



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención del
Grado Académico de Licenciada
en Enfermería

Estudio de Caso:
**"PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE
DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA"**

Autora:
Nayeli Alejandra Marmolejo Barreno

Director de Estudio de Caso:
Dr. Eudes Martínez Porro, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Nayeli Alejandra Marmolejo Barreno**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Nayeli Alejandra Marmolejo Barreno

C.I: 0550027569



CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

El suscrito, **Dr. Eudes Martínez Porro, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Nayeli Alejandra Marmolejo Barreno**, realizó el Estudio de Caso de grado titulado “**PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

Dr. Eudes Martínez Porro, MSc.
DIRECTOR DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

El Suscrito, **Dr. Eudes Martínez Porro, MSc.**, mediante el presente cumpro en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado “**PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA**”, presentado por la estudiante **Nayeli Alejandra Marmolejo Barreno**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis de COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 95 % y similitud 5 %, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.

**CERTIFICADO DE ANÁLISIS**
magister

MARMOLEJO NAYELI_ ESTUDIO DE CASO_
APROBADO FINAL

8%
Textos
sospechosos

5%
Similitudes
0% similitudes
entre comillas
0% entre las
fuentes
mencionadas
3%
Idiomas no
reconocidos

Nombre del documento: MARMOLEJO NAYELI_ ESTUDIO DE CASO_ APROBADO FINAL.pdf
ID del documento: 46f6a50e06440f3c9de8298acd02bcbf1df2876c
Tamaño del documento original: 336,89 kB

Depositante: EUDES MARTINEZ PORRO
Fecha de depósito: 20/5/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 20/5/2025

Número de palabras: 6500
Número de caracteres: 47.449

Dr. Eudes Martínez Porro, MSc.
DIRECTOR DEL ESTUDIO DE CASO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE
DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
Dra. María Fernanda Coello Llerena, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL
Lic. Gladys Elizabeth Guanoluiza
Tenemaza, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL
Lic. Diana Yessenia
Neto Villagomez, MSc.

QUEVEDO - LOS RIOS – ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por darme la fortaleza, sabiduría y paciencia para llevar a cabo este estudio de caso. Sin su guía y bendición, este trabajo no habría sido posible.

En segundo lugar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi familia. Su amor, apoyo incondicional y comprensión fueron fundamentales durante todo este proceso. Gracias por su motivación constante y por ser mi mayor fuente de fuerza y aliento.

En tercer lugar, agradezco al Dr. Eudes Martínez Porro, mi docente y director de este estudio de caso. Su orientación, dedicación y paciencia fueron cruciales para la realización de este trabajo. Estoy profundamente agradecido por su compromiso y por compartir su valioso conocimiento durante todo el proceso.

En cuarto lugar, agradezco a la Universidad Técnica Estatal de Quevedo por brindarme las herramientas, recursos y el ambiente necesario para llevar a cabo esta investigación. Agradezco a la institución por ofrecer un espacio que fomenta el desarrollo académico y profesional de sus estudiantes.

A todas las personas que participaron y colaboraron en este estudio, les agradezco por su tiempo, disposición y apoyo. Sin su ayuda, este trabajo no habría sido posible.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por darme la fuerza, sabiduría y guía en cada paso de este proceso. Sin su ayuda y bendición, nada de esto habría sido posible.

A mi familia, por su amor incondicional, apoyo constante y por ser mi mayor fuente de motivación. Su confianza en mí me ha permitido alcanzar este logro.

A mis amigos, docentes y todas las personas que me brindaron su ayuda, inspiración y aliento a lo largo de esta etapa, les agradezco profundamente por su apoyo.

RESUMEN

El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) es una afección grave caracterizada por insuficiencia respiratoria secundaria a daño alveolar difuso, lo que compromete el intercambio gaseoso y la oxigenación. Se presentó el caso de un paciente masculino de 58 años que ingresó al servicio de emergencias con disnea severa, fiebre, taquipnea y malestar general, posterior a su ingreso presentó un episodio de paro cardiorrespiratorio. Entre sus antecedentes patológicos destacaron la hipertensión arterial desde hace cinco años, traumatismo craneoencefálico severo, traqueostomía previa hace dos meses. El objetivo de la investigación fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en un paciente con SDRA, evaluando la eficacia del cuidado en su evolución clínica, realizando una valoración integral basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon, identificándose alteraciones en los patrones respiratorio, circulatorio, nutricional-metabólico y de eliminación y estableciendo los diagnósticos : Patrón respiratorio ineficaz, perfusión tisular periférica ineficaz, limpieza ineficaz de las vías aéreas y deterioro de la deglución. implementándose intervenciones de enfermería como el manejo de la vía aérea, aspiración con técnica estéril, control de secreciones, cambios posturales, vigilancia hemodinámica y administración de nutrición enteral por gastrostomía. Además, soporte vital inmediato tras el paro cardiorrespiratorio y seguimiento continuo posterior a la reanimación e intubación. Evidenciando una mejora parcial en la oxigenación, el control de secreciones respiratorias, la tolerancia a la alimentación enteral y la estabilización hemodinámica. No obstante, el paciente permaneció en estado crítico, con saturación de oxígeno persistente del 85% con ventilador mecánico con PEEP 5cmH₂O en modo CMV y pronóstico reservado por lo que se trasladó a un hospital de mayor nivel de complejidad. Estas intervenciones de enfermería permitieron brindar un cuidado centrado en la condición clínica del paciente, lo cual favoreció su estabilización parcial demostrando el impacto de la intervención de enfermería en el manejo integral del paciente.

Palabras claves: dificultad respiratoria, intervenciones de enfermería, traqueostomía

ABSTRACT

Acute respiratory distress syndrome (ARDS) is a severe condition characterized by respiratory failure secondary to diffuse alveolar damage, which compromises gas exchange and oxygenation. We present the case of a 58-year-old male patient who was admitted to the emergency department with severe dyspnea, fever, tachypnea and general malaise, after which he presented an episode of cardiorespiratory arrest. His pathological history included arterial hypertension for five years, severe cranioencephalic trauma, and previous tracheostomy two months ago. The objective of the research was to apply the Nursing Care Process in a patient with ARDS, evaluating the efficacy of care in his clinical evolution, performing a comprehensive assessment based on Marjory Gordon's functional patterns, identifying alterations in the respiratory, circulatory, nutritional-metabolic and elimination patterns and establishing the diagnoses: Ineffective respiratory pattern, ineffective peripheral tissue perfusion, ineffective airway clearance and impaired swallowing, implementing nursing interventions such as airway management, suctioning with sterile technique, secretion control, postural changes, hemodynamic monitoring and administration of enteral nutrition by gastrostomy. In addition, immediate life support after cardiorespiratory arrest and continuous follow-up after resuscitation and intubation. Partial improvement in oxygenation, control of respiratory secretions, tolerance to enteral feeding and hemodynamic stabilization was evidenced. However, the patient remained in critical condition, with persistent oxygen saturation of 85% with mechanical ventilator with PEEP 5cmH₂O in CMV mode and a guarded prognosis, for which he was transferred to a hospital of higher level of complexity. These nursing interventions made it possible to provide care focused on the patient's clinical condition, which favored his partial stabilization, demonstrating the impact of nursing intervention in the integral management of the patient.

Keywords: respiratory distress, nursing interventions, tracheostomy

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	ii
CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CÓDIGO DUBLÍN	xii
1. INTRODUCCIÓN	13
2. OBJETIVOS	17
2.1. Objetivo General	17
2.2. Objetivos Específicos	17
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	18
3.1 Historia clínica	18
3.2 Valoración Integral de enfermería	19
3.3 Plan de cuidados de enfermería	22
3.4. Evaluación	27
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	29
5. CONCLUSIONES	31
6. BIBLIOGRAFÍA	32
7. ANEXOS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidados de enfermería.

Tabla 2. Segundo plan de cuidados de enfermería.

Tabla 3. Tercer plan de cuidados de enfermería.

Tabla 4. Cuarta plan de cuidados de enfermería.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Signos vitales del paciente

Anexo 2. Evolución y escala de Glasgow

Anexo 3. Exámenes de laboratorio

Anexo 4. Medicamentos

Anexo 5. Escala de valoración de úlceras de presión

Anexo 6. Fijación de tubo endotraqueal

Anexo 7. Control de signos vitales

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	"PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA"		
Autor:	Nayeli Alejandra Marmolejo Barreno		
Palabras claves:	dificultad respiratoria.	intervenciones de enfermería	traqueostomía
Fecha de publicación:			
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025		
Resumen:	El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) es una afección grave caracterizada por insuficiencia respiratoria secundaria a daño alveolar difuso, lo que compromete el intercambio gaseoso y la oxigenación. Se presentó el caso de un paciente masculino de 58 años que ingresó al servicio de emergencias con disnea severa, fiebre, taquipnea y malestar general, posterior a su ingreso presentó un episodio de paro cardiorrespiratorio. Entre sus antecedentes patológicos destacaron la hipertensión arterial desde hace cinco años, traumatismo craneoencefálico severo, traqueostomía previa hace dos meses. El objetivo de la investigación fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en un paciente con SDRA, evaluando la eficacia del cuidado en su evolución clínica, realizando una valoración integral basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon, identificándose alteraciones en los patrones respiratorio, circulatorio, nutricional-metabólico y de eliminación y estableciendo los diagnósticos : Patrón respiratorio ineficaz, perfusión tisular periférica ineficaz, limpieza ineficaz de las vías aéreas y deterioro de la deglución. implementándose intervenciones de enfermería como el manejo de la vía aérea, aspiración con técnica estéril, control de secreciones, cambios posturales, vigilancia hemodinámica y administración de nutrición enteral por gastrostomía. Además, soporte vital inmediato tras el paro cardiorrespiratorio y seguimiento continuo posterior a la reanimación e intubación. Evidenciando una mejora parcial en la oxigenación, el control de secreciones respiratorias, la tolerancia a la alimentación enteral y la estabilización hemodinámica. No obstante, el paciente permaneció en estado crítico, con saturación de oxígeno persistente del 85% con ventilador mecánico con PEEP 5cmH₂O en modo CMV y pronóstico reservado por lo que se trasladó a un hospital de mayor nivel de complejidad. Estas intervenciones de enfermería permitieron brindar un cuidado centrado en la condición clínica del paciente, lo cual favoreció su estabilización parcial demostrando el impacto de la intervención de enfermería en el manejo integral del paciente.		
Abstract:	Acute respiratory distress syndrome (ARDS) is a severe condition characterized by respiratory failure secondary to diffuse alveolar damage, which compromises gas exchange and oxygenation. We present the case of a 58-year-old male patient who was admitted to the emergency department with severe dyspnea, fever, tachypnea and general malaise, after which he presented an episode of cardiorespiratory arrest. His pathological history included arterial hypertension for five years, severe cranioencephalic trauma, and previous tracheostomy two months ago. The objective of the research was to apply the Nursing Care Process in a patient with ARDS, evaluating the efficacy of care in his clinical evolution, performing a comprehensive assessment based on Marjory Gordon's functional patterns, identifying alterations in the respiratory, circulatory, nutritional-metabolic and elimination patterns and establishing the diagnoses: Ineffective respiratory pattern, ineffective peripheral tissue perfusion, ineffective airway clearance and impaired swallowing, implementing nursing interventions such as airway management, suctioning with sterile technique, secretion control, postural changes, hemodynamic monitoring and administration of enteral nutrition by gastrostomy. In addition, immediate life support after cardiorespiratory arrest and continuous follow-up after resuscitation and intubation. Partial improvement in oxygenation, control of respiratory secretions, tolerance to enteral feeding and hemodynamic stabilization was evidenced. However, the patient remained in critical condition, with persistent oxygen saturation of 85% with mechanical ventilator with PEEP 5cmH₂O in CMV mode and a guarded prognosis, for which he was transferred to a hospital of higher level of complexity. These nursing interventions made it possible to provide care focused on the patient's clinical condition, which favored his partial stabilization, demonstrating the impact of nursing intervention in the integral management of the patient.		
Descripción:	39 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162		
URL:			

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Distrés respiratorio es una enfermedad pulmonar aguda y difusa que produce hipoxemia, disminución de la compliance pulmonar y aumento del espacio muerto (1). El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) consiste en una insuficiencia respiratoria aguda secundaria a un edema agudo inflamatorio de pulmón (2).

Esta patología produce un cuadro de edema pulmonar por aumento de la permeabilidad vascular. De esta forma, la alteración inicial consiste en una ocupación alveolar por edema rico en proteínas, esta ocupación reduce la superficie alveolar disponible para el intercambio gaseoso, incrementando las áreas pulmonares con pobre o nula relación de V/Q (relación entre la ventilación y la perfusión en los pulmones); ventilación, es decir, el aire que llega a los alvéolos y q, que se refiere a la perfusión, es decir, el flujo sanguíneo en los pulmones. A medida que el SDRA progresa, se producen fenómenos vasculares que afectan de forma diferente al intercambio gaseoso, dando lugar a heterogeneidad en la relación V/Q. Esta situación se agrava por la aparición de zonas con nula ventilación en relación con la aparición de atelectasias en zonas dependientes del pulmón (3).

El SDRA es una causa muy frecuente de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos, pues aproximadamente el 10% de admitidos cumplen criterios de dicha enfermedad. Los autores Bellani, Laffey y Pham, en un estudio multicéntrico realizado en 50 países, mencionan que, en UCI, la incidencia de SDRA oscila entre el 10% y el 23%, aumentando en caso de que se use la ventilación mecánica (VM) (4). Los pacientes sufren disnea, por lo general con respiración rápida y superficial, la piel puede llegar a ser moteada o azul (cianosis) y otros órganos como el corazón y el cerebro pueden funcionar inadecuadamente (5).

Los autores Cevallos M, Morales C, y; Pincay R mencionan en su estudio realizado en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor (2019–2021) en

Ecuador que la prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) fue del 13%, afectando a 180 pacientes, en su mayoría hombres entre 40 y 64 años, con comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Además, se determinó que la causa más común fueron las neumonías virales y bacterianas (6).

Normalmente, el síndrome de dificultad respiratoria aguda se produce en personas que ya están gravemente enfermas o que tienen lesiones importantes. La falta de aire grave (el síntoma principal del síndrome de dificultad respiratoria aguda) suele aparecer entre unas horas y unos días después de la lesión o infección desencadenante. Muchas de las personas que desarrollan el síndrome de dificultad respiratoria aguda no sobreviven. El riesgo de muerte aumenta con la edad y la gravedad de la enfermedad. De las personas con síndrome de dificultad respiratoria aguda que sobreviven, algunas se recuperan por completo mientras que otras presentan daños duraderos en los pulmones.

Para profundizar en el tema del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), es crucial comprender las causas que pueden afectar a los pacientes de manera directa o indirecta. Las causas directas incluyen neumonía, daño por aspiración gástrica o inhalación, contusión pulmonar, embolia grasa y edema pulmonar por reperfusión tras trasplante pulmonar o embolectomía. Estas condiciones directamente lesionan el tejido pulmonar, desencadenando una respuesta inflamatoria severa que compromete la función respiratoria (7). Además, el SDRA también puede ser consecuencia de daños indirectos, como las secuelas de una sepsis, trauma severo con shock, bypass cardiopulmonar, daño por fármacos, pancreatitis aguda y transfusión de hemoderivados. Estas situaciones no afectan inicialmente los pulmones, pero provocan respuestas sistémicas que eventualmente dañan el tejido pulmonar, resultando en el desarrollo del SDRA (8). La mortalidad en el SDRA varía entre 36-60% según el diseño del estudio; es menor en estudios controlados aleatorizados, por la exclusión de pacientes con diagnósticos de alta mortalidad (enfermedades oncohematológicas, o con falla hepática terminal) (9).

Los factores asociados a mal pronóstico en el SDRA son la gravedad al ingreso (según APACHE II y SAPS II); enfermedades preexistentes graves, como inmunosupresión, neoplasias, enfermedad hepática, insuficiencia renal crónica, trasplantes, la presencia de disfunciones orgánicas, y variables fisiológicas como la fracción de espacio muerto (V_d/V_t), o la proporción de áreas pulmonares potencialmente reclutables. (10). A su vez el SDRA es un factor de riesgo para la evolución de los pacientes críticos a la cronicidad y a la ventilación mecánica prolongada (11).

A pesar de los modos de ventilación mecánica invasiva convencional, las medidas de protección pulmonar no son suficientes para lograr conservar la oxigenación a niveles seguros y mantener la cadena respiratoria, siendo necesario recurrir a otras medidas, que incluyen: analgesia, sedación, relajación neuromuscular y posicionamiento en decúbito prono, para mejorar los niveles de oxígeno; otra medida incluye la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) (12). El diagnóstico de SDRA genera un profundo impacto tanto en el paciente como en su familia. Los pacientes experimentan disnea intensa, ansiedad y miedo ante la incertidumbre de su pronóstico. La intubación endotraqueal y la ventilación mecánica limitan la comunicación y pueden generar sentimientos de aislamiento. Por su parte, las familias enfrentan una carga emocional significativa, al presenciar el sufrimiento de su ser querido y al lidiar con la incertidumbre sobre su recuperación. Además, el SDRA puede conllevar un importante impacto económico debido a los costos asociados a la hospitalización prolongada y los cuidados especializados.

La ventilación en prono ha demostrado, no solo mejorar la oxigenación del paciente con SDRA grave, sino que también hay evidencia de que disminuiría el daño inducido por la ventilación mecánica, así como la mortalidad en estos pacientes. La mejoría de la oxigenación se produce por diversos mecanismos, dentro de los cuales destacan una mayor movilidad diafragmática en prono, con menor compresión abdominal, evitando su desplazamiento hacia cefálico. También se observó una distribución más homogénea de la presión pleural y la transpulmonar, lo cual mejora la ventilación pulmonar (13).

El rol de la enfermera en el manejo del SDRA es fundamental, brindan cuidados directos a los pacientes, como la monitorización de signos vitales, la administración de medicación, la higiene pulmonar y la movilización. Cumplen un papel clave en la educación tanto del paciente como de su familia sobre la enfermedad, el tratamiento y los cuidados en el hogar. Profundizar en este tipo de investigaciones permitió desarrollar nuevas estrategias de cuidado, personalizar los tratamientos y mejorar los resultados clínicos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Aplicar el Proceso de Atención de enfermería en paciente con síndrome de dificultad respiratoria aguda, destacando la eficacia, el impacto en la recuperación y el bienestar del paciente.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar los problemas de salud reales y potenciales en el paciente con SDRA mediante la valoración de los patrones funcionales por Marjory Gordon.
- Desarrollar un plan de cuidados de enfermería para el paciente con SDRA utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería implementadas en el paciente con SDRA mediante el uso de indicadores de resultados específicos.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente masculino de 58 años, que acudió al área de emergencias en compañía de un familiar, debido a un cuadro clínico caracterizado por dificultad respiratoria. Al examen físico, se observó traqueostomía con secreción amarillenta en el traqueostoma, acompañada de taquipnea, tos productiva, fiebre de 38.5 °C y malestar general de 2 días de evolución.

Entre sus antecedentes personales, se registró hipertensión arterial diagnosticada hace 5 años, con tratamiento farmacológico de losartán tabletas de 100 mg cada día, sin antecedentes familiares. En los antecedentes quirúrgicos refirió craniectomía parietotemporal derecha + evacuación de hematoma epidural izquierdo, traqueostomía y gastrostomía, no presentó alergias conocidas.

Al momento del ingreso, el paciente se encontraba despierto pero desorientado en tiempo espacio y persona. En la valoración de la escala de Glasgow obtuvo un puntaje de 7/15, con respuesta ocular únicamente ante estímulos dolorosos, respuesta verbal emitía sonidos incomprensibles al recibir preguntas directas, respuesta motora se evidenció una flexión anormal con rigidez, correspondiente a una postura de decorticación.

Tras valorar sus constantes vitales, se obtuvo la siguiente información: presión arterial de 117/72 mmHg, frecuencia cardíaca de 126 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 35 respiraciones por minuto, temperatura corporal de 38.5 °C, y saturación de oxígeno del 85% (ver anexo 1).

Se realizaron exámenes de laboratorio que arrojaron los siguientes resultados: leucocitos 20,810 / μ L, neutrófilos 83%, linfocitos 9%, hemoglobina (Hb) 12 g/dL, hematocrito (Hct) 41%. (ver anexo 3). Estos resultados de laboratorio evidenciaron un proceso infeccioso.

En la radiografía de tórax mostró leves infiltrados en ambos campos pulmonares. Paciente fue diagnosticado con síndrome de dificultad respiratoria aguda por neumonía no especificada. Para lo cual, médico estableció un plan de tratamiento

y manejo para su condición, con seguimiento cercano para evaluar su evolución clínica (ver anexo 2).

Las prescripciones médicas establecidas fueron, solución salina al 0,9% 1000 ml a 30 gotas por minuto, Amikacina 500 mg vía intravenosa una vez al día para el tratamiento de infecciones graves, Amoxicilina + ácido clavulánico 1.2 gramos cada 8 horas por vía intravenosa, Acetilcisteína 300 mg cada 8 horas por vía intravenosa, Paracetamol 1 gramo por razones necesarias por vía intravenosa, para controlar el dolor y reducir la fiebre del paciente.

Posterior a la valoración inicial a las 19 horas el paciente presenta paro cardiorrespiratorio, se administró epinefrina a una dosis de 1 mg vía intravenosa mientras se inició maniobra de reanimación cardiopulmonar utilizando bolsa-válvula-mascarilla (Ambu) conectado a la cánula de traqueotomía, con la administración de midazolam y fentanilo como parte de la inducción, el paciente fue estabilizado hemodinámicamente y se mantuvo conectado a ventilador mecánico con PEEP 5cmH₂O en modo CMV y cloruro de sodio al 0,9% 150 cc, combinado con 750 mg de dobutamina a una velocidad de infusión de 14 microgotas por minuto para apoyar el sistema cardiovascular y mejorar la perfusión cardíaca del paciente posterior valoración de escala de sedación de Rass son con un puntaje de -5 (ver anexo 3).

Posterior a la estabilización hemodinámica, persistiendo los síntomas y signos de dificultad respiratoria y conectado a ventilador mecánico con Glasgow de 3/15 paciente es traslado a hospital de mayor complejidad.

3.2 Valoración Integral de enfermería

En cuanto a la valoración cefalocaudal, se observó que el paciente presentaba cabello limpio y cuero cabelludo con una cicatriz quirúrgica en el cráneo, facies pálida, mucosas orales secas y labios agrietados. La agudeza visual estaba disminuida, pupilas eran isocóricas, con un diámetro de aproximadamente 3 mm en ambos ojos. Durante la evaluación neurológica, se obtuvo una puntuación de 7/15 en la escala de Glasgow en las primeras horas, correspondiente a apertura ocular al dolor (2), emisión de sonidos incomprensibles (2) y flexión anormal como

respuesta motora (3). Las fosas nasales estaban permeables, sin secreciones, y no se presentó dolor a la palpación de los senos paranasales. No se palparon adenopatías en el cuello, y la movilidad cervical era completa. Se observó una traqueostomía permanente, con secreciones abundantes presentes de color amarillento y de consistencia espesa.

En el tórax, la piel del paciente era de tonalidad pálida, sin cianosis ni lesiones visibles. A la auscultación pulmonar, se identificaron estertores húmedos en ambos campos pulmonares, ruidos cardíacos eran rítmicos y no se detectaron soplos evidentes. El abdomen se encontraba blando, depresible y no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal ni apendicular, presencia de una gastrostomía funcional, cuyos alrededores mostraban enrojecimiento e irritación, lo que indicó inflamación local, no se observó salida de contenido purulento ni signos evidentes de sobreinfección.

En cuanto al aparato genitourinario, el área perianal no mostraba irritación ni masas palpables, y los genitales externos tenían un aspecto normal sin anomalías visibles con sonda vesical permanente permeable. Las extremidades superiores e inferiores eran simétricas, pero presentaban edema bilateral de leve a moderado, sin signos evidentes de trombosis venosa profunda.

Para la evaluación integral de enfermería, se utilizó 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, permitiendo realizar una valoración completa de las necesidades del paciente, abarcando tanto los aspectos físicos como emocionales y sociales. Este enfoque facilitó una visión global del paciente, lo que fue crucial para proponer un plan de cuidados adecuado que atendiera todas las áreas de su bienestar. Según la valoración realizada, se identificaron las siguientes observaciones:

Patrón de percepción y manejo de la salud, entre sus antecedentes personales, se registró hipertensión arterial diagnosticada hace 5 años y que provocó una craneotomía parietotemporal derecha, producto de un traumatismo craneoencefálico severo con clasificación Marshall V hace 2 meses, craniectomía parietotemporal derecha + evacuación de hematoma epidural izquierdo, traqueostomía y gastrostomía, paciente durante su estadía en el área de

emergencia presentó parada cardiorrespiratoria, consumo de alcohol durante los últimos cinco años.

Patrón nutricional-metabólico, la alimentación se realizaba a través de gastrostomía, alternando entre fórmulas nutricionales y preparaciones caseras. Al ingreso, el paciente presentó una temperatura de 38.5°C. Con un peso de 65 kg y una talla de 1.55 m, su índice de masa corporal se encontraba dentro del rango normal. Tras su estabilización en el área de emergencias, permaneció en nada por vía oral (NPO). En la valoración de la piel, se observó palidez generalizada, fragilidad ungueal, mucosas ligeramente secas y edema bilateral en extremidades inferiores, con predominio en las regiones maleolares y pretibiales. El edema fue clasificado como grado +2 con signo de fóvea positivo, ya que se evidenció una depresión persistente en la piel al aplicar presión.

Patrón eliminación, se observó la presencia traqueostomía donde se evidenció secreciones, que registró un volumen total de 420 ml de secreciones traqueales aspiradas, las cuales presentaban un color amarillo oscuro y una consistencia espesa, evidenciando una alteración en la función respiratoria y en la eliminación de secreciones. La diuresis en 24 horas fue de 1000 ml, obtenida a través de la sonda vesical, mientras que las pérdidas insensibles alcanzaron 780 ml.

Patrón actividad - ejercicio, el paciente no realizaba actividad física debido a su condición médica. La saturación de oxígeno del 85% administrándose oxígeno a través de cánula a 3 litros por minuto, pasando luego a ventilador mecánico.

Patrón sueño - descanso, presentó disnea al encontrarse en posición decúbito, lo que evidenció dificultad respiratoria relacionada con la inmovilidad postural, posteriormente paciente se encontró sedado por su parada cardiorrespiratoria.

Patrón cognitivo - perceptivo, paciente se encontraba en estado de inconsciencia, lo que le impedía percibir su entorno o sus limitaciones, no presentaba respuestas activas a estímulos externos ni capacidad de interacción.

Patrón autopercepción - autoconcepto, debido a su estado de inconsciencia, el paciente no tenía conciencia de su situación, no pudo ser analizado en profundidad debido a la falta de interacción y respuesta.

Patrón de rol - relaciones, paciente no reflejaba conexión con su entorno debido a su estado de inconsciencia, familiares estuvieron presentes durante todo su proceso de atención y reanimación hasta su transferencia.

Patrón sexualidad - reproducción, debido a su estado patológico anterior y posterior de los eventos cerebrovascular, no tenía actividad sexual.

Patrón afrontamiento - tolerancia al estrés, el paciente no tenía la capacidad de percibir o responder activamente a situaciones estresantes debido a su estado de inconsciencia.

Patrón valores - creencias, según información proporcionada por sus familiares, el paciente tenía una profunda fe en Dios y mantenía una práctica religiosa activa, asistiendo regularmente a la iglesia católica.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Tras realizar una valoración integral de enfermería mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, se han identificado varios diagnósticos de enfermería que requieren intervención específica, que se abordan a continuación se realizaron 4 diagnósticos de enfermería los cuales son:

Tabla 1

Primer plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero				
Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
(NANDA)				
Dominio: 04. Actividad/Reposo Clase: 04. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares 00032 Patrón Respiratorio Ineficaz e/p: Hipoxemia, estertores húmedos en auscultación. r/c: Presencia de traqueostomía, secreciones espesas, obstrucción de vías aéreas.	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	Dominio: Salud funcional (I)	041501 Frecuencia respiratoria	1. Desviación grave del rango normal	Mantener en: 3
	Clase: Mantenimiento de la energía (A)	041504 Ruidos respiratorios auscultados	2. Desviación sustancial del rango normal	Aumentar a: 4
	0415 Estado respiratorio	041508 Saturación de oxígeno	3. Desviación moderada del rango normal	Mantener en: 3
			4. Desviación leve del rango normal	Aumentar a: 4
			5. Sin desviación del rango norma	
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 02: Fisiológico: complejo cuidados para mejorar la ventilación		Clase K: Control respiratorio: Ayuda a mejorar la respiración del paciente.		
3390 Ayuda a la ventilación				
- Mantener una vía aérea permeable - Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión, si procede - Ayudar en los frecuentes cambios de posición, según corresponda - Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama. - Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.				
3140 Manejo de la vía aérea				
- Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, según corresponda. - Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. - Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 2

Segundo plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)		
(NANDA)				
Dominio 4. Actividad/reposo Clase. 4	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Respuestas cardiovasculares/pulmonares 00204 Perfusión tisular periférica ineficaz e/p: Llenado capilar lento e intubación. r/c Disminución del gasto cardíaco y paro cardiorrespiratorio	Dominio: Salud fisiológica (02)	040101 Presión arterial sistólica	1. Desviación grave del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 3
	Clase: Cardiopulmonar (E)	040102 Presión arterial diastólica	2. Desviación sustancial del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 3
	0401 Estado circulatorio	040135 Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial	3. Desviación moderada del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 3
		040136 Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial.	4. Desviación leve del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 3
		040141 Relleno Capilar	5. Sin desviación del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 3
			Mantener en: 1 Aumentar a: 3	

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)	
Dominio 4: Seguridad Cuidados que apoyan la protección contra daños.	Clase V: Control de riesgos Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo

4250 Manejo del shock
- Monitorizar los signos vitales, presión arterial ortostática, estado mental y diuresis. - Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión. - Vigilar la pulsioximetría, según corresponda. - Vigilar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (PaO2, SaO2, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco, según disponibilidad. - Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO2 bajos y PaCO2 elevados y fatiga muscular respiratoria). - Administrar oxígeno suplementario según indicación - Evaluar signos de tolerancia a la ventilación. - Observar signos de hipoperfusión (piel fría, diaforesis, taquicardia).

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 3

Tercer plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)		
(NANDA)				
Dominio 11. Seguridad/Protección Clase. 2 Lesión Física	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas e/p: Secreciones de color amarillento de consistencia espesa. r/c Traqueostomía	Dominio: Salud fisiológica (02)	041020 Acumulación de esputos	1. Grave	Mantener en: 3
	Clase: Cardiopulmonar (E)	070304 Esputo purulento	2. Sustancial	Aumentar a: 4
	0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	070306 Fiebre	3. Moderado	Mantener en: 3
		070326 Aumento de leucocitos	4. Leve	Aumentar a: 4
			5. Ninguno	Mantener en: 3
	0703 Severidad de la infección			Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática.		Clase K: Control de riesgos respiratorio Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.		
3180 Manejo de las vías aéreas artificiales				
- Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas de gran calibre. - Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. - Realizar cuidados orales (lavado de dientes, gasas húmedas, humectante bucal y labial), según corresponda. - Monitorizar la disminución del volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria en los pacientes que reciben ventilación mecánica. - Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4-8 horas, según corresponda: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor de la estoma, y cambiar la sujeción de la traqueostomía. - Inspeccionar la piel alrededor de la estoma traqueal por si hay drenaje, enrojecimiento, irritación y hemorragia. - Realizar una técnica estéril al succionar y proporcionar los cuidados de traqueostomía. - Proteger traqueostomía del agua.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 4

Cuarto plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)		
(NANDA)				
Dominio 02. Nutricional-metabólico	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Clase. 1 Ingestión	Dominio: Nutricional-metabólico (02)	100802 Ingestión alimentaria por sonda	1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
00103 deterioro de la deglución.	Clase: Digestión y nutrición (K)	100805 Administración de líquido IV	4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
	1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos			
m/p: intubación prolongada				
traqueostomía				
r/c Gastrostomía				
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 1: Fisiológico: complejo		Clase D: Apoyo nutricional		
Cuidados que apoyan la regulación homeostática		Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías áreas y el intercambio gaseoso.		
1056 Alimentación enteral por sonda				
- Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación. - Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45 grados durante la alimentación. - Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente. - Comprobar la existencia de residuos cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas y después de cada 8 horas durante la alimentación continuada - Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

3.4. Evaluación

Uno de los primeros diagnósticos formulados fue el “Patrón Respiratorio Ineficaz”, relacionado con la presencia de traqueostomía, secreciones espesas y obstrucción de las vías aéreas, evidenciado por hipoxemia y estertores húmedos. Se aplicaron intervenciones como el manejo de la vía aérea, el control respiratorio y la ayuda a la ventilación, incluyendo la aspiración endotraqueal, los cambios de posición y el monitoreo constante de signos vitales respiratorios. Gracias a estas acciones, el paciente presentó una mejoría progresiva en la frecuencia respiratoria, disminuyeron los ruidos respiratorios anormales y aumentó la saturación de oxígeno, pasando de puntuaciones de 3 a 4 en la escala del NOC “Estado respiratorio”, lo que representó una desviación moderada a leve del rango normal.

En relación con el diagnóstico “Perfusión tisular periférica ineficaz”, asociado a la disminución del gasto cardíaco y al paro cardiorrespiratorio, se implementaron intervenciones centradas en la vigilancia continua del estado hemodinámico del paciente. Durante el periodo de cuidado, se valoraron parámetros clave como la presión arterial sistólica y diastólica, la presión parcial de oxígeno y dióxido de carbono en sangre arterial, el llenado capilar y el estado neurológico. Los indicadores del resultado NOC “Estado circulatorio” se mantuvieron inicialmente en una puntuación de 1, correspondiente a una desviación grave del rango normal. Sin embargo, tras la implementación de las intervenciones, se logró un aumento progresivo de las puntuaciones hasta alcanzar el nivel 3, que correspondió a una desviación moderada del rango normal. Además, se aplicaron las intervenciones establecidas en el NIC “Manejo del shock”, que incluyeron la monitorización de signos vitales, la colocación del paciente en una posición que optimizara la perfusión, y la vigilancia de la pulsioximetría y los gases arteriales según disponibilidad.

Otro diagnóstico abordado fue el de “Limpieza ineficaz de las vías aéreas”, relacionado con la traqueostomía y evidenciado por la presencia de secreciones espesas amarillentas. Se realizaron cuidados enfocados en el manejo de las vías aéreas artificiales, como la succión de secreciones, la vigilancia de signos de infección, y el cuidado estéril de la traqueostomía. Gracias a estas intervenciones, disminuyó la cantidad y viscosidad de las secreciones, así como la frecuencia de

los signos febriles y se logró una estabilización de los valores leucocitarios, lo que indicó una respuesta positiva al tratamiento. Los indicadores del NOC “Permeabilidad de las vías aéreas” y “Severidad de la infección” reflejaron una mejoría, pasando de puntuaciones 3 moderado a 4 leve, lo que evidenció que las vías respiratorias se mantuvieron funcionales y libres de obstrucción.

Respecto al diagnóstico “Deterioro de la deglución”, relacionado con la intubación prolongada y la presencia de una gastrostomía, se ejecutaron intervenciones centradas en el apoyo nutricional por vía enteral, asegurando una técnica aséptica, irrigación adecuada de la sonda y cuidado de la piel circundante al sitio de inserción. Estas acciones permitieron una adecuada administración de nutrientes y líquidos, manteniéndose la sonda funcional y sin obstrucciones. El paciente toleró correctamente la alimentación enteral y no presentó signos de complicaciones locales. Los indicadores del NOC “Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos” aumentaron de 2 a 4, evidenciando una transición desde un estado nutricional levemente adecuado hasta sustancialmente adecuado.

Se implementaron intervenciones orientadas al manejo del patrón respiratorio ineficaz, perfusión tisular periférica ineficaz, limpieza ineficaz de las vías aéreas y deterioro de la deglución. Se realizaron cuidados respiratorios, manejo de traqueostomía, apoyo ventilatorio, monitoreo hemodinámico y nutrición enteral. Estas acciones permitieron estabilizar al paciente hemodinámicamente, posteriormente, el médico tratante gestionó el traslado a una unidad hospitalaria con mayor capacidad resolutive.

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

El presente estudio pone de manifiesto la importancia del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el manejo de pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), destacando cómo un enfoque integral no solo atiende las necesidades inmediatas, sino también previene complicaciones a largo plazo.

En relación al primer plan de cuidado de enfermería de mejorar el estado respiratorio, se aplicó actividades como monitorización de signos vitales, administración de oxígeno y cambios posturales para la estabilización del paciente con lo que concuerda con el autor Rialp Cervera, que subrayó la efectividad de la posición decúbito prono, técnica que ha demostrado mejorar la oxigenación arterial en pacientes con SDRA (14). La revista "Medisur" (15) menciona en su literatura que el cambio postural en decúbito prono mejora la oxigenación en algunos pacientes al permitir el reclutamiento de regiones pulmonares no ventiladas. Algunos datos sugieren que esta posición mejora sustancialmente la supervivencia. El manejo del patrón respiratorio ineficaz fue clave en el proceso de recuperación del paciente. El uso de oxigenoterapia y el monitoreo constante de la saturación de oxígeno permitió la mejora en la frecuencia respiratoria y la oxigenación, evidenciando una respuesta positiva a las intervenciones implementadas. Esta intervención temprana es consistente con la afirmación del autor Cortéz (16), quien resalta la importancia de tratar la taquipnea y la hipoxemia en los pacientes con SDRA para reducir el riesgo de insuficiencia respiratoria total, lo cual demuestra la efectividad de las acciones tomadas en este caso.

El segundo plan de cuidados se basó en el diagnóstico de perfusión tisular periférica ineficaz, como consecuencia del paro cardiorrespiratorio que presentó el paciente. Se monitorizó la presión arterial sistólica y diastólica, así como los niveles de presión parcial de oxígeno (PaO_2) y dióxido de carbono (PaCO_2) en sangre. Se llevaron a cabo actividades de vigilancia de los signos vitales y se valoraron síntomas de insuficiencia respiratoria con base en los niveles de PaO_2 , SaO_2 y el gasto cardíaco. Estas intervenciones se alinearon con lo descrito por Arias, Vargas y Estrada, quienes destacaron la importancia de implementar cuidados integrados posparo, incluyendo el soporte vital avanzado efectivo y la monitorización continua para restablecer la perfusión tisular y prevenir complicaciones. La atención de

enfermería se enfocó en estabilizar al paciente tras el evento crítico, lo cual contribuyó a una recuperación progresiva y sostenida del estado hemodinámico del paciente (17).

El tercer plan de cuidados de enfermería se centró en el diagnóstico de limpieza ineficaz de las vías aéreas, abordando tanto el estado respiratorio como la severidad de la infección. Se implementó actividades como el mejorar la condición clínica del paciente, verificación del color, cantidad y consistencia de las secreciones, la realización de cuidados orales (lavado de dientes, uso de gasas húmedas) y el mantenimiento de la higiene traqueal mediante la limpieza de la cánula interna y la zona de la estoma cada 4 a 8 horas. Estas intervenciones se basaron en lo planteado por Lais y Piquilloud , quienes señalaron la relevancia del manejo riguroso de la traqueostomía para prevenir complicaciones respiratorias e infecciosas, esto garantizó la permeabilidad de las vías aéreas y favoreció la recuperación clínica del paciente (18).

Por otro lado, el cuarto plan de cuidados de enfermería sobre el deterioro de la deglución se cuida se enfocó en la implementación de medidas preventivas y educativas para el manejo del riesgo de aspiración, especialmente en pacientes con traqueostomía y gastrostomía, como el estudio de Achury et al (19), que destaca la importancia de la capacitación en técnicas de aspiración segura y en el cuidado adecuado de dispositivos invasivos, lo cual fue clave para prevenir eventos de aspiración en este paciente, lo que demostró que la educación y la aplicación de protocolos son esenciales para evitar problemas graves en la salud del paciente.

5. CONCLUSIONES

Se identificaron los problemas de salud reales y potenciales del paciente mediante una valoración de enfermería estructurada con base en los patrones funcionales de Marjory Gordon, lo cual permitió establecer diagnósticos prioritarios como patrón respiratorio ineficaz, perfusión tisular periférica ineficaz, limpieza ineficaz de las vías aéreas y deterioro de la deglución. Esta valoración minuciosa facilitó el abordaje integral del paciente con SDRA y traqueostomía, permitiendo diseñar planes de cuidado centrados en sus necesidades fisiológicas inmediatas y en la prevención de complicaciones.

Se desarrollaron planes de cuidado de enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC, seleccionando intervenciones específicas según las necesidades del paciente. Se aplicaron intervenciones como “Manejo de las vías aéreas (3140)” y “Aspiración de las vías respiratorias (3160)” para mantener la permeabilidad de la traqueostomía y controlar las secreciones. El “Monitoreo de signos vitales (6680)” y el “Manejo del shock (4250)” permitieron la vigilancia constante del estado hemodinámico y la detección oportuna de alteraciones cardiovasculares.

Se evaluó de forma continua la efectividad de los cuidados de enfermería mediante la comparación entre las metas establecidas y los resultados obtenidos, según los indicadores de la taxonomía NOC. Entre los resultados observados se destacó la estabilización de la frecuencia respiratoria, la mejora de la saturación de oxígeno, la reducción de secreciones y el mantenimiento adecuado del soporte nutricional. actividades efectivas, que contribuyeron para la estabilización del paciente.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. López R, Sánchez B, Lorenzo M. Manejo del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). ¿Qué hay de nuevo? Rev Electr AnestesiaR [Internet]. 2020 Sep 7 [cited 2022 May 6];12(8):3. Available from: <https://anestesiario.org/2020/manejo-del-sindrome-de-distres-respiratorio-agudo-sdra-que-hay-de-nuevo/>
2. Matthay MA, Ware LB, Zimmerman GA. The acute respiratory distress syndrome. Journal of Clinical Investigation [Internet]. 2012 Aug 1;122(8):2731–40. Available from: <https://www.jci.org/articles/view/60331>
3. Fernández R. Fisiopatología del intercambio gaseoso en el SDRA. Medicina Intensiva [Internet]. 2006 Nov [cited 2025 Apr 25];30(8):374–8. Available from: <https://medintensiva.org/es-fisiopatologia-del-intercambio-gaseoso-el-articulo-13094643>
4. Bellani G, Laffey JG, Pham T, Fan E, Brochard L, Esteban A, et al. Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. NIH [Internet]. 2016 [cited 2025 May 15];315(8):788–800. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26903337/>
5. Cepeda KAS, Herazo MES, Jimenez M del CG, Estrella MAR. Síndrome de distrés respiratorio agudo. RECIMUNDO [Internet]. 2020 Jul 11 [cited 2021 Jun 9];4(3):86–93. Available from: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/852>
6. Cevallos M, Morales C, Pincay R. Síndrome de dificultad respiratoria aguda: factores asociados, comorbilidades y desenlace clínico en pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor [tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2022 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://repositorio.ug.edu.ec/items/e05a1f9f-28bc-4f13-9684-a3ae82a8db5b>
7. Bhakti P. Manual MSD. Versión para público general [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 16]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos->

del-pulmón-y-las-vías-respiratorias/insuficiencia-respiratoria-y-síndrome-de-dificultad-respiratoria-aguda/síndrome-de-dificultad-respiratoria-aguda-sdra

8. Casajús A, Imirizaldu M, Del Barrio L, Villoslada J, Latasa JAG. Sociedad Española de Radiología Médica. [Online].; 2018 [cited 2024 8 19. Available from: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/7127/5593>.
9. Borbón JDS, Rodríguez FH, Aguilar PÁ. Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo. Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD [Internet]. 2019 Mar 28 [cited 2025 May 15];9(1):56–64. Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/36495>
- 10 Gattinoni L, Caironi P, Cressoni M, Chiumello D, Ranieri VM, Quintel M, et al. . Lung Recruitment in Patients with the Acute Respiratory Distress Syndrome. New England Journal of Medicine [Internet]. 2006 Apr 27;354(17):1775–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16641394/>
- 11 Estenssoro E, Reina R, Canales HS, Saenz M, Gonzalez FE, Aprea MM, et al. . The distinct clinical profile of chronically critically ill patients: a cohort study. Critical Care [Internet]. 2006 [cited 2021 Mar 15];10(3):R89. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1550940/>
- 12 Hidalgo J, Romero J, Vélez L, Toala A, Vera L, Montenegro J, et al. Oxigenación . con membrana extracorpórea ECMO en hipoxemia refractaria por COVID-19. Un artículo de revisión. Mediciencias UTA [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2022 Nov 27];6(3):75. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1695>
- 13 Cornejo R, Arellano D, Rojas V, González D, Kerkhoffs C, Tapia I, et al., editors. . Ventilación En Posición Prono En Paciente Con Síndrome De Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) / Neumonía Grave Por COVID-19 [Internet]. www.medicina-intensiva.cl. 2020. Available from: <https://www.medicina-intensiva.cl/revista/articulo.php?id=21>
- 14 Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Revista Salud Pública Paraguay. 2013 Jun; 3º(41-48). Disponible en:

<https://www.studocu.com/latam/document/universidad-de-oriente-venezuela/medicina-ii/41-48/54610873>

- 15 Medisur [Internet]. 2019 Feb [citado 2024 Ago 28] ; 17(1): 126-135. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000100126&lng=es.
- 16 Cortés OL, Pilar del, Mojica C, Rojas YA, Pulido S, Arias M, et al. . Characteristics, treatment, and nursing care of patients infected by Sars-CoV-2 hospitalized in intensive care units: multicenter study of colombian hospitals. SCIELO [Internet]. 2022 Mar 28 [cited 2025 May 15];40(1). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072022000100008&lng=en&nrm=is&tlng=es
- 17 Arias A, Vargas R, Estrada J. Vista de Atención de Enfermería en el paciente adulto con Paro Cardiorrespiratorio en el Hospital General San Francisco.| Revista Médica-Científica CAMbios HECAM [Internet]. iess.gob.ec. 2024 [cited 2024 May 9]. Available from: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/675/429>
- 18 Marcela D, Manrique YB, Coral DL, Salazar J. Intervenciones de enfermería para prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica en el adulto en estado crítico. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet]. 2014;14(1):57–75. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/3178>
- 19 Lais G, Piquilloud L. Tracheostomy: update on why, when and how. Current Opinion in Critical Care [Internet]. 2024 Nov 26 [cited 2025 Mar 13];31. Available from: https://journals.lww.com/co-criticalcare/abstract/2025/02000/tracheostomy_update_on_why_when_and_how.14.aspx

7. ANEXOS

Anexo 1. Signos vitales del Paciente

Presión arterial	117/72
Frecuencia cardiaca	126
Frecuencia respiratoria	35
Temperatura	38.5

Anexo 2. Evolución y escala de Glasgow

B. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE DE 58 AÑOS DE SEXO MASCULINO CON APP DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO SEVERO MARSHALL V + CRANIECTOMIA PARIETOTEMPORAL DERECHA + EVACUACION DE HEMATOMA EPIDURAL IZQUIERDO, QUE ACUDE A LA EMERGENCIA CON FAMILIAR (ESPOSA) POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA QUE SE ACOMPAÑA DE SECRECION AMARILLENTA A NIVEL DE TRAQUEOTOMO, TOS CURSA SU SEGUNDO DIA DE INGRESO HOSPITALARIO BAJO DIAGNOSTICO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL, DURANTE EL CUAL REALIZA PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y DISTRÉS RESPIRATORIO ADEMAS DE MALOS SIGNOS DE PERFUSION POR LO CUAL SE INICIA SOPORTE VENTILATORIO Y RESPONDE FAVORABLEMENTE A LA RCP Y ES CONECTADO A VENTILADOR MECANICO CON PEEP 5cmH2O EN MODO CMV. MOSTRANDO RESPUESTA INICIAL FAVORABLE Y SE INICIA COBERTURA ANTIBIOTICA CON DOBLE ESQUEMA (AMOX-CLAV+AMIKACINA), MANTENIENDOSE EUTERMICO, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, DEPENDIENTE DE CUIDADOS DIRECTOS, CON NIVEL DE CONSCIENCIA 3/15, CON TONO MUSCULAR Y SIN REQUERIMIENTO VASOPRESOR.

C. RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

EL CUAL REALIZA PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y DISTRÉS RESPIRATORIO ADEMAS DE MALOS SIGNOS DE PERFUSION POR LO CUAL SE INICIA SOPORTE VENTILATORIO Y RESPONDE FAVORABLEMENTE A LA RCP Y ES CONECTADO A VENTILADOR MECANICO CON PEEP 5cmH2O EN MODO CMV. MOSTRANDO RESPUESTA INICIAL FAVORABLE Y SE INICIA COBERTURA ANTIBIOTICA CON DOBLE ESQUEMA (AMOX-CLAV+AMIKACINA), MANTENIENDOSE EUTERMICO, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, DEPENDIENTE DE CUIDADOS DIRECTOS, CON NIVEL DE CONSCIENCIA 3/15, CON TONO MUSCULAR Y SIN REQUERIMIENTO VASOPRESOR.
CABEZA: NORMOENCEFALO + PRESENCIA DE HERIDA QUIRURGICA DE CRANEOSTOMIA.
TORAX: PRESENCIA DE ESTERTORES HUMEDOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, HIPOINTENSOS, CON VARIABILIDAD Y DEPENDENCIA FARMACOLOGICA, CON DOBUTAMINA POSTERIOR A RCP.

Anexo 3. Exámenes de laboratorio

Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial
GLOBULOS BLANCOS (WBC)	20.810	$10^3/\text{UL}$	4.50 – 11.00
GLOBULOS ROJOS (RBC)	4.51	$10^6/\text{UL}$	4.50 – 5.00
HEMOGLOBINA (HGB)	13.2	g/dl	12.0 – 16.0
HEMATOCRITO (HCT)	41	%	37 – 54%
VOL. CORP. MEDIO (MCV)		fL	80.0 – 100.0
HEMO. CORP. MEDIO (MCH)		Pg	27.0 – 32.0
CONC. HGB. CORP. MEDIO (MCHC)		g/dL	31.0 – 37.0
DIST. GB ROJOS – SD		fL	37.0 – 51.0
DIST. GB ROJOS – CV		%	11.0 – 15.0
PLAQUETAS	549	$10^3/\text{UL}$	150 – 450
VOL. PLAQUETAS, MEDIO (MPV)		fL	7.0 – 11.0
RETICULOSITOS		%	0.5 – 2.5
NEUTROFILO	83	%	50.0 – 73.0
LINFOCITO	9	%	30.0 – 78.0
MONOCITO	7	%	0.0 – 12.0
EOSINOFILO	1	%	0.0 – 3.0
BASOFILO		%	0.0 – 1.0

Anexo 4. Medicamentos

Solución salina al 0,9% en una cantidad de 1000 ml
Amoxicilina + ácido clavulánico dosis de 1.2 gramos cada 8 horas por vía intravenosa
Amikacina dosis de 500 mg vía intravenosa
Acetilcisteína, en una dosis de 300 mg cada 8 horas por vía intravenosa
Paracetamol 1 gramo PRN por vía intravenosa
Epinefrina a una dosis de 1 mg vía intravenosa
Cloruro de sodio al 0,9% 150 cc, combinado con 750 mg de dobutamina

Anexo 5. Escala de valoración de úlceras de presión

ESCALA DE VALORACIÓN DE ÚLCERAS DE PRESIÓN		COORDINACIÓN ZONAL		CÓDIGO	
PROVINCIA: GUAYAS		DISTRITO: PUEBLO VIEJO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL GENERAL DE PUEBLO VIEJO	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
NOMBRES Y APELLIDOS: [REDACTED]					
HISTORIA CLÍNICA: [REDACTED]					
EDAD: 59 Años					
FECHA DE INGRESO: 31-05-2024					
ÁREA DEL HOSPITAL: Emergencia					
DIAGNÓSTICO: Neumonía no especificada					
VARIABLE		PUNTAJE			
ESTADO FÍSICO GENERAL	BUENO 4	MEDIANO 3	REGULAR 2	MUY MALO 1	
ESTADO MENTAL	ALERTA 4	APÁTICO 3	CONFUSO 2	ESTUPOROSO / COMATOZO 1	(3)
ACTIVIDAD	AMBULANTE 4	DISMINUIDO 3	MUY LIMITADA 2	IMMÓVIL 1	(3)
MOVILIDAD	TOTAL 4	CAMINA CON AYUDA 3	SENTADO 2	ENCAMADO 1	(3)
INCONTINENCIA	NINGUNO 4	OCCASIONAL 3	URINARIO O FECAL 2	URINARIO Y FECAL 1	
PUNTAJE					
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO			PUNTAJE		
RIESGO MUY ALTO			5 a 9 PUNTOS		
RIESGO ALTO			10 a 12 PUNTOS		
RIESGO MEDIO			13 a 14 PUNTOS		
RIESGO MÍNIMO / SIN RIESGO			≥ 14 PUNTOS		
FUENTE: ESCALA DE NORTON					

Anexo 6. Fijación de tubo endotraqueal



Anexo 7. Control de signos vitales

