

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso de Atención de Enfermería a un Paciente de la Unidad de
Tratamiento Intermedio con Cáncer de Pulmón**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de
enfermería: Oncología

Autor:

Carmen Lourdes Avila Valentin

Asesor:

Mg. Celeste Abigail Mauricio Esteban

Lima, 13 de mayo del 2026

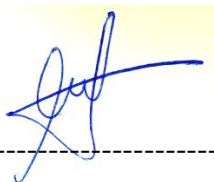
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Celeste Abigail Mauricio Esteban, 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 UN PACIENTE DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO CON CÁNCER DE PULMÓN”** de la autora Carmen Lourdes Avila Valentin tiene un índice de similitud de 18% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 13 días del mes de mayo del año 2026.



Mg. Celeste Abigail Mauricio Esteban

**Proceso de Atención de Enfermería a un Paciente de la Unidad de
Tratamiento Intermedio con Cáncer de Pulmón**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional
de enfermería: Oncología



Mg. Yanela Karoly Ricalde Castillo

Dictaminador

Lima, 13 de mayo del 2026

Tabla de Contenido

| | |
|---------------------------------|----|
| Resumen..... | 1 |
| Abstract..... | 2 |
| Introducción..... | 4 |
| Metodología..... | 6 |
| Valoración..... | 6 |
| Ejecución..... | 14 |
| Evaluación..... | 17 |
| Resultados..... | 20 |
| Discusión..... | 22 |
| Conclusiones..... | 30 |
| Referencias Bibliográficas..... | 31 |
| Apéndices..... | 37 |

Proceso de Atención de Enfermería a un Paciente de la Unidad de Tratamiento Intermedio con Cáncer de Pulmón

Carmen Lourdes Avila Valentin^a y Celeste Mauricio^b

^a*Avila Valentin Carmen Lourdes, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^b*Mg Celeste Mauricio Esteban Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

El cáncer de pulmón es una enfermedad oncológica de alta letalidad, caracterizada por el crecimiento descontrolado de células malignas en el tejido pulmonar, lo que compromete gravemente la función respiratoria y el estado general del paciente. El presente Proceso de Atención de Enfermería (PAE) tuvo como objetivo brindar cuidados oncológicos integrales, individualizados y basados en evidencia científica a un paciente varón hospitalizado en la Unidad de Terapia Intermedia por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a cáncer pulmonar avanzado. La valoración se efectuó mediante examen físico y revisión de la historia clínica, utilizando la guía de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, debido a la imposibilidad de entrevista directa por ventilación mecánica. En la etapa diagnóstica se establecieron tres diagnósticos prioritarios según la taxonomía NANDA-I: deterioro del intercambio de gases, limpieza ineficaz de la vía aérea y ansiedad. Durante la planificación se aplicaron las taxonomías NOC y NIC para definir resultados esperados e intervenciones adecuadas, ajustando indicadores y puntuaciones iniciales y finales. La ejecución se desarrolló de manera efectiva mediante acciones como manejo de oxigenoterapia, aspiración de secreciones, apoyo emocional y vigilancia continua. La evaluación evidenció mejoras notables en la oxigenación, permeabilidad de la vía aérea y disminución de la ansiedad, aunque existieron limitaciones en la valoración de indicadores subjetivos. En conclusión, la aplicación estructurada

del PAE permitió optimizar el cuidado enfermero en un paciente crítico, fortaleciendo la toma de decisiones clínicas y garantizando una atención basada en las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Palabras clave: Cáncer de pulmón, Proceso de Atención de Enfermería, NANDA, NOC, NIC, cuidados intermedios, ventilación mecánica, diagnóstico enfermero.

Abstract

Lung cancer is a highly lethal oncological disease characterized by the uncontrolled growth of malignant cells in lung tissue, significantly affecting respiratory function and the patient's overall condition. The objective of this Nursing Care Process (NCP) was to provide comprehensive, individualized, and evidence-based care to a male patient admitted to the Intermediate Therapy Unit (ITU) due to acute respiratory failure secondary to advanced-stage lung cancer. Assessment was conducted through physical examination and medical record review, with data organized using the Marjory Gordon Functional Health Patterns framework, as a direct interview was not possible due to mechanical ventilation. In the diagnostic phase, three priority nursing diagnoses were formulated using the NANDA-I taxonomy: impaired gas exchange, ineffective airway clearance, and anxiety. During the planning stage, the NOC and NIC taxonomies were applied to select expected outcomes and design interventions aligned with each diagnosis; this step required adjustments to indicators and the definition of baseline and final scores. The implementation phase proceeded without significant difficulties, applying interventions such as oxygen therapy management, airway suctioning, emotional support, and continuous monitoring. The evaluation stage allowed the observation of notable improvements in the expected outcomes, particularly in oxygenation, airway patency, and anxiety reduction, although certain challenges were noted in evaluating subjective indicators. In conclusion, the

structured application of the NCP optimized nursing care in a critically ill patient, strengthening clinical decision-making through the use of standardized taxonomies: NANDA, NOC, and NIC.

Keywords: Lung cancer, Nursing Care Process, NANDA, NOC, NIC, intermediate care, mechanical ventilation, nursing diagnosis.

Introducción

El cáncer de pulmón representa una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (2023) esta enfermedad ocasiona más de 1.8 millones de muertes cada año, siendo la principal causa de mortalidad por cáncer. De acuerdo con el GLOBOCAN (2022), en Latinoamérica se registraron cerca de 100000 nuevos casos y 90,000 muertes por cáncer de pulmón anualmente, con una elevada mortalidad asociada debido al diagnóstico tardío. En el contexto nacional, en el Perú, se reportan aproximadamente 2919 nuevos casos cada año, observándose un incremento sostenido en la última década, con una prevalencia notable en pacientes varones, especialmente aquellos expuestos al tabaquismo o ambientes contaminados (Ruiz et al., 2020).

El cáncer de pulmón se define como una proliferación descontrolada de células malignas en el tejido pulmonar, que puede originarse en los bronquios (cáncer de pulmón de células no pequeñas) o en las células pequeñas del pulmón (cáncer microcítico) (Sanchez et al., 2022).

Según Kodaz (2022) los principales factores de riesgo incluyen tabaquismo, exposiciones ambientales (como radón y contaminación), exposiciones ocupacionales, obesidad, dieta y susceptibilidad genética.

En cuanto a la fisiopatología, esta neoplasia se desarrolla por mutaciones genéticas que afectan los mecanismos de control del crecimiento celular, lo que permite la proliferación descontrolada y formación de tumores. Estos tumores pueden invadir estructuras locales o diseminarse por vía linfática o hematogena a otros órganos (González et al., 2023). Las manifestaciones clínicas varían desde tos persistente, disnea, hemoptisis, pérdida de peso, dolor torácico, fiebre, pérdida de apetito y fatiga (Marquina Escalante et al., 2023).

El tratamiento del cáncer de pulmón incluye cirugía, quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia, dependiendo del estadio clínico y estado funcional del paciente (Cárdenas Quesada, 2023). En pacientes críticos, la atención de enfermería se vuelve fundamental, especialmente al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que permite una atención integral, individualizada y continua, enfocada en las necesidades reales y potenciales del paciente (González Quirarte & Castañeda Hidalgo, 2024).

La especialización en enfermería oncológica es esencial para brindar cuidados de calidad, ya que permite reconocer signos tempranos de complicaciones, aplicar protocolos clínicos especializados y promover el autocuidado del paciente y su familia. El PAE ofrece una base metodológica que guía la toma de decisiones clínicas, mejora los resultados en salud y fortalece la seguridad del paciente (Veloz Ibujés, 2024).

Metodología

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo, con un diseño descriptivo y analítico. El tipo de estudio es un caso clínico, centrado en un paciente con diagnóstico médico de cáncer de pulmón. Se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como metodología, ya que permite estructurar el cuidado desde una perspectiva científica, favoreciendo la identificación precisa de los diagnósticos de enfermería, planificación de intervenciones, ejecución y evaluación de resultados (Alonso et al., 2023).

El instrumento es la ficha de Valoración de Enfermería del ingreso al paciente en UCI Oncológica usado en la recolección de datos durante la evaluación del paciente.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: M.E.E.P.

Sexo: Masculino

Edad: 38 años

Días de atención de enfermería: 10 días

Fecha de valoración: 20 de agosto del 2018

Diagnóstico médico: Cáncer de pulmón

Motivo de ingreso: Paciente varón de 38 años ingresa al servicio de UTI en camilla, despierto muy ansioso refiriendo falta de oxígeno, polipneico, FR 34/min, con oxígeno por máscara de reservorio a 15 litros/minuto, saturación de oxígeno 94%, portando dos vías periféricas en brazo derecho, drenaje torácico izquierdo en 5to espacio intercostal con sistema Heimlich,

transferido del servicio de Emergencia en compañía del personal médico, enfermera y su hermana del paciente.

Valoración según Patrones Funcionales de Salud.

Patrón Funcional I: Percepción - Control de la Salud. Paciente varón en regular estado de higiene bajo efecto de sedo - analgesia con piel húmeda por diaforesis con antecedentes de tuberculosis pulmonar hace 5 años con tratamiento completo sin evidencia de enfermedad en el momento según 3 últimos exámenes de BK (-), alcoholismo permanente tres veces por semana desde hace 10 años hasta hace 5 meses antes de su ingreso al hospital, uso de pasta básica de cocaína de dos a tres veces al mes, fumador activo hasta 15 cigarrillos por día. no sufre de hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma u otros antecedentes de importancia, tampoco manifiesta al ingreso a la unidad haber tenido hospitalizaciones previas, actualmente con diagnóstico oncológico.

Patrón Funcional II: Sexualidad /Reproducción. Según entrevista con su hermana manifiesta que el paciente ha tenido varias parejas sexuales, no registra enfermedades de transmisión sexual.

Patrón Funcional III: Nutrición Metabólico. Presenta peso 65Kg, talla = 1.70cm, T° = 38°C, piel caliente, turgente, y sudorosa, no hay presencia de edema tampoco anasarca, cavidad oral húmeda con presencia de sialorrea libre de lesiones, piezas dentarias completas en regular estado de higiene, cabello corto de color negro características normales. Abdomen blando depresible con ruidos hidroaéreos aumentados, recibe alimentación enteral por sonda nasogástrica: pulmocare, volumen total = 1200 con buena tolerancia al 100%, no se evidencia alteraciones en el resultado bioquímico, en la parte hematológica, Hemoglobina = 111, Hematocrito = 37.7, Leucocitos = 11.72, Linfocitos = 17, Monocitos = 8, Eosinófilos = 2,

Segmentados = 73 Plaquetas = 462, Urea = 4.3, Creatinina = 42, Sodio mmol/L = 143mmol/L, Potasio = 4,07mmol/L. No presenta lesiones en la piel, tampoco drenajes abdominales y balance hídrico de 24 horas = -243.

Patrón Funcional IV: Actividad-Ejercicio.

Actividad Respiratoria. Paciente portador de tubo oro traqueal N° 8, fijado en arcada 24, con ventilación mecánica en modo presión asistida controlada, se observa asincronía ventilatorio, taquipnea (Frecuencia respiratoria 34x'), trabajo de músculos torácicos, Saturación de oxígeno 90%, con Fio2: 60%, Presión control: 20, PEEP 12, FR programado en ventilador mecánico 22x', loa análisis de gases arteriales PaO2:60mmhg, PaCo2:55mmhg, pH:7.21, HCO3: 26mEq/L, PAFI:120; presenta sialorrea abundante y secreciones densas blancas por TOT.

Actividad Circulatoria. Paciente presenta FC= 120, pulso periférico = 112x', PA = 109 /56mmhg, PAM = 67mmhg, EKG muestra taquicardia sinusal, catéter venoso central de tres lúmenes en subclavia izquierda, monitorización hemodinámica no invasiva llenado capilar < 2".

Capacidad de Autocuidado. Se encuentra en posición decúbito dorsal, perfusión cerebral tisular eficaz, fuerza muscular conservada movilidad activa, grado de dependencia IV.

Patrón Funcional V: Relaciones-Rol. Libre de rol.

Patrón Funcional VI: Perceptivo-Cognitivo. Paciente con RASS +2, se encuentra luchando con el ventilador, inquieto. Recibe infusión de midazolam 100mg/100ml a 10cc/hora, fentanilo 1000mg/100ml en infusión a 10ml/hora a pesar de la Sedoanalgesia titulable y bolos de Propofol, los reflejos se encuentran aumentados ante cualquier estímulo.

Patrón Funcional VII: Eliminación. Paciente con sonda vesical N° 14 orina clara flujo urinario >100ml/hora.

Patrón Funcional VIII: Reposo - Sueño. Paciente se encuentra con Sedoanalgesia en altas dosis de infusión de midazolam y fentanilo manteniendo un RASS +2 o -2 ondulante, mostrándose por momentos incomodo por los ruidos de los monitores, luz permanente las 24 horas y cambios de posición sin poder conciliar el sueño durante el día y la noche.

Patrón IX: Valores y Creencias. Libre de rol.

Patrón Funcional X: Autopercepción-Autoconcepto. Paciente con Sedoanalgesia despierta al mínimo estímulo y se muestra ansioso, agitado por momentos agresivo rechazando el tubo orotraqueal, ventilación mecánica invasiva, sujeción mecánica con intentos de levantarse e intento de retiro de dispositivos, con su hermana y amigos que lo visitan pide ayuda.

Patrón Funcional XI: Adaptación-Tolerancia a la Situación y al Estrés. Paciente con indicación médica RASS 0, se encuentra consiente, agitado y en estado de alerta, pero manifiesta signos evidentes de estrés al no poder comunicarse verbalmente debido a la presencia del tubo orotraqueal, mantiene RASS +2. Esta limitación genera frustración, lo que se refleja en episodios de asincronía con el ventilador mecánico, activación frecuente de alarmas y gestos de incomodidad. Además, la presencia de dispositivos invasivos como la sonda nasogástrica, el catéter venoso central y la sonda vesical contribuye a aumentar su malestar. Actividades rutinarias como el baño en cama o incluso estímulos mínimos provocan un aumento en su nivel de estrés, evidenciando la carga emocional y física que enfrenta en su condición actual.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados

Primer Diagnóstico.

00030-Deterioro del Intercambio de Gaseoso.

Características Definitorias. Taquipnea (Frecuencia respiratoria 34x'), trabajo de músculos torácicos, Saturación de oxígeno 90%, con Fio2: 60%, Presión control: 20, PEEP 12,

FR: 22x', AGA: PaO₂:60mmhg, PaCo₂:55mmhg, pH:7.21, HCO₃: 26mEq/L, PAFI:120; presenta sialorrea abundante y reflejo tusígeno persistente con secreciones densas blancas por TOT.

Factores Relacionados.

Desequilibrio Ventilación-perfusión (V/Q). El tumor puede obstruir vías aéreas (reduciendo la ventilación) o comprimir vasos sanguíneos (afectando la perfusión).

Cambios en la Membrana Alveolar-capilar. La infiltración tumoral o procesos secundarios como la inflamación y el edema reducen la superficie disponible para la difusión de gases.

Enunciado Diagnóstico. Deterioro del intercambio de gaseoso relacionado, Desequilibrio en la ventilación-perfusión, cambios en la membrana alveolocapilar
(m/p): Alteración en la gasometría arterial (AGA), alteraciones en la profundidad respiratoria, taquipnea, disnea (Herdman et al., 2024).

Segundo Diagnóstico. 00031-Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Características Definitorias. Tos ineficaz, presencia de sonidos respiratorios anormales, disnea, cianosis, uso de los músculos accesorios para respirar, taquipnea, cambios en el patrón respiratorio, inquietud o agitación, producción anormal de esputo, disminución de murmullos vesicular y desaturación.

Factores Relacionados. Ruidos roncales y broncoespasmo, hipersecreción bronquial, fatiga muscular y uso de los músculos accesorios.

Enunciado Diagnóstico. Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con secreciones retenidas o relacionado con abundantes secreciones (Herdman et al., 2024).

Tercer Diagnóstico.**00146 - Ansiedad.**

Características definitorias: Inquietud, llanto, irritabilidad, agitación, incapacidad para comunicarse, insomnio, expresión de angustia.

Factores relacionados: Entorno de UCI, aislamiento, dispositivos invasivos (TOT, sujeción mecánica), imposibilidad de comunicarse eficazmente.

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionada con entorno crítico, dispositivos invasivos e incomunicación, manifestada por llanto, agitación e irritabilidad (Herdman et al., 2024).

Planificación

Primer Diagnóstico. Deterioro de intercambio gaseoso (00030).

Resultado de Enfermería (NOC). NOC [0410] Estado respiratorio: intercambio gaseoso.

Indicadores.

- ✓ Saturación de oxígeno $\geq 90\%$
- ✓ Frecuencia respiratoria dentro de valores normales
- ✓ Esfuerzo respiratorio disminuido y sincronía ventilatoria
- ✓ Vía aérea permeable
- ✓ Reducción de secreciones bronquiales.

Intervenciones de Enfermería.

NIC [3320] Manejo de la Oxigenoterapia.

Actividades.

- ✓ Colocar en posición semi-Fowler o Fowler.
- ✓ Monitorizar signos vitales, SpO₂ y parámetros ventilatorios.
- ✓ Mantener con soporte ventilatorio invasivo.

- ✓ Asegurar la permeabilidad de la vía aérea artificial.
- ✓ Verificar y mantener la posición adecuada del tubo orotraqueal.
- ✓ Registrar parámetros ventilatorios y notificar cambios.
- ✓ Control de gases arteriales.
- ✓ Aspirar secreciones traqueales bajo técnica estéril según necesidad.
- ✓ Control de gases arteriales.

Segundo Diagnóstico. Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031).

Resultado de Enfermería (NOC).

NOC [3140] Manejo de la Aspiración de las Vías Aéreas.

Indicadores.

- ✓ Vía aérea permeable
- ✓ Sonidos respiratorios normales
- ✓ Tos eficaz
- ✓ Cantidad de secreciones traqueobronquiales
- ✓ Disminución de la disnea

Intervenciones de Enfermería.

NIC [3160] Aspiración de las Vías Aéreas.

Actividades.

- ✓ Mantener hidratación adecuada.
- ✓ Aspirar secreciones con una técnica estéril si el paciente no puede eliminarlas según la necesidad del paciente.
- ✓ Pre-Oxigenar y monitorear la saturación de oxígeno y signos vitales antes de realizar la aspiración.

- ✓ Observar e informar la coloración, consistencia y cantidad de secreciones
- ✓ Valorar presencia de secreciones y sonidos respiratorios
- ✓ Mantener la cavidad nasal y bucal limpia
- ✓ Mantener con soporte ventilatorio

Tercer Diagnóstico. Ansiedad (00146).

Resultado de Enfermería (NOC):

NOC [1211] Nivel de Ansiedad.

Indicadores.

- ✓ Inquietud reducida.
- ✓ Disminución de la irritabilidad.
- ✓ Expresión verbal o gestual de menor tensión.
- ✓ Capacidad para controlar emociones.
- ✓ Reducción de la agitación psicomotora.

Intervenciones de Enfermería.

NIC [5820] Disminución de la Ansiedad.

Actividades.

- ✓ Evaluar manifestaciones de ansiedad mediante la escala RASS y observación conductual.
- ✓ Explicar al paciente, con un lenguaje verbal y no verbal claro, los procedimientos que se realizarán para brindarle seguridad.
- ✓ Involucrar a la familia en el cuidado emocional, permitiendo su visita cuando sea posible.

- ✓ Proporcionar un ambiente tranquilo, disminuir ruidos innecesarios y atenuar la luz en la unidad.
- ✓ Implementar técnicas no farmacológicas de relajación adaptadas (contacto visual, tacto terapéutico).
- ✓ Coordinar con el equipo médico para titulación de la Sedoanalgesia de acuerdo al estado de agitación.

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención de manejo de la oxigenoterapia para el diagnóstico de deterioro de intercambio gaseoso

| Intervención: Oxigenoterapia | | |
|------------------------------|-----------|---|
| Fecha | Hora | Actividades |
| 29/06/2018 | M – T – N | Se colocó en posición semi-Fowler o Fowler. |
| | M – T – N | Se monitorizó signos vitales, SpO ₂ y parámetros ventilatorios |
| | M – T – N | Se mantuvo con soporte ventilatorio invasivo |
| | M – T – N | Se aseguró la permeabilidad de la vía aérea artificial |
| | M – T – N | Se verificó y registro la posición adecuada del tubo orotraqueal |
| | M – T – N | Se registró y notificó cambios de los parámetros ventilatorios |
| | M – T – N | Se controló análisis de gases arteriales |

Tabla 2

Ejecución de la intervención manejo de la aspiración de las vías aéreas para el diagnóstico de limpieza ineficaz de las vías aéreas

| Intervención: Vía aérea permeable | | |
|-----------------------------------|-----------|---|
| Fecha | Hora | Actividades |
| 29/06/2018 | M – T – N | Se administró hidratación según indicación médica. |
| | M – T – N | Se aspiró con una técnica estéril las secreciones según la necesidad del paciente. |
| | M – T – N | Se monitorizó la saturación de oxígeno, signos vitales y se realizó pre-oxigenación antes de realizar la aspiración de secreciones. |
| | M – T – N | Se informó las características de las secreciones (coloración, consistencia y cantidad). |
| | M – T – N | Se valoró la presencia de secreciones y sonidos respiratorios |
| | M – T – N | Se mantuvo la cavidad nasal y bucal limpia. |
| | M – T – N | Se mantuvo con soporte ventilatorio. |

Tabla 3*Ejecución de la intervención de la disminución de ansiedad para el diagnóstico de ansiedad*

| Intervención: Disminución de la ansiedad | | |
|--|-----------|--|
| Fecha | Hora | Actividades |
| 29/06/2018 | M – T – N | Se evaluó manifestaciones de ansiedad mediante la escala RASS y observación conductual. |
| | M – T – N | Se brindó educación con un lenguaje claro y sencillo mostrándole empatía y seguridad al paciente. |
| | M – T – N | Se involucró a la familia (hermana) en el cuidado emocional, permitiendo su visita cuando sea posible. |
| | M – T – N | Se le brindo un ambiente tranquilo, disminuyendo ruidos innecesarios y atenuando la luz en la unidad. |
| | M – T – N | Se le brindo confort y masajes, cuidando la piel y ayudando aliviar su molestia. |
| | M – T – N | Se implemento técnicas no farmacológicas de relajación adaptadas (contacto visual, tacto terapéutico). |
| | M – T – N | Se administro medicación antidepresiva según el estado de agitación. |

Evaluación

Resultado. El paciente mantendrá un adecuado intercambio gaseoso con una saturación mayor de 92% y la frecuencia respiratoria dentro de los valores normales

Tabla 4

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado del adecuado intercambio gaseoso

| Indicadores | Puntuación basal | Puntuación final |
|---|------------------|------------------|
| Saturación de oxígeno $\geq 92\%$ | 2 | 3 |
| Frecuencia respiratoria dentro de valores normales | 1 | 2 |
| Esfuerzo respiratorio disminuido y sincronía ventilatoria | 1 | 3 |
| Estado respiratorio y hemodinámico adecuado | 1 | 2 |
| Vía aérea permeable | 2 | 3 |
| Reducción de secreciones bronquiales | 2 | 3 |

Según la tabla 4 el paciente se encuentra con ventilación mecánica debido a insuficiencia respiratoria secundaria a un cáncer de pulmón avanzado que afecta directamente el intercambio de gases. Y una saturación de oxígeno $\geq 92\%$. Al ingreso, el paciente tenía una SpO₂ de 88% (puntuación 2 como muestra la Tabla 4), reflejando hipoxemia moderada y severa por lo que es intubado. Con la asistencia ventilatoria, mejora a 90% (puntuación 2), lo cual indica una respuesta favorable al soporte ventilatorio.

Frecuencia respiratoria dentro de valores normales: Inicialmente presentaba taquipnea (FR > 34 rpm), señal de deterioro (puntuación 1). Posteriormente, bajo sedación y asistencia ventilatoria, la FR entre 20 - 22 rpm (puntuación 2), indicando control respiratorio parcial.

Esfuerzo respiratorio disminuido: Al inicio, el paciente presentaba trabajo respiratorio aumentado y uso excesivo de músculos accesorios (puntuación 2). Tras la sedación y sincronía con el ventilador, el esfuerzo disminuye significativamente (puntuación 3).

Resultado. El paciente mantendrá la vía aérea permeable

Tabla 5

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado de vía aérea permeable

| Indicadores | Puntuación basal | Puntuación final |
|--|------------------|------------------|
| Vía aérea permeable | 2 | 3 |
| Sonidos respiratorios normales | 1 | 2 |
| Tos eficaz | 2 | 3 |
| Disminución de la cantidad de secreciones traqueobronquiales | 1 | 2 |
| Disminución de la disnea | 2 | 3 |

Según la tabla N° 5 en la evaluación del resultado “Vía aérea permeable”, el paciente con cáncer pulmonar mostró una evolución clínica positiva tras la implementación del plan de cuidado. En la Tabla 5 se puede apreciar este incremento en la puntuación. Al inicio, la puntuación basal en los indicadores era baja (1–2), reflejando la presencia de secreciones espesas, ruidos respiratorios anormales y tos ineficaz. Estas condiciones comprometían gravemente la permeabilidad de las vías respiratorias, aumentando el riesgo de atelectasias e infecciones. A través de intervenciones específicas como la aspiración de secreciones endotraqueales, humidificación del aire inspirado, vigilancia de sonidos respiratorios y el mantenimiento de una hidratación adecuada, se logró una mejora significativa. La puntuación final (3) indicó que el paciente fue capaz de movilizar mejor las secreciones, presentar menos disnea, mantener la vía aérea permeable y sincronía ventilatoria.

Resultado. El paciente mantendrá tranquilo y confortable.

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado de control de ansiedad

| Indicadores | Puntuación basal | Puntuación final |
|---|------------------|------------------|
| Inquietud reducida | 1 | 3 |
| Disminución de la irritabilidad | 1 | 3 |
| Expresión verbal o gestual de menor tensión | 1 | 3 |
| Capacidad para controlar emociones | 2 | 3-4 |
| Reducción de la agitación psicomotora | 1 | 3 |

La ansiedad es una respuesta emocional frecuente en pacientes críticos, especialmente en aquellos con un diagnóstico grave como el cáncer de pulmón. En la evaluación del resultado “Control de la ansiedad”, el paciente presentó inicialmente indicadores de ansiedad intensa: inquietud constante, expresión facial de temor, agitación psicomotora e incapacidad para controlar sus emociones, lo que se tradujo en puntuaciones basales de 1–2. Estas manifestaciones se asociaron tanto al entorno invasivo de la UTI como al impacto emocional del diagnóstico oncológico y la dependencia de la ventilación mecánica.

Tras la implementación de estrategias de las enfermeras y sus familiares, cumpliendo la administración terapéutica y suministro de fármacos se logró una reducción progresiva de los signos de ansiedad. Las puntuaciones finales (3–4) evidencian una mejora emocional relevante: mayor control de emociones y menor irritabilidad. Esto sugiere que el abordaje integral, no solo clínico sino también psicológico, fue eficaz para contener el malestar emocional y favorecer la adaptación del paciente a su condición crítica y tratamiento.

Resultados

Durante la fase de valoración, la recolección de datos se realizó a partir de tres fuentes: el propio paciente (fuente principal), su historia clínica y su hermana (fuentes secundarias). Dado que el paciente se encontraba bajo ventilación mecánica, no fue posible realizarle una entrevista directa, lo que representó una limitación importante. En consecuencia, se recurrió fundamentalmente al examen físico y a la observación clínica para recopilar la información. Posteriormente, los datos obtenidos se organizaron de acuerdo con la Guía de Valoración basada en los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, permitiendo estructurar una visión integral del estado del paciente.

En la fase diagnóstica, se analizaron los datos significativos conforme a la clasificación NANDA-I, lo cual permitió identificar tres diagnósticos de enfermería prioritarios: Deterioro del intercambio de gases, Limpieza ineficaz de las vías aéreas y Ansiedad. Durante esta etapa, se evidenció una estrecha relación entre los dos primeros diagnósticos, dado que comparten intervenciones similares, como la aspiración de secreciones, cuyo propósito es tanto facilitar la permeabilidad de las vías respiratorias como optimizar el intercambio gaseoso.

En la etapa de planificación, se aplicaron las taxonomías NOC y NIC para seleccionar resultados esperados e intervenciones de enfermería coherentes con cada diagnóstico. Fue necesario ajustar los indicadores de resultado con base en la evolución del paciente, priorizando aquellos más sensibles a la situación clínica. Uno de los principales desafíos en esta fase fue la determinación de la puntuación de los indicadores, tanto en la línea basal como en la evaluación final, debido a la subjetividad inherente a la valoración clínica, especialmente en pacientes críticos bajo sedación y soporte ventilatorio.

La fase de ejecución transcurrió sin dificultades significativas, gracias a la experiencia profesional en la realización de las intervenciones planificadas, como la administración de oxígeno, el control de secreciones, la comunicación terapéutica y el monitoreo clínico constante. Las actividades fueron ejecutadas según los objetivos establecidos para cada diagnóstico, respetando los principios de seguridad y confort del paciente.

Finalmente, en la etapa de evaluación se llevó a cabo una retroalimentación sistemática de cada una de las fases previas, permitiendo medir el impacto real de las intervenciones sobre los resultados esperados. Se utilizaron escalas estandarizadas de la clasificación NOC para puntuar indicadores clave de cada diagnóstico. El análisis de estas puntuaciones se presenta en las tablas del apartado de evaluación, donde se evidencia una mejora significativa en los tres resultados priorizados: intercambio gaseoso adecuado, vía aérea permeable y control de la ansiedad. Discusión del PAE de Cáncer de Pulmón

Discusión

1. Deterioro del Intercambio Gaseoso

De acuerdo con la Ernstmeier et al. (2021), el deterioro del intercambio gaseoso se define como “exceso o déficit en la oxigenación y/o en la eliminación de dióxido de carbono a través de la membrana alveolocapilar”.

Según McGuire et al. (2023), se refiere a una alteración en la capacidad pulmonar para lograr un adecuado intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre los alvéolos y la sangre, lo cual se manifiesta como una hipoxemia (bajo nivel de oxígeno en sangre) que precede a la insuficiencia respiratoria.

Por otro lado, Yanagi et al. (2024) señalan que se refiere a la incapacidad del sistema respiratorio para transportar eficientemente oxígeno desde los alveolos hacia la sangre y eliminar adecuadamente el dióxido de carbono, lo cual se evidencia en condiciones clínicamente relevantes como la hipoxemia durante el ejercicio o la severa limitación ventilatoria en enfermedades pulmonares, y en el estudio del paciente con cáncer de pulmón, el intercambio gaseoso se ve afectado por la obstrucción bronquial, la atelectasia por tapones mucosos, la neumonía post obstructiva y los derrames pleurales, todos los cuales reducen la ventilación alveolar efectiva. Estas alteraciones explican la disnea, la hipoxemia y la desaturación de oxígeno observadas clínicamente. Según (Yanagi et al., 2024), entre las características definitorias se encuentran la alteración de los gases arteriales, la cianosis, la taquipnea y la confusión. El factor relacionado es la obstrucción de la vía aérea por masa tumoral y secreciones acumuladas.

La intervención principal NIC aplicada fue Manejo de la Oxigenoterapia (3320). Para manejar adecuadamente la oxigenoterapia, la primera actividad a realizar es colocar en posición semi-Fowler o Fowler, esta posición mejora la expansión pulmonar y favorece la oxigenación en

pacientes con compromiso respiratorio al aumentar significativamente la saturación de oxígeno en sangre (Dinaryanti et al. (2025).

Además, se desarrolló la monitorización continua de la saturación de oxígeno (SpO_2) y otros parámetros respiratorios permite evaluar en tiempo real la oxigenación del paciente y detectar eventos de desaturación que requieren intervención, siendo fundamental para la estratificación del riesgo y el manejo terapéutico en pacientes críticos (Cinesi-Gómez et al., 2017).

Se mantuvo con soporte ventilatorio invasivo para sustituir la función respiratoria espontánea mediante un ventilador mecánico conectado a una vía aérea artificial, así restaurar el intercambio gaseoso, reducir el trabajo respiratorio y prevenir complicaciones secundarias en pacientes críticos con insuficiencia respiratoria (Hickey et al., 2024).

El esencial asegurar la permeabilidad de la vía aérea artificial para mantener un flujo de aire eficaz hacia los pulmones y garantizar una ventilación y oxigenación adecuadas, lo que forma parte del manejo de la vía aérea en pacientes críticos (Garcia-Marcinkiewicz et al., 2025).

Además, el verificar y mantener la posición adecuada del tubo orotraqueal es esencial para garantizar que la vía aérea artificial permanezca funcional y que la ventilación sea eficaz, reduciendo el riesgo de complicaciones respiratorias en pacientes críticos (Sankari, 2024).

El monitoreo intensivo de parámetros ventilatorios, junto con el registro y la notificación de cambios, es esencial para identificar signos tempranos de deterioro clínico y minimizar riesgos iatrogénicos en pacientes bajo ventilación mecánica (Rackley, 2020).

Se observó que el control de gases arteriales es fundamental para evaluar la oxigenación, ventilación y equilibrio ácido-base en pacientes críticos, y aunque existen métodos menos

invasivos como el análisis de gases venosos, la gasometría arterial mantiene su papel como estándar de referencia para decisiones terapéuticas precisas (Hassan & Elkhatieb, 2024).

Limpieza Ineficaz de la Vía Aérea

Según la clasificación Herdman et al. (2024), se define como la incapacidad de un individuo para eliminar secreciones u otras obstrucciones del tracto respiratorio con el fin de mantener permeables las vías aéreas. Esta disfunción puede comprometer la ventilación eficiente, reducir el intercambio de gases y afectar la oxigenación del paciente.

Por otro lado, Dantas et al. (2023) la define como la incapacidad del paciente para eliminar secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio, lo que compromete el mantenimiento de una vía aérea permeable y afecta la ventilación adecuada. Este diagnóstico se sustenta en la identificación de indicadores clínicos específicos, cuya evaluación precisa resulta fundamental para una adecuada inferencia diagnóstica y para la implementación de intervenciones oportunas orientadas a preservar la oxigenación y prevenir complicaciones respiratorias, especialmente en pacientes críticos.

Por otra parte, en el estudio de Pascoal et al. (2022) se entiende como un fenómeno asociado a la incapacidad para eliminar de forma eficaz las secreciones u otros elementos que obstruyen el tracto respiratorio, lo cual afecta la permeabilidad de las vías aéreas y dificulta el flujo normal de aire desde las fosas nasales hasta los alvéolos pulmonares.

En el caso analizado, el paciente presentó secreciones abundantes, ruidos respiratorios, tos ineficaz y dependencia de ventilación mecánica. El factor relacionado identificado fue la obstrucción bronquial y la acumulación de secreciones secundarias al proceso oncológico, sumado a la disminución de la movilidad torácica. El cáncer de pulmón genera secreciones espesas, obstrucción de los bronquios y debilidad por disnea y fatiga, lo que favorece la acumulación de

moco. Las características definatorias incluyeron la tos ineficaz, la disnea y los ruidos respiratorios adventicios: crépitos, roncos y estridor.

Las intervenciones NIC seleccionadas fueron Manejo de las vías respiratorias (3140). La principal actividad fue mantener una hidratación adecuada en el paciente con tumor pulmonar es fundamental ya que favorece la disminución de la viscosidad de las secreciones, facilita su eliminación mediante y contribuye a mantener la permeabilidad de la vía aérea, reduciendo el riesgo de obstrucción y complicaciones respiratorias (Pascoal et al., 2022).

La aspiración de secreciones con técnica estéril es una actividad fundamental de enfermería cuando el paciente no puede eliminarlas de manera eficaz, ya que permite mantener la permeabilidad de la vía aérea, mejorar la ventilación y prevenir complicaciones como hipoxemia e infecciones respiratorias. La aplicación de una técnica estéril reduce el riesgo de contaminación del tracto respiratorio, especialmente en pacientes vulnerables, y favorece una respiración más segura y eficaz (Pascoal et al., 2022).

Antes de realizar la aspiración de secreciones, es fundamental preoxigenar al paciente y monitorear la saturación de oxígeno y los signos vitales, ya que la succión puede provocar hipoxemia transitoria e inestabilidad hemodinámica; la preoxigenación aumenta las reservas de oxígeno y el monitoreo continuo con oximetría y signos vitales permite identificar y prevenir complicaciones durante el procedimiento, asegurando seguridad y eficacia en el manejo de las vías respiratorias en pacientes con dificultades respiratorias (Garcia-Marcinkiewicz et al., 2025).

La importancia de observar e informar las características de las secreciones ayuda a detectar cambios patológicos en el tracto respiratorio, orientan la identificación de infección o inflamación y permiten evaluar de forma objetiva la eficacia del aclaramiento de secreciones (Gaspar et al., 2024).

Valorar presencia de secreciones y sonidos respiratorios permite detectar alteraciones en el flujo de aire y la presencia de obstrucción por moco o inflamación, ya que la identificación de ruidos anormales (como estertores o sibilancias) correlaciona con cambios patológicos en las vías respiratorias y guía intervenciones oportunas para mejorar la ventilación y prevenir complicaciones; este enfoque basado en sonidos respiratorios es parte integral de la evaluación clínica no invasiva y proporciona información diagnóstica relevante sobre el estado de las vías aéreas (Kim et al., 2022).

Realizar la higiene de la cavidad oral y nasal ayuda a eliminar microorganismos y restos acumulados, reduce la colonización bacteriana que puede ascender a las vías respiratorias inferiores y está asociada con una menor incidencia de neumonía asociada al ventilador y otras infecciones respiratorias en pacientes críticos; por ello, un cuidado sistemático de estas cavidades contribuye a la prevención de complicaciones respiratorias, mejora la ventilación y apoya el bienestar general del paciente (Cabrita-Xavier et al., 2023).

Mantener con soporte ventilatorio asegura una ventilación y oxigenación adecuadas cuando la respiración espontánea es insuficiente es crucial para prevenir la hipoxemia y la fatiga respiratoria; esto incluye el uso de dispositivos como ventilación mecánica invasiva o no invasiva según la condición clínica, y requiere monitorización constante para ajustar parámetros y detectar complicaciones. Este enfoque no solo mejora el intercambio de gases y reduce la carga de trabajo respiratorio, sino que también protege órganos vitales al mantener niveles apropiados de oxígeno y dióxido de carbono en sangre (Bravo Dañobeitia, 2016).

Ansiedad

Según la Herdman et al. (2024) la ansiedad se define como una “vaga sensación de malestar o amenaza acompañada por una respuesta autonómica (de origen desconocido o no

reconocida), que se anticipa a un peligro o amenaza al yo o a los valores esenciales del mismo”. Esta definición reconoce la ansiedad como una respuesta emocional que puede surgir frente a situaciones de enfermedad o cambios vitales significativos, manifestándose a través de síntomas fisiológicos como taquicardia, sudoración, inquietud o dificultad para concentrarse. Desde la práctica enfermera, su identificación es esencial, ya que influye directamente en la adherencia al tratamiento y en la capacidad de afrontamiento del paciente hospitalizado.

Por su parte, Alonso et al. (2018) lo definen como una respuesta emocional que puede manifestarse como miedo o preocupación intensa y excesiva, acompañada de tensión física y síntomas conductuales o cognitivos difíciles de controlar, que interfieren con las actividades diarias y pueden persistir por un período prolongado cuando no son tratadas.

De acuerdo con Szuhany y Simon (2022) es una respuesta emocional caracterizada por preocupación, inquietud y anticipación de amenazas futuras, acompañada de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos (como palpitaciones o sensación de falta de aire) que se presentan en los trastornos de ansiedad y que interfieren en el funcionamiento y la calidad de vida del individuo.

En el paciente con cáncer de pulmón hospitalizado en la Unidad de Tratamiento Intermedio, la ansiedad se relacionó con la disnea, la presencia de dispositivos invasivos y la incertidumbre respecto al pronóstico. La literatura evidencia que la ansiedad incrementa la percepción de disnea y la carga fisiológica (Keramida & Kostoulas, 2023). Entre las características definitorias observadas se encontraron la verbalización de preocupación, el insomnio, la tensión muscular y la respiración acelerada. Los factores relacionados fueron la hospitalización prolongada, el miedo a la muerte y la falta de información sobre el proceso terapéutico.

Durante la atención, el paciente manifestó inquietud, insomnio, expresión de miedo y aumento de signos vitales ante estímulos mínimos. El factor relacionado más relevante fue el entorno hospitalario crítico, la presencia de dispositivos invasivos y la imposibilidad de comunicarse por el tubo orotraqueal, todos ellos descritos en la literatura como desencadenantes frecuentes de ansiedad en unidades de cuidados intensivos o intermedios (Urden et al., 2025).

Las intervenciones NIC seleccionada fue Disminución de la ansiedad (3140). El evaluar manifestaciones de ansiedad mediante la escala RASS y observación conductual le permite a enfermería cuantificar niveles de agitación, inquietud o calma en pacientes críticos que no siempre pueden verbalizar su malestar, lo cual es fundamental para identificar signos de ansiedad (como agitación excesiva o tensión psicomotora), adaptar las intervenciones de apoyo emocional o farmacológico y mejorar la seguridad y confort del paciente (Sessler et al., 2012).

Explicar al paciente, con un lenguaje verbal y no verbal claro, los procedimientos que se realizarán para brindarle seguridad al paciente, permiten una comunicación efectiva reduce la incertidumbre y el estrés, mejora la comprensión de la información terapéutica y refuerza la confianza en el equipo de salud; además, la interacción verbal combinada con señales no verbales apropiadas (como contacto visual, postura abierta y tono de voz calmado) ha demostrado ser una estrategia clave para disminuir la ansiedad, promover la cooperación del paciente y mejorar los desenlaces clínicos en contextos hospitalarios (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Involucrar a la familia en el cuidado emocional, permitiendo su visita cuando sea posible favorece el bienestar psicoemocional del paciente, reduce sentimientos de ansiedad y soledad, promueve el sentido de seguridad y confianza, y fortalece el proceso de adaptación frente a la

enfermedad, ya que el apoyo familiar actúa como un recurso emocional clave para mejorar la experiencia hospitalaria y la calidad del cuidado integral (Avcı & Ayaz-Alkaya, 2022).

Proporcionar un ambiente tranquilo, disminuir ruidos innecesarios y atenuar la luz en la unidad, otorga minimizar el estrés sensorial, favorecer el descanso y contribuir al equilibrio neurocognitivo de los pacientes críticos, ya que la exposición continua a ruidos altos y luz intensa interfiere con los ritmos circadianos, altera el sueño, aumenta la ansiedad y puede empeorar el estado clínico; promover el silencio y un entorno regulado contribuye a la seguridad, recuperación y bienestar global de los pacientes en unidades de cuidados intensivos (Gortler et al., 2008).

Implementar técnicas no farmacológicas de relajación adaptadas (contacto visual, tacto terapéutico). Contribuye a reducir la ansiedad, el estrés y la percepción del dolor, al facilitar una conexión interpersonal significativa que modula las respuestas fisiológicas al estrés y favorece el bienestar emocional; la evidencia sugiere que estas intervenciones complementarias pueden mejorar parámetros como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el nivel de confort del paciente, promoviendo una experiencia más positiva en un entorno de alta complejidad y disminuyendo la necesidad de intervenciones farmacológicas adicionales (Taylor & Guha, 2017).

Coordinar con el equipo médico para titulación de la Sedoanalgesia de acuerdo con el estado de agitación. Optimiza el confort y previene complicaciones asociadas con sobre o sub-sedación y asegurar una sincronía adecuada con el soporte ventilatorio, ya que una evaluación sistemática del nivel de agitación (por ejemplo, con escalas validadas) y la comunicación interprofesional permiten ajustar dosis de sedantes y analgésicos de manera segura y eficaz, reduciendo los riesgos de delirio, eventos adversos y prolongación de la estancia hospitalaria (Devlin et al., 2018).

Conclusiones

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el paciente con cáncer de pulmón hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intermedios permitió brindar cuidados integrales, sistemáticos y humanizados, orientados a satisfacer sus necesidades fisiológicas y emocionales. El uso de las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC facilitó la estructuración del pensamiento enfermero, la priorización de diagnósticos y la planificación de intervenciones fundamentadas en la evidencia científica y en el juicio clínico.

La identificación y abordaje de los diagnósticos de deterioro del intercambio gaseoso, limpieza ineficaz de la vía aérea y ansiedad reflejaron la relevancia del rol de enfermería en la vigilancia respiratoria, la prevención de complicaciones y el acompañamiento emocional del paciente oncológico crítico. Las intervenciones implementadas contribuyeron a mejorar temporalmente la oxigenación, aliviar la disnea y reducir la tensión emocional, fortaleciendo así el confort y la calidad de vida del paciente durante su hospitalización.

A pesar del abordaje interdisciplinario, la evolución del cáncer de pulmón avanzado y los antecedentes personales condujeron a un desenlace fatal; no obstante, la intervención de enfermería fue fundamental para asegurar un cuidado digno, compasivo y humanizado, respetando la integridad y los valores del paciente hasta el final de la vida.

Este caso reafirma la importancia del PAE como herramienta metodológica y ética que guía la práctica profesional, fortaleciendo la toma de decisiones, la continuidad del cuidado y el compromiso humano del personal de enfermería frente al sufrimiento y la muerte. Asimismo, evidencia la necesidad de mantener una formación continua en competencias clínicas y emocionales que permitan brindar cuidados integrales, seguros y sensibles en pacientes con enfermedades crónicas y en fase terminal.

Referencias Bibliográficas

- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., de Jonge, P., ... Thornicroft, G. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*, *35*(3), 195–208.
<https://doi.org/10.1002/DA.22711>
- Alonso, S. N., Martínez, P. R., Nava, M. G., Gutiérrez, M. L. A., & Ramírez, J. F. S. (2023). El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*.
<https://doi.org/10.46377/DILEMAS.V2I10.3555>
- Avcı, M., & Ayaz-Alkaya, S. (2022). Anxiety, social support and satisfaction of patients' families in intensive care units: A descriptive-correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, *31*(19–20), 2765–2773. <https://doi.org/10.1111/JOCN.16094>
- Bravo Dañobeitia, M. I. (2016, December 6). *Oxigenoterapia*. Tratados de Urgencias.
<https://sintesis.med.uchile.cl/tratados-por-especialidad/tratados-de-urgencias/14136-oxigenoterapia-2>
- Cabrita-Xavier, T. F., Correia-de Melo, F., Mendes-Pinto-Marques, M. do C., Cabrita-Xavier, T. F., Correia-de Melo, F., & Mendes-Pinto-Marques, M. do C. (2023). Cuidados de higiene bucal al paciente intubado orotraqueal: factores influyentes. Revisión sistemática de la literatura. *Enfermería Global*, *22*(70), 555–606. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.516121>
- Cárdenas Quesada, N. (2023). *Factores pronósticos en el cáncer de pulmón no célula pequeña en estadios iniciales*. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/82103>

- Cinesi-Gómez, C., García-García, P., López-Pelayo, I., Giménez, J. I., González-Torres, L. M., & Bernal-Morell, E. (2017). Correlación entre la saturación de oxihemoglobina por pulsioximetría y la presión arterial de oxígeno en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. *Revista Clínica Española*, *217*(9), 522–525.
<https://doi.org/10.1016/J.RCE.2017.08.006>
- Dantas, J. R., Almeida, A. T. D., Matias, K. C., Fernandes, M. I. da C. D., Tinôco, J. D. de S., Lopes, M. V. de O., & Lira, A. L. B. de C. (2023). Accuracy of the nursing diagnosis of ineffective airway clearance in intensive care unit patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *76*(1), e20220174. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0174>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., Van Den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, *46*(9), E825–E873.
<https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003299>
- Dinaryanti, R. S., Yulefsi, B., Wasijati, W., Malkis, Y., & Fitriani, R. (2025). Impact of Semi-Fowler Position and Clapping in Oxygen Saturation in COPD Patients. *Critical Medical and Surgical Nursing Journal*, *14*(1), 39–44. <https://doi.org/10.20473/CMSNJ.V14I1.62425>
- Ernstmeyer, K., Christman, E., & NANDA-I. (2021). Diagnósticos de Enfermería NANDA-I Relacionados con Disminución de la Oxigenación y Disnea. *Fundamentos de Enfermería*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591819/table/ch8oxygenation.T.nandai_nursing_diagnose/

- Garcia-Marcinkiewicz, A. G., Stricker, P. A., & Fiadjoe, J. E. (2025). Airway Management. *Neonatal Anesthesia* (2nd ed.), 189–211. https://doi.org/10.1007/978-3-031-25358-4_5
- Gaspar, L., Reis, N., Sousa, P., Silva, A. P. e., Cardoso, A., Brito, A., Bastos, F., Campos, J., Parente, P., Pereira, F., & Machado, N. (2024). Nursing Process Related to the Nursing Focus “Airway Clearance”: A Scoping Review. *Nursing Reports*, *14*(3), 1871–1896. <https://doi.org/10.3390/NURSREP14030140/S1>
- GLOBOCAN. (2022). *Cáncer hoy*. <https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/globe?mode=population&zoom=2&cancers=15>
- González, C., Lissette, A., Estatal, U., Sur, D., Manabí, D. E., Vélez, R., Luis, J., Fuentes Sánchez, L., & Tatiana, E. (2023). Prevalencia y factores de riesgos del cáncer de pulmón: Una enfermedad letal y silenciosa. *MQRInvestigar*, *7*(1), 2904–2928. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.1.2023.2904-2928>
- González Quirarte, N. H., & Castañeda Hidalgo, H. (2024). *Proceso de enfermería Guía teórico-práctica para dar respuesta a las necesidades en salud*. 0–160. https://books.google.com/books/about/Proceso_de_enfermer%C3%ADa.html?hl=es&id=1wsLEQAAQBAJ
- Gortler, D., Schlösser, F. J. V., Muhs, B. E., Nelson, M. A., & Dardik, A. (2008). Periprocedural drug therapy in carotid artery stenting: the need for more evidence. *Vascular*, *16*(6), 303–309. <https://doi.org/10.2310/6670.2008.00081>
- Hassan, W., & Elkhatieb, M. (2024). Adjusting Ventilator Settings Based on ABG Results. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606131/>
- Herdman, T. Heather., Kamitsuru, Shigemi., & Takao Lopes, Camila. (2024). *NANDA International nursing diagnoses : definitions and classification, 2024-2026*.

- Hickey, S. M., Sankari, A., & Giwa, A. O. (2024). Mechanical Ventilation. *StatPearls*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539742/>
- Keramida, K., & Kostoulas, A. (2023). Dyspnoea in Oncological Patients: A Brain Teaser. *European Cardiology Review*, 18, e03. <https://doi.org/10.15420/ECR.2021.62>
- Kim, Y., Hyon, Y. K., Lee, S., Woo, S. D., Ha, T., & Chung, C. (2022). The coming era of a new auscultation system for analyzing respiratory sounds. *BMC Pulmonary Medicine* 2022 22:1, 22(1), 119-. <https://doi.org/10.1186/S12890-022-01896-1>
- Kodaz, C. E. (2022). Lung Cancer Risk factors - A Review Article. *EURASIAN JOURNAL OF MEDICAL ADVANCES*, 2(4), 159–162. <https://doi.org/10.14744/EJMA.2022.36036>
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. (2014). Communication in nursing practice. *Materia Socio-Medica*, 26(1), 65. <https://doi.org/10.5455/MSM.2014.26.65-67>
- McGuire, W. C., Pearce, A. K., Elliott, A. R., Fine, J. M., West, J. B., Crouch, D. R., Prisk, G. K., & Malhotra, A. (2023). Noninvasive Assessment of Impaired Gas Exchange with the Alveolar Gas Monitor Predicts Clinical Deterioration in COVID-19 Patients. *Journal of Clinical Medicine* 2023, Vol. 12, Page 6203, 12(19), 6203.
<https://doi.org/10.3390/JCM12196203>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, June 26). *Cáncer de pulmón*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/lung-cancer>
- Pascoal, L. M., Lopes, M. V. de O., Diniz, C. M., Nunes, M. M., Silva, V. M. da, Guedes, N. G., Menezes, A. P. de, & Santos, M. (2022). Validade de conteúdo dos indicadores clínicos de desobstrução ineficaz de vias aéreas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35.
<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO007434>

Rackley, C. R. (2020). Monitoring During Mechanical Ventilation.

Https://Home.Liebertpub.Com/Rcare, 65(6), 832–846.

<https://doi.org/10.4187/RESPCARE.07812>

Ruiz, R., Galvez-Nino, M., Poquioma, E., Limache-García, A., Amorin, E., Olivera, M.,

Valdiviezo, N., Trejo, J. M., Heredia, A., Sarria, G., Aguilar, A., Raez, L., Neciosup, S. P.,

Gomez, H. L., Payet, E., & Mas, L. (2020). Lung Cancer in Peru. *Journal of Thoracic*

Oncology, 15(6), 891–898. <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2020.01.018>

Sanchez, G. A. C., Palacios, C. V. U., Palacios, N. A. U., & Labre, K. O. M. (2022). Cáncer de pulmón y su importancia en el diagnóstico primario. *RECIAMUC*, 6(2), 208–217.

[https://doi.org/10.26820/RECIAMUC/6.\(2\).MAYO.2022.208-217](https://doi.org/10.26820/RECIAMUC/6.(2).MAYO.2022.208-217)

Sankari, A. (2024, July). *Airway Establishment and Control - Critical Care Medicine - MSD*

Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional/critical-care-medicine/respiratory-arrest/airway-establishment-and-control>

SciELO - Salud Pública - Nuevos avances terapéuticos en pacientes con cáncer de pulmón

inmunosuprimidos con enfermedades crónicas pulmonares en el periodo 2014-2022 a

partir de la revisión de la literatura Nuevos avances terapéuticos en pacientes con cán....

(n.d.). Retrieved December 27, 2025, from

<https://www.scielosp.org/article/resp/2023.v97/e202302015/es/>

Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., Tesoro,

E. P., & Elswick, R. K. (2012). The Richmond Agitation–Sedation Scale.

Https://Doi.Org/10.1164/Rccm.2107138, 166(10), 1338–1344.

<https://doi.org/10.1164/RCCM.2107138>

- Szuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*, 328(24), 2431–2445. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2022.22744>
- Taylor, S. W., & Guha, H. (2017). Time and Magnitude of Peak Concentration of Reactive Groundwater Contaminants Discharged to a River. *Groundwater*, 55(1), 63–72. <https://doi.org/10.1111/GWAT.12478;WGROU:STRING:PUBLICATION>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., Lough, M. E., & Sanchez, K. (2025). *Critical Care Nursing - Elsevier E-Book on VitalSource* (10th ed.). Elsevier. <https://evolve.elsevier.com/cs/product/9780443118197?role=student>
- Veloz Ibujés, C. M. (2024). *Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de pulmón mediante una revisión bibliográfica*. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18542>
- Yanagi, H., Miki, K., Koyama, K., Miyamoto, S., Mihashi, Y., Nagata, Y., Hashimoto, K., Hashimoto, H., Fukai, M., Maekura, T., Yonezawa, R., Sakaguchi, S., Nii, T., Matsuki, T., Tsujino, K., & Kida, H. (2024). Gas exchange efficiency slopes to assess exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulmonary Medicine* 2024 24:1, 24(1), 550-. <https://doi.org/10.1186/S12890-024-03312-2>

Apéndices

Apéndice A: planes de cuidado

| Diagnóstico Enfermero | Planeación | | | | Ejecución | | | Evaluación | |
|---|---|------------------------|---|---|-----------|---|---|------------------|----------------------|
| | Resultados e indicadores | Puntuación basal (1-5) | Puntuación diana | Intervenciones /Actividades | | | | Puntuación final | Puntuación de cambio |
| Intercambio de gases deteriorado (00030) | Resultado NOC: Estado respiratorio: intercambio gaseoso Cód. 0410 Escala: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5) | 2 | Aumentar a: 4 o 5 | Intervención (NIC 3320): Manejo de la oxigenoterapia | | | | 3 | +1 |
| | Indicadores | | | Actividades: | | | | | |
| | Saturación de oxígeno $\geq 92\%$ | 2 | 4 | Colocar en posición semi-Fowler o Fowler | M | T | N | 3 | +1 |
| | | | | Monitorizar signos vitales, SpO ₂ y parámetros ventilatorios | M | T | N | | |
| | | | | Mantener con soporte ventilatorio invasivo | M | T | N | | |
| | Frecuencia respiratoria dentro de valores normales | 1 | 3 | Asegurar la permeabilidad de la vía aérea artificial | M | T | N | 3 | +2 |
| | | | | Verificar y mantener la posición del tubo orotraqueal | M | T | N | | |
| | | | | Registrar parámetros ventilatorios y notificar cambios | M | T | N | | |
| Esfuerzo respiratorio disminuido y sincronía ventilatoria | 1 | 3 | Garantizar la seguridad de los circuitos del ventilador | M | T | N | 3 | +2 | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | | Circuitos seguros de ventilador mecánico sin fuga | M | T | N | | |
| | Estado respiratorio y hemodinámico adecuado | 1 | 3 | Control de gases arteriales | M | T | N | 3 | +2 |
| | Vía aérea permeable | 2 | 4 | Aspirar secreciones traqueales bajo técnica estéril según necesidad | M | T | N | 3 | +2 |
| | Reducción de secreciones bronquiales | 2 | 4 | | M | T | N | 3 | +1 |

| Diagnóstico Enfermero | Planeación | | | | Ejecución | | | Evaluación | |
|--|---|------------------------|----------------------|---|-----------|---|---|------------------|----------------------|
| | Resultados e indicadores | Puntuación basal (1-5) | Puntuación diana | Intervenciones /Actividades | | | | Puntuación final | Puntuación de cambio |
| Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031) | Resultado NOC: Manejo de la aspiración de las vías aéreas Cód. 3140 Escala: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5) | 2 | Aumentar a: 4 o 5 | Intervención (3160): Aspiración de las vías aéreas | | | | 3 | +1 |
| | Indicadores | | | Actividades: | | | | | |
| | Vía aérea permeable | 2 | 4 | Mantener hidratación adecuada | M | T | N | 3 | +1 |
| | | | | Aspirar secreciones con una técnica estéril si el paciente no puede eliminarlas según la necesidad del paciente | M | T | N | | +1 |
| | | | | Pre-Oxigenar y monitorear la saturación de oxígeno y signos vitales antes de realizar la aspiración | M | T | N | | +1 |
| | | | | Observar e informar la coloración, consistencia y cantidad de secreciones | M | T | N | | +1 |
| | Sonidos respiratorios normales | 1 | 4 | Valorar presencia de secreciones y sonidos respiratorios | M | T | N | 3 | +2 |
| | Tos eficaz | 2 | 4 | Mantener la cavidad nasal y bucal limpia | M | T | N | 4 | +2 |
| | Cantidad de secreciones traqueobronquiales | 1 | 4 | Valorar las características de las secreciones | M | T | N | 3 | +2 |
| | Disminución de la disnea | 2 | 5 | Mantener con soporte ventilatorio | M | T | N | 4 | +2 |

| Diagnóstico Enfermero | Planeación | | | | Ejecución | | | Evaluación | |
|---------------------------------------|--|------------------------|---|--|-----------|---|---|------------------|----------------------|
| | Resultados e indicadores | Puntuación basal (1-5) | Puntuación diana | Intervenciones /Actividades | | | | Puntuación final | Puntuación de cambio |
| Ansiedad (00146) | Resultado NOC: Nivel de ansiedad Cód. 1211 Escala: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5) | 2 | Aumentar a: 4 o 5 | Intervención (5820): Disminución de la ansiedad | M | T | N | 3 | +1 |
| | Indicadores | | | Actividades: | | | | | |
| | Inquietud reducida | 1 | 4 | Explicar al paciente, con un lenguaje verbal y no verbal claro, los procedimientos que se realizarán para brindarle seguridad. | M | T | N | 3 | +2 |
| | | | | Evaluar manifestaciones de ansiedad mediante la escala RASS y observación conductual. | | | | | |
| | Disminución de la irritabilidad | 1 | 4 | Involucrar a la familia en el cuidado emocional, permitiendo su visita cuando sea posible. | M | T | N | 3 | +2 |
| | Expresión verbal o gestual de menor tensión | 1 | 4 | Proporcionar un ambiente tranquilo, disminuir ruidos innecesarios y atenuar la luz en la unidad. | M | T | N | 4 | +3 |
| | Capacidad para controlar emociones | 2 | 4 | Implementar técnicas no farmacológicas de relajación adaptadas (contacto visual, tacto terapéutico). | M | T | N | 4 | +2 |
| Reducción de la agitación psicomotora | 1 | 4 | Coordinar con el equipo médico para titulación de la Sedoanalgesia de acuerdo al estado de agitación. | M | T | N | 3 | +2 | |

Apéndice B: Marco de valoración



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE EN UCI ONCOLÓGICA

| DATOS GENERALES | |
|---|--|
| Nombre del Paciente: <u>Moises Esteban Escalera</u> | Historia Clínica <u>633262</u> Edad: <u>38</u> Sexo: F () M (X) |
| Fecha de nacimiento: <u>12-12-1979</u> | Familiar responsable y teléfono: <u>936 99 78 15</u> |
| Servicio de procedencia: Emergencia (X) Hospitalización () SOP () Recuperación () Otros: _____ | |
| Departamento de procedencia: _____ | |
| Forma de ingreso: Silla de ruedas () Camilla: (X) | |
| Fecha de ingreso al hospital: <u>28-06-2018</u> | Fecha ingreso a la Unidad: <u>5-08-18</u> Hora: <u>8:30 am</u> |
| Diagnóstico médico: <u>NM de Pulmón</u> | |
| Motivo de ingreso: <u>IRA - Shock distributivo</u> | |
| Cama asignada: <u>335</u> Tipo de Atención: SIS (X) ESSALUD () Otro: _____ | |

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

| PATRON PERCEPCION/ CONTROL DE LA SALUD |
|---|
| Antecedentes de salud personales |
| HTA () DM () Cardiopatías () TBC (X) Asma () |
| Trastornos mentales () Otros: <u>Tto complejo.</u> |
| Hospitalizaciones previas: Si () No () |
| Cirugías previas: Si () No (X) |
| Descripción: _____ |
| Tratamiento previo: _____ |
| QT () RT () QX () |
| Antecedentes de cáncer en la familia: <u>mamá (cancer gástrico).</u> |
| Reacciones adversas a medicamentos y otras sustancias: _____ |
| Estado de higiene: Bueno () Regular (X) Malo () |
| Factores de Riesgo: |
| Obesidad () Desnutrición () Tabaquismo (X) Alcoholismo (X) Drogadicción (X) |
| Tratamiento farmacológico prescrito: Si () No (X) |
| Automedicación: _____ |
| Especifique: _____ |

| PATRON AUTOPERCEPCION- AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRES |
|--|
| Tranquilo () Ansioso (X) Negativo () Temeroso () Preocupado () |
| Indiferente () Optimista () |
| Manifestaciones: _____ |
| Relación con el personal: |
| Afectiva () Indiferente (X) Temeroso () Hostil () |
| Relación con la familia y el entorno: |
| Afectiva () Indiferente (X) Temeroso () Hostil () |
| Imagen corporal: |
| Deformidad objetiva () Asimetría () <u>Simetría (X)</u> |
| Pérdida de funciones físicas () Discapacidad () |
| Localización: _____ |
| Factores estresantes: |
| Presencia de TOT (X) Presencia de catéteres (X) Ruidos (X) Sed (X) |
| Inmovilización (X) Aislamiento () |
| Sobre estimulación sensorial (X) Falta de privacidad () |
| Desorientación témporo-espacial () Pérdida autocontrol (X) Baño en cama (X) |

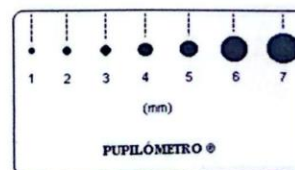
| PATRON RELACIONES/ ROL |
|--|
| Rol/responsabilidad dentro del núcleo familiar: |
| Hijo (X) Padre () Madre () Padre/madre () Otros: _____ |
| Número de hijos: 1 () 2 () 3 () Más de 3 () |
| ¿Con quienes vive? <u>con su hermana.</u> |
| Estado civil: |
| Soltero (X) Casado () Divorciado () Viudo () Conviviente () |
| Ocupación: |
| Estudiante () Profesional () Técnico () Comerciante () <u>choper (X)</u> |
| Cargo que desempeña: <u>Transporte de carga</u> |
| Dependencia económica: <u>de su hermana.</u> |
| Idioma: |
| Español (X) Quechua () Aymara () Shipibo () Otro: _____ |
| Recibe visitas: Si (X) No () |
| Especifique: <u>Hermana y amigas</u> |
| Relaciones familiares: Buena (X) Mala () Conflictos () |
| Percepción de la familia: Satisfactorio (X) Insatisfactorio () |
| Especifique: _____ |

| PATRON PERCEPTIVO - COGNITIVO |
|--|
| Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto () |
| Somnoliento (X) Confuso () Irritable (X) Estupor () Comatoso () |
| Tono muscular: |
| Conservada (X) Hipotónico () Hipertónico () |
| Convulsión: |
| Si () No (X) Especifique: _____ |
| Pupilas: Isocóricas (X) Anisocóricas () Reactivas () |
| No reactivas () Foto reactivas (X) Mióticas () Midriáticas () |

| PATRON VALORES- CREENCIAS |
|---|
| Religión: Católico (X) Evangélico () Adventista () |
| Otros: _____ |

| PATRON DESCANSO - SUEÑO |
|--|
| Sueño: Espontáneo () Medicado (X) |
| Nº de horas de sueño: <u>intervalos cortos</u> |
| Interrupciones del sueño: Si (X) No () |
| Especifique motivo: <u>Ruidos, luz, tacto, min estímulos</u> |
| Sedación: Si (X) No () |
| Tipo: <u>Midazolam y Fentanilo a 20cc.</u> |
| <u>hora + bolos de propofol 10cc.</u> |
| <u>PRN.</u> |

| EVALUACIÓN SECUNDARIA | |
|-----------------------|---|
| Isocoria | Normales de 2 mm de diámetro |
| Miosis | Intoxicación por anestésicos y drogas. Intoxicación |
| Midriasis | Falta de oxígeno. Intoxicación por alcohol industrial |
| Anisocoria | Daño cerebral. TCE o ECV |



Escala de Glasgow:
AO _____ RM _____ RV _____ Total _____

NO EVALUABLE.

| ALTERACIÓN | PUNTAJE |
|--------------------------------|---------|
| APERTURA OCULAR | |
| Esperanzosa | 4 |
| Al Entrenamiento | 3 |
| Al Dolor | 2 |
| No hay Apertura Ocular | 1 |
| MIRAR RESPUESTA MOTORA | |
| Localización Ocular | 6 |
| Localización Ocular | 5 |
| Fixación Normal (Horizontal) | 4 |
| Fixación Anormal (Descentrada) | 3 |
| Estereotaxia (Desorientación) | 2 |
| No hay Respuesta Motora | 1 |
| RESPUESTA VERBAL | |
| Orientada, Coherente | 5 |
| Desorientada, Coherente | 4 |
| Palabras Inapropiadas | 3 |
| Señales Incomprensibles | 2 |
| No hay Respuesta verbal | 1 |

Alteración Sensorial:
 Comunicación: Si No ()
 Específico: AnsiOSO - Intranquilo.
 Visión: Si No () Específico: _____
 Audición: Si No () Específico: _____

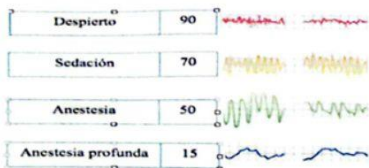
Evaluación del dolor EVA: _____



Evaluación Escala RASS: +2 (puntos)

| ESCALA RASS | |
|-----------------------|---|
| 3 Comatoso | Apertura de los ojos a reflexo |
| 2 Muy agitado | Apertura de los ojos a estímulo |
| 1 Agitado | Movimientos frecuentes, lucha con el respirador |
| 0 Ansioso y tranquilo | Respierta sin conducta violenta ni movimientos excesivos |
| -1 Adormilado | Despierta con la voz, mantiene contacto visual más de 10 seg. |
| 2 Sedación ligera | Despierta con la voz, mantiene contacto visual menos de 10 seg. |
| 3 Sedación moderada | Se despierta con voz fuerte o estímulo doloroso |

Evaluación Escala BIS: _____ (puntos) NO evaluable.



Reflejos: Normales Disminuidos () Aumentados () Ausentes ()
 Específico: _____
Alteración sensitiva cerebral: Paresias () Plejías ()
 Específico: _____

PATRON ACTIVIDAD EJERCICIO

Actividad respiratoria

FR: 34 Eupnea () Bradipnea () Taquipnea
 Aleteo nasal: Si () No
 Tos: Seca () Productiva () Sin tos ()
 Secreciones: Si No ()
 Específico: TOS productiva.
Manejo de secreciones
 Espontáneas () Mecánicas
Simetría torácica:
 Simétrico Asimétrico ()
Uso de músculos accesorios:
 Ninguna () Intercostales Subcostales () Supraclaviculares ()
Ruidos respiratorios:
 Normales Roncantes () Sibilantes () Crepitanes () Estertores
 Disminuidos: Si () No ()

Especifique: _____
Drenaje torácico: Si No ()
 Tipo: Hemilich.
Características: _____
Ventilación no invasiva:
 Espontánea () Interface ()
 Tipo: _____ FiO2 _____
 SaO2 _____ Posición corporal: _____
Ventilación invasiva
 TQT () TOT Interface ()
 MODO: Presión Asistida Controlada.
 FiO2 60% I: E 1:1 T. insp. 0.2 Flujo _____
 TRIGGER 1
 Ps 20 Vte 253 FR 34 PEEP 12 Ppico 28
 VM 5.5 CO2 55 CUFF 30cmHg

Actividad circulatoria

FC: 120 Pulso periférico: 112
 PA: 109/56 PAM: 64 mm Hg.
Ritmo Cardíaco:
 Regular Irregular ()
 EKG: _____
 Sinusal Taquicardia sinusal Bradicardia sinusal ()
 Arritmias ()
Catéteres localización:
 Centrales Sub-clavica Izq.
 Periféricos _____
 Arteriales _____
Monitorización hemodinámica:
 PA PICCO () SWAN GANZ () CARDIO Q ()
 Llenado Capilar: <2" >2" () Cianosis ()

Capacidad de autocuidado

Posición:
 Decúbito dorsal Semifowler () Fowler () Prona ()
Especifique: _____
Perfusión tisular cerebral:
 Parálisis () Anomalías del habla () Dificultad en la deglución ()
 Específico: YN TOT
Fuerza Muscular: Conservada Disminuida ()
Movilidad de Miembros:
 Contracturas () Flacidez ()
Grado de dependencia
 I () II () III () IV

PATRON NUTRICIONAL METABOLICO

Peso 65kg. Talla 1.70 IMC _____
Termorregulación: Temperatura: 38.5°C
 Hipertermia Normotermia () Hipotermia ()
Estado de piel y mucosas: Húmeda/turgente Seca ()
 Edema: Si () No Palidez () Sudoración profusa Frialidad ()
 Específico: _____
 Anasarca: () + () ++ () +++ ()
 Específico: _____
Cavidad oral:
 Dentadura: Completa Incompleta ()
Mucosa oral:
 Mucositis () Xerostomía () Sialorrea ()
 Mucositis: GI () GII () GIII () GIV ()
Cabello:
 Normal Alopecia () Quebradizo ()
Abdomen:
 Blando depresible Globuloso depresible () Distendido ()
 Timpánico ()
Ruidos Hidroaéreos:
 Normales Aumentados () Disminuidos () Ausentes ()
Tipos de alimentación:
 NPO () Oral () NET NPT () NPP () SNG
 SOG () SNY () Yeyunostomía () Gastrostomía ()
 Específico: _____
Fórmula nutricional pulmocare.
 Vol. de dieta administrada 1200 ml/h VT 60cc/hora.
Administración de fármacos nutrientes:
 Glutamina () Ácidos grasos () Antioxidantes ()
Tolerancia enteral
 Adecuada Inadecuada ()
 % 100% (Absorbida)
 Residuo Gástrico: 0
Características: _____

| Bioquímicos séricos: | Resultados | Valores normales |
|--|-----------------------|---------------------------------|
| Albumina: | 35 g/L | (30 -50 g/l) |
| Hematoctrito: | 37.7% | (H= 40-54% M= 35- 47%) |
| Sodio: | 143 | (135 -145 mmol/L) |
| Potasio: | 4.07 | (3,5 - 5,0 mmol/L) |
| Magnesio: | 1.0 | (0,7 - 1,2 mmol/L) |
| Fosforo: | 3.2 | (1,0 - 1,6 mmol/L) |
| Calcio iónico: | 1.2 | (1,12 - 1,32 mmol/L) |
| Creatinina: | 75 | (H= 62 -97; M= 53 -80umol/L) |
| Urea: | 9 | (3,6 - 12,8 mmol/L) |
| Recuento de plaquetas: | 462 | (150 -450 X 1000/L) |
| Recuento de leucocitos: | 11,72 | (A= 4,5 - 10; N= 8 -11x 1000/L) |
| Glucosa: | 135 | (3,8 - 6,4 mmol/L) |
| Lesiones de la piel: | | |
| LPP () | Herida operatoria () | Hematomas () |
| Petequias () | Esfacelaciones () | Equimosis () |
| Ubicación _____ | | |
| Exudados linfáticos: Si () No <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Drenaje abdominales: Si () No <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Tipo: _____ | | |
| Características: _____ | | |
| Balance hídrico estricto 24 horas: <u>- 243</u> | | |

PATRÓN ELIMINACION

Flujo Urinario:
Normal Oliguria () Anuria ()

Características de la orina:
Amarillo ámbar Hematúrica () Colúrica () Sedimentosa ()
Uso de diurético: Si () No
Uso de dispositivos: Si No ()
Sonda Foley Urostoma () Catéter Pig Tail () Cateterismo vesical () Otros ()

Evacuación intestinal:
Normal Estreñido () Diarrea ()
Nº Deposiciones/Día 3/ día.

Características:
Grumosa () Acuosa () Semiacuosa () Melena () Disentérica ()

Portador:
Ileostomía () Colostomía ()

PATRÓN SEXUALIDAD REPRODUCCION

Identidad sexual:
Heterosexual Homosexual () Bisexual ()
Otro _____

Paciente varón:
Problemas de próstata: Si () No
Secreciones anormales: Si () No
Especifique: _____
Otras Molestias: _____

Paciente Mujer:
Patrón menstrual: Regular () Irregular ()
Embarazo: Si () No ()
Secreciones anormales: Si () No ()
Especifique: _____
Otras Molestias: _____

Tratamiento: _____

Carmen Lourdes Arilla Valentín
NOMBRE DE LA ENFERMERA:
CEP: 30190
FECHA: 16-08-2018



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 aplicado a un paciente con el Dx: médico de Cáncer de pulmón EC IV que se encuentra en a unidad de cuidados intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2018, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al paciente Moisés Esteban Escalera Pardo con soporte ventilatorio invasivo bajo sedación y analgesia. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Carmen Lourdes Ávila Valentín bajo la asesoría de la 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.

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

Nombre del paciente: Moisés Esteban Escalera Pardo

DNI: 40803344 Fecha: _15 de agosto del 2018

Firma de la paciente

Hermana: Maria Escalera. Pardo.
TLF= 936 997815.

Apéndice D: Escalas de valoración

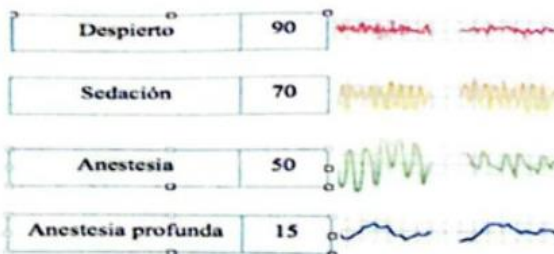
Evaluación del dolor EVA: _____



Evaluación Escala RASS: **+2** (puntos)

| ESCALA RASS | |
|-------------|--|
| 3 | Comatosa. Abre los ojos. |
| 2 | Muy agitado. Fricción en los brazos y piernas. |
| 1 | Agitado. Movimientos frecuentes, lucha con el respirador. |
| 0 | Ansioso. Inquieto, sin conducta violenta ni movimientos escabrosos. |
| 0 | Alerta y tranquilo. |
| -1 | Adormilado. Despierta con la voz, mantiene contacto visual más de 10 seg. |
| -2 | Sedación ligera. Despierta con la voz, mantiene contacto visual menos de 10 seg. |
| -3 | Sedación moderada. Si se toca y se mira a la cámara, no dirige mirada. |
| -4 | Sedación profunda. Si se toca y se mira a la cámara, no responde. |

Evaluación Escala BIS: _____ (puntos) **NO evaluable.**



Reflejos: Normales Disminuidos () Aumentados () Ausentes ()

Especifique: _____

Alteración sensitiva cerebral: Paresias () Plejías ()

Especifique: _____