



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión práctica del examen complejo previo a la obtención del grado
académico de licenciado (a) en enfermería**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO MAYOR DE 67
AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA**

AUTORA

MARIA FERNANDA LLIGUIN TIBANQUIZA

TUTOR

LCDA. ALICIA FILADELFIA ESCOBAR TORRES

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2020 - 2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
1. MARCO TEORICO	1
1.1. JUSTIFICACION	7
1.2. OBJETIVOS	8
1.3 DATOS GENERALES DEL PACIENTE	9
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	9
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historia Clínica del Paciente	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.	14
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 la salud, considerando valores normales.	19
2.8. Seguimiento	19
2.9. Observaciones	19
CONCLUSION	20
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

DEDICATORIA

Dedico este estudio de caso, en primer lugar a DIOS por darme sabiduría, salud, fortaleza en cada etapa de mi vida y por la familia maravillosa que tengo.

A mis padres Elsa Tibanquiza y Luis Lliguin por ser el motor y motivo de mis logros, por todos los sacrificios que han hecho para apoyarme en mis estudios, por ser luz y guiarme con sus sabios consejos.

A mis hermanos Isabel y Fabián por el apoyo emocional que me brindan, a los amores de mi vida, mis sobrinos Mathias y Zabdiel por ser luz en días difíciles, por sacarme una sonrisa cuando estoy triste, por esos pequeños abrazos que me llenan el corazón.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios, a mi familia y a todos los docentes que fueron parte de mi formación académica, gracias infinitas por brindarme sus conocimientos.

A mis padres por darme la vida e inculcarme desde pequeña valores y enseñarme que todas las metas propuestas tienen que ser cumplidas, por ser el motivo de mi lucha diaria en ser mejor hija, por ser mi recordatorio que jamás debo rendirme que la meta puede ser difícil pero no imposible.

A mi tutora Lcda. Alicia Escobar por ayudarme y guiarme en este proceso, a mis compañeros que se convirtieron en mi segunda familia durante toda la travesía llamada universidad.

Eternamente agradecida con todas las personas que me apoyaron en cada etapa de mi vida, solo quiero decirles que Dios los bendiga.

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO MAYOR DE 67
AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

RESUMEN

En el presente estudio de caso clínico, se aplica el proceso de atención de enfermería en adulto mayor de 67 años de edad con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que acude al área de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro por presentar cuadro clínico de exacerbaciones, caracterizado por disnea, taquipnea, astenia entre otros. Las exacerbaciones son episodios leves o intensos de los síntomas respiratorios frecuentes en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, como consecuencia afectando la calidad de vida o en algunos casos la muerte.

El proceso de atención de enfermería está elaborado siguiendo un orden establecido, desde una valoración completa, diagnóstico de enfermería, la planeación y ejecución del plan de cuidados establecidos, según la necesidad del paciente. Una planificación correcta y bien elaborada contribuye a la pronta recuperación o alivio en la enfermedad del paciente.

Palabras claves: EPOC, adulto mayor, exacerbaciones, taquipnea, astenia.

ABSTRACT

In this clinical case study, the nursing care process will be applied to an adult over 67 years of age with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), who attends the emergency area of the Alfredo Noboa Montenegro Hospital due to a clinical picture of exacerbations, characterized by dyspnea, tachypnea, asthenia among others. Exacerbations are mild or intense episodes of the respiratory symptoms common in chronic obstructive pulmonary disease, as a consequence affecting the quality of life or in some cases death.

The nursing care process will be elaborated following a systematic order, starting from a complete assessment of the patient, elaborating the nursing diagnosis, planning and executing the elaborated activities. The correct and well carried out planning contributes to the speedy recovery or relief in the disease that the patient suffers.

Keyword: COPD, older adult, exacerbations, tachypnea, asthenia.

INTRODUCCION

Uno de los instrumentos esenciales del profesional de enfermería es el PAE (Proceso de Atención de Enfermería), por ser un método en el cual se crea un plan de cuidado necesario para la enfermedad del paciente, mediante una evaluación cefalo-caudal o por patrones funcionales, con la elaboración del plan de cuidados de enfermería se logra resultados positivos en el tratamiento del paciente.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad que degenera los pulmones e interrumpe la respiración normal y representa uno de los índices principales de mortalidad y morbilidad en el mundo. Los síntomas y severidad varían dependiendo la clasificación de la enfermedad.

El presente estudio de caso clínico contiene el proceso de atención de enfermería en adulto mayor de sexo femenino, con enfermedad Pulmonar obstructiva crónica, que es atendida en el hospital general Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, en el cual se realiza los cuidados y actividades pertinentes durante todo el proceso de atención, para el bienestar y mejora del paciente.

1. MARCO TEORICO

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA

Es una enfermedad de las vías respiratorias, caracterizada por la dificultad para movilizar el aire, especialmente al exhalar. La EPOC es progresiva y los síntomas generalmente aparecen después de los 40 o 50 años.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se caracteriza por una limitación progresiva y persistente del flujo de aire, que se asocia con anomalías inflamatorias crónicas en las vías respiratorias y los pulmones. Las exacerbaciones contribuyen a la gravedad y morbilidad de cada paciente (Martinez , 2017).

La agudización o exacerbación es un empeoramiento agudo de la sintomatología respiratoria de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se llegan a presentar en el 80% de los pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las causas pueden ser virus, bacterias, polución ambiental.

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la EPOC incluye cambios inflamatorios, respuesta inmune insuficiente, estrés oxidativo y desequilibrio de la relación proteasa / antiproteasa, cambios en la reparación de tejidos, lesión neurogénica, mecanismos anormales de apoptosis, catabolismo y envejecimiento. Estas modificaciones han sido relacionadas con la interacción del humo del cigarro, toxinas o efectos ambientales, aspectos individuales y genéticos-epigenéticos (martinez & Vargas, 2017).

La EPOC se define como un aumento de la resistencia al flujo de aire provocado por la disminución de la luz bronquial, el engrosamiento de la pared y la hipersecreción de mucinas; la contracción de la musculatura lisa de las vías aéreas; la pérdida de elasticidad del parénquima pulmonar (Cortijo & Morcillo, 2007).

La inflamación es un mecanismo activo y progresivo con un aumento máximo durante la exacerbación de la EPOC. A medida que la enfermedad progresa y surge el daño estructural, se vuelve cada vez más difícil desactivar este mecanismo.

Según (LÓPEZ, JARDIM, & SCHIAMI, 2011) “Las enfermedades de la vía aérea y el parénquima pulmonar suelen coexistir, su distribución y combinación son variables en diferentes áreas del sistema respiratorio, las mujeres tienen mayor compromiso bronquial y los hombres más compromiso alveolar a igualdad de exposición” (p.10).

CLASIFICACIÓN

Existen diversas clasificaciones de la gravedad de una exacerbación de la EPOC.

La clasificación de la ATS/ERS (American Thoracic Society / European Respiratory Society) Tiene en cuenta el entorno agravado.

- **Leve:** aumento de la demanda de medicamentos que los pacientes pueden manejar de forma ambulatoria.
- **Moderado:** el paciente ha aumentado las solicitudes de medicación y siente la necesidad de buscar otra ayuda médica.
- **Grave:** los pacientes o los cuidadores ven un deterioro rápido y significativo en la condición del paciente, requiriendo hospitalización inmediata (Cáceres & Duenas, 2011).

Como señalo (Cáceres & Duenas, 2011) “La clasificación de Anthonisen está basada en características clínicas de la exacerbación y ha sido usada ampliamente para establecer la severidad y definir conductas terapéuticas” (p. 49).

Clasificación de Anthonisen para la exacerbación:

- **Severa tipo I:** incremento de disnea, aumento del volumen y purulencia del esputo.
- **Moderada tipo II:** presenta 2 de los 3 síntomas descritos anteriormente.

- **Leve Tipo III:** 1 de 3 síntomas relacionados con uno o más de los siguientes, Tos- Sibilancias- Aumento de frecuencia respiratoria- Aumento de frecuencia cardiaca- alza térmica - Infección respiratoria superior en los últimos 5 días (Cáceres & Duenas, 2011).

SINTOMATOLOGÍA

Suele caracterizarse por un período asintomático, por lo que pueden pasar varios años entre el inicio de la limitación del flujo aéreo y el desarrollo de las manifestaciones clínicas. Por tanto, el médico debe buscar de forma sistemática síntomas que el paciente pueda pasar desapercibido por la edad, el sedentarismo o el hecho de fumar.

Según (CASAS, SANSORES, & TOKUMOTO, 2011) “La disnea, tos y expectoración son los síntomas cardinales de la EPOC, Cuando la enfermedad progresa, aumenta la intensidad de la disnea, la tos, la expectoración y es frecuente la presencia de sibilancia” (p.13).

La descompensación puede caracterizarse por un aumento del volumen de esputo, cambios en el color del esputo, disnea o manifestaciones generales como fiebre o astenia.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica incluyen:

- **Exposición al humo del tabaco.** Las personas que llevan años en el hábito de fumar y sus familiares son los más propensos a padecer la enfermedad.
- **Personas con asma:** el asma al ser una enfermedad que inflama y estrechan de forma crónica las vías aéreas y habilita el riesgo de padecer EPOC.
- **Exposición ocupacional al polvo y productos químicos.** La exposición prolongada a vapores químicos y polvo en el lugar de trabajo, pueden llegar a irritar o inflamar los pulmones.

- **Exposición a biomasa:** En los países en desarrollo, en hogares con poca ventilación, las personas expuestas al quemar utensilios de cocina y combustible para calefacción tienen un mayor riesgo de EPOC.
- **Genética:** es la deficiencia de α -1-antitripsina es la causa de algunas enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (Mayo clinic, 2020).

DIAGNOSTICO

Se debe considerar la posibilidad de EPOC en cualquier paciente con disnea, tos crónica, esputo, con antecedentes de exposición a factores de riesgo de la enfermedad. Un historial médico detallado de cada nuevo paciente conocido o sospechoso de tener enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Es necesaria una espirometría para establecer el diagnóstico en este contexto clínico; la presencia de un valor de FEV1/FVC posbroncodilatador $< 0,70$ confirma la existencia de una limitación persistente del flujo de aire, lo que resulta en EPOC en pacientes con síntomas apropiados y exposición relacionada a irritantes nocivos. La espirometría es una prueba no invasiva y ampliamente accesible (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2017).

Se debe realizar un examen físico, exámenes de laboratorio y las radiografías de tórax.

- **Radiografía de tórax:** Las radiografías de tórax pueden proporcionar las imágenes más simples de los pulmones, pero pueden guiar indirectamente a los efectos de la obstrucción del flujo de aire.
- **Espirometria:** Mide la cantidad de aire que una persona puede movilizar al exhalar con todas sus fuerzas (como si quisiera apagar una vela en el otro extremo de la mesa). El valor más importante es la cantidad de aire exhalado en el primer segundo.
- **Medidas de volúmenes pulmonares:** Método para estudiar la capacidad vital mediante la cantidad de aire que entra y sale de los pulmones.
- **Gasometría arterial:** Mide la presión de oxígeno (PaO_2) y dióxido de carbono ($PaCO_2$) en una muestra de sangre arterial (SOLER & SEIJAS, 2018).

Una vez que se hace un diagnóstico de EPOC, se puede usar otras pruebas para caracterizar la enfermedad:

- **Tc torácico:** Puede estudiar las afecciones pulmonares con mayor precisión.
- **Test de marcha de 6 minutos:** esta prueba ayuda a medir la distancia que una persona puede llegar a caminar y mide el nivel de sofocación del paciente.
- **Estudio de la función cardiaca:** sirve para confirmar o descartar una afección cardiaca relacionada con la enfermedad.
- **Analítica de sangre:** Se recomienda realizar un análisis bioquímico completo y hemograma para un recuento completo de leucocitos (SOLER & SEIJAS, 2018).

TRATAMIENTO

Broncodilatadores

La vía de administración preferida es la inhalatoria. Como existen diferentes tipos de inhaladores conjuntas, se pueden activar por respiración, polvo seco, etc. Es necesario comprobar si la técnica de inhalación es correcta y volver a comprobarlo en cada visita, dependiendo de la respuesta individual que alivian la sintomatología y efectos adversos. (Rivera & Freire , 2003).

En las primeras etapas de la enfermedad, se deben usar broncodilatadores a corto plazo según sea necesario, según lo solicite el paciente. A medida que avanza el estadio de la EPOC, deben indicarse broncodilatadores de acción prolongada, anticolinérgicos o agonistas β_2 como terapia de mantenimiento, y deben suspenderse los fármacos de rescate a corto plazo. (Rivera & Freire , 2003).

Glucocorticoides

El tratamiento regular con corticoides inhalados no modifica la reducción progresiva a largo plazo del FEV1, pero en pacientes seleccionados disminuye la

frecuencia de exacerbaciones en aproximadamente un 24% y mejora la calidad de vida. Cuatro grandes estudios demuestran que se deben emplear en enfermos con exacerbaciones repetidas (Rivera & Freire , 2003).

Otros tratamientos

- **Vacunas:** vacunación de antigripales anualmente
- **Tratamiento sustitutivo con alfa-1-antitripsina.** Solo en pacientes jóvenes con deficiencia grave y enfisema.
- **Agentes antioxidantes.** La N-acetilcisteína disminuye la frecuencia de las exacerbaciones (SOLER & SEIJAS, 2018).
- **Oxigenoterapia:** Se ha demostrado que la administración de oxígeno a largo plazo (>15 horas al día) en pacientes con disnea crónica, aumenta la supervivencia en los pacientes con una hipoxemia grave en reposo (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2017).

Tratamientos intervencionistas

La ventaja de la cirugía de reducción del volumen pulmonar (CRVP) sobre el tratamiento médico es más significativa en pacientes con enfisema predominantemente del lóbulo superior y baja resiliencia después de la rehabilitación, aunque el CRVP es un tratamiento costoso en comparación con los programas de salud no quirúrgicos (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2017).

Las técnicas no quirúrgicas para reducir el volumen pulmonar como el broncoscopio, pueden mejorar la tolerancia al ejercicio, la salud y la función pulmonar en pacientes seleccionados con enfisema avanzado que no responden al tratamiento médico. En pacientes adecuadamente seleccionados, con una EPOC muy grave, se ha demostrado que el trasplante de pulmón mejora la calidad de vida y la capacidad funcional (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2017).

1.1. JUSTIFICACION

En el pasado la enfermedad era más común en hombres, en especial los propensos eran los fumadores, pero en la actualidad tanto hombres y mujeres llegan a padecer la enfermedad, los grupos susceptibles son los adultos mayores, personas con antecedentes de tabaquismo, exposiciones a químicos o polvos nocivos para la salud, en Ecuador aún existen familias de bajos recursos que cocinan a leña llegando a ser un factor de riesgos potencial a largo plazo.

El presente estudio de caso se centra en la aplicación del proceso de atención de enfermería en adulto mayor con enfermedad pulmonar obstructiva crónica ingresado en el área de emergencia del hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, su importancia surge por los índices elevados de mortalidad y morbilidad en el mundo, ya que es una enfermedad degenerativa que causa daño irreversibles en los pulmones, las personas que padecen la enfermedad y no se cuidan de manera correcta, en muchos casos llegan a tener exacerbaciones recurrentes, siendo uno de los principales motivos de hospitalización.

1.2. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo General

Desarrollar el proceso de atención de enfermería en adulto mayor de 67 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en el área de emergencia del hospital Alfredo Noboa Montenegro.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Enumerar los patrones alterados que comprometen la condición de salud del paciente.
- Elaborar plan de cuidados de enfermería acorde a las necesidades del paciente.
- Ejecutar las actividades de enfermería planificadas para la óptima recuperación de la paciente.

1.3 DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: N/N

Historia clínica: 020029677

Edad: 67 años

Sexo: Femenino

Raza: Indígena

Lugar y fecha de nacimiento: Guanujo, 05 de junio de 1952

Lugar de residencia actual: Guanujo, san juan de llullundongo

Estado civil: viuda

Ocupación: ama de casa

Religión: católica

Grupo sanguíneo: O Rh+

Fecha de ingreso: 14/09/2019

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historia Clínica del Paciente

Paciente de sexo femenino de 67 años, acude al área de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, por presentar cuadro clínico de aproximadamente 48 horas de evolución caracterizada por taquipnea, disnea, tos con presencia de esputo y alza atérmica no cuantificada.

Antecedente Personales: enfermedad pulmonar obstructiva crónica diagnosticada hace dos años.

Antecedentes familiares: Madre Hipertensa

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

Paciente de sexo femenino de 67 años consiente, orientado en tiempo y espacio, acude al área de emergencia en compañía de familiar, por presentar cuadro clínico de aproximadamente 48 horas de evolución, caracterizado por disnea, tos continua, taquipnea, esputo purulento en cantidades moderadas, astenia generalizada y febrícula. Se procede a realizar gasometría, exámenes de laboratorio y ecocardiograma.

2.3. Examen físico Exploración Clínica

Signos vitales

Temperatura =38°C

Pulso =110 por minutos

Presión arterial =130/60 mmHg

Respiración=32 por minuto.

SAT O₂: 79%

FIO₂: 21%

Peso: 54.5 kg

Talla: 1.46 cm

IMC: 25.6

Exploración céfalo-caudal

Cabeza: Normo-cefálica, sin presencia de cicatrices o lesiones.

Cabello: implantación de acuerdo al sexo y edad.

Cara: simétrica facial, presencia de palidez

Ojos: presencia de tejido fibroso a nivel de conjuntiva, pupilas isocóricas reactivas a la luz y movimientos oculares conservados.

Oídos: membranas timpánicas de aspecto normal.

Nariz: fosas nasales permeables y tabique nasal conservado.

Boca: semihumedas, eritematoso, hipertrofia de amígdalas grado I sin postulas.

Cuello: movimientos activos y pasivos conservados.

Tórax: simétrico, expansibilidad disminuida.

-**Pulmones:** murmullo vesicular disminuido, presencia de crepitantes y estertores diseminados en ambos campos pulmonares.

-**Corazón:** ruidos cardiacos regulares, hipofoneticos

- **Abdomen:** suave depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio, puntos apendiculares negativos, RHA aumentados.

Región lumbar: normal.

Extremidades: simétrico, tono, fuerza y movilidad conservada, no presenta edema de miembros inferiores, pulsos distales presentes.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA MARJORY GORDON)

1. Patrón percepción-manejo de la salud

Paciente fue diagnosticada hace 2 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, refiere no ser alérgica a ningún medicamento

2. Patrón nutricional-metabólico.

Paciente pesa 54.5 Kg con una estatura de 1.46 m, con IMC de 25.5 lo que evidenciaría que padece de sobrepeso, refiere comer de 3 a 4 comidas diarias, toma de 2 a 3 vasos de agua por día, una alimentación no balanceada por consumo excesivo de carbohidratos.

3. Patrón de eliminación.

Tiene una eliminación correcta de diuresis y deposiciones dos veces al día.

4. Patrón actividad-ejercicio.

Inactividad de ejercicios por cuadros de tos y la falta de oxígeno, al valorar sus constantes vitales presenta alteración en presión arterial (130/60 mmhg), frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria. .

5. Patrón sueño-descanso.

Dificultad para descansar en las noches y le cuesta conciliar el sueño.

6. Patrón cognitivo-perceptual.

Paciente consciente, atenta, orientada en tiempo y espacio, no presenta problemas de la audición, gusto, olfato y tacto.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto.

Sabe de su condición de salud y manifiesta que eso no interfiere en su autoestima.

8. Patrón rol-relaciones.

Se relaciona bien con los demás, le gusta entablar conversación, amable y tiene una buena relación con su familia.

9. Patrón sexualidad-reproducción.

Sexualmente inactiva

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

Manifiesta la paciente que hay días que se siente agotada pero manifiesta que es por la edad y la enfermedad que padece.

11. Patrón valores-creencias.

Refiere ser católica, piensa que el estar de la mano de Dios le ayudara a restablecer su salud

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

Patrón 2 nutricional – metabólico

Patrón 4 actividad – ejercicio

Patrón 5 sueño - descanso

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Se realiza biometría hemática, gasometría y Ecocardiograma

Tabla 1 cuadro de biometría hemática

Examen	Resultado	Unidad	Valores de referencia
Grupo sanguíneo	O		
Factor RH	Positivo		
Glucosa	153.0	mg%	(70 – 115)
Urea	27.4	mg/dl	(15 – 50)
Creatinina	0.62	mg/dl	(0.60 – 1.20)
Albumina	3.8	mg%	(3.5 a 5.2)
Leucocitos	16	mm ³	1.000-4.500
Hemoglobina	19,7	g/dl	14 – 19
Linfocitos	12	%	20 -46
segmentados	83	%	57-65

Elaborado por autora

Tabla 2 cuadro de gasometría arterial

Examen	Resultado	Unidad	Valores de referencia
pH	7.43		7.35- 7.45
pCO2	32.8	mmHg	35-45
pO2	53	mmHg	83-108
HCO3	21.3	MQE/L	22-25

Elaborado por autora

Ecocardiograma

Se realiza ecocardiograma en el cual se puede observar una disfunción diastólica grado I del ventrículo izquierdo, el estudio fue realizado en ritmo sinusal con frecuencia cardiaca de 94 latidos por minutos, también se pudo observar una correcta función sistólica biventricular conservada en condiciones basales.

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo.

Diagnostico presuntivo

- Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica Agudizada
- Neumonía viral.

Diagnóstico diferencial:

- Asma
- Neumonía
- Bronquiectasia

Diagnóstico definitivo: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada

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

Paciente femenino de 67 años con enfermedad pulmonar obstructivo crónica diagnosticada hace 2 años, refiere exposición de humo de biomasa por 40 años.

Según análisis teórico el 80% de las personas que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica tienen exacerbaciones de forma frecuente o intensa, la sintomatología aumenta o empeora en cada exacerbación.

- **Biológica:** no refiere antecedentes familiares
- **Física:** intolerancia a la actividad, presenta agudización en enfermedad base.
- **Ambientales:** exposición de humo de biomasa por 40 años, actualmente no expuesta
- **Sociales:** no refiere, el paciente mantiene una buena relación con todos sus familiares.

El profesional de enfermería es el encargado del cuidado directo e inmediato, realizando procedimientos que ayuden a estabilizar y contribuyan a la recuperación del paciente. Teniendo en cuenta las indicaciones del médico, la sintomatología y patrones alterados en el paciente se elabora el presente plan de cuidados.

Indicaciones médicas farmacológicas

- Solución salina al 0.9% 1000ml intravenoso 60ml/h
- Paracetamol 1g intravenosa stat
- Nebulizaciones con 1 ml de bromuro de ipatropio + 2 ml de solución salina cada 4 horas

NANDA: 00032
NOC: 0415
NIC: 3140

PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

R/C: deterioro muscular, fatiga, fatiga de los músculos respiratorios

E/P: Disnea, taquipnea, fase respiratoria prolongada, patrón respiratorio anormal

M
E
T
A
S

Dominio: (2) Salud fisiológica.

Clase: (E) Cardiopulmonar.

Etiqueta: Estado respiratorio (0415)

Campo: 2 Fisiología compleja.

Clase: K Control respiratorio.

Etiqueta: Manejo de la via aerea

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

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
041501 frecuencia respiratoria			x		
041502 ritmo respiratorio			x		
041508 saturación de oxígeno			x		
041509 pruebas de función pulmonar			x		
041515 disnea de reposo				X	
041516 disnea de pequeños esfuerzo			x		
041531 tos			x		

ACTIVIDADES

- Controlar signos vitales
- colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación
- Realizar fisioterapia torácica.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos
- Enseñar a toser de manera efectiva.
- Administrar bronco dilatadores, según corresponda
- Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos
- Administrar tratamientos con nebulizadores
- Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea
- Vigilar el estado respiratorio o de oxigenación según corresponda.

NANDA: 00092
 NOC: 0005
 NIC: 0180

INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092).

R/C desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno

E/P: debilidad generalizada, disnea de esfuerzo, fatiga, frecuencia cardiaca o presión arterial anormales en respuesta de actividad

M
E
T
A
S

Dominio: 1 salud funcional

Clase: A mantenimiento de la energía.

Etiqueta: tolerancia a la actividad

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

Campo: 1 Fisiológico: Básico

Clase: A. control de actividad y ejercicio

Etiqueta: manejo de la energía

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
000501 saturación de oxígeno en respuesta a la actividad			x		
000502 frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad			x		
000503 frecuencia respiratoria en respuesta de actividad			x		
000508 esfuerzo respiratorio en respuesta de actividad			x		
000504 presión arterial sistólica en respuesta de actividad			x		
0005 presión arterial diastólica en respuesta de actividad			x		

ACTIVIDADES

- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga
- Favorecer el reposo / limitación de actividades
- Ayudar en actividades físicas normales
- Colocar al paciente en posición flower o semiflower para alivio de la disnea
- Enseñar a paciente y familiares técnicas de autocuidado minimicen el consumo de oxigeno
- Controlar respuesta de oxigeno del paciente
- Controlar signos vitales

OBJETIVOS	INTERVENCION INTERDEPENDIENTE	INTERVENCION INDEPENDIENTE	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Vigilar signos vitales.	Anotar los signos vitales obtenidos en cada toma	Observar saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, presión arterial, frecuencia cardiaca.	valorar el estado del paciente	Evitar complicaciones, mediante evaluación de las constantes vitales y d los patrones alterados en el paciente	Signos vitales en rangos normales
Canalizar vía periférica	Realizar canalización cumpliendo las medidas de asepsia	Canalizar vía periferia y evitar flebitis.	Canalizar la vía periférica, para hidratación y administración de medicamentos.	Se realiza canalización para hidratar al paciente por presentar alzas térmicas y administración de medicamentos.	Paciente al momento estable, sin presencia de infiltración en vía periférica.
Administración de medicamentos prescritos por médico.	Administrar las dosis correctas de la medicación, en horarios establecidos	Aplicar medicación prescrita	Administrar medicación inmediata para febrícula	Se administra medicación necesaria para aliviar la sintomatología del paciente en base a la enfermedad.	Mediante la medicación el paciente estable sin mucha sintomatología.
Cambios de posiciones	Cambiar a posición fowler o semifowler al paciente.	Valorar los beneficios del cambio de posición.	Se utiliza la posición fowler y semifowler en el paciente.	Se utiliza para pacientes con problemas respiratorios, creando que la disnea disminuya.	Paciente al momento sin presencia de esfuerzo respiratorio.

Tabla 3 Plan de cuidados (**Elaborado por autora**)

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

El presente estudio de caso está enfocado en la teoría de Virginia Henderson, esta teoría tiene como base ayudar al individuo sano o enfermo a recuperar su salud o en algunos casos brindar una muerte digna.

El objetivo del modelo de Virginia Henderson es realizar todas las acciones que el paciente no pueda hacer por su propio medio, ya sea por enfermedad, edad u otros factores. Los cuidados realizados en la paciente, fueron priorizados y centrados en las principales necesidades que deben ser atendidas para una pronta recuperación.

- **Necesidades respiratorias:** afectada por enfermedad, a causa de sintomatología como es la disnea
- **Sueño y descanso:** dificultad para descansar por disnea nocturna y exacerbaciones frecuentes
- **Termorregulación:** febrícula de 38 °c, aplicación de paracetamol intravenoso stat.

2.8. Seguimiento

Paciente fue trasladada al área de medicina interna, para seguir con el plan terapéutico establecido como es analgesia, antibioticoterapia, nebulizaciones y antipiréticos prescritos por el médico.

Paciente manifiesta sentirse mejor, con signos vitales en rango normales, los episodios de tos ha disminuido, disnea controlada y descansa mejor.

2.9. Observaciones

Paciente femenino de 67 años consiente, orientado en tiempo y espacio, se observa que responde y evoluciona de manera favorable a los procedimientos

realizados, el tratamiento seleccionado por el médico fue adecuado, teniendo en cuenta la edad, sexo, peso y sintomatología.

Se pudo observar que las actividades ejecutadas por enfermería cumple un papel fundamental ya que brinda confort, seguridad y apoyo emocional durante estancia hospitalaria.

Antes de realizar cualquier procedimiento se informaba al paciente o familiar para que brinde el consentimiento para ejecutar las intervenciones necesarias.

CONCLUSION

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se vuelve agudizada en el 80% de las personas que padecen esta enfermedad, a medida que avanza la enfermedad se vuelve más frecuentes las exacerbaciones, siendo uno de los principales motivos de hospitalización médica.

Mediante del modelo de Marjory Gordon se hizo la valoración de los patrones funcionales teniendo como resultado, déficit nutricional-metabólico, descanso-sueño, actividad - ejercicio, una vez desarrollado el plan de cuidados se aplica el protocolo y se evalúa las mejoras de la intervención.

Los cuidados de enfermería que se aplicó en la recuperación del paciente son el control de constantes vitales, nebulizaciones, cambio de posición (fowler y semifowler), hidratación y consejería para auto-cuidado.

En conclusión, según la necesidad del paciente se aplicó el proceso de atención de enfermería, en el cual obtuvo una mejorable recuperación durante su estadía hospitalaria, con la ayuda de los cuidados de enfermería y tratamiento médico.

BIBLIOGRAFIA

CASAS, A., SANSORES, R., & TOKUMOTO, A. (2011). Curso clínico, diagnóstico espirométrico y estratificación de la gravedad. En *Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)* (PRIMERA ed., pág. 13). ARGENTINA: ALAT.

Cáceres, E., & Duenas, R. (2011). Manejo de la exacerbación aguda severa de EPOC. *revista colombiana de neumología*, 49-50.

Cortijo Gimeno, J., & Morcillo Sánchez, E. (27 de 04 de 2007). Introducción a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). *portalfarma*, 13.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. (2017). En *GUÍA DE BOLSILLO PARA EL DIAGNÓSTICO, MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA EPOC* (págs. 5-6). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc.

LÓPEZ, M. V., JARDIM, J., & SCHIAVI, E. (2011). Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). *alatorax*, 10.

Martinez , N. E. (2017). inmunopatología de la enfermedad pulmonar obstructiva cronica. *Revista Alergia Mexico*, 239.

martinez , n. E., & Vargas, M. E. (2017). Inmunopatología de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *revista alergia mexico*, 329.

Mayo clinic. (15 de abril de 2020). *mayo clinic org*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/copd/symptoms-causes/syc-20353679>

Rivera, S., & Freire , S. (diciembre de 2003). Obtenido de GUÍAS CLÍNICAS DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE MEDICINA INTERNA:
<https://meiga.info/guias/epoc.pdf>

SOLER, N., & SEIJAS, N. (20 de FEBRERO de 2018). Obtenido de PORTAL CLINIC:
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-epoc/pruebas-y-diagnostico>

ANEXOS

Anexo 2. Formulario 008 de la paciente

Formulario 008 de la paciente del Hospital General Alfredo Nogoa Montenegro. El formulario está dividido en varias secciones:

- INSTITUCIÓN DEL SISTEMA:** Hospital General Alfredo Nogoa Montenegro.
- REGISTRO DE ADMISIÓN:** Incluye datos personales como nombre, apellido, sexo, edad, estado civil, y datos de contacto.
- DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** Incluye dirección, teléfono, y datos de contacto.
- FECHA DE ADMISIÓN:** Incluye fecha de admisión y hora de ingreso.
- FORMA DE LLEGA:** Incluye fuente de información y institución o persona que entrega al paciente.
- DIAGNÓSTICO DE AFECCIÓN Y MOTIVO:** Incluye diagnóstico principal, diagnóstico secundario, y motivo de ingreso.
- ACIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, EVENENAMIENTO O QUEMADURA:** Incluye detalles del evento, lugar del evento, y acciones tomadas.
- ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:** Incluye antecedentes de enfermedades, cirugías, y hábitos.
- ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS:** Incluye descripción de la enfermedad actual y revisión de sistemas.

Anexo 2. Anotaciones de signos vitales

