

GUÍA

INSUFICIENCIA

RESPIRATORIA AGUDA



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

1. CÓDIGO CIE X: J 96.0

2. DEFINICIONES Y SIGLAS: (IRA)

Es la incapacidad del aparato respiratorio de suministrar un aporte adecuado de oxígeno a los tejidos lo que puede acompañarse o no de una eliminación deficiente de CO₂.¹

3. DESCRIPCIÓN O ASPECTOS GENERALES

La insuficiencia respiratoria es un deterioro repentino de la función de intercambio gaseoso del pulmón que pone en peligro la vida. Este trastorno aparece cuando el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones no corresponden a la tasa de consumo del primero y la producción del segundo en las células corporales.

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA), se define como disminución de la tensión arterial de oxígeno (PaO₂), a menos de 50 mmHg (hipoxemia), y aumento de la tensión de dióxido de carbono arterial (PaCO₂), a más de 50 mmHg (Hiperapnia), con un PH arterial menos a 7.35. En la IRA, los mecanismos pulmonares de ventilación, perfusión o ambos se encuentran afectados. Los mecanismos del sistema respiratorio que conducen al IRA incluyen:

- Hiperventilación alveolar.
- Anomalías de la difusión.
- Pérdida de la relación ventilación perfusión.
- Cortocircuito.²

CLASIFICACIÓN:

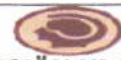
- Oxigenatoria Tipo I (Hipoxemia).
- Ventilatoria Tipo II (Hiperapnia).
- Mixta Tipo III.³

3.1 ETIOLOGÍA

A.- Depresión respiratoria del tronco del Encéfalo.

- Fármacos (p.ej. opiáceos).
- Síndrome de obesidad – hipoventilación.





B.- Neuropatía periférica.

- Polineuropatía por enfermedad crítica.
- Síndrome de Guillain Barré.

C.- Debilidad Muscular.

1. Miopatía por enfermedad crítica.
2. Hipofosfatemia.
3. Depleción de magnesio.
4. Miastenia Gravis.²

3.2 FISIOPATOLOGÍA

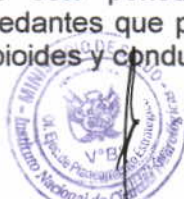
Las causas comunes de IRA pueden clasificarse en cuatro categorías: reducción del estímulo respiratorio, disfunción de la pared torácica, disfunción del parénquima pulmonar y otras causas.

- **Reducción del estímulo respiratorio:** La reducción del estímulo respiratorio puede ocurrir con lesión cerebral (esclerosis múltiple), uso de sedantes y trastornos metabólicos como hipotiroidismo. Dichos trastornos afectan la respuesta normal de los quimiorreceptores en el cerebro ante la estimulación respiratoria normal.
- **Disfunción de la pared torácica:** Los impulsos que surgen en el centro respiratorio viajan a través de los nervios que se extienden del tallo cerebral a la médula espinal y de ahí hacia los receptores en los músculos de la respiración. Por lo tanto, cualquier enfermedad o trastornos de los nervios, médula espinal, músculos o unión neuromuscular involucrados en la respiración, tiene un efecto grave sobre la ventilación y eventualmente conduce a la IRA.
- **Disfunción del parénquima pulmonar:** Entre las condiciones que interfieren con la ventilación al impedir la expansión del pulmón se incluye derrame pleural, hemotórax, neumotórax y obstrucción de las vías respiratorias superiores. Estos trastornos, que pueden causar insuficiencia respiratoria, por lo general son producidos por una enfermedad pulmonar subyacente, enfermedad pleural o traumatismo y lesión. Otras enfermedades y trastornos pulmonares que conducen a IRA incluyen neumonía, embolia pulmonar, estado asmático, atelectasia lobular y edema pulmonar.

OTROS FACTORES:

En el periodo posoperatorio, sobre todo después de la cirugía torácica o abdominal mayor, pueden ocurrir ventilación inadecuada e insuficiencia respiratoria por diversos factores.

La IRA durante este periodo incluye los efectos de los agentes anestésicos, analgésicos, y sedantes que pueden deprimir la respiración, o bien potencializar los efectos de los opioides y conducir a hipoventilación.





El dolor post operatorio inmediato, puede interferir con la respiración profunda y la tos. La pérdida de la relación ventilación-perfusión suele ser causa de insuficiencia respiratoria después de cirugía torácica cardíaca o abdominal mayor.⁴

3.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Los signos iniciales se asocian con oxigenación deficiente y puede incluir inquietud, fatiga, cefalea, disnea, hambre de aire, taquicardia y aumento de la presión arterial. A medida que progresa la hipoxemia, se presentan signos más evidentes como confusión, letargo, taquicardia, taquipnea, cianosis central, diaforesis y finalmente paro respiratorio. Los hallazgos físicos son de Insuficiencia respiratoria aguda, como uso de músculos accesorios de la respiración, disminución de los ruidos respiratorios si la persona no puede ventilar en forma adecuada y otros datos relacionados en forma específica con el proceso de la enfermedad subyacente y la causa de IRA.⁵

3.4 EPIDEMIOLOGÍA

En Cuba Muchas veces el paciente no entra al centro hospitalario con IRA, y esta puede ir desarrollándose durante la hospitalización, sea por el motivo que sea el de Ingreso.

En EEUU por ejemplo, se reporta que el 70-80% de los pacientes que entran a cuidados intensivos ingresan por una IRA.

En los EUA estudios realizados por el National Heart and Lung Institute estima una incidencia de 150,000 casos por año con una incidencia en la población total de 75/1000 habitantes por año. En Chile es la tercera causa específica de muerte.⁶

En Perú es una de las causas mas frecuentes de ingreso a UCI siendo el 86.18%.⁷ y a nivel del INCN es un 11.5% del total de ingresos en el 2012.⁸

3.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Neumonía severa.
- Aspiración de contenido gástrico.
- Sepsis o SIRS severo.
- Cirugía torácica o abdominal alta.
- Cirugía prolongada.
- Trauma torácico moderado-severo.

Trauma craneoencefálico y desorden vascular cerebral con Glasgow < 8.



LTZ





- Enfermedad neuromuscular de progresión rápida.
- Presencia de alguna Inmunodeficiencia.
- Desnutrición Moderada o Grave.^{9, 10}

3.6 COMPLICACIONES

- Displasia alveolar por oxigenoterapia prolongada.
- Respuesta anti-inflamatoria sistémica.
- Encefalopatía hipóxica.
- Lesiones provocadas por ventilación mecánica: Atelectasia, Barotrauma.
- Arritmias cardíacas, ventriculares.¹¹

4. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

- Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación, síndrome de hipoventilación, deterioro musculo esquelético, deterioro de la percepción, fatiga de los músculos respiratorios, lesión de la medula espinal, disminución de la energía o fatiga.
- Deterioro del intercambio Gases R/C desequilibrio ventilación – perfusión, cambios de la membrana alveolo capilar.
- Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C disfunción neuromuscular, secreciones bronquiales, retención de secreciones, vía aérea artificial, infección.
- Ansiedad R/C estrés, estado de salud, amenaza de muerte.
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete R/C antecedentes de fracaso en el intento de destete, ansiedad, temor, limpieza ineficaz de vías aéreas.
- Riesgo de disminución de la Perfusión tisular cardíaca F/R hipoxemia, Hipoxia: Insuficiencia respiratoria aguda (IRA).
- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz F/R aporte inadecuado de oxígeno, deterioro del intercambio gaseoso: Insuficiencia respiratoria aguda (IRA)
- Riesgo de aspiración F/R intubación endotraqueal, traqueostomía, sonda nasogástrica, reducción del nivel de conciencia, depresión del reflejo tusígeno.
- Riesgo de infección F/R ambiente hospitalario, reacción adversa a procedimientos Invasivos (V.M, TET, CVC, CUP, LA, SNG).

5. OBJETIVO

- Estandarizar el cuidado de enfermería en forma integral, oportuna y segura en pacientes Neurocríticos con Insuficiencia Respiratoria Aguda.





- Homogenizar criterios de cuidado que permitan mejorar su estado neurológico basal y disminuir complicaciones.

6. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes adultos hospitalizados en UCI con Diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA).

7. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería en Neurología y/o especialista en UCI.

8. GRADO DE DEPENDENCIA

Grado IV.

9. PLAN DE CUIDADOS

Algoritmos.



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



Algoritmo 1

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LA IRA

VALORACION

- ❑ Alteraciones en la profundidad respiratoria, alteración de los movimientos torácicos, Bradipnea, disminución de presión espiratoria, disminución de la presión inspiratoria, disminución de la ventilación por minuto, disminución de la capacidad vital, disnea, aumento del diámetro antero posterior del tórax, aleteo nasal, ortopnea, fase espiratoria prolongada, respiración con los labios fruncidos, taquipnea, uso de los músculos accesorios, para respirar.
- ❑ Gasometría arterial anormal, pH arterial anormal, Respiración anormal, (frecuencia, ritmo, profundidad), color anormal de la piel (pálida / cianótica), confusión, disminución del dióxido de carbono, diaforesis, disnea, cefalea al despertar, hipercapnea, hipoxemia, hipoxia, irritabilidad, aleteo nasal, agitación, somnolencia, taquicardia, trastornos visuales.
- ❑ Sonidos respiratorios adventicios, disminución de los sonidos respiratorios, excesiva cantidad de esputo,
- ❑ Destete disfuncional al ventilador: Malestar al respirar, expresionn de la sensación creciente de oxígeno, fatiga, aumento de la frecuencia respiratoria basal, incremento de la frecuencia cardiaca basal, uso de los músculos accesorios de la respiración
- ❑ Conducta expresiva: ansiedad, nerviosismo, miedo, preocupación, temor, cambios de la PA, FR, FC, dilatación pupilar, diaforesis.
- ❑ Presencia de procedimientos invasivos: (V.M - TET, CVC, CUP, LA, SNG)

DIAGNOSTICO

Coordine:

Interconsultas:

Cardiología (EKG)
Neurología
Neuromología (Broncofibroscopía)
Neurofisiología (EEG)

Exámenes:

Imagenológico:

Radiología de tórax, RMN, TAC, TEM torácico.

Laboratorio:

Gasometría arterial, Electrolitos, Hemograma, glucosa, Hemoglobina, tiempo de coagulación y sangría, dosaje de DIMERO D.

INTERVENCIÓN
INTERDEPENDIENTE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

Patrón
respiratorio
ineficaz

00032

Deterioro
del
intercambio
de gases

00030

Limpieza
ineficaz
de las
vías aéreas

00031

Ansiedad

00146

Respuesta
ventilatoria
disfuncional
al destete

00034

Riesgo
de
disminución
de la
perfusión
tisular
cardíaca

00200

Riesgo
de
perfusión
tisular
cerebral
ineficaz

00201

Riesgo
de
aspiración

00039

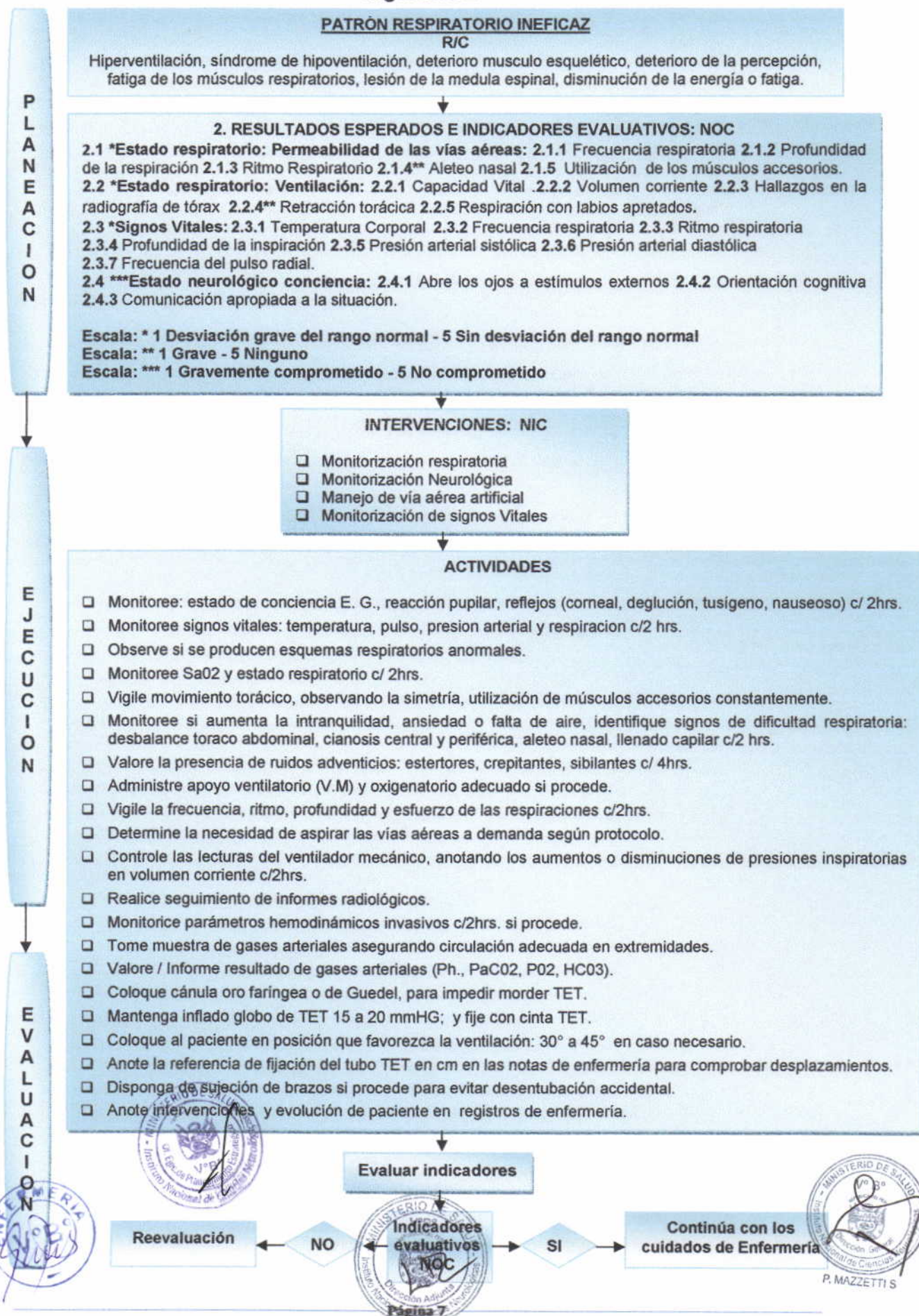
Riesgo
de
infección

00004





Algoritmo 2





Algoritmo 3

DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES

R/C

Deterioro del intercambio Gases R/C desequilibrio ventilación – perfusión, cambios de la membrana alveolo capilar

PLAN
EA
C
I
O
N

3. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

- 3.1 *Estado respiratorio: Intercambio gaseoso: 3.1.1 Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO₂) 3.1.2 Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial (PaCO₂) 3.1.3 pH arterial 3.1.4 Saturación de O₂ 3.1.5 Equilibrio entre ventilación y perfusión. 3.1.6 Volumen corriente CO₂.
- 3.2 *Estado respiratorio: ventilación: 3.2.1 Frecuencia respiratoria 3.2.2 Ritmo respiratorio 3.2.3 Profundidad de la respiración 3.2.4 Ausencia de ruidos respiratorios patológicos 3.2.5 Hallazgos en la radiografía del tórax 3.2.6** Utilización de los músculos accesorios 3.2.7 Ruidos patológicos respiratorios 3.2.8 Atelectasia.
- 3.3 *Equilibrio eletrolítico y ácido – base: 3.3.1 Potasio sérico 3.3.2 Cloruro sérico 3.3.3 PH sérico 3.3.4 Creatinina sérica 3.3.5 Bicarbonato sérico 3.3.6** Deterioro cognitivo.
- 3.4 *Signos Vitales: 3.4.1 Temperatura 3.4.2 Frecuencia del pulso apical 3.4.3 Frecuencia del pulso radial 3.4.4 Frecuencia respiratoria 3.4.5 PA sistólica 3.4.6 PA diastólica.

Escala: * 1 Desviación grave del rango normal - 5 Sin desviación del rango normal

Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

EJECUCION

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Manejo acido- base
- ☐ Monitorización respiratoria
- ☐ Monitorización de signos vitales
- ☐ Manejo de las vías aéreas artificiales

ACTIVIDADES

- ☐ Mantenga un acceso venoso permeable.
- ☐ Monitoree el estado hemodinámico c /2 hrs.
- ☐ Obtenga muestras de sangre arterial, para análisis del equilibrio ácido base según prescripción / Informe resultados de AGA para reevaluación.
- ☐ Controle niveles de PaO₂ bajos y PaCO₂ altos.
- ☐ Valore el equilibrio electrolítico y corrija el desequilibrio acido base según prescripción.
- ☐ Realice aspiración de secreciones endotraqueal o naso traqueal a demanda del paciente.
- ☐ Coloque al paciente en una posición adecuada (30° a 45°).
- ☐ Proporcione una humidificación al 100% al aire inspirado.
- ☐ Mantenga inflado el globo del tubo endotraqueal cuff), comprobar la presión cada 4- 8 horas.
- ☐ Marque la referencia en centímetros del tubo endotraqueal para comprobar posible desplazamiento.
- ☐ Instituya medidas que impiden la desentubación accidental.
- ☐ Monitoree la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- ☐ Observe y ausculte si se producen respiraciones ruidosas o patológicas.
- ☐ Controle las lecturas del ventilador mecánico c/ 2 horas.
- ☐ Compruebe la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- ☐ Monitoree P/A, Frecuencia Cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura cada 2 horas.
- ☐ Controle eficacia de oxigenoterapia a través de: pulsoximetro y AGA.
- ☐ Anote intervenciones y evolución de paciente en registros de enfermería.

Evaluar indicadores

Indicadores
evaluativos
NOC

Reevaluación

NO

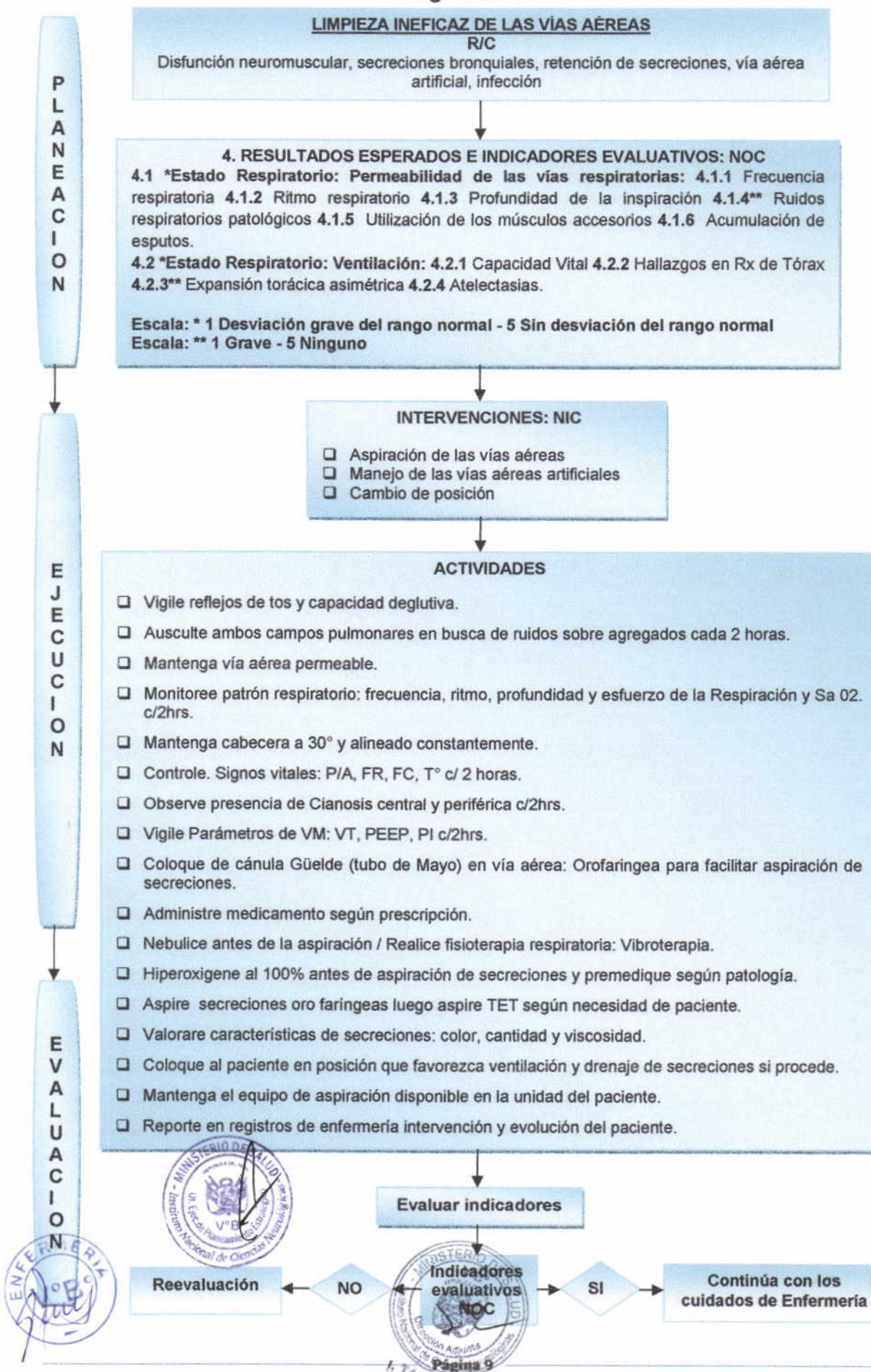
SI

Continúa con los
cuidados de Enfermería



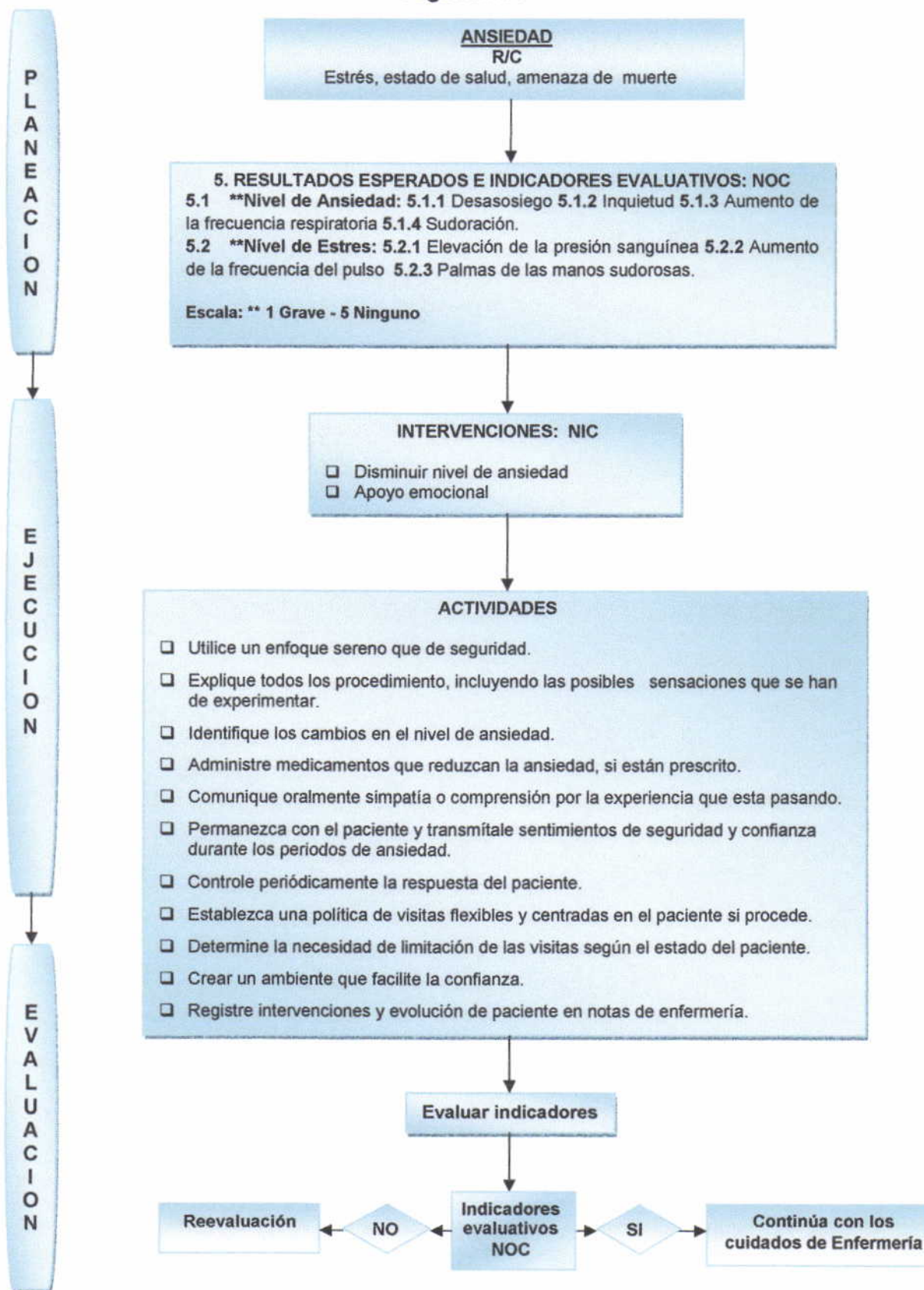


Algoritmo 4





Algoritmo 5





Algoritmo 6

RESPUESTA VENTILATORIA DISFUNCIONAL AL DESTETE

F/R

Antecedentes de fracaso en el intento de destete, ansiedad, temor, limpieza ineficaz de vías aéreas

PLANEA
C
I
O
N

6. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

- 6.1 *Respuesta del destete de la ventilación mecánica: adulto: 6.1.1 Ritmo respiratorio espontáneo 6.1.2 Frecuencia respiratoria espontánea 6.1.3 Saturación de oxígeno 6.1.4** Dificultad para respirar por sí mismo 6.1.5 Secreciones respiratorias 6.1.6 Ansiedad 6.1.7 Temor.
- 6.2 **Severidad de los síntomas: 6.2.1 Persistencia del síntoma 6.2.2 Malestar asociado 6.2.3 Inquietud asociada 6.2.4 Temor asociado 6.2.5 Ansiedad asociada.
- 6.3 *Estado respiratorio: ventilación: 6.3.1 Frecuencia respiratoria 6.3.2 Ritmo respiratorio 6.3.3 Profundidad de la respiración 6.3.4 Hallazgo en la radiografía de tórax 6.3.4** Utilización de los músculos accesorios 6.3.5 Ruidos respiratorios patológicos.

Escala: * 1 Desviación grave del rango normal - 5 Sin desviación del rango normal

Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Destete de la ventilación mecánica
- ☐ Monitorización respiratoria
- ☐ Monitorización de signos vitales
- ☐ Enseñanza procedimiento / Tratamiento

ACTIVIDADES

- ☐ Determine la preparación del paciente para el destete (hemodinámicamente estable, resolución del trastorno que requirió la ventilación, estado actual óptimo para el destete).
- ☐ Alterne períodos de ensayos de destete con períodos de reposo y sueño suficientes.
- ☐ No retrase el retorno a la ventilación mecánica, en pacientes con músculos respiratorios fatigados.
- ☐ Establezca un programa para coordinar otras actividades de cuidados del paciente con los ensayos de destete.
- ☐ Ayude al paciente a distinguir las respiraciones espontáneas de las respiraciones inducidas mecánicamente.
- ☐ Permanezca con el paciente y proporcionar apoyo durante los intentos iniciales de destete.
- ☐ Explique el propósito del procedimiento / tratamiento.
- ☐ Enseñe al paciente cómo cooperar / participar durante el procedimiento y tratamiento, si procede.
- ☐ De tiempo al paciente para que haga preguntas y aclare sus inquietudes.
- ☐ Realice nebulizaciones con medicamentos prescritos para favorecer la permeabilidad de las vías aéreas.
- ☐ Aspire secreciones oro traqueales si procede.
- ☐ Controle periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio y oximetría c/2h.
- ☐ Vigile constantemente la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- ☐ Observe si aumenta la intranquilidad ansiedad y falla de aire.
- ☐ Vuelva a la Ventilación mecánica si paciente presenta fatiga muscular respiratoria.
- ☐ Anote intervenciones y evolución de paciente en registros de enfermería.

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N

Evaluar indicadores

Reevaluación

Indicadores
evaluativos
NOC

Continúa con los
cuidados de Enfermería



P. MAZZETTI S

Algoritmo 7

RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDÍACA

F/R

Hipoxemia, Hipoxia: Insuficiencia respiratoria aguda (IRA)

7. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

7.1 *Estado respiratorio: intercambio gaseoso: 7.1.1 Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO₂) 7.1.2 Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO₂) 7.1.3 pH arterial 7.1.4 Saturación de O₂ 7.1.5 Volumen corriente CO₂ 7.1.6** Inquietud 7.1.6 Somnolencia 7.1.7** Deterioro cognitivo.

7.2 *Perfusión Tisular: cardiaca: 7.2.1 Frecuencia del pulso radial 7.2.2 Presión sanguínea sistólica 7.2.3 Presión sanguínea diastólica 7.2.4 Fracción de Eyección 7.2.5 Hallazgos del electrocardiograma 7.2.6 Presión arterial media 7.3.7 Enzimas cardíacas 7.2.7** Diaforesis profusa 7.2.8 Bradicardia 7.1.7 Taquicardia 7.1.8 Arritmia.

7.3 *Estado cardiopulmonar: 7.3.1 Pulsos periféricos 7.3.2 Ritmo cardíaco 7.3.3 Frecuencia respiratoria 7.3.4 Ritmo respiratorio 7.3.5 Saturación de oxígeno 7.3.6** Fatiga 7.3.6 Inquietud.

Escala: * 1 Desviación grave del rango normal - 5 Sin desviación del rango normal

Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Monitorización de signos vitales
- ☐ Oxigenoterapia
- ☐ Cuidados cardiacos agudos.
- ☐ Manejo de la medicación
- ☐ Vigilancia

ACTIVIDADES

- ☐ Vigile frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones c/2hrs.
- ☐ Monitoree ritmo y frecuencia cardiaca c/ 2 horas.
- ☐ Ausculte campos pulmonares para identificar presencia de ruidos adventicios.
- ☐ Monitoree el estado neurológico c/ 2 horas.
- ☐ Realice monitoreo constante a través de ECG.
- ☐ Valore / Informe trazado de EKG.
- ☐ Compruebe la efectividad de la oxigenoterapia (pulsometría, gasometría en sangre arterial) si procede.
- ☐ Mantenga permeabilidad de las vías aéreas.
- ☐ Realice una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edema).
- ☐ Mantenga una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.
- ☐ Controle el estado de los líquidos, incluyendo la ingesta y la eliminación: BHE.
- ☐ Monitoree periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio c/ 2 horas.
- ☐ Observe y registre si hay signos y síntomas de hipotermia e hipotermia en hoja de gráfica.
- ☐ Identifique causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- ☐ Valore / informe resultados de: CPK LDH Y AST. (controlar niveles).
- ☐ Administre tratamiento prescrito y valore la eficacia terapéutica.
- ☐ Anote intervenciones y evolución de paciente en registros de enfermería.

Evaluar indicadores

Reevaluación

NC

Indicadores evaluativos

SI

Continúa con los cuidados de Enfermería



Algoritmo 8

RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ

F/R

Aporte inadecuado de oxígeno, deterioro del intercambio gaseoso: insuficiencia respiratoria aguda (IRA)

8. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

- 8.1 ***Estado neurológico: Conciencia: 8.1.1 Abre los ojos a estímulos externos 8.1.2 Orientación cognitiva 8.2.3 Obedece ordenes 8.1.4 Respuesta motora a estímulos nocivos 8.1.5** Flexión anormal
8.2 8.1.6 Extensión anormal 8.1.7 Estupor 8.1.8 Delirio 8.1.9 Coma.
8.3 *Estado circulatorio: 8.2.1 Presión arterial media 8.2.2 Presión venosa central 8.2.3 Fuerza del pulso carotídeo derecho 8.2.4 Pulso carotídeo izquierdo 8.2.5 PaO₂ (presión parcial de oxígeno en la sangre arterial) 8.2.6 PaCO₂ (presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial) 8.2.7 saturación de oxígeno 8.2.8** Ruidos respiratorios extraños 8.2.9 Deterioro cognitivo 8.2.10 Temperatura de La piel 8.2.11 Coloración de la piel.
8.4 *Perfusión tisular cerebral: 8.3.1 Presión arterial media 8.3.2** Cefalea 8.3.3** Deterioro cognitivo.

Escala: * 1 Desviación grave del rango normal - 5 Sin desviación del rango normal

Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

Escala: *** 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Monitorización neurológica
- ☐ Oxigenoterapia
- ☐ Manejo de la medicación
- ☐ Vigilancia

ACTIVIDADES

- ☐ Evalúe estado Neurológico: Nivel de conciencia (EG) reacción pupilar, reacción corneal, función motora / sensitiva, patrón respiratorio c/2hrs.
- ☐ Vigile las tendencias en E.G c/2hrs.
- ☐ Observe confusión cambios de esquemas mental.
- ☐ Monitoree y mantenga signos vitales P/A, PAM, FC, FR, T° normoestables.c/ 2 horas.
- ☐ Monitoree y mantenga PAM > 90 mmHG.<110 mmHg.
- ☐ Monitoree PVC y mantenga en valores de: 0 a 5 cm de H₂O en aurícula derecha y de 6 a 12 cm de H₂O en vena cava.
- ☐ Compruebe el estado respiratorio: niveles de AGA, pulsioximetría, profundidad, fuerza y esfuerzo.
- ☐ Compruebe el reflejo tusígeno y de náuseas.
- ☐ Aspire secreciones según necesidad del paciente.
- ☐ Mantenga permeabilidad de vías aéreas.
- ☐ Administre oxígeno según necesidad del paciente y prescripción médica.
- ☐ Observe si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.
- ☐ Administre y valore los efectos terapéuticos del tratamiento indicado.
- ☐ Observe y reporte si existe posibles alergias interacciones y contraindicaciones con respecto a la administración de medicamentos.
- ☐ Realice control de AGA de acuerdo con las indicaciones.
- ☐ Valore / Informe resultados del AGA.
- ☐ Anote intervenciones y evolución de paciente en registros de enfermería.

Evaluar indicadores

Indicadores
evaluativos
NOC

Reevaluación

NO

SI

Continúa con los
cuidados de Enfermería

P
L
A
N
E
A
C
I
O
N

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N



Algoritmo 9

RIESGO DE ASPIRACIÓN

F/R

Intubación endotraqueal, traqueostomía, sonda nasogástrica, reducción del nivel de conciencia, depresión del reflejo tusígeno

9. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

9.1 *Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias: 9.1.1 Frecuencia respiratoria 9.1.2 Ritmo respiratorio 9.1.3 Profundidad de la inspiración 9.1.4 Capacidad de eliminar secreciones 9.1.5 Uso de músculos accesorios 9.1.6 Tos 9.1.7 Acumulación de esputo.

9.2 ****Prevención de la aspiración: 9.2.1 Identifica factores de riesgo 9.2.2 Se incorpora para comer o beber 9.2.3 Se queda en posición erguida durante 30 minutos después de comer.

9.3 ***Estado neurológico: conciencia: 9.3.1 Abre los ojos a estímulos externos

9.3.2 Respuesta motoras a estímulos nocivos 9.3.3 Obedece ordenes

Escala: * 1 Desviación grave del rango normal - 5 Sin desviación del rango normal

Escala: *** 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

Escala: **** 1 Nunca demostrado - 5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Monitorización neurológica
- ☐ Aspiración de las vías aéreas
- ☐ Precauciones para evitar la aspiración
- ☐ Manejo de las vías aéreas artificiales

ACTIVIDADES

- ☐ Evalúe nivel conciencia utilizando la EG, reflejo de tos y capacidad deglutiva c/ 2 horas.
- ☐ Mantenga vía aérea permeable.
- ☐ Aspire secreciones oro faríngeas y traqueales a demanda de paciente.
- ☐ Mantenga Insuflado globo endotraqueal y/o traqueostomía y compruebe la presión del globo.
- ☐ Mantenga equipo de aspiración disponible.
- ☐ Compruebe la correcta colocación de la sonda nasogástrica.
- ☐ Evite alimentación si los residuos gástricos son abundantes.
- ☐ Identifique factores que pueden causar el vómito.
- ☐ Mantenga la cabecera de la cama elevada durante 30 o 40 minutos después de cada alimentación.
- ☐ Instituya medidas que impidan la des entubación accidental: fijación, administración de sedantes y relajante según indicación y seguridad física del paciente.
- ☐ Ausculte ambos campos pulmonares para identificar ruidos adventicios c/2hrs.
- ☐ Marque la referencia en cm del tubo endotraqueal.
- ☐ Minimice la acción de palanca y la tracción de la vía aérea artificial.
- ☐ Observe si hay descenso del volumen exhalado y aumento de la presión inspiratoria en pacientes con VM durante el monitoreo ventilatorio.
- ☐ Realice fisioterapia respiratoria torácica en cada movilización c/2hrs.
- ☐ Ayude en el examen radiológico de tórax para valorar posición de tubo.
- ☐ Vigile la frecuencia, ritmo profundidad y esfuerzo de las respiraciones c/2hrs.
- ☐ Instaure tratamiento de terapia respiratoria: nebulización.
- ☐ Coloque al paciente en forma adecuada para prevenir la aspiración.
- ☐ Proporcione higiene oral para limpiar boca y nariz.
- ☐ Valore / Informe los cambios en la saturación de oxígeno y los cambios en el AGA.
- ☐ Anote intervenciones y evolución del paciente en registros de enfermería.

Evaluar indicadores

Reevaluación

NO

Indicadores
evaluativos
NOC

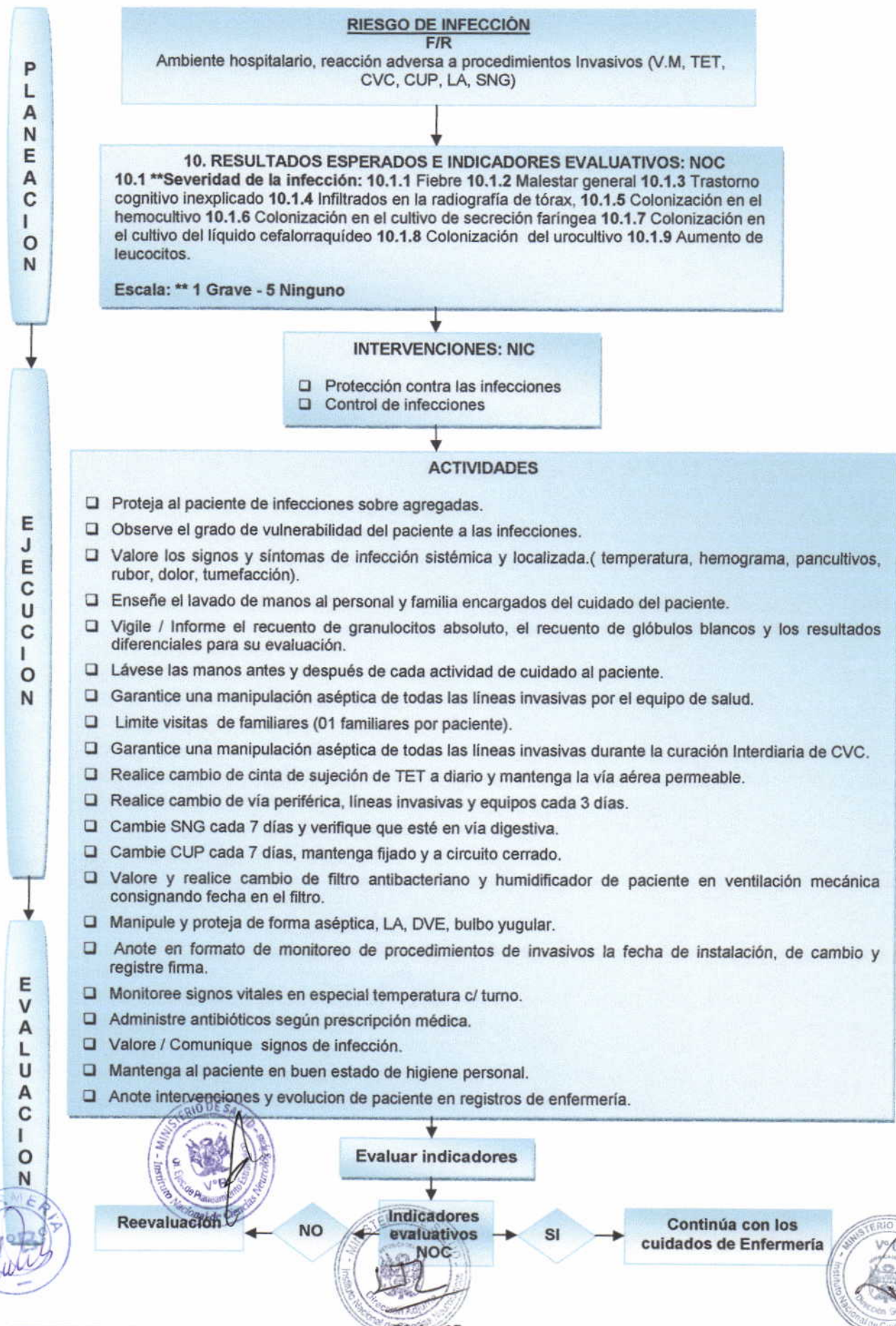
SI

Continúa con los
cuidados de Enfermería





Algoritmo 10





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Brunner y Suddarth. Enfermería Médico quirúrgica. 10ª Edición. Mexico. Ed. Mc Graw Hill. 2005.
- (2) Guía de Buena Práctica Clínica. Insuficiencia Respiratoria - CGCOM
https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_respiratoria.pdf
- (3) Insuficiencia respiratoria - SlideShare
[es.slideshare.net/junioralcalde2/insuficiencia-respiratoria](https://www.slideshare.net/junioralcalde2/insuficiencia-respiratoria)
- (4) Presentación Trastornos Respiratorios Ppt Presentation
www.authorstream.com/.../FNPboricua-844018-presentacion-trastornos-respiratorios
- (5) Enfermería profesional - El Rincón del Vago
html.rincondelvago.com/enfermeria-profesional_1.html
- (6) <http://www.imbiomed.com>
- (7) <http://www.hnhu.gob.pe>
- (8) Según Oficina de Estadística del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (Estadística de Ingresos y Egresos de Pacientes en UCI 2011-2012).
www.icn.minsa.gob.pe/
- (9) Insuficiencia Respiratoria Aguda
www.diresacusco.gob.pe/.../servicios/.../oo.IRespiratoriaA.UCI.oct.oo.pdf..
- (10) Medicina Interna - Insuficiencia Respiratoria Aguda
medicinainterna.wikispaces.com/Insuficiencia+Respiratoria+Aguda
- (11) Síndrome de dificultad respiratoria aguda : MedlinePlus ...
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000103.htm
- (12) Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) Quinta edición. 2112 Elsevier – España
- (13) Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) Quinta edición. 2012 Elsevier – España
- (14) Jhonson, M y Colaboradores. INTERRELACIONES NANDA NOC y NIC. Edic2º. Edit. Elsevier, España. 2007.
- (15) NANDA INTERNACIONAL (2009) Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. 2010 Elsevier – España.
- (16) Marion Johnson, Sue Moorhead, Gloria Bulechek, Howard Butcher, Meridean Maas, Elizabeth Swanson. VÍNCULOS DE NOC Y NIC A NANDA – I Y DIAGNÓSTICOS MÉDICOS. Tercera edición. 2012 Elsevier - España





(17) Ley del Trabajo de la Enfermera (0), Ley N 27669

(18) Norma Técnica de Compendio de Guías de Intervención de Enfermería en Emergencias y Desastres Resolución Ministerial 996 -2005/MINSA



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S