



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

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

TEMA:

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
DE 77 AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON COVID-19.**

DOCENTE: TUTOR

**LIC. MSC. MARÍA AUXILIADORA MARTÍNEZ
ANGULO**

ESTUDIANTE:

VILMA VIVIANA VILLEGAS BRIONES

BABAHYO - LOS RÍOS – ECUADOR

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
DE 77 AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON COVID-19.**

ÍNDICE GENERAL

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO.....	
DEDICATORIA	
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	9
1.....	MARCO TEÓRICO 11
1.1.....	JUSTIFICACION 21
1.2.....	OBJETIVOS 22
1.2.1.....	OBJETIVOS GENERALES 22
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
1.3. DATOS GENERALES.....	23
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	24
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL	
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	25
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)	26
2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIO.....	35
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN E	
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	38
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE S	
2.8. SEGUIMIENTO.....	40
2.9 OBSERVACIONES	41
CONCLUSION	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ANEXOS	44

DEDICATORIA

Este trabajo dedico a Dios primeramente porque me ha dado la salud y fortaleza mi socorro en tiempos de angustia y mi refugio en la tormenta, a mi madre y a mi esposo porque me apoyaron con el cuidado de mis hijos y fueron un pilar donde encontrar unas palabras de ánimos cuando parecía que ya medaba por vencida y aun en estos momentos al realizar este proyecto, no ha sido fácil ya que soy una madre de familia y tengo que trabajar por eso les reitero mis agradecimientos y a mis tres hermosos hijos que son mi inspiración para seguir luchando cada día.

Villegas briones Vilma Viviana

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Creador porque en mis numerosos viajes me ha guardado de todo mal, a mi madre y mi esposo que me apoyaron económicamente y a mis hijos que con su independencia supieron desenvolverse solos en mi ausencia.

Villegas Briones Vilma Viviana

RESUMEN

El presente caso clínico comprende al paciente de 77 años de edad con un trastorno cuya característica fundamental es la reducción del flujo de oxígeno que puede expulsarse al realizar una espiración máxima. Diversos estudios estiman que el cumplimiento del tratamiento de inhalador en pacientes con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y covid no pasa del 50 %. El cuestionario TAI (Test de Adherencia a Inhaladores) ha mostrado ser una herramienta sencilla y útil para identificar el incumplimiento terapéutico. La relación entre EPOC y covid-19 es dual. Podría pensarse que, al ser la EPOC una enfermedad respiratoria crónica y la covid-19 una infección respiratoria, los pacientes con EPOC tendrían mayor riesgo de sufrir la infección por SARS-CoV-2.

Sin embargo y sorprendentemente, la experiencia tras estos meses de pandemia sugiere lo contrario: que los pacientes con EPOC parecen tener menor riesgo de sufrir covid-19. La respuesta no está del todo clara, pero podría deberse a varios factores. Los pacientes con EPOC, conscientes de que sufren una enfermedad respiratoria, pueden haber sido más estrictos con las medidas de prevención ante la covid-19. De esta manera, podrían haber sido más conscientes y haber prestado más atención a recomendaciones como el confinamiento, el uso de mascarilla, el lavado de manos o el mantenimiento de la distancia social, entre otras.

Ahora bien, lo que sí parece estar claro es que, si un paciente con EPOC sufre covid-19, su pronóstico es peor. En este contexto, es de interés resaltar un estudio reciente. Esta muestra que algunos adultos de adulta que nacieron con bajo peso no solo tienen más riesgo de sufrir EPOC, también covid-19 grave. No hay datos de ensayos clínicos que permitan concluir que en los pacientes con EPOC se deba modificar el tratamiento de la COVID-19. Por lo tanto, en este grupo de pacientes se recomienda implementar el mismo manejo que en el resto de casos de COVID-19, lo cual incluye los glucocorticoides sistémicos y el remdesivir. Los marcadores ligados a la COVID-19 de curso grave son, entre otros, la linfógena, la trombocitopenia, las concentraciones elevadas de dímero D, proteína C-reactiva, procalcitonina y creatinina, y el aumento de actividad de la creatina-cinasa, las enzimas hepáticas y la deshidrogenasa láctica en suero.

La infección por SARS-CoV-2 multiplica por 2-4 el riesgo de trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar. En los pacientes con EPOC, el riesgo de desarrollar una enfermedad tromboembólica venosa también es mayor. Por lo tanto, los pacientes con EPOC ingresados por COVID-19 precisan de profilaxis antitrombótica. Normalmente se utiliza heparina de bajo peso molecular (HBPM). En algunos centros, se administra un tratamiento de intensidad media (se administra HBPM 2 veces al día) o en dosis terapéuticas. No obstante, conviene recordar que

las guías del American College of Chest Physicians recomiendan administrar HBPM en dosis profilácticas en los pacientes con COVID-19; se trata de una recomendación fuerte en los pacientes hospitalizados y débil en los pacientes en estado crítico.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica;
Cuidado de Enfermería, COVID 19

ABSTRACT

The present clinical case includes a 77-year-old patient with a disorder whose fundamental characteristic is the reduction of the flow of oxygen that can be expelled when performing a maximum expiration. Various studies estimate that compliance with inhaler treatment in patients with COPD (chronic obstructive pulmonary disease) and covid does not exceed 50%. The TAI (Inhaler Adherence Test) questionnaire has proven to be a simple and useful tool to identify therapeutic non-compliance. The relationship between COPD and covid-19 is dual. It might be thought that, since COPD is a chronic respiratory disease and COVID-19 is a respiratory infection, COPD patients would have a higher risk of suffering from SARS-CoV-2 infection.

However and surprisingly, the experience after these months of pandemic suggests the opposite: that COPD patients seem to have a lower risk of suffering from Covid-19. The answer is not entirely clear, but it could be due to several factors. COPD patients, aware that they suffer from a respiratory disease, may have been more strict with preventive measures against covid-19. In this way, they could have been more aware and paid more attention to recommendations such as confinement, the use of a mask, hand washing or maintaining social distance, among others.

Now, what does seem to be clear is that, if a patient with COPD suffers from covid-19, her

prognosis is worse. In this context, it is of interest to highlight a recent study. This shows that some underweight adults are not only at increased risk of COPD, but also severe covid-19. There are no data from clinical trials to conclude that COVID-19 treatment should be modified in COPD patients. Therefore, in this group of patients it is recommended to implement the same management as in the rest of COVID-19 cases, which includes systemic glucocorticoids and remdesivir. Markers linked to severe course of COVID-19 include, among others, lymphopenia, thrombocytopenia, high levels of D-dimer, C-reactive protein, procalcitonin and creatinine, and increased activity of creatine kinase, liver enzymes and serum lactic dehydrogenase.

SARS-CoV-2 infection multiplies the risk of deep vein thrombosis and pulmonary embolism by 2-4. In COPD patients, the risk of developing venous thromboembolic disease is also higher. Therefore, COPD patients admitted for COVID-19 require antithrombotic prophylaxis. Low molecular weight heparin (LMWH) is commonly used. In some centers, a medium intensity treatment is given (LMWH is given twice a day) or in therapeutic doses. However, it should be remembered that the American College of Chest Physicians guidelines recommend administering LMWH in prophylactic doses in patients with COVID-19; It is a strong recommendation in hospitalized patients and a weak recommendation in critically ill patients.

KEYWORDS

Cigarettes, alveoli, emphysema, lungs

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad muy presente en personas desde sus antecedentes, pero tomando en contexto su aspecto histórico, muchos años se estableció la estrecha relación que existe entre el hábito de fumar y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); sin embargo, se sabe que sólo el 80% de las EPOC son producidas por fumar y que menos del 20% de fumadores desarrollan la EPOC. Esto nos lleva a pensar que hay otros factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. El presente es un trabajo que investiga la relación entre los antecedentes familiares de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el hábito de fumar, como factores de riesgo.

En nuestra actualidad han surgido múltiples enfermedades que se suman a otra empeorando así la salud del paciente, como en el caso del covid-19, sumado con la enfermedad de (EPOC), se sobreentiende que los resultados negativos en el paciente serían mucho más grandes.

Para nuestra sociedad, debido al aumento de la población, la tala de bosques ha sido inevitable, para construir más viviendas, centros de diversiones, etc, otro de los factores, es el alto consumo de tabaco, alcohol, a eso también debemos añadir las fábricas que inquinan el medio ambiente siendo el ser humano un inhalador pasivo de humo, por ende las patologías respiratorias resultan más numerosas pero aquí

trataremos dos de los tantos malestares respiratorios que tiene un alto grado de complejidad porque comprometen directamente el intercambio gaseoso sin el cual sería imposible la existencia del ser humano, por ello en este proyecto daré a conocer lo importante que es conocer y prevenir estas dos patologías mortales que está afectando al ser humano, estas son: E.P.O.C. siendo su génesis el tabaco y el COVID 19 su causa principal es un virus llamado coronavirus por su forma.

1. MARCO TEÓRICO

ENFERMEDAD PULMONAR OSBTRUCTIVA CRONICA Y COVID 19

DEFINICIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad crónica inflamatoria de los pulmones que obstruye el flujo de aire desde los pulmones.

La EPOC es en realidad un grupo de enfermedades pulmonares, siendo las más comunes el enfisema y la bronquitis crónica (MENA, 2015).

El enfisema es una enfermedad en la que los sacos de aire dentro de los pulmones (denominados «alvéolos») se dilatan de manera excesiva (como un globo que se ha inflado casi hasta explotar). Esta dilatación excesiva se debe a que las paredes de los alvéolos están dañadas, lo cual provoca el colapso de las vías respiratorias. (GARZON, 2016).

La EPOC dificulta la respiración porque el flujo de aire que entra y sale de los pulmones está parcialmente obstruido. La EPOC también puede producir alta presión arterial en los pulmones (hipertensión pulmonar), la cual puede dar lugar a un tipo de enfermedad del corazón denominada «cardiopatía pulmonar». (VELEZ, 2018).

DEFINICION DE COVID

Es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus un virus en forma de corona recién

descubierto en WAHAN (China) en diciembre 2019 el cual se transmite al contacto de una persona infectada a otra sana a través de gotas que salen a travez dela boca o nariz al toser, hablar o estornudar estas gotas al ser pesadas no llegan muy lejos y caen en las superficies quedándose en las superficies también.

FISIOPATOLOGIA

Según Sánchez, P (2019) refiere: “Varios factores causan la limitación al flujo de aire y otras complicaciones de la EPOC”.

Inflamación

Infección

Limitación del flujo de aire

INFLAMACIÓN

Las exposiciones inhalatorias pueden desencadenar una respuesta inflamatoria en las vías aéreas y los alvéolos que lleva a la enfermedad en personas genéticamente susceptibles. Se considera que este proceso está mediado por el aumento de la actividad de proteasa y una disminución de la actividad de anti proteasa. (LISANTI, 2019).

Las proteasas pulmonares degradan la elastina y el tejido conectivo en el proceso normal de reparación tisular. Su actividad está normalmente contrarrestada por las anti proteasas (impiden la degradación de proteínas, enzimas).

En pacientes con EPOC, los neutrófilos activados y otras células inflamatorias liberan

proteasas como parte del proceso inflamatorio; la actividad de proteasa excede la actividad de anti proteasa y esto da por resultado la destrucción y la hipersecreción de moco. La inflamación en la EPOC aumenta a medida que se agrava la enfermedad, y en la forma grave (avanzada), la inflamación no se resuelve por completo, aunque se deje de fumar. (ROBERT, 2017).

INFECCIÓN

Las infecciones respiratorias (a la que los pacientes con EPOC están propensos) pueden amplificar la progresión de la destrucción pulmonar.

WISE, 2017 refiere: “Las bacterias, sobre todo el *Haemophilus influenzae*, colonizan las vías aéreas inferiores en cerca del 30% de los pacientes con EPOC. En aquellos afectados en forma más grave (p. ej., con hospitalizaciones anteriores), es frecuente la colonización con *Pseudomonas aeruginosa* u otras bacterias gramnegativas”.

El tabaquismo y la obstrucción del flujo de aire pueden llevar al deterioro de la eliminación del moco en las vías aéreas inferiores, que predispone a la infección. Los episodios repetidos de infección aumenta la magnitud de la inflamación que acelera la progresión de la enfermedad.

LIMITACIÓN AL FLUJO DE AIRE

La característica fisiopatológica central de la EPOC es la limitación al flujo de aire causada

por el estrechamiento y/o la obstrucción de las vías aéreas o la pérdida del retroceso elástico.

El estrechamiento y la obstrucción de las vías aéreas son causados por la hipersecreción de moco mediada por la inflamación, la formación de tapones mucosos, el edema de la mucosa, el broncoespasmo, la fibrosis peribronquial y la destrucción de las vías aéreas pequeñas, o una combinación de estos mecanismos.

EPIDEMIOLOGIA

Según el Grupo de asociación Latinoamérica del Tórax. (2018) refiere: “La mortalidad de la EPOC también puede afectar más a las naciones en desarrollo que a las naciones desarrolladas. La EPOC afecta a 64 millones de personas y causó > 3 millones de muertes en todo el mundo en 2005. Se proyecta que se convertirá, globalmente, en la tercera causa principal de muerte para 2030”.

La prevalencia, la incidencia y las tasas de mortalidad aumentan con la edad. La prevalencia actualmente es mayor en las mujeres, pero la mortalidad total es similar en ambos sexos. Según el estudio EPOCA, se evaluaron de entre todos los pacientes a 134 personas de Ecuador, de estos 70.9% fueron de sexo masculino con un promedio de 71.7 años. El 50.8% pertenecían a un nivel socioeconómico intermedio y 76.1% eran de zonas urbanas con un 46.3% que cursaron al menos la educación primaria. (VELEZ, 2017).

Según la base de datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

(INEC), en el año 2017 en el Ecuador, refiere: “Se puede observar alrededor de 4023 egresos hospitalarios por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. El promedio de días de estadía fue de 7 días; de los cuales, 91.5% correspondían a pacientes en edades comprendidas entre 45 a 65 y más años”.

Varios son los factores de riesgo que priman como antecedentes causantes de EPOC, entre ellos, siendo el más importante, está el tabaquismo, se estima que aproximadamente un 15% de los fumadores desarrollaran EPOC, un 12,8% de ex fumadores y un 4.1% de no fumadores desarrollaran EPOC. En varios estudios se aprecia que el riesgo absoluto de desarrollar EPOC entre los fumadores es de 25 a 30%; este riesgo es directamente proporcional a la cantidad de tabaco consumido, tal es así que para las personas que consumen entre 15 a 30 paquetes/año, el riesgo es de 26%; y quienes consumen más de 30 paquetes/año, el riesgo es de 51%. (GOMEZ, 2018).

ETIOLOGIA

Según la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). (2017). Refiere: “La causa principal de la EPOC es el tabaquismo. Cuanto más fume una persona, mayor probabilidad tendrá de desarrollar EPOC”.

El tabaquismo produce un deterioro de la función pulmonar mayor que el que cabe esperar por el envejecimiento por sí solo, y la magnitud de esta pérdida depende tanto de la intensidad como de

la duración de la exposición al humo de tabaco. Es por eso por lo que los efectos acumulados del tabaquismo explican en gran medida la creciente prevalencia de la EPOC al avanzar la edad. La pérdida de la función pulmonar varía mucho de unas personas a otras. A partir de los 30 años las personas pierden función pulmonar, aunque el tabaquismo acelera esta pérdida. (OMS, 2017).

Otros factores de riesgo para la EPOC son:

- Exposición a ciertos gases o emanaciones en el sitio de trabajo.
- Exposición a cantidades considerables de contaminación o humo indirecto de cigarrillo.
- Uso frecuente de fuego para cocinar sin la ventilación apropiada.
- Personas mayores de 60 años de edad.
- Personas que trabajan en ambientes contaminados por vapores químicos y polvos nocivos que pueden dañar los pulmones.
- Personas que sufren de asma crónica.
- Personas con antecedentes familiares de enfisema. (GOMEZ, 2018).

CUADRO CLINICO

Muchas personas no experimentan síntomas de la EPOC hasta alcanzar etapas avanzadas de la enfermedad. A veces las personas piensan que les es difícil respirar o que son menos capaces de hacer las cosas que suelen hacer porque "simplemente están envejeciendo". Pero la dificultad para respirar nunca es normal. (GOMEZ, 2018).

Si experimenta cualquiera de estos síntomas, o piensa que podría estar en riesgo de sufrir EPOC, es importante hablar con su médico.

- Tos crónica
- Dificultad para respirar al realizar las actividades cotidianas (disnea)
- Infecciones respiratorias frecuentes
- Color azulado de los labios o debajo de las uñas (cianosis)
- Fatiga
- La producción de una gran cantidad de mucosidad (también llamada flema o esputo)
- Sibilancia
- Una acumulación de líquido en las piernas y los pies (lo que se denomina «edema»).
- Una extrema falta de aliento que hace muy difícil realizar todo tipo de actividades.
- Adelgazamiento.
- Dolor de cabeza al despertarse por la mañana. (MUÑOZ, 2018).

DIAGNOSTICO

- Las radiografías de tórax, que se emplean para descartar otras enfermedades que tienen los mismos síntomas que la EPOC.
- La espirómetros, que es un estudio de función pulmonar que mide lo bien que el aire entra y sale de los pulmones.
- Los análisis de sangre (gasometría arterial y oximetría), que permiten determinar la cantidad de oxígeno presente en la corriente sanguínea.
- La electrocardiografía (ECG) y la ecocardiografía, que se emplean para descartar las alteraciones cardíacas que podrían causar los mismos síntomas.

Si se sospecha EPOC en pacientes que son jóvenes o que nunca han fumado, se realiza un análisis para detectar una proteína sanguínea denominada «alfa1-antitripsina». Las personas que no tienen una cantidad suficiente de esta proteína en la sangre a menudo padecen de EPOC. (OMS, 2018).

TRATAMIENTO

Aunque pueden aliviarse los síntomas con tratamiento, la EPOC no tiene cura. Una vez que las vías respiratorias y los pulmones se han dañado, el daño es irreversible. El tratamiento puede incluir cambios en el estilo de vida, medicamentos y, en casos excepcionales, cirugía. (VELEZ, 2017).

NUEVO ESTILO DE VIDA

- Si fuma, abandone el hábito.
- Siga una alimentación equilibrada y mantenga un peso normal.
- Evite las zonas donde haya contaminación atmosférica o smog.
- Evite los climas fríos y secos, o calurosos y húmedos.
- Aprenda los métodos de respiración que le permitirán respirar con más facilidad (entrenamiento respiratorio).
- Permanezca lo más activo posible, mediante la participación en un programa de ejercicio aprobado por el médico.
- Vacúnese contra la gripe todos los años para evitar las infecciones respiratorias que puedan agravar la EPOC.

MEDICAMENTOS

Los medicamentos pueden aliviar los síntomas de la EPOC. Los siguientes medicamentos se recetan con frecuencia a los pacientes con EPOC:

- Broncodilatadores, que abren las vías respiratorias. Los broncodilatadores se presentan en forma de comprimidos, líquidos o inhaladores. Posiblemente se necesite una combinación de estos medicamentos para que sean más eficaces.
- Corticoesteroides, que reducen la hinchazón y la producción de mucosidad. Los corticoesteroides se presentan en forma de comprimidos o inhaladores.
- Antibióticos, que protegen a los pulmones de las infecciones.
- Tratamientos con oxígeno, que elevan el nivel de oxígeno de la sangre. El oxígeno se administra en forma de gas por medio de una mascarilla o una cánula nasal. (MUÑOZ, 2018).

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Los profesionales de enfermería somos clave en todos los momentos relativos a la prevención, educación y tratamiento del EPOC. Desde la prevención primaria, actuamos en el fomento de la abstinencia al tabaco y su tratamiento como factor de riesgo fundamental, pasando por la prevención secundaria, en la que ayudamos a determinar el diagnóstico en la población diana, sobre todo contribuyendo a

realizar la espirómetría de calidad que dé la llave al diagnóstico definitivo.

Finalmente, en la prevención terciaria, abordamos el seguimiento de su patología para evitar comorbilidades, la progresión de la enfermedad y para mejorar la calidad de vida de los pacientes, en todos los momentos de su tratamiento, con el tabaquismo como elemento clave, y en las peculiaridades hacia la adherencia al tratamiento farmacológico inhalado. (MENDEZ, 2017).

Al presentar los cuidados de enfermería puedo decir que la relación del EPOC Y COVID 19 es dual es decir que al presentarse un paciente con EPOC que es una enfermedad respiratoria crónica y la COVID 19 una infección respiratoria estos pacientes EPOC corren un mayor riesgo debido a que su sistema pulmonar está comprometida y tienden a tener mayor riesgo de infección por covid 19 ya que ambas luego de un proceso causan obturación en las vías aéreas.

1.1. JUSTIFICACION

El papel de la enfermería y el deseo de aportar con la sociedad, cumple un rol muy fundamental y el presente trabajo de investigación comprende aspectos muy importantes como es, aportar a la comunidad que abarca a los pacientes de 77 años de edad que padecen de la enfermedad EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y a su vez se ven afectados con el virus covid-19. Se pretende definir “en base a estudios realizados y conocimientos adquiridos” cuáles son ciertos factores habituales que, hacen que estas personas de 77 años de edad, presente la enfermedad de EPOC y sumado al contagio del covid-19, hacen que en paciente empeore mucho más su calidad de vida. Y aunque actualmente no existe un tratamiento específico que aporte con solución de estas dos enfermedades que se suman (EPOC y Covid-19), se identificará el tratamiento más reciente que tenga vínculo con las enfermedades que provoca la falta de respiración y deterioro en el área pulmonar, tomando en consideración que dicho tratamiento vaya acorde con los pacientes de 77 años de edad.

1.2.OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVOS GENERALES

Aplicar los cuidados de Enfermería en paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con covid-19 con el fin de realizar intervenciones de enfermería para la mejora de la salud de la paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las necesidades reales y potenciales de la paciente priorizando los hallazgos encontrados en ella, para brindarle una atención de calidad.
- Formular los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas de salud detectado en la paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con covid-19 y a su vez planificar las acciones de enfermería que contribuyan a la recuperación de su estado de salud.
- Preceptuar diagnostico a tratarse en el paciente para trabajar en equipo y así tener resultados excelentes

1.3. DATOS GENERALES

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: NN

Edad: 77 AÑOS

Nacionalidad: ecuatoriana

Fecha de Nacimiento: 20 de enero de 1944

Raza: Mestiza

Padre: Fallecido

Madre: Fallecida

Sexo: MASCULINO

Estado civil: Casado

Profesión: Militar pasivo

Nivel socio/económico: Medio

Hijos: Ninguno

Tipo De Sangre:O+

Residencia actual: Quito

Sector: El Dorado

Características del habitat: Vivienda propia con servicios básicos.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

Paciente de sexo femenino de 77 años de edad con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), con COVID - 19 ingresa al área de hospitalización por presentar: dificultad para respirar (disnea), sobre todo durante la actividad física, sibilancias, presión en el pecho, Cianosis en los labios, falta de energía, insomnio debido a la dificultad para respirar, pérdida de peso involuntaria. Con hipertensión arterial de largo tiempo controlado diabetes mellitus II también bajo control con insulina, familiar del paciente refiere que la paciente no puede ingerir alimentos, fácilmente debido al dolor de garganta y que desde hace 15 días el cuadro clínico comenzó agravarse debido a un tos expectorante, pérdida del olfato y sabor, dolor de cabeza, malestar general y desde ayer en la madrugada comenzó con alzas térmicas de 40 grados, al momento de la llegada del paciente reincide en alta temperatura y una SaO₂ de 66%.

ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLÓGICOS

- Diabetes Mellitus Tipo 2,
- Hipertensión,
- Neumonía.

Antecedentes quirúrgicos: no refiere

Hábitos: Alimentación 3 veces al día, defecación 2, micción 4

Alcohol: Comenzó a beber a los 20 años, no llega a la embriaguez

Alergias: no refiere

Tabaco: inicio a los 18 años hasta los 70 años, media cajetilla diaria.

Drogas: No refiere.

Religión: católico.

Alergias: Vancomicina, Meropenem.

Antecedentes patológicos familiares

Antecedentes maternos: Diabetes Mellitus tipo 2

Antecedentes paternos: Hipertensión

Antecedentes quirúrgicos: No refiere.

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente de 77 años de edad presenta desde hace un mes dificultad para respirar (disnea), sobre todo durante la actividad física, sibilancias, presión en el pecho, falta de energía, insomnio, pérdida de peso involuntaria, no puede deglutir los alimentos debido al dolor de garganta también su familiar nos refiere que desde hace 15

días el cuadro clínico comenzó agravarse debido a que presenta tos expectorante, malestar general y desde el día anterior en la madrugada comenzó con pérdida del olfato y sabor, dolor de cabeza y alzas térmicas al momento de su llegada marcaba una temperatura de 40 grados centígrados y una SaO2 de 66%, intensificándose esos valores motivo por el cual es ingresado a hospitalización, para la administración de oxígeno y control de la temperatura se realiza exámenes de laboratorio, en la cual da positivo para COVID-19.

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)

VALORACION FISICA: CEFALO CAUDAL/ VALORACION POR APARATOS O SISTEMAS
SNC: Paciente consiente, desorientado no responde a interrogatorio.
CABEZA: normo cefálica, sin presencia de laceraciones.
CABELLO: implantación pilosa escasa, canosa.
CARA: Facies violeta, debilidad generalizada, no presenta parpadeos, mirada desorientada
CEJAS: simétricas de escasa implantación.
OJOS: simétricos, Pupilas foto reactivas a la luz, desorientados
OREJAS: Pabellones auriculares de buena implantación. Conducto auditivo externo permeable.
NARIZ: simétrica, con presencia de secreciones nasales.
BOCA: Mucosas oral seca, labios simétricos, con

<p>presencia de prótesis dental en maxilar superior e inferior. Presencia de cianosis peri bucal y distal.</p>
<p>CUELLO: Simétrico, cilíndrico. No hay presencia de adenomegalias en la parte anterior del cuello. Presencia del pulso carotideo a la palpación.</p>
<p>Tórax: extendido sin laceraciones</p>
<p>Sistema Respiratorio: dificultad para respirar (disnea), sobre todo durante la actividad física, silbido al respirar, presión en el pecho, exceso de mucosidad en los pulmones.</p>
<p>Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, audibles en focos auscultatorios, sibilancia. No soplos.</p>
<p>Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal.</p>
<p>Sistema digestivo: sin alteración, ruidos hidroaéreos audibles. Familiar del paciente refiere que no puede ingerir alimentos debido al exceso de mucosidad de los pulmones.</p>
<p>Genitales: Forma y tamaño de acuerdo a su edad, sin presencia de edema, no presenta inflamación, no presencia de masas, no dolor.</p>
<p>Extremidades: Tono y turgencia conservados, reflejos osteotendinosos normales no edemas.</p>
<p>Piel: Turgencia disminuida, con leve cianosis distal.</p>

SIGNOS VITALES	
T.A	130/95 mmhg
FC	98
FR	28 rpm
T °	38,5°C
SaO2%	66%

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PATRONES FUNCIONALES

PATRONES FUNCIONALES	ALTERADO	ETIQUETA DIAGNOSTIC O NANDA
<p>1.-Promocion de la salud</p> <p>Paciente se encuentra optimista, refiere que desea recuperar su salud.</p>		
<p>2.- Nutrición</p> <p>El paciente no puede ingerir alimentos o tragarlos por vía enteral por presencia de exceso de mucosidad en los pulmones que impide una</p>	<p>X</p>	<p>Desequilibrio nutricional (00002).</p> <p>R/C: Ingesta diaria insuficiente.</p> <p>E/P: Dificultad para ingerir los alimentos debido al</p>

correcta ingestión de los alimentos, silbilancias, presión en el pecho.		exceso de mucosidad en los pulmones.
3.- Eliminación e intercambio Paciente no refiere dificultad en la eliminación urinaria eintestinal.		
4.- Actividad/ reposo Paciente presenta disnea, Tos con expectoración de difícil desgarro, aumento de la frecuencia respiratoria, dolor de pecho al respirar o toser. Paciente refiere no poder dormir	X	Patrón respiratorio ineficaz (00032) R/C: Enfermedad Crónica (EPOC). E/P: Silbilancias, presión en el pecho, exceso de mucosidad en los pulmones. Trastorno del

<p>por las noches, debido a la dificultad respiratoria que presenta, y refiere tener miedo de quedarse dormido y no poder respirar.</p> <p>Paciente presenta disnea de esfuerzo, debilidad general para realizar actividades diarias, debido a la baja ingesta de nutrientes y fatiga.</p>		<p>patrón del sueño (00198)</p> <p>R/C: Dificultad respiratoria, administración de medicamentos broncodilatadores, toma de gases arteriales.</p> <p>E/P: Insomnio, apnea del sueño.</p> <p>Intolerancia a la actividad (00092)</p> <p>R/C: Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.</p> <p>E/P: Disnea de esfuerzo, debilidad general, fatiga.</p>
<p>5.- Percepción/cognición</p> <p>Paciente se</p>	-	

<p>encuentra orientada en tiempo, espacio y persona.</p>		
<p>6.- Autopercepción</p> <p>Paciente no refiere sentimientos negativos, es muy abierto para conversar y expresar sus ideas.</p>		
<p>7.- Rol/ Relaciones</p> <p>Paciente refiere que vive con su hija y que tiene una relación con ella. Recibe apoyo emocional de sus hijos y nietos.</p>		-
<p>8.- Sexualidad</p> <p>Paciente de sexo femenino de 77 años de</p>		

edad.		
<p>9.- Afrontamiento/ Tolerancia al estrés</p> <p>Paciente se encuentra irritable debido al cuadro clínico que presenta.</p>		
<p>10.- Principios vitales</p> <p>Paciente refiere ser católica.</p>		
<p>11.- Seguridad Protección</p> <p>Paciente es cuidada por su hija con la cual convive desde hace 5 años.</p>		
<p>12.- Confort</p> <p>Paciente presenta mucho dolor en el pecho al respirar, toser,</p>	X	<p>Dolor crónico (00133).</p> <p>R/C: Enfermedad Crónica (EPOC)</p>

estornudar.		E/P: Facies de dolor al toser o estornudar, quejidos.
<p>13.- Crecimiento / desarrollo</p> <p>Paciente se encuentra con un índice corporal de bajo peso para su edad.</p>		

**2.4 INFORMACION DE EXAMENES
COMPLEMENTAR**

BIOMETRÍA HEMÁTICA:	VALORES NORMALES
Eritrocitos: 5.1 mm ³	5.3 – 6.8 mm ³
Hematocrito: 50%	40.0 – 54.0%
Hemoglobina: 15.9 g/dl	14.0 – 18.0g/dl
Leucocitos: 10.501 mm ³	1.000 - 4.400mm ³
Neutrófilos: 75%	50.0 - 70.0%
Eosinofilos: 2%	1.0 - 3.0%
Basófilos: 2%	0.0 - 2.0%
Linfocitos: 13%	20.0 – 45.0%
Monocitos: 5%	2.0 – 11.0%
Segmentados: 53%	58- 66%
Plaquetas: 225.0 mm ³	150 – 450mm ³

QUÍMICA SANGUÍNEA	VALORES NORMALES
Glucosa: 91mg/dl	70 - 110
Urea: 24mg/dl	9.0 – 50.0 mg/dl
Creatinina: 0.8mg/dl	0.50 – 1.20mg/dl
Ácido úrico: 5.4 mg/dl	4.0 – 7.4mg/dl
Colesterol: 162 mg/dl	0 – 201 mg/dl
LDL: 132.0 mg/dl	0 – 200 mg/dl
HDL: 60.0 mg/dl	mayor 40 mg/dl
Triglicéridos: 179 mg/dl	0 – 200 mg/dl
Bilirrubina total: 0.5 mg/dl	0.3 – 1.8 mg/dl

Fosfatasa alcalina: 115 UI/L	<270 UI/L
Albumina: 3.3 g/dl	3.40 – 4.80g/dl
Globulinas: 1.00	6.60 – 8.70
Proteínas totales: 6.6 g/dl	6.1

RESULTADOS INMUNOLOGICOS

Resultados antígenos SARSCovid-19 POSITIVO

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	Insuficiencia respiratoria. Neumonía asociada a cuidados de la salud Bronquitis
DIAGNOSTICO REAL	-Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
DIAGNOSTICO FINAL	Enfermedad Pulmonar Obstructiva + Covid 19

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZA

2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



NANDA:
NOC:
NIC:

DX/C.: Patrón respiratorio ineficaz.
DOMINIO: Actividad/ Reposo

E/P: Silbilancias, presión en el pecho, exceso de

R/C: Enfermedad Crónica (EPOC).

Dominio :. Salud fisiológica

Clase E: E. Cardiopulmonar

Etiqueta: Estado respiratorio (0415)

Campo: Fisiológico Básico

Clase N: Oxigenoterapia

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Cianosis		X		x	
Disnea		X		x	
Tos		X		X	
Sibilancias		X		X	
		x		X	

- ACTIVIDADES**
- ☺ Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
 - ☺ Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
 - ☺ Eliminar las secreciones bucales, nasales, y traqueales según corresponda.
 - ☺ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
 - ☺ Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
 - ☺ Observar la ansiedad de la paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.
 - ☺ Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comodidad

M
E
T
A
S

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

2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

En función del estado de salud de la paciente con EPOC y COVID 19, se determina que las teorías relacionadas al caso son:

La teoría de Virginia Henderson busca lograr cambios positivos en la salud del paciente para que el tratamiento sea satisfactorio con el objetivo que se independice lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas o acepte su diagnóstico lo mejor posible; la teoría se basa en identificar las necesidades humanas que debe alcanzar el paciente durante el proceso de mejora, los cuales deben ser plasmados en un plan de cuidados.

El principal propósito de la enfermera es brindar cuidados de enfermería a una persona sana, enferma o cuidados paliativos, un individuo que necesita ayuda para lograr su niveles adecuados de independencia, integridad del cuerpo y mente para así realizar acciones que permitan mejorar el estado de salud, a través de la intervención de enfermería donde se ayuda a tratar o recuperar la salud del paciente, identificando las necesidades básicas como respirar normalmente, comer y beber, eliminación de desechos, movilidad, dormir, entre otras que son indispensables para un adecuado tratamiento.

La teoría menciona que la enfermera debe asistir las necesidades básicas insatisfechas para que la atención aporte a la recuperación o ayude a aceptar o tolerar el diagnóstico prescrito (Raile, 2018).

2.8. SEGUIMIENTO

DIA 1: 05/01/2021

Paciente de 77 años de edad acude por el área de emergencia presentando un cuadro clínico como dolor de cabeza, dolor al pecho, dificultad para respirar libremente, es valorada por medico de turno, la paciente refiere toma medicamento no especiado por recomendación de la farmacéutica, sin embargo, no tuvo resultados favorables, ya que los síntomas persistían y empeoraban. Por tal razón, acude al hospital para su respectiva valoración médica, al momento de tomarle signos vitales, se evidencio una alza térmica de 38.5 grados centígrados. Se realiza tratamiento de oxigenoterapia para aumentar oxígeno en el contenido arterial. Si la se utilizó cánulas nasales con flujo de 4 l/min

DIA 2: 06/01/2021

Paciente se le realiza una prueba rápida de covid, la cual dio como resultado positivo, es trasladada a hospitalización y se procede a aplicarle medios físicos para bajar la fiebre, medico prescribe Administración de analgésicos: paracetamol 1 gr cada 8 horas y tramadol por vía IV para aliviar el dolor,

amoxicilina, 500 mg tres veces al día, azitromicina 1 cada 12 horas e ibuprofeno 400mg c/6 H.

DIA 3: 07/01/2021

Se le procede a canalizar una vía periférica, para administración de medicación, se le administro 100ml de paracetamol, debido a que le volvió a dar fiebre, y Salbutamol para el alivio del broncoespasmo agudo y periodos intermitentes de coma: 1 inhalación (100-114 mcg) en dosis única pudiendo incrementarse a 2 inhalaciones en caso necesario. Dosis máxima (200-228 mcg) cada 4-6 horas.

DIA 4: 08/01/2021

Continúa con oxigenoterapia y tratamiento médico, se evidencia una mejora en la salud de la paciente.

DIA 5: 09/01/2021

Paciente es valorada por médico de guardia el cual indica alta médica, se le procede a tomar signos vitales, los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales, médico da indicación médica al familiar de la paciente sobre los medicamentos que debe de tomar y la dieta que debe llevar, paciente es dada de alta

2.9 OBSERVACIONES

- La paciente se encuentra con un familiar (madre) permanentemente, debido a que corre riesgo de lesión

por el vértigo, alteraciones del equilibrio, lo cual puede dificultar su estado de salud. Durante los controles de signos vitales no se detectaron anomalías que empeoren la salud del paciente. Se monitoreo la acumulación de secreción en los oídos y se identificó la existencia de déficit cognitivos o físicos que puedan causar caídas para así evitar lesiones durante la estancia en el hospital.

- La paciente se encuentra estable después, aspirar mucosidad, con oxígeno 4 litros por minuto hasta irle destetando poco a poco y con nutrición yeyunal para compensar su ingesta de nutrientes ya que aún no puede ingerir los nutrientes de forma adecuada, debido a las secreciones pulmonares que aun presenta, además, se encuentra con antibióticos para prevenir infecciones, para favorecer su condición de manera adecuada se lo pone en posición semiflower.

CONCLUSION

De acuerdo con la evidencia científica disponible, los pacientes con EPOC presentan un alto riesgo nutricional, por lo que es imprescindible realizar una buena valoración y cribado del estado nutricional para identificar a los que necesiten tratamiento dietético. También se concluye que todo paciente con EPOC, además de su valoración clínica necesita valoraciones nutricionales frecuentes para así evitar que el paciente llegue a desnutrición ya que una buena alimentación es primordial en estos casos tomando en cuenta que el EPOC , puede llevar a una desnutrición.

Se utilizó el proceso de atención de enfermería necesario para el paciente, según su patología y que es la herramienta básica y esencial, que de manera científica se aplican las intervenciones necesarias para reducir los riesgos producidos por su enfermedad.

Se brindó cuidados de enfermería al paciente la cual reacciono favorablemente en conjunto con las intervenciones adecuadas una correcta administración de medicamentos, y cuidado directo a la paciente, para brindar una atención de calidad y calidez para lograr una mejoría de la salud de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- MENA, T; GARZON, E. (2016). Neumología: Mortalidad En Pacientes Con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. 3ra Edith. ISBN -13: 978-84-611-2176-2. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7384/11.27.000896.pdf;sequence=4>
- ARAHUJO, J. VELEZ, T. (2018). Clínica Mayo: Asociación entre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y consumo de cigarrillo. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16716/1/T-UCE-0006-CME-080-P.pdf>
- SANCHEZ P, LISANTI N. (2019). Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. Rev Panam Salud Pública. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-pulmonares/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica-y-trastornos-relacionados/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica-epoc>
- ROBERT, A; WISE D. (2017). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Trastornos Asociados. Editorial: Merck Sharp & Dohme Corp., Inc., Kenilworth, NJ., USA. Disponible en: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-epoc/>

- Grupo de asociación Latinoamérica del Tórax. (2018). Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Editorial: Panamericana. Disponible en: www.neumoargentina.org/images/guias_consensos/guia_aalat_epoc_abril2011.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). (2017). Epidemiología Y Factores De Riesgo De La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Editorial: PLoS
- Medicine. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- GOMEZ, M. (2018). Epidemiología Y Fisiopatología De La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Editorial: Rev. MITEPOC. Disponible en: <https://www.mitepocwiki.net/glosario/epidemiologia-fisiopatologia-la-epoc-2/>.
- Sitio web sobre la COVID-19: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
-
- EPI-WIN: Red de Información de la OMS sobre Epidemias: <https://www.who.int/epi-win> (<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>, 2019)
- (<https://www.who.int/epi-win>, s.f.).

ANEXOS



