilatorios: _____
Drenaje Torácico: Si () No () Oscila Si () No ()
 Comentarios: _____

Actividad Circulatoria:
 Pulso: Regular () Irregular ()
 FC / Pulso Periférico: _____ PA: _____
 Llenado Capilar: < 2" () > 2" ()
Perfusión Tisular Renal:
 Hematuria () Oliguria () Anuria ()
Perfusión Tisular Cerebral:
 Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución ()
 Comentarios: _____
Presencia de Líneas Invasivas:
 Catéter Periférico () Catéter Central () Catéter Percutáneo ()
 Otros: _____
 Localización: _____ Fecha: _____
Riesgo Periférico: Si () No ()
 Cianosis Distal () Frialidad Distal ()

Capacidad de autocuidado:

0 = Independiente () 1 = Ayuda de otros ()
 2 = Ayuda del personal () 3 = Dependiente ()

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama				
Deambular				
Ir al baño / bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

Aparatos de Ayuda: _____
Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()
Movilidad de Miembros:
 Contracturas () Flacidez () Parálisis ()
 Comentarios: _____
 Síntomas Físicos: Cansancio Excesivo () Hipotonía Muscular ()
 Inmovilizaciones () Claudicación Intermitente ()

PATRON ELIMINACION

Intestinal:
 N.º Depositiones/Día: _____
 Características: _____ Cantidad: _____
 Color: _____ Consistencia: _____
 Colostomía () Ileostomía ()
 Melena: Si () No ()
 Uso de laxantes: Si () No ()
 Comentarios: _____

Vesical:Micción Espontánea: Si No

Características: _____

Presencia de: Sonda Vesical Colector Urinario Pañal

Fecha de Colocación: _____

PATRON SEXUALIDAD - REPRODUCCIONSecreciones Anormales en Genitales: Si No

Especifique: _____

Otras Molestias: _____

Observaciones: _____

Problemas de Identidad: _____

Cambios Físicos: _____

Testículos No Palpables: Si No Fimosis Si No Testículos Descendidos: Si No Masas Escrotales Si No Hidronefrosis: Si No

Tratamiento Médico Actual:

Observaciones:

Nombre de la enfermera:

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

Apéndice C: 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 “Proceso de atención de enfermería a paciente con insuficiencia respiratoria aguda del Servicio de Emergencia de un hospital de San Martín, 2021, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales MRR. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Matha Maria Aliaga Quispe y Lic. Diana Carolina Rosales Salinas, bajo la asesoría de la Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales. 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, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y 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 he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma