UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

Dimensión Practica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado (a) en Enfermería

TEMA DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 75 AÑOS DE EDAD CON DERRAME PLEURAL

AUTORA

MARIA DE LOS ANGELES CALERO SOLARTE

TUTOR

LCDA. ALICIA FILADELFIA ESCOBAR TORRES

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

Índice General

DEDICATORIA I
AGRADECIMIENTO II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO III
RESUMEN (español) IV
ABSTRACT V
INTRODUCCIÓN VI
I. MARCO TEÓRICO 1
1.1 Justificación 7
1.2 OBJETIVOS 8
1.2.1 Objetivo general 8
1.2.2 Objetivos específicos 8
1.3 Datos generales 9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO 9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. 9
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis). 10
2.3 Examen físico (exploración clínica) 10
2.4 Información de exámenes complementarios realizados 13
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo 15
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. 15
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. 19
2.8 Seguimiento 19
2.9 Observaciones 21
CONCLUSIONES 21

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
ANEXOS

DEDICATORIA

El presente estudio de caso clínico está dedicado a Dios por ser mi guía, darme vida y voluntad para permitirme cumplir mis metas con éxito.

A mis padres Sr. Jorge Calero y Sra. Gladys Solarte no solamente por creer en mí, por su amor incondicional sino por ser mi impulso de seguir adelante; a mi hermano Andrés Calero, por su aprecio, apoyo y compañía, son mi inspiración, el motivo de mis esfuerzos y las personas que más amo.

Este estudio de igual forma va dedicado a todas las personas que son parte importante de mi vida, por las que tengo el valor de continuar en mi labor y prosperar.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por sus bendiciones y generosidad, por guiarme y darme el regalo de la vida, por permitirme continuar cada día con salud a lado de mis seres queridos, a mi familia por siempre estar a mi lado apoyándome en cada paso que doy y las decisiones que he tomado, por representar todo lo que amo y de lo que soy el día de hoy.

A mis padres por hacer de mí una persona de bien, por formarme con principios y valores humanos, por su sacrificio y apoyo en el cumplimiento de mis metas, a mi docente tutor Lcda. Escobar Alicia Filadelfia por su tiempo dedicado al proceso de titulación, a mis compañeros por brindarme su amistad y el afecto que recibí a lo largo de los años de nuestra formación académica.

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 75 AÑOS DE EDAD CON DERRAME PLEURAL

RESUMEN (español)

El presente caso clínico pretende dar a conocer el proceso de atención de enfermería en un paciente de 75 años de edad con derrame pleural. Este estudio se aplicó en el Hospital General IESS San Francisco De Quito en el área de hospitalización de medicina interna y el desarrollo del mismo se comprende en la etiología, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos y tratamiento.

El derrame pleural es la acumulación anormal de líquido en la pleura pulmonar, puede ser causado por patologías subyacentes a una enfermedad relacionada y se presenta con diversas sintomatologías.

La atención de enfermería se determina en un proceso sistemático, para su aplicación se plantea un plan de acuerdo a la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y el uso de la taxonomía NANDA, NIC, NOC; las intervenciones de enfermería se basan en fundamentos científicos, por medio de estos se busca contribuir a la recuperación de la salud del paciente y su bienestar.

PALABRAS CLAVES: derrame pleural, trasudado, exudado, tratamiento.

ABSTRACT

The present clinical case aims to publicize the nursing care process in a 75-year-old patient with pleural effusion. This study was applied at the IESS San Francisco De Quito General Hospital in the area of hospitalization of internal medicine and the development of it is understood in etiology, clinical manifestations, diagnostic methods and treatment.

Pleural effusion is the abnormal accumulation of fluid in the lung pleura, it can be caused by underlying pathologies to a related disease and it presents with various symptoms.

Nursing care is determined in a systematic process, for its implementation a plan is proposed according to the assessment by functional patterns of Marjory Gordon and the use of the taxonomy NANDA, NIC, NOC; nursing interventions are based on scientific foundations, through these seeks to contribute to the recovery of the patient's health and your wellbeing.

KEY WORDS: pleural effusion, transudate, exudate, treatment.

INTRODUCCIÓN

La pleura es una fina lámina semitransparente que recubre y separa los órganos del tórax, pulmón y sus cisuras. El derrame pleural es la acumulación de líquido en la pleura de los pulmones, provocando una alteración respiratoria y disminución de la capacidad pulmonar.

Estudios sobre la prevalencia mundial revelan aproximadamente 400 de cada 100.000 habitantes con mayor predominio en el sexo masculino, representándose con más frecuencia en países en vías de desarrollo.

El derrame pleural es representado por un líquido que puede ser clasificado como un trasudado o exudado. La etiología se señala en varios mecanismos de relación a la formación del líquido y a la disminución de la absorción linfática. Muchas veces las manifestaciones clínicas pueden pasar desapercibidas o ser secundarias a la enfermedad subyacente que lo cause y a su vez, la misma determinar la gravedad de los síntomas de la patología así como el enfoque diagnóstico de la misma.

El proceso de atención de enfermería establece su actuar en la aplicación de las intervenciones dirigidas a la recuperación de la salud del paciente, la valoración de enfermería va a corresponder al examen físico con la detección de los signos semiológicos, así como en la ejecución de las actividades necesarias para el tratamiento del derrame pleural y un seguimiento adecuado.

I. MARCO TEÓRICO

Definición

El derrame pleural es la acumulación anormal de líquido que sobrepasa la capacidad de absorción de la pleura de los pulmones, generalmente suele ser el resultado de una enfermedad primaria y a su vez ser secundario a otras entidades patológicas subyacentes a la enfermedad. (Oyonarte, 2015)

En condiciones normales, el espacio pleural va a contener hasta una pequeña cantidad de líquido de 5 a 15 mililitros, la misma que actúa como un lubricante para dar paso a la fricción de ambas superficies pleurales. Este pequeño volumen normalmente es indetectable por técnicas de imagen disponibles. (Figuera, 2019)

El derrame pleural puede relacionarse a una complicación por insuficiencia cardíaca, tuberculosis y neumonía, así como otras infecciones pulmonares de origen vírico o tumores neoplásicos. El carcinoma broncógeno es la neoplasia maligna que se relaciona más a menudo a esta. (Goldman & Schafer, 2017)

Epidemiologia

En Estados Unidos se estima que 1,5 millones de personas desarrollan derrame pleural cada año. Estudios epidemiológicos revelan mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, con una prevalencia mundial en aproximadamente 400 de cada 100.000 habitantes, datos de alrededor del 10% de los enfermos ingresan en instituciones hospitalarias por esta causa; representados en cifras del 22% con origen maligno y un 17% provocado por insuficiencia cardíaca u otras entidades, siendo el 25% de los casos son ocasionados por la tuberculosis. (Villarreal, 2019)

Fisiopatología

El espacio pleural se sitúa entre el pulmón y la pared torácica, a su vez contiene una capa muy fina de líquido que funciona como un sistema de acoplamiento. El movimiento de líquido entre las hojas parietal y visceral permite el transporte de sustancias, da paso a la entrada y salida de líquidos que mantienen un volumen y concentración adecuados. (L. Kasper, S. Fauci, L. Hauser, & L. Longo, 2017)

En condiciones normales el líquido de este espacio penetra desde la pleura a los vasos linfáticos situados en ella, en el derrame pleural el líquido se acumula sobrepasando la formación de la absorción. Por tanto, el exceso de formación de líquido, ya sea de la pleura, cavidad peritoneal o pulmón disminuye la resorción por los vasos linfáticos que suponen su formación y origen. (Figuera, 2019)

Este derrame pleural provoca una alteración ventilatoria restrictiva en la cavidad torácica con disminución de la capacidad pulmonar. Puede producirse hipoxemia, desequilibrios de las relaciones ventilación y de perfusión, a su vez afectación de la función de los músculos inspiratorios o incluso inversión del diafragma. Los derrames masivos pueden provocar disfunción diastólica, disminución del gasto cardíaco así como de otras complicaciones cardiacas. (Farreras & Rozman, 2016)

El filtrado pleural puede ser representado por un líquido que va desde claro a sanguinolento o purulento. El líquido puede ser clasificado como un trasudado o a su vez exudado dependiendo de sus características. (Oyonarte, 2015)

Los cambios de la permeabilidad de la membrana pleural pueden producir derrames ricos en proteínas, que se denominan exudados y se pueden ver en neoplasias o estados inflamatorios que corresponden a patologías tales como neumonía y tuberculosis. Los criterios de Light se consideran el mejor método para diferenciar los exudados de los trasudados pleurales de acuerdo a los

valores obtenidos del lactato dehidrogenasa (LDH) y niveles de proteínas de las muestras del líquido pleural. (Martínez Larrarte, Quesada Guillén, & Pozo Abreu, 2018)

Un trasudado es aquel filtrado que se mueve a través de paredes capilares, se presenta cuando la formación y la reabsorción del líquido pleural se alteran, los factores que influyen son los desequilibrios en las presiones hidrostáticas u oncótica, así como hallazgos en la alteración de la permeabilidad capilar de su irrigación sanguínea respectivamente. (Goldman & Schafer, 2017)

Etiología

En la producción del derrame pleural pueden intervenir varios mecanismos que se agrupan de la siguiente manera:

• **Mecanismos que alteran el balance de presiones transpleurales.** Son de origen extrapleural, por insuficiencia cardíaca izquierda en la mayoría de los casos y provocan la aparición de trasudados por salida de líquido desde el pulmón a la cavidad pleural a través de la pleura visceral respectivamente.

• **Alteraciones en el drenaje linfático.** Pueden tener su origen en alteraciones tanto inflamatorias como neoplásicas, sean estas propias de la pleura o causadas por un bloqueo de la circulación linfática. (Goldman & Schafer, 2017)

• **Aumentos en la permeabilidad capilar y mesotelial.** Están implicados en la mayoría de los exudados pleurales que, en contraste con los trasudados, corresponden de forma significativa a un alto contenido en proteínas del líquido pleural. (Farreras & Rozman, 2016)

Las diferentes tipos de etiologías pueden ser respectivos a:

Hemotórax: En la cavidad pleural la presencia de sangre revela en una toracocentesis un líquido sanguinolento, la mayor parte de éstos se debe a traumatismos o un tumor. (Farreras & Rozman, 2016)

Neumotórax.- Se define como la presencia de gas en el espacio pleural. Un neumotórax espontáneo es el que se produce sin traumatismo torácico o ausencia de neumopatía subyacente, mientras que el secundario a una anomalía pulmonar.

Quilotórax: Éste se produce cuando el conducto torácico se rompe y se acumula quilo en el espacio pleural. La causa más frecuente es de tipo quirúrgico, se relaciona de igual forma a tumores y a un amplio derrame pleural. (L. Kasper, S. Fauci, L. Hauser, & L. Longo, 2017)

Manifestaciones clínicas

Los pacientes con derrame pleural pueden permanecer asintomáticos o presentar cuadros de disnea. Cuando hay inflamación activa de la pleura parietal puede llegar a provocar dolor, que generalmente es unilateral, súbito, y empeora con la inspiración. (Smeltzer, 2016)

En ocasiones, el derrame pleural puede ser lo suficientemente grande como para contribuir a un cuadro de insuficiencia respiratoria. Los hallazgos clínicos son la matidez a la percusión en la zona del derrame, junto a disminución de los ruidos respiratorios auscultados y ausencia de frémito táctil. (Goldman & Schafer, 2017)

Puede presentarse disnea en algunos de los casos cuando hay derrames pleurales grandes que compriman el parénquima pulmonar, creando alteraciones en la relación ventilatoria de la perfusión de los pulmones. Se debe tener en cuenta a la forma de inicio de las manifestaciones agudas o crónicas del paciente, así como la presencia de expectoración purulenta o hemoptoica, entre otras sintomatologías que se puedan llegar a presentar. (Smeltzer, 2016)

Métodos diagnósticos

1. Anamnesis: Se va a determinar si el paciente presenta antecedentes de enfermedades pulmonares u otras patologías y factores de riesgo expuestos.

2. Examen físico: Puede detectarse respiración superficial, taquipnea y otros signos semiológicos como lo son la disminución del murmullo vesicular y alteración de la expansibilidad torácica o matidez. (Smeltzer, 2016)

3. Exámenes complementarios:

a) Métodos de laboratorio: Los estudios de laboratorio utilizados son la biometría hemática y proteína C reactiva que permiten descartar el cuadro asociado a otras enfermedades subyacentes o infecciosas y establecer el diagnostico en cuestión.

b) Métodos de imagen: La radiografía de tórax es habitualmente el primer método radiológico que se utiliza. Es el examen más importante para detectar la presencia del derrame pleural. A su vez, la ecografía pleural precisa la localización y características de un fluido pleural siendo una técnica es de bajo

costo, rápida y fácil. La Tomografía Axial Computarizada es más sensible que el resto de los métodos mencionados. (Fernández, Gonzalo, & Lanza, 2016)

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son el control de la infección con la terapia antibiótica y el drenaje del producto resultante del derrame pleural.

Para determinar la etiología del derrame, se puede extraer una muestra del líquido presente en el espacio pleural mediante toracocentesis para su análisis. El drenaje con tubo torácico está indicada en todos los tipos de derrames pleurales. Es importante colocarlo de forma precoz, tan pronto como se establezca el diagnóstico. (Goldman & Schafer, 2017)

En cuanto a procedimientos quirúrgicos son opciones a considerar la toracotomía y la resección costal con drenaje abierto, con el fin de drenar el líquido de la cavidad pleural y de esta forma disminuir la dificultad respiratoria. De ellas, la toracoscopia videoasistida tiene un uso más amplio en la última década. Ofrece en general resultados favorables, con una estancia hospitalaria reducida y menores complicaciones postoperatorias. (Ferrer López & Murillo Salvador, 2016)

1.1 Justificación

El derrame pleural es una patología que produce alteraciones en la ventilación y disminución de la capacidad pulmonar, motivo por el cual la atención de enfermería es de vital importancia, puesto que, sus intervenciones buscan satisfacer las necesidades de salud del paciente, contribuyendo de esta forma al mejoramiento de la calidad de vida.

El presente estudio de caso clínico pretende aportar a la orientación de los profesionales de la salud sobre los cuidados que se deben proporcionar en el derrame pleural y las actividades de enfermería necesarias para la recuperación de la salud y rehabilitación del paciente.

La importancia del proceso de atención de enfermería radica en la valoración que se realiza de manera racional, lógica y sistemática, cuyo objetivo es la recolección de datos de mayor relevancia su planificación e implantación, considerando como base los conocimientos y las habilidades requeridas para el desempeño del rol asistencial que se brinda.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 75 años de edad con derrame pleural de acuerdo a la taxonomía de NANDA, NIC, NOC.

1.2.2 Objetivos específicos

- Describir la etiología, manifestaciones clínicas y métodos diagnósticos del derrame pleural.

- Identificar las necesidades de la paciente basadas en los patrones funcionales de Marjory Gordon.

- Evaluar los resultados obtenidos del proceso de atención de enfermería

1.3 Datos generales

Nombre y apellidos: Cachago Cacarin María Transito	**Religión:** Católica
Edad: 75 Años	**Instrucción:** Primaria incompleta
Historia Clinica: 506508	**Estado Civil:** Viuda
Sexo: Femenino	**Lugar de Residencia:** Sector Yaruqui, Quito
Raza: Mestiza	**Ocupación:** Ama de casa jubilada

Elaborado por: María Calero Solarte

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Paciente de sexo femenino de 75 años de edad acude a consulta acompañada de su familiar por presentar malestar general, tos y dolor torácico difuso, cuadro que se intensifica acompañado de nausea con vomito en dos ocasiones de contenido alimentario más dolor abdominal en epigastrio, acude para valoración y tratamiento médico.

Familiar de paciente refiere un cuadro de más de quince días de evolución sin causa aparente, presentándose disnea, tos sin expectoración, pérdida de peso que no estima kilogramos exactos.

Antecedentes personales	Antecedentes familiares
Antecedentes patológicos: hipertensión arterial y glaucoma.	**Madre:** Diabetes mellitus
Antecedentes quirúrgicos: hernia inguinal derecha.	**Padre:** Infarto agudo de miocardio
Medicacion habitual: Losartan 50 miligramos vía oral cada día, lactulosa 20 mililitros vía oral.	**Hermana:** Hipertensión arterial

Elaborado por: María Calero Solarte

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Ingresa paciente acompañada de su familiar por un cuadro clínico caracterizado por disnea de pequeño esfuerzo, tos sin expectoración y pérdida de peso. En examen físico se evidencia dolor torácico difuso EVA 5/10, refiere presentar hiporexia con cuadros de nauseas que llegan al vómito en ocasiones, paciente niega alza térmica.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Signos vitales

Tensión arterial	128/90mmHg
Frecuencia cardiaca	94 por minuto
frecuencia respiratoria	24 por minuto
Saturación de oxigeno	85%
Temperatura	36.6ºc

Medidas antropométricas:

Peso:	52 kilogramos
Talla:	1,54 metros
IMC:	22 Kg/m2

Evaluación cefalocaudal (exploración clínica.)

Cabeza:	normocefalo, cabello de implantación acorde a la edad y genero
Cara:	Pupilas normorreactivas, isocoria, escleras anictericas, mucosas orales semihumedas, orofaringe no congestiva.
Cuello:	simétrico, no adenopatías, ni masas palpables, ausencia de ingurgitación yugular
Tórax:	Simétrico, expansibilidad conservada, no uso de musculatura accesoria, murmullo vesicular disminuido en base derecha, leve crepitantes, con requerimiento de 2 litros de oxigeno por cánula nasal saturando 90%.
Corazón:	Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no ausculto soplos cardiacos.
Abdomen:	Abundante paniculo adiposo, suave, depresible, doloroso a la palpación referido a diafragma, EVA 5/10, ausencia de megalias, ruidos hidroaereos presentes
Extremidades:	Simétricas, llenado capilar 3 segundos, pulsos distales presentes, sin presencia de edemas.

Elaborado por: María Calero Solarte

Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón 1: Percepción – manejo de salud.	**¿Es usted alérgica a algún medicamento?** No tengo alergias conocidas. **¿Tiene usted antecedentes de otras enfermedades?** Sí, soy hipertensa desde hace casi 20 años pero controlada con medicación.
Patrón 2: Nutricional – metabólico	**¿Perdió usted peso recientemente?** Si, presenté pérdida de peso inexplicable hace unas semanas. **¿Recibe usted una alimentación balanceada?** Si, como de todo, me cuidan bien.
Patrón 3: Eliminación	**¿Cuántas deposiciones realiza usted por día?** 2 veces al día **¿Presenta usted dificultad para ir al baño?** No, siempre me ayuda mi hija
Patrón 4: Actividad – ejercicio	**¿Siente dificultad para respirar?** Sí, siento que no puedo respirar bien. **¿Realiza usted alguna actividad física?** No, muy pocas veces salgo de casa.
Patrón 5: Sueño – descanso	**¿Presenta usted dificultad para dormir?** No tengo problema para conciliar el sueño.
Patrón 6: Cognitivo – perceptivo	**¿Dónde se localiza el dolor?** En el tórax dolor tipo difuso. **¿Cuánto es su intensidad?**

	En la escala del dolor EVA 5/10.
Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto	**¿Se siente usted a gusto con la atención hospitalaria?** Sí, quiero recuperarme pronto de mi enfermedad. **¿Cómo se siente usted emocionalmente?** Un poco triste, me siento enferma.
Patrón 8: Rol – relaciones	**¿Siente satisfacción al cuidado de sus hijos?** Sí, me cuidan y familiares también.
Patrón 9: Sexualidad y reproducción	**¿Cuántos hijos tiene usted?** He concebido a 5 hijos, parto en casa.
Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés	**¿Cómo se siente hospitalizada?** No tengo estrés ni ansiedad a la hospitalización. **¿Existen factores que puedan desencadenar su malestar?** Sí, hay una construcción cerca de mi hogar que me causa mucha molestia.
Patrón 11: Valores – creencias	**¿Cuál es su religión?** Creencias religiosas católicas,

Elaborado por: María Calero Solarte

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Biometría hemática	**Hallazgos**	**Valores referenciales**
Leucocitos (WBC)	11.20	4.5-10 /µl
Hemoglobina (HGB)	15	14.9-18 /µl
Hematocrito (HCT)	39.7	43.3-52.8 %
Plaquetas.:	407.000	130-450 ^3/uL
Monocitos %	10.5	5.5-10.6 %

Eosinófilos %	3.9	0.5-8.9 %
Linfocitos %	16.1	30.5-45.5 %
Neutrofilos %	67.7	40-65 %
Basófilos %	1.0	0.2-1 %

Examen: Química sanguínea		
Electrolitos	**Hallazgos**	**Valores referenciales**
Cloro	99	98-107 mEq/L
Potasio	3,76	3,5 a 5,3 mEq/L
Sodio	125	135- 145 mEq/L

Examen: bioquímico del líquido pleural		
Muestra	**Hallazgos**	**Valores referenciales**
Deshidrogenasa láctica	218	0-247 UI/mL
Proteínas totales	4.8	6.6-8.3 gr/mL

Exámenes complementarios	
Radiografía del tórax	Se evidencia derrame pleural derecho sin alteración de autonomía cardiaca, campo pulmonar izquierdo y silueta cardíaca de tamaño normal.
Tomografía axial computarizada de tórax:	Derrame pleural de tercio inferior de pulmón derecho e infiltración pleural extensa más nódulo contralateral, tejidos blandos y estructuras óseas de las paredes del tórax no muestran alteraciones

Elaborado por: María Calero Solarte

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

DIAGNÓSTICO DE LOS DERRAMES PLEURALES	
Presuntivo	Enfermedad neoplásica del pulmón
Diferencial	• Empiema • Neumonía bacteriana
Definitivo	Derrame pleural ipsilateral exudado

Elaborado por: María Calero Solarte

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Variables relacionadas con el problema:

- **Biológicas:** Disnea, tos sin expectoración, dolor torácico difuso más presencia de pérdida de peso.

- **Física:** Paciente adulto mayor con disminución de la movilidad refiere no realizar actividades recreativas.

- **Ambiental:** exposición a los agentes tóxicos liberados por materiales de construcción cercana a su hogar.

- **Social:** Ama de casa jubilada bajo el cuidado de sus hijos.

NANDA: 00132
NOC: 2102
NIC: 1400

Dx: Dolor agudo **(**00132)

R/C: Agentes lesivos biológicos (Derrame pleural)

E/P: dolor referido a nivel del diafragma EVA 5/10

M E T A S

Dominio 5: Salud percibida

Clase V: Sintomatología

Etiqueta 2102: Nivel del dolor

ESCALA DE LIKERT

	Antes		Después		
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
210201 Dolor referido			3	4	
210204 Duración de los episodios de dolor			3	4	
210223 Irritabilidad			3	4	

I N T E R V E N C I O N E S

Campo Fisiológico: Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

ACTIVIDADES

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
2. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
3. Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica.
4. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor en función de la respuesta del paciente.

NANDA: 00032
NOC: 0415
NIC: 3320

Dx: Patrón respiratorio ineficaz (00032)

R/C: Deterioro de la integridad pleural

E/P: Disnea

M E T A S

Dominio 2: Salud Fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0415: Estado respiratorio

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
041514 Disnea de reposo			3		5
041515 Disnea de pequeños esfuerzos			3		5
041502 Ritmo respiratorio			3		5
041508 Saturación de oxigeno			3	4	

Antes Después

I N T E R V E N C I O N E S

Campo Fisiológico: Complejo

Clase K: Control respiratorio

Etiqueta 3320: Oxigenoterapia

ACTIVIDADES

1. Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
2. Administrar oxigeno suplementario según órdenes.
3. Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
4. Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar la eficacia de la oxigenoterapia.
5. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia mediante pulsioxímetro.

Medicación

• Solución salina 0,9% 1000 mililitros más 10 ampollas de cloruro de sodio intravenoso a 60ml/hora

• Fluimucil 300 miligramos intravenoso cada 8 horas.

• Ranitidina 150 miligramos vía oral cada día

• Paracetamol 1 gramo intravenoso cada 8 horas

• Ciprofloxacino 400 mg intravenoso cada 12 horas

• Enoxaparina 40 mg subcutáneo cada día

Cuidados Enfermería

• Valoración de signos vitales.

• Control de peso diario

• Control de balance hidroelectrolitico.

• Canalización de vía periférica.

• Administración de oxigeno por cánula nasal

• Colocar al paciente en posición semifowler para favorecer la expansión del pulmón afectado y facilitar la respiración.

• Vigilar apósito y cambiar cada 24 horas, valorando la cantidad, color del líquido drenado y registrar.

• Administrar medicamentos prescritos por el médico

• Reportar novedades

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Se identificó el diagnóstico de derrame pleural mediante exámenes complementarios, se realiza toracocentesis en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín y se extrae aproximadamente 200ml de líquido pleural color amarillo de aspecto turbio. La retirada del tubo torácico concluye en el drenado disminuido a cantidad mínima y control radiológico que ya no evidencia líquido y el reexpandido del pulmón.

Los resultados del examen citológico del líquido pleural determinaron negativo para malignidad con celularidad compatible a inflamación crónica inespecífica. Se ha realizado estudios paraclínicos evidenciándose presencia de neutrofilia en resultados de biometría hemática e hiponatremia en química sanguínea.

En base al modelo de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon se determinaron los patrones disfuncionales de acuerdo a la valoración realizada, así como la elección de las intervenciones de acuerdo a las Taxonomías NANDA, NOC, NIC para su planificación y evaluación. La articulación de la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem es de gran importancia para la recuperación del paciente, motivo por el cual se implementa en beneficio de su salud y rehabilitación para lograr un estado de completo bienestar.

2.8 Seguimiento

Paciente despierta, consciente orientada en tiempo espacio y persona, signos vitales dentro de parámetros normales, tórax simétrico, expansibilidad conservada, con requerimiento de oxígeno a 2 litros por cánula nasal saturando 90% sin signos de dificultad respiratoria, abdomen suave depresible no doloroso a

la palpación, con vía periférica permeable en miembro superior derecho, miembros inferiores sin edemas, eliminaciones vesicales e intestinales presentes.

Signos vitales

Tensión arterial: 120/82 mmHg

Frecuencia cardiaca: 90 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto

Saturación de oxigeno: 90%

Temperatura: 36,7 ºc

Cuidados de enfermería:

- Valoración y control de signos vitales.
- Balance hidroelectrolítico para detectar desequilibrios electrolíticos, controlar los ingresos y egresos del paciente.
- Cuidados de acceso venoso periférico.
- Mantener al paciente en posición semifowler para evitar bronco aspiración.
- Alimentación brindada por acompañante.
- Proporcionar oxigenoterapia y valorar su eficacia a través de pulsioxímetro.
- Administración de medicación prescrita por el médico.
    - Ranitidina 150 miligramos vía oral cada día
    - Paracetamol 1 gramo intravenoso cada 8 horas
    - Ciprofloxacino 400 mg intravenoso cada 12 horas
    - Enoxaparina 40 mg subcutáneo cada día
- Confort del paciente
- Se programan interconsultas con neumología.

2.9 Observaciones

- Paciente disminuye malestar general, disnea de pequeño esfuerzo, tos sin expectoración y dolor torácico.
- La paciente colaboradora a los procedimientos de enfermería logra adherencia al tratamiento, realiza el autocuidado del aseo diario con ayuda de su familiar y presenta mejoría en su estado de salud

CONCLUSIONES

El derrame pleural constituye un problema de salud de importancia epidemiológica y su diagnóstico reside en exámenes complementarios, mediante la realización del proceso de atención de enfermería se identificó las necesidades de salud del paciente en base a la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon afectados.

Se estableció de acuerdo a la taxonomía NANDA, NOC, NIC el diagnóstico, objetivos enfocados a la elaboración y ejecución de las intervenciones de enfermería necesarias en el paciente con derrame pleural, para una evolución clínica favorable y la recuperación de la salud del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Farreras, V., & Rozman, C. (2016). *Medicina interna* (Decimoctava ed.). Barcelona: Elsevier España, S.L.U.

Fernández, S., Gonzalo, L., & Lanza, M. (2016). Aplicaciones torácicas del ultrasonido. *Scielo*.

Ferrer López, E., & Murillo Salvador, R. (2016). Cuidados de Enfermería en la Toracocentesis. *Portales Medicos*.

Figuera, P. (2019). Protocolo diagnostico y terapeutico del derrame pleural. *ScienceDirect*.

Goldman, L., & Schafer, A. (2017). *Tratado De Medicina Interna* (25a ed.). Barcelona: Elsiever.

L. Kasper, D., S. Fauci, A., L. Hauser, S., & L. Longo, D. (2017). *Harrison. Manual de medicina* (19a ed.). Mexico, D. F: McGRAW- HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A de C. V.

Martínez Larrarte, J., Quesada Guillén, R., & Pozo Abreu, S. (2018). Derrames pleurales trasudados y exudados: clasificación. *Scielo*.

Oyonarte, M. (2015). Enfoque diagnostico en el paciente con derrame pleural. *Elsevier*.

Pérez Bada, E., Rodríguez Antelo, R., & Marín Torres, A. (2015). *Caracterización del derrame pleural en el Servicio de Medicina Interna.* La Habana: Acta Médica del Centro.

Smeltzer, S. (2016). *Brunner y Suddarth Enfermería Medicoquirúrgica* (14ª ed.). Barcelona, España: Wolters Kluwer.

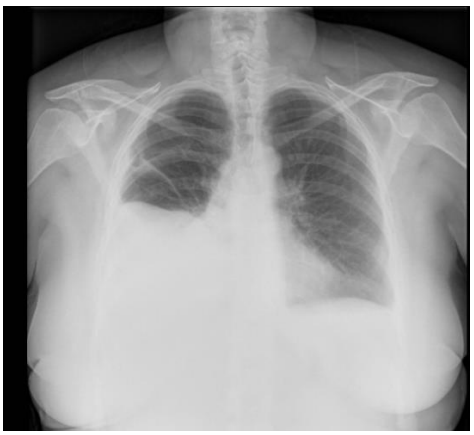
Villarreal, A. D. (2019). Derrame Pleural. *Medigraphic*, 277-278.

ANEXOS

PARAMETROS	TRASUDADOS	EXUDADO
PROTEINAS (P)	< 3 g/dl	>3 g/dl
P plasma/P suero	< 0.5	>0.5
GLUCOSA	igual a la sérica	<60 mg/dl
LDH	<200 UI/ml	>200 UI/ml
LDH plasma/LDH suero	< 0.6	>0.6
Ph	>7.30	< 7.30
LEUCOCITOS	< 1000	>1000

Criterios de light para clasificación de derrame pleural

Fuente: Revista Médica Medigraphic. Consenso de la Sociedad Latinoamericana de Infectología. Erlivan Jiménez Valdés. 2015



Radiografía posteroanterior de tórax que muestra derrame pleural derecho

Fuente: Imagenologia- Procedimiento neumológico