

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERA EN ADULTO MAYOR CON DIAGNOSTICO DE
FIBROSIS PULMONAR ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ
CHICLAYO, 2017**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

Lic. LUCÍA AGUSTINA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

PARA OPTAR EI TITULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIA Y DESASTRES

ASESOR:

Mg. PILAR FAJARDO CANAVAL

Lima, Perú

2017

DEDICATORIA

A César mi amado esposo,
a Sergio César y Ana Lucía
mis preciados hijos, quienes
constantemente me alientan y
apoyan a continuar
superándome y ser
competente en mi desempeño
profesional.

LUCÍA FERNÁNDEZ F.

AGRADECIMIENTO

A Dios por su inmenso amor, cuidado y ayuda infinita, al haberme permitido culminar satisfactoriamente el presente estudio de Caso.

Rogándole continúe fortaleciendo mi espíritu y vocación.

INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	
1.1. Base Teórica	8
1.2. Teoría de Enfermería	15
1.3. Cuidados de Enfermería	21
1.4. Estudios Relacionados	24
CAPÍTULO II APLICACIÓN DEL PAE-EBE	
2.1. Valoración según Dominios	27
2.2. Diagnósticos de Enfermería	37
2.3. Planteamiento de Objetivos y Prioridades	44
2.4. Ejecución de las Intervenciones	44
2.5. Evaluación de los Resultados	44
CAPÍTULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
3.1. Conclusiones del Trabajo	68
3.2. Recomendaciones	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	76

RESUMEN

El presente Trabajo Académico de caso clínico se ha aplicado a una persona adulta mayor con diagnóstico médico de fibrosis pulmonar difusa, hospitalizada en el servicio de emergencia del Hospital Regional de la Policía Nacional-Chiclayo, quien tiene afectada diversos dominios y necesidades, resaltando la necesidad de oxigenación debido a la pérdida progresiva de las unidades alveolo capilares funcionales de sus pulmones ocasionándole dificultad respiratoria severa.

Se ha utilizado el Proceso de Atención de Enfermería considerando sus cinco etapas: Valoración, donde se ha teniendo en cuenta la valoración por dominios y las necesidades afectadas según Virginia Henderson, en el Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación se ha aplicado la taxonomía NANDA, NIC Y NOC que son lenguajes estandarizados que ha permitido a los profesionales de enfermería conseguir cuidados basados en la calidad.

El desarrollo del proceso del cuidado de enfermería del caso clínico, se fundamentó en la Teoría de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas.

Se sugiere que el presente trabajo sirva como guía para elaborar manuales estandarizados abarcando en forma integral a la persona y facilite la atención del paciente con fibrosis pulmonar en la emergencia. Además se debe involucrar a la familia, ya que por ser una enfermedad crónica incapacitante progresiva, el familiar debe saber manejarlo en casa para evitar descompensaciones.

Palabras Clave: Adulto mayor, fibrosis pulmonar, cuidado de enfermería

ABSTRACT

The present Academic Case Work has been applied on an elderly adult with the medical diagnosis of diffuse pulmonary fibrosis, hospitalized in the emergency service of the Regional Hospital of the National Police-Chiclayo, which has affected several domains and needs, highlighting the need to oxygenate due to the progressive loss of functional alveolocapillary units of her lungs causing severe respiratory distress.

The Nursing Care Process has been used considering its five stages: Valuation, where the assessment by domains and the affected needs, according to Virginia Henderson, has been taken into account; in the Diagnosis, Planning, Execution and Evaluation, it have been applied the NANDA, NIC and NOC taxonomy, which are standardized languages that have allowed nursing professionals to achieve quality-based care.

The development of the nursing care process of the clinical case was based on Virginia Henderson's Theory of the 14 basic needs.

It is suggested that the present work serve as a guide to elaborate standardized manuals comprehensively covering the person and facilitate the patient's attention with pulmonary fibrosis in the emergency. In addition, the family should be involved, since as it is a progressive disabling chronic disease, the family member must know how to handle it at home to avoid decompensation.

Key Words: Elderly, Pulmonary Fibrosis, nursing care

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años, quien debido al aumento en su esperanza de vida, al proceso natural de envejecimiento y a la vulnerabilidad física, social y psicológica se ha incrementado el número de padecimientos y sus complicaciones, con predominio de las enfermedades crónico degenerativas, entre ellas tenemos a las enfermedades pulmonares intersticiales que son un grupo variado de trastornos inflamatorios difusos de las vías aéreas inferiores causada por inflamación y fibrosis (cicatrización) de las paredes de los alveolos y engrosamiento del intersticio que los rodea, con tendencia de progresar hacia la pérdida progresiva de las unidades alveolo capilares funcionales causando dificultad respiratoria que evoluciona a insuficiencia respiratoria.⁽¹⁾

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades de la persona o del sistema familiar.⁽²⁾

El presente Proceso de Cuidados de Enfermería está aplicado a una persona adulta mayor con Fibrosis Pulmonar, hospitalizada en el servicio de emergencia, en donde se muestra todos los pasos del método de enfermería, aplicado la valoración según Virginia Henderson, elaborado en razón de las necesidades detectadas en la paciente, y la taxonomía NNN.

El uso de las taxonomías como lenguajes estandarizados ha permitido a los profesionales de enfermería una mejor descripción del proceso enfermero en cuanto a la elaboración y un informe de casos clínicos. Los lenguajes estandarizados (NANDA, NOC y NIC) de enfermería son necesarios para conseguir cuidados de enfermería basados en la calidad, por tres razones: 1) representan los tres elementos del cuidado que se consideran esenciales para el conjunto mínimo de datos de enfermería; 2) representan la enfermería basada en la evidencia, y 3) sirven como nombres de archivos en los sistemas informatizados.⁽²⁾

CAPITULO I : MARCO TEÓRICO

1.1 Bases Teóricas

Fibrosis Pulmonar

Definición:

Las enfermedades pulmonares intersticiales son un grupo variado de trastornos inflamatorios difusos de las vías aéreas inferiores causada por inflamación y fibrosis (cicatrización) de las paredes de los alveolos y engrosamiento del intersticio que los rodea.

La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI), es una forma específica de enfermedad pulmonar intersticial difusa de etiología desconocida, crónica y progresiva. Ocurre fundamentalmente en adultos mayores, es irreversible. ⁽³⁾

Fisiopatología de la Fibrosis Pulmonar

El pulmón naturalmente está expuesto a sufrir lesiones iterativas por diversos estímulos exógenos y endógenos. Varios factores locales y generales (p. ej., fibroblastos, fibrocitos de la circulación, quimiocinas, factores de crecimiento y factores de la coagulación) contribuyen a la cicatrización del tejido y la recuperación funcional. La falta de regulación de esta red intrincada por una predisposición genética, trastornos auto inmunitarios o enfermedades superpuestas originan una cicatrización anómala, lo cual tiene como resultado fibrosis pulmonar. Otro mecanismo es el agotamiento de los mecanismos de reparación incluso intactos, lo que desencadena fibrosis pulmonar ⁽⁴⁾

Las pequeñas cavidades de aire en los pulmones y sus estructuras se llenan de cicatrices. Al formarse una cicatriz, el tejido se vuelve más grueso y se tornan rígidos causando una pérdida irreversible de la capacidad de intercambio de gases de esta manera se dificulta tomar aire y es posible que la sangre no reciba el suficiente oxígeno., disminuyendo progresivamente la oxigenación tisular general. Por otra parte, la disminución de la distensibilidad pulmonar por fibrosis conforma una enfermedad pulmonar restrictiva. La fibrosis y disminución de la oxigenación redunda en un

aumento de la presión pulmonar, reversible en un primer momento e irreversible desde el momento en que la elasticidad del pulmón se compromete.⁽⁵⁾

Signos y Síntomas de la Fibrosis Pulmonar

Los síntomas de la fibrosis pulmonar dependen de lo avanzada que esté la modificación del tejido conjuntivo de la estructura pulmonar. Los síntomas no están siempre presentes en que las enfermedades que comienzan y pueden no presentarse hasta que han progresado las enfermedades substancialmente. El síntoma principal es disnea de la respiración. Muchos pacientes lo describen como sensación de la dificultad respiratoria (disnea), al principio solo con el esfuerzo físico, y luego incluso en reposo. También se acelera la frecuencia respiratoria. Otro síntoma típico de la fibrosis pulmonar es la tos seca, que dificulta hablar o dormir. La respiración profunda e intencionada de las personas afectadas puede provocar un paro respiratorio repentino. Con la fibrosis pulmonar también se producen episodios de fiebre y pérdida de peso. En un estadio más avanzado la piel y las mucosas se tiñen de color azul. Los primeros en tomar una coloración azul son los labios y las uñas de las manos (acrocianosis). Otro síntoma de la fibrosis pulmonar es la denominada acropaquia o uñas en forma de cristal de reloj, que aparece por el insuficiente abastecimiento de oxígeno. Además, pueden experimentar el desarrollo de las yemas de los dedos y las uñas, llamada palillos de tambor.^(6,7)

La enfermedad varía de persona a persona. Para algunos, la enfermedad progresa lentamente y gradualmente los meses o los años del mientras que para otros hay una progresión rápida. El curso es generalmente imprevisible.^(6,7)

Etiología y factores de riesgo de la Fibrosis Pulmonar

La etiología de la FPI no se conoce, aunque probablemente es debida al efecto de diversos factores en sujetos con predisposición genética

Factores genéticos: Las alteraciones genéticas con más relevancia clínica son: mutaciones en los genes que mantienen la longitud de los telómeros (TERT, TERC), que son más frecuentes en las formas familiares, en la proteína C del surfactante y en

la región promotora de la mucina 5 B (MUC5B). No existe ninguna prueba genética establecida para valorar la predisposición a la FPI

Factores ambientales: El tabaquismo (> 20 paquetes/año) y la exposición al sílice, al latón, al acero, al plomo y al polvo de madera, las actividades laborales en ganadería y en agricultura, y la construcción de casas de madera son considerados factores de riesgo.

Reflujo gastroesofágico: Varios estudios han demostrado que el reflujo gastroesofágico (RGE) es un factor de riesgo para la predisposición y la progresión de la FPI.

Infecciones víricas: No existe evidencia suficiente para considerar que las infecciones víricas (virus de la hepatitis C, herpes virus, adenovirus) sean factores etiológicos de la FPI, aunque su contribución sigue siendo objeto de estudio.

Autoinmunidad: El posible origen autoinmune de la FPI se basa en que las manifestaciones radiológicas y/o histológicas de la NIU se asocian a enfermedades del tejido conectivo, aunque estas suelen cursar con histología de neumonía intersticial no específica.^(7,8)

Métodos diagnósticos de la Fibrosis Pulmonar

- Anamnesis. Con una correcta anamnesis se puede orientar el diagnóstico en la tercera parte de las FPI. La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) suele diagnosticarse en sujetos mayores de 50 años.. Se debe indagar sobre:
 - o Antecedentes familiares. Puede proporcionar información muy útil. Los pacientes con FPI pueden tener algún otro miembro de la familia afectado (fibrosis pulmonar familiar).
 - o tabáquico. Algunas FPI son propias de fumadores.
 - o Historia ocupacional y laboral. La exposición a agentes orgánicos y polvos inorgánicos puede ser causa de FPI, por lo que, la anamnesis laboral debe ser extensa e incluir las actividades laborales, y respecto a ellas, en especial, la

presencia de polvo inorgánico, así como la fecha en que tuvo lugar la exposición y la duración de ésta. Deben consignarse todas las actividades laborales en orden cronológico.

- Radioterapia. El antecedente de radioterapia torácica puede ser causa de FPI.
 - Enfermedades sistémicas. Indagar sobre síntomas de enfermedades sistémicas como el reflujo gastroesofágico que pueden asociarse a FPI.
- La radiografía de tórax sigue siendo un método insustituible en la evaluación radiológica inicial y el seguimiento de los pacientes. Los patrones radiográficos relacionados con las FPI son: vidrio deslustrado, nodulillar, reticular, reticulonodulillar y pulmón en panal de abeja, que suelen afectar de forma difusa ambos hemitórax y acompañarse de disminución del tamaño de los campos pulmonares. La tomografía axial computarizada (TAC) torácica es más sensible que la radiografía de tórax para el estudio de las alteraciones del intersticio pulmonar. En el estudio de las EPID debe realizarse siempre la TAC de alta resolución (TACAR). Esta técnica permite la detección de la enfermedad en los casos con radiografía de tórax normal.⁽⁸⁾

Epidemiología de la Fibrosis Pulmonar

Las dificultades diagnósticas y diversos aspectos metodológicos de los trabajos complican la estimación de la verdadera incidencia de la enfermedad. En un estudio de población se detectó una incidencia/prevalencia (hombre/mujer) por 10⁵ habitantes de 11/7 y de 20/13, respectivamente. Por su parte, una investigación de Noruega constató una incidencia/prevalencia de 4.3 y de 20/1 000 000. En el Reino Unido, en una base de datos en 4 000 000 de pacientes se observaron 962 casos de FPI entre 1991 y 2003, luego de la exclusión de sujetos con enfermedad del tejido conectivo y después del ajuste según edad y sexo. Además, se refirió que la incidencia de FPI aumentó aproximadamente 11% por año en el mismo período.

La mayoría de los estudios sugiere que la enfermedad es más frecuente en hombres y en sujetos de 67 a 69 años. Se han señalado diversos factores de riesgo asociados con la enfermedad, entre ellos, tabaquismo, drogas (antidepresivos), aspiración crónica de sustancias, metales y agentes infecciosos, como adenovirus, virus de la hepatitis C y virus de Epstein Barr. La replicación de este último virus parece aumentar

en células alveolares epiteliales tipo II de pacientes con FPI. Asimismo, varios estudios sugirieron que la FPI podría estar relacionada con la aspiración crónica de jugo gástrico.⁽⁹⁾

Se han realizado varios estudios para evaluar la incidencia y la prevalencia de la FPI. Los datos más fiables estiman que la incidencia varía entre 4,6 y 7,4/100.000 habitantes, y la prevalencia se sitúa entre 13/100.000 habitantes en mujeres y 20/100.000 habitantes en varones. De acuerdo con estos datos, se estima que en España la FPI puede estar afectando a unas 7.500 personas. Se desconoce si la incidencia y la prevalencia están influidas por factores étnicos, raciales o geográficos. En los últimos años se ha observado un incremento en la prevalencia, probablemente debido a la optimización de los métodos diagnósticos y al aumento de la esperanza de vida.⁽¹⁰⁾

Adulto Mayor

Definición

El Instituto Nacional de Estadística e Informática en su Informe Técnico sobre la Situación de la Población Adulta Mayor, considera como personas adultas mayores a la población de 60 y más años de edad, en concordancia con el criterio adoptado por Organización Mundial de la Salud (OMS).⁽¹¹⁾

Envejecimiento y Salud

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto.

Si las personas mayores pueden vivir esos años adicionales de vida en buena salud y en un entorno propicio, podrán hacer lo que más valoran de forma muy similar a una persona joven. En cambio, si esos años adicionales están dominados por el declive de

la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas⁽¹²⁾

Los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento son complejos. A nivel biológico, el envejecimiento se caracteriza por la acumulación gradual, durante toda la vida, de daños moleculares y celulares, lo que produce un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte.

Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona.

El envejecimiento, la salud y el funcionamiento es compleja, Los elementos que entran en juego se expresan, en última instancia, en las capacidades físicas y mentales y en el funcionamiento de la persona mayor. Con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Después de los 60 años, las grandes cargas de la discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia. Sin embargo, la presencia de estas afecciones no dice nada sobre el impacto que pueden tener en la vida de una persona mayor.

Al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento^(12,13)

La mayor carga de mortalidad en las personas mayores en todo el mundo proviene de la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La carga de todas estas afecciones es mucho mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos de la OCDE.⁽¹²⁾

Dependencia de Cuidados

La palabra dependencia se utiliza mucho en relación con el envejecimiento, aunque no existe acuerdo acerca de qué significa en realidad o si se trata de un estado positivo o negativo. Así, aunque en los debates económicos generalmente se presenta la dependencia en la vejez como un estado negativo que requiere la transferencia de beneficios de las generaciones más jóvenes, presumiblemente más productivas, a las más viejas, hay quienes plantean que es más acertado concebir la relación entre las generaciones más jóvenes y las mayores como una relación de interdependencia mutua. En muchas culturas asiáticas, entre otras, esta interdependencia es vista como un bien social fundamental. En este informe, por consiguiente, se limita el uso del término dependencia al concepto de dependencia de cuidados, que ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda las tareas básicas de la vida cotidiana. El motivo es que el deterioro de la capacidad ya no puede compensarse con otros aspectos del entorno de la persona mayor o con el uso de los dispositivos de apoyo disponibles. Con la ayuda de estos cuidados aumenta la capacidad funcional al punto en que las personas mayores pueden realizar estas tareas básicas. Es fundamental tener en cuenta que las personas pueden mantener la autonomía a pesar de depender de cuidados si conservan la capacidad de tomar decisiones sobre los asuntos que les conciernen y pueden dirigir la ejecución de esas decisiones. La dependencia de cuidados a menudo se ha evaluado con instrumentos que determinan si la persona requiere ayuda con AVD.⁽¹³⁾

1.2 Teorías de Enfermería

La teoría de enfermería considerada para el presente estudio es de **Virginia Henderson** cuyo modelo se basa en el cuidado de las necesidades básicas, se elige esta teórica por las limitaciones de la persona en estudio de casi todas sus necesidades básicas que se puede evidenciar al hacer una valoración de las 14 necesidades.

Virginia Henderson, nace en Kansas (Missouri) en 1897 y fallece en 1996. En la I Guerra Mundial comenzó a interesarse por la Enfermería ingresando en la Escuela de Enfermería la Armada de Washington en 1918 graduándose en 1921. y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte. ⁽¹⁴⁾

Virginia Henderson desarrolló sus conceptos teóricos influenciada por la corriente de integración, para conceptualizar a la persona. Ella refiere que los seres humanos tienen una variedad de necesidades básicas que satisfacer; esto se logra cuando la persona tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independencia); cuando un elemento falta y no se satisface, surgen los problemas de salud (dependencia). Lo anterior puede llevar a la persona a un nivel de independencia o dependencia, generando una relación entre la enfermera y la persona: de suplencia, ayuda, orientación o compañía. La relación enfermera–médico o enfermera–equipo de salud pueden ser independientes cuando la actividad es propia de enfermería; interdependientes cuando la participación multidisciplinaria es indispensable; y dependientes cuando la responsabilidad de la acción recae en otro profesional de la salud. ⁽¹⁵⁾

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. ⁽¹⁶⁾

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir

dignamente. El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción. El rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos interno y externos. La fuente de dificultad que en este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia: a) Los conocimientos se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo. En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados. b) La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones. En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera. c) La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado. ^(17,18)

El centro de intervención son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad).

Los modos de intervención: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse.

Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).⁽¹⁹⁾

Las 14 necesidades establecidas por Virginia Henderson, han sido valoradas en la Sra. G.Y.M, como se detalla a continuación.

1. Respirar normalmente. Términos que debemos valorar entre otros: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo y enfermedades asociadas. ⁽²⁰⁾

En el Caso en estudio, la Sra. G.Y.M presenta dificultad respiratoria, que se intensifica al hablar, se encuentra con oxigenoterapia por máscara de Venturi a 35% a 9lt x' ,además tiene ligera acrocianosis, tiraje intercostal y subcosta, murmullo vesicular disminuido, con presencia de roncales bibasales, crepitos en 2/3 de HTI y 1/3 medio de HTD, crujidos difusos, sibilantes en 1/3 superior de HTD, en manos Acropaquias (dedos en palillo de tambor) y uñas en vidrio de reloj, que muestran que esta necesidad está siendo afectada por presentar fibrosis pulmonar desde hace 3 años y que actualmente está descompensada.

Tiene FC: 104x', FR: 32x', Sat. O2 88% Ph 7.18 (7.35 – 7.45), PCO2 36.9 mmHg (35 – 45 mmmHg) y

PO2 58.2mmHg (80- 100 mmHg)

2. Comer y beber adecuadamente. Términos que debemos valorar entre otros: Alimentos, apetito, saciedad, equilibrio hidroelectrolítico, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, estado nutricional.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, estatus socioeconómico, religión, cultura. ⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M, últimamente tiene poco apetito. Hija refiere “Mi mamá come de todo, pero poco”. Con piel y mucosas pálidas (++/+++). Se la observa adelgazada. No se tiene datos de antropometría para calcular estado nutricional. Tiene piel seca que podría estar relacionada con la edad.

3. Eliminar por todas las vías corporales. Términos que debemos valorar entre otros: defecación, diuresis, micción, heces, sudor.

Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales. ⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M, está diaforética, su orina esta disminuida.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas. Términos que debemos valorar: amplitud de movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social. ⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M, se encuentra en posición semifowler, Presenta agitación e intensificación de dificultad respiratoria al realizar actividades (hablar, moverse).

Según la valoración del grado de dependencia tiene una incapacidad moderada.

FC 104x' PA 90/60 mmHg.

5. Dormir y descansar. Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo. ⁽²⁰⁾

La Hija de la Sra. G.Y.M refiere: “mi mama últimamente no ha podido dormir bien, porque no puede respirar”. Tiene el sueño interrumpido y fraccionado.

6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse. Términos que debemos valorar: capacidad de vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, estatus social, empleo, cultura. ⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M no puede vestirse y desvestirse por sí sola ya que se agita e intensifica la dificultad respiratoria.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente. Términos que debemos valorar: Temperatura, ambiente, abrigo.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda. ⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M presenta una temperatura corporal axilar de 36.5°C

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. Términos que debemos valorar: uñas, cabello, piel, mucosas, condiciones higiénicas.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, organización social. ⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M se encuentra en buen estado de higiene. Esta actividad también se le ve afectada porque al realizar su higiene, intensifica su dificultad respiratoria.

9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, estatus socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura. ⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M presenta una vía periférica en miembro superior derecho, que podría representar un riesgo de infección.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social. ⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M esta poco colaboradora, aprensiva, su dificultad respiratoria se intensifica al hablar, Su hija refiere: "Mi mamá tiene miedo morir"

11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias. Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa. .⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M es católica practicante. Existe buenas relaciones con la familia

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales. .⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M realiza algunas labores de ama de casa, sus hijos y esposo la ayudan. Es ama de casa.

13. Participar en actividades recreativas. Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social. .⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M no participa en ninguna actividad recreativa.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos. Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno. .⁽²⁰⁾

La Sra. G.Y.M no tiene la capacidad física para poner su atención en aprender cosas nuevas pero si captar orientaciones que mejoren su situación actual.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en la paciente.

1.3 Cuidado de Enfermería

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como una actividad que requiere de un valor personal y profesional

encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

El cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud⁽²¹⁾

Para Virginia Henderson el cuidado de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible⁽¹⁹⁾

Cuidados de enfermería en Paciente con fibrosis Pulmonar

Cuidados de enfermería en Emergencia

Las medidas terapéuticas más importantes en una insuficiencia respiratoria aguda en una unidad de emergencia son:

- Recibimiento: Observaremos los signos de llegada del paciente al servicio de urgencias para valorar la gravedad, le preguntaremos (a él o al acompañante) por antecedentes, posibles causas, etc. ⁽²²⁾
- Gasometría arterial: Se debe realizar a todo paciente que acuda con disnea y se debe realizar en situación basal (siempre que sea posible). Nos informa de la existencia de insuficiencia respiratoria, alteración de la ventilación, alteraciones del equilibrio ácido-base, intoxicaciones por monóxido de carbono. Sirve para diferenciar un cuadro agudo de uno crónico y permite, en comparaciones posteriores, valorar la evolución del paciente. El lugar de elección para la punción será preferentemente las arterias radial, humeral y femoral, dejando ésta última para situaciones extremas. Señalar la importancia de trasladar la muestra rápidamente al laboratorio y retirar las posibles burbujas de aire que pudiera contener la jeringa.⁽²²⁾
- Oxigenoterapia: El objetivo central de la terapia con oxígeno es aliviar la hipoxemia severa. El otro efecto benéfico es la reducción del trabajo respiratorio y miocárdico.

Con el paciente colocado a 45° o incluso sentado, dependiendo de su tolerancia al decúbito. Se aplicará a bajo flujo mediante mascarillas o cánulas nasales. Se deben utilizar sin provocar acidosis por aumento de la PaCO₂ .

- Bigotera nasal: casos leves a moderados, y el flujo varía de 0.5 a 6 litros x minuto, dependiendo del control de AGA.

- Máscaras faciales:

- Máscara con Reservorio: se llega a concentraciones del 90 a 95%, requiriendo la administración de flujos altos de O₂.

- Máscara de Venturi: se usa en casos específicos como por ejemplo en Fibrosis pulmonar, con retención de CO₂, donde se requiere un control más preciso de flujo de O₂ administrado. El rango va de 24% al 50%.

- Tubos endotraqueales: cualquier fracción inspiratoria de O₂ puede ser administrada. Puede hacerse por un sistema en "T" ^(22,23)

- Toma de constantes vitales: Tomaremos la tensión arterial, la temperatura y el pulso, vigilaremos la presencia de taquipnea o pausas de apnea.⁽²²⁾
- Canalización de vía venosa periférica: A la vez que obtenemos una muestra de sangre para control analítico de bioquímica y hemograma. Se obtiene también una muestra para control de Glucosa. La elección de la vena se hará en los miembros superiores con catéter 18G ó 20G. Obturaremos la vía si el facultativo no nos ha indicado aún el tratamiento a administrar.⁽²²⁾
- Aspiración de secreciones: En caso de no poder eliminarlas el paciente.⁽²²⁾
- Administración del tratamiento prescrito: El tratamiento va encaminado a prevenir o corregir la IRA o, en su caso, la causa que la produjo; el facultativo debe prescribir una radiografía de tórax en dos posiciones para determinar el diagnóstico.⁽²²⁾ A continuación se exponen algunos de los fármacos habitualmente empleados para el tratamiento de la IRA:
 - Broncodilatadores. Los agonistas 2 de corta duración en aerosol son de elección en el tratamiento inicial. Si no se consigue una rápida respuesta con dosis altas de estos fármacos, se recomienda añadir anticolinérgicos. En aerosol, como el bromuro de ipratropio (Atrovent)

- o el salbutamol (Ventolin) o intravenosos como la aminofilina (Eufilina).
 - Corticoides en aerosol como la budesonida (Pulmicort) o intravenosos como la metilprednisona (Urbason)
 - Antibióticos en caso de existir infecciones. ^(22,23)
- No olvidar atención humanizada, puesto que, la calidad humana debe estar presente en la atención del paciente quien se torna frágil y angustiado frente a la enfermedad: Saludar y llamar al paciente por el nombre, así mismo, presentarse; proporcionarle comodidad y privacidad para realizar la valoración médica y durante su permanencia en el servicio; escuchar con atención lo que el paciente necesita expresar acerca de su problema y mostrarle interés y preocupación por lo que está sintiendo y mantener contacto permanente con la familia.⁽²⁴⁾

Cuidados de enfermería en el Hogar

El cuidado en pacientes con Fibrosis Pulmonar tiene como fin mantener la calidad de vida y disminuir las complicaciones producidas por la cronicidad.

Es importante que el paciente participe en su tratamiento e intente mantenerse lo más saludable posible para convivir con la fibrosis, para lo cual es necesario que:

- Deje de fumar , la enfermera, puede aconsejar métodos para dejar de fumar, porque el humo ambiental es dañino, el paciente no debe permitir que otras personas fumen cerca de él, y debe evitar estar expuestos a ambientes contaminados de humo de cigarrillo, fábricas, aves y solventes.⁽²⁵⁾
- Rehabilitación pulmonar: Los programas de rehabilitación pulmonar se centran en el ejercicio, en la enseñanza de la respiración, en la educación médica, en el apoyo emocional, y el consejo nutricional. Esto requiere de un equipo de profesionales de la salud, un profesional de la enfermería, un especialista de rehabilitación, un dietista y un trabajador social. ⁽²⁵⁾
- La práctica de ejercicio moderado y regular, como caminar y montar en bicicleta estática, en algunas ocasiones usará oxígeno durante el ejercicio, ya que este ayuda a mantener la función pulmonar, reduce el estrés, y mejora el estado general de la salud. ⁽²⁵⁾

- Vigilar la dieta Comer bien y mantener una dieta equilibrada es importante. A las personas con FPI se les hace más difícil respirar con el estómago lleno, porque el diafragma no tiene espacio para expandirse, por lo que debe realizar comidas más frecuentes pero menos copiosas; en la noche es necesario comer alimentos de fácil digestión. ⁽²⁵⁾
- Usar el oxígeno tal como lo indique el médico, ya que los pulmones no pueden aportar al organismo el oxígeno que necesita. ⁽²⁵⁾
- Dormir más de 10 horas. ⁽²⁵⁾
- Mejorar la capacidad del afrontamiento del estrés ⁽²⁵⁾
- Vacunarse frente a la gripe y el neumococo. ⁽²⁵⁾

1.4 Estudios Relacionados

En la revisión bibliográfica se ha encontrado diversos trabajos relacionados con el tema en estudio, dentro de ellos se menciona un estudio realizado por León Marín, Diego Xavier (2016) sobre el Diseño de una aplicación móvil, enfocada a facilitar los cuidados especiales que deben tener los pacientes con enfermedades pulmonares restrictivas. Caso específico: Fibrosis Pulmonar Idiopática, cuyo objetivo fue contribuir al cuidado idóneo de personas con fibrosis pulmonar idiopática a través del desarrollo de ayudas técnica multimedia con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente ,buscó desarrollar una aplicación móvil, enfocada a mejorar la calidad de vida en personas diagnosticadas con enfermedades catastróficas, como la fibrosis pulmonar idiopática. Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron estudios de investigación bibliográfica, en el campo de la medicina, enfermería, psicología, entrevistas a expertos, y teorías del diseño como: Design Thinking, Usabilidad, Arquitectura de la información, Diseño de experiencias, Patrones de interacción, Diseño y Comunicación visual, entre otras, basadas en las nuevas tecnologías de la comunicación. Como resultado se obtuvo una aplicación para el sistema iOS, centrada en el mejoramiento de los procesos de cuidados primarios.⁽²⁶⁾

Existe también un trabajo realizado por María Sanz Peces (2015), sobre atención enfermera a pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en fase avanzada en

Madrid. España, de tipo descriptivo transversal, tuvo como objetivos describir las características de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en fase avanzada y analizar los principales diagnósticos de Enfermería desde la experiencia de un Equipo de Soporte Paliativo Domiciliario (ESAPD). Se evaluaron un total de 1.920 pacientes. 18 (0,93%) fueron incluidos por presentar FPI. La edad media era 75,5 años, un 55,6% eran hombres. Tenían un índice de Barthel de 50, un Palliative Performance Scale de 50, consumían una media de 10 fármacos y todos utilizaron opioides para la disnea. Un 94,4% utilizaba oxigenoterapia a alto flujo. En un 55,5% el cuidador principal eran los hijos. Los diagnósticos de Enfermería “Patrón respiratorio ineficaz”, “Riesgo de infección” y “Déficit de autocuidado: baño” estaban presentes en todos los pacientes. La mediana de días de seguimiento fueron 31 días; un 55,6% fue derivado en el último mes de vida. Al finalizar el estudio todos los pacientes habían fallecido, siendo el domicilio el lugar de preferencia para el éxitus (61,1%). Conclusiones: los pacientes con FPI avanzada presentan disnea, deterioro funcional moderado y necesidad de ayuda en los autocuidados. La derivación a ESAPD fue tardía. Más de la mitad de los pacientes fallecieron en el domicilio. ⁽²⁷⁾

Así mismo encontramos un trabajo realizado por Cruz Manchay Santos (2014) de tipo cuantitativo, descriptivo, no experimental de nivel aplicativo de corte transversal sobre Percepción de la Calidad de Atención que Brinda el Profesional de Enfermería según los Pacientes con Fibrosis Pulmonar del Servicio de Medicina del Hospital María Auxiliadora, conformada por 31 pacientes con fibrosis pulmonar hospitalizados en el servicio de medicina, encontró que el 39% oscilan las edades entre 60 a 79 años, predomina el género masculino con el 61%, el 55% son convivientes, el 42% han cursado la secundaria, el 42% son de condición laboral, el 55% son de procedencia de la sierra. El 35% pacientes opinan que la calidad del cuidado que brinda la enfermera es muy favorable, el 23% pacientes opinan que la calidad del cuidado que brinda la enfermera es favorable, el 42% pacientes opinan que la calidad del cuidado que brinda la enfermera es desfavorable.⁽²⁸⁾

También existe un trabajo presentado por Daniel Gainza Miranda, Eva María Sanz Pece, Alberto Alonso Babarro y María Varela Cerdeira (2014) Atención al final de la vida en los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática que tuvo como objetivo, describir el final de vida de los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) desde la experiencia del seguimiento de un Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliario.(ESAPD) , fue un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con FPI atendidos por un ESAPD en los años 2011, 2012 y 2013. Se atendieron 6 pacientes con FPI. Edad media de 74 años, cuatro hombres. Los síntomas más importantes durante el seguimiento fueron la disnea de mínimos esfuerzos (69% al inicio, 100% en la última semana) y los síntomas de hipercapnia (16% al inicio y 50% en la última semana). Cinco pacientes tenían información diagnóstica y pronóstica. Consumían una media de 10 fármacos. Un 66% fármacos inhalados y un 100% esteroides, opioides y OCD con sistema de alto flujo. Cuatro pacientes precisaron vía subcutánea y administración de morfina (dosis media 25 mg/día). El lugar de fallecimiento fue el domicilio (50%) y Unidades de Cuidados Paliativos (50%). Llegaron a la conclusión que los pacientes con FPI presentan una importante disnea, muy limitante que progresa hasta hacerse de reposo, lo que justificaría un seguimiento domiciliario estrecho por un ESAPD.⁽²⁹⁾

CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE-EBE

2.1 VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

2.1.1. SITUACIÓN PROBLEMATICA

Adulto mayor G.Y.M. femenino, de 68 años de edad, ocupa la cama N° 03 de la sala de observación de emergencia del Hospital Regional del Norte de la Policía Nacional del Perú, con diagnóstico médico de Fibrosis Pulmonar Descompensada.

Se le encuentra en posición semifowler, despierta, OTEP, poco colaboradora, aprensiva, con dificultad respiratoria, que se intensifica al hablar, con oxigenoterapia por máscara de Venturi a 35% a 9lt x'. En NPO. Al examen físico se le observa, adelgazada, con fascia decaída, con piel y mucosas pálidas (+/+++), ligera acrocianosis, con tiraje intercostal y subcostal, murmullo vesicular disminuido, con presencia de roncales, crepitantes y cruídos en pulmones; en manos se observa Acropaquias (dedos en palillo de tambor) y uñas en vidrio de reloj. Vía periférica en miembro superior izquierdo, permeable pasando cloruro de sodio al 0.9% a 20 gotas x.

A la entrevista hija refiere: "mi mama últimamente no ha podido dormir bien, porque no puede respirar, además tiene miedo morir".

Al control de las funciones vitales presenta: P.A. de 90/60 mmHg. , FC: 104x', FR: 32x' temperatura corporal axilar 36.5°C. Sat. O₂ 88%

2.1.2. DATOS DE FILIACION

- ✓ Nombre : G.Y.M.
- ✓ Sexo : Femenino
- ✓ Raza : Mestiza.
- ✓ Lugar de nacimiento: Pícsi
- ✓ Fecha de nacimiento : 30/11/1948
- ✓ Edad : 68 años
- ✓ Talla : sin datos
- ✓ Peso : sin datos
- ✓ Etapa vida : Adulto Mayor
- ✓ Estado civil :Casada

- ✓ Grado de instrucción : Secundaria Completa
- ✓ Ocupación : Ama de Casa
- ✓ Religión : Católica
- ✓ Fecha de ingreso a servicio: 05/06/17
- ✓ Hora : 10:00 a.m
- ✓ Fuente de información : Familiar (Hija)
- ✓ Signos vitales : P.A: 90/60mmHg F.C:104x' F.R:32x' T°
36.5°C SpO2:88%

2.1.3 MOTIVO DE INGRESO

Paciente es traída por familiar (hija), por presentar tos con expectoración algo exigente, no emetizante, asociada a dificultad respiratoria y sudoración nocturna. Refiere que hace 2 meses inicia cuadro clínico con tos y expectoración blanquecina, escaso volumen, poco exigente, no emetizante asociada a agitación y respiración rápida, además sensación de sudoración nocturna, acudiendo a consulta médica particular donde es medicada con inhaladores, reduciendo dificultad respiratoria temporalmente.

Hace 1 mes cuadro clínico reaparece presentado agitación y dificultad respiratoria al realizar actividades cotidianas, tos húmeda con expectoración verde amarillenta en poco volumen siendo medicada en forma ambulatoria con ligera remisión del cuadro. Hace 3 días refiere sensación de alza térmica no cuantificada, motivo por el cual es traído por emergencia.

Al momento del ingreso: P.A. 80/60 mmHg FC. 104 x' FR 54 x' SatO2 77% T°C 36.5

2.1.4 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Fibrosis Pulmonar desde hace 3 años, actualmente estaba recibiendo tratamiento con inhaladores. Cesárea hace 24 años.

a. DIAGNÓSTICO MÉDICO

Fibrosis Pulmonar Descompensada

b. TRATAMIENTO MÉDICO

- ✓ Reposo en cama.
- ✓ Control de funciones vitales + Balance Hídrico
- ✓ NPO
- ✓ Cloruro de Sodio 0.9 %1000cc } 20gotx'
- ✓ Hidrocortisona 250 mg E.V cada 8 hrs.
- ✓ Ceftriaxona 2 gr E.V. cada 24 hrs
- ✓ Ciprofloxacino 200 mg E.V. cada 12 hrs.
- ✓ Nebulización : Fenoterol 3 gts + S.F. 5cc c/20' x 3 veces y luego cada 4 hrs.
- ✓ Bromuro de Ipatropio: 4 puff cada 4 hrs.
- ✓ O₂ por máscara de Venturi a 35 % a 9 lt.

2.1.5.- RECOLECCIÓN DE DATOS:

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN DOMINIOS

Dominio 1: Promoción de la Salud

Clase 1: Toma de Conciencia

Adulto Mayor, femenino de 68 años, que a pesar de realizarse controles periódicos de su salud, esta continúa deteriorándose. Hija refiere que la paciente, antes, ha cocinado con leña.

Clase 2: Gestion de la Salud.

Actualmente, estaba utilizando en casa Bromuro de Ipratropio 4 puff C/4 hrs y Bedometasona 50mg 2puff C/12 hrs , pero no se ha estado administrando como estaba indicado.

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión; Clase 2: Digestión; Clase 3: Absorción; Clase 4: Metabolismo

Clase 1: Ingestión

Se encuentra con indicación de NPO.

Hija refiere "Mi mamá come de todo, pero poco, no tiene apetito".

Clase 2: Digestión

No se observa alteraciones.

Clase 3: Absorción

No se pudo detectar si ha habido alteraciones en este aspecto porque no se pudo tomar las medidas antropométricas, pero la hija refirió que su mamá no ha bajado de peso últimamente.

Clase 4: Metabolismo

Su piel se observa pálida (+/+++)

Clase 5: Hidratación

Su piel se observa seca y también sus mucosas orales. Está recibiendo cloruro de sodio al 0.9% a 20 gotas x.

Dominio 3: Eliminación

Clase 1: Sistema Urinario

La diuresis esta disminuida, durante la noche se había recolectado solo 150cc.

Clase 2: Sistema Gastrointestinal.

Realiza una deposición por día.

Clase 3: Sistema Tegumentario

Presenta diaforesis, además la hija refiere que su mamá ha estado últimamente presentando sudoración nocturna, por lo que el médico le había indicado BK en esputo.

Clase 4: Sistema Pulmonar

Presenta una Oximetría de Pulso de 88% al FiO₂ :35%, siendo al momento de su ingreso de SatO₂ 77%, se le observa disnea, ortopnea, polipnea (32x'), presencia de tos productiva con secreciones amarillo verdosas.

Se ausculta murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, roncales bibasales, crepitantes en 2/3 de HTI y 1/3 medio de HTD, crujidos difusos, sibilantes en 1/3 superior de HTD.

Dominio 4: Actividad y Reposo

Clase 1: Reposo y Sueño

Presenta sueño interrumpido y fraccionado

Hija refiere: "mi mama últimamente no ha podido dormir bien, porque no puede respirar.

Clase 2: Actividad y ejercicio

Según la valoración de la capacidad de auto cuidado, la señora presenta un grado de dependencia del paciente de Incapacidad moderada (5).

Su fuerza muscular se encuentra disminuida,

Clase 3: Equilibrio de la Energía

Presenta agitación e intensificación de dificultad respiratoria al realizar actividades (hablar, moverse).

Clase 4: Respuestas cardiovasculares respiratorias

Tiene un pulso de 104 x', presenta disnea de esfuerzo , con $SO_2=88\%$. Se observa desbalance toraco abdominal, retracción intercostal y xifoidea

Dominio 5: Percepción y Cognición

Clase 1: Atención; Clase 2: Auscultación; Clase 3: Sensación y Percepción;

Clase 4: Cognición

Orientado en tiempo, espacio y persona ,se encuentra aprensiva, ansiosa No se le pregunta sobre otros ítems por la dificultad respiratoria que tiene.

Clase 5: Comunicación

Tiene un lenguaje comprensivo, pero se intensifica su cansancio al hablar.

Dominio 6: Auto percepción

Clase 1: Autoconcepto; Clase 2: Autoestima; Clase 3: imagen corporal

No se puede evaluar todos los ítems por estado de la paciente.

Dominio 7: Rol / Relaciones

Clase 1: Rol de cuidador; Clase 2: relaciones familiares; Clase 3: Desempeño del rol

Clase 1: Rol del cuidador

Es casada, ama de casa, vive con su familia. Su esposo y sus hijos la apoyan.

Clase 2: Relaciones familiares

Sin alteraciones

Clase 3: Desempeño del rol

Realiza algunas labores de ama de casa, su hijos y esposo la ayudan.

Dominio 8: Sexualidad

Clase 1: Identidad sexual; Clase 2: Función sexual; Clase 3: Reproducción.

Es adulto mayor de sexo femenino. No se le evalúa genitales. Hija no sabe.

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés.

**Clase 1; Respuesta post Traumática, Clase 2: Respuestas de afrontamiento;
Clase 3: Stress Neuro Comportamental**

Hija Refiere: “Mi mamá tiene miedo morir”....”le guste que yo la cuide”

Su hija mayor es la que está más pendiente de ella.

Dominio 10: Principios Vitales

Clase 1: Valores

La hija refiere mi mama es buena. Practica buenos valores.

Clase 2: Creencias;

Hija refiere que su mamá asiste a misa. Es católica practicante.

Dominio 11: Seguridad y protección

Clase 1: Infección; Clase 2: Lesión física, Clase 3: Violencia; Clase 4: Peligros ambientales; Clase 5 : Procesos defensivos

Presenta vía periférica en MSD. Tiene dentadura incompleta y no tiene protesis dental.

Tiene una Escala de Glasgow de 15.

Clase 6: Termorregulación

T°= 36.5° C

Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort físico; Clase 2: Confort ambiental; Clase 3: Confort Social

Existen buenas relaciones con la familia.

Dominio 13: Crecimiento y desarrollo

Clase 1: Crecimiento; Clase 2: Desarrollo.

No se pudo valorar el estado nutricional por falta de datos.

EXAMEN FISICO:

Cabeza: Cráneo Normo céfalo, no masas palpables.

Cabello: largo, negro, lacio, con presencia de algunas canas buena implantación.

Cara: Con expresión de cansancio

- ✓ **Ojos:** Simétricos, sin presencia de secreciones, regular agudeza visual. Ojerosos, conjuntivas pálidas (+/++)
- ✓ **Orejas:** Pabellón auriculares normal, no presencia de cerumen.
- ✓ **Boca:** Mucosa oral seca, piezas dentarias incompletas.
- ✓ **Nariz:** Fosas nasales permeables, sin presencia de secreciones

Cuello: Móvil, cilíndrico, sin adenopatías. Faringe y laringe, congestivas, eritematosas.

Tórax: Simétrico, mamas caídas, simétricas, no ganglios. Móvil con la respiración, tirajes intercostales y subcostales.

Pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, roncales bibasales, crepitantes en 2/3 de HTI y 1/3 medio de HTD, cruídos difusos, sibilantes en 1/3 superior de HTD.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, taquicardia.

Abdomen: Plano, blando, depresible. Presencia de cicatriz operatoria en zona supra púbrica. Ruidos hidroaereos conservados en frecuencia e intensidad.

Área perianal y genital: Examen diferido.

Miembros superiores: Movimiento conservado. Presencia de vía periférica en mano derecha. En manos Acropaquias (dedos en palillo de tambor) y uñas en vidrio de reloj.

Miembros Inferiores: Tono muscular normal. Movimiento conservado.

Piel: Normotermica , presencia de palidez (+/+++). TCSC disminuido proporcional para la edad.

DATOS DE MEDICIÓN

EXÁMENES DE LABORATORIO:

Hemograma:

	En la persona	Referenciales
Glóbulos blancos	4,300 mm ³	4,500 a 10,000mm ³
Neutrofilos	88%	60- 70%
Eosinófilos	00%	0 - 4 %
Monocitos	02%	0 - 4%
Linfocitos	10%	20- 30 %
Abastoados	02%	0 – 2 %
Segmentados	88%	60-70 %
Hematocrito	34%	36- 42 (mujer)
Grupo y Factor	“A+”	
Glucosa	149mg/dl	70-100 mg/dl
Urea	49mg/dl	15-45mg/dl
Creatinina	0.83mg/dl	0.8 – 1.4 mg/dl
Gases Arteriales y Electrolitos		
Ph	7.18	7.35 – 7.45
PCO ₂	36.9 mmHg	35 – 45 mmHg

PO2	58.2 mmHg	80 – 100 mmHg
HCO3	27.6 m eq /L	22 – 26 m eq /L
Na +	141.6 m eq /L	135 - 145 m eq /L
K +	3.61 m eq /L	3.5 – 5.3 m eq /L
Ca -	1.26m eq /L	2,2 - 2.6 m eq /L

BK (-) Secreción mucopurulenta (Trae resultado)

Exámenes Radiográficos

Rx, Torax : Se puede observar pérdida de volumen pulmonar con patrón reticular (algunos en panal de abeja).

2.2 Diagnóstico de Enfermería

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PRIORIZACIÓN	FUNDAMENTO
---------------------------	--------------	------------

<p>(00030) Deterioro del Intercambio de Gases r/c desequilibrio en la ventilación perfusión m/p Oximetría de Pulso (88% al FiO2 :35), Hipoxemia (PO2 58.2 mmHg,) HCO3 27.6 m eq / pH 7.18 FC 104x',Disnea , Polipnea (32x') Ortopnea, Murmullo vesicular disminuído , Presencia de Roncantes, Sibilantes y Crepitos, diaforesis, inquietud.</p>	<p>1</p>	<p>La insuficiencia respiratoria puede deberse a una falla del pulmón como órgano intercambiador de gases en su estructura anatómica, debido a que hay una enfermedad presente. Esto sucede en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis, tuberculosis, cáncer, y otros, donde existe daño permanente al alveolo, lo que resulta en la pérdida de área donde se da el intercambio de gases.⁽³⁰⁾</p>
<p>(00032)Patrón Respiratorio Ineficaz r/c fatiga de los músculos respiratorios e/p Disnea de esfuerzo, SaTO2 88 % Desbalance toraco abdominal, Retracción intercostal, subcostal y xifoidea</p>	<p>2</p>	<p>La insuficiencia respiratoria se manifiesta básicamente por un aumento de la diferencia alvéolo-arterial de oxígeno que conduce a hipoxemia, además puede haber fatiga muscular e incapacidad del diafragma para contraerse. En estos casos, el paciente respira ayudándose con la musculatura intercostal y los músculos respiratorios accesorios ⁽³¹⁾.</p>
		<p>Los cilios que recubren la vía respiratoria son los</p>

<p>(00031) Limpieza Ineficaz de vías aéreas r/c Retención de secreciones e/p Disnea , Polipnea (32x') Ortopnea, Murmullo vesicular disminuido , Presencia de Roncantes, Sibilantes y Crepito Tos Productiva con Secreciones amarillo verdosas, acrocianosis</p>	<p>3</p>	<p>responsables de que exista un transporte continuo de moco hacia la faringe donde es deglutido. Este mecanismo de limpieza se vuelve ineficaz en las enfermedades broncopulmonares caracterizadas por una hipersecreción mucosa y por el deterioro del mecanismo de aclaramiento mucociliar con lo que la función pulmonar se ve comprometida. El acúmulo de secreciones tiene como consecuencia la reducción de la luz de las vías lo que conlleva un aumento de la resistencia al paso del aire⁽³²⁾</p> <p>También a nivel pulmonar, una reducción en el contenido de agua del líquido periciliar y un aumento de la viscosidad del moco bronquial que resulta en la obstrucción de las vías aéreas y acumulo de secreciones. Dando origen a signos como los Roncos que son estertores secos producidos por secreción viscosa en bronquios. Típica de la obstrucción crónica.</p>
--	----------	--

		Los estertores crepitantes que es debido a burbujas pequeñas, indican congestión pulmonar o entrada de aire en bronquios y alvéolos colapsados. ^(33,34)
(00095) Insomnio r/c Dificultad respiratoria m/p Hija refiere: “mi mama últimamente no ha podido dormir bien, porque no puede respirar.	4	Hay muchas causas que pueden provocar insomnio, como las enfermedades crónicas que cursen con dolor o falta de aire (enfermedades reumáticas, fibromialgia, EPOC, asma, fibrosis pulmonar, insuficiencia cardiaca, reflujo gastro-esofágico, ulcera gástrica/duodenal). La falta de sueño puede causar otros síntomas. Se puede despertarse cansado o como si no hubiera descansado bien, y puede sentirse cansado durante el día. También puede tener dificultad para concentrarse en las tareas diarias. El insomnio puede hacer que se sienta angustiado, deprimido o irritable. ^(35,36)
(00092)Intolerancia a la Actividad r/c desequilibrio		En la fibrosis pulmonar la falta de aire es el síntoma más común. Al Inicio la falta de aire ocurre sólo con gran esfuerzo,

<p>entre aportes y demanda de oxígeno e/p Disnea por esfuerzo, expresa fatiga</p>	<p>5</p>	<p>que se atribuye a menudo a la edad o a la falta de condición física, pero durante los meses, falta de aire es peor y el resultado final es que el paciente reduce al mínimo sus actividades debido a que disminuye el oxígeno en la sangre durante las actividades. La disnea habitualmente antecede a la alteración de los gases arteriales, como resultado del mayor trabajo respiratorio o de la disminución de la capacidad neuromuscular. El sistema nervioso ajusta el ritmo de la respiración según las necesidades del cuerpo. La fatiga y la pérdida de masa muscular son problemas comunes y discapacitantes para los pacientes con FPI. En la última fase de la enfermedad, los pacientes con FPI tienden a abandonar la actividad física debido a una creciente disnea (37).</p>
<p>(00146) Ansiedad r/c amenaza para el estado</p>		<p>La dificultad respiratoria o falta de aire se conoce como disnea. Enfermedades crónicas de los pulmones son la causa más</p>

<p>de salud e/p Aprensiva ,poco colaboradora .Hija refiere “mi mamá tiene miedo morir” .</p>	<p>6</p>	<p>común de este malestar, entre ellas tenemos a los trastornos restrictivos, muchos de ellos pueden causar dificultad para respirar. Algunas producen una rigidez de los pulmones (neumoconiosis, enfermedad del colágeno, fibrosis pulmonar).</p> <p>Las sensaciones de ahogo y asfixia son de los síntomas de ansiedad más atemorizantes. A veces se siente como si el cuerpo simplemente no pudiera soportar el oxígeno que tanto necesita, como si el pecho no tuviera capacidad para dejar entrar el aire. Este sentimiento puede ser un desencadenante de un ataque de pánico. En general es una reacción en cadena, que va creciendo hasta convertirse en un ataque de pánico completo, desarrollando ansiedad y temor a morir ⁽³⁸⁾.</p>
--	----------	---

<p>(00004) Riesgo de Infección r/c Presencia de vía periférica en MSD</p>	<p>7</p>	<p>La integridad de la piel y mucosas es la primera línea de defensa del cuerpo contra la invasión de agentes infecciosos.</p> <p>(39)</p> <p>La fuente de los microorganismos que causan infecciones nosocomiales pueden ser los propios pacientes (fuente endógena) o el ambiente y personal hospitalario (fuente exógeno).Un catéter intravenoso (CIV) rompe la barrera natural defensiva de la piel cuando se inserta y proporciona a los microorganismos una vía de entrada⁽⁴⁰⁾.</p> <p>Los microorganismos crecen a partir de la piel y a lo largo del CIV mientras este insertado. A las 48 horas de su inserción, por lo general se forma una vaina de fibrina alrededor del catéter. Esta vaina de fibrina es la respuesta natural del organismo ante un objeto extraño. Pero los microorganismos se adhieren y proliferan en el trombo⁽⁴¹⁾</p>
---	----------	--

--	--	--

<p>(00075) Disposición para mejorar el afrontamiento familiar m/p hija expresa deseos de seguir cuidando a su madre junto con el resto de la familia.</p>	<p>8</p>	<p>La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis, que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados , que puede repercutir de forma negativa sobre su salud ⁽²⁾</p>
---	----------	--

2.3 Planteamiento de Objetivos y prioridades

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos</p> <p>Hija refiere: “mi mama últimamente no ha podido dormir bien, porque no puede respirar.</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>Oximetría de Pulso (88% al FiO2 :35%), Hipoxemia (PO2 58.2 mmHg,) HCO3 27.6 m eq / pH 7.18 FC 104x',Disnea , Polipnea (32x') Ortopnea, Murmullo vesicular disminuído , Presencia de</p>	<p>(00030) Deterioro del Intercambio de Gases r/c cambio de la membrana alveolo-capilar m/p Oximetría de Pulso (88% al FiO2 :35%), Hipoxemia (PO2 58.2 mmHg,) HCO3 27.6 m eq / pH 7.18 FC 104x',Disnea , Polipnea (32x') Ortopnea, Murmullo vesicular disminuído , Presencia de Roncantes, Sibilantes y Crepitos, diaforesis, inquietud.</p>	<p>(0402) Estado Respiratorio:</p> <p>Intercambio gaseoso</p> <p>(040208) Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO2) de 3(desviación moderada del rango normal) a 5 (sin desviación del rango normal)</p> <p>(040210) pH arterial de 2 (desviación sustancial del rango normal) a 5 (sin desviación del rango normal)</p> <p>(040211) Saturación de oxígeno de 3</p>	<p>(3140) Manejo de la vía aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auscultar los sonidos respiratorios, observando las vías aéreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. Al iniciar y pasado 15' de administrados los tratamientos respiratorios. ○ Administrar broncodilatadores según corresponda. Bromuro de Ipatropio: 4 puff cada 4 hrs.(6-10-2-6-10-2-6) ○ Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos, si es el caso. 	<p>La paciente queda con oxigenoterapia por máscara de Venturi al 40% y saturación de 89%</p>

<p>Roncantes, Sibilantes y Crepitos, diaforesis, inquietud.</p>		<p>(desviación moderada del rango normal) a 4(desviación leve del rango normal) (040203) Disnea en reposo de 3(moderado) a 5 (ninguno)</p> <p>(0600) Equilibrio electrolítico y ácido-base</p> <p>(060003) Frecuencia respiratoria de 2 (desviación sustancial del rango normal) a 4(desviación leve del rango normal) (060004) Patrón respiratorio de 2 (desviación sustancial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea(posición semifowler) ○ Vigilar el estado respiratorio según corresponda (3320) Oxigenoterapia ○ Administrar oxígeno suplementario según ordenes : máscara de Venturi al 35% ○ Vigilar el flujo de litros de oxígeno ○ Asegurar la colocación de la máscara cada vez que se retire el dispositivo. ○ Observar si hay signos de hipoxia. ventilación inducida por el oxígeno 	
---	--	---	---	--

		<p>del rango normal) a 4(desviación leve del rango normal)</p> <p>(060010) pH sérico de 3 (desviación moderada del rango normal) a 5(sin desviación del rango normal)</p> <p>060013 Bicarbonato sérico de 3 (desviación moderada del rango normal) a 4 (sin desviación del rango normal)</p> <p>060013 Bicarbonato sérico de 2 (desviación moderada del rango normal) a 5(sin desviación del rango normal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción <p>(3350)Monitorización Respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Cada hora ○ Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. <p>1910 Manejo del equilibrio acidobásico</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de 	
--	--	---	---	--

			<p>electrólitos séricos y urinarios, según se precise.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Obtener una muestra para el análisis de laboratorio del equilibrio acidobásico (p. ej., gasometría arterial, orina y suero), según se precise.○ Monitorizar los síntomas de insuficiencia respiratoria (p. ej., niveles bajos de PaO₂ y elevados de PaCO₂, así como fatiga de los músculos respiratorios).○ Proporcionar soporte ventilatorio mecánico, si es necesario.	
--	--	--	---	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos Hija refiere: “mi mama últimamente no ha podido dormir bien, porque no puede respirar.</p> <p>Datos Objetivos Disnea de esfuerzo, Sat.O2 88 % Desbalance toraco abdominal, Retracción intercostal, subcostal y xifoide</p>	<p>(00032)Patrón Respiratorio Ineficaz r/c fatiga de los músculos respiratorios e/p Disnea de esfuerzo, SaTO2 88 % Desbalance toraco abdominal, Retracción intercostal, subcostal y xifoide</p>	<p>(0403) Estado Respiratorio : ventilación (040301) Frecuencia respiratoria de 2 (desviación sustancial del rango normal) a 4(desviación leve del rango normal) (040314)Disnea de esfuerzo de 1 (grave) a 4 (leve) (040315) Ortopnea de 1 (grave) a 4 (leve) (040309) Utilización de músculos accesorios de 1 (grave) a 4 (leve)</p>	<p>(1160) Monitorización respiratoria Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. Monitorizar los niveles de saturación de oxigeno</p>	<p>Paciente se deja lista para ser derivada a UCI de otra institución.</p>

			<p>Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran</p> <p>Instaurar tratamientos de terapia respiratoria: Inhalador de Bromuro de Ipratropio: 4 puff cada 4 hrs.</p> <p>(0840) Cambio de Posición</p> <p>Colocar una posición que alivie la disnea (posición semi fowler)</p> <p>(3320)</p> <p>Oxigenoterapia</p> <p>Administrar oxígeno suplementario según ordenes : a través de mascarilla de Venturi 35% a 9lt</p> <p>Comprobar la posición del</p>	
--	--	--	---	--

			dispositivo de aporte de oxígeno Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoxímetro, gasometría arterial)	
--	--	--	--	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos Hija refiere: “mi mama últimamente no ha podido dormir bien, porque no puede respirar.</p> <p>Datos Objetivos</p>	<p>(00031) Limpieza Ineficaz de vías aéreas r/c Retención de secreciones e/p Disnea , Polipnea (32x’) Ortopnea, Murmullo vesicular disminuido , Presencia de</p>	<p>(0410)Estado Respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas (041004)Frecuencia respiratoria De2 desviación sustancial del rango normal) a 4</p>	<p>(3140)Manejo de la vía aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión. ○ Auscultar ruidos respiratorios 	<p>Paciente continua con roncantes.FR de 30 por minuto</p>

<p>Disnea, Polipnea (32x') Ortopnea, Murmullo vesicular disminuido. Presencia de Roncantes, Sibilantes y Crepito. Tos Productiva con Secreciones amarillo verdosas, acrocianosis</p>	<p>Roncantes, Sibilantes y Crepito Tos Productiva con Secreciones amarillo verdosas, acrocianosis.</p>	<p>(desviación leve del rango normal) (041012) Capacidad de eliminar secreciones De 3 (desviación moderada del rango normal) a 5(sin desviación del rango normal) (041007) Ruidos respiratorios De 3 (desviación moderada del rango normal) a 5(sin desviación del rango normal) (041015)Disnea en reposo De 3 (desviación moderada del rango normal) a 5(</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Administrar tratamiento con nebulizador. Nebulización : Fenoterol 3 gts + S.F. 5cc cada 4 hrs (8-12-4-8-12-4) ○ Administración de aire u oxigeno humidificado. ○ Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico. <p>(2311) Administración de medicación: inhalatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudar al paciente a utilizar el inhalador según esté prescrito. Bromuro 	
---	--	---	--	--

		<p>sin desviación del rango normal) (041019) Tos De 2 (Moderado) a 4 (leve) (041020) Acumulación de esputos De 2 (Moderado) a 4 (leve)</p>	<p>de Ipatropio: 4 puff cada 4 hrs.(6-10-2-6-10-2-6)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Enseñar al paciente a utilizar la cámara espaciadora con el inhalador, según sea conveniente. o Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con el protocolo del centro. <p>(3250)Mejora de la tos</p>	
--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudar al paciente a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas. ○ Animar al paciente a que realice varias respiraciones profundas. ○ Fomentar la hidratación a través de la administración de líquidos por vía sistémica. <p>Fomentar el uso de la espirómetro</p> <p>(3350) Monitorización respiratoria</p>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">○ Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados.○ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones○ Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.	
--	--	--	--	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos Hija refiere: “mi mama últimamente no ha podido dormir bien, porque no puede respirar.</p> <p>Datos Objetivos Fascie decaída, agotada.</p>	<p>(00095) Insomnio r/c Dificultad respiratoria m/p Hija refiere: “mi mama últimamente no ha podido dormir bien, porque no puede respirar.</p>	<p>2006 Estado de salud personal 200604 Nivel de confort De 2 (sustancialmente comprometido) a 4 (levemente)comprometido) 200614 Función Pulmonar De 2 (sustancialmente comprometido) a 4</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> o Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. o Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda 	<p>La paciente continua agotada, no logra dormir.</p>

		<p>(levemente comprometido)</p> <p>(2002) Bienestar Personal</p> <p>200205 Funcionamiento fisiológico De 1 (No del todo satisfecho) a 3 (moderadamente satisfecho)</p> <p>(0004) Sueño</p> <p>000410 Despertar a horas apropiadas De 1 (Gravemente comprometido) a 4 (levemente comprometido)</p> <p>000406 Sueño interrumpido de 1 (grave) a 4 (leve)</p> <p>000425 Dolor de 2 (sustancial) a 4 (leve)</p>	<p>3140 Manejo de la vía aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> o Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. <p>1850 Mejorar el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> o Determinar el esquema de sueño o Enseñar a la paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño 	
--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none">○ Identificar las medicaciones que la paciente está tomando para el sueño○ Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores de la fase REM.○ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño	
--	--	--	---	--

VALORACION	DIAGNÓSTICO	PALNIFICACIÓN (NOC)	EJECUCUION (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos Hija refiere “mi mamá se pone peor cuando se mueve”</p> <p>Datos Objetivos Presenta agitación e intensificación de dificultad respiratoria al realizar actividades (hablar, moverse).</p>	<p>(00092) Intolerancia a la Actividad r/c desequilibrio entre aportes y demanda de oxigeno e/p Disnea por esfuerzo, expresa fatiga.</p>	<p>(0005) Tolerancia a la actividad.</p> <p>(000501) Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad.</p> <p>(000503) Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad.</p> <p>000508 Esfuerzo respiratorio en</p>	<p>(0180) Manejo de energía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad(taquicardia, arritmias, disneas, palidez, diaforesis) ○ Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas 	<p>La paciente permanece en reposo obligado.</p>

		<p>respuesta a la actividad.</p> <p>(0208) Movilidad</p> <p>(020805) Realización del traslado De 1(gravemente comprometido) a 4 (levemente comprometido)</p>	<p>farmacológicas y no farmacológicas)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Colocar los objetos de uso frecuente al alcance <p>(1805) Ayuda con el autocuidado: AIVD</p> <p>(1801) Ayuda con el autocuidado: baño/higiene</p> <p>(1804)Ayuda con el autocuidado: micción /defecación</p> <p>(1802) Ayuda con el autocuidado: vestirse arreglo personal</p>	
--	--	--	---	--

			(1806) Ayuda con el autocuidado: transferencia.	
--	--	--	---	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos Hija refiere “mi mamá tiene miedo morir”</p> <p>Datos Objetivos Se la observa aprensiva ,poco colaboradora</p>	(00146)Ansiedad r/c amenaza para el estado de salud e/p Aprensiva ,poco colaboradora .Hija refiere “mi mamá tiene miedo morir”	2010 Estado explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se ha de experimentar durante el procedimiento, de comodidad :física 201001 control de síntomas de 2(sustancialmente	<p>5270 Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo . ▫ Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza 	La paciente después de la intervención de enfermería se tornó menos aprensiva.

		<p>comprometido) a 4 levemente comprometido</p> <p>201002 Bienestar físico</p> <p>201014 Respiración dificultosa de 2(sustancial) a 4 (leve)</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Disminución de la ansiedad. o Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. <p>5820 Disminución de la Ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> o Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> o Administrar masajes en la espalda/cuello según corresponda. o Crear un ambiente que facilite la confianza <ul style="list-style-type: none"> o Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad 	
--	--	--	---	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACIÓN
Datos Subjetivos Datos Objetivos	(00004) Riesgo de Infección r/c Presencia de vía periférica en MSD	(1902) Control de riesgo: Proceso infeccioso.	6540 Control de infecciones <ul style="list-style-type: none"> o Enseñar al personal cuidados el lavado 	La paciente no presentó ningún signo de infección durante su estancia hospitalaria.

<p>Presencia de vía periférica en MSD</p>		<p>(192426) Identifica los factores de riesgo de infección.</p> <p>(192405) Identifica signos y síntomas de infección.</p> <p>(0702) Estado Inmune</p> <p>(070208)Integridad cutánea De 5 (no comprometido a 5 (no comprometido)</p> <p>(070220)Detección de infecciones actuales De 5 (no comprometido a 5 (no comprometido</p>	<p>de manos apropiados.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Cambiar el equipo de cuidados del paciente según protocolo. o Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universales. o Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de vías. <p>(2300) Administración de Medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> o Desarrollar la política del centro y los procedimientos para una 	
---	--	---	--	--

			<p>administración precisa y segura de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> o Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas <p>(2314) Administración de Medicación : intravenosa</p> <ul style="list-style-type: none"> o Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación. o Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.(Nº 18 o 20) 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> o Mantener la esterilidad del sistema i.v. abierto. o Verificar si se produce infiltración y flebitis en el lugar de infusión. 	
VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos</p> <p>“Mi mamá....”le guste que yo la cuide”</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>Su hija mayor es la que está más</p>	(00075) Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	<p>250801 Satisfacción con la salud física.</p> <p>De 4(muy satisfecho) a 5 (completamente satisfecho)</p> <p>250802 Satisfacción con la salud</p>	<p>(2508) Bienestar del Cuidador principal</p> <ul style="list-style-type: none"> o Apoyo al cuidador principal o Apoyo de la familia o Asesoramiento o Cuidados intermitentes 	Durante su estancia de la paciente en el servicio, todos los familiares participaron de su cuidado

<p>pendiente de ella, pero los otros hijos y su esposo están fuera del servicio.</p>		<p>emocional De 4(muy satisfecho) a 5 (completamente satisfecho)</p> <p>250811La familia comparte las responsabilidades de los cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fomento de la implicación familiar ○ Fomento de la normalización familiar ○ Movilización familiar <p>1602 Conducta de fomento de la salud</p> <p>Asesoramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayuda en la modificación de sí mismo ○ Educación sanitaria <p>2604 Normalización de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Apoyo de hermanos ○ Apoyo de la familia ○ Facilitación de permiso 	
--	--	---	--	--

			○ Guía de anticipación	
--	--	--	------------------------	--

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones del Trabajo

- La fibrosis pulmonar es una enfermedad pulmonar intersticial que ocasiona pérdida progresiva de las unidades alveolo capilares funcionales, causando insuficiencia respiratoria. Afecta a las personas de mayores de 50 años y es más frecuente en los hombres. Teniendo una esperanza de vida entre 3 a 5 años.
- El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual debe estar encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente teniendo en cuenta que la persona con fibrosis pulmonar también es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, con la finalidad de darle una adecuada calidad de vida para mantener la salud, recuperarse de la complicación de la enfermedad o acompañarla a una muerte en paz, como lo plantea Virginia Henderson.
- Los lenguajes estandarizados de enfermería (NANDA, NOC y NIC) utilizados en este estudio, son necesarios porque permite tener en cuenta los tres elementos del cuidado (Diagnósticos, Criterio de Resultado y las Intervenciones), representan la enfermería basada en la evidencia, y van a servir como nombres de archivos en los sistemas informatizados al utilizar los códigos.

3.2 Recomendaciones

- Que la valoración de enfermería en pacientes con fibrosis pulmonar se realice aplicando las 14 necesidades básicas sustentadas por Virginia Henderson, además de la valoración por dominios que permite identificar fácilmente los dominios afectados.
- Que el trabajo realizado sirva como guía para otros estudios y se pueda elaborar manuales estandarizados abarcando en forma integral a la persona y facilite la atención del paciente con fibrosis pulmonar.
- Que en la atención del paciente con fibrosis pulmonar se debe involucrar a la familia, ya que por ser una enfermedad crónica incapacitante progresiva, el familiar debe saber manejarlo en casa para evitar descompensaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Xaubet Antoni, Ancochea Julio, Bollo Elena, Fernández Estrella, Franquet, Tomás, Molina Maria y col. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática [internet] 2013[citado 26Jun 2017] Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/normativa-sobre-el-diagnostico-tratamiento/articulo/S0300289613000999/>
2. Eva Sanjuán Suria Cansancio del rol de cuidador: análisis de sus factores relacionados (II) .Rev. Red. 6 (3): 261-292.España. [internet] 2014[citado 26Jun 2017] Disponible: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1713/1729>
3. Tabaj Gabriela C. Artículos seleccionados de la especialidad: Una puesta al día en el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/img/revistas/ramer/v14n3/html/v14n3a20.htm> [Citado el 17 de junio 2017]
4. Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e . Mexico McGraw Hill.,2016
5. Cruz Manchay Santos .Percepción de la Calidad de Atención que Brinda el Profesional de Enfermería según los Pacientes con Fibrosis Pulmonar del Servicio de Medicina del Hospital María Auxiliadora . [internet] 2014[citado 23 Jun 2017] Disponible: <http://repositorio.unijuanpablo.edu.pe/bitstream/handle/UPJPII/31/Calidad%20de%20atencion.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
6. Disponible en: <http://www.onmeda.es/enfermedades/fibrosispulmonar-sintomas-3130-6.html> [citado el 16 de Junio 2017]
7. Xaubet A, Ancocheac J, Bollo E, Fernández E, Franquetf T. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. Archivos de Bronconeumonia. Elsevier Doyma. 2013 .Disponible en : [file:///C:/Documents%20and%0Settings/AdministradorMis%20documentos/ Downloads/ S0300289613000999 _S300_es%20\(3\).pdf](file:///C:/Documents%20and%0Settings/AdministradorMis%20documentos/Downloads/S0300289613000999_S300_es%20(3).pdf).- [citado el 16 de Junio 2017]

8. Disponible en : http://www.socalpar.es/guias_clinicas/epid_separ.pdf [citado el 16 de Junio 2017]
9. Bagó [interne] 2012 [citado el 16 de Junio 2017]. Disponible en <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/neumoweb311.htm>
10. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar. Arch Bronconeumol 2013;49:343-53 - Vol. 49 Núm.8 [internet] 2016 [citado 24 Jun 2017] Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/normativa-sobre-el-diagnostico-tratamiento/articulo/S0300289613000999/>
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor. [internet] 2016 [citado 28 Jun 2017] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
12. OMS. Envejecimiento y Salud [internet] 2015 [citado 28 Jun 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
13. OMS. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud. [internet] 2015 [citado 28 Jun 2017] Disponible en:
14. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
15. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería [internet] 2015 [citado 16 Jun 2017] Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema12.pdf>
16. Pichardo González Gabriela .Estudio de caso con el enfoque de Virginia Henderson a una persona con afección valvular aórtica .Rev. .Enf. Card. Vol. 21, Núm. 1 Enero-Abril 2013pp 24-29. México
17. Hernández Martí, Cristina. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. [internet] 2015 [citado 16 Jun 2017] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf>
18. Bellido Vallejo, José y Lendínez Cobo José .Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. España

- [internet] 2012[citado 24Jun 2017] Disponible <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
19. Guía De Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería [internet] 2013 [citado 24Jun 2017] Disponible <http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf>
20. Cuidado de Enfermería . Univesridad de Antioquia . Colombia [internet] [citado 17 jun 2017] Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=6197>
21. JuárezR, Paula Alina y García C.,María de Lourdes. La importancia del cuidado de enfermería. México [internet] 2012[citado 24Jun 2017] Disponible <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
22. Ballester Jimémez, Jaime. Intervención de Enfermería en Insuficiencia Respiratoria Aguda. España[internet] [citado 28 Jun 2017] Disponible en: <http://www.gapllano.es/enfermeria/charlas/Insuficiencia%20respiratoria%20aguda.PDF>
23. Simón Rodríguez ,Adolfo. Patología respiratoria aguda en los servicios de urgencias [internet] [citado 28 Jun 2017] Disponible en: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/volumen3/vol3-n3-3.pdf>
24. Durán Rojas, Clara. Atención Humana del Paciente de Urgencias [internet] [citado 28 Jun 2017] Disponible en: <https://www.scribd.com/document/96095885/Atencion-Humana-Del-Paciente-de-Urgencias-ENFERMERIA>
25. Guaila Edinson,Kléver Cuidados estandarizados de enfermería a pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en el Hospital Neumológico Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil en la Sala San Alfredo durante el período diciembre de 2013 a abril de 2014. [internet] 2014[citado 24Jun 2017] Disponible en:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3068/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-145.pdf>

26. Marín, Diego Xavier. Diseño de una aplicación móvil, enfocada a facilitar los cuidados especiales que deben tener los pacientes con enfermedades pulmonares restrictivas. Caso específico: Fibrosis Pulmonar Idiopática. [internet] 2016[citado 24Jun 2017] Disponible

<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5838/1/12158.pdf>

27. Sanz Peces, Eva María. Atención enfermera a pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en fase avanzada. Madrid. España [internet] 2015[citado 24Jun 2017] Disponible

<http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80922/>

28. Cruz Manchay Santos. Percepción de la Calidad de Atención que Brinda el Profesional de Enfermería según los Pacientes con Fibrosis Pulmonar del Servicio de Medicina del Hospital María Auxiliadora. [internet] 2014[citado 23 Jun 2017] Disponible:

<http://repositorio.unijuanpablo.edu.pe/bitstream/handle/UPJPII/31/Calidad%20de%20atencion.pdf?sequence=7&isAllowed=y>

29. Gainza M. Daniel, Sanz P.Eva María, Babarro A. Alberto y Varela C. María. Atención al final de la vida en los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. Rev. MedPal [Internet] 2014[citado 23 Jun 2017] .Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-atencion-al-final-vida-los-S1134248X1400104>

30. Marcelo A. Bustamante . Insuficiencia Respiratoria Aguda . DESBA [Internet] 2013 [citado 23 Jun 2017] .Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/emergenciassanitarias/files/2013/04/insuf_respiratoria.pdf

31. Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de semiología. Respiración. [Internet] 2013 [citado 23 Jun 2017] .Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualesemiologia/190Respiracion.htm>

32. Gonzales Vanessa. Fisioterapia respiratoria? [Internet] 2013 [citado 23 Jun 2017] Disponible en : <http://fisiobronquial.com/aspectos-fisiologicos-y-clinicos-de-la-fisioterapia-respiratoria/>
33. Franchi Luis Miguel. Fibrosis quística. Revista Médica Herediana. [Internet] 2013 [citado 23 Jun 2017] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/451/418>
34. Fundación Argentina del Tórax. Secreciones. [Internet] 2012 [citado 23 Jun 2017] Disponible en: <http://www.fundaciontorax.org.ar/page/index.php/anatomia-y-fisiologia/604-secreciones>
35. Webconsultas. Insomnio. . [Internet] [citado 23 Jun 2017] Disponible en : <http://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/insomnio>
36. Wikipedia. . [Internet] [citado 23 Jun 2017] Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Fibrosis_pulmonar_idiop%C3%A1tica
37. Internet. Fibrosis pulmonar grupo de ayuda. . [citado 23 Jun 2017] Disponible en: <http://fibrosispulmonargrupodeayuda.blogspot.pe/2011/06/disnea-tos-cansancio-son-los-sintomas.html>
38. Intrnet. Los síntomas de Ansiedad. Los temidos síntomas respiratorios .[citado 23 Jun 2017] .Disponible en: <http://sintomas-de-ansiedad.com/los-temidos-sintomas-respiratorios/>
39. Chabalgoity J, Pereira M, Rial A. Inmunidad contra los agentes infecciosos. [Internet] [citado 23 Jun 2017] Disponible en <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/Inmunidadconralosagentesinfecciosos.pdf>
40. Urbina Medin H. Infección Nosocomial. [Internet] [citado 23 Jun 2017] .Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/urbina.pdf>
41. Complejo Hospitalario de Albacete. Protocolo de Prevención de la Infección Relacionada con Catéter Venoso Central (Inserción Central y Periférica) Catéter Arterial y Catéter de Swanz - Ganz [Internet] [citado 23 Jun 2017]

Disponible en
<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/4ab2244ec2dc03b22ceb17f6788a09fb.pdf>

ANEXOS

FOTOS





Paciente en calilla para ser referida