

Cuidados de enfermería en el paciente intubado

Vázquez-González, A.M.

"Cuidados de Enfermería en el paciente intubado"

SANUM 2024, 8(2) 36-47

Resumen

Introducción-Objetivo: La intubación es un procedimiento utilizado en situaciones en las que un paciente tiene comprometida la función respiratoria para asegurar una adecuada oxigenación y ventilación. El objetivo es mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados y abordar posibles complicaciones.

Metodología: Se trata de una revisión bibliográfica narrativa basada en artículos científicos.


Resultados: Los cuidados de enfermería en pacientes intubados son muy importantes y fundamentales ya que abordan diversos puntos como son la monitorización continua, el manejo de la vía aérea así como de la sedación y analgesia, prevención de posibles complicaciones, movilización y posicionamiento del paciente, control hídrico, comunicación, apoyo y educación sanitaria tanto al paciente como a la familia y, destete respiratorio. La enfermera será la encargada de abordar todos estos cuidados así como de detectar posibles complicaciones en cada uno de los aspectos. Se seguirán los protocolos establecidos en la unidad aunque se trata ante todo de una atención personalizada.

Conclusión-Discusión: La enfermera como profesional sanitario competente en el cuidado del paciente debe conocer y manejar todos los cuidados que requieren dichos pacientes así como saber detectar las complicaciones que puedan llegar a aparecer. Así pues, se deberá aumentar la formación para los profesionales de enfermería para obtener mayores conocimientos y manejo ante estos pacientes.

AUTORA

Ana María Vázquez González. Enfermera. UCI. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

Autora de correspondencia:

 anavazgon19@gmail.com

Tipo de artículo:

Revisión.

Sección:

Enfermería. Cuidados intensivos.

F. recepción: 30-01-2024

F. aceptación: 03-04-2024

Palabras claves:

Intubación endotraqueal;

Unidad de cuidados intensivos;

Cuidados de enfermería.

Nursing care in it intubed patient

Abstract

Introduction- Objective: Intubation is a procedure used in situations in which a patient's respiratory function is compromised to ensure adequate oxygenation and ventilation. The goal is to improve the quality and efficiency of the care provided and address possible complications.

Methodology: This is a narrative bibliographic review based on Scientific articles.

Results: Nursing care in intubated patients is very important and fundamental since it addresses various points such as continuous monitoring, management of the airway as well as sedation and analgesia, prevention of possible complications, mobilization and positioning of the patient, water control, communication, support and health education for both the patient and the family. The nurse will be in charge of addressing all this care as well as detecting possible complications in each of the aspects. The protocols established in the unit will be followed although it is above all personalized attention.

Conclusion- Discussion: The nurse as a health professional Competent in patient care must know and manage all the care that these patients require as well as know how to detect complications that may appear. Therefore, it will be necessary to increase the training for nursing professionals to obtain greater knowledge and management of these patients.

Key words:

Intubation, Intratracheal;

Intensive Care Units;

Nursing care.

Introducción

La intubación es un procedimiento utilizado en situaciones críticas para asegurar una adecuada oxigenación y ventilación en pacientes que presentan compromiso severo de su función respiratoria. (4,5)

Este proceso, que implica la inserción de un tubo endotraqueal a través de la boca o nariz hasta la tráquea, se lleva a cabo en situaciones de emergencia o cuando la capacidad del paciente para mantener una vía aérea permeable se ve amenazada. Los motivos para la intubación pueden variar, desde insuficiencia respiratoria aguda hasta situaciones de trauma o cirugía. (4,5)

Una vez que el paciente ha sido intubado, el manejo posterior se convierte en un elemento fundamental. Los cuidados de enfermería desempeñan un papel muy importante en este proceso, ya que buscan mantener la estabilidad del paciente y prevenir complicaciones asociadas con la intubación, como infecciones respiratorias, daño de la mucosa traqueal o problemas relacionados con la sedación. (1,3,4,5)

La monitorización constante de los signos vitales, el manejo de la vía aérea, la administración de sedación y analgesia, la prevención de infecciones, la movilización y posicionamiento adecuados, así como la nutrición y la hidratación son cuidados esenciales que desarrolla la enfermera para estos pacientes. Así como se debe prestar una atención especial a la comunicación con el paciente y a brindar apoyo emocional tanto a él como a sus familiares, reconociendo el impacto físico y psicológico de la intubación. (1,3,4,5,6)

Los cuidados de enfermería para pacientes intubados, aborda intervenciones interrelacionadas que comprenden una serie de cuidados que abarcan más que el manejo de la vía aérea. Debemos llevar a cabo una atención integral, adaptada a las necesidades específicas de cada paciente, asegurando una atención de calidad, prevenir complicaciones y facilitar la recuperación. (1,4,5)

Objetivos

- Mejorar la calidad de los cuidados prestados a la persona que se encuentra intubada y a su familia.
- Abordar dichos cuidados para prevenir complicaciones y minimizar riesgo de infección.

Metodología

Para la elaboración he recopilado, seleccionado, leído y analizado sobre los cuidados en pacientes intubados y su abordaje. He introducido palabras claves como paciente intubado, tubo endotraqueal, prevención de infecciones, cuidados de enfermería, intubated patient, endotracheal tube, infection prevention, nursing care; combinada mediante los operadores booleanos "and", "or" y "not" en los descriptores DecS y MesH. He utilizado las siguientes fuentes de información y bases de datos: PubMed, Elsevier, Scielo y Medline.

Los criterios de inclusión son estudios de carácter científico, con un límite temporal de los 10 últimos años. Se ha excluido aquellos que no cumplen los criterios.

Resultados

El cuidado de enfermería para pacientes intubados es muy importante para garantizar su seguridad y bienestar. Para ello debemos llevar a cabo una serie de cuidados (4,5,):

- Monitorización Continua: Tendremos vigilancia constante de los signos vitales, incluyendo la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. Además veremos continuamente el ECG (electrocardiograma) para evaluar la función cardíaca. (4,5)
- Cuidado de la Vía Aérea: Deberemos verificar la posición correcta del tubo endotraqueal mediante radiografías y auscultación pulmonar para verificar la entrada de aire en ambos pulmones, la observación de la expansión del pecho. Una colocación inapropiada del tubo puede conducir a complicaciones como la aspiración pulmonar, la obstrucción de las vías respiratorias o la ventilación ineficaz. Además se la profundidad y posicionamiento también deben ser adecuados ya que si está colocado demasiado profundamente, puede causar irritación de las cuerdas vocales o ingresar a un bronquio principal en lugar de la tráquea. Si está demasiado superficial, podría no proporcionar una ventilación eficaz. Mientras el paciente se encuentra intubado se debe llevar a cabo una verificación continua, sobre todo después de cualquier ajuste o movimiento del paciente. Actualmente, se usa la capnografía, que mide el dióxido de carbono exhalado, para confirmar la colocación adecuada del tubo endotraqueal. La presencia de CO₂ en la exhalación indica que el tubo está ubicado en la tráquea.

Será importante en la mayoría de los pacientes mantener la cabeza del paciente elevada a 30 grados para prevenir la aspiración y succionar las secreciones para prevenir la obstrucción del tubo endotraqueal. Además, la enfermera será la responsable de comprobar mediante el manómetro la presión adecuada del globo del tubo endotraqueal para garantizar una ventilación eficaz y prevenir complicaciones asociadas con la vía aérea. (1,3,4,5)

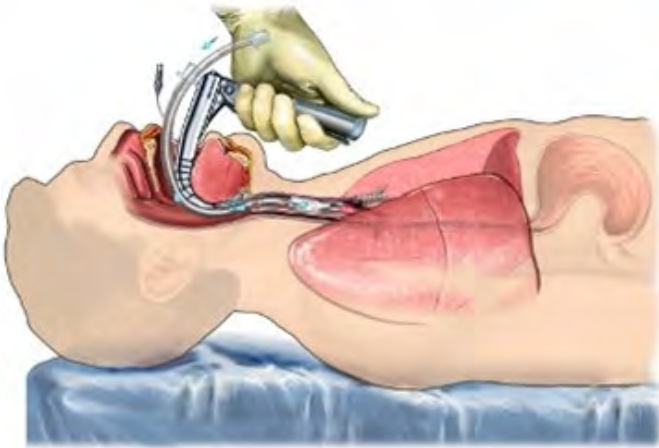


Imagen disponible en: <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=629447>

- Manejo de la sedación y analgesia: Mantendremos al paciente sedado y con medicación analgésica para el dolor. Debemos evaluar continuamente la profundidad de la sedación, así como ajustar la medicación según sea necesario.(3,4,5,6)
 - Control y prevención de Infecciones: La mayoría de las técnicas serán de asepsia rigurosa, se cambiarán los circuitos del ventilador según protocolos de la unidad y se realizará higiene bucal y movilización del tubo por turnos generalmente para prevenir infecciones respiratorias.(1,3,4,5)
 - Movilización y Posicionamiento del paciente: Se realizan cada 2 horas o según protocolo para prevenir las úlceras por presión. También se facilitará la movilización pasiva de extremidades para prevenir la rigidez muscular por parte de la enfermera o del fisioterapeuta.(4,5)
 - Control del balance hídrico: En la mayoría de estos casos se tratan de pacientes con nutrición enteral o parenteral que deberá ser ajustada según las necesidades del paciente. Se llevará un control del balance hídrico para controlar y corregir cualquier desequilibrio. (4,5)
 - Manejo de Secreciones y Humidificación: Será muy importante aspirar secreciones del paciente por el tubo endotraqueal de manera aséptica para mantener las vías aéreas permeables. Además humidificaremos el aire inspirado para prevenir la resequead de las vías respiratorias. (4,5,6)
 - Comunicación y Apoyo Psicológico con educación del paciente y la familia: Proporcionar apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares. Para el paciente, aunque se encuentre sedado, será muy importante la comunicación no verbal, como el contacto visual y gestos reconfortantes que puedan transmitir calma. Además, hablar con tono suave, ofrecer información sobre su estado y asegurarle que está siendo cuidado. En el caso de los familiares, deberemos proporcionar información sobre el estado del paciente, el proceso de intubación y el pronóstico. Les enseñaremos la importancia de la higiene, cambios de posición para prevenir úlceras por presión y cómo pueden contribuir a la comodidad del paciente. Proporcionaremos información sobre recursos de apoyo, como grupos de apoyo para familiares de pacientes críticos. Para todo ello tendremos que adaptar la información según la comprensión y las necesidades específicas de la familia, y estar disponible para responder a sus preguntas.(4,5)
 - Deteste, preparación para la extubación: Se tendrá que evaluar regularmente la capacidad del paciente para respirar de forma espontánea. Para ello tendremos que tener en cuenta la estabilidad clínica del paciente, que se encuentre hemodinámicamente estable, el nivel de sedación, el cual tendremos que ir reduciendo para que el paciente se encuentre más alerta, FiO₂ (fracción inspirada de oxígeno) y PEEP(presión positiva al final de la espiración), que se ajustarán según las necesidades del paciente, comprobar la fuerza muscular y la capacidad neuromuscular del paciente para coordinar la respiración y desconectar temporalmente al paciente del ventilador y observa su capacidad para mantener una frecuencia respiratoria adecuada y una oxigenación adecuada.(2,4,5)
- Ante todo la atención siempre debe ser individualizada según las necesidades específicas de cada paciente y ajustarse en función de la evolución clínica. Además debemos llevar a cabo y tener en cuenta los protocolos establecidos en cada unidad.

Diagnósticos enfermeros

Según las 14 necesidades de Virginia Henderson se pueden distinguir los siguientes diagnósticos enfermeros (7):

1ª Respirar normalmente

DIAGNÓSTICO NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (00247) Riesgo de deterioro de la mucosa oral relacionado con factor mecánico debido a intubación, nutrición inadecuada y obstáculos para los autocuidados orales.

RESULTADOS:

NOC (Nursing Outcomes Classification) 1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Indicadores:

- Hidratación. Se utilizará la escala a (1. Gravemente comprometido - 5 No comprometido). El tiempo para realizar la escala será cada hora.
- Integridad de la piel. Se utilizará la escala a. El tiempo para realizar la escala será cada hora.

NOC 1100: Salud oral.

Indicadores:

- Limpieza de la boca. Se utilizará la escala a. El tiempo para realizar la escala será por turnos (Mañana, tarde y noche).

INTERVENCIONES:

NIC (Nursing Interventions Classification) 3590: Vigilancia de la piel.

Actividades: Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. Observar si hay zonas de presión y fricción. Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (Por ejemplo, colchón antiescaras, horario de cambios posturales).

NIC 0740: Cuidados del paciente encamado.

Actividades: Explicar las razones del reposo en cama. Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado. Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos. Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel.

NIC 1710: Mantenimiento de la salud bucal.

Actividades: Establecer una rutina de cuidados bucales. Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca.

NIC 4120: Manejo de líquidos.

Actividades: Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado). Administrar líquidos.

DIAGNÓSTICO NANDA 00031: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía aérea artificial manifestado por sonidos respiratorios anormales y alteración del patrón respiratorio.

RESULTADOS:

NOC 0410: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.

Indicadores:

- Capacidad de eliminar secreciones. Se utilizará la escala b (1. Desviación grave del rango normal- 5. Sin desviación). El tiempo para realizar la escala será cada hora.

NOC 0411: Respuesta de la ventilación mecánica: adulto.

Indicadores:

- Dificultad para respirar con el ventilador. Se utilizará la escala n (1. Grave 1. Desadaptación total- 5. Ninguno). El tiempo para realizar la escala será cada hora.

INTERVENCIONES:

NIC 3350: Monitorización respiratoria.

Actividades: Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Observar si se producen respiraciones ruidosas. Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atáxicos. Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.

NIC 6650: Vigilancia.

Actividades: Determinar los riesgos de salud del paciente. Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud. Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata. Comprobar el estado neurológico. Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejoras y deterioros en el estado del paciente. Establecer la prioridad de las acciones en función del estado del paciente.

NIC 3160: Aspiración de las vías aéreas.

Actividades: Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración. Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, mediante la utilización del ventilador antes de realizar la aspiración. Basar la duración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. Limpiar la zona alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración traqueal. Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.

NIC 3180: Manejo de las vías aéreas artificiales.

Actividades: Inflar el globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueostomía mediante una técnica mínimamente oclusiva o una técnica de fugas mínimas. Comprobar la presión del globo frecuentemente. Movilizar el tubo endotraqueal de un lado a otro para evitar lesiones. Preparar un equipo de intubación adicional y un ambú en un sitio de fácil disponibilidad. Proporcionar los cuidados de traqueotomía.

DIAGNÓSTICO NANDA 00039: Riesgo de aspiración relacionado con la intubación.

RESULTADOS:

NOC 1918: Prevención de la aspiración.

Indicadores:

- Identifica factores de riesgo. Se utilizará la escala m(1. Nunca demostrado. 1. No identifica factores de riesgo por administración de sedantes y analgésicos.-5. Siempre demostrado). El tiempo para realizar la escala será cada hora.

INTERVENCIONES:

NIC 3200: Precauciones para evitar la aspiración.

Actividades: Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. Mantener una vía aérea. Minimizar el uso de narcóticos y sedantes. Controlar el estado pulmonar. Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación. Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.

NIC 3270: Desintubación endotraqueal.

Actividades: Instruir al paciente acerca del procedimiento. Hiperoxigenar al paciente y aspirar la vía aérea endotraqueal. Aspirar la vía aérea bucal. Desinflar el balón de sujeción endotraqueal y retirar el tubo endotraqueal. Animar al paciente a que tosa y expectore. Vigilar los signos vitales. Comprobar la capacidad de deglución y conversación.

DIAGNÓSTICO NANDA 00034: Respuesta ventilatoria disfuncional al destete relacionado con limpieza ineficaz de las vías aéreas, ansiedad y conocimiento insuficiente sobre el proceso de destete manifestado por aumento de la frecuencia cardíaca respecto a la basal, aumento significativo de la frecuencia respiratoria sobre la basal, respiración descoordinada con el ventilador, respiración jadeante y uso intenso de los músculos accesorios de la respiración.

RESULTADOS:

NOC 0412: Respuesta del destete de la ventilación mecánica: adulto. Indicadores:

- Dificultades para respirar por sí mismo. Se utilizará la escala n (1. Grave 1. Dependiente del ventilador-5. Ninguno, respira sin dificultad). El tiempo para realizar la escala será cada hora.

INTERVENCIONES:

NIC 3310: Destete de la ventilación mecánica.

Actividades: Observar las posibles infecciones graves del paciente antes del destete. Determinar la preparación del paciente para el destete (estabilidad hemodinámica, resolución del trastorno que requirió la ventilación, estado actual óptimo para el destete). Iniciar el destete con períodos de prueba. Administrar fisioterapia torácica, según corresponda. Fomentar el uso óptimo de la energía del paciente iniciando pruebas de destete después de que esté bien descansado. Administrar los medicamentos prescritos que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso. Ayudar al paciente a distinguir las respiraciones espontáneas de las respiraciones inducidas mecánicamente. Proporcionar medios de control del paciente durante el destete. Proporcionar apoyo durante las pruebas iniciales de destete.

NIC 3230: Fisioterapia torácica.

Actividades: Determinar la presencia de contraindicaciones para el uso de fisioterapia torácica. Determinar el segmento o segmentos pulmonares que contienen secreciones excesivas. Golpear el tórax de forma rítmica y en sucesión rápida utilizando las manos ahuecadas sobre la zona que se va a drenar durante 3-5 minutos, evitando la percusión sobre la columna, los riñones, las mamas femeninas, las incisiones y las costillas fracturadas. Aplicar vibración manual de forma rápida y vigorosa. Animar al paciente a que tosa durante y después del procedimiento. Explicar al paciente la finalidad y los procedimientos usados durante la fisioterapia torácica.

2ª Comer y Beber de forma adecuada:

DIAGNÓSTICO NANDA 00002: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con nutrición enteral manifestado por disminución del tono/masa muscular.

RESULTADOS:

NOC 1009: Estado nutricional: ingestión de nutrientes.

Indicadores:

- Ingestión calórica.
- Ingestión proteica.

Cuidados de enfermería en el paciente intubado

- Ingestión de grasas.
- Ingestión de hidratos de carbono.
- Ingestión de fibra.

INTERVENCIONES:

NIC 1100: Manejo de la nutrición.

Actividades:

Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. Instruir a la familia sobre las necesidades nutricionales del paciente. Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. Ajustar la dieta.

3ª Eliminar por todas las vías corporales:

DIAGNÓSTICO NANDA 00011: Estreñimiento relacionado con deterioro neurológico y disminución del tono muscular.

RESULTADOS:

NOC 0501: Eliminación intestinal.

Indicadores:

- Patrón de eliminación.
- Control de movimientos intestinales.
- Tono muscular para la evacuación fecal.

INTERVENCIONES:

NIC 0430: Control intestinal.

Actividades: Anotar la fecha de la última defecación. Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. Informar si hay disminución de los sonidos intestinales. Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación. Administrar supositorios de glicerina, si es necesario. Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

DIAGNÓSTICO NANDA 00016: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con retención urinaria y multicausalidad.

RESULTADOS

NOC 0503: Eliminación urinaria.

Indicadores:

- Patrón de eliminación.
- Retención urinaria.

INTERVENCIONES

NIC 0580: Sondaje vesical.

Actividades: Mantener una técnica aséptica estricta. Colocar al paciente de forma adecuada. Rellenar el balón de la sonda en el caso de que sea de tipo permanente, respetando las recomendaciones en cuanto a la edad y el tamaño corporal del paciente. Colocar la bolsa de drenaje urinario por debajo del nivel de la vejiga urinaria. Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido. Monitorizar las entradas y salidas.

4ª Moverse y mantener posturas adecuadas:

DIAGNÓSTICO NANDA 00085: Deterioro de la movilidad física relacionado con paciente encamado manifestado por disminución del tono muscular.

RESULTADOS:

NOC 0204: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

Indicadores:

- Úlceras por presión.
- Estreñimiento.
- Retención urinaria.

INTERVENCIONES:

NIC 0740: Cuidados del paciente encamado.

Actividades: Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado. Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. Subir las barandillas, según corresponda. Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico. Vigilar el estado de la piel. Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.

5ª Dormir y descansar:

No presenta modificaciones esta necesidad ya que el paciente los días de intubación se mantiene sedado con diferentes perfusiones continuas. Al extubarlo, cuando no se le administre dicha medicación, será cuando se valorará si descansa bien.

6ª Vestirse y/o acicalarse:

DIAGNÓSTICO NANDA 00109: Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento relacionado con incapacidad del paciente.

RESULTADOS:

NOC 0300: Autocuidado: Actividades de la vida diaria.

Indicadores:

- Incapacidad para mantener la imagen a un nivel satisfactorio.

INTERVENCIONES:

NIC 1802: Ayuda con los cuidados de vestir.

Actividades: Ayuda en el proceso de vestimenta.

7ª Mantener la temperatura corporal:

DIAGNÓSTICO NANDA 00274: Riesgo de termorregulación ineficaz.

RESULTADOS:

NOC 0800: Termorregulación.

Indicadores:

- Hipertermia.
- Hipotermia.

INTERVENCIONES:

NIC 6680: Monitorización de los signos vitales:

Actividades: Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

NIC 3900: Regulación de la temperatura:

Actividades: Observar el color y la temperatura de la piel. Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.

8ª Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

DIAGNÓSTICO NANDA 00219: Riesgo de sequedad ocular relacionado con ventilación mecánica.

RESULTADOS:

NOC 0411: Respuesta a la ventilación mecánica: adulto.

Indicadores:

- Capacidad Inspiratoria.
- Dificultad para respirar con el ventilador.
- Rotura de la piel en la zona de la traqueostomía.
- Dificultad para comunicar las necesidades.
- Hipoxia.

INTERVENCIONES:

NIC 3300: Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.

Actividades: Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio. Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente. Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p.ej., aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria). Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente/ventilador (tubo endotraqueal mordido, condensación en los tubos del ventilador, filtros obstruidos).

NIC 3310: Destete de la ventilación mecánica.

Actividades. Determinar la preparación del paciente para el destete. Someter a observación para asegurarse de que el paciente no tenga infecciones graves antes del destete. Aspirar la vía aérea, si es necesario. Controlar los factores predictivos de la capacidad de tolerar el destete según el protocolo del centro.

NIC 1710: Mantenimiento de la salud bucal.

Actividades: Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, cremas de protección oral y analgésicos tópicos o sistémicos, según proceda. Establecer una rutina de cuidados bucales. Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.

DIAGNÓSTICO NANDA 00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión sobre prominencia ósea.

RESULTADOS:

NOC 1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Indicadores:

- Temperatura de la piel.
- Pigmentación anormal.
- Integridad de la piel.
- Lesiones cutáneas.

NOC 0204: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

Indicadores:

- Irritación cutánea.
- Úlceras por presión.

INTERVENCIONES:

NIC 3590: Vigilancia de la piel.

Actividades: Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. Vigilar el color y la temperatura de la piel. Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.

Cuidados de enfermería en el paciente intubado

Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (por ejemplo, colchón antiescaras, horario de cambios posturales).

9ª Evitar peligros ambientales/ Seguridad:

DIAGNÓSTICO NANDA 0004: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (intubación).

RESULTADOS:

NOC 0703: Severidad de la infección.

Indicadores:

- Controlar la fiebre utilizando la escala n (Grado 1 fiebre elevada- Grado 5 Sin fiebre). El tiempo para realizar la escala será cada hora.

INTERVENCIONES:

NIC 6540: Control de infecciones.

Actividades: Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. Usar guantes estériles, según corresponda. Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, apropiado. Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. Cambiar los sitios de las vías IV periférica y central y los vendajes de acuerdo con las directrices actuales de los Centros de Control y Prevención de las Enfermedades. Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías IV. Fomentar una respiración y tos profunda, según corresponda.

NIC 3740: Tratamiento de la fiebre.

Actividades: Controlar la temperatura y otros signos vitales. Observar el color y la temperatura de la piel. Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos. Administrar medicamentos o líquidos intravenosos. Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre.

DIAGNÓSTICO NANDA 00146: Ansiedad relacionado con proceso de destete y factores estresantes manifestado por aumento o disminución de la frecuencia cardíaca, alteración del patrón respiratorio y aumento o disminución de la tensión arterial.

RESULTADOS:

NOC 1211: Nivel de ansiedad.

Indicadores:

- Ansiedad verbalizada. Se utilizará la escala n (Grave 1 Puntuación máxima en escala de Ha-

milton 56- Grado 5 Ninguno, no hay ansiedad). El tiempo para realizar la escala n será por turnos, donde el personal de enfermería pasará la escala de ansiedad de Hamilton.

NOC 1214: Nivel de agitación.

Indicadores:

- Sueño interrumpido. Se utilizará la escala n(- Grave 1 No duerme- 5 Ninguno) . El tiempo para realizar la escala será cada hora.

INTERVENCIONES:

NIC 5820: Disminución de la ansiedad.

Actividades: Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. Animar a la familia a permanecer con el paciente. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Crear un ambiente que facilite la confianza. Favorecer la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

NIC 1850: Mejorar el sueño.

Actividades: Determinar los efectos que tiene la medicación. Ajustar el ambiente para favorecer el sueño. Ayudar a eliminar los factores estresantes. Ajustar el programa de administración de medicación.

10ª Comunicarse con los demás:

DIAGNÓSTICO NANDA 00051: Deterioro de la comunicación verbal relacionada con paciente intubado y sedado.

RESULTADOS:

NOC 0415: Estado respiratorio.

Indicadores:

- Frecuencia respiratoria.
- Saturación de oxígeno.
- Capacidad vital.
- Vías aéreas permeables.

INTERVENCIONES:

NIC 3390: Ayuda a la ventilación.

Actividades:

Mantener una vía aérea permeable. Ayudar en los frecuentes cambios de posición, según corresponda. Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios. Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: gasometría arterial, SaO₂, CO₂ teleespiratorio...).

NIC 3140: Manejo de la vía aérea.

Actividades: Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación. Abrir la vía aérea, mediante

la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda. Insertar una vía aérea oral o nasofaríngea, según corresponda. Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, según corresponda. Administrar broncodilatadores, según corresponda. Extraer cuerpos extraños con pinzas de McGill, según corresponda.

11ª Creencias y Valores:

No precisa modificaciones en esta necesidad ya que el paciente debido a su estado de salud no puede manifestar sus creencias.

12ª Trabajar y realizarse:

DIAGNÓSTICO NANDA 00183: Disposición para mejorar el confort

RESULTADOS:

NOC 2002: Nivel de comodidad

Indicadores:

- Control de dolor.
- Nivel de independencia.
- Relaciones sociales.
- Entorno físico.
- Bienestar psicológico.
- Control del síntoma.

INTERVENCIONES:

NIC 2380: Manejo de la medicación.

Actividades: Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo. Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación. Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.

13ª Desarrollar actividad lúdicas y recreativas:

No es valorable esta necesidad por encontrarse el paciente en coma intubado. Régimen de visitas según protocolo de la unidad.

14ª Aprender:

Debido a su estado de gravedad no puede conocer su situación de salud, siendo el paciente incapaz de manifestarse ni expresarse. El médico informa a la familia de su estado y les aporta la información pertinente.

Discusión

Son muchos los cuidados de enfermería en pacientes intubados que son fundamentales para garantizar una atención integral, segura y efectiva.

La enfermera se encarga de detectar cualquier cambio en los signos vitales ya que estos pacientes se encuentran monitorizados continuamente, lo que permite una intervención rápida y personalizada.

Además, la enfermera debe manejar la vía aérea, está pendiente de la posición adecuada del tubo endotraqueal y la prevención de la aspiración pulmonar. Para ello se lleva a cabo la aspiración de secreciones y la higiene bucal regular siempre según los protocolos de la unidad, lo que permite mantener las vías respiratorias permeables y reduce el riesgo de infecciones respiratorias asociadas.

Para permitir una ventilación mecánica eficaz y garantizar el confort del paciente, este se debe encontrar sedado y analgesiado, por lo que la enfermera también se encarga de la evaluación continua de la profundidad de la sedación y la adaptación de las dosis según sea necesario.

La prevención de infecciones constituye otro aspecto crítico en los cuidados de enfermería para pacientes intubados. La práctica rigurosa de técnicas de asepsia al manipular dispositivos y la administración de antibióticos según sea necesario contribuyen a reducir el riesgo de infecciones respiratorias y sistémicas.

El soporte psicológico y emocional tanto para el paciente como para sus familiares es una dimensión esencial de la atención de enfermería. La implementación de estrategias de comunicación efectiva, incluso en situaciones donde el paciente no puede hablar, y la provisión de información clara sobre el estado del paciente son fundamentales para abordar el impacto emocional de la intubación.

En resumen, los cuidados de enfermería en pacientes intubados abarcan muchos aspectos, los cuales deben tener la colaboración interdisciplinaria y la atención personalizada para proporcionar una atención de calidad y mejorar los resultados clínicos en estos pacientes críticos.

Discussion

There are many nursing cares for intubated patients that are essential to guarantee comprehensive, safe and effective care.

The nurse is responsible for detecting any changes in vital signs since these patients are continuously monitored, which allows rapid and personalized intervention.

In addition, the nurse must manage the airway, pay attention to the proper position of the endotracheal tube and the prevention of pulmonary aspiration. To achieve this, aspiration of secretions and regular oral hygiene are always carried out according to the unit's protocols, which keeps the airways patent and reduces the risk of associated respiratory infections.

To allow effective mechanical ventilation and ensure patient comfort, the patient must be sedated and analgesic, so the nurse is also responsible for the continuous evaluation of the depth of sedation and the adaptation of doses as necessary.

Infection prevention constitutes another critical aspect of nursing care for intubated patients. Rigorous practice of aseptic techniques when handling devices and administration of antibiotics as necessary help reduce the risk of respiratory and systemic infections.

Psychological and emotional support for both the patient and their families is an essential dimension of nursing care. Implementing effective communication strategies, even in situations where the patient cannot speak, and providing clear information about the patient's condition are essential to address the emotional impact of intubation.

In summary, nursing care in intubated patients covers many aspects, which must have interdisciplinary collaboration and personalized attention to provide quality care and improve clinical outcomes in these critical patients.

Conclusión

En conclusión, los cuidados de enfermería en pacientes intubados representan un aspecto fundamental, siendo determinantes para la recuperación y estabilidad de individuos que enfrentan condiciones graves que comprometen su función respiratoria. La atención de enfermería abarca una serie de aspectos interrelacionados, desde la monitorización continua hasta la gestión de la vía aérea, la administración de medicamentos, la prevención de infecciones y el apoyo emocional.

La importancia de la monitorización constante de los signos vitales, junto con la evaluación continua de la colocación del tubo endotraqueal, garantiza una respuesta inmediata ante cualquier cambio en la condición del paciente. El manejo adecuado de la vía aérea, incluida la prevención de la aspiración y la aspiración regular de secreciones, contribuye a mantener la permeabilidad de las vías respiratorias y minimizar el riesgo de complicaciones.

La administración precisa de sedación y analgesia, adaptada a las necesidades individuales del paciente, no solo asegura su confort, sino que también facilita la ventilación mecánica eficaz. La prevención de infecciones, a través de prácticas rigurosas de asepsia y la administración de antibióticos según sea necesario, es esencial para reducir el riesgo de complicaciones respiratorias e infecciosas.

Además, el apoyo psicológico tanto al paciente como a sus familiares, la implementación de estrategias de comunicación efectiva y la provisión de información clara por parte de la enfermería contribuyen a aliviar la ansiedad y el estrés asociados con la intubación.

Por último se debe tener en cuenta que la colaboración interdisciplinaria, la actualización constante de conocimientos en las mejores prácticas y la adaptación a las necesidades que en ese momento requiera el paciente son fundamentales para garantizar una atención de calidad y mejorar los resultados clínicos.

Conclusion

In conclusion, nursing care in intubated patients represents a fundamental aspect, being decisive for the recovery and stability of individuals who face serious conditions that compromise their respiratory function. Nursing care encompasses a number of interrelated aspects, from continuous monitoring to airway management, medication administration, infection prevention and emotional support.

The importance of constant monitoring of vital signs, along with continuous evaluation of endotracheal tube placement, ensures an immediate response to any change in the patient's condition. Appropriate airway management, including prevention of aspiration and regular aspiration of secretions, helps maintain airway patency and minimize the risk of complications.

The precise administration of sedation and analgesia, tailored to the individual needs of the patient, not only ensures comfort, but also facilitates effective mechanical ventilation. Prevention of infections, through rigorous aseptic practices and administration of antibiotics as needed, is essential to reduce the risk of respiratory and infectious complications.

In addition, psychological support for both the patient and their families, the implementation of effective communication strategies, and the provision of clear information by nursing contribute to alleviating anxiety and stress associated with intubation.

Finally, it must be taken into account that interdisciplinary collaboration, constant updating of knowledge in best practices and adaptation to the needs that the patient requires at that moment are essential to guarantee quality care and improve clinical results.

Declaración de transparencia

La autora del estudio asegura que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de financiación

Sin fuentes de financiación.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

Publicación

El presente artículo no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso o jornada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrita Xavier, T. F., Correia de Melo, F., & Mendes Pinto Marques, M. D. C. (2023). Cuidados de higiene bucal al paciente intubado orotraqueal: Factores influyentes. Revisión sistemática de la literatura. *Enfermería Global*, 22(70), 555-606.
2. García-Fernández, J., & Mingote, Á. (2023). Monitorización del destete ventilatorio en el paciente crítico. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 70, S6-S13.
3. Torrico Cuestas, R. (2022). Modelo de atención de enfermería para prevenir las infecciones respiratorias bajas en pacientes intubados. *Vive Revista de Salud*, 5(14), 303-313.
4. Sánchez, K. G. M., Barre, S. L. A., & Ortiz, K. L. C. (2022). Cuidados de enfermería en pacientes con intubación endotraqueal en la unidad de cuidados intensivos. *Dominio de las Ciencias*, 8(3), 794-806.
5. Deza, S. D., Navarro, I. C., Simón, L. J., Rubio, V. H., Blasco, L. M., & Alvero, M. B. D. (2021). Cuidados de enfermería al paciente intubado en UCI, artículo monográfico. *Revista sanitaria de investigación*, 2(8), 49.
6. Goñi-Viguria, R., Yoldi-Arzo, E., Casajús-Sola, L., Aquerreta-Larraya, T., Fernández-Sangil, P., Guzmán-Unamuno, E., & Moyano-Berardo, B. M. (2018). Fisioterapia respiratoria en la unidad de cuidados intensivos: Revisión bibliográfica. *Enfermería intensiva*, 29(4), 168-181.
7. Kamitsuru, S., & Herdman, T. H. (Eds.). (2019). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020*. Elsevier Health Sciences.