



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**TRABAJO ACADÉMICO**  
**PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE**  
**CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN**  
**EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE**  
**AZÁNGARO-2020**

**PRESENTADO POR:**  
**NOEMI ZAIDA CCARI MAMANI**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN**  
**ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN**  
**EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**JULIACA - PERÚ**  
**2021**



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN**  
**ENFERMERIA**  
**TRABAJO ACADÉMICO**  
**PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON**  
**INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EMERGENCIA**  
**DEL HOSPITAL DE AZÁNGARO-2020**  
**PRESENTADO POR:**  
**NOEMI ZAIDA CCARI MAMANI**  
**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**  
**EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN**  
**EMERGENCIAS Y DESASTRES**  
**APROBADA POR EL JURADO:**

**PRESIDENTE**

:

  
Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

**PRIMER MIEMBRO**

:

  
Dra. SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA

**SEGUNDO MIEMBRO**

:

  
Dr. FREDY TORIBIO CHALCO VARGAS

LINEA DE INVESTIGACION: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS SEG 09



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 079-2021-SEP-EPG/UANCV**

Juliaca, 2021, octubre 26.

**VISTO:**

Los Expedientes de, SEP. Cuidado Materno Infantil con mención en Crecimiento y Desarrollo N° 12558, 12665, 022053, 023054 y 19781 Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres N° 021387, 021589, 020782, 021686 y 011234 Cuidado Materno Infantil, Neonatología N° 021784 Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas N° 020362 de diferentes Sedes, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

**CONSIDERANDO:**

Que, los egresados de los Programas de Segunda Especialidad Profesional en Cuidado Materno Infantil con mención en Crecimiento y Desarrollo, Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, Cuidado Materno Infantil, Neonatología y Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas de Juliaca; solicitan el sorteo de Jurados y Fijación de fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 25 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO.** - NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico a los egresados de los Programa de Segunda Especialidad Profesional Cuidado Materno Infantil con mención en Crecimiento y Desarrollo, Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, Cuidado Materno Infantil, Neonatología y Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el artículo Segundo de la O presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

- |                 |   |      |                              |
|-----------------|---|------|------------------------------|
| Presidente      | : | Dra. | TORRES CONDORI GLADYS MARUJA |
| Primer Miembro  | : | Dra. | CRUZ COLCA SILVIA NAITIVIDAD |
| Segundo Miembro | : | Dr.  | CHALCO VARGAS FREDY TORIBIO  |

**SEGUNDO.** - DETERMINAR que LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

- |       |   |                                  |
|-------|---|----------------------------------|
| Lugar | : | Sede JULIACA                     |
| Fecha | : | miércoles 27 de octubre del 2021 |
| Hora  | : | 08:00 a.m.                       |



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 079-2021-SEP-EPG/UANCV**

Juliaca, 2021, octubre 26.

**PROGRAMA Cuidado Materno Infantil con mención en Crecimiento y Desarrollo - Trabajo Académico**

Nº	EXP.	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	MODO DE SUSTENTACIÓN	SEDE
01	12558	70086669	VALENCIA LEON LUZ MARIBEL	PRESENCIAL	JULIACA
02	12665	40607070	MOLINA TICONA LUISA SOLEDAD	PRESENCIAL	JULIACA
03	022053	41935465	CHAÑA ACHAHUANCO UBALDINA RUTH	PRESENCIAL	JULIACA
04	023054	29416922	VILCA GONZALES GLADYS GRACIELA	PRESENCIAL	JULIACA
05	19781	42164429	CONDRI PARI MIRIAN MADELEYNE	PRESENCIAL	JULIACA

**PROGRAMA Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres- Trabajo Académico**

Nº	EXP.	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	MODO DE SUSTENTACIÓN	SEDE
01	021387	44631217	LUPACA LUPACA YENI MARISOL	PRESENCIAL	JULIACA
02	021589	42386995	SOLIS OCHOA KATERINE	PRESENCIAL	JULIACA
03	020782	40459957	CHOQUEHUANCA MACEDO ZULEMA	PRESENCIAL	JULIACA
04	021686	04748786	MAYTA PUMA MILIAM SANTINA	PRESENCIAL	JULIACA
05	011234	02438540	CCARI MAMANI NOEMI ZAIDA	PRESENCIAL	JULIACA

**PROGRAMA Cuidado Materno Infantil, Neonatología - Trabajo Académico**

Nº	EXP.	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	MODO DE SUSTENTACIÓN	SEDE
01	021784	40429506	CALLI QUISPE CECILIA	PRESENCIAL	JULIACA

**PROGRAMA Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas- Trabajo Académico**

Nº	EXP.	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	MODO DE SUSTENTACIÓN	SEDE
01	022362	02429166	QUISOCALA SUPO MADELEY DINA	PRESENCIAL	JULIACA

**TERCERO. - AUTORIZAR** la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
 ESCUELA DE POSGRADO  
 Dr. Félix C. Ochatoma Paravicino  
 DIRECTOR (e)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
 ESCUELA DE POSGRADO  
 Mgtr. LUIS CHAYÑA AGUILAR  
 SECRETARIO ACADÉMICO

C.C/ Arcv. EPG-2021 (02)  
 CARGO (01)

Jr. Loreto N° 450 - 051-323175 - Pág. Web: www.epg.uancv.edu.pe - Juliaca - Perú



## PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE AZÁNGARO-2020

### INFORME DE ORIGINALIDAD

**30%**

INDICE DE SIMILITUD

**25%**

FUENTES DE INTERNET

**2%**

PUBLICACIONES

**24%**

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez</b> Trabajo del estudiante	<b>12%</b>
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------	------------

<b>2</b>	<b>doaj.org</b> Fuente de Internet	<b>10%</b>
----------	---------------------------------------	------------

<b>3</b>	<b>repositorio.uancv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
----------	-------------------------------------------------------	-----------

<b>4</b>	<b>Submitted to Universidad Nacional de Colombia</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
----------	--------------------------------------------------------------------------------	-----------

<b>5</b>	<b>Submitted to Universidad Catolica De Cuenca</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
----------	------------------------------------------------------------------------------	-----------

<b>6</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
----------	-------------------------------------------	-----------

<b>7</b>	<b>es.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
----------	------------------------------------------------	-----------


<b>8</b>	<b>studylib.es</b>	
----------	--------------------	--



## METADATOS COMPLEMENTARIOS

Título	
<b>PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE AZÁNGARO-2020</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Noemi Zaida Ccari Mamani
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02438540
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0005-5130-1027">https://orcid.org/0009-0005-5130-1027</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Dra. Gladys Maruja Torres Condori
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-5861-0392">https://orcid.org/0000-0002-5861-0392</a>
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Dra. Silvia Natividad Cruz Colca
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02422707
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-7121-0588">https://orcid.org/0000-0002-7121-0588</a>
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	Dr. Fredy Toribio Chalco Vargas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-9639-3926">https://orcid.org/0000-0001-9639-3926</a>
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09



<b>Grupo de investigación</b>	No aplica.
<b>Agencia de financiamiento</b>	Sin financiamiento
<b>Ubicación geográfica de la investigación</b>	<p><b>Ubicación</b></p> <p><b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> Azángaro  <b>Distrito:</b> Azángaro</p> <p><b>Coordenadas</b>  <b>Latitud:</b> 16° 22' 51.606" S  <b>Longitud:</b> 71° 31' 5.881" W</p> <p><b>Geolocalización</b>  <a href="https://maps.app.goo.gl/ZsFLrPE5y61V8mV28">https://maps.app.goo.gl/ZsFLrPE5y61V8mV28</a></p> 
<b>Año o rango de años en que se realizó la investigación</b>	Marzo 2020 – Julio 2021
<b>URL de disciplinas OCDE</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford</a> <a href="https://concytec-pe.github.io">https://concytec-pe.github.io</a> - Librería	<b>Enfermería</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03</a>



UNIVERSIDAD ANDINA "HÉCTOR PRADO" ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Segundo Ortiz Cansaya  
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN - EPG



**DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo Noemi Zaida Cari Mamani, identificado con DNI Nro. 02438540 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

En enfermería en Cuidado Enfermero

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación,  Trabajo Académico denominada:

Proceso de Cuidado de enfermería al paciente  
Con insuficiencia Respiratoria Aguda en Emergencia  
del Hospital de Azángaro - 2020

Asesorado por: \_\_\_\_\_

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 15 de diciembre 2023

Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella



A mi querida familia que continuamente me está apoyando genuinamente en la totalidad de mis objetivos y metas para ser cada vez mejor expertamente.



A Dios, por ser la luz que dirige mis  
medios y por darme vida,  
bienestar, astucia y solidaridad  
para enfrentar paso a paso los  
sinsabores de la vida.



## ÍNDICE

ÍNDICE.....i  
INTRODUCCION ..... iii  
OBJETIVOS .....iv

### CAPITULO I

#### VALORACION

1.1. DATOS DE FILIACIÓN ..... 1  
1.2. MOTIVO DE CONSULTA..... 2  
1.3. ENFERMEDAD ACTUAL ..... 2  
1.4 ANTECEDENTES ..... 2  
1.5 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD ..... 3  
1.6 EXÁMEN FÍSICO ..... 3  
1.7 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD ..... 4  
1.8 RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DE LABORATORIO ..... 4  
1.9 DIAGNÓSTICO MEDICO..... 6  
1.10 TRATAMIENTO MEDICO ..... 6  
1.11 VALORACIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES..... 7  
1.12 ESQUEMA DE VALORACIÓN..... 8

### CAPÍTULO II

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS..... 11  
2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS..... 12  
2.3. ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SIGNIFICATIVOS..... 14



**CAPÍTULO III**

**EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN**

3.1. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS..... 16  
3.2. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN ..... 18

**CAPÍTULO IV**

**EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN**

4.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA: ..... 26

**CAPÍTULO V**

**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

5.1 DEFINICIÓN: ..... 31  
5.2. ETIOPATOGENÍA..... 32  
5.3 FISIOPATOLOGÍA ..... 33  
5.4. CLASIFICACIÓN ..... 35  
5.5 FACTORES DE RIESGO ..... 36  
5.6 CUADRO CLÍNICO ..... 36  
5.10 CUIDADOS DE ENFERMERÍA..... 45

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS



## INTRODUCCION

El hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" de la provincia de Azángaro en este sentido, en la administración de crisis, atendemos al cliente en crisis con el análisis de la deficiencia respiratoria intensa, donde la consideración del profesional de enfermería es básica y de esencial importancia, de esta forma fomentamos el proceso de atención de enfermería (PAE), que es la utilización de la técnica lógica para la práctica de enfermería. Esta técnica nos permite prestar cuidados de enfermería de forma legítima, metódica y consecutiva.

La razón de este caso clínico es tener una información metódica y coordinada para la ejecución de las mediaciones de enfermería y consecuentemente dar una consideración viable y conveniente al paciente con una determinación de decepción respiratoria intensa.

Contenido de este trabajo académico:

Evaluación
Análisis ENFERMERO
Organización
EJECUCIÓN Y EVALUACION
Establecimiento hipotético



## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Prestar cuidados de enfermería a través del Plan de Cuidados de Enfermería al paciente con decepción respiratoria intensa de forma oportuna y potente aplicando la categorización científica NOC y NIC de la NANDA,

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar la valoración enfermera para decidir el análisis enfermero, realizar el plan de consideración individualizado según indiquen las necesidades fundamentales del paciente.
- Planificar y ejecutar intercesiones según los requisitos esenciales del paciente utilizando la clasificación científica NANDA NOC y NIC.
- Llevar a cabo la evaluación según los resultados obtenidos de las mediaciones y dar indicaciones a los familiares para el estímulo básico del paciente.



## CAPÍTULO I

### VALORACIÓN

#### 1.1. DATOS DE FILIACIÓN

- **NOMBRE y apellidos** : V.L.M.
- **EDAD** : 71 años
- **ETAPA DE VIDA** : Residente de la tercera edad
- **SEXO** : Masculino
- **FECHA DE NACIMIENTO** : 05-05-1949
- **FORMACIÓN** : Bachillerato
- **OCUPACIÓN** : En casa
- **DIRECCIÓN** : C.C. Huayrapata
- **Origen** : Azángaro
- **ESTADO Civil** : Casado(a)
- **NÚMERO DE HIJOS** : Cuatro
- **IDIOMA** : Español
- **RELIGIÓN** : Católica
- **FECHA DE SECCIÓN** : 11-01-2020
- **FECHA DE CONFIRMACIÓN** : 10:07
- **Fuente** : Niños
- **H.CL.** :46984778
- **Administración** : Crisis
- **REDACTADO POR** : Lic. Noemi CCari Mamani



## 1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Varón adulto de 71 años de edad fue trasladado hasta el centro de trauma en una silla de ruedas acompañado por sus familiares en evidente lamentable estado general, con problemas respiratorios, tormento torácico extremo, disnea, ortopnea, poliuria, edema en los apéndices inferiores.

## 1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente refiere que desde hace 10 días tiene ventosidad, tormento torácico, en evidente estado general desafortunado, mal estado dietético y desafortunada hidratación, disnea, ortopnea, poliuria y edema en los apéndices inferiores.

## 1.4 ANTECEDENTES

### FISIOLÓGICOS:

- Concebido : De parto domiciliario
- Lactancia : No refiere
- Plan de vacunas : No refiere
- Ciudadanos : Cambiados, con prevalencia

### FAMILIARES

- Familia : Inútil
- Tutores : Caducado
- Abuelos : Caducado

### PERSONALES NO PATOLÓGICO

- Expreso : No



- Licor : No
- Fumar : No
- Drogas : No

## 1.5 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

- Alojamiento : Hormigón
- Agua y electricidad : Si
- Saneamiento : Si
- Eliminación de residuos : Especialista en basura

## 1.6 EXÁMEN FÍSICO

- Piel : Tibia rosada
- Cabeza : Normo cefálica
- Ojos : Subestadios fotográficos receptivos
- Nariz : Fosas nasales porosas
- Boca : Semiseca
- Pecho : Parejo
- Corazón : Ruidos cardiacos cadenciosos
- Región Media : Tormento a la palpación
- Genitourinario : Pis constante
- Miembros Inf. Y sup. : Edema (+++)

### SIGNOS VITALES:

- Temperatura : 37.°C.
- Tensión circulatoria : 140/90 mmhg



- Frecuencia Respiratoria : 40x´
- Frecuencia Cardíaca : 155x´
- SaO2 : 74 %

### ANTROPOMETRÍA:

- Peso : 60 Kilos
- Tamaño : 1.56 cmt

## 1.7 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Paciente varón de 71 años de edad con una estación de desarrollo de la infección de unos 10 días dando desasosiego general miseria respiratoria, tormento torácico grave, disnea de franja, ortopnea, poliuria y edema de los apéndices inferiores con (+++)

## 1.8 RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DE LABORATORIO

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACION
HEMATOLOGICO			
Racimo de sangre	Factor RH "0"+		Todo incluido
Hemoglobina	12.8 gr.%		Dentro del alcance típico
Hematocrito	36.7%		Dentro del alcance estándar
Leucocitos	9,030mm3	(5,000.00-10,000.00)	Dentro de



Plaquetas	310,000.00	150,000 a 350.00	Dentro de los parámetros normales
<b>Formula Leucocitaria</b>			
Divididos	81	55-65%	Algo elevado
Abastionados	00	0-1%	Dentro del alcance típico
Eosinófilos	--	0-1%	Disminuido
<b>BIOQUIMICA</b>			
Energía creatinina	1.13 mg/dl	0.7-1.4mg/dl	Dentro del alcance típico
Urea	47 mg/dl	20-45 mg/dl	Típico
TGO activo	103	Hasta 32U/l /F)	Ampliado
TGP activo	354	Hasta 31U/l /F)	Expandido
Bilirrubina total	1.22	Hasta 1mg/dl	Típico
Bilirrubina directa	0.71	Hasta 0.2 mg/dl	Típico
Bilirrubina aberrante	0.54	Hasta 0.8 mg/dl	Mejorado
Fosfatasa antiácida	169	68-240 U/l	Típico
Amilasa activa	51	Hasta 125 U/l	Típico
PCR	+++	Negativo	Modificado



## 1.9 DIAGNÓSTICO MÉDICO

Insuficiencia Respiratoria Intensa D/C

Diabetes Mellitus Tipo 2

## 1.10 TRATAMIENTO MÉDICO

### Consistió en:

NPO

Vía periférica

Cl. Na al 9% x1000cc a xxx gotas x minuto

### Medicación:

Ceftriazone 2 gr. E.v.

Clindamycin 600 mg. E.v.

Omeprazole 40 mg. Ev.

Dexamethasone 4 mg. E.v.

Furosemide 20 mg. E.v.

Diclofenac 75 mg. I.M.

Dioxin 0.25 mg. V.O.

Captopril 25 mg. V.O.

Tratamiento con oxígeno 3 litros cada momento contingente a SaO<sub>2</sub> bajo 86%.

Nebulización con 10cc de SF al 3%.



**Se mencionan, por ejemplo, las pruebas correlativas:**

Recuento sanguíneo completo

Evaluación bioquímica

Radiografía de tórax

Reevaluación con resultados

## **1.11 VALORACIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y**

### **CLASES**

#### **DOMINIO: I PROMOCION DE LA SALUD:**

Paciente ignorante sobre los enredos de la enfermedad de flujo

#### **DOMINIO: II NUTRICION:**

El paciente presenta una mucosa oral semiseca.

#### **DOMINIO: III ELIMINACION E INTERCAMBIO**

SaO<sub>2</sub>= 74%

Presenta Poliaquiuria

#### **DOMINIO: IV ACTIVIDAD Y REPOSO:**

Paciente con inquietud general Resto molesto

#### **DOMINIO: V PERCEPCION/COGNICION:**

Claro Tolerante Situado en la Existencia

#### **DOMINIO: VI AUTOPERCEPCION:**

Paciente preocupado por un problema médico actual

#### **DOMINIO: VII ROL/RELACIONES:**

Apoyo familiar



## **DOMINIO: VIII SEXUALIDAD:**

Acorde a sexo masculino

## **DOMINIO: IX APRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRES:**

Paciente preocupado por su estado de bienestar actual.

## **DOMINIO: X PRINCIPIOS VITALES:**

Ensayando el paciente católico

## **DOMINIO: XI SEGURIDAD Y PROTECCION**

El paciente presenta resultados del centro de investigación PCR

= +++

Con paquete de flecos

Presenta emisiones traqueobronquiales

## **DOMINIO: XII CONFORT:**

El paciente presenta agonía torácica

## **DOMINIO: XIII CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

No aplica

## **1.12 ESQUEMA DE VALORACIÓN**

**Diagnóstico:** Insuficiencia Respiratoria Aguda



DATOS RELEVANTES	DOMINIOS CLASES Y CÓDIGOS	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
Paciente presenta problemas respiratorios, disnea con SaO <sub>2</sub> = 74%	Dominio: III Eliminación e Intercambio Clase: 4 : función Respiratoria Código: 00030	Sobreabundancia o escasez en la oxigenación, así como eliminación de dióxido de carbono dióxido de capa alvéolo delgado	Deterioro del intercambio de gases	Cambios de la membrana alveolo capilar
Paciente presenta cianosis lejana y ortopnea	Dominio: XI : Seguridad/Protección Clase: 2: Lesión Física Código: 00031	Fallo para sacar descargas o detonantes lote respiratorio mantenerse al día mantenerse al día rutas aéreas	Limpieza Ineficaz de vías aéreas	Relacionado con retención de secreciones
Paciente presenta tormento a nivel del tórax		Penetrable		



<p>Paciente presenta malestar general.</p>	<p>Dominio XIII: Confort Clase 1: confort físico Código: 00132</p> <p>Dominio: IV Actividad/Reposo Clase: 3 equilibrio de la energía Código: 00093</p>	<p>El tormento es una experiencia táctil desagradable y profunda provocada por una lesión tisular real o potencial de comienzo brusco o lento de cualquier fuerza, de suave a extrema, con un final esperado o predecible.</p> <p>El cansancio es la sensación tambaleante y soportada de fatiga.</p>	<p>Dolor Agudo</p> <p>Fatiga</p>	<p>Agente lesivo biológico</p> <p>Afección fisiológica evidenciada por energía insuficiente.</p>
--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------



## CAPÍTULO II

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

#### 2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

El paciente presenta miseria respiratoria

Disnea

Cianosis distal

Ortopnea

Sa O<sub>2</sub> = 74%.

Edema del apéndice inferior (+++)

Poliuria

Malestar general

Malestar en reposo

Paciente con tormento torácico extremo



## 2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS

### DOMINIO: III : ELIMINACION E INTERCAMBIO

Espacio: 3 : Fin y comercio

Clase : 4 : Capacidad respiratoria

Código 00030

Gas debilitado comercio R/C cambios en la película estrecha alveolar  
E/P miseria respiratoria y Sa O<sub>2</sub>= 74%.

### DOMINIO: III : ELIMINACION E INTERCAMBIO

Ámbito: 3 : Eliminación y comercio

Clase : 4 : Capacidad respiratoria

Código: 00030

Eliminación urinaria dificultada R/C multicausalidad E/P micción constante en poca cantidad

### DOMINIO : III : ELIMINACION E INTERCAMBIO

Dominio: 04: Actividad reposo Clase: 03:

Equilibrio de la energía

Código : 00093

Debilidad conectada con la condición fisiológica según lo probado por la energía  
Inadecuado según lo confirmado por los efectos secundarios reales ampliados

### DOMINIO: IV: ACTIVIDAD /REPOSO

Dominio : 04 : Actividad/Reposo

Clase : 01 : Sueño/Reposo



Código : 00198

Resto diseño revoltijo conectado con variables internas (tormento especialista dañino orgánico) apareció por articulación verbal.

**DOMINIO: XI : SEGURIDAD/PROTECCION**

Dominio : 11 : Seguridad/Protección

Clase : 2 : Lesión Física

Código : 00031

Incapaz ruta aviación libertad R/C mantenimiento de altas E/P disnea ortopnea y frecuencia respiratoria 40 cada momento

**DOMINIO: XII : CONFORT**

Dominio : 12 : Dolor Agudo Clase

: 1 : Confort físico

Código : 00132

- Agonía intensa relacionada con una lesión orgánica especializada demostrada por la mirada de tormento.



### 2.3. ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SIGNIFICATIVOS

Nro.	Diagnóstico de Enfermería	Dominio	Análisis e interpretación de datos
01	Débil comercio de gas R / C cambios en la película delgada alveolar E / P problemas respiratorios y Sa O <sub>2</sub> = 74%.	Dominio: III : Eliminación e Intercambio Clase: 4 : Función Respiratoria Código: 00030	El vehículo de O <sub>2</sub> es el resultado del rendimiento cardíaco y de la cantidad de este gas contenida en la sangre. En la sangre más del 97% de las partículas de O <sub>2</sub> están unidas reversiblemente a la hemoglobina, siendo la suma desintegrada una pequeña parte del agregado, a pesar de que decide la tensión fraccional del gas en la sangre. La mayor parte del O <sub>2</sub> está unido al hierro de la hemoglobina que enmarca la oxihemoglobina. En el caso actual el debilitamiento del comercio de gas se ve a causa del ajuste de la capa alveolar vellosa.



02	Ineficaz ruta aérea libertad R/C Held descarga E/P disnea, ortopnea y frecuencia respiratoria durante 40 minutos.	Dominio XII : Confort Clase : 1 : Confort Físico Código : 00132	La reunión de descargas traqueo-bronquiales no permite el paso típico de oxígeno a los pulmones para que el ciclo de hematosis pueda completarse regularmente, creando consecuentemente disnea, cianosis, ortopnea y recurrencia respiratoria expandida en el paciente.
03	Agonía intensa relacionada con una lesión natural del especialista, confirmada por la mirada de tormento.	Dominio XII : Confort Clase : 1 : Confort Físico Código : 00132	En el caso actual, el intenso tormento torácico se debe esencialmente al esfuerzo respiratorio y a la utilización de los músculos friliales de la respiración.
04	Debilidad relacionada con la condición fisiológica confirmada por la falta de energía y la expansión de los efectos secundarios reales.	Dominio XII : Confort Clase : 1 : Confort Físico Código : 00132	Las enfermedades neumónicas presentan disnea con el esfuerzo real, durante el ejercicio el cuerpo libera más dióxido de carbono y consume una cantidad más destacada de



## CAPITULO III

### 3.1. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

**Diagnóstico de Enfermería:**

Debilitado comercio de gas R / C cambios en la película fina alveolar E /  
P problemas respiratorios y Sa O<sub>2</sub> = 74%.

**Objetivo:**

Disminución de la desintegración del comercio de gas con las mediaciones de enfermería mediante la administración de tratamiento de oxígeno y mostró la medicina.

**Diagnóstico de Enfermería:**

Incapaz ruta aviación libertad R/C Mantenimiento de altas E/P  
Disnea, ortopnea y frecuencia respiratoria durante 40 min.

**Objetivo:**

Dará libertad de ruta a la aviación viable avanzando en la nebulización.

**Diagnóstico de Enfermería:**

Agonía intensa relacionada con una lesión natural del especialista,  
confirmada por aspecto del tormento

**Objetivo:**

Disminuya el tormento intenso ofreciendo ayuda cerca de casa y



dirigiendo la droga demostrada y la ausencia de dolor.

**Diagnóstico de Enfermería:**

**Objetivo:**

**Diagnóstico de Enfermería:**

Cansancio relacionado con la condición fisiológica demostrada por la energía Falta y ampliación de los efectos secundarios reales

**Objetivo:**

Trabajar en la prosperidad amplia y la energía adecuada a través de la medicina y las técnicas mostradas.

**Diagnóstico de Enfermería:**

**Objetivo:**

**Diagnóstico de Enfermería:**

Descanso diseño inquietante influencia conectada con factores internos (tormento especialista nocivo orgánico) apareció por articulación verbal.

**Objetivo:**

Decline Rest Ejemplo Problema con la droga tormento y métodos de relajación.



### 3.2. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Servicio: Emergencia  
Nombre del Paciente: V.L.M

Dx: Insuficiencia Respiratoria Aguda  
Edad: 71 años

Diagnóstico de Enfermería	(NOC)	(NIC)	Fundamento Científico	Evaluación (NOC)																																																
<p>Área: III: Fin y Comercio</p> <p>Clase : 4: Capacidad respiratoria</p> <p>Código 00030 Cambios de capa R/C de comercio de gas impedido.</p> <p>Problema respiratorio</p>	<p><b>Área:</b> Fin y Comercio</p> <p><b>Clase:</b> Capacidad Respiratoria</p> <p><b>Código</b> 0402</p> <p>Estado Respiratorio: Gas Comercio</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód.040211 Saturación de Oxígeno</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040203 Disnea en reposo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040206 Cianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntaje basal: 09</p>	Indicadores	1	2	3	4	5	Cód.040211 Saturación de Oxígeno				X		Cód.040203 Disnea en reposo				X		Cód.040206 Cianosis				X		<p><b>Código 3140</b></p> <p>Ruta de la aviación Los ejecutivos</p> <p><b>Ejercicios:</b></p> <p>Pantalla de inmersión en oxígeno.</p> <p>Colocar al paciente en posición semi-fowle a 45° para calmar la disnea.</p>	<p>La motivación detrás del proceso del comercio del gas es la obsesión del oxígeno y el final del dióxido de carbono durante la respiración; sucede por la diseminación directa para el ángulo medio de la tensión y sin el uso de la energía, por ello la presión El foco fraccionario de oxígeno en el clima</p>	<p><b>Código:</b> 0402</p> <p>Estado Respiratorio: Intercambio gaseoso</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód.040211 Saturación de Oxígeno</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040203 Disnea en reposo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040206 Cianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntaje Final: 12 Puntaje Diana: 15 Puntaje Basal: 09 Puntaje Final: 12 15.....100% 12.....X X=80%</p>	Indicadores	1	2	3	4	5	Cód.040211 Saturación de Oxígeno				X		Cód.040203 Disnea en reposo				X		Cód.040206 Cianosis				X	
Indicadores	1	2	3	4	5																																															
Cód.040211 Saturación de Oxígeno				X																																																
Cód.040203 Disnea en reposo				X																																																
Cód.040206 Cianosis				X																																																
Indicadores	1	2	3	4	5																																															
Cód.040211 Saturación de Oxígeno				X																																																
Cód.040203 Disnea en reposo				X																																																
Cód.040206 Cianosis				X																																																



<p>E/P alveolar estrecho y O2 Sa = 74%.</p>		<p>Administración de oxígeno humidificado.</p> <p>Revisión del estado respiratorio y de oxigenación.</p> <p>Organización de la prescripción demostrada.</p>	<p>exterior es concluyente y el ser vivo responde de diversas maneras a las variedades de esta medida.</p>	<p><b>Comprensión:</b> Se obtuvieron 12 enfoques desde una desviación moderada del alcance típico hasta una desviación leve del alcance ordinario lo que hace un 80%.</p>
---------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1 = Desviación extrema 2= Desviación significativa 3= Desviación moderada 4= Desviación leve 5= Sin desviación



**ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN**

Servicio : Emergencia  
Aguda  
Nombre del Paciente : V.L.M

Dx: Insuficiencia Respiratoria

Edad: 71 años

Diagnóstico de Enfermería	(NOC)	(NIC)	Fundamento Científico	Evaluación (NOC)																								
<b>Dominio: XI:</b> Seguridad / Protección  <b>Clase : 2:</b> Función respiratoria  <b>Cód. 00031</b>  Insuficiente margen de ruta aérea R/C mantenimiento	<b>Dominio:</b> Seguridad/protección <b>Clase:</b> Lesión Física <b>Código:</b> 0410 Estado Respiratorio: Intercambio gaseoso	<b>Código:</b> 3230 Fisioterapia Respiratoria <b>Actividades:</b> Avanzar la posición semi-fowle utilizando cojines para ayudar al paciente en la posición legítima.  Realice la nebulización como se muestra.	En circunstancias ordinarias, la respiración es cadenciosa, se detiene y la recurrencia es constante; aunque fisiológicamente fluctúa con la edad y los ejercicios.  Para una ventilación neumónica satisfactoria, la vía	<b>Código:</b> 0410 Estado Respiratorio: Intercambio gaseoso <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód.040211 Saturación de Oxígeno</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040203 Disnea en reposo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040206 Cianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje Final: 12 Puntaje Diana: 15 Puntaje Basal: 09	Indicadores	1	2	3	4	5	Cód.040211 Saturación de Oxígeno				X		Cód.040203 Disnea en reposo				X		Cód.040206 Cianosis				X	
	Indicadores	1	2	3	4	5																						
	Cód.040211 Saturación de Oxígeno				X																							
	Cód.040203 Disnea en reposo				X																							
	Cód.040206 Cianosis				X																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód.041003 Saturación de Oxígeno</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.041006 Disnea en reposo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.0410006 Cianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 09	Indicadores	1	2	3	4	5	Cód.041003 Saturación de Oxígeno				X		Cód.041006 Disnea en reposo				X		Cód.0410006 Cianosis				X					
Indicadores	1	2	3	4	5																							
Cód.041003 Saturación de Oxígeno				X																								
Cód.041006 Disnea en reposo				X																								
Cód.0410006 Cianosis				X																								



<p>de las descargas E/P disnea, ortopnea y frecuencia respiratoria = 40X'.</p>		<p>Controlar la cantidad y el tipo de expectoración de esputo. Dar líquidos calientes para ayudar a la activación de las descargas traqueobronquiales.</p>	<p>aérea debe ser porosa, debe haber un correcto funcionamiento de los pulmones y de la pared torácica y debe ser seguido para una adecuada orientación de todo el ciclo por el centro operativo respiratorio.</p>	<p>Puntaje Final: 12 X=80%</p> <p><b>Interpretación:</b> 12 enfoques se logró pasar de una desviación moderada del alcance típico a una ligera desviación del alcance ordinario, que es del 80%.</p>
--------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1 = Desviación extrema 2= Desviación significativa 3= Desviación moderada 4= Desviación leve 5= Sin desviación



**ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN**

Servicio: Emergencia  
Nombre del Paciente: V.L.M

Dx: Insuficiencia Respiratoria Aguda  
Edad: 71 años

Diagnóstico de Enfermería	(NOC)	(NIC)	Fundamento Científico	Evaluación (NOC)																																															
<b>Dominio: XII:</b> Confort <b>Clase : 1:</b> Función respiratoria  <b>Cód. 00132</b> Agonía intensa R/C especialista en lesiones orgánicas E/P mirada de	<b>Dominio:</b> Confort <b>Clase:</b> Confort físico <b>Código:</b> 1605 Control del dolor	<b>Código:</b> 1400 Manejo del dolor  <b>Actividades:</b>  Realizar una evaluación del tormento.  Garantizar que el paciente recibe los	La agonía intensa es importante para el marco de protección del organismo y, por lo general, tiene una relación transitoria y causal reconocible con una lesión o enfermedad. De este modo, actúa como señal de aviso previo de un daño real o inminente. En	<b>Código:</b> 1605 Estado Respiratorio: Intercambio gaseoso																																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód.160502 Saturación de Oxígeno</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.160501 Disnea en reposo</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.160511 Cianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores		1	2	3	4	5	Cód.160502 Saturación de Oxígeno				X		Cód.160501 Disnea en reposo			X			Cód.160511 Cianosis				X		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód.160502 Saturación de Oxígeno</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.160501 Disnea en reposo</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.160511 Cianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Cód.160502 Saturación de Oxígeno			X			Cód.160501 Disnea en reposo			X			Cód.160511 Cianosis				X	
	Indicadores	1		2	3	4	5																																												
	Cód.160502 Saturación de Oxígeno					X																																													
	Cód.160501 Disnea en reposo				X																																														
Cód.160511 Cianosis				X																																															
Indicadores	1	2	3	4	5																																														
Cód.160502 Saturación de Oxígeno			X																																																
Cód.160501 Disnea en reposo			X																																																
Cód.160511 Cianosis				X																																															
				Puntaje Final: 10																																															
				Puntaje Diana: 15																																															



<p>tormento con valoración visual de agonía simple = 7</p>	<p>Puntaje basal: 08</p>	<p>analgésicos demostrados. Controlar los factores naturales que puedan influir en las reacciones del paciente a las molestias. Rechazar los factores que aumentan la experiencia de la agonía.</p>	<p>este sentido, el tormento desempeña un papel importante en el mantenimiento o el restablecimiento de la confianza real.</p>	<p>Puntaje Basal: 09 Puntaje Final: 10 15.....100% 10.....x X=66.6%</p> <p><b>Interpretación:</b> 10 enfoques se logró pasar de una desviación moderada del alcance ordinario a una ligera desviación del alcance típico, que es del 66,6%.</p>
------------------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1 = Desviación extrema 2= Desviación significativa 3= Desviación moderada 4= Desviación leve 5= Sin desviación



## ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Servicio: Emergencia  
Nombre del Paciente: V.L.M

Dx: Insuficiencia Respiratoria Aguda  
Edad: 71 años

Diagnóstico de Enfermería	(NOC)	(NIC)	Fundamento Científico	Evaluación (NOC)																																																	
<b>Dominio: IV:</b> Actividad/ Reposo  <b>Clase : 03:</b> Equilibrio de la energía  <b>Cód. 00093</b> Debilidad conectada con la condición fisiológica demostrada	<b>Dominio:</b> Actividad/ Reposo <b>Clase:</b> Equilibrio de la energía <b>Código:</b> 1804 Conservación de la energía.	<b>Código:</b> 180 Manejo de la Energía.  <b>Actividades:</b> Decidir el motivo de la debilidad.  Disminuir la angustia real que pueda ralentizar la	Ciertos propósitos que conducen a la debilidad son los cambios en el pH, la temperatura y el torrente sanguíneo, la agregación de los resultados de la digestión celular (en particular los subsiguientes de la hidrólisis de ATP, como ADP, AMP,	<b>Código:</b> 1804 Conservación de la energía																																																	
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód.040211 Saturación de Oxígeno</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040203 Disnea en reposo</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040206 Cianosis</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Cód.040211 Saturación de Oxígeno			X			Cód.040203 Disnea en reposo			X			Cód.040206 Cianosis			X			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód.180404 Saturación de Oxígeno</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.180407 Disnea en reposo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.180423 Cianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Cód.180404 Saturación de Oxígeno				X		Cód.180407 Disnea en reposo				X		Cód.180423 Cianosis				X	
				Indicadores	1	2	3	4	5																																												
				Cód.040211 Saturación de Oxígeno			X																																														
				Cód.040203 Disnea en reposo			X																																														
Cód.040206 Cianosis			X																																																		
Indicadores	1	2	3	4	5																																																
Cód.180404 Saturación de Oxígeno				X																																																	
Cód.180407 Disnea en reposo				X																																																	
Cód.180423 Cianosis				X																																																	
				Puntaje Final: 12																																																	
				Puntaje Diana:																																																	
				Puntaje Basal:																																																	



<p>por la energía inadecuada y los efectos secundarios reales ampliados.</p>	<p>Puntaje basal: 06</p>	<p>capacidad mental.  Limitar los impulsos ecológicos para trabajar con la relajación.  Notar la naturaleza y el área de la angustia como la agonía.</p>	<p>IMP, Pi y amonio), la deficiencia de la homeostasis de las partículas de Ca<sup>2+</sup>, el trabajo de la energía de ciertas partículas en los medios intra y extracelulares (como K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, Mg<sup>2+</sup>), la lesión muscular (actuada por el ejercicio) y la presión oxidativa.</p>	<p>Puntaje Final: 15.....100% 12.....x X=80%  <b>Interpretación:</b> 12 enfoques se logró pasar de una desviación moderada del alcance típico a una ligera desviación del alcance ordinario, que es del 80%.</p>
------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1 = Desviación extrema 2= Desviación significativa 3= Desviación moderada 4= Desviación leve 5= Sin desviación



## CAPÍTULO IV

### EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

#### 4.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA:

##### SOAPIE N° 1

Nombres y Apellidos	: V.L.M
Edad	: 71 años
Fecha	: 11/01/2020
Hora	: 10:07

"S": En el interrogatorio, el paciente dice "no puedo inhalar bien, eso es lo que siento necesito oxígeno".

"O": En la evaluación de enfermería, el paciente es un paciente masculino adulto más avezado, Clear dispuesto en la existencia varón Clear situado en espacio tiempo e individual, estado general desafortunado, estado dietético ordinario, estado de hidratación normal, en la evaluación real conjuntivas palpebrales marginalmente pálidas, películas



mucosas orales semisecas, tórax versátil a la respiración con tormento, partes privadas sin particularidades, apéndices inferiores con edema (+++) con recurrencia respiratoria 44X' y Sa O<sub>2</sub> = 74% "A": Dificultad en el comercio de gas R/C cambios en el comercio de gas R/C cambios en el suministro de oxígeno (+++).

"A" Desintegración del comercio de gas R/C cambios en la capa estrecha alveolar E/P Problemas respiratorios y Sa O<sub>2</sub> 74%.

"P" El paciente desarrollará más comercio de gas durante los cuidados de crisis.

"I" Se prestan cuidados de enfermería y se realizan las actividades complementarias.

10:10 Se comprueban las capacidades fundamentales.

10:15 Médico experto evalúa al paciente.

10:20 Se abre vía de franja en el antebrazo izquierdo.

Se perfunde cl. Na 9% x 1000cc a xxx gotas cada momento.

10:30 se administra medicación indicada

**Código: 3140**

Manejo de la vía aérea



### **Actividades:**

Comprobación de la inmersión en oxígeno

Colocar al paciente en posición de semifowle a 45° para aliviar la disnea.

Dirigir oxígeno humidificado  
Comprobar el estado respiratorio y de oxigenación.

### **Indicaciones:**

Nada por vía Oral

### **Se gestiona los exámenes complementarios**

Hemograma completo

Examen bioquímico

RX de Tórax

“E” 11:30 Paciente afirma me siento mejor ahora respiro mejor al reconsiderar paciente en evidente estado general ordinario con capacidades fundamentales estables se traslada a sala de hospitalización con valoraciones correlativas completas presenta Sa O<sub>2</sub> 87%.

---

Lic. Noemí Zaida Ccari Mamani  
CEP: N°40211



## SOAPIE N° 2

Nombres y Apellidos : V.L.M  
Edad : 71 años  
Fecha : 11/01/2020  
Hora : 10:07

"S": En el interrogatorio, el paciente alude: "Me duele mucho el pecho".

"O": En la valoración de enfermería, el paciente varón de edad avanzada, Claro, situado en tiempo, espacio e individuo, lamentable estado general, estado dietético estándar, estado de hidratación normal, en la valoración real, conjuntivas palpebrales algo pálidas, capas mucosas orales semisecas, tórax versátil a la respiración con tormento, partes pudendas sin particularidades, apéndices inferiores con edema (+++), recurrencia respiratoria 44X' y Sa O<sub>2</sub> = 74%.

"A" Agonía intensa relacionada con lesión natural de la especialista confirmada por el aspecto del tormento con evaluación visual simple del tormento = 7.

"P" El paciente disminuirá la agonía intensa, ofreciéndole ayuda domiciliaria cercana y supervisando el fármaco mostrado.

"I" Se prestan cuidados de enfermería y se realizan las actividades complementarias.

10:10 se realiza control de las funciones vitales  
10:15 Médico especialista evalúa al paciente



10:20 se apertura vía periférica en antebrazo izquierdo

Perfundiendo el. Na al 9% x 1000cc a xxx gotas por minutos

**Código: 1400**

Manejo del dolor

**Actividades:**

Realizar una evaluación del dolor

Asegurarse de que el paciente recibe la medicación analgésica prescrita.

Controlar los factores ambientales que pueden influir en las respuestas del paciente al malestar

Disminuir los factores que aumentan la experiencia de dolor

**"E"** 14:00 El paciente muestra una disminución del tormento en la evaluación visual de la agonía simple con una puntuación de 04, que se compara con la agonía directa. En la reevaluación, el paciente se encuentra en evidente estado general ordinario con capacidades cruciales estables, y es trasladado a la sala de hospitalización con evaluaciones correlativas completas.

---

Lic. Noemí Zaida Ccari Mamani  
CEP: N°40211



## CAPÍTULO V

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

#### 5.1 DEFINICIÓN:

La Insuficiencia Respiratoria Intensa (IRA) es la incapacidad del aparato respiratorio para llevar a cabo su función esencial, que es el intercambio vaporoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire circundante y la sangre circulante, que debe realizarse de forma eficaz y suficiente para las necesidades metabólicas del organismo, teniendo en cuenta la edad, los antecedentes y la estatura a la que se encuentra el paciente.

Así pues, en términos prácticos, según Campbell: la decepción respiratoria se caracteriza por la presencia de hipoxemia vascular ( $P_{aO_2}$  inferior a 60 mmHg), muy quieta, a la deriva y respirando aire circundante, unida o no a hipercapnia ( $P_{aCO_2}$  más prominente que 45 mmHg). Posiblemente aludiremos a ella como hipoxemia cuando la  $P_{aO_2}$  se sitúe en el intervalo de 60 y 80 mmHg(1) (2)(4).

En la asistencia preclínica médica con dirección de oximetría de latidos, los valores de inmersión en oxígeno del 90% al 95% pueden considerarse comparables a una  $P_{aO_2}$  de 60 a 80 mmHg (hipoxemia) y, si es del 90%, es idéntica a una  $P_{aO_2}$  de 60 mmHg (deficiencia respiratoria).



## 5.2. ETIOPATOGENÍA

Las enfermedades respiratorias figuran entre las patologías más sucesivas, las infecciones causan más del 70% de los casos. La mayoría de las infecciones que causan contaminaciones respiratorias intensas son en gran parte causa de enfermedades cercanas (gripe An y B, sincitial respiratoria, parainfluenza y rinovirus) y algunas pueden causar contaminaciones fundamentales (sarampión, rubéola, entre otras). Como en diferentes microorganismos, la destructividad de una infección está bajo control poligenético, sin embargo está relacionada con unas pocas cualidades que favorecen la replicación viral y la lesión celular, por ejemplo, las cualidades fisiológicas y hereditarias del huésped, que están firmemente conectadas con la responsividad de la célula huésped, determinante para el tropismo de la infección y sus cooperaciones iniciales, por ejemplo, la adherencia viral o la llegada de su corrosivo nucleico al interior de la célula. Los principales antígenos virales para provocar la reacción segura son los de la cubierta proteica, para las infecciones expuestas y para las envueltas en picos de glicoproteínas. Las infecciones que causan enfermedades fundamentales provocan una reacción invulnerable total; sin embargo, la mayoría de las infecciones que contaminan el tracto respiratorio causan contaminaciones vecinales, por lo que la reacción insusceptible es en general inadecuada y breve. Un gran número de las infecciones que causan contaminaciones intensas de las vías respiratorias superiores también pueden llegar a las vías respiratorias inferiores, donde, además de causar putrefacción y muerte celular, provocan otras situaciones patógenas provocadoras. Se han



propuesto algunos sistemas sobre cómo las infecciones podrían iniciar sibilancias e hiperreactividad, por ejemplo, creación de IgE explícita, disminución de la acción b-adrenérgica, sensación colinérgica, entre otros. Por lo tanto, los signos clínicos creados por las infecciones son la consecuencia de una complicada serie de ocasiones, un gran número de ellas oscuras.

### 5.3 FISIOPATOLOGÍA

Como resultado subyacente de la deficiencia respiratoria puede haber modificaciones en el grado de oxígeno (O<sub>2</sub>) o potencialmente de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), esto se entiende por la forma en que dentro del marco respiratorio podemos reconocer en primer término a los pulmones y su curso, que es donde ocurre el intercambio de gases, Su alteración produce hipoxemia con normocapnia o hipercapnia y en segundo término al sifón que lo ventila que incorpora la pared torácica que incorpora la pleura y el estómago así como los músculos respiratorios y las partes del sistema sensorial focal y periférico, cuya rotura produce hipo ventilación que produce predominantemente hipercapnia y menos significativamente hipoxemia, igualmente podemos distinguir problemas en la vía aérea que pueden causar los dos tipos de circunstancias.

Describir el trastorno respiratorio como hipoxémico o hipercárbico aporta algunos datos sobre la deficiencia fisiológica que lo produce, en cualquier caso, una mayor comprensión y reconocimiento de la fisiopatología, considerando exclusivamente cada una de las partes del aparato respiratorio que se esperan para su funcionamiento fisiológico, nos permitiría un sistema de conclusión y tratamiento. (2) (5) (6)



## FISIOLOGÍA DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

**Sistema Nervioso:** Este es el marco de control, e incluye el núcleo dorsal y ventral del grupo de referencia medular respiratorio y sus nervios aferentes y eferentes relacionados. Estas manifestaciones trabajan conjuntamente con la corteza cerebral para decidir la frecuencia respiratoria y el esfuerzo.

**Red vascular:** Compuesta por una organización de conductos equipados para mover gases desintegrados hacia y desde los órganos que funcionan en todas las partes del cuerpo, comprende la organización neumónica delgada, conectada personalmente con las unidades alveolares, pero inconfundible tanto en estructura como en cuanto a los tipos de enfermedades que pueden cambiar su capacidad no inesperada. La decepción respiratoria como resultado de una infección que incluye la vasculatura neumónica puede considerarse "rotura vascular neumónica".

Posteriormente, la ruptura de al menos una de estas partes fundamentales provoca la decepción de este marco coordinado y nosotros probamos clínicamente la decepción respiratoria.

### **Fisiología del intercambio de gases (2) (5) (9)**

El vehículo de O<sub>2</sub> es el resultado de resultado cardiovascular y cuánto este gas estuvo en la sangre. En la sangre más del 97% de las partículas de O<sub>2</sub> están unidas reversiblemente a la hemoglobina, siendo la suma descompuesta una parte minúscula del agregado, a pesar de que decide la tensión fraccional del gas en la sangre. La mayor parte del O<sub>2</sub> está unido al hierro de la hemoglobina que forma la oxihemoglobina. La conexión entre PaO<sub>2</sub> y cuánto se unió a la hemoglobina es retratado por la curva de separación de la hemoglobina.



## 5.4. CLASIFICACIÓN

**Podemos agruparlo de más de una manera:**

**Según las normas de desarrollo clínico:**

Desilusión respiratoria intensa.

Insuficiencia respiratoria continuada.

Insuficiencia respiratoria exacerbada en curso.

**Según mecanismo fisiopatológico subyacente:**

Disminución de la parte inspiratoria de oxígeno (FI<sub>O2</sub>).

Hipoventilación alveolar.

Modificación de la dispersión.

Modificación de la proporción ventilación-perfusión.

Impacto del shunt derecha-izquierda.

**Según características gasométricas:**

Deficiencia respiratoria TIPO I: Hipoxémica

Insuficiencia respiratoria TIPO II: Hipercárbico

TIPO III: Decepción respiratoria perioperatoria

TIPO IV: Shock o hipoperfusión Decepción respiratoria TIPO IV: Shock o hipoperfusión

## 5.5 FACTORES DE RIESGO

La gran mayoría de las personas que padecen un trastorno respiratorio intenso están hospitalizadas por otra afección, y muchas de ellas están realmente enfermas. Están especialmente en peligro en el caso de que tengan una enfermedad de gran alcance en el sistema circulatorio (sepsis). Los individuos que tienen un pasado lleno de abuso persistente de alcohol tienen un mayor riesgo de trastorno de dolor respiratorio intenso. Estas personas están destinadas a estirar la pata por el trastorno de dolor respiratorio intenso.

Neumonía extrema.

Ansiedad de elementos gástricos.

Sepsis o extrema Condición de Reacción Feroz Fundacional (SIRS).

Alto estómago torácica procedimiento médico o potencialmente retrasó un procedimiento médico.

Lesión torácica moderada-extrema.

Lesión craneoencefálica y problema vascular cerebral con Glasgow < 8.

Enfermedad neuromuscular rápidamente moderada.

Grosería.

Enfermedad cardiorrespiratoria en curso.

Mayor de 60 años.

## 5.6 CUADRO CLÍNICO

### Historia clínica

El hallazgo de una intensa decepción respiratoria depende de la duda clínica, la comprobación de la oximetría de latidos es útil, y su afirmación



depende de la investigación de gases en los vasos sanguíneos. (3) (5) (7)

La imagen clínica de la insuficiencia respiratoria proviene de la infección de base, así como de la presencia de hipoxemia e hipercapnia, por lo que requerimos una historia clínica cuidadosa y una valoración real completa.

Es imprescindible conocer la hora de instauración, lo que nos permitirá ordenarla como intensa o constante.

**Antecedentes:** Pueden explorarse utilizando el ayudante de memoria Adecuado: (PHTLS)12.

Sensibilidades, fundamentalmente a fármacos.

Prescripciones (medicina pasada) Fármacos recomendados y no recomendados que el paciente toma sistemáticamente.

Historia clínica pasada Enormes problemas clínicos por los que el paciente recibe consideración clínica. Incorporar procedimientos médicos pasados.

Última cena Especialmente en pacientes que posiblemente requieran intubación endotraqueal y en peligro de deseo bronquial.

Ocasiones anteriores a la lesión.

Por ejemplo: edema neumónico intenso crea con respecto a un fondo marcado por rotura ventricular izquierda o enfermedad coronaria valvular, efectos secundarios tardíos de tormento torácico, disnea paroxística nocturna y ortopnea. Mientras que el edema neumónico no cardiogénico, por ejemplo, el trastorno de dolor respiratorio intenso, el escenario clínico es la sepsis, lesión, neumonía, pancreatitis, intoxicación por drogas o numerosas uniones. (8)

## **SIGNOS Y SINTOMAS**

Son vagos, pueden cambiar ampliamente de un paciente a otro y pueden

incluir el círculo respiratorio junto con los sistemas cardiovascular y sensorial focal.

**La disnea**, se compara con el efecto secundario fundamental encontrado en pacientes con IRA. Normalmente se describe como "sensación de estar sin aliento", "ventosidad", "ventosidad" o "incapacidad para relajarse". La disnea debe separarse como término de la taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) y la ortopnea (intolerancia respiratoria al decúbito dorsal).ous marcos. (10)

Las sibilancias se producen por bloqueo de la vía aérea relacionado con broncoespasmo, hipertrofia o encajamiento de la musculatura lisa respiratoria, hipersecreción de líquidos corporales y agravamiento peribronquial.

**Cianosis** en la LRA. La cianosis se caracteriza por el color o tono algo azulado de la piel y las mucosas, que resulta del incremento de la hemoglobina disminuida o desoxihemoglobina, y su presencia se interpreta como hipoxia tisular. Existen variables físicas, fisiológicas y reales que producen el incremento de la hemoglobina disminuida y desencadenan la cianosis; según estos elementos, podemos caracterizar la cianosis como focal y en franjas. (11)

**Tos**, que se compara con un reflejo del aparato respiratorio debido a una alteración de la mucosa o a la presencia de componentes desconocidos en el aparato respiratorio.

**Alteraciones en la saturación de oxígeno**, que se confirman mediante la utilización del oxímetro de latido y se traducen en una reducción inferior al 90% de los casos de IRA.



**Alteraciones del sistema cardiovascular,** que se comunican principalmente con taquicardia y arritmias cardiovasculares, a pesar de los ajustes en las cifras del pulso.

**Alteraciones neurológicas,** pasando del desconcierto al aturdimiento y de la inconsciencia al estado de trance.

### **SIGNOS Y SINTOMAS**

Se debe situar a la evaluación cardiorrespiratoria, el tipo de ventilación sin descuidar la evaluación global y en particular la búsqueda de signos que anticipan la decepción respiratoria inminente, lo que realmente puede pensar dos veces acerca de la comprensión de la vida y que podría ser: expansión moderada de la frecuencia respiratoria, taquicardia, apnea, respiración muda o incoordinación toracoabdominal, focal, así como cianosis franja, abundante transpiración, hipo / hipertensión, debilitado grado de conciencia. (12)

**Signos Vitales:** En la IRA subyacente taquicardia suave, taquipnea, hipertensión suave; en la IRA hipercapnia hay hipoventilación; en caso de que haya fiebre, sospechar contaminaciones o tromboembolismo aspiratorio, atelectasia, etc.

**Piel:** Cianosis descubriendo hipoxemia, transpiración abundante como en neumonías, circunstancias cardiovasculares, circunstancias que aumentan elaboradas por la respiración; películas mucosas orales secas, erupción nasal.

**Cuello:** Utilización de los músculos de adorno, ingurgitación yugular como en la avería cardiovascular congestiva, neumotórax a presión, taponamiento cardíaco; desviación traqueal encontrada en lesiones así

como neumotórax por distensión.

**Pulmones:** Sibilancias o disminución del murmullo vesicular como en el asma o disuasión de la ruta aérea, conmociones bronquiales, estallidos como en la neumonía, anulación o disminución del murmullo vesicular con hiperresonancia que nos sitúa al neumotórax.

**Corazón:** Tercer sonido o sonido corrido en decepción ventricular izquierda; murmullos en problemas valvulares, ruidos cardíacos disminuidos o roce pericárdico demuestran enfermedad pericárdica.

**Abdomen:** Hepatomegalia, ascitis, reflujo hepatoyugular en la descompensación cardiovascular congestiva, estómago que confunde la respiración a causa de una lesión del nervio frénico o de la médula espinal.

**Extremidades:** edema en ruptura cardiovascular derecha o en corpulmonar; el clubbing se observa en enfermedad pulmonar en curso, fibrosis aspiratoria, bronquiectasias.

**Estado mental:** Fomentación e inquietud al comienzo de la decepción respiratoria; lentitud moderada como en la hipoxemia y la hipocarbía..

## 5.7 DIAGNÓSTICO

Esencialmente, el paciente con IRA debe someterse a una prueba de gases en los vasos sanguíneos para caracterizar la conclusión, a un oxímetro de latidos para el seguimiento y a rayos X torácicos, con los que podemos caracterizar un cálculo demostrativo para un paciente con IRA.

## 5.8 EXÁMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA

### Laboratorio clínico:

- **Gases arteriales:** Mide el alcance de las irregularidades del comercio de gases de los vasos sanguíneos, da información para ordenar y remediar la dirección. (13)
- Hemograma: la palidez deteriora la hipoxemia y puede provocar un edema aspiratorio intenso, la policitemia propone una hipoxemia continua, la leucocitosis de desviación a la izquierda o la leucopenia en las enfermedades, la trombocitopenia podría producirse en la sepsis extrema.
- **Creatinina y Urea:** la decepción renal con uremia es un motivo de decepción respiratoria, el ir con mantenimiento líquido puede desencadenar un edema neumónico intenso.
- **Electrolitos:** La hipopotasemia grave es motivo de decepción muscular y respiratoria, así como de irregularidades en el fósforo y el magnesio.
- **Exámenes Bacteriológicos.** Vital para reconocer la posibilidad de enfermedad: Sociedades respiratorias como esputo, aspiración traqueal, lavado broncoalveolar. Sociedades de sangre, orina, líquidos corporales (líquido pleural).

### Imágenes

- **Radiografía tórax:** reconoce las patologías de la pared pulmonar, la pleura y el parénquima y reconoce los líos que causan problemas V/Q (hiperclaridad, por ejemplo, neumotórax) frente a la derivación intrapulmonar (opacidades, por ejemplo, neumonías).
- **TAC tórax:** Relaciona con mayor exactitud las patologías

representadas para los rayos X, en el caso de que sea helicoidal con contraste y rema vascular sitúa la posibilidad de tromboembolismo neumónico, es un estándar demostrativo para la miseria respiratoria intensa.

## 5.9 TRATAMIENTO

La consideración de estos pacientes tiene varios niveles (11)

- Nivel Pre hospitalario
- Hospital Nivel I - II
- Hospital Nivel III
- Unidad de Cuidados Intensivos

### **MANTENIMIENTO DE LA VÍA AÉREA. (A: AIRWAY)**

Es de extrema importancia garantizar y mantener una vía aérea penetrable, para ello debemos evitar que la lengua caiga, eliminar los cuerpos extraños, incluidas las prótesis dentales, y vencer los elementos disuasorios normales como el ajuste laríngeo y el edema glótico son las principales medidas a utilizar. Es importante prescindir o disminuir las descargas bronquiales por medio de hacking tonificante, percusión torácica y filtración postural, garantizando gran hidratación del paciente y humidificación del aire.

Al principio, suponiendo que el paciente está letárgico y además inconsciente, se utilizarán movimientos manuales, según el caso, siguiendo los procedimientos demostrados en ayuda fundamental (BLS: frente mandibular) así como lesión clínica de preemergencia los ejecutivos (PHTLS: desalojo mandibular con cuidado de la columna vertebral). Suponiendo que la vía de aviación sea patente, en estos pacientes se



establecerán dispositivos para evitar que la lengua vuelva a desviar la vía de aviación; podría ser importante instrumentar la vía de aviación con intubación orotraqueal, velo laríngeo o combitubo.

Se espera una consideración única en pacientes sueltos y calmados, ya que están absolutamente subordinados al ventilador. Suponiendo que están confundidos, semi-senseless o inquieto, y son en general precisamente ventilado, deben tener sus manos inmovilizadas..

La aspiración estéril de las emisiones traqueobronquiales del tubo endotraqueal y de la vía de aviación proximal es esencial en los pacientes completamente intubados, y debe ser realizada por personal con experiencia, dado que la aspiración puede provocar confusiones críticas como hipoxemia, secreción o trabajo con contaminación..

En los pacientes politraumatizados, debe procurarse asentar la columna cervical.

## **OXIGENOTERAPIA**

La hipoxemia vascular es, en la mayoría de los casos, la afección más peligrosa y, por lo tanto, su tratamiento debe ser de vital importancia durante la supervisión de un trastorno respiratorio intenso.

El objetivo es aumentar la inmersión de la hemoglobina a no menos del 85-90% sin un gran riesgo de nocividad del oxígeno. En caso de duda, las fijaciones de oxígeno elevadas pueden utilizarse con seguridad durante breves periodos de tiempo mientras el trabajo se centra en el ajuste de la enfermedad fundamental.

La utilización de tensión positiva al final de la espiración (PEEP), los

cambios de posición, la sedación y el desenrollamiento podrían ser útiles en pacientes en tratamiento con  $FI_{O_2}$  extremadamente elevada.

Por otra parte, es fundamental reducir las necesidades de oxígeno. La fiebre, el fomento, la acción respiratoria ardiente, la sobrecarga y la sepsis son lo más a menudo posible visto en estos pacientes, y puede aumentar extraordinariamente las necesidades de oxígeno. Deben tomarse medidas enérgicas para evitar estas mejoras.

Es esencial recordar que el transporte de oxígeno se determina como el resultado del contenido de oxígeno de los vasos sanguíneos y el resultado cardiovascular. En consecuencia, es factible tratar la hipoxemia mediante el levantamiento del foco de oxígeno propulsado, pero además mediante la expansión de resultado del corazón o la fijación de la hemoglobina suponiendo que hay sickliness crítico.

### **VENTILACIÓN (B: BREATHING)**

Una vez controlada la vía aérea, comprobaremos el estado de la ventilación, buscaremos indicios de gravedad, como cianosis, problemas de cognición o conducta, disnea, frecuencia respiratoria, el tipo de ejemplo ventilatorio y caracterizaremos si requiere oxígeno suplementario o ayuda ventilatoria, que en un primer momento puede manejarse con un marco de válvula-paquete de velo (MVB) o AMBU, y posteriormente, si es vital, instrumentaremos la vía aérea y daremos ayuda de ventilación mecánica.

En el momento en que se administra la ayuda ventilatoria con MVB, es fundamental elegir el tamaño de velo más adecuado para el paciente, ya que debe colocarse entre el andamiaje de la nariz y la mandíbula, para



que la boca y las fosas nasales reciban el chorro de forma eficaz, manteniendo una tensión y posición que evite el derrame de la ayuda ventilatoria controlada al compactar el paquete.

El artilugio MVB permite la ayuda tanto en la ayuda esencial, asociada a un velo, como en la ayuda de vanguardia asociada a un tubo oro-traqueal o a una cubierta laríngea o combitubo; en las dos circunstancias debe ser con oxígeno a 15 litros de chorro, debe proporcionarse la tensión adecuada clinchada para suministrar un normal de 6 a 8 ml. por kg. de peso, por ejemplo de 500 a 600 ml. cada vez, asegurando un ritmo respiratorio de soporte de 12 a 15 cada momento.

## 5.10 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Se prestan cuidados de enfermería al paciente:

Se realiza el control de capacidades fundamentales

Damos consuelo y solaz natural

Tranquilidad diaria

Se ayuda con las molestias

Se abre el curso Fringe

Organización del tratamiento demostrado

Organización del tratamiento con oxígeno

Nebulización con solución salina 10cc

Se organizan las pruebas del centro de investigación



## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se llevó a cabo una valoración de enfermería y los principales problemas detectados fueron la dificultad respiratoria, la acumulación de emisiones traqueoaspiratorias, la agonía torácica, el cansancio y, por último, la confusión en el diseño del reposo, que se utilizaron en el plan de cuidados de enfermería.

Los planes de cuidados de enfermería se elaboraron utilizando la puntuación objetiva.

**SEGUNDA:** A raíz de distinguir los principales análisis de enfermería, que eran el comercio de gas incapacitado, el margen de maniobra inadecuado de la ruta de aviación y el tormento, se creó un plan de cuidados de enfermería individualizado y se realizaron mediaciones de enfermería, pasando de un estado moderado a uno suave.

**TERCERA:** Las mediaciones de enfermería fueron evaluadas por la analista de enfermería, logrando una disminución de la fuerza de los efectos secundarios, y se dieron orientaciones a los familiares para avanzar en el estímulo cotidiano, lo que repercutirá en la recuperación del paciente.



## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** El profesional de enfermería tiene prescrito utilizar la categorización científica NIC y NOC de la NANDA, que permite reconocer la conclusión de enfermería en vista de las cualidades y signos que distinguen una reacción humana particular.
- SEGUNDA:** El profesional de enfermería debe conocer las principales condiciones médicas del paciente para actuar a tiempo y evitar confusiones.
- TERCERA:** Se debe instar a los familiares a ofrecer una ayuda profunda al paciente.



## BIBLIOGRAFÍA

1. R. Peña, Pión M, Paz A. y Col. Insuficiencia Respiratoria Aguda, en APH, Colombia, Capitulo 32, en Rubiano A, Paz A: Fundamentos de Atención Prehospitalaria 1a Edición, Editorial Distribuna, Bogotá, 2004.
2. Sharma S., Respiratory Failure, [www.emedicine.com/topic2011](http://www.emedicine.com/topic2011) Jun 29, 2006
3. Morejón A., Quintero Y., Moreno J. y Col., Insuficiencia Respiratoria Aguda, Revista de las Ciencias de la Salud de Cien fuegos 2006, 11 N° Especial 1, 70-75.
4. Halstead, D., Progress in pulse oximetry—a powerful tool for EMS providers. JEMS, 2001: 55-66. ...
5. Rodríguez V. Emergencias Respiratorias en Medicina de Emergencia Prehospitalaria, Sociedad Venezolana de emergencias. Capitulo IV, 44-46.
6. Craig Lilly, Ingénito E., Steven D. Shapiro, Respiratory Failure, In Harrison's Principles of Internan Medicine McGraw Hill 16th edition New York 2005, Cap 250, 1588-1591.
7. WEISS S, Acute Respiratory Failure, In Mengert t, et al. Edit. Emergency Medical Therapy W.B.Saunders Philadelphia 1996 Chap 14 Pp 289 - 299.
8. Wood L, The Pathophysiology and differential diagnosis of acute respiratory failure. Chap 30, in Principles of Critic! Care 2nd edition, Jess
9. Shapiro B. Aplicaciones Clínicas de los gases sanguíneos. 5ta edición 1997 Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Cap 6 Pp 94-104.

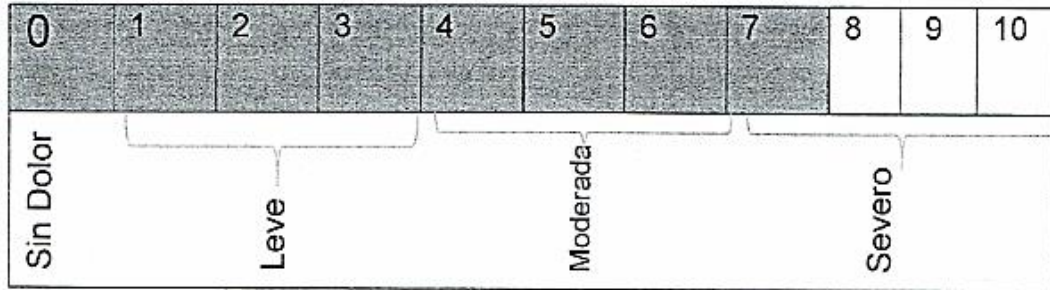


10. Morales JE, BarberaMir, Insuficiencia Respiratoria: concepto, fisiopatología y clasificación, MEDICINE Clínica Actual, 2002, 08, N°74, 3983 - 3988, [www.db.doyma.es](http://www.db.doyma.es).
11. Insuficiencia Respiratoria, Código CIE 10, 2004, MINSA PERU. 12. Me Swain N, Assessment and Management, PHTLS. 6h. Edition 2007, Mosby St. Louis Missouri, Cap 3, 64-74.
13. Me Lean B., Zimmerman JL, Diagnostico y Manejo de la Insuficiencia Respiratoria Aguda. Cap. 4 in Fundamental Critical Care Support, 4ta Edición, 2008 Editorial Medica AWW SA Buenos Aires Argentina.
14. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6326>
15. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 4ª edición. McCloskeyDochterman J, M. Bulechek G. 2008
16. clasificación de resultados de enfermería (NOC) (4ª ed). Moorhead, Sue y Johnson, M. Harcourt Brace de España, S.A. 2009
17. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008 Nanda de V.V.AA. Elsevier España, S.A. 2007

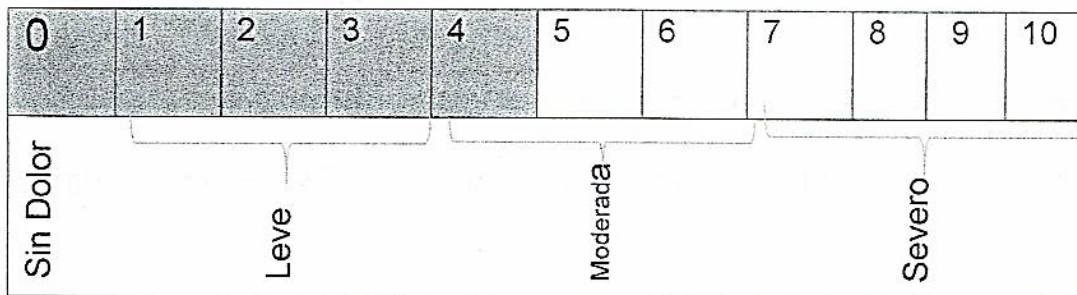


# ANEXOS

## ESCALA VISUAL ANALOGICA DEL DOLOR



Valoración Inicial 7 Puntos = Dolor severo



Valoración Final = 4 Puntos = Dolor moderado



## EXAMENES COMPLEMENTARIOS

### HEMOGLOBINA

Mide la cantidad de hemoglobina sanguínea. Valores Normales: 12-16 gramos por decilitro.

Interpretación:

Si esta baja puede ser por: Sangrados, Medula ósea no puede producir células sanguíneas, Nutrición deficiente, Bajo nivel de hierro, vitamina B12, Enfermedades crónicas.

Si la Hemoglobina es alta: Se debe a hipoxia, cardiopatía congénita, Corpulmonare, EPOC grave, fibrosis pulmonar, Policitemia vera, deshidratación.

### HEMATOCRITO

Es un examen de sangre que mide el porcentaje del volumen de toda la sangre que está compuesta de glóbulos rojos. Depende del número de glóbulos rojos y de su tamaño.

Valores Normales: Hombres: de 40.7 a 50.3%

Mujeres: de 36.1 a 44.3%

Recién Nacido: 45 a 61%

Lactante: 32 a 42%

Interpretación: Causas de Hematocrito bajo:



Sangrado, Destrucción de los glóbulos rojos. Anemia de células falciformes, agrandamiento del bazo, disminución de la producción de las células rojas de la sangre. Problemas nutricionales. Sobre hidratación intravenosa.

Causas del hematocrito alto:

Cardiopatía congénita, Deshidratación, eritrocitos, hipoxia, fibrosis pulmonar, Policitemia vera.

## **GRUPO SANGUINEO**

Un grupo sanguíneo es una clasificación de la sangre de acuerdo con las características presentes en la superficie de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre. Las dos clasificaciones más importantes para describir grupos sanguíneos en humanos son los antígenos (el sistema ABO) y el factor Rh. El sistema ABO fue descubierto por Karl Landsteiner en 1901, y fue el primer sistema de grupo sanguíneo conocido; su nombre proviene de los tres tipos de grupos que se identifican: los de antígeno A, de antígeno B, y 0 (cero) sin antígenos.

Las transfusiones de sangre entre grupos incompatibles pueden provocar una reacción inmunológica que puede desembocar en hemólisis, anemia, fallo renal, choque circulatorio y muerte.

## **LINFOCITOS**

Los linfocitos son un tipo de glóbulos blancos de la sangre que tiene un papel muy importante en la defensa inmunitaria del organismo contra la agresión por agentes microbianos, el recuento de los linfocitos es un parámetro simple que



Valora de manera sencilla el estado inflamatorio del paciente y ha probado ser de utilidad como marcador de inflamación en patología abdominal aguda.

## **BILIRRUBINA TOTAL**

La hiperbilirrubinemia es un marcador para identificar la presencia de apendicitis perforada, es un marcador útil para identificar preoperatoriamente a los pacientes con presencia de perforación apendicular.

## **ALBUMINA**

En condiciones normales, la concentración de albúmina del espacio intersticial es la mitad de la existente en el Intravascular Cuando la concentración de albúmina es inferior a 2 g, se presenta edema (acumulación de líquido en el espacio intercelular o intersticial).

## **AMILASA SERICA**

La hiperamilasemia es un exceso de la enzima pancreática amilasa en la sangre, el nivel normal de amilasa en la sangre es de 0 a 137 U/L, cuando esta se eleva significa que el páncreas está afectado.

## **LIPASA**

La lipasa es un tipo de proteína producida por el páncreas, la lipasa ayuda a digerir las grasas.

La lipasa hidroliza el sustrato definido 1,2-0-dilauril-rac-glicerol-3-glutárico-(6'-metilresorufina)-éster para liberar ácido glutárico-metilresorufina éster, compuesto inestable que se descompone espontáneamente liberando un compuesto coloreado (metilresorufina) que se mide a 570 nm. La velocidad de aparición de color es directamente proporcional a la actividad enzimática.



## **GLUCOSA**

Es la cantidad de azúcar que el organismo absorbe a partir de los alimentos, con la finalidad de aportarle la energía necesaria para poder realizar diferentes funciones.

Niveles Normales: 70 a 100 miligramos por decilitros en ayunas. Después de dos horas de comer es menor a 140 miligramos por decilitro, en el caso de nuestra paciente presente una leve hipoglicemia debido a la preocupación por el estado actual de la salud

## **LEUCOCITOSIS**

La leucocitosis puede ser reflejo de un aumento de la población de neutrófilos (neutrofilia: la más común),<sup>3</sup> linfocitos (linfocitosis), o monocitos (monocitos). Rara vez, un aumento de eosinófilos y basófilos es tan grande como para ocasionar una leucocitosis. Es igualmente infrecuente que todas las líneas celulares estén aumentadas al mismo tiempo, en el presente caso el conteo de leucocitos está dentro de los parámetros normales.



## TARJETAS FARMACOLOGICAS

### COLORURO DE SODIO

#### COMPOSICION

Cada frasco de 1 000 mL contiene por cada 100 ml, cloruro de sodio 0.9 g (154 mmol/L de Na<sup>+</sup> y de Cl<sup>-</sup>), agua para inyección, Categoría farmacológica

- Restaurador de volemia
- Restaurador de electrolitos
- Promotor de diuresis
- Disolvente

#### FARMACOCINÉTICA

El sodio se elimina por vía renal pero la reabsorción es extensiva. Pequeñas cantidades de sodio se pierden por el sudor y las heces

#### Indicaciones

Corrección del déficit de volumen extracelular (gastroenteritis, cetoacidosis Diabética, íleo y ascitis). Hiponatremia, alcalosis hipoclorémica, hipercalcemia, Para inducir diuresis, irrigación de piel y mucosas por vía tópica, fluidificación De secreciones mucosas.

Como diluyente de medicamentos para administración Parenteral.

**CONTRAINDICACIONES** Pacientes con hipercloremia, hiponatremia, hipertensión tanto arterial como intracraneal. Retención de líquidos.



## **PRECAUCIONES**

Usar con precaución en insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión arterial, insuficiencia circulatoria, pre eclampsia, edema pulmonar: riesgo de retención de agua, sodio y edemas.

## **CEFTRIAZONA**

### **COMPOSICION:**

Cada frasco-ampolla contiene: Ceftriaxona 1 g (como Ceftriaxona sódica).

### **FARMACOCINETICA:**

Al igual que otras cefalosporinas tanto de primera, segunda y tercera generación, Ceftriaxona inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana en forma similar a como lo hace la penicilina y sus derivados. Se absorbe 100% después de su administración intramuscular; cuando se aplica por vía intravenosa alcanza su concentración máxima en 30 minutos; por vía intramuscular en 3 horas.

Se une entre 83 a 96% a proteínas plasmáticas y, en niños en 50%, o puede distribuirse a nivel del humor acuoso, tejido bronquial inflamado, líquido cefalorraquídeo, hígado, pulmones, oído medio, placenta, cordón umbilical, líquido amniótico, líquido pleural, próstata, líquido sinovial.

### **INDICACIONES:**



Tratamiento de infecciones severas debidas a gérmenes sensibles a la Ceftriaxona, tales como: Septicemia, infecciones de huesos y articulaciones, infecciones pélvicas de la mujer, infecciones intrabdominales, neumonía, infecciones de la piel y los tejidos blandos e infecciones complicadas de las vías urinarias producidas por organismos sensibles, infecciones del tracto respiratorio bajo, tratamiento de la meningitis en niños y adultos, de la gonorrea endocervical y uretral no complicada y en profilaxis de infecciones perioperatorias. El uso de este medicamento exige diagnóstico y supervisión médica.

### **CONTRAINDICACIONES:**

Reacción alérgica previa (anafilaxia) a penicilinas, derivados de penicilina, cefalosporinas. Los neonatos hiperbilirrubinémicos, especialmente los prematuros, no deberán ser tratados con ceftriaxona, puesto que estudios in vitro han demostrado que la ceftriaxona puede desplazar la bilirrubina de la albúmina, pudiendo desencadenar una encefalopatía. La ceftriaxona no debe ser administrada en neonatos simultáneamente con productos o soluciones que contengan calcio, por cuanto aumenta el riesgo de aparición de precipitados de ceftriaxona-calcio.

### **PRECAUCIONES:**

No usar después de la fecha de caducidad. Cumplir el ciclo completo de tratamiento no duplicar la dosis. Almacenar adecuadamente. Diabéticos: Pueden producirse reacciones falsamente positivas en los análisis de glucosa en orina que utilizan sulfato de cobre. En caso de presentarse diarrea grave, consultar al médico antes de tomar antidiarreicos. El uso prolongado de Ceftriaxona puede dar lugar a un desarrollo exagerado de organismos no susceptibles. La



Ceftriaxona no debe ser mezclada o administrada en forma simultánea con soluciones o productos que contengan calcio, aun cuando se utilicen diferentes líneas de infusión. Las soluciones o los productos que contengan calcio no deberán ser administrados antes de 48 horas de la última dosis de ceftriaxona.

## **OMEPRAZOL**

### **COMPOSICION:**

Cada frasco ampolla contiene:

Omeprazol ..... 40 mg

### **FARMACOCINETICA:**

La absorción tiene lugar en el intestino delgado y habitualmente se completa durante las 3 a 6 h que siguen y alcanza su máxima concentración plasmática alrededor de La tercera hora. Su volumen de distribución es 0,3 a 0,4 L/kg. Se une en 95 % a las proteínas plasmáticas. Se metaboliza de manera extensa en su primer paso a través del hígado

### **INDICACIONES:**

Úlcera duodenal y úlcera gástrica asociada o no con *Helicobacter pylori*, úlceras gástrica por AINE, reflujo gastroesofágico, síndrome de Zollinger-Ellison, profilaxis de aspiración ácida durante anestesia, dispepsia no ulcerosa.

### **CONTRAINDICACIONES:**

Hipersensibilidad a omeprazol, embarazo, lactancia, niños. LM: no se debe



administrar, no se dispone de información.

opacidad subcapsulares posteriores), empeoramiento de los síntomas de úlceras corneales, infecciones oculares fúngicas, víricas y bacterianas, empeoramiento de infecciones bacterianas de la córnea, ptosis, midriasis, quemosis, perforación iatrogénica esclerótica, coriorretinopatía, visión borrosa; úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, pancreatitis, molestias gástricas; retraso en la cicatrización de las heridas, hipo; reacciones de hipersensibilidad (p.ej. exantema), reacciones anafilácticas graves tales como: arritmia, broncoespasmo, descenso o incremento de la presión sanguínea, fallo circulatorio, paro cardíaco; enmascaramiento de infecciones, manifestación, exacerbación o reactivación de infecciones (bacterianas, víricas, fúngicas, parasitarias e infecciones oportunistas), activación de estrongiloidiasis; retención de sodio con edema, incremento de la excreción de potasio (que puede producir arritmias), aumento de peso, disminución de la tolerancia a la glucosa, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, aumento del apetito; atrofia muscular, debilidad muscular, miopatía, alteraciones del tendón, tendinitis.

## **FUROSEMIDA**

La furosemida es un diurético de asa utilizado en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión y edemas. Junto con otros muchos diuréticos, la furosemida está incluida dentro de la lista de sustancias prohibidas de la Agencia Mundial Antidopaje, debido a que puede enmascarar la presencia de otras sustancias en el organismo.



## MECANISMO DE ACCION

Como los demás diuréticos de asa, la furosemida actúa interfiriendo con el transportador NKCC2, una proteína transportadora transmembrana que media el mecanismo de intercambio de iones de sodio, potasio y cloro en la rama ascendente gruesa del asa de Henle. Normalmente este simporte utiliza el gradiente de  $\text{Na}^+$  generado por la  $\text{Na}^+/\text{K}^+$  ATPasa basolateral y permite la reabsorción de  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$  y  $2\text{Cl}^-$ . Existen canales de K para el reciclado apical de este catión y canales de Cl baso laterales para la salida de Cl. De esta forma el voltaje de la membrana apical está determinado por el potencial de equilibrio para el potasio y es hiperpolarizado y la conductancia para el  $\text{Cl}^-$  de la membrana basolateral provoca un potencial de equilibrio menor. Como resultado de la diferencia transepitelial (luz + positiva que el espacio intersticial) se genera una FUERZA impulsora para el flujo para celular de cationes hacia el espacio intersticial. Al inhibirse el importé no sólo se inhibe la reabsorción de  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$  y  $\text{Cl}^-$ , sino también la de cationes como  $\text{Ca}^{++}$  y  $\text{Mg}^{++}$ .

## INDICACIONES

La furosemida, como diurético de asa, se administra principalmente para las siguientes indicaciones (Aventis, 1998):

- Edema asociado a insuficiencia cardiaca, cirrosis hepática, insuficiencia renal, síndrome nefrótico.
- Hipertensión arterial. Sin embargo no es considerado un antihipertensivo de primera línea. Principalmente cuando existe complicación con insuficiencia renal.
- En edema cerebral o agudo de pulmón, cuando se requiere una diuresis rápida (por vía parenteral).
- A veces se usa en el tratamiento de hipercalcemia e hipercalcemia severa



- apoyada por una adecuada rehidratación.
- Insuficiencia renal.
- Insuficiencia cardiaca crónica

## **FARMACOCINETICA**

Se administra por vía oral y se absorbe por el tubo digestivo, sin embargo

También se puede administrar por vía intravenosa en casos urgentes o cuando

La absorción intestinal está alterada, como en pacientes con insuficiencia

Cardiaca congestiva en los cuales existe una reducción de la perfusión intestinal.

## **EFFECTOS ADVERSOS**

- Hipovolemia e hipotensión por pérdida excesiva de  $\text{Na}^+$  y agua, principalmente en ancianos.
- Hipocalcemia: las altas concentraciones de  $\text{Na}^+$  en el líquido tubular ocasionan una mayor secreción de potasio por las células principales del túbulo distal y el túbulo colectas. Se puede revertir la hipopotasemia mediante la administración de diuréticos ahorradores de  $\text{K}^+$  o con suplementos de  $\text{K}^+$ .
- Hipomagnesemia e hipocalcemia.
- Hiperuricemia.
- La diuresis excesiva da lugar a una reducción de la perfusión renal y a deterioro renal prerrenal.
- Efectos adversos raros: Hipoacusia, exantemas, depresión de la médula Osea.



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 20-12-2023

Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Noemi Zaida Cari Mamani

Dirección: Ir San Isidro # 330 - Juliaca

NI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: 988550840 email: Noemizaida402011@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

NI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Cultura y/o Escuela de Posgrado: Programa Segunda Especialidad Profesional

Escuela Profesional o Mención: Enfermería en Cuidado Enfermero en Emergencia y

Título o Grado Académico a optar: Segunda Especialidad Profesional

Resor: \_\_\_\_\_

La obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Bajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: Proceso del cuidado de Enfermería al paciente con

Insuficiencia Respiratoria Aguda en Emergencia

del Hospital de Azángaro - 2020

Palabras claves, (3 a 5 términos): \_\_\_\_\_

¿La obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2?</sup>

2

Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros mencionados.

Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



**2. Referencia de tesis:**

Bachiller     Título     2da Especialidad     Maestría     Doctorado

**3. Licencias:**

**a) Licencia estándar:**

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.  
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_  
 No autorizo.

**b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:**

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

Sí autorizo  
 No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: Ciencias del Cuidado de la Salud y S

  
Firma de Autor



huella digital

20/12/2023  
Fecha