



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO AL ADULTO MAYOR CON SHOCK
SÉPTICO E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DE
UN HOSPITAL DE ESSALUD, CHICLAYO-2019**

**PARA OPTAR EL GRADO DE BACHILLER EN
ENFERMERÍA**

Autor:

Silva Neciosup, Juan Carlos

Asesora:

Mg. Heredia Llatas, Flor Delicia

Línea de investigación:

Ciencias de la vida y cuidados de la salud humana

Pimentel-Perú

2020

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO
AL ADULTO MAYOR CON SHOCK SÉPTICO E
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DE UN HOSPITAL DE
ESSALUD, CHICLAYO-2019**

**PRESENTADO POR:
SILVA NECIOSUP JUAN CARLOS**

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

**Para optar el grado:
BACHILLER EN ENFERMERÍA**

Mg. Cindy Elizabeth Vargas Cabrera

PRESIDENTA

Mg. Myriam Calderón Ruíz

SECRETARIA

Mg. Flor Delicia Heredia Llatas

VOCAL

Dedicatoria

A mi hermosa familia, quien me ofreció en todo momento su apoyo incondicional, prevaleciendo sobre todo en el aspecto emocional.

A mis docentes, por brindarme sus conocimientos necesarios que influyeron en el proceso de mi aprendizaje y formación profesional siendo indiscutible para culminar mi carrera con éxito.

Juan Carlos

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios por bendecirme día a día, por ampararme en los difíciles momentos que he atravesado, por llenarme de fortaleza en momentos de desidia, por la felicidad de compartir gratos y especiales situaciones junto a mi familia.

A mi padre; Casimiro Silva Sernaqué por ser el soporte en mis estudios y por ser un padre ejemplar con buenos valores y sabio por sus consejos.

A mis hermanos; por ser el motivo de seguir superándome profesionalmente, por su comprensión y su enseñanza continua, y sobre todo por compartir felicidad en momentos familiares. Gracias ellos, mi satisfacción y mis logros alcanzados no conoce límites.

Juan Carlos

RESUMEN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un sistema estructurado, homogéneo y lógico que el profesional de salud emplea en la praxis asistencial en base al conocimiento científico.

El presente Proceso de Atención de Enfermería se llevó a cabo en el servicio de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) de un Hospital de Essalud de Chiclayo; teniendo como diagnóstico: Shock séptico e insuficiencia cardíaca; cuyo propósito fue identificar el estado de salud del paciente; sus problemas reales y de riesgo para proporcionar los cuidados respectivos abocado a los conocimientos adquiridos en la teoría, estableciendo planes e intervenciones de enfermería que contribuyan a la recuperación de su estado de salud a corto plazo, durante el período de su hospitalización y respondiendo favorablemente tales necesidades alteradas. Para suplir la atención y cuidado en el adulto mayor, tendrá sustento en la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. Su teoría global, conforma un enlace entre la teoría del autocuidado, el déficit del autocuidado y los sistemas de Enfermería; este complemento favorece la incapacidad de las personas para cuidarse por sí mismo.

Para ello se aplicaron las cinco etapas del proceso de atención: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Con ello, se logró actuar de manera acertada con enfoque científico, aplicando los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de la Práctica.

Para la recopilación de los diversos datos, en la etapa de valoración; se utilizaron: fuentes primarias considerando el examen físico, entrevista y la observación y fuentes secundarias como: acceso a la historia clínica.

Palabras claves: Atención de Enfermería, Adulto mayor, Shock Séptico, Insuficiencia respiratoria.

ABSTRACT

The Nursing Care Process (PAE) is a structured, homogeneous and logical system that the health care professional employs in healthcare practice based on scientific knowledge.

This Nursing Care Process was carried out in the Intermediate Care Unit (NICU) service of a Chiclayo Essalud Hospital; having as a diagnosis: Septic shock and heart failure; whose purpose was to identify the patient's health status; their real and risk problems to provide the respective care sathented to the knowledge acquired in the theory, establishing nursing plans and interventions that contribute to the recovery of their health status in the short term, during the period hospitalization and responding favorably to such altered needs. To provide care and care for the older adult, he will have sustenance in Dorothea Elizabeth Orem's Theory of Self-Care Deficit. His global theory forms a link between the theory of self-care, the deficit of self-care and nursing systems; this complement favors the inability of people to take care of themselves.

To this end, the five stages of the care process were applied: Valuation, Diagnostic, Planning, Execution and Evaluation. In doing so, it was possible to act correctly with a scientific approach, applying the knowledge acquired during the development of the Practice.

For the collection of the various data, at the valuation stage; were used: primary sources considering physical examination, interview and observation and secondary sources such as access to medical history.

Keywords: Nursing Care, Older Adult, Septic Shock, Respiratory Failure.

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Valoración según dominios	9
1.2. Examen físico	11
1.3. Situación Problema	12
1.4. Análisis y confrontación de la literatura	13
1.5. Formulación de diagnósticos según Nanda.....	19
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos.....	20
2.2. Aspectos éticos	21
2.3. Criterios éticos básicos	21
2.4. Criterios de rigor científico.....	22
2.5. Planificación del cuidado (NIC)	23
III. RESULTADO Y DISCUSIÓN.....	50
IV. CONCLUSIONES.....	55
REFERENCIAS	56

I. INTRODUCCIÓN

Las personas de edad avanzada es el grupo etario muy susceptible y puede desarrollar diversas enfermedades crónicas, que a futuro altera su bienestar y perjudican su estado de salud, generando dependencia por muchas situaciones; es por ello que necesitan un cuidado especial y apoyo incondicional por el equipo de salud y por los miembros de la familia para conservar y modificar los estilos de vida que opta el paciente adulto mayor.

Al respecto el área de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) es indispensables en los hospitales de alta complejidad, son especialmente diseñadas para proporcionar condiciones de seguridad, confort a todos los pacientes en estado crítico y a los familiares.

Por lo tanto, el desarrollo del proceso de atención de enfermería, está enfocado a un adulto mayor de 75 años que permaneció internado en el área de UCIN en un nosocomio de Chiclayo, con diagnóstico médico de: Shock séptico debido a un foco respiratorio e insuficiencia respiratoria. El propósito de este caso fue examinar el proceso de salud de la persona; identificar los problemas reales y de riesgo, para facilitar una mejora en el estado de salud y acelerar la recuperación durante su permanencia hospitalaria, a través del conjunto de intervenciones de enfermería con el fin de lograr la estabilidad en la salud del paciente, lo que se consideró la teoría del déficit de autocuidado expuesto por Dorothea Elizabeth Orem, que planteó 3 componentes fundamentales como: la teoría del autocuidado, el déficit del autocuidado y los sistemas de Enfermería; para mejorar la salud del paciente, además del restablecimiento de sus necesidades y el confort personal respecto a su enfermedad.

En la presente investigación, se detallan 4 capítulos característicos que forman parte del contenido: En el capítulo I, se designa la introducción, la valoración del proceso de enfermería, la Situación-Problema, el análisis, la Confrontación con la literatura, y las Formulaciones diagnósticas basados en la NANDA.

El II capítulo está constituido por; material y métodos, además de la recopilación de los datos, los aspectos éticos y la planificación.

Para el contexto del capítulo III, integra los resultados obtenidos de la investigación, la discusión y finalmente las conclusiones como IV capítulo.

1.1. Valoración según dominios

- **Dominio 1: Promoción de la salud.**

Adulto mayor con 75 años de edad, con enfermedad de diabetes mellitus tipo 2 controlada. Su estado de salud es crítico por presentar diagnóstico médico de insuficiencia respiratoria tipo 1 que conllevó a shock séptico.

Grado de instrucción: 3ro de secundaria.

- **Dominio 2: Nutrición.**

El paciente se alimentaba por sonda nasogástrica, recibiendo Osmolite (Vt: 1000 cc en 20 hrs. + Anis 200cc C/8 hrs.)

En el examen físico se observa con tubo endotraqueal y mucosas orales húmedas.

- **Dominio 3: Eliminación e intercambio.**

Área anal: permeable, deposiciones semilíquidas de características normales y defeca 2 veces en el día, con presencia de pañal.

Área genital: orina de características normales, con sonda Foley de 2 vías funcionales. Diuresis: entre 500 – 600cc por turno.

- **Dominio 4: Actividad – Reposo.**

Permanece bajo efectos de sedación en la Unidad de Cuidados Intermedios, en posición decúbito dorsal con apoyo de equipo artificial respiratorio.

- **Dominio 5: Percepción – Cognición.**

Paciente sedado

- **Dominio 7: Rol y relaciones.**

Ocupación: Desempleado.

Estado civil. Casado.

Nº de hijos: 3 (2 hombres y 1 mujer).

Tipo de familia: Nuclear.

Dinámica familiar: Buena comunicación y recibe el apoyo constante de su esposa e hijos.

- **Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés.**
Familiares preocupados por salud actual que cursa su paciente.

- **Dominio 10: Principios vitales.**
La religión del paciente y familiares es católica, sin embargo; no hay interposición de la familia con respecto al tratamiento terapéutico que recibe el adulto mayor.

- **Dominio 11: Seguridad y protección.**
Es monitorizado en cada momento, a través del equipo de apoyo artificial.
Presenta úlceras de grado III, en región sacra y talón izquierdo, por lo tanto se le realiza las curaciones apropiadas y oportunas. Con respecto a la manipulación o contacto con las sondas o catéter se considera las medidas asépticas para prevenir las infecciones.
Se auscultan roncales en campos pulmonares.

- **Dominio 12: Confort.**
Paciente permanece sedado, recibiendo su tratamiento correspondiente.

- **Dominio 13: Crecimiento y desarrollo.**
Paciente de iniciales M.B.O, tenía 8 días de internamiento debido a su estado crítico.
Peso: 60kg.
Talla: 1, 64cm.
IMC: 22.3 (Normal)

1.2. Examen físico

En este trabajo de investigación, los datos que fueron recopilados a través de la historia clínica se describen a través del examen físico céfalo-caudal.

- **Aspecto general:** Adulto mayor se examina en bajo efectos de sedación, estado de higiene en óptimas condiciones, Aparentemente con buen estado nutricional.
- **Medidas antropométrica:**
Peso: 60kg. Talla: 1, 64cm. IMC: 22.3 (Normal)
- **Cabeza:** normocéfalo.
Cabello: Color castaño oscuro, recortado, lacio, limpio e hidratado.
Ojos: Simétricos, párpados sin lesiones aparentes.
Oídos: Pabellón auricular simétricos, aparentemente limpios.
Nariz: Fosas nasales íntegros, tabique nasal céntrico e íntegro.
Boca: Presencia de tubo endotraqueal, mucosas orales secas, labio cubierta con gasa estéril limpia y húmeda, dentadura incompleta.
- **Cuello:** simétrico, sin presencia de ganglios linfáticos, pulso carotideo intacto, con catéter venoso central en yugular izquierdo.
- **Columna vertebral:** Posición normal, sin presencia de masas ni lesiones evidentes.
- **Tórax:** simétrico, normoexpansible, no masas en el área de las mamas. Se auscultan roncales en campos pulmonares.
- **Uñas:** recortadas y limpias.
- **Abdomen:** blando/depresible, ruidos hidroaereos normales.
- **Extremidades:** edema en miembros superiores e inferiores, brazos y piernas fríos y pálidos, tono muscular disminuido.
- **Genitales:** Aparentemente limpio, saco escrotal con presencia de ambos testículos, sin lesiones. Utiliza pañal, con presencia de sonda Foley de dos vías funcionales, orina de características normales; además de evidencia úlcera en región sacra y talón izquierdo (Grado III).

1.3. Situación Problema

Adulto mayor M.O.B de 75 años de edad, sexo masculino, religión católica, procedente de la Urb. Villa Real de Chiclayo. Se encuentra hospitalizado durante 8 días en la cama N° 06 del servicio de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) en un hospital de Chiclayo. Su diagnóstico médico es; Shock séptico: foco respiratorio e insuficiencia respiratoria tipo I.

Se encuentra en posición supina, postrado en cama, bajo efectos de sedación, recibiendo SSF 100cc + MDZ 200mg, con catéter venoso central en yugular izquierdo, con tubo endotraqueal en ventilación mecánica en modo asistido controlado, presentando: FiO₂: 50%, Peep= 5.

Al control de los signos vitales; T°: 36.4°C, FC= 80 l/x min, P.A: 130/70 mmHg, SO₂: 89%. Como medidas antropométricas: Peso= 60kg, Talla= 1.64cm, IMC: 22.3

En el examen físico presenta: mucosas orales secas con gasa húmeda cubriendo la boca, con sonda nasogástrica, se auscultan roncales en campos pulmonares, edema en miembros superiores e inferiores, frialdad distal, hace uso de pañal, presencia de úlcera en región sacra y talón izquierdo (Grado III), presencia de sonda Foley de dos vías funcionales, orina de características normales.

En la revisión del análisis documental, se encuentra el tratamiento médico:

- CSV (Control de los signos vitales).
- Osmolite Vt. 1000 en 20 hrs. + Anis 200cc C/8 hrs.
- ClNa 9% 1000cc + K(1) + H(2) + Tramadol (TMD) 300mg (40cc/h).
- Dextrosa al 5% 100cc + Noradrenalina (NAD) 16mg (6cc/h).
- SSF 100cc + Midazolam (MDZ) 200mg (3cc/h).
- Imipenem 500mg EV C/8 hrs.
- Vancomicina 1gr EV C/24 hrs (pasar en 3 horas).
- Enoxaparina 40mg SC c/24 hrs.

1.4. Análisis y confrontación de la literatura

El presente Proceso de Atención de Enfermería se basa en la teoría del déficit de autocuidado propuesta por Dorothea E. Orem, planteando 3 sistemas esenciales e interconectados como: la teoría del autocuidado, déficit del autocuidado y sistemas de Enfermería. Según Naranjo Y, et al (1) ; señalan que cada sistema es pieza clave en el transcurso de la condición que atraviesa el paciente en estado crítico; debido a que influye en sus necesidades para restablecer y equilibrar su estado de salud durante el tiempo de hospitalización. En el componente de “autocuidado”, abarca aquella actividad o conjunto de acciones comprendida por el individuo, que contribuyen hacia el bienestar y mejoría de su estado saludable; en caso de la persona inconsciente o con limitación para realizar el cuidado de manera independiente se le facilita las intervenciones con el fin de propiciar una atención oportuna y adecuada. Por otro lado, el componente “déficit de autocuidado”; comprende la interrelación entre las condiciones terapéuticas del individuo y las intervenciones de autocuidado que respondan a deficiencias o alteración del juicio de razón de la persona para ejecutar personalmente diversas acciones necesarias que se les enseña para restablecer su salud, y en cuanto al tercer componente “sistemas de Enfermería”, constituido por el profesional de enfermería, el paciente y los familiares que van a ser parte del autocuidado dependiente del paciente que conjuntamente se relacionan para regular el bienestar y su estado de salud. Dorothea, informa que la enfermera debe ejecutar las intervenciones oportunas para que el paciente privado de su capacidad física y cognitiva logre una mejora y recuperación favorable.

Según Laguado M et al (2); informan que la sepsis comprende de disfunción multiorgánica secundaria a un proceso infeccioso que da indicio al shock séptico con probabilidad del riesgo de mortalidad. En el mundo, aproximadamente más de 18 millones de pobladores padecen por sepsis cada año, con incidencia de 66 a 300 casos por 100, 000 personas en países desarrollados, la incidencia aumenta en base al envejecimiento de los pobladores (el 60% de las personas con sepsis son mayor o igual de 60 años).

A nivel nacional, la mortalidad por sepsis es progresiva y es una alarma emergente. La cifra de incidencia comprende de 200 a 300 casos de sepsis por 100.000 habitantes. Sin embargo, el 9% de la población resulta con sepsis severa y sólo el 35% con shock séptico, generando la mortalidad que comprende del 28 al 56% (3).

El shock séptico es aquel subconjunto de sepsis con incremento significativo de la mortalidad debido a las anormalidades graves de circulación y/o el metabolismo celular. En el shock séptico los tejidos y órganos vitales, no cuentan con el aporte oxigenatorio necesario, por tanto se genera una muerte progresiva de las células y fallo en la función de los diferentes órganos conllevando a la muerte. Esta situación cursa con hipotensión persistente (definido como la necesidad de vasopresores para mantener la tensión arterial media ≥ 65 mm Hg, y un nivel de lactato sérico > 18 mg/dL (2 mmol/L) a pesar de la reposición adecuada del volumen. Afecta principalmente a pacientes ancianos, con comorbilidades, infectados por gérmenes (especialmente gram negativos), siendo los pulmones y las vías urinarias los principales focos de infección. El riesgo es mayor en pacientes que tienen diabetes mellitus (4).

Con respecto a la patogenia del shock séptico no es comprensible totalmente, sin embargo; un estímulo inflamatorio (toxina bacteriana) desencadena la producción de mediadores proinflamatorios. Las citosinas generan la adhesión de neutrófilos a las células endoteliales, activan el mecanismo de coagulación y producen microtrombos. Por lo tanto, los mediadores antiinflamatorios se oponen y producen un mecanismo de retroalimentación negativo.

Lo que lleva al principio, las arterias y arteriolas se dilatan, y por tanto; reduce la resistencia arterial periférica, aumenta el gasto cardíaco, denominándose a esta fase shock caliente. Posteriormente, disminuye el gasto cardíaco y la tensión arterial apareciendo los signos comunes del shock.

En el período del incremento del gasto cardíaco, los mediadores vasoactivos ocasionan un salto del flujo sanguíneo a los vasos capilares de intercambio (defecto en la distribución). Al alterarse el flujo capilar, seguida de obstrucción capilar por la presencia de microtrombos, disminuye el transporte de oxígeno y deteriora la eliminación del dióxido de carbono y aquellos productos de desechos celulares. La disminución de la perfusión genera disfunción y a veces insuficiencia de uno o más órganos diana (riñones, corazón, pulmones, cerebro, hígado) (4).

El paciente con sepsis presenta; fiebre y escalofríos o hipotermia. Aunque en los adultos mayores puede estar ausente. También puede haber taquipnea-hiperventilación, cambios hemodinámicos (al inicio taquicardia, piel caliente y luego hipotensión), alteración del estado

de conciencia o agitación, signos de disfunción orgánica (cianosis, respiración superficial, oliguria, ictericia, insuficiencia cardíaca), lesiones cutáneas relacionadas a sepsis: morbiliformes y urticariales, eritrodermia, exantemas purpúricos, lesiones necrotizantes o bullosas (5).

Para diagnosticar el shock séptico, cabe resaltar el monitoreo de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y monitoreo de oxígeno; hemograma completo con recuento diferencial, panel de electrolitos y creatinina, lactato; medición de la presión venosas central invasiva (PVC), PaO2 y saturación venosa central de oxígeno (SCVO2) y sobre todo hemocultivos, urocultivos y cultivos (4).

Para lograr un control y monitoreo oportuno, debe tratarse en una UCI y considerar lo siguiente:

- Restituir la perfusión con administración de medicación EV y mayormente con vasopresores.
- Antibióticos de amplio espectro.
- Administración de oxígeno.
- Control frecuente cada hora: PVC, Pulsioximetría, gases arteriales, control de glucemia, lactato y niveles de electrolitos y sobre todo la función renal (4).

En el tratamiento antimicrobiano empírico, es importante consignar: los antecedentes del paciente (alergia a medicamentos, patologías asociadas, etc), el agente causal más probable, disfunción de algunos órganos y tener en cuenta que la respuesta tardía del tratamiento antibiótico desencadena riesgos fatales. Para tratar el foco respiratorio, el tratamiento antibiótico a considerar es Cefalosporina de 3ra y 4ta generación + Quinolona respiratoria, aminoglicósidos inhalados y para el foco desconocido se debe emplear Cabapenam + Vancomicina (si el paciente es alérgico a penicilina usar Tigecilina, Amikacina y/o fluorquinolona (6).

En el caso del paciente adulto mayor fue diagnosticado de shock séptico presentando un signo característico de esta enfermedad, como: miembros superiores e inferiores fríos y pálidos, y recibió terapia antibiótica con solución de Noradrenalina para compensar esta alteración de la enfermedad.

Insuficiencia respiratoria Aguda (IRA)

Es la deficiencia del sistema respiratorio, en el que se encuentra alterada su función básica, siendo el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono a través del aire ambiente y la sangre circulante, realizándose de manera eficaz y ajustada a la privación metabólica del organismo, considerando la edad, antecedentes y altitud en que pretende estar el sujeto.

Para la práctica clínica, la insuficiencia respiratoria es conocida por hipoxemia arterial ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$) y sólo se denomina hipoxemia cuando la PaO_2 oscila entre 60-80 mmHg (hipoxemia) (7).

Para Gutiérrez F (7); la IRA, está clasificada en 3 formas:

- a) **Según criterio clínico de evolución:** se subdivide en, IRA (instaurado en un corto tiempo, y generado recientemente; en minutos, horas o días, sin causar mecanismos compensatorios; también se encuentra la insuficiencia respiratoria crónica (establecido en días o más tiempo, abarcando el estadio final de diversas patologías, pulmonares y extra pulmonares, y compromete los mecanismos de compensación; y por último se encuentra la IRC agudizada (que se establece en pacientes con IRC con descompensación aguda de su enfermedad y altera la función del intercambio gaseoso.
- b) **Según mecanismo fisiopatológico subyacente:** Esta comprendido por; disminución del FiO_2 (por tanto, el aporte de oxígeno es inadecuado y disminuirá la presión alveolar de O_2). Además, genera hipoventilación alveolar (reduce la PaO_2 con retención de CO_2 secundaria); otro trastorno es, la alteración de separación en ventilación-perfusión (V/Q) (alterando la separación física del gas y la sangre, como sucede con el engrosamiento de la membrana alveólo-capilar, como neuropatías intersticiales difusas); alteración de la ventilación/perfusión (V/Q) (en los procesos que aumenta la separación física del gas y la sangre dificultan la separación entre ambos, como ocurre en el engrosamiento de la membrana alvéolo-capilar como neuropatías intersticiales difusas); y la variación en la relación V/Q (siendo la hipoxemia, el componente más frecuente).
- c) **Según características gasométricas:** se subdividen en; IR hipoxémica O TIPO I, conocida también como oxigenoterapia (caracterizada por presentar un PaCO_2 normal o baja, gradiente alveolo-arterial de O_2 aumentado ($\text{PaO}_2 > 20 \text{ mmHg}$). Entonces se debe indagar la causa de IR en parénquima o lecho pulmonar), otra es; la IR hiperbárica

(representada por PaCO₂ aumentado, gradiente alveolar de O₂ normal. En esta ocasión se corrige la necesidad de la ventilación asistida y no sólo a la administración de O₂. También, se encuentra la insuficiencia respiratoria tipo III o Peroperatoria, asociado por incremento del volumen crítico de cierre como sucede en adultos mayores con reducción de la capacidad vital (limitación de expansión torácica por obesidad, dolor o cirugía tóraco-abdominal mayor, trastornos electrolíticos, etc.); y por último, la insuficiencia respiratoria tipo IV o asociada a estado de shock o hipoperfusión (disminuye el aporte oxigenatorio y disposición de energía a los músculos respiratorios e incremento en la extracción tisular de oxígeno con marcada reducción del PvCO₂ (7).

Los síntomas en IRA dependen de la causa y los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre. El nivel bajo de oxígeno en la sangre causa disnea, es el síntoma principal (sensación de falta de aire o dificultad para respirar), la piel, labios y uñas pueden presentar cianosis (color azulado), el nivel alto de dióxido de carbono puede generar una respiración acelerada. También puede haber arritmia (latidos cardíacos irregulares) y alteraciones neurológicas (estupor y coma) (8).

En los pacientes con IRA, básicamente se le realiza una serie de exámenes para determinar el diagnóstico preciso; como la toma de gases arteriales (permite determinar el estado ácido-base y monitoreo de la respuesta terapéutica), pulsioximetría (nos permite obtener la SO₂), exámenes bacteriológicos (se identifica la posibilidad de infección), electrocardiograma (identificar arritmias, isquemia, disfunción ventricular) y tomografía de tórax (para determinar patologías de la pared, parénquima y pleura pulmonar) (7).

Según García M (9), el tratamiento necesario y adecuado consiste en:

- Proporcionar las medidas generales de estabilización y atención del tratamiento oportuno de la causa de la insuficiencia respiratoria.
- Oxigenoterapia: Estabiliza los parámetros de la PaO₂ y es el tratamiento primordial en esta patología.
- Traqueotomía: consiste en realizar un orificio quirúrgicamente, que atraviesa la parte frontal del cuello y llega a la tráquea. El tubo endotraqueal (TET) se conecta a una

máquina conocida como un respirador. Un respirador administra oxígeno (aire) a la persona y respira por esta cuando no lo realiza de manera independiente.

- Ventilación mecánica no invasiva (VMNI): Soporte ventilatorio que hay que considerar en caso de evolución desfavorable, pero en situación de estabilidad hemodinámica y aceptable nivel de conciencia. Sin embargo; Romo J (10), menciona que la VMNI, no requiere de una vía artificial: tubo endotraqueal (TET) o cánula de traqueotomía, por lo tanto se debe a una técnica no invasiva.
- Ventilación mecánica invasiva (VMI): Soporte ventilatorio que hay que considerar en caso de evolución desfavorable, pero en situación de inestabilidad hemodinámica, claudicación de la musculatura respiratoria y empeoramiento del nivel de conciencia (9).

Para Romo J (10), el objetivo de la VMI es: Mejorar el intercambio gaseoso, mejorar la ventilación alveolar, corregir la hipoxemia, garantizar una oxigenación adecuada, disminuir el consumo de oxígeno, reducir el trabajo respiratorio, desfavorecer los síntomas de insuficiencia respiratoria, revertir la fatiga de la musculatura respiratoria.

También considera que las complicaciones de la VMI, serán a corto plazo: Obstrucción del TET (tubo endotraqueal), autoextubación. - lucha con el ventilador, barotrauma, inestabilidad hemodinámica, intubación selectiva de un bronquio, fallos mecánicos en el ventilador. Y a mediano o largo plazo: Infección, sepsis, traqueomalacia, granulomas traqueales, afonía, toxicidad por oxígeno (10).

Al adulto mayor, le diagnosticaron insuficiencia respiratoria tipo I o también conocida como hipoxémica y presentó aquellos síntomas, como: disnea y tos. El tratamiento que se le proporcionó es asegurar la permeabilidad de la vía aérea: ventilación mecánica en modo asistido controlado por medio de un tubo endotraqueal para suplir la función respiratoria.

1.5. Formulación de diagnósticos según Nanda

- **Diagnóstico 1:** (00033). Deterioro de la ventilación espontánea r/c fatiga de los músculos respiratorios s/a insuficiencia respiratoria e/p presencia de tubo endotraqueal en ventilación mecánica asistido/controlada, FiO₂: 50% (11).
- **Diagnóstico 2:** (00031). Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c vía aérea artificial y acúmulo de secreciones e/p roncales en campos pulmonares, SO₂: 89% (11).
- **Diagnóstico 3:** (00029). Disminución del gasto cardíaco r/c alteración de la pre-post carga e/p frialdad distal, edema en miembros inferiores y administración de solución Noradrenalina (11).
- **Diagnóstico 4:** (00046). Deterioro de la integridad cutánea r/c factores externos: presión y fuerzas de cizallamiento sobre prominencia ósea, inmovilidad física y edad extrema e/p úlcera en región sacra y talón izquierdo (Grado III) (11).
- **Diagnóstico 5:** (00085). Deterioro de la movilidad física r/c alteración de la función cognitiva e inmovilidad e/p estado de inconciencia bajo efectos de sedación y postramiento en cama (11).
- **Diagnóstico 6:** (00103). Deterioro de la deglución r/c anormalidad de la vía aérea superior (intubación endotraqueal) a/c efectos de sedación e/p sonda nasogástrica recibiendo Osmolite (Vt: 1000 cc en 20 hrs) (11).
- **Diagnóstico 7:** (00110). Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c alteración de la función cognitiva (sedación) e inmovilidad física e/p uso de pañal y presencia de sonda Foley de dos vías funcionales (11).
- **Diagnóstico 8:** (00039). Riesgo de aspiración r/c alimentación enteral (sonda nasogástrica) e intubación endotraqueal (11).
- **Diagnóstico 9:** (00247). Riesgo de deterioro de la mucosa oral r/c factor mecánico: intubación endotraqueal y colocación de sonda nasogástrica (11).
- **Diagnóstico 10:** (00004). Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos y defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel (colocación de catéter venoso yugular), e introducción de sondas (11).
- **Diagnóstico 11:** (00250). Riesgo de lesión del tracto urinario r/c uso de catéter urinario (sonda Foley) durante un tiempo prolongado (11).

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos

La presente investigación fue, tipo descriptivo observacional, en el que se obtuvo como unidad de análisis a un adulto mayor de 75 años de edad, quien estuvo hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) perteneciente a un hospital de Chiclayo que proporcionó, el servicio necesario que el paciente requería para mejorar su salud y prevenir ciertas complicaciones o daños.

En la recolección de datos se recurrió a la valoración por dominios, el cual está conformado por 13 dominios sistematizados, que respondieron a las necesidades de la persona en estudio. Por lo tanto, esto se encuentra establecido en la NANDA Internacional (Diagnósticos de enfermería).

Se emplearon diversos métodos que permitió recopilar los datos específicos y necesarios del paciente, entre ellos destaca la evaluación cefalocaudal, en el que se consideró las 4 técnicas de la exploración: inspección (la valoración se realiza utilizando el sentido de la visión, en el paciente se inspeccionó a simple vista y haciendo uso de los instrumentos necesarios para la atención), palpación (el examen del cuerpo se emplea usando el sentido del tacto; en el paciente se le proporcionó apoyo ubicándolo en una postura adecuada, entre otros cuidados necesarios para el sujeto), percusión (es la acción de producir sonidos a través de pequeños golpes sobre la superficie corporal para comprobar el tamaño y forma de los órganos internos) y auscultación (comprende el proceso de escuchar los sonidos que se producen interiormente en el organismo) (12).

También se empleó la entrevista, el cual se propició una comunicación horizontal y fluida con los familiares del paciente cuyo propósito fue obtener información adicional e identificar problemas y suministrar el tratamiento terapéutico ideal (12).

Finalmente, se apeló a la revisión documental (historia clínica) para recopilar los datos necesarios acerca de la patología y organizar los problemas de salud que altera el estado biopsicosocial del paciente.

2.2. Aspectos éticos

En base al informe de Belmont, se tomó en consideración los tres principios universales indispensables en la investigación: el respeto a las personas, beneficencia y justicia. Estos principios fueron propuestos con el propósito de otorgar orientación e indemnidad induciendo el confort y bienestar del participante (13).

Principio de respeto a las personas: Los sujetos de investigación son tratados como seres libres y autónomos, y se proporciona protección al individuo que tiene incapacidad de tomar su propia decisión. En el estudio realizado los familiares fueron lo que concedieron autorización para brindar información y a la vez ser orientados e informados sobre los cuidados de enfermería que se le aplicaron al paciente, los objetivos y resultados que se pretenden alcanzar para lograr una mejoría en su salud (13).

Principio de beneficencia: Este principio se caracteriza por evitar hacer daño (no maleficencia), disminuyendo los posibles riesgos y potencializando los beneficios para el individuo. En el estudio ejecutado se consideró hacer útil y poner en prácticas las medidas de bioseguridad necesarias durante la aplicación de las intervenciones de enfermería, para no causar daño que perjudique o altere el estado de salud del paciente, y sobre todo se consigna reducir el daño físico y psicológico (13).

Principio de justicia: Hace referencia a recibir una atención justa y pertinente, empleando un trato amable que favorezca el estado de salud de la persona y siempre respetando su privacidad. En el estudio aplicado, se estableció la confidencialidad y privacidad al ejercer la labor de enfermería durante su permanencia de hospitalización del paciente (13).

2.3. Criterios éticos básicos

Según Azulay A, los principios éticos se caracterizan por contener un orden jerárquico y se diferencia en dos niveles:

- Primer nivel o nivel universal: son aquellos que no guarda relación entre el personal de salud y paciente, y son independientes de la propia voluntad. Esta comprendido por el principio de no maleficencia (se caracteriza por evitar ocasionar el daño, aunque el paciente quiera o no quiera, no lo podemos hacer), y el principio de

justicia (se debe tratar sin discriminar nada ni a nadie y se debe propiciar el bien común) (14).

- Segundo nivel o nivel particular: es la interrelación entre paciente y personal de salud. Por lo tanto, es la persona quién tiene la libertad de elegir la ejecución o no. Entre ello, están el principio de beneficencia (tiene que ver con la intervención que se realice cause beneficio para el paciente) y el principio de autonomía (consta de la libertad y responsabilidad de la persona, que a través de la información recibida, determine lo que es mejor para sí mismo). Estos dos principios son inseparables y van de la mano (14).

2.4. Criterios de rigor científico

Credibilidad: Permite establecer la confianza de la verdad para el paciente y el ámbito de investigación. Se logra aplicar diversas estrategias válidas para identificar los hallazgos y compararlos con la realidad (15).

Dependencia: hace referencia a brindar información idónea con el fin de esclarecer el método o las estrategias empleadas para recolectar los datos o la información pertinente para obtener los resultados favorables. Con este criterio los resultados van a depender de las respuestas de los participantes que son involucradas en la investigación (15).

2.5. Planificación del cuidado (NIC)

(00033). Deterioro de la ventilación espontánea r/c fatiga de los músculos respiratorios s/a insuficiencia respiratoria e/p presencia de tubo endotraqueal en ventilación mecánica asistido/controlada, FiO ₂ : 50%.																								
OBJETIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																					
El paciente logrará permanecer con una función respiratoria adecuada y estable, teniendo en consideración el cuidado de los dispositivos de apoyo ventilatorio, basado en las intervenciones de enfermería durante su estancia hospitalaria.	<p>(0403). Estado respiratorio: ventilación.</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II).</p> <p>Clase: Cardiopulmonar (E).</p> <p>Indicadores:</p> <p>• 040301. Frecuencia respiratoria. Reducir de 2 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="514 1039 913 1266"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th> </tr> <tr> <th>DG</th> <th>DS</th> <th>DM</th> <th>DL</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación Diana de Inicio					DG	DS	DM	DL	SD	1	2	3	4	5		X				<p>(3350). Monitorización respiratoria.</p> <p>Actividades:</p> <p>1. Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.</p> <p>2. Colocar al paciente en posición que alivie la disnea (posición de semi-fowler)</p>	<p>- El funcionamiento respiratorio es el intercambio gaseoso. La expansión y retracción de los pulmones se generan de forma pasiva en respuesta a cambios internos de la cavidad torácica y de los pulmones. Por ello, se debe valorar el esfuerzo respiratorio, la frecuencia respiratoria y signos de dificultad respiratoria (12).</p> <p style="text-align: right;">Kozier B. (2012)</p> <p>- La posición semi-fowler, es la postura semisentada con la cabeza y hombros ligeramente elevados en ángulo de 30°. Esta posición favorece el descanso y</p>	
Puntuación Diana de Inicio																								
DG	DS	DM	DL	SD																				
1	2	3	4	5																				
	X																							

	Puntuación Diana Resultado					<p>(3300). Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.</p> <p>Actividades:</p> <p>1. Administrar sedantes: Midazolam 200mg (3cc/h).</p> <p>2. Administrar analgésicos: Tramadol 300mg (400cc/h).</p>	<p>permite la mayor expansión torácica en pacientes con disnea (12).</p> <p style="text-align: right;">Kozier B. (2012)</p> <p>- El Midazolam es una benzodiacepina; tiene efecto hipnótico, ansiolítico, sedante, miorrelajante y anticonvulsivante, tiene como ventajas evidente la rapidez de actuar sobre el sistema nervioso central y la brevedad de su acción. En el paciente que debe ser intubado se le coloca esta medicación, previo a ello; debe estar preparado para ser intubado en 3 minutos. Los efectos en el SNC va a depender de la dosis a administrar (16).</p> <p style="text-align: right;">Ostabal M (2002)</p> <p>- El Tramal es un analgésico de acción central, útil para tratar moderadamente el dolor severo. Este medicamento debe ser administrado con precaución en</p>
	DG	DS	DM	DL	SD		
	1	2	3	4	5		
					X		
	<p>•040303. Profundidad de la respiración. Reducir de 2 a 5.</p>						
	Puntuación Diana de Inicio						
	G	S	L	M	N		
	1	2	3	4	5		
	X						
	Puntuación Diana Resultado						
G	S	L	M	N			
1	2	3	4	5			
				X			
<p>•040313. Disnea de reposo. Disminuir de 2 a 5.</p>							
Puntuación Diana de Inicio							
G	S	L	M	N			
1	2	3	4	5			
X							

<p>(0421). Severidad del Shock séptico. Dominio: Salud fisiológica (II). Clase: Cardiopulmonar (E). Indicadores: •042115. Piel fría y húmeda. Aumentar de 1 a 5.</p> <table border="1"> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th></tr> <tr><th>G</th><th>S</th><th>L</th><th>M</th><th>N</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th></tr> <tr><th>G</th><th>S</th><th>L</th><th>M</th><th>N</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr> </table>	Puntuación Diana de Inicio					G	S	L	M	N	1	2	3	4	5	X					Puntuación Diana Resultado					G	S	L	M	N	1	2	3	4	5					X	<table border="1"> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th></tr> <tr><th>G</th><th>S</th><th>L</th><th>M</th><th>N</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr> </table>	Puntuación Diana Resultado					G	S	L	M	N	1	2	3	4	5					X	<p>3 Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén activadas.</p> <p>4 Cambiar los circuitos del ventilador cuando sea necesario.</p>	<p>pacientes con dependencia a opioides, con traumatismo craneal, alteración del estado de conciencia, shock, trastornos de la actividad respiratoria y con elevación de la presión intracraneal (17).</p> <p>Ficha técnica de farmacología (2018)</p> <p>- El ventilador artificial es un equipo compacto Las alarmas activadas el aspecto importante, puesto a que un fallo en el ventilador informa de un mal funcionamiento eléctrico o mecánico en el aparato (18).</p> <p>Ramos L & Benito S (2012)</p> <p>- El cambio de los circuitos del ventilador debe hacerse cada vez que estén sucios o inoperativo, para reducir la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica (19).</p> <p>Gallego G & Gómez L (2012).</p>
	Puntuación Diana de Inicio																																																														
	G	S	L	M	N																																																										
	1	2	3	4	5																																																										
	X																																																														
	Puntuación Diana Resultado																																																														
	G	S	L	M	N																																																										
	1	2	3	4	5																																																										
					X																																																										
	Puntuación Diana Resultado																																																														
G	S	L	M	N																																																											
1	2	3	4	5																																																											
				X																																																											

(00031). Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c vía aérea artificial y acúmulo de secreciones e/p roncantes en campos pulmonares, SO₂: 89%.

OBJETIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																																								
<p>El paciente logrará mantener la permeabilidad y limpieza de la vía aérea, a pesar de la presencia del tubo endotraqueal, basado en las intervenciones de enfermería durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>(1100). Salud oral. Dominio: Salud fisiológica (II). Clase: Integridad tisular (L). Indicadores: • 110001. Limpieza de la boca. Disminuir de 3 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 813 909 1040"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th> </tr> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="512 1073 909 1300"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th> </tr> <tr> <th>DG</th> <th>DS</th> <th>DM</th> <th>DL</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación Diana de Inicio					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5			X			Puntuación Diana Resultado					DG	DS	DM	DL	SD	1	2	3	4	5					X	<p>(3180). Manejo de las vías aéreas artificiales. Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Realizar constantemente el lavado de manos antes del contacto directo con el paciente o con algún dispositivo. Usar el equipo de protección personal que sea adecuada (bata desechable, guantes y mascarilla) Evaluar la cavidad oral y los labios de acuerdo a la necesidad del paciente. 	<p>- El lavado de manos es la técnica efectiva para prevenir la transmisión de microorganismos patógenos en la atención sanitaria entre el paciente y personal. Esta simple práctica disminuye las infecciones intrahospitalarias (20). (Protocolo de higiene de manos 2012)</p> <p>- El equipo de protección personal (EPP) son materiales o indumentaria útil para el profesional de salud, proporcionan protección frente a los riesgos potencialmente infecciosos (12). Kozier B. (2012)</p> <p>- La exploración de la cavidad oral debe ser metódico, secuencial y completo para</p>
Puntuación Diana de Inicio																																											
GC	SC	MC	LC	NC																																							
1	2	3	4	5																																							
		X																																									
Puntuación Diana Resultado																																											
DG	DS	DM	DL	SD																																							
1	2	3	4	5																																							
				X																																							

- **110010. Humedad de la mucosa oral.** Disminuir de 1 a 5.

Puntuación Diana de Inicio				
DG	DS	DM	DL	SD
1	2	3	4	5
X				

Puntuación Diana Resultado				
DG	DS	DM	DL	SD
1	2	3	4	5
				X

4. Realizar los cuidados orales (lavado de dientes, gasas húmedas, humectante bucal y labial) antes de proceder a la intubación.

5. Reconfirmar la ubicación del tubo y anotar la posición del tubo con respecto a los dientes.

diagnosticar de manera oportuna ciertas patologías bucales en el paciente (21).

Berner J. (2016)

- El paciente con sonda nasogástrica o que recibe oxígeno está propenso a presentar sequedad de la mucosa oral que puede causar enrojecimiento o irritación, por tanto; se le debe practicar una higiene oral más frecuente (12).

Kozier B. (2012)

- Los tubos endotraqueales son útiles en pacientes que se someten a anestesia general o en casos de urgencia en la que es necesaria la respiración mecánica. El tubo es insertado con ayuda de un laringoscopio a través de la boca o nariz hasta la tráquea (12).

Kozier B. (2012)

		<p>(3180). Aspiración de las vías aéreas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auscultar el sonido respiratorio (roncantes) previo a la aspiración. 2. Hiperoxigenar al 100% de FiO₂ antes de aspirar. 3. Aspirar la orofaringe, luego de finalizar con la aspiración traqueal. 	<p>- Los estertores: roncantes, son ruidos generados por la existencia de mucosidad espesa o disminución de la luz, por contracción de la musculatura bronquial y edema de la mucosa (19). Gallego G & Gómez L (2012).</p> <p>- La Hiperoxigenación es necesario realizarlo en pacientes hipoxémicos, antes y posterior a la aspiración; para ello, considerar un FiO₂ mayor o igual a 85%, con apoyo del resucitador con reservorio a 15 L/min, la frecuencia de la insuflación es 12 rpm ósea 1 cada 5 segundos (19). Gallego G & Gómez L (2012).</p> <p>- La aspiración de la orofaringe después de haber aspirado la tráquea es crucial, debido a que la acumulación de secreciones sobre el balón o manguito</p>
--	--	---	--

		<p>4. Realizar aspiración de secreciones, sin superar los 10 segundos.</p>	<p>del tubo endotraqueal (espacio subglótico) es un factor de riesgo para el desarrollo de la NAV, que puede descender hacia la vía respiratoria inferior a través de la tráquea (19).</p> <p>Gallego G & Gómez L (2012).</p> <p>-La aspiración de secreciones orales es la succión de mucosas empleando una técnica estéril a través de un catéter conectado a una toma de succión, para mantener limpias las vías aéreas (12).</p> <p>Kozier B. (2012)</p>
--	--	--	--

(00029). Disminución del gasto cardíaco r/c alteración de la pre-post carga e/p frialdad distal, edema en miembros inferiores y administración de solución Noradrenalina.

OBJETIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																																								
<p>El paciente logrará corregir el flujo sanguíneo a través de los grandes vasos del sistema circulatorio y pulmonar, en base a las acciones de enfermería durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>(0401). Estado circulatorio. Dominio: Salud fisiológica (II). Clase: Cardiopulmonar (E). Indicadores: • 040120. Edema periférico. Disminuir de 2 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 862 909 1089"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th> </tr> <tr> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="512 1122 909 1349"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th> </tr> <tr> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación Diana de Inicio					G	S	M	L	N	1	2	3	4	5		X				Puntuación Diana Resultado					G	S	M	L	N	1	2	3	4	5					X	<p>(4150). Regulación hemodinámica. Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Realizar la evaluación del estado hemodinámico (Control de la PA, FC, PVY, PVC). Vigilar la existencia de signos y síntomas del compromiso del sistema hemodinámico (disnea, edema). 	<p>- El monitoreo hemodinámico, permite conseguir datos relevantes respecto al funcionamiento cardiovascular en el paciente crítico, siendo fundamental en la guía terapéutica de hipoperfusión tisular (22).</p> <p style="text-align: right;">Ochagavía A et al (2014)</p> <p>- Al valorar el sistema hemodinámico, nos permite identificar los signos o síntomas que indican una disfunción celular generada por hipoperfusión a nivel tisular (22).</p> <p style="text-align: right;">Ochagavía A et al (2014)</p>
Puntuación Diana de Inicio																																											
G	S	M	L	N																																							
1	2	3	4	5																																							
	X																																										
Puntuación Diana Resultado																																											
G	S	M	L	N																																							
1	2	3	4	5																																							
				X																																							

	<p>• 040153. Deterioro cognitivo. Disminuir de 1 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 363 911 591"> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th></tr> <tr><th>G</th><th>S</th><th>M</th><th>L</th><th>N</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" data-bbox="512 623 911 850"> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th></tr> <tr><th>G</th><th>S</th><th>M</th><th>L</th><th>N</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr> </table>	Puntuación Diana de Inicio					G	S	M	L	N	1	2	3	4	5	X					Puntuación Diana Resultado					G	S	M	L	N	1	2	3	4	5					X	<p>3. Monitorizar los signos y síntomas que indican alteración en el estado de perfusión (frialidad de extremidades).</p> <p>4. Administrar medicamentos vasoconstrictores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dextrosa al 5% (100cc) + Noradrenalina 16mg (6cc/h). <p>5. Vigilar los posibles efectos de la medicación.</p>	<p>- La perfusión tisular se refiere al aporte de oxígeno adecuado a la demanda. La demanda de oxígeno depende de los requerimientos metabólicos de cada tejido (23).</p> <p>Hernández G & Salgado J (2016).</p> <p>- La noradrenalina es un fármaco agonista predominantemente alfa-adrenérgico con potente efecto vasoconstrictor. El utilizado para el tratamiento de pacientes con shock séptico, ya que permite mantener adecuadamente la presión arterial y la perfusión tisular (24).</p> <p>- Estar pendiente de las reacciones a la medicación de noradrenalina, su uso prolongado puede disminuir el gasto cardiaco, ya que el aumento de la resistencia vascular periférica puede reducir el retorno venoso al corazón (24).</p> <p>Ficha técnica de medicamento (2018)</p>
Puntuación Diana de Inicio																																											
G	S	M	L	N																																							
1	2	3	4	5																																							
X																																											
Puntuación Diana Resultado																																											
G	S	M	L	N																																							
1	2	3	4	5																																							
				X																																							

(00046). Deterioro de la integridad cutánea r/c factores externos: presión y fuerzas de cizallamiento sobre prominencia ósea, inmovilidad física y edad extrema e/p úlcera en región sacra y talón izquierdo (Grado III).

OBJETIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																																								
<p>El paciente logrará mejorar durante el proceso de cicatrización de la herida que presenta al término de la hospitalización.</p>	<p>(1102) Curación de la herida: por primera intención. Dominio: Salud fisiológica (II). Clase: Integridad tisular (L). Indicadores: • 110201. Aproximación cutánea. Aumentar de 1 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 898 905 1125"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th> </tr> <tr> <th>N</th> <th>Es</th> <th>M</th> <th>S</th> <th>Ex</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="512 1157 905 1385"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th> </tr> <tr> <th>N</th> <th>Es</th> <th>M</th> <th>S</th> <th>Ex</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación Diana de Inicio					N	Es	M	S	Ex	1	2	3	4	5	X					Puntuación Diana Resultado					N	Es	M	S	Ex	1	2	3	4	5					X	<p>(3660). Cuidados de la herida. Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar la higiene de manos antes del contacto con la herida. 2. Inspeccionar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor 3. Colocarse los guantes estériles antes de la curación de la herida. 	<p>- La higiene de manos es la técnica importante para controlar y evitar la proliferación de agentes patógenos (12). Kozier B. (2012)</p> <p>- La valoración de la herida tratada implica observar su aspecto, tamaño, drenaje, presencia de tumefacción, dolor y estado de drenajes para detectar signos y síntomas alarmantes de infección (12). Kozier B. (2012)</p> <p>- Los guantes estériles son barreras protectoras, útil para el personal de salud en diversas intervenciones, impide que</p>
Puntuación Diana de Inicio																																											
N	Es	M	S	Ex																																							
1	2	3	4	5																																							
X																																											
Puntuación Diana Resultado																																											
N	Es	M	S	Ex																																							
1	2	3	4	5																																							
				X																																							

- **110211. Formación de la cicatrización:** Aumentar de 5 a 1.

Puntuación Diana de Inicio				
N	Es	M	S	Ex
1	2	3	4	5
				X

Puntuación Diana Resultado				
N	Es	M	S	Ex
1	2	3	4	5
X				

- **160213. Aproximación de los bordes de la herida:** Aumentar de 1 a 5.

Puntuación Diana de Inicio				
N	Es	M	S	Ex
1	2	3	4	5
X				

4. Retirar el apósito con cuidado y suavemente y cambiarlo cada vez que se encuentre húmedo

5. Limpiar la herida, con gasa estéril y solución isotónica u otras soluciones recomendables.

6. Colocar al paciente en una posición que evite tensiones en la herida (posición semi-fowler

los microorganismos infecten a los pacientes con riesgo (12).

Kozier B. (2012)

- El cambio de apósito en una herida debe ser reemplazado cuando se evidencia húmedo o sucio. Si permanece por mucho tiempo, prolonga el proceso de curación e induce la infección (10).

Romo J. (2012)

- Debe utilizarse suero salino fisiológico (SSF), ejerciendo presión de lavado para eliminar los restos, teniendo cuidado para no dañar el tejido sano (10).

Romo J. (2012)

- Para favorecer la cicatrización de la herida, se debe colocar al paciente en la forma que no ejerza presión sobre la lesión. Los pacientes que no pueden

	Puntuación Diana Resultado				
	N	Es	M	S	Ex
	1	2	3	4	5
					X
	<p>con apoyo de almohadas en espalda).</p> <p>7. Usar un cojín de espuma por debajo de las pantorrillas para elevar los talones.</p> <p>8. Lubricar la piel a diario a cada vez que sea necesario, haciendo uso de una crema hidratante.</p>				
	<p>movilizarse, se debe emplear ejercicios de amplitud y cambios de postura. (12).</p> <p style="text-align: right;">Kozier B. (2012)</p> <p>- Las almohadas o cojines de espuma son medios de soporte para elevar los talones y evitar la presión. La flexión ligeramente de rodilla evita la compresión de la vena poplítea y un mayor riesgo de trombosis venosa profunda (25).</p> <p>Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de las úlceras por presión (2014)</p> <p>- La crema hidratante proporciona componentes que suavizan la piel, favorecen la regeneración de células, humectan e hidratan, y aportan vitaminas (26).</p> <p style="text-align: right;">Loaiza C et al (2015)</p>				

(00085). Deterioro de la movilidad física r/c alteración de la función cognitiva e inmovilidad e/p estado de inconciencia bajo efectos de sedación y postramiento en cama.

OBJETIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																																								
<p>El paciente logrará realizar movimientos musculares ligeros que permita la recuperación de la fuerza física en base a las intervenciones de enfermería durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>(0208). Movilidad. Dominio: Salud funcional (I). Clase: Movilidad (C) Indicadores: • 020803. Movimiento muscular. Aumentar de 1 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 834 900 1027"> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th></tr> <tr><th>GC</th><th>SC</th><th>MC</th><th>LC</th><th>NC</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" data-bbox="512 1062 900 1243"> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th></tr> <tr><th>GC</th><th>SC</th><th>MC</th><th>LC</th><th>NC</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr> </table> <p>• 020805. Realización del traslado. Aumentar de 1 a 5.</p>	Puntuación Diana de Inicio					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5	X					Puntuación Diana Resultado					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5					X	<p>(0840). Cambio de Posición. Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambiar de posición al paciente cada 2 h, como indica el tratamiento. 2. Colocar apoyos de ayudas técnicas en zonas edematosas (almohadas debajo de miembros periféricos). <p>(0740). Cuidados del paciente encamado. Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar el uso de ropa de cama con texturas ásperas y arrugadas. 	<p>- Los pacientes que se encuentran en cama, es necesario cambiar la postura cada 2 horas y en el cambio postural valorar la piel de las zonas óseas (12). Kozier B. (2012)</p> <p>- El uso de almohadas, botas protectoras o taloneras; ayudan a disminuir la fricción, siendo muy sensible el área de los talones (26). Loaiza C et al (2015)</p> <p>- El uso de la ropa desajustada tiene como beneficio eliminar fácilmente el exceso de líquidos y toxinas, y favorece</p>
Puntuación Diana de Inicio																																											
GC	SC	MC	LC	NC																																							
1	2	3	4	5																																							
X																																											
Puntuación Diana Resultado																																											
GC	SC	MC	LC	NC																																							
1	2	3	4	5																																							
				X																																							

	Puntuación Diana de Inicio					<p>2. Mantener la ropa de cama limpia y seca.</p> <p>3. Vigilar el estado de la piel del paciente.</p> <p>4. Seleccionar la zona(s) del cuerpo que han de masajearse.</p>	<p>el funcionamiento adecuado del aparato circulatorio (26).</p> <p>Loaiza C et al (2015)</p> <p>- La higiene inadecuada y la humedad incrementa el riesgo de adquirir las infecciones (26).</p> <p>Loaiza C et al (2015)</p> <p>- La inspección de la piel en espalda, sacro y glúteos permite identificar oportunamente las señales o signos de aparición de heridas por presión (26).</p> <p>Loaiza C et al (2015)</p> <p>- Evitar masajes en área óseas (sacro, espalda, glúteos, talones y caderas) porque aumenta la isquemia (26).</p> <p>Loaiza C et al (2015)</p>
	GC	SC	MC	LC	NC		
	1	2	3	4	5		
	X						
	Puntuación Diana Resultado						
	GC	SC	MC	LC	NC		
	1	2	3	4	5		
					X		
	<p>• 020814. Se mueve con facilidad. Aumentar de 1 a 5.</p>						
	Puntuación Diana de Inicio						
	GC	SC	MC	LC	NC		
	1	2	3	4	5		
	X						
	Puntuación Diana Resultado						
	GC	SC	MC	LC	NC		
1	2	3	4	5			
				X			

(00103). Deterioro de la deglución r/c anormalidad de la vía aérea superior (intubación endotraqueal) a/c efectos de sedación e/p sonda nasogástrica recibiendo Osmolite (Vt: 1000 cc en 20 hrs).

OBJETIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																																								
<p>El paciente logrará mantener un estado nutricional adecuado y reducir el riesgo de aspiración, relacionado con las intervenciones de enfermería durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>(1010). Estado de deglución. Dominio: Salud funcional (II). Clase: Digestión y nutrición (K). Indicadores: • 101001. Mantiene la comida en la boca. Reducir de 1 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 889 900 1076"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th> </tr> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="512 1109 900 1317"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th> </tr> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación Diana de Inicio					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5	X					Puntuación Diana Resultado					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5					X	<p>(1056). Alimentación enteral por sonda. Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar e informar a los familiares respecto al procedimiento a realizar. 2. Verificar si el paciente tiene prótesis dental para extraerlas. 3. Previo a la realización del procedimiento, hacer el lavado de higiene bucal. 	<p>- La información sobre la técnica a ejecutar debe ser clara y precisa para los familiares, dando a conocer el objetivo, la indicación terapéutica y cuidados (27). Larrañaga N (2016).</p> <p>-Se retira las piezas dentarias postizas para lograr mayor comodidad tanto para el paciente como para el enfermero (27). Larrañaga N (2016).</p> <p>- El lavado bucal completo provee el desarrollo bacteriano de la mucosa oral en casos de pacientes intubados (27). Larrañaga N (2016).</p>
Puntuación Diana de Inicio																																											
GC	SC	MC	LC	NC																																							
1	2	3	4	5																																							
X																																											
Puntuación Diana Resultado																																											
GC	SC	MC	LC	NC																																							
1	2	3	4	5																																							
				X																																							

	<p>• 101007. Momento de formación del bolo. Reducir de 1 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 391 900 565"> <thead> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th></tr> <tr><th>GC</th><th>SC</th><th>MC</th><th>LC</th><th>NC</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="512 597 900 771"> <thead> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th></tr> <tr><th>GC</th><th>SC</th><th>MC</th><th>LC</th><th>NC</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr> </tbody> </table> <p>• 101010. Momento del reflejo de deglución. Aumentar de 1 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 976 900 1149"> <thead> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th></tr> <tr><th>GC</th><th>SC</th><th>MC</th><th>LC</th><th>NC</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="512 1182 900 1356"> <thead> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th></tr> <tr><th>GC</th><th>SC</th><th>MC</th><th>LC</th><th>NC</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr> </tbody> </table>	Puntuación Diana de Inicio					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5	X					Puntuación Diana Resultado					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5					X	Puntuación Diana de Inicio					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5	X					Puntuación Diana Resultado					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5					X	<p>4. Medir y marcar la sonda hasta donde será introducida.</p> <p>5. Colocar la cabeza del paciente inclinada al mentón e introducir la sonda suavemente.</p> <p>6. Lubricar el extremo distal de la sonda nasogástrica.</p> <p>7. Comprobar la correcta introducción de la sonda.</p>	<p>- La medición en la sonda será una referencia que facilita el tránsito indicando su ingreso completo al estómago (27).</p> <p style="text-align: right;">Larrañaga N (2016).</p> <p>- Es importante que el paciente adopte una postura fowler o semifowler durante la colocación de la sonda nasogástrica, puesto a que disminuye el reflejo nauseoso y facilita el ingreso (27).</p> <p style="text-align: right;">Larrañaga N (2016).</p> <p>- La lubricación ayuda a que el ingreso de la sonda sea favorable en un tiempo mínimo y evite causar lesiones o irritación de la mucosa (27).</p> <p>- El ingreso correcto del dispositivo es cuando al aspirar con jeringa se ausculta contenido gástrico y se insufla la jeringa de aire para oír el flujo de aire (27).</p> <p style="text-align: right;">Larrañaga N (2016).</p>
Puntuación Diana de Inicio																																																																																			
GC	SC	MC	LC	NC																																																																															
1	2	3	4	5																																																																															
X																																																																																			
Puntuación Diana Resultado																																																																																			
GC	SC	MC	LC	NC																																																																															
1	2	3	4	5																																																																															
				X																																																																															
Puntuación Diana de Inicio																																																																																			
GC	SC	MC	LC	NC																																																																															
1	2	3	4	5																																																																															
X																																																																																			
Puntuación Diana Resultado																																																																																			
GC	SC	MC	LC	NC																																																																															
1	2	3	4	5																																																																															
				X																																																																															

		<p>8. Cambiar la sonda nasogástrica cuando sea necesario.</p> <p>9. Alimentación por sonda nasogástrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osmolite v.t. 1000 en 20 hrs. + Anis 200cc C/8 hrs. 	<p>- El cambio del dispositivo de alimentación, del material que sea utilizado; es decir, cada 7-14 días para las de polietileno, cada 2-3 meses para el de poliuretano y cada 3-6 meses para las de silicona (27).</p> <p style="text-align: right;">Larrañaga N (2016).</p> <p>- La sonda nasogástrica es un dispositivo de nutrición enteral, es de gran utilidad para alimentar a los pacientes que presentan dificultades para masticar o tragar los alimentos, pero no para digerirlos (12).</p> <p style="text-align: right;">Kozier B (2012)</p>
--	--	---	--

(00110). Déficit del autocuidado: uso del inodoro r/c alteración de la función cognitiva (sedación) e inmovilidad física e/p uso de pañal y presencia de sonda Foley de dos vías funcionales.

OBJETIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																				
<p>El paciente logrará permanecer en condiciones asépticas al realizar sus necesidades en base a las intervenciones de enfermería durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>(0310). Autocuidado: uso del inodoro. Dominio: Salud funcional (I). Clase: Autocuidado (D). Indicadores: • 031001. Responde a la repleción vesical. Aumentar de 2 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 971 905 1198"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th> </tr> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación Diana de Inicio					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5		X				<p>(1804). Ayuda con el autocuidado: Micción/defecación. Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. 2. Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la defecación. 3. Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación (pañal). 	<p>- Se considera la edad del paciente para valorar la capacidad y las condiciones que presenta para realizar sus actividades cotidianas independientemente (28). Romo J (2015)</p> <p>- El hábito de la higiene de genitales es mantener limpios los genitales del paciente cubriendo sus necesidades para evitar las infecciones urinarias (28). Romo J (2015)</p> <p>- En los pacientes adultos mayores se ve alterado el control de esfínteres; tanto para miccionar como para las deposiciones, es por ello que, se ven</p>
Puntuación Diana de Inicio																							
GC	SC	MC	LC	NC																			
1	2	3	4	5																			
	X																						

	<table border="1"> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th></tr> <tr><th>GC</th><th>SC</th><th>MC</th><th>LC</th><th>NC</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr> </table>	Puntuación Diana Resultado					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5					X	<p>obligados a usar pañal sobre todo si se encuentran postrados en cama (29).</p> <p style="text-align: right;">Castilla S (2017)</p> <p>- La higiene perianal es el cuidado de la piel entre la vulva y el ano en las mujeres y entre el ano y el escroto en los hombres. Esta higiene es esencial, previene la infección del tracto urinario y el daño de la piel, reduciendo la probabilidad de úlceras por presión (28).</p> <p style="text-align: right;">Romo J (2015)</p> <p>- La observación y detección oportuna de úlceras nos permiten actuar antes que el riesgo sea perjudicial para la salud del paciente (28).</p> <p style="text-align: right;">Romo J (2015)</p>	
	Puntuación Diana Resultado																						
	GC	SC	MC	LC	NC																		
	1	2	3	4	5																		
					X																		
	<p>• 031002. Responde a la urgencia para defecar. Aumentar de 2 a 5.</p>	<p>4. Lavar la zona perianal con jabón y agua, secarla bien después de cada micción.</p> <p>5. Vigilar la región perianal, en casos de la presencia de úlceras.</p>																					
	<table border="1"> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th></tr> <tr><th>GC</th><th>SC</th><th>MC</th><th>LC</th><th>NC</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		Puntuación Diana de Inicio					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5		X				
	Puntuación Diana de Inicio																						
	GC		SC	MC	LC	NC																	
	1		2	3	4	5																	
	X																						
<table border="1"> <tr><th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th></tr> <tr><th>GC</th><th>SC</th><th>MC</th><th>LC</th><th>NC</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr> </table>	Puntuación Diana Resultado					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5					X			
Puntuación Diana Resultado																							
GC	SC		MC	LC	NC																		
1	2		3	4	5																		
				X																			

(00039). Riesgo de aspiración r/c alimentación enteral (sonda nasogástrica) e intubación endotraqueal.

OBJETIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																				
<p>El paciente logrará permanecer sin presencia de dispositivos nasales u orales, evitando el riesgo de aspiración, en base a las intervenciones de enfermería.</p>	<p>(1010). Estado de deglución. Dominio: Salud fisiológica (II). Clase: Digestión y nutrición (K). Indicadores: • 101002. Controla las secreciones orales. Aumentar de 1 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 915 905 1143"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th> </tr> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación Diana de Inicio					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5	X					<p>(3200). Precauciones para evitar la aspiración. Actividades: 1. Vigilar constantemente el estado de conciencia (grado de sedación del paciente). 2. Mantener una vía aérea, eliminado las secreciones bucales.</p>	<p>- Es importante y necesario, monitorizar el nivel de conciencia, con un monitor que mida la profundidad de la sedación con el propósito de optimizar la administración de los fármacos y evitar los efectos adversos en pacientes sensibles o en mal estado general (30). Guía para el manejo de la sedoanalgesia (2015). - La aspiración de secreciones es fundamental, debido a que se logra eliminar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no puede eliminar de forma espontánea, de tal forma que se mantiene permeable el tubo endotraqueal, permitiendo el</p>
Puntuación Diana de Inicio																							
GC	SC	MC	LC	NC																			
1	2	3	4	5																			
X																							

	Puntuación Diana Resultado					<p>intercambio apropiado de gases a nivel alveolo-capilar (31).</p> <p style="text-align: right;">Romero E, et al (2017).</p> <p>- Es importante mantener al paciente postrado en posición semi-fowler, instaurado en un tiempo prudente de 30-60 minutos posterior a la ingesta para prevenir el reflujo gastro-esofágico (12).</p> <p style="text-align: right;">Kozier B (2012)</p>
	GC	SC	MC	LC	NC	
	1	2	3	4	5	
					X	
	<p>• 101004. Capacidad de masticación. Aumentar de 1 a 5.</p>					
	Puntuación Diana de Inicio					
	GC	SC	MC	LC	NC	
	1	2	3	4	5	
	X					
	Puntuación Diana Resultado					
GC	SC	MC	LC	NC		
1	2	3	4	5		
				X		
<p>3. Mantener la cabecera de la cama elevada 30 - 45min., después de la alimentación.</p>						

(00247). Riesgo de deterioro de la mucosa oral r/c factor mecánico: intubación endotraqueal y colocación de sonda nasogástrica.

OBJETIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																																								
<p>El paciente logrará permanecer fuera de peligros que causen o dañen la cavidad oral en base a las intervenciones de enfermería.</p>	<p>(1101). Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Dominio: Salud fisiológica (II). Clase: Integridad tisular (L). Indicadores: • 110104. Hidratación. Disminuir de 2 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 862 905 1089"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th> </tr> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="512 1146 905 1373"> <thead> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana Resultado</th> </tr> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación Diana de Inicio					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5		X				Puntuación Diana Resultado					GC	SC	MC	LC	NC	1	2	3	4	5					X	<p>(1710). Mantenimiento de salud bucal. Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una rutina de cuidados bucales, especialmente para los pacientes que están limitados a la deambulación. 2. Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis. 	<p>- La limpieza dental es uno de los cuidados obligatorios en pacientes sedados, principalmente ayudan a evitar ciertas enfermedades orales y es la mejor forma de cuidar tu salud bucal (28). Romo J (2015)</p> <p>- Durante la valoración se detectar a tiempo estas características para evitar las posibles lesiones en la cavidad oral y reduciendo la aparición de infecciones en la zona bucal. La glositis es la inflamación aguda o crónica de la lengua de la mucosa, con exposición a la vascularización subyacente (28). Romo J (2015)</p>
Puntuación Diana de Inicio																																											
GC	SC	MC	LC	NC																																							
1	2	3	4	5																																							
	X																																										
Puntuación Diana Resultado																																											
GC	SC	MC	LC	NC																																							
1	2	3	4	5																																							
				X																																							

		<p>3. Realizar correctamente la higiene oral en el paciente entubado.</p> <p>4. Mantener húmedo los labios con torundas de gasa empapada con solución salina.</p>	<p>- Los pacientes que están con tubo endotraqueal debe ser completa y oportuna, haciendo uso de una jeringa con aséptico bucal, luego secar los labios y aplicar vaselina (hidratación) (28).</p> <p style="text-align: right;">Romo J (2015)</p> <p>- La importancia de humedecer los labios es para mantener su estado de hidratación, evitar la sequedad y posible aparición de úlceras (28).</p> <p style="text-align: right;">Romo J (2015)</p>
--	--	---	---

(00004). Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos y defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel (colocación de catéter venoso yugular), e introducción de sondas.

OBJETIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																				
<p>El paciente logrará se mantendrá fuera de procesos invasivos o infecciosos, durante su estadía en el centro hospitalario.</p>	<p>(1924). Control del riesgo: proceso infeccioso. Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV). Clase: Control de riesgo y seguridad (T). Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • 192402. Reconoce las consecuencias asociadas a la infección. Aumentar de 1 a 5. <table border="1" data-bbox="512 1133 905 1357"> <tr> <th colspan="5">Puntuación Diana de Inicio</th> </tr> <tr> <th>ND</th> <th>RD</th> <th>AD</th> <th>FD</th> <th>SD</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </p>	Puntuación Diana de Inicio					ND	RD	AD	FD	SD	1	2	3	4	5	X					<p>(6540). Control de infecciones. Actividades: 1. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados que se le brinda a la paciente. 2. Usar guantes estériles antes de realizar las actividades en el paciente. 3. Enseñar al paciente y/o a la familia a evitar infecciones.</p>	<p>- La práctica continua de higiene es el método más efectivo de cuidar nuestra salud y evitar contagio de gérmenes con los pacientes (12). <p style="text-align: right;">Kozier B (2012)</p> <p>- El uso de guantes estériles ayuda a prevenir la propagación de microbios y nos protege de infecciones; protege tanto a los pacientes como a los profesionales de salud (12). <p style="text-align: right;">Kozier B (2012)</p> <p>- El control de infecciones son estrategias esenciales para aumentar la calidad del cuidado humano, es por ello</p> </p></p>
Puntuación Diana de Inicio																							
ND	RD	AD	FD	SD																			
1	2	3	4	5																			
X																							

	Puntuación Diana Resultado					<p>(4220). Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC).</p> <p>Actividades:</p> <p>1. Identificar el uso previsto del catéter para determinar el tipo necesario (fármacos potencialmente irritantes).</p> <p>2. Obtener el consentimiento informado para el procedimiento de inserción.</p>	<p>que es necesario instruir en el manejo y cuidados del catéter venoso central u otros dispositivos (28).</p> <p style="text-align: right;">Romo J (2015)</p> <p>- El catéter central de inserción periférica, no tunelizado; es útil en pacientes con buen acceso venoso periférico y para tratamientos limitados en tiempo. Los tipos de PICC son: de poliuretano, grado 3; de 1 o 2 luces (Duración intermedia) y de silicona, de 1 o 2 luces (Larga duración) (28).</p> <p style="text-align: right;">Romo J (2015)</p> <p>- El consentimiento informado es un documento médico-legal, reconoce la necesidad del paciente para informarse sobre un procedimiento, cirugía o tratamiento antes de decidir si acepta recibirlo (12).</p> <p style="text-align: right;">Kozier B (2012)</p>
	ND	RD	AD	FD	SD		
	1	2	3	4	5		
					X		
	<p>• 192405. Identifica signos y síntomas de la infección.</p> <p>Aumentar de 1 a 5.</p>						
	Puntuación Diana de Inicio						
	ND	RD	AD	FD	SD		
	1	2	3	4	5		
	X						
	Puntuación Diana Resultado						
ND	RD	AD	FD	SD			
1	2	3	4	5			
				X			

		<p>3. Observar si se producen complicaciones inmediatas por la inserción del catéter; como hemorragias, dificultad respiratoria, embolia, etc.</p>	<p>- El uso del catéter venoso central somete a los pacientes a un riesgo de complicaciones mecánicas e infecciosas. Las complicaciones se asocian con un aumento de la morbimortalidad, que alargan la estancia hospitalaria y elevan los costes médicos (28).</p> <p style="text-align: right;">Romo J (2015)</p>
--	--	--	--

(00250). Riesgo de lesión del tracto urinario r/c uso de catéter urinario (sonda Foley) durante un tiempo prolongado.			
OBJETIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>El paciente logrará mantener un buen funcionamiento de eliminación urinaria en base a las intervenciones pertinentes de enfermería, durante</p>	<p>(0503) Eliminación Urinaria Dominio: Salud fisiológica (II). Clase: Eliminación (F). Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • 050312. Incontinencia urinaria. Disminuir de 2 a 5. </p>	<p>(1876). Cuidados del catéter urinario. Actividades: 1. Mantener una higiene de las manos antes y después de la inserción o manipulación del catéter.</p>	<p>- La higiene es práctica primordial y necesaria para la colocación de la sonda urinaria, puesto a que es un procedimiento invasivo y se debe considerar las técnicas asépticas antes, durante y posterior a su aplicación (12).</p> <p style="text-align: right;">Kozier B (2012)</p>

su estadía hospitalaria.	Puntuación Diana de Inicio					<p>2. Informar y educar a la familia acerca del procedimiento a ejecutar.</p> <p>3. Fijar el sistema de drenaje cerrado.</p> <p>4. Colocación de Sonda Foley de 2 vías funcionales al paciente.</p>	<p>- La educación sanitaria permite informar al paciente y/o familiares respecto a la técnica a emplearse, el material necesario, la indicación terapéutica, el mantenimiento y los cuidados necesarios a considerar (32).</p> <p style="text-align: center;">Fárez X & Sánchez D (2019).</p> <p>- El sistema de drenaje cerrado está dispuesto de una válvula unidireccional en el tubo y una llave en la parte declive de la bolsa que permite el vaciado sin desconectar la bolsa de la sonda (32).</p> <p style="text-align: center;">Fárez X & Sánchez D (2019).</p> <p>- La sonda Foley es un tubo delgado y hueco, de material suave y flexible. Permite el vaciado vesical y sondajes permanentes sin sospecha de patología urinaria (32).</p> <p style="text-align: center;">Fárez X & Sánchez D (2019).</p>
	G	S	M	L	N		
	1	2	3	4	5		
		X					
	Puntuación Diana Resultado						
	G	S	M	L	N		
	1	2	3	4	5		
					X		

III. RESULTADO Y DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se logró aplicar los cuidados pertinentes de enfermería a un adulto mayor cuya edad es de 75 años, diagnosticado de shock séptico debido a insuficiencia respiratoria tipo I. Sin embargo, los pacientes de edad avanzada son los más susceptibles a padecer de enfermedades infecciosas que a posteriori resultan ser complicadas y comprometer la salud del paciente cursando con cuadro de infección (4). Es por ello, que la situación de salud del paciente conllevó a ser hospitalizado en el Servicio de Unidad de Cuidados Intermedios de un hospital de Essalud en Chiclayo; en donde se le proporcionó la atención oportuna y necesaria en mejora de su estabilidad y recuperación de su estado funcional.

De acuerdo con Ramírez A, informa que los casos de mortalidad por sepsis en el país, cada vez va incrementando y genera un problema de salud prioritario en la etapa de los adultos mayores, siendo característica principal la disminución del sistema inmunológico por el cual, el estado de salud del adulto es muy sensible a contraer muchas enfermedades que toman un tiempo prolongado para lograr restablecerse o bien ocasiona secuelas a largo plazo (3).

La teórica Dorothea Orem planteó en su teoría 3 fases correlativas, estas son: la teoría del autocuidado (implica ejecutar las actividades diarias con el propósito de mantener el bienestar, el estado de salud y preservar la vida), el déficit del autocuidado (esta va a depender de la atención de enfermería y la acción humana) y los sistemas de enfermería (en el caso del paciente requiere el sistema totalmente compensador, en el que la enfermera(o) realizará su función principal para satisfacer sus necesidades del paciente de manera universal) (1).

Referente a los diagnósticos de enfermería que se encuentran alterados en el paciente son: (00033). Deterioro de la ventilación espontánea r/c dificultad respiratoria s/a insuficiencia respiratoria e/p presencia de tubo endotraqueal, en ventilación mecánica asistido/controlada, FiO₂: 50%; cuyo objetivo fue que el adulto mayor logre mantener la estabilidad de la función respiratoria con suma importancia en el cuidado permanente de los dispositivos de sustitución ventilatoria durante el tiempo necesario de hospitalización. La meta establecida fue de 100% efectiva, siendo favorables las intervenciones de enfermería, como; la monitorización de la

actividad respiratoria y el manejo de la ventilación mecánica invasiva, considerando prioritariamente la adaptación de la posición semi-fowler; en acuerdo con Koziar B (12), esta postura contribuye al confort y comodidad, y alivia la disnea en pacientes con insuficiencia respiratoria.

Para el diagnóstico: (00031). Limpieza de vía aérea r/c presencia de vía aérea artificial e/p acúmulo de secreciones en tubo endotraqueal, se estableció como objetivo que el adulto logre mantener la permeabilidad y limpieza de la vía aérea, a pesar de la presencia del tubo endotraqueal, basado en las intervenciones de enfermería durante su estancia hospitalaria. Sin embargo, se logró la meta obteniendo una puntuación de 100% efectiva, siendo necesario los cuidados como: el manejo de las vías aéreas artificiales y la aspiración adecuada y suficiente de las secreciones. En acuerdo con la investigación ejecutada por Gallego G & Gómez L (19), mencionan que antes de iniciar la aspiración, se debe hiperoxigenar al 100% de FiO₂, y al aspirar se debe comenzar por la tráquea y terminar por área bucal, debido que en el balón del tubo endotraqueal se acumulan las secreciones y se considera como factor predisponente para adquirir neumonía asociada a la ventilación mecánica descendiendo a la vía respiratoria baja.

Respecto al diagnóstico: (00029). Disminución del gasto cardíaco r/c alteración de la pre-post carga e/p frialdad distal, edema en miembros inferiores y administración de solución Noradrenalina; se expuso como objetivo, que el paciente logre corregir el flujo sanguíneo a través de los grandes vasos del sistema circulatorio y pulmonar, en base a las acciones de enfermería planificadas. Para ello, se alcanzó la meta con una cifra de 90%, a través de las intervenciones como: el monitoreo hemodinámico (Control de la PA, FC, PVY, PVC), siendo aspectos importantes para determinar alteración en la función del sistema circulatorio y cardíaco. En acuerdo con la investigación realizada por Ochagavía A et al (22) comunican que al valorar el sistema hemodinámico, nos permite identificar los signos o síntomas que indican una disfunción celular generada por hipoperfusión a nivel tisular. Otra intervención importante fue la administración de la solución de Noradrenalina, cuya actividad agonista tiene efecto de vasoconstricción mantener adecuadamente la presión arterial y la perfusión tisular.

El siguiente diagnóstico: (00046). Deterioro de la integridad cutánea r/c factores externos: presión y fuerzas de cizallamiento sobre prominencia ósea, inmovilidad física y edad extrema e/p úlcera en región sacra y talón izquierdo (Grado III), se planteó como objetivo; que el paciente mejore la regeneración del tejido epitelial dañado durante el fase de cicatrización al término de su estancia hospitalaria. Se logró la meta con una cifra del 90%, con las acciones ejecutadas de curación de las heridas empleando la técnica aséptica; antes, durante y posterior a la limpieza de la herida, siendo fundamental el lavado de manos, de acuerdo con el fundamento propuesto por Kozier B (12), considera como la práctica sencilla y relevante que permite reducir los microorganismos presentes en las palmas de las manos.

En el diagnóstico: (00085). Deterioro de la movilidad física r/c alteración de la función cognitiva e inmovilidad e/p estado de inconciencia bajo efectos de sedación y postramiento en cama. Se propuso como objetivo, que el paciente logre mantener su fuerza muscular para la deambulación, por lo tanto la meta lograda fue de un 100%, debido a que las actividades respondieron a la alteración que presentaba el paciente, siendo primordial el cambio de posición del paciente postrado en cama y la presencia de los masajes que permita el funcionamiento correcto del flujo sanguíneo. De acuerdo con Loaiza C (26), menciona que para realizar los masajes en pacientes postrados, se debe evitar masajear las regiones óseas como sacro, espalda, glúteos, talones y caderas porque aumenta la zona de isquemia.

En cuanto al diagnóstico: (00103). Deterioro de la deglución r/c anormalidad de la vía aérea superior (ventilación mecánica) a/c efectos de sedación e/p sonda nasogástrica recibiendo Osmolite (Vt: 1000 cc en 20 hrs. El objetivo planteado fue; que el adulto logre mantener un estado nutricional adecuado y reducir el riesgo de aspiración, es por ello, se obtuvo una cifra de 100% de la meta conseguida; sin embargo, fueron factibles las actividades del cuidado adecuado y necesario en la introducción de la sonda nasogástrica. En concuerdo con Kozier B (12), precisa que la sonda nasogástrica es un dispositivo de nutrición enteral, para alimentar a aquellos pacientes que presentan dificultades para masticar o tragar los alimentos, pero no para digerirlos.

En el diagnóstico: (00110). Déficit del autocuidado: uso del inodoro r/c alteración de la función cognitiva (sedación) e inmovilidad física e/p uso de pañal y presencia de sonda Foley de dos vías funcionales, en el que se planteó como objetivo que el paciente logre permanecer en condiciones asépticas al realizar sus necesidades para liberarse de la posible infección urinaria; por lo tanto la meta alcanzada fue de 100%, basándose en el apoyo del autocuidado: micción-defecación, siendo fundamental el cambio de pañal y ropa cada vez que el paciente elimine sus necesidades y sobre todo el lavado de la zona perianal y genital. En base a la investigación elaborada por Romo J (28), informa que higiene perianal es la higiene esencial y obligatoria para los pacientes que son incapaces de realizar su autocuidado, ya que previene la infección del tracto urinario y el daño de la piel, reduciendo la probabilidad de úlceras por presión.

En el siguiente diagnóstico: (00039). Riesgo de aspiración r/c alimentación enteral (sonda nasogástrica) e intubación endotraqueal. Se propuso como objetivo que el adulto logre permanecer sin presencia de dispositivos nasales u orales, evitando el riesgo de aspiración en base a las intervenciones prioritarias de enfermería, por ende se obtuvo un 100% de la meta lograda, teniendo como precaución evitar la aspiración y mantener la vía aérea permeable. De acuerdo a la investigación realizada por Romero E (31), menciona que la aspiración de secreciones es fundamental, debido a que se logra eliminar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no puede eliminar de forma espontánea, de tal forma que se mantiene permeable el tubo endotraqueal, permitiendo el intercambio apropiado de gases a nivel alveolo-capilar.

En cuanto al diagnóstico: (00250). Riesgo de lesión del tracto urinario r/c uso de catéter urinario (sonda Foley) durante un tiempo prolongado, tuvo como objetivo que el adulto mayor mantuviera un buen funcionamiento de eliminación urinaria en base a las acciones primordiales, sin embargo; se consiguió como meta una cifra de 100% efectiva, estando conformado por el cuidado adecuado del catéter urinario manteniendo la higiene correspondiente a la manipulación del dispositivo urinario. Según Fárez X & Sánchez D (32), informan que el mantener un sistema de drenaje cerrado permite el vaciado sin desconectar la bolsa de la sonda y es un método seguro para controlar las infecciones urinarias.

Con respecto al diagnóstico: (00247). Riesgo de deterioro de la mucosa oral r/c factor mecánico: intubación endotraqueal y colocación de sonda nasogástrica. Se planteó como objetivo, que el paciente se encuentre exento de peligros que generen daño en la cavidad bucal, por lo tanto se logró la meta propuesta resultando ser un 100%, en el que fueron fundamentales las acciones sobre el mantenimiento adecuado de la salud bucal y el cuidado idóneo de la sonda nasogástrica para contrarrestar los agentes patógenos que desencadenan la infección. En las investigaciones elaboradas por Romo J (28), menciona que al realizar la valoración se debe determinar las posibles lesiones en la zona bucal y que generen infecciones, también considera que la limpieza dental es uno de los cuidados obligatorios en pacientes sedados, principalmente ayudan a evitar ciertas enfermedades orales y es la mejor forma de cuidar tu salud bucal.

El último diagnóstico: (00004). Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos y defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel (colocación de catéter venoso yugular), e introducción de sondas. Se propuso como objetivo que el adulto se mantenga libre de procesos invasivos o infecciosos, durante su estadía en el centro hospitalario. Sin embargo, la meta lograda resultó ser de 100%, en el que se tuvo en consideración el control de las infecciones y el manejo correcto y apropiado de los procedimientos invasivos. Según las fuentes de información considerada por Romo J (28), indica que el control de infecciones son estrategias esenciales para aumentar la calidad del cuidado en la salud del paciente, es por ello que es necesario instruir en el manejo y cuidados de los dispositivos artificiales y catéter de inserción periférica para disminuir los riesgos en la salud del paciente.

IV. CONCLUSIONES

- Los pacientes de edad avanzada están mayormente predispuestos a padecer de diversas enfermedades, mayormente los casos críticos que sobresalen son infecciones respiratorias que pueden desencadenar complicaciones si no son tratadas de manera oportuna y hasta puede comprometer gravemente la salud. Es por ello que; los adultos mayores deben mantener un estilo de vida saludable y adoptar comportamientos que favorezcan el bienestar de la salud induciendo a un enfoque biopsicosocial. En el caso del paciente, que se encontraba hospitalizado en estado de sedación se le informaba a los familiares directos acerca de su evolución de recuperación, se les orientaba sobre las actitudes y el cuidado especial que debe recibir el adulto mayor tanto hospitalario como domiciliario.
- La gran parte de los adultos mayores en estado crítico que padecen de shock séptico, el tiempo de recuperación es muy extenso, que perdura meses o incluso puede perjudicar la salud, dejando secuelas a largo plazo o perder la vida. Estos pacientes cuya edad es uno de los factores predisponentes a enfermarse muy seguidamente y se ven afectados tanto físico como mentalmente, por lo tanto; requieren el apoyo necesario de los familiares para afrontar los diversos problemas o situaciones desagradables que atraviesan.
- Las infecciones respiratorias y enfermedades comunes del adulto mayor, son las que requieren atención primordial, necesaria y completa para controlar los posibles riesgos y mejorar el estado de salud de la persona. Sin embargo; como profesional de la salud, se aplicó los cuidados oportunos y la atención fundamental durante la estadía hospitalaria del adulto mayor que respondieron al diagnóstico médico establecido.
- La teoría del déficit del autocuidado propuesta por Dorothea, permitió esquematizar los problemas que presentó el paciente, posteriormente se planificó las intervenciones de enfermería en base al deterioro o limitaciones que presentaba el adulto mayor para realizar de manera independiente sus actividades básicas diarias. El interés de los familiares respecto a la salud del adulto mayor sostuvo una comunicación horizontal, creando vínculos de confianza y respeto.

REFERENCIAS

1. Naranjo Y et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem [Artículo Pdf]. Vol.19, No. 3 (2017) ISSN 1608 – 8921. [Consultado el 26 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>
2. Languado M et al. Actualización en sepsis y choque séptico en adultos. Vol. 22(2):213-227, noviembre 2019. [Consultado el 26 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3345/3137>
3. Ramírez A, Vergara C. Eficacia de la terapia dirigida hacia el objetivo versus atención habitual para reducir la mortalidad en pacientes con sepsis grave. [Informe de Tesis]. Lima-Perú, 2019. [Consultado el 26 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2801/TRABAJO%20ACAD%20C3%89MICO%20Ram%20C3%ADrez%20Aydee%20-%20Vergara%20Cynthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Maggio P. Sepsis y shock séptico, 2018. [Consultado el 26 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-cr%20C3%ADticos/sepsis-y-shock-s%20C3%A9ptico/sepsis-y-shock-s%20C3%A9ptico>
5. Navio A. Actualización del paciente con shock. 3ra. Edición. Bubok Publishing S.L. España, 2014. ISBN: 978-84-686-5293-1. [Consultado el 26 de diciembre]. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibsipansp/reader.action?docID=5425525&query=5.%09Actualizaci%20C3%B3n+del+paciente+con+shock+>
6. Terapia Intensiva Hospital Miguel Enríquez. Guía de prácticas clínicas de sepsis grave y shock séptico en cuidados intensivos, 2015. [Consultado el 26 de diciembre]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/hospmiguelenriquez/files/2015/09/Sepsis-grave-y-shock-s%20c3%a9ptico.pdf>
7. Gutiérrez F. Insuficiencia respiratoria aguda. [Artículo Pdf]. Acta Médica Peruana, 2010. [Consultado el 26 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>
8. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU: Medline Plus. Insuficiencia respiratoria. Consultado el 26 de diciembre de 2019. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/respiratoryfailure.html>

9. García M. Manejo de la insuficiencia respiratoria en respiratoria en urgencias. Junio 2017. [Consultado el 09 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/epoc.pdf>
10. Romo J. Actualización en procedimientos y técnicas de cuidados de enfermería. 2a. ed. Editorial ICB. España, 2012. ISBN: 978-84-15540-96-0. [Consultado el 13 de enero de 2019.] Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibsipansp/reader.action?docID=5809131&query=actualizacion+en+procedimientos+y+tecnicas+de+cuidados+de+enfermeria>
11. Herdman T. NANDA INTERNACIONAL (2015). Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: ELSEVIER. Edición: ISBN 9787-1-118-91493-9
12. Kozier B & Erb G. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. 9na Edición. Vol. I. Editorial: PEARSON EDUCACION. Madrid, 2012. ISBN:978-84-8322-936-I
13. Rev Med Hondur. Principios de la ética de la investigación y su aplicación. . [Sitio web]. 2012. [Consultado el 25 de mayo del 2019]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-2-2012-9.pdf>
14. Azulay A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? AN. MED. INTERNA (Madrid). Vol. 18, N.º 12, 2001. [Consultado el 10 enero de 2019]. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/10/m151.pdf>
15. Ruíz M & Vives T. Autenticidad y calidad en la investigación educativa cualitativa: multivocalidad. Inv Ed Med. 2016;5(19). [Consultado el 10 enero de 2019]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/81935343.pdf>
16. Ostabal M. Intubación endotraqueal. Medicina Integral ELSEVIER: España, 2002. Vol. 39. N°8. Pag.335-342. [Consultado el 10 diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-intubacion-endotraqueal-13031115>
17. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Ficha técnica de Farmacología: Tramadol. España, 2018. [Consultado el 10 diciembre de 2019]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/63734/63734_ft.pdf

18. Ramos L & Benito S. Fundamentos de la ventilación mecánica. 1ra. Edición. Editorial: Marge Medica books - España, 2012. ISBN:978-84-15340-50-8. [Consultado el 10 diciembre de 2019]. Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/Fundamentos-ventilacion-mecanica.pdf>
19. Gallego G & Gómez L. Plan de cuidados de enfermería estandarizado, para el manejo integral de la vía aérea en pacientes con soporte mecánico ventilatorio. Universidad Nacional de Colombia, 2012. [Trabajo de investigación]. [Consultado el 5 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/11400/1/539802.2012.pdf>
20. Gerencia gestión integrada a Coruña. Protocolo de Higiene de manos y uso correcto de guantes. España: Abril, 2012. [Consultado el 10 diciembre de 2019]. Disponible en: http://enfermariacoruna.es/documentos/estudios/grado/7.1.Regulamentos_normativas_d_e_estadias_clnicas/protocolo_higiene_manos_pendiente_aprobacion.pdf
21. Berner J et al. Examen físico de la cavidad oral. Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana: 2016; 44 (3): 167-170. [Consultado el 10 diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163c.pdf>
22. Ochagavía A et al. Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. España, 2014. [Consultado el 5 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-monitorizacion-hemodinamica-el-paciente-critico--articulo-S0210569113002234>
23. Hernández G & Salgado J (2016). Monitorización de la perfusión tisular en el paciente críticamente enfermo. [Revista científica Scielo]. México, 2016. ISSN 2077-3323. [Consultado el 5 de febrero de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200008
24. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica de medicamento: Noradrenalina España, 2018. [Consultado el 5 de febrero de 2020]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/62002/FT_62002.pdf
25. Servicio Andaluz de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. 2da. Edición. Editorial: National Pressure Ulcer Advisory - Australia; 2014. [Consultado el 23 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ulceras.net/monografico/115/103/ulceras-por-presion-tratamiento.html>

26. Loaiza C et al. Manual técnico de prevención y tratamiento de úlceras por presión. Costa Rica, 2015. Coordinación Nacional de Enfermería. [Consultado el 01 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualulceras.pdf>
27. Larragaña N. Cuidados de enfermería al paciente portador de sondaje nasogástrico. Universidad de la Rioja - España, 2016. [Consultado el 1 de febrero de 2020]. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002075.pdf
28. Romo J. Cuidados auxiliares de enfermería en la unidad del paciente: Higiene y úlceras por presión. 2da. Edición. Editorial: ICB – España, 2015. ISBN: 978-84-9021-107-6. [Consultado el 1 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibsipansp/reader.action?docID=5809674&query=cuidados+auxiliares+de+enfermer%C3%ADa>
29. Catilla S. Cambio de pañal. España, 2017. [Consultado el 1 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.innovaasistencial.com/blog/cambio-de-panal/>
30. Secretaría de Salud. Guía para el manejo de la sedoanalgesia en el Hospital General de MÉXICO “Dr. Eduardo Liceaga”. México, 2015. [Consultado el 1 de febrero de 2020]. Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/GuiasSedoanalgesia2015.pdf
31. Romero E et al. Conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados en la uci de un Hospital Nacional de Lima. [Informe de Investigación]. Perú, 2017. [Consultado el 1 de febrero de 2020]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1488/Conocimientos_RomeroRivas_Evelin.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Fárez X & Sánchez D. Protocolo de Enfermería en el manejo de inserción y mantenimiento de los catéteres vesicales. Ecuador, 2019. [Consultado el 1 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://revistamedica.com/protocolo-de-enfermeria-manejo-cateteres-vesicales/>