

Proceso del cuidado enfermero en adulto con síndrome de distrés respiratorio agudo e infección retroviral

Nursing care process in adults with acute respiratory distress syndrome and retroviral infection

Processo de cuidar de enfermagem em adultos com síndrome do desconforto respiratório agudo e infecção retroviral

Felicita Martha Padilla Montes¹
Diana Lucy Polanco Oscco¹

<https://orcid.org/0000-0001-8339-9122>
<https://orcid.org/0000-0002-6373-9887>

Resumen

Objetivo: Aliviar el síndrome de distrés respiratoria aguda. **Caso clínico:** Adulto maduro de 31 años, agitado, ojeroso, quejumbroso, ansioso, preocupado, por momentos está comunicativo, piel pálida y caliente al tacto, mucosa seca, ventilando espontáneamente con apoyo de oxígeno Venturi a 12 litros por minuto con un FiO₂ de 40 %, presenta disnea, tiene dificultad para deglutir, se evidencian movimientos torácicos activos aumentados, a la auscultación presenta sibilancias en hemitórax derecho, abdomen doloroso a la palpación EVA 7/10, presencia de úlcera en área genital, miembros superiores e inferiores, con fuerza disminuida, diaforético, funciones vitales: PA: 120/60; FR: 24 x min; temperatura: 38 °C; FC: 86 x min; SO₂: 92 %. **Métodos:** El estudio es de método de caso clínico y de enfoque cualitativo realizado en un hospital del Callao, en el Servicio de hospitalización de medicina en el mes de mayo, utilizando el marco teórico de valoración de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NOC, NIC. **Resultados:** La evolución del paciente adulto fue favorable, recuperándose rápidamente por las intervenciones de enfermería brindadas oportunamente. **Conclusiones:** En el primer diagnóstico se logró el 80 % del objetivo planteado y el 20 % queda en proceso de cumplimiento. En el segundo y tercer diagnóstico se logró el 100 % de los objetivos planteados. En el cuarto diagnóstico se logró el 60 % y el 40 % se encuentra en proceso de cumplimiento. Finalmente, en el quinto diagnóstico se logró el 80 % del objetivo planteado y el 20 % quedó en proceso de cumplimiento.

Palabras clave: enfermería, distrés respiratorio, adulto maduro, TARGA, úlcera genital

Abstract

Objective: To alleviate acute respiratory distress syndrome. **Clinical case:** Mature 31-year-old adult, agitated, haggard, complaining, anxious, worried, sometimes communicative, skin pale and hot to the touch, dry mucosa, ventilating spontaneously with Venturi oxygen support at 12 liters per minute with a FiO₂ of 40 %. He presents dyspnea, have difficulty swallowing, increased active chest movements are evident, on auscultation he presents wheezing in the right hemithorax, abdomen tender on palpation VAS 7/10, presence of ulcer in the genital area, upper and lower limbs, with decreased strength, diaphoretic, vital functions: BP: 120/60; RF: 24 x min; temperature: 38 °C; HR: 86 x min; SO₂: 92 %. **Methods:** The study is based on a clinical case method and a qualitative approach carried out in a hospital in Callao, in the Hospitalization Service of Medicine in the month of May, using the theoretical framework for evaluation of Marjory Gordon, and the NANDA, NOC, NIC taxonomy. **Results:** The evolution of the adult patient was favorable, recovering quickly due to the nursing interventions provided in a timely manner. **Conclusions:** In the first diagnosis, 80 % of the proposed objective was achieved and 20 % remains in the process of compliance. In the second and third diagnosis, 100 % of the proposed objectives were achieved. In the fourth diagnosis, 60 % was achieved and 40 % is in the process of compliance. Finally, in the fifth diagnosis, 80 % of the proposed objective was achieved and 20 % remained in the process of compliance.

Keywords: nursing, respiratory distress, mature adult, HAART, genital ulcer

¹ Universidad Peruana Unión. Lima, Perú

Resumo

Objetivo: Aliviar a síndrome do desconforto respiratório agudo. **Caso clínico:** Adulto maduro de 31 anos, agitado, abatido, queixoso, ansioso, preocupado, às vezes comunicativo, pele pálida e quente ao toque, mucosa seca, ventilando espontaneamente com suporte de oxigênio Venturi a 12 litros por minuto com FiO₂ de 40 %, Apresenta dispneia, dificuldade de deglutição, evidenciam-se movimentos torácicos ativos aumentados, à ausculta apresenta sibilos em hemitórax direito, abdome doloroso à palpação EVA 7/10, presença de úlcera em região genital, membros superiores e inferiores, com diminuição força, sudorese, funções vitais: BP: 120/60; RF: 24 x min; temperatura: 38 °C; FC: 86 x min; SO₂: 92 %. **Métodos:** O estudo é baseado em um método de caso clínico e abordagem qualitativa realizado em um hospital de Callao, no Serviço de Hospitalização de Medicina no mês de maio, usando o referencial teórico para avaliação de Marjory Gordon e a taxonomia NANDA, NOC, NIC. **Resultados:** A evolução da paciente adulta foi favorável, recuperando-se rapidamente devido às intervenções de enfermagem prestadas em tempo oportuno. **Conclusões:** No primeiro diagnóstico, 80 % do objetivo proposto foi alcançado e 20 % permanece em processo de cumprimento. No segundo e terceiro diagnósticos, 100 % dos objetivos propostos foram alcançados. No quarto diagnóstico, 60 % foi alcançado e 40 % está em processo de adesão. Por fim, no quinto diagnóstico, 80 % do objetivo proposto foi alcançado e 20 % permaneceram em processo de cumprimento.

Palavras-chave: enfermagem, dificuldade respiratória, adulto maduro, HAART, úlcera genital

Introducción

Según información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es la patología que afecta a los pulmones, produciendo inflamación aguda y difusa, causando un aumento del fluido vascular pulmonar, produciendo a la vez una disminución del tejido pulmonar airado, caracterizándose con la presencia de hipoxia, disminuye la distensión pulmonar, aumenta el shunt dentro del pulmón en el espacio inerte fisiológico.¹

El SDRA es definido por la American European Consensus Conference como la manera más peligrosa de lesión pulmonar aguda (IPA). Estas alteraciones se caracterizan porque inician de forma aguda, presentan infiltrados en ambos pulmones y por la ausencia de hipertensión auricular izquierda, esto se demuestra mediante la presión capilar pulmonar de enclavamiento (PCPE) inferior a 18 mmHg. Es importante que la relación entre la presión parcial de oxígeno y la fracción de oxígeno en el aire inspirado (Pao₂/Fio₂) sea inferior o igual a 300 mmHg. El SDRA se caracteriza por una relación Pao₂/Fio₂ menor o igual a 200 mmHg.²

En el ámbito nacional, se aproxima que el SDRA ataca de 1 a 5 personas por cada 100 mil habitantes. Según epidemiología, el pronóstico de SDRA está relacionado con una elevada morbilidad y mortalidad, con una hospitalización prolongada, dependiendo del diseño de estudio, va entre 36 y 60 %. Internacionalmente, pasado un mes que se inicia SDRA, el 44 % de los usuarios hacen su deceso mayormente por fallo multiorgánico. En la radiografía de tórax, se observa la expresión clínica de la inflamación de los alveolos en ambos pulmones, disminuye el nivel de oxigenación, la cual va deteriorando la distensión del pulmón, bajo trauma, infección y neumonía.³

En el año 2012, se actualiza el concepto de SDRA en «Introducción de Berlín de 2012», el cual se define como una enfermedad que se presenta dentro de la primera semana con síntomas respiratorios, además, presenta opacidad pulmonar en ambos pulmones, consecuencia de edemas pulmonares, derrame pleural o nódulos pulmonares, como consecuencia de la acumulación de líquidos en el pulmón ocasionada por una lesión y de esta manera descartar una falla del corazón. SDRA se divide en tres categorías, según la severidad de la hipoxemia, SDRA leve: PAFI mayor de 200 y menor o igual a 300; SDRA moderado: PAFI mayor de 100 y menor o igual a 200; ARDS severo: PAFI menor o igual a 100.⁴

EL SDR, mayormente, inicia en un 10,4 % en todos los usuarios que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos, produciéndose un deceso de 63 %; ocasionando el aumento de fallecidos, la falta de igualdad en el tratamiento de la enfermedad, es por eso la importancia de tener unas guías de práctica clínica, la cual debe de estar diseñada para el manejo de tratamiento, acorde con las mejores evidencias.¹

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) forma parte de enfermedades muy interesantes, ya que presenta un nivel alto de muerte, que va dejando secuela por un periodo amplio, no se cuenta con los tratamientos farmacológicos exclusivos para esta enfermedad. La principal histología se caracteriza el SDRA por una lesión no alveolar. En un Aproximado de un 50 % el usuario que tiene SDRA tienen DAD, los otros están constituidos en el grupo de heterogéneos de patrón histológico.⁵

Según información de la OMS, al 2020, a nivel mundial, 27,5 millones (73 %) de 37,7 millones de infectados por VIH reciben tratamientos antirretrovirales. El 85 % de las gestantes con VIH, es decir, 1,1 millones de embarazadas reciben retrovirales, lo cual evidencia el avance en las prevenciones y eliminaciones de las transmisiones materno-filial durante la lactancia.⁶

En 2018 hubo 43 072 casos de VIH en Perú. Los casos de SIDA se concentraron en poblaciones clave y fueron de transmisión sexual (97,60 %). La prevalencia del VIH fue del 0,3 % entre los hombres, más alta entre personas del mismo sexo (15,2 %), transgénero (13,8 %) y profesionales del sexo (1,3 %). El programa TARGA de Perú se inició el 13 de mayo de 2004, desarrollado a través del MINSA.⁷

El personal de enfermería brinda cuidados utilizando un método científico de trabajo, mediante el proceso de atención, en el cual se realiza un trabajo organizado, planificado y evaluado, para lo cual elabora y ejecuta la intervención de los cuidados en funciones de prioridades; la atención que brinda es humanizada durante todas las etapas de proceso de atención de enfermería dado a cada usuario, considerándose como un cuidado holístico y único, teniendo respeto a sus costumbres, cultura, creencias y hábitos, recuperando a la familia para que participe en la recuperación del usuario.⁸

Métodos

El estudio es de método de caso clínico y de enfoque cualitativo realizado en un hospital del Callao, Servicio de hospitalización de medicina en el mes de mayo. Para la recolección de datos se utilizó la teoría de Marjory Gordon, se procedió a digitalizar los datos obtenidos en las tablas establecidas, utilizando para el diagnóstico de enfermería las nomenclaturas taxonómicas NANDA undécima edición. Para lograr los resultados esperados se utilizó la taxonomía Nursing outcomes classification NOC sexta edición y para las intervenciones de enfermería codificadas la taxonomía NIC séptima edición, con codificaciones internacionales, los cuales serán se describirán, interpretarán y generarán los resultados que posteriormente serán discutidos.

Caso clínico

Adulto de 31 años de edad con diagnósticos síndrome de distrés respiratorio agudo, infección retroviral sin TARGA, úlcera genital, al examen físico paciente agitado, ojeroso, quejumbroso, ansioso, preocupado, por momentos está comunicativo, piel pálida y caliente al tacto, mucosa seca, ventilando espontáneamente con apoyo de oxígeno Venturi a 12 litros por minuto con un FiO₂ de 40 %, presenta disnea, tiene dificultad para deglutir, se evidencian movimientos torácico activos aumentados, a la auscultación presenta sibilancias en hemitórax derecho, abdomen doloroso a la palpación EVA 7/10, presencia úlcera en área genital, miembros superiores e inferiores con fuerza disminuida, diaforético, funciones vitales: PA: 120/60; FR: 24 x min; Temperatura: 38 °C; FC: 86 x min; SO₂: 92 %.

Exámenes auxiliares: hemoglobina 7,0 g/dl, hematocrito 43 %, plaquetas 118/mm³, grupo sanguíneo O+, glucosa 120 mg/dl, pH: 7,42, HCO₃: 25 mmol/L, Na⁺: 141 mEq/L, K⁺: 132 mmol/L.

Valoración de enfermería

Patrón I

Percepción-manejo de la salud: antecedentes de enfermedad de transmisión sexual, VIH: dificultad respiratoria, presencia de secreciones úlceras genitales.

Patrón II

Nutricional metabólico: mucosa oral seca, dificultad para deglutir los alimentos, piel seca, pálida, uñas cianóticas, presenta temperatura: 38 °C, disminución de peso en los últimos seis meses.

Patrón III

Eliminación: vesical: adecuado flujo urinario. Intestinal: estreñimiento, dolor abdominal EVA 7/10.

Patrón IV

Actividad-ejercicio: paciente en reposo absoluto, disminución de fuerza muscular, respiración irregular FR 22 x min. fatiga y disnea, con Venturi recibiendo oxígeno a 12 litros por minuto, presenta temperatura: 38 °C, saturación de oxígeno = 92 %, crepitación en ambos campos pulmonares.

Patrón V

Sueño-descanso: inadecuado, dificultad para conciliar el sueño por sensación de ahogo.

Patrón VI

Perceptivo-cognitivo: escala de Glasgow de 15 puntos: RO: (4) RV (5) RM: (6).

Patrón VII

Autopercepción-autoconcepto: presenta descuido en su imagen personal.

Autovaloración: sentimientos expresados: refiere temor a la muerte.

Patrón VIII

Rol-relaciones: paciente y familia muy preocupados ante los acontecimientos de su enfermedad.

Patrón IX

Sexualidad-reproducción: presenta conducta de riesgo, tiene dos parejas sexuales.

Patrón X

Adaptación-tolerancia al estrés: presenta ansiedad, temor y tristeza ante su enfermedad y posible muerte.

Patrón XI

Valores-creencias: no evaluable.

Priorización de diagnósticos enfermeros

(00033): Deterioro de la ventilación espontánea, relacionado con la fatiga de los músculos respiratorios, evidenciado por la alteración de la frecuencia respiratoria 22 x min (tabla 1).

(00007): Hipertermia relacionada con deshidratación, evidenciado por piel caliente al tacto Temperatura = 38 °C (tabla 2).

(00011): Estreñimiento relacionado con hábitos de defecación irregular, evidenciado por dolor abdominal EVA 7/10 (tabla 3).

(001039): Deterioro de la deglución, relacionado con problemas con la conducta alimentaria, evidenciado por infección pulmonar recurrente, tos antes de deglución (tabla 4).

(00146): Ansiedad relacionada con amenaza para el estado actual, evidenciada por el aumento de frecuencia respiratoria (tabla 5).

Tabla 1

Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00033) deterioro de la ventilación espontánea relacionado con la fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por la alteración de la frecuencia respiratoria 22 x min.

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
Datos subjetivos: Paciente refiere: «me encuentro mal, no puedo respirar y tengo mucha tos».	00410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. Indicadores:	3140 Manejo de la vía aérea Actividades	El manejo adecuado de las vías aéreas asegura la permeabilidad y facilita las maniobras para el intercambio de gases, evitando complicaciones que puedan surgir. ⁹	041004 Frecuencia respiratoria (+3) 4 (L)
Datos objetivos: A la observación, presenta disnea y está con una respiración de 22 por minuto y saturación de 92 %.	041004 Frecuencia respiratoria (1) G Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4	Aspiración de vías aéreas Posicionar al paciente en semi fowler para aliviar la disnea. Monitorizar el estado respiratorio y oxigenación.		041020 Acumulación de esputo (+3) 4 (L)
(00033) Deterioro de la ventilación espontánea, relacionado con la fatiga de los músculos respiratorios, evidenciado por la alteración de la frecuencia respiratoria (FR: 22 x min).	041020 Acumulación de esputo (1) G Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4 041012 Capacidad de eliminar secreciones (1) G Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4	Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. Administración de tratamiento con aerosol, según indicación médica. Administración de oxígeno humidificado, según indicación médica. Realizar registro enfermero.		041012 Capacidad de eliminar secreciones (+3) 4 (L)

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, basado en Herdman H. (2018), p. 258; Moorhead S. (2018), p. 403; Butcher H. (2018), p. 294

Tabla 2
Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00007) hipertermia relacionado con deshidratación evidenciado por piel caliente al tacto Temperatura = 38 °C

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
Datos subjetivos: Paciente refiere «me duele mucho la cabeza».	00800 Termorregulación Indicadores: 080001	3786 Tratamiento de la hipertermia Actividades:	El tratamiento de la hipertermia incluye la administración de medicamentos, de medios físicos y otras medidas para restablecer los valores normales de la temperatura corporal del paciente, así como brindar cuidados de apoyo. ¹⁰	080001 Temperatura cutánea aumentada (+3) 5 (N)
Datos objetivos: Al examen paciente piel caliente al tacto. Temperatura = 38 °C	Temperatura cutánea aumentada (2) S Diana Mantener a: 4 Aumentar a: 5	Monitoreo de los signos vitales. Aplicar métodos de enfriamiento externos. Administrar líquidos endovenosos.		080014 Deshidratación (+3) 5 (N)
(00007) Hipertermia relacionada con deshidratación, evidenciada por piel caliente al tacto. Temperatura = 38 °C	080014 Deshidratación (2) S Diana Mantener a: 4 Aumentar a: 5 080019 Hipertermia (2) S Diana Mantener a: 4 Aumentar a: 5	Administrar medicamentos según prescripción médica Monitorizar la temperatura. Realizar registro enfermero.		080019 Hipertermia (+3) 5 (N)

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, basado en Herdman H. (2018), p. 458; Moorhead S. (2018), p. 581; Butcher H. (2018), p. 428.

Tabla 3

Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00011) estreñimiento relacionado con hábitos de defecación irregular, evidenciado por dolor abdominal EVA 7/10

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC	
Datos subjetivos: Paciente refiere: «hace tres días no hago deposiciones».	0501 Eliminación intestinal Indicadores:	0450 Manejo del estreñimiento/ impactación fecal	El manejo del estreñimiento consiste en el cambio de la alimentación como en el hábito de defecación, si la constipación es secundaria de ser posible se debe de tratar la patología y evitar el uso de medicamentos, así como alimentos ricos en fibra e ingesta de líquidos. ¹¹	50104 Cantidad de heces en relación con la dieta. (+4) 5 (N)	
Datos objetivos: Se observa que el paciente presenta dolor de abdomen. EVA 7/10	050104 Cantidad de heces en relación con la dieta. (1) G Diana Mantener a: 4 Aumentar a: 5	Actividades: Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal. Verificar la existencia de peristaltismo. Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado.			050128 Dolor con el paso de las heces (+4) 5 (N)
(00011) Estreñimiento relacionado con hábitos de defecación irregular, evidenciado por dolor abdominal. EVA 7/10	050128 Dolor con el paso de las heces (1) G Diana Mantener a: 4 Aumentar a: 5	Explicar al paciente la etiología del problema y las razones de las actuaciones. Explicar el procedimiento al paciente y a la familia. Verificar la orden médica para el enema y la ausencia de cualquier contraindicación. Enseñar al paciente/familia el tiempo necesario para la resolución del procedimiento. Realizar registro enfermero.			050110 Estreñimiento (+4) 5 (N)
	050110 Estreñimiento (1) G Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4				

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, basado en Herdman H. (2018), p. 215; Moorhead S. (2018), p. 358; Butcher H. (2018), p. 313.

Tabla 4

Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (001039) deterioro de la deglución relacionado con problemas con la conducta alimentaria, evidenciado por infección pulmonar recurrente, tos antes de deglución

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
Datos subjetivos: Paciente refiere: «no puedo pasar la comida».	1011 Estado de deglución fase esofágica Indicadores:	1056 Alimentación enteral por sonda Actividades	La alimentación enteral por sonda es un método invasivo para recibir nutrientes a través del dispositivo sonda nasogástrica en el caso de que el paciente no pueda obtener suficientes nutrientes al comer y beber. Permite brindar aporte de nutrientes para obtener aumento de peso corporal y alcanzar los percentiles de acuerdo peso/ edad, mejorando el estado nutricional. ¹²	101101 Atragantamiento y/o tos con la deglución. (+2) 3 (M)
Datos objetivos: Paciente con dificultad de deglución al ingerir alimentos. (001039) Deterioro de la deglución relacionado con problemas con la conducta alimentaria, evidenciado por infección pulmonar recurrente tos antes de deglución.	101101 Atragantamiento y/o tos con la deglución (1) G Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4 101104 Incomodidad con la deglución (1) G Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4 101119 Ahogo por las noches (1) G Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4	Explicar el procedimiento al paciente. Insertar una sonda nasogástrica de acuerdo con el protocolo del centro. Verificar si la sonda se encuentra colocada correctamente, inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción de aire, según el protocolo del centro. Marca el tubo en la punta de salida para mantener la colocación correcta. Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 a 8 horas, según corresponda. Elevar la cabecera de la cama de 30 a 45 grados durante la alimentación. Al finalizar la alimentación, esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive. Irrigar la sonda después de cada alimentación. Realizar registro enfermero.		101104 Incomodidad con la deglución. (+2) 3 (M) 101119 Ahogo por las noches. (+2) 3 (M)

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, basado en Herdman H. (2018), p. 169; Moorhead S. (2018), p. 379; Butcher H. (2018), p. 68.

Tabla 5
Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00146) ansiedad relacionada con amenaza para el estado actual, evidenciado por aumento de frecuencia respiratoria

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
Datos subjetivos: Paciente refiere que «tiene mucho temor a la muerte».	1211 Nivel de ansiedad Indicadores: 121104 Distrés (2) S Diana	5820 Disminución de la ansiedad Actividades: Explicar todos los procedimientos, incluido las posibles sensaciones que se puede experimentar durante el procedimiento. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. Brindar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Escuchar con atención lo que verbaliza. Favorecer un ambiente que facilite la confianza. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. Observar signos verbales y no verbales. Realizar registro enfermero.	Disminución de ansiedad: la información verbal y el asesoramiento de la enfermera es la estrategia más adecuada para reducir el estado de ansiedad del paciente; facilitando la comunicación, aclarando duda, creencias, temor a lo desconocido, enseñando técnicas de autocuidado y seguridad para reducir la ansiedad. ¹³	121104 Distrés (+2) 4 (L) 121117 Ansiedad verbalizada (+2) 4 (L)
Datos objetivos: Paciente se observa muy ansioso. (00146) Ansiedad relacionada con amenaza para el estado actual, evidenciada por aumento de frecuencia respiratoria.	Mantener a: 3 Aumentar a: 4 121117 Ansiedad verbalizada (2) S Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4 121121 Aumento de frecuencia respiratorio (2) S Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4			121121 Aumento de la frecuencia respiratorio (+2) 4 (L)

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, basado en Herdman H. (2018), p. 352; Moorhead S. (2018), p. 452; Butcher H. (2018).

Discusión

El actual caso clínico se realizó en un paciente adulto con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio agudo, infección retroviral sin TARGA y úlcera genital. La intervención de enfermería fue efectuada de manera integral y organizada para verificar necesidades que presenta el paciente. El producto alcanzado muestra el logro de los objetivos que se plantearon para estabilizar la situación del paciente y prevenir complicaciones en la enfermedad, aplicando los cuidados e intervenciones de enfermería necesarios y poder lograr un resultado óptimo.

Al analizar los datos del primer diagnóstico: deterioro de la ventilación espontánea relacionado con la fatiga de los músculos respiratorios, evidenciado por la alteración de la frecuencia respiratoria (FR: 22 x min), como resultado, después de las intervenciones de enfermería, se obtuvo un 80 % del cumplimiento del objetivo, mientras que el 20 % se encuentra en progreso de recuperación. La NANDA define al deterioro de la ventilación espontánea como la incapacidad para iniciar y/o mantener la respiración independiente para el mantenimiento de la vida.¹⁴ El SDR, mayormente, inicia en un 10,4 % en todos los usuarios que ingresan a la Unidad de cuidados intensivos, produciéndose un deceso de 63 %, ocasionado el aumento de fallecidos, la falta de igualdad en el tratamiento de la enfermedad; por eso, es importante tener unas guías de práctica clínica, la cual debe de estar diseñado para el manejo del tratamiento de acuerdo con la mejor evidencia científica.¹

Al analizar los datos del segundo diagnóstico: hipertermia relacionado con deshidratación evidenciado por piel caliente al tacto, con una temperatura = 38 °C, se obtuvo como resultado, después de las intervenciones de enfermería, un 100 % del cumplimiento del objetivo. Según la definición de NANDA, hipertermia es el temple corporal central que está por encima del rango normal diurno por una falla de la termorregulación.¹⁴ La hipertermia es la temperatura corporal más alta de lo normal. Una temperatura normal varía entre las personas, entre los valores de 36 a 37 °C, la fiebre es un signo, no una afección. Con frecuencia es una señal que el organismo usa para combatir una afección o enfermedad.¹⁵

Al analizar los datos del tercer diagnóstico: estreñimiento relacionado con hábitos de defecación irregular evidenciado por dolor abdominal EVA 7/10. Se obtuvo como resultado, después de las intervenciones de enfermería, un 100 % del cumplimiento del objetivo. Según la definición de la NANDA, el estreñimiento es la evacuación de heces infrecuente o con dificultad.¹⁴ Estreñimiento es cuando un individuo evacua materia fecal dura o seca en menos de tres veces en siete días. Algunas veces la evacuación es dolorosa.¹⁵

Al analizar los datos del cuarto diagnóstico: deterioro de la deglución relacionado con problemas con la conducta alimentaria, evidenciado por infección pulmonar recurrente, tos antes de deglución, se obtuvo como resultado, después de las intervenciones de enfermería, un 60 % del cumplimiento del objetivo, mientras que el 40 % se encuentra en mira de recuperación. La NANDA define al deterioro de la deglución como la acción anormal del procedimiento de la deglución ayudado con un déficit en la estructura o función oral, faríngea o esofágica.¹⁴ El problema para tragar es conocido como disfagia. Tiene dificultad para pasar alimentos o líquidos por la garganta. Algunas personas jadean, tosen o se ahogan cuando intentan tragar alimentos. Otras sienten que la comida se les queda atascada en la garganta.¹⁶ Dentro de las complicaciones se encuentra el atragantamiento, la neumonía y la malnutrición.¹⁷

Al analizar los datos del quinto diagnóstico: ansiedad relacionada con amenaza para el estado actual, evidenciado por temor, se obtuvo como resultado, después de las intervenciones de enfermería, un 80 % del cumplimiento del objetivo, mientras que el 20 % se encuentra en miras de recuperación. La NANDA define a la ansiedad como la respuesta emocional ante una amenaza difusa en donde la persona pronostica un peligro próximo, una catástrofe o una desgracia.¹⁴ La ansiedad es una emoción normal que se siente cuando los sujetos perciben una amenaza externa o interna. La ansiedad normal es indefinidamente leve y pasajera, producto de un acto estresante, sin embargo, la ansiedad anómala es desigual y alargada para el estímulo desencadenante.¹⁸ Asimismo, se hace mención que durante el contexto de la pandemia los factores externos que alteran el bienestar mental han aumentado produciendo el incremento de personas con ansiedad.¹⁴

Conclusiones

El proceso de cuidado de enfermería se efectuó a través de actividades por medio de un plan de cuidados de enfermería en respuestas humanas a un contexto biopsicosocial; se superpuso a las necesidades del paciente adulto con cuidados individualizados y dirigidos al cuidado basado en evidencias, cuyos cuidados fueron seguros y eficaces para alcanzar la mejoría del paciente adulto frente al estado delicado que presentó en su valoración.

Se reconocieron cinco diagnósticos de enfermería, en los cuales se lograron los objetivos dados entre 60 a 100 %. En el primer diagnóstico (00033): deterioro de la ventilación espontánea relacionado con la fatiga de los músculos respiratorios, evidenciado por la alteración de la frecuencia respiratoria 22 x min., se logró el 80 % del objetivo planteado y el 20 % queda en proceso de cumplimiento. En el segundo diagnóstico (00007): hipertermia relacionada con deshidratación evidenciada por piel caliente al tacto con temperatura = 38 °C, se logró el 100 % del objetivo planteado. En el tercer diagnóstico (00011): estreñimiento relacionado con hábitos de defecación irregular evidenciado por dolor abdominal EVA 7/10, se logró el 100 % del objetivo planteado. En el cuarto diagnóstico (001039): deterioro de la deglución relacionado con problemas con la conducta alimentaria, evidenciado por infección pulmonar recurrente, tos antes de deglución, se logró el 60 % del objetivo planteado y el 40 % se encuentra en proceso de cumplimiento. Finalmente, en el quinto diagnóstico (00146): ansiedad relacionada con amenaza para el estado actual evidenciada por aumento de frecuencia respiratoria, se logró el 80 % del objetivo planteado quedando el 20 % en proceso de cumplimiento.

Referencias

1. Cardinal-Fernández P, Correger E, Villanueva J, Ríos F. Distrés respiratorio agudo del síndrome a la enfermedad [Internet]. Dialnet. 2016 [citado el 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2020.v44/e27/>
2. Del Prado Olmedo Bueno M, Muñoz Ruíz AM. Cuidados de enfermería del paciente crítico: uso de escalas de sedoanalgesia. Rev. Paraninfo Digital. 2013; 19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/135d.php>.
3. Bernard GR, Artigas A, Brigham KL, et al. The American-European Consensus Conference on ARDS: definitions, mechanisms, relevant outcomes, and clinical trial coordination. Intensive Care med. 1994; 20(3):225-232.
4. Wheeler P, Bernard GR. Acute lung injury and acute respiratory distress syndrome: a clinical review. Lancet. Acute Respiratory Distress Syndrome. Choi AM. Informa Healthcare, 2007 - Libro 2007; 369(9572):1553-1564.
5. John J. Gallagher, RN, CCNS, CCRN, RRT, MSN. Síndrome de distrés respiratorio agudo. 2010; 28(3):26-32. <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf/S0212538210703630>
6. OMS. VIH/sida [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
7. Casabella C, Murias G. Fisiología del síndrome de dificultad respiratoria aguda. En: Chiappero G, Villarejo F. Ventilación Mecánica. 2.ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana. 2010; 161-175.
8. Caironi P, Cressoni M, Chiumello D, Ranieri M, Quintel M, Russo SG, et al. Lung Opening and Closing during Ventilation of Acute Respiratory Distress Syndrome. Am J Respir Crit Care Med. 2010; 181:578-86.
9. Ige Afuso M, Chumacero Ortiz J. Manteniendo la permeabilidad de las vías aéreas - Scielo Perú. 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a11v27n4.pdf>.
10. Romero, Carrillo, Meza y Sosa. Actualidades en el tratamiento de la fiebre en el paciente con sepsis y choque séptico: controversias y recomendaciones basadas en evidencia Med. Int. Méx. enero de 2017; 33(1):99-108. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com › aladefe › articulo › m>.
11. Lade y Umpierre. Manejo del paciente con constipación Arch. Med Interna. 2012; 34(3):67-78 Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy › pdf › ami>.
12. Martínez-López MA, Pérez-Constantino M, Montelongo-Meneses PP. Enfermería Universitaria, enero-marzo de 2014; 11(1):36-4 Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)72662-4](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(14)72662-4) <https://www.sciencedirect.com/>
13. Rojas y Acevedo. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes

- sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá, cumana, Venezuela. Saber. Cumaná, septiembre de 2013; 25(3). Disponible en: <http://ve.scielo.org> > Scielo
14. Herdman H, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición Internacional AN, Elsevier Castellano, 2020.
 15. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. MedlinePlus. Información de salud para usted. [https://medlineplus.gov/spanish/fever.html#:~:text=La %20fiebre %20es %20una %20temperatura, combatir%20una%20enfermedad%20o%20infecci%C3%B3n](https://medlineplus.gov/spanish/fever.html#:~:text=La%20fiebre%20es%20una%20temperatura,combatir%20una%20enfermedad%20o%20infecci%C3%B3n).
 16. Cancer.Net. Información al paciente aprobado por el médico. American Society of Clinical Oncology (ASCO). 2021.
 17. Personal Médico de Mayo Clinic. Disfagia. Mayo Clinic. 2022. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dysphagia/symptoms-causes/syc-20372028>
 18. Sánchez Pedreño FO. Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ansiedad>.
 19. Centella-Centeno DM. Funcionalidad familiar y ansiedad, estado-rasgo por contexto de la COVID-19 en discentes de enfermería. Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería, 2021; 1(1):103-112. Recuperado de <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1144>

Correspondencia

marthapadilla620@yahoo.com

Fecha de recepción: 4/10/2022

Fecha de aceptación: 5/10/2022