

CASO CLÍNICO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL DIAGNOSTICO ENFERMERO: 00032 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ EN UN PACIENTE CON SDRA SEVERO POR COVID 19

NURSING CARE PLAN FOR NURSING DIAGNOSIS: 00032 INEFFECTIVE
RESPIRATORY PATTERN IN A PATIENT WITH SEVERE SDRA BY COVID 19

Ana Karina De la Cruz Martínez¹

Citar como:

De la Cruz A. Plan de cuidados de enfermería del diagnóstico enfermero: 00032 Patrón respiratorio ineficaz en un paciente con SDRA severo por COVID 19. Rev. Recien. 2024; 13(2)

Correspondencia:

Ana Karina De la Cruz Martínez
anakarina_dm@hotmail.com

Recibido: 17 / 02 /2024
Aprobado: 25 /03 /2024
En línea: 30/08/2024

Resumen

Los objetivos del presente plan de cuidados de enfermería fueron: Realizar el Plan de Cuidados de enfermería del Diagnostico enfermero 00032 Patrón Respiratorio Ineficaz. Y Detallar los resultados obtenidos al ejecutar dicho plan de cuidados de enfermería, de un paciente adulto varón de 52 años cuyo Diagnostico medico fue Insuficiencia Respiratoria, SDRA severo por COVID 19 y obesidad. Al examen físico el paciente ingresa a la UCI, somnoliento, confuso, con disnea marcada, taquipnea, uso de musculatura accesorio, con SO₂ de 70% a pesar de aporte de oxígeno mascara de reservorio a FiO₂ 90% a 15 litros, que alterna con mascara de Snorkel, inestable hemodinámicamente (hipotensión y taquicardia), con fiebre T°= 39 ° C; ingresa para manejo médico y de enfermería especializado. Las conclusiones fueron: Las intervenciones de enfermería del Diagnostico Enfermero: Patrón Respiratorio Ineficaz se ejecutaron en un 100%: Los resultados al ejecutar el plan de cuidados fueron: Se mantuvo

¹ Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos y Centro Quirúrgico y Médico Cirujano. Hospital II Luis Heysen Inchaustegui EsSalud. Chiclayo. Perú. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de Medicina y Odontología (FAMO) de la Universidad Particular de Chiclayo. ORCID:0000_0001_9444_1242

al Paciente en ventilación mecánica invasiva, acoplado al ventilador mecánico, con RASS -4, en posición prono, en Ventilación mecánica protectora, no se logró tener presiones en metas (El paciente mantuvo: Presión Pico =45, la presión meseta= 35 y la Driving Pressure= 27)

Palabras claves: Diagnostico enfermero: 00032 Patrón Respiratorio Ineficaz; SDRA por COVID 19

Abstract

The objectives of this nursing care plan were: Carry out the Nursing Care Plan for Nursing Diagnosis 00032 Ineffective Respiratory Pattern. And Detail the results obtained when executing said nursing care plan, of a 52-year-old adult male patient whose medical diagnosis was Respiratory Failure, severe ARDS due to COVID 19 and obesity. On physical examination, the patient was admitted to the ICU, drowsy, confused, with marked dyspnea, tachypnea, use of accessory muscles, with SO_2 of 70% despite oxygen supply with a reservoir mask at FiO_2 of 90% at 15 liters, which alternated with Snorkel mask, hemodynamically unstable (hypotension and tachycardia), with fever $T^\circ = 39^\circ C$; admitted for specialized medical and nursing management. The conclusions were: The nursing interventions of the Nursing Diagnosis: Ineffective Respiratory Pattern were executed 100%. The results when executing the care plan were: The Patient was kept on invasive mechanical ventilation, coupled to the mechanical ventilator, with RASS -4, in prone position, on protective mechanical ventilation, it was not possible to have pressures at goals (The patient maintained: Peak Pressure = 40, plateau pressure = 30 and Driving Pressure = 20)

Keywords: Nursing diagnosis: 00032 Ineffective Respiratory Pattern; Severe ARDS due to COVID 19

1. Introducción

La COVID 19 se originó en Whuan (China) en diciembre del 2019 y la Organización mundial de la salud (OMS), la declaró Pandemia el 11 de marzo del 2020 (1).

La pandemia origino una crisis sanitaria a nivel mundial ocasionando una gran mortalidad, sobre todo en los países sudamericanos como el Perú, donde existe déficit de hospitales que cuentan con Unidades de Cuidados Intensivos y déficit de personal especialista (Médicos y Enfermeras Intensivistas). Es en esta realidad que las autoridades decidieron implementar camas UCI, para sobrellevar la demanda de pacientes debido a que el 20% de los pacientes con COVID 19 desarrollan la forma grave (13.8% severos y 6.1 % críticos) (2).

La autora por ser Enfermera especialista en Cuidados Intensivos laboró en la UCI del Hospital Hesyen- ESSALUD, durante la Pandemia en Primera Línea, y vivió y observo la realidad de la atención del paciente crítico con SDRAs (Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo) por COVID 19; paciente en mal estado general con inestabilidad ventilatoria, hemodinámica, metabólica etc. Con grado de dependencia V, que requiere cuidados especializados, permanentes y continuos del personal de enfermería; de allí la importancia de la capacitación permanente del personal; además realizo un artículo científico donde concluye: Que las intervenciones de enfermería según TISS 28 que predominaron en el cuidado del paciente Covid-19 en el 2020 y 2021 fueron: Actividades básicas 100%. Soporte Ventilatorio 100%. Soporte hemodinámico 100%. Soporte

renal 100%. Soporte Metabólico 100% (3).

Además, la autora por ser Médico Cirujano, en su tesis de pregrado 2022 concluye que los pacientes críticos con SDRAs severo por SARS COV2 requieren Manejo medico intensiva inicial especializado como: Intubación orotraqueal con secuencia rápida y conexión a ventilador mecánico (93.1%), colocación de catéter venoso central (CVC) (93.1%), colocación de sonda nasogástrica (SNG) (93.1) y Colocación de sonda Foley (100%). Uso de equipos biomédicos como: Ventilador mecánico (93.1%), Uso de bombas infusoras y monitor multiparámetro (100%) (4).

Es en este contexto, que surge el interés de la autora de realizar un plan de cuidados del primer diagnóstico enfermero prioritario 00032 Patrón Respiratorio Ineficaz, ya que el paciente crítico con SDRAs por COVID 19 es un paciente cuya clínica se caracteriza por disnea marcada, taquipnea, uso de musculatura accesoria, desaturación, hipoxemia, hipercapnia es decir una falla en la mecánica respiratoria que requieren Intubación orotraqueal con secuencia rápida y conexión a ventilador mecánico, por lo que los cuidados Enfermeros en estos pacientes según TISS 28, es el soporte Ventilatorio en 100%; de tal manera que permita restablecer el patrón respiratorio del paciente critico de manera inmediata de allí la importancia de conocer las diversas actividades que realiza la enfermera intensivista en este Diagnostico enfermero.

Siendo los objetivos planteados para este caso clínico:

1. Realizar el Plan de Cuidados de enfermería del Diagnostico enfermero 00032 Patrón Respiratorio Ineficaz.

2. Detallar los resultados obtenidos al ejecutar dicho plan de cuidados de enfermería

Este caso clínico se justifica porque es necesario que la Enfermera incorpore la investigación en su práctica asistencial diaria, de tal manera que se haga visible el plan de cuidados de cada uno de los diagnósticos enfermeros que formule. Tal es así que se dé a conocer a nuestros enfermeros con énfasis en los que inician la práctica asistencial, el plan de cuidados de enfermería del Diagnóstico enfermero 00032 Patrón Respiratorio ineficaz del paciente con SDRA severo por COVID 19 y los resultados que se obtuvo al ejecutar dicho diagnóstico enfermero.

2. Metodología

El presente caso clínico se realizó en la UCI COVID del Hospital Heysen Inchaustegui ESSALUD, la selección del paciente se realizó de manera aleatoria de uno de los pacientes de la muestra de la Tesis de Pregrado de Medicina de la autora titulada “Perfil epidemiológico y Manejo Intensivo Inicial del Paciente Crítico con covid-19 en UCI del Hospital Heysen Inchaustegui – 2022”, cuya muestra fue 58 historias clínicas virtuales del Sistema ESSI – ESSALUD. Se utilizó el marco teórico de Marjory Gordon. La valoración de enfermería se realizó por Dominios y los Diagnósticos Enfermeros según NANDA edición 12. Las intervenciones de enfermería fueron clasificadas como: Intervenciones de enfermería antes del ingreso del paciente a la UCI, durante su ingreso Inmediato a la UCI y supermanencia durante las primeras 12 horas. Dichas intervenciones de enfermería fueron fundamentadas científicamente.

3. Resultados

Adulto de 52 años con Dx. Médicos: 1. Insuficiencia Respiratoria Aguda tipo I y II, 2. SDRA SEVERO por SARS COV 2, 3. Obesidad; ingresa a la UCI, somnoliento, confuso, con disnea marcada, taquipnea, uso de musculatura accesoria, con SO₂ de 70% a pesar de aporte de oxígeno máscara de reservorio a FiO₂ 90% a 15 litros, que alterna con máscara de Snorkel, inestable hemodinámicamente (hipotensión y taquicardia), con fiebre T°= 39 ° C; ingresa para manejo médico y de enfermería especializado.

VALORACION DE ENFERMERIA

DOMINIO I. Promoción de la Salud.

Adulto con antecedente Médico de Obesidad, no vacunado contra la COVID 19.

DOMINIO II. Nutrición.

No tolera la vía oral por la dificultad respiratoria. Peso: 90 Kg. Talla: 165 cm IMC= 33.1 (Obesidad)

No presenta sonda nasogástrica para alimentación y tratamiento, ruidos hidroaéreos normales, abdomen blando depresible, globuloso, timpánico

Piel pálida +/+++, mucosas orales semihúmedas, no edemas.

DOMINIO III. Eliminación

Micción espontánea en urinario, no presenta sonda Foley, volumen urinario normal, no

estreñimiento, no diarrea.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

DOMINIO IV. Actividad y Reposo

Se muestra ansioso, con temor e inquietud

No logra conciliar sueño por la dificultad respiratoria; fuerza muscular disminuida por dolor muscular y articular; autocuidado parcial dependiente; frecuencia cardiaca = 118 x' (taquicardia); pulso periférico filiforme o débil; cianosis central y periférica; piel pálida, diaforética y caliente al tacto, frialdad distal, frecuencia Respiratoria = 37 x' (taquipnea), uso de músculos accesorios (intercostales, supraclaviculares), desbalance toracoabdominal, aleteo nasal, crépitos audibles por estetoscopio, tos seca.

DOMINIO X. Principios Vitales

Con religión católica

DOMINIO XI. Seguridad/Protección

Piel intacta, mucosa oral integra, con fiebre T°= 39 °C

DOMINIO XII. Confort

Dolor muscular y articular, malestar general, discomfort.

DOMINIO V. Percepción y Cognición

EXAMENES DE LABORATORIO

Somnoliento, confuso, EG= 13 (AO= 3, AV= 4 RM= 6); pupilas isocóricas, normo reactivas

AGA (ANALISIS DE GASES ARTERIALES)

DOMINIO VI. Autopercepción

Ph arterial = 7.31 Und

Autovaloración: No cuantificables

PaO₂ = 27 mmHg

Expresados: No cuantificable

PaCO₂ = 27.5 mmHg

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

HCO₃=13.7 mmol/L

Sin participación presencial de los familiares, pues se esta ante una pandemia, no se permite el ingreso a los familiares,

Pa/FiO₂= 30 mmHg

Na= 136 mmol/L

DOMINIO VIII. Sexualidad

K=4.3 mmol/L

No cuantificable.

Conteo de Leucocitos= 26.50 x 10³ UL

Conteo de Neutrófilos= 82.2%

Conteo de Linfocitos= 15.3%

Conteo de Plaquetas= 329 x 103 UL

Glucosa= 152.0 mg/dl

Urea= 59.0 mg/dl

Creatinina= 0.52 mg/dl

PCR (Proteína C Reactiva) = 9.23 mg/dl

DHL (Lactato Deshidrogenasa) = 1426.0%

Ferritina = 3000 ng/ml

Dímero D = 6.44 Ug/ml

AST (Aspartato Amino Transferasa) (TGO)= 102.0 U/L

ALT (Amino Alanino Transferasa) (TGP)= 116.0 U/L

Creatinina Quinasa (CK), (CPK)fracción MB solamente= 47.6 U/L

Troponina =0.089 mg/dl

Fibrinógeno= 400 mg/dl

TP (Tiempo de Protrombina) = 16.6 seg

TTPa (Tiempo de tromboplastina parcial) = 24.4 seg

Dosaje de Procalcitonina= 0.356 ng/ml

TOMOGRFIA DE TORAX

Opacidades en Vidrio deslustrado, que ocupa aprox. El 95% del volumen pulmonar total con áreas de condensación basales bilaterales. No se aprecian nódulos ni masas.

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS PRIORITARIOS

I. 00032 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ r/c fatiga muscular y ansiedad s/a Insuficiencia respiratoria severa por infección por SARS COV 2 m/p taquipnea, aleteo nasal, uso de músculos respiratorios accesorios, desbalance toracoabdominal, hipoxemia, hipercapnia, cianosis, desaturación.

II. 00029 DISMINUCION DEL GASTO CARDIACO r/c alteración de la poscarga y contractibilidad s/a Shock séptico por infección por SARS COV 2 m/p Hipotensión (PA= 70/40 mmHg PAM= 50 mmHg), taquicardia sinusal (118 x'), piel diaforética, frialdad distal, llenado capilar menor de 2 segundos.

III. 00007 HIPERTEMIA r/c mecanismo de respuesta y defensa a infección viral s/a infección por SARS COV 2 m/p Piel caliente al tacto, T° = 39 ° C, taquicardia.

IV. 00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES r/c patrón respiratorio ineficaz s/a Insuficiencia respiratoria m/P AGA alterado (Ph arterial = 7.31 Und; PaO2 = 27 mmHg; PaCO2 = 27.5 mmHg HCO3=13.7 mmol/L; Pa/FiO2= 30 mmHg).

V. 00291 RIESGO DE TROMBOSIS r/c mecanismo de respuesta alta de coagulopatía s/a

- infección viral por SARS COV 2
- VI. 00179 RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE r/c estrés excesivo y obesidad
- VII. 00004 RIESGO DE INFECCION SOBREGREGADA r/c Dispositivos invasivos (Ventilación mecánica invasiva, CVC, sonda Foley) y manejo inadecuado de las medidas de bioseguridad del personal de salud.
- VIII. 00304 RIESGO DE LESION POR PRESION EN ADULTOS r/c Falta de movilidad física por pronación prolongada.
- IX. 00108, 00109, 00102, 00110 DEFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO, VESTIDO, ALIMENTACION Y USO DE SANITARIO r/c Disfunción cognitiva y motora s/a uso de sedoanalgesia y bloqueante neuromuscular.
- X. 00039 RIESGO DE ASPIRACION r/c Nutrición Enteral, paciente con RASS – 4, falla en el neumotaponamiento y acumulo de secreciones orofaríngeas.
- XI. 00219 RIESGO DE OJO SECO r/c aire acondicionado y estancia prolongada en la unidad de Cuidados Intensivos.

Tabla 1. Plan de cuidados del Diagnóstico Enfermero: 00032 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ r/c fatiga muscular y ansiedad s/a Insuficiencia respiratoria severa por infección por SARS COV 2 m/p taquipnea, aleteo nasal, uso de músculos respiratorios accesorios, desbalance toracoabdominal, hipoxemia, hipercapnia, cianosis, desaturación.

DIAGNOSTICO ENFERMERO	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTIFICO	RESULTADO
00032 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ INEFICAZ r/c fatiga muscular y ansiedad s/a Insuficiencia respiratoria severa por infección por SARS COV 2 m/p taquipnea, aleteo nasal, uso de músculos respiratorios accesorios, desbalance toracoabdominal, hipoxemia, hipercapnia, cianosis, desaturación.	1. Lograr un Patrón respiratorio eficaz en el paciente. 2. Lograr un acoplamiento optimo entre el paciente y el ventilador mecánico.	I. ANTES DE INGRESAR EL PACIENTE A LA UCI A. Preparar la unidad del paciente para su cuidado y permanencia que consiste en: 1. Coordinar con el personal de SILSA para la Limpieza y desinfección del área: piso, paredes, cama, mobiliario. 2. Coordinar y preparar con el Técnico de Enfermería la unidad: Tendido de cama, colocar electrodos y prendido del monitor multiparámetro,	1. Mantiene la limpieza y la desinfección del área donde se atenderá al paciente durante su estancia en la UCI 2. Permite tener el área donde se ubicará el paciente, con todo lo necesario para su atención en equipamiento y materiales. 3,4. Es imprescindible efectuar una preparación previa al uso del ventilador mecánico:	- Paciente en ventilación mecánica invasiva. - Paciente acoplado al ventilador mecánico - Paciente con RASS -4 - Paciente en posición prono - Paciente en Ventilación mecánica con parámetros de ventilación protectiva:

		colocar bombas infusoras en los soportes (instalación), abastecer del material (caja de materiales para aspiración de secreciones), colocar y armado del frasco de aspiración de secreciones. 3. Armado y ensamblaje del Ventilador mecánico: Con las medidas de bioseguridad colocar los corrugados, filtros bacteriostáticos, pulmón de prueba y capnógrafo. 4. Con el técnico de enfermería Conectar el ventilador mecánico al punto de oxígeno, aire medicinal, enchufar a la corriente eléctrica y prendido del ventilador mecánico. 5. Prendido del ventilador mecánico, pasar el test y verificar las pruebas de fuga, oxigenación, etc. 6. Informar al médico para que programe el Modo Ventilatorio y parámetros según sexo, peso, edad y estado actual del paciente. 7. Colocar en una mesa de mayo el material para intubación del paciente: Laringoscopio con hoja 4 (armado, prendido y verificación de las pilas del laringoscopio), Tubos endotraqueales	Fuente electica, fuente de oxígeno, fuente de aire comprimido, ensamblado según manual, tubuladuras apropiadas, filtros-5.Como la mayoría de las computadoras, se calibrará los sensores de flujo, volumen, presión, concentración de oxígeno, fugas internas. Es nuestra responsabilidad el comprobar que este proceso se lleve a cabo y de forma correcta 6. El Médico especialista Programará Ventilación mecánica invasiva protectora, que comprende: Ventilación con volumen Tidal (VT) bajo (VT 4-8 ml x kg de peso corporal predicho), SatO₂ 88-92%, La presión meseta debe estar por debajo de <25 cm H₂O; La Driving Pressure (DP) < 13 cm H₂O y utilizar una estrategia de presión positiva al término de la espiración (PEEP) más elevada en lugar de una estrategia de PEEP más baja. La planificación y preparación es el primer paso de la Secuencia de Inducción rápida (SIR). La Enfermera Responsable de asistir en la intubación y el medico que realizará la intubación, debe comprobar que tiene el material y equipo	Modo Ventilatorio: A/C por Volumen; VT= 369 ml PEEP= 8 Disparo: 2 l/min FiO₂ (sobre el nivel del mar) la necesaria para PaO₂= 60-100 mmHg SaO₂= 92-96% FR= 35 x´ I/E= 1:2 - Lograr en el paciente Presiones metas. Presión máxima o presión pico menor de 35 Presión meseta menor de 25 Driving Pressure (Meseta - PEEP) Menor de 13 (El paciente no logro mantener presiones metas. Él tenía: Presión Pico =45, la presión meseta= 35 y la Driving Pressure= 27)
--	--	---	---	--

		con números consecutivos (N° 8, 8.5, 7.5), guía de intubación, Jeringa para insuflar neumotaponamiento, fijador del TET, Guantes quirúrgicos, ambu con mascarilla (conectado al oxígeno). 8. Tener cerca el Filtro Humidificador HME y la sonda de aspiración de circuito cerrado. 9. Abastecer y acercar el coche de materiales para colocación de catéter venoso central (CVC): Gasas estériles, CVC de 7 Fr de 3 lúmenes, riñonera y equipo de sutura estériles, Lidocaína sin epinefrina, jeringas, NaCl 0.9% y antisépticos, llave de triple vía, Tegaderm etc. B. Preparar los fármacos para el Pretratamiento, Inducción y relajante neuromuscular. 10. En una riñonera colocar jeringas precargadas y rotuladas con los medicamentos y una jeringa de 20 cc con solución fisiológica) · Fentanilo: $0.5\mu\text{g} \times \text{Kg} = 45\mu\text{g}$ EV (1 ampolla de 10 ml viene $50\mu\text{g}/\text{ml}$) = Precargar 1 ml · Midazolam: $0.05 - 0.1 \text{ mg}/\text{Kg} = 9 \text{ mg}$ EV (1 amp. De 10 ml vienen $5\text{mg}/1\text{ml}$) = precargar 2ml	necesario para ejecutar la intubación endotraqueal en las mejores condiciones. 8. De tal manera que el filtro HME y sonda de aspiración de circuito cerrado se conecte con el tubo endotraqueal, una vez intubado el paciente 9. Contar con todos los materiales necesarios y oportunos para la colocación del catéter venoso central (CVC) a cargo del médico especialista. B. El pretratamiento consiste en la administración de fármacos antes de proceder a la inducción-relajación con el fin de disminuir los efectos adversos secundarios a la intubación orotraqueal (hipotensión, bradicardia o taquicardia aumento de la presión intracraneal y resistencia de la vía aérea). Los fármacos utilizados en el pretratamiento de la SIR son: Atropina, Lidocaína y opiáceos de acción corta (El más utilizado es el fentanilo). El pretratamiento para que sea más efectivo debe administrarse 3 min antes de comenzar la inducción.	
--	--	--	---	--

		· Succinilcolina: 1-2 mg/ Kg= 9 mg EV (1 ampolla en polvo 100mg) diluir en 5 ml, coger 1ml= 20 mg diluirlo en 10 ml de NaCl 0.9%----- Administrar 5 ml EV C. Preparar las infusiones de Sedoanalgesia y relajante neuromuscular de mantenimiento e instalarlas en las bombas infusoras. · Fentanilo 0.5 mg = 4 ampollas en NaCl 0.9% 100 ml para RASS -4 · Midazolam 50 mg= 4 ampollas en NaCl 0.9% para RASS -4 · Vecuronio 4mg = 10 ampollas en NaCl 0.9% a 10 cc/h B. AL INGRESO INMEDIATO A LA UNIDAD 11. Con el apoyo de una colega de enfermería especialista y el Técnico de enfermería, instalar al paciente en la cama asignada. 12. Conectar los electrodos, brazalete de la presión arterial, pulsioxímetro y termómetro del monitor multiparámetro. Valorar los signos vitales de ingreso del paciente.	Fentanilo, es el opioide de elección para la realización de la laringoscopia, inhibe el reflejo vagal de la misma, produce una analgesia dosis dependiente a dosis 0.5-3 ug/ Kg/IV, para provocar la mínima inestabilidad hemodinámica, con un tiempo de acción de 3.6 min en alcanzar el sitio efector (SE) y una duración de 30-50 min. Midazolam, benzodiazepina de acción ultracorta actúa mediante inhibición del GABA, es utilizado como inductor en la SIR a dosis de 0.05-0.3 mg /Kg IV, su inicio de acción es de 20-40 seg, con una duración de 8 a 15 min, La Succinilcolina, sigue siendo el estándar de oro en la SIR, es un bloqueador neuromuscular (BNM) de tipo despolarizante por su semejanza a la acetilcolina, presentando alta afinidad por los receptores nicotínicos, La dosis es 1 mg/Kg/ IV, actuando en máximo 60 seg, con una duración ultracorta de 8 min	
--	--	---	---	--

		13. Preoxigenar al paciente con Mascarilla de reservorio (FiO₂= 80-100%), previa a la Intubación. 14. En colaboración con el Medico posicionar al paciente previa a la intubación endotraqueal. 15. Administrar el pretratamiento, inducción y relajación neuromuscular preparada previamente bajo prescripción médica, coordinando con el médico. 16. Asistir al médico a la intubación endotraqueal. (Pasar el tubo endotraqueal con la guía de intubación puesta; insuflar con jeringa el neumotaponamiento; fijar el tubo endotraqueal, conectar al paciente al ventilador mecánico previa colocación del filtro HME y sonda de aspiración circuito cerrado.) 17. Conectar los medicamentos de mantenimiento de sedoanalgesia y bloqueante neuromuscular al paciente según prescripción médica, preparados previamente. 18. Asistir al Médico Intensivista en la Colocación del CVC.	C.El paciente con SDRA en ventilación mecánica, requiere una sedación Profunda. Escala de RASS de -4 (No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física). Se recomienda el uso de Bloqueantes Neuromusculares dentro de las primeras 48 horas de un SDRA severo, considerar prolongar su uso en caso de asincronías o no alcanzar metas de presiones ventilatorias. 11. Permite facilitar el paso del paciente de una camilla a la cama de la UCI, sin riesgos a caídas. 12. Facilita el monitoreo hemodinámico no invasivo del paciente al ingresar a la unidad 13. La preoxigenación durante 5 min, para sustituir el nitrógeno de la capacidad residual funcional por oxígeno (fenómeno de desnitrogenización), esto permite mantener un paciente durante 3-8 min en apnea, sin hipoxemia.	
--	--	---	--	--

		19. Instalar los medicamentos de sedoanalgesia y relajante neuromuscular en uno de los lúmenes del CVC con llave de triple vía. C. PERMANENCIA EN LA UNIDAD 20. Colocar SNG y Sonda Foley según protocolo de la Unidad 21. Monitoreo hemodinámico, ventilatorio, neurológico y metabólico cada 1 hora en 6 horas y cada 2 horas en las siguientes 6 horas en turno de 12 horas y registrarlo en hoja de monitoreo de enfermería: · Signos Vitales: PA, PAM, FC, SO₂, T°. · VM protectora: AC/V, VT, PEEP, FiO₂, Disparo o Triguer, FR. Etc. · Capnografía · Escala de RASS -4 · Control de Hemoglucotest cada 6 horas. 22. Preparar al paciente para la posición prono: Proteger zonas de presión colocando hidrocoloide: cara, tórax, miembros inferiores. 23. Preparar ropa de cama necesario para la pronación: Sabana Superior, solera, protector de cama y 2 almohadas (para el tórax y pelvis).	14. La posición ideal para la intubación orotraqueal se logra con la cabeza hiperextendida con respecto al cuello y el cuello flexionado con respecto al tronco. Se facilita elevando ligeramente la cabecera de la cama o colocando una pequeña almohada en el occipucio. Esta posición consigue la alineación ideal de los 3 ejes (oral, faringe y laringe), para una visualización optima de la glotis. 15. El pretratamiento con fentanilo es importante porque ofrece una analgesia adecuada al paciente y evita el reflejo vagal producido por la laringoscopia. Se procede a la inducción y a la relajación neuromuscular simultanea para producir una inconsciencia y relajación muscular que facilite la intubación orotraqueal y minimice el riesgo de aspiraciones. 16. Con la asistencia de enfermería se facilita que la intubación endotraqueal se realice en las mejores condiciones con los materiales y equipos necesarios.	
--	--	--	---	--

		24. Colocar en Posición Prono al paciente según protocolo en coordinación con el equipo de UCI (Medico a la cabeza, 2 Licenciadas en enfermería, 2 técnicos de enfermería). 25. En posición prono colocar los miembros superiores en posición del nadador. 26. Rotar la cabeza en coordinación con el equipo de UCI cada 6 horas. Y movilizar los miembros superiores cada 3 horas.	17. Para que el paciente se encuentre en escala de RASS de -4, facilitando la atención. 18. Facilita que durante la inserción del CVC, se cuente con todo el material necesario. Y se cuente con una vía endovenosa de acceso central. 19. Mantiene al paciente en escala RASS -4 (sedación profunda) 20. Favorece tener dispositivos invasivos, que facilite la atención del paciente. A través de la Sonda Nasogástrica se brindará alimentación y tratamiento enteral. Con la Sonda Foley facilita el monitoreo de la diuresis. 21. Con el monitoreo permanente del paciente se Facilita la valoración de este. A fin de tratar a tiempo cualquier inestabilidad hemodinámica, metabólica. etc. O emergencia que se presente. 22. El colocar autoadhesivos o hidrocoloides en las zonas de presión, amortiguara en la aparición pronta de LPP	
--	--	--	--	--

			23. Facilita contar con todo el material necesario para realizar la pronación del paciente, según protocolo. 24, 25. La ventilación mecánica invasiva con posición prono mejora el intercambio gaseoso por disminución de los cortocircuitos pulmonares al invertir las zonas dependientes de gravedad y mejorando la aireación en las zonas de mayor perfusión. Al colocar el paciente en posición prono el corazón descansa sobre el esternón lo que quita peso a los pulmones ganando capacidad para la expansión pulmonar, y el posicionamiento en prono ayuda a la remoción de las expectoraciones mejorando aún más el intercambio gaseoso. Se considera respondedor a prono cuando el paciente aumenta 20% la P/F y disminuye 1 mm Hg el PaCO₂. 26. Permite el cambio de posición y movilización para evitar la aparición de LPP por la pronación prolongada.	
--	--	--	--	--

4. Conclusiones

1. Las intervenciones de enfermería del Diagnóstico Enfermero: Patrón Respiratorio Ineficaz se ejecutaron en un 100%
2. Los resultados al ejecutar el plan de cuidados fueron: Se mantuvo al Paciente en ventilación mecánica invasiva, acoplado al ventilador mecánico, con RASS -4, en posición prono, en Ventilación mecánica protectora, no se logró tener presiones en metas (El paciente mantuvo: Presión Pico =45, la presión meseta= 35 y la Driving Pressure= 27)

5. Referencias

1. Acosta Nava Víctor et al., Guía COVID-19 para la atención del paciente crítico con infección por SARS-CoV-2. Colegio Mexicano de Medicina Crítica. [Consultado el 05 de febrero 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2020/ti201b.pdf>
2. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico: Prevención y atención de personas afectadas por covid-19. Perú. [Internet]. [Consultado el 05 de febrero 2024]. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574377/Documento_Te%CC%81cnico_Atencio%CC%81n_y_Manejo_Cli%CC%81nico_de_Casos_de_COVID-19.pdf
3. De la Cruz Ana K. y Vallejos Tomasa. Características sociodemográficas, ratio enfermera(o)-paciente y mortalidad del paciente covid-19 en cuidados intensivos-Pimentel. 2020-2021. Revista científica de Enfermería. Volumen 11, N°2. Julio 2022. [Consultado el 6 de agosto 2022]. <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/1/2>
4. De la Cruz Ana K. Tesis de pregrado “Perfil Epidemiológico y Manejo Intensivo Inicial del Paciente Crítico con COVID-19 en UCI del Hospital Heysen Inchaustegui - 2022”
5. Zamarrón López El, et al. Secuencia de Inducción rápida en paciente crítico. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2019. [Internet]. [Consultado el 09 de febrero 2024]. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://intensiveqare.com/hemeroteca/10.pdf>
6. Componentes, preparación y programación del Ventilador mecánico. Universidad especializada de las Américas. Facultad de Ciencias Médicas y Clínicas. [Internet]. [Consultado el 09 de febrero 2024]. Disponible en: <https://www.calameo.com/read/00527167369e487afd1be>