



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

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

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

AUTOR

VALENCIA CASTILLO ANGELA KATHERINE

TUTOR

LCDA. OTERO TOBAR LIDICE LORENA

BABAHOYO – LOS RÍOS - ECUADOR

2022

Curiginal

Document Information

Analyzed document Angela Valencia Castillo .docx (D142027100)

Submitted 7/14/2022 3:43:00 AM

Submitted by

Submitter email loterot@utb.edu.ec

Similarity 8%

Analysis address loterot.utb@analysis.arkund.com



Firmado electrónico

LIDICE LORENA OTERO

LCDA. LORENA OTERO TOBAR
DOCENTE TUTORA

INDICE

INDICE	iii
<i>DEDICATORIA</i>	iv
<i>AGRADECIMIENTO</i>	v
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Justificación.....	9
1.2 Objetivos	10
1.2.1 Objetivo general	10
1.2.2 Objetivos específicos.....	10
1.3 DATOS GENERALES	11
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	12
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.	12
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	12
2.3 Examen físico (exploración clínica).	13
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	15
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	17
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando los valores normales.	19
2.8 Seguimiento.	19
2.9 Observaciones.	24
CONCLUSIONES.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXOS	28

DEDICATORIA

A mi madre, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años gracias a ella hemos logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy una profesional. Ha sido un orgullo y un privilegio ser su hija usted es la mejor madre.

A mi hijo por estar siempre presente, acompañándome y dándome su apoyo incondicional en esta larga etapa de mi vida.

Finalmente, a mi esposo por apoyarme cuando más lo necesitaba por extenderme su mano en cada momento difícil y por el amor incondicional brindado día a día de verdad mil gracias.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar mi trabajo quiero utilizar este espacio para agradecer a Dios por todas sus Bendiciones, a mi querida madre Ángela Castillo que está en el cielo, que ha sido mi pilar fundamental ha sabido darme su ejemplo de trabajo y honradez y a mi Esposo Luis swett por su apoyo y paciencia que me han brindado durante mi etapa estudiantil, y a mi hijo Thiago Swett Valencia que siempre han estado a mi lado en las buenas y malas y siempre guiándome a tomar las mejores decisiones en mi vida.

También quiero agradecer a la Universidad Técnica de Babahoyo y a sus docentes que siempre compartieron sus conocimientos adquiridos. Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a mi tutora la Lcda. Lorena Otero principal colaboradora durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento y enseñanzas permitió el desarrollo de este trabajo.

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

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

RESUMEN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad prevalente, asociada a factores como el tabaquismo, la exposición a humo externo entre otros; es importante determinar su epidemiología, para analizar los efectos de los factores ambientales y fisiológicos de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica muy común en nuestro medio, el enfisema y la bronquitis crónica son las dos afecciones más frecuentes que contribuyen a desarrollar la EPOC, es una patología persistente y potencialmente mortal que puede causar dificultad para respirar (en principios asociados al esfuerzo) y factores que tienden a experimentar exacerbaciones

A través del abordaje de enfermería se analizará el caso de una paciente de sexo femenino de 87 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diagnosticada con EPOC, quien durante su juventud fue fumadora crónica y quien toda su vida ha hecho uso de cocinas tradicionales (uso de leña) para la preparación de alimentos en su domicilio, presentando complicaciones por negarse a recibir tratamiento médico.

El EPOC en el Ecuador se presenta como una enfermedad subestimada y de baja detección en el primer nivel de atención, se seleccionó el presente trabajo para dar visibilidad al abordaje de estos pacientes y se constituye en mejorar el estilo de vida, aplicando nuestros conocimientos adquiridos en la detección y manejo oportuno del mismo para disminuir las futuras complicaciones.

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Factores de riesgo Factores ambientales, Factores fisiológicos.

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a prevalent disease, associated with factors such as smoking, exposure to external smoke, among others; it is important to determine its epidemiology, to analyze the effects of environmental and physiological factors of chronic obstructive pulmonary disease, very common in our environment, emphysema and chronic bronchitis are the two most frequent conditions that contribute to the development of COPD, it is a disease life-threatening persistent lung disease that can cause shortness of breath (initially associated with exertion) and factors that tend to exacerbate

Through the nursing approach, the case of an 87-year-old female patient with a history of arterial hypertension, diagnosed with COPD, who during her youth was a chronic smoker and who throughout her life has used traditional kitchens (use of firewood) for the preparation of food at home, presenting complications for refusing to receive medical treatment.

COPD in Ecuador is presented as an underestimated disease and of low detection in the first level of attention, the present work was selected to give visibility to the approach of these patients and it is constituted in improving the lifestyle, applying our knowledge acquired in detection and timely management of the same to reduce future complications.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Risk factors, environmental factors, physiological factors.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una afección prevenible y tratable que dificulta la salida de aire de los pulmones (flujo aéreo obstruido) puede causar dificultad para respirar o una sensación de fatiga debido a el esfuerzo que hace para inspirar la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un término que incluye bronquitis crónica, enfisema y una combinación de las dos enfermedades.

Se cataloga como potencialmente mortal afecta a más de 210 millones de personas en todo el mundo, generalmente se diagnostica en personas de 40 años o más, pero en los últimos años, ya no se considera una enfermedad exclusivamente del adulto.

En Ecuador la prevalencia de EPOC a nivel hospitalario fue del 56,5%. La proporción de pacientes mayores de 70 años es del 58,5%, la mayoría de mujeres son el 57,1% y el 55,6% vive en zona rural, siendo los síntomas más frecuentes están; la tos, disnea y la astenia (Pesantes, 2020).

Se debe tener en cuenta que el diagnóstico tardío es responsable del hecho de que muchos pacientes pueden tener hasta el 50% de la pérdida de la función pulmonar (Comercio, 2018)

Este estudio examina el estado de salud de paciente adulta mayor con EPOC además de antecedentes de hipertensión arterial, su cuadro clínico se caracteriza por dificultad para respirar, sibilancias, tos gradual, retracción de las costillas medias e inferiores.

Aunque el EPOC presenta complicaciones con el tiempo, se puede tratar de forma temprana con el manejo adecuado, la mayoría de las personas con EPOC tienen un buen control de sus síntomas y calidad de vida, así como un riesgo reducido de otras afecciones asociadas.

I. MARCO TEÓRICO

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Este tipo de enfermedad es considerada como una limitación irreparable del flujo aéreo. La restricción del flujo de aire suele ser progresiva e implica una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas y gases nocivos (Burrows B, 2018).

EPIDEMIOLOGÍA

El dominio de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los individuos adultos mayores de 40 años es del 8% y 10%, y este índice se incrementa a medida que se incrementan los años. La EPOC se identifica como una preocupación social y de salud creciente, en parte debido al envejecimiento de la población.

Se considera una enfermedad infra diagnosticada y se diagnostica en el 70-80% de los casos, por lo que el tratamiento es inadecuado en una proporción muy alta de la población (Navarro, 2020).

CLASIFICACION

Según la gravedad de la EPOC, se clasifica en 4 etapas:

- A. EPOC leve con un cociente FEV1/FVC menor o igual a 0,7 puntos
Un broncodilatador y tiene un FEV superior al 80% del valor teórico.
- B. EPOC moderada con FEV1/FVC menor o igual a 0,7 puntos
Broncodilatadores y con FEV1 entre el 50 y el 80% del valor teórico.
- C. EPOC grave con un cociente FEV1/FVC inferior o igual a 0,7 puntos
Broncodilatadores con FEV1 entre 30 y 50% del valor teórico.
- D. EPOC muy original con cociente FEV1/FVC menor o igual a 0,7 puntos
Broncodilatadores y con FEV1 inferior al 30% del valor teórico.

- FEV: volumen espiratorio forzado por segundo
- FVC: capacidad vital forzada. El paciente fuma o está expuesto a contaminantes y tose. Regurgitación o dificultad para respirar (clinic, 2020)

MANIFESTACIONES CLINICAS

El EPOC causa un daño significativo y, a menudo, empeora con el tiempo. Sobre todo, si el paciente no respeta las instrucciones del tratamiento. Los pacientes con bronquitis crónica tienen síntomas importantes como la producción diaria de moco (esputo). Otras manifestaciones clínicas de la EPOC incluyen:

- Disnea de esfuerzo, especialmente al realizar actividad física.
- Silbidos al respirar.
- Presión torácica.
- Tos crónica.
- Labios que se vuelven azules (cianosis).
- Infecciones respiratorias frecuentes.
- Falta de energía.
- Pérdida de peso involuntaria (en estadios avanzados).
- Edema en los tobillos, pies o piernas (Suzanne C Lareau RN, 2019).

FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo asociados a la interacción entre predisposición genética y exposición a factores medioambientales y prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Rodríguez, 2019).

Sin embargo, el desarrollo de la enfermedad es multifactorial, entre los factores de riesgo más comunes están;

- Es la contaminación del aire tanto fuera como dentro del lugar de trabajo y hogar
- Los pacientes de asma que fuman.

- Antecedentes de asma
- La inflamación crónica de las vías respiratorias y el tabaquismo aumentaron aún más riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Exposición ocupacional a polvo y productos químicos: exposición a gases a largo plazo, humos y polvo de productos químicos en el lugar de trabajo puede causar irritación y neumonía.
- Exposición a gases inflamables: Personas expuestas a gases inflamables
- Quema para cocinar y calentar en viviendas mal ventiladas (Uso de leña)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de EPOC se debe considerar en cualquier paciente que tenga tos, producción de esputo o dificultad para respirar y/o que tenga antecedentes de exposición a factores de riesgo de la enfermedad. El diagnóstico se confirma por espirometría, tener un FEV1 pos bronquiectasia de menos del 80 % del valor predicho en relación con una relación FEV1/FVC de menos del 70 % confirma una limitación del flujo de aire parcialmente reversible. Si no se dispone de espirometría, el diagnóstico debe hacerse por los medios disponibles. Los signos y síntomas clínicos, como dificultad para respirar y fase espiratoria prolongada, pueden respaldar el diagnóstico.

El flujo espiratorio (PEF, por sus siglas en inglés) bajo, muy bajo, es consistente con un diagnóstico de EPOC, pero no es muy específico porque puede ser causado por otras enfermedades y porque las pruebas son difíciles (CHIVA, 2019).

A través del historial médico consideraremos;

1. Exposición a factores de riesgo: como el tabaquismo (positivo y pasivo), humo de leña, exposición ocupacional o ambiental (contaminación ambiental), etc.

2. Las enfermedades previas incluyen asma, alergias, sinusitis, adenoides, infecciones respiratorias en niños y otras enfermedades respiratorias: bronquiectasias, tuberculosis, etc.)
3. Antecedentes familiares de EPOC u otra enfermedad respiratoria crónica.
4. Patrón de desarrollo de los síntomas: a partir de la edad adulta, la mayoría de los pacientes tienen dificultad para respirar progresiva, "resfriados" más frecuentes y algunas limitaciones en las actividades sociales durante varios años antes de encontrar un médico.

Antecedentes de exacerbación u hospitalización previa de enfermedad respiratoria.

5. Otras enfermedades: enfermedades del corazón, enfermedades del colágeno.
6. Tratamientos médicos complementarios: betabloqueantes, inhibidores adaptadores.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La principal patología para la identificación diferencial de EPOC es la presencia de asma, sin embargo, en algunos pacientes con asma crónica es imposible de realizar la diferenciación. Otras de las condiciones que pueden interferir el diagnóstico son: las bronquiectasias, insuficiencia cardíaca congestiva, bronquiolitis obliterativa y tuberculosis (Fernando de la Iglesia Martínez, 2020).

TRATAMIENTO

Los broncodilatadores son los medicamentos más importantes para controlar la EPOC, actúan mejorando la dificultad para respirar, y calidad de vida produciendo una reducción de exacerbaciones.

Se clasifican en dos tipos de broncodilatadores:

- Broncodilatadores de acción corta: la acción inicial estos fármacos (salbutamol, ipratropio, fenoterol, terbutalina) permiten usarlos como salvavidas en cualquier etapa de tu vida (Perez, 2018).

- Tratamientos broncoexpandidores de acción prolongada: recomendados broncodilatadores regulares de acción prolongada, agonistas b2, anticolinérgicos de acción prolongada (laba) y tiotropio (anticolinérgicos de acción prolongada estiramiento) mejorar la limitación del flujo de aire, la inflamación pulmonar excesiva, dificultad para respirar, tolerancia al ejercicio, calidad de vida, número de exacerbaciones (Fernandez, 2018).

COMPLICACIONES

La EPOC genera muchos problemas de salud, siendo los más comunes:

- Infestación inhalatoria: Los individuos con EPOC muestran
- El riesgo de contraer un resfriado, gripe o neumonía cualquier infección
- Puede provocar daños mayores a nivel del tejido pulmonar.
- Problemas cardíacos: por razones que no se comprenden bien.
- La EPOC puede aumentar el riesgo de enfermedad cardiaca, incluyendo ataque al corazón.
- Prescindir del cigarrillo reduce las posibilidades de enfermar.
- Carcinoma de pulmón: los individuos con EPOC se presentan vulnerables para adquirir tumores de pulmón (clinic, 2020)

COMORBILIDADES ASOCIADAS AL EPOC

Las comorbilidades más frecuentes asociadas a las complicaciones pulmonares (EPOC) son los problemas de presión, complicada con la limitación cardiaca y la dislipemia. Para defenderse de las diferentes complicaciones que genera la EPOC, se requiere superar los seguimientos de medicamentos y tradicionales del individuo y de esta forma reducir los síntomas.

Con estas aseveraciones se comprueba que las intervenciones no farmacológicas aplicados en pacientes con EPOC, afectan positivamente las tasas subsistencia y contribuyendo a incrementar las condiciones de existencia, y siendo más efectivos para abandonar el cigarrillo y la oxigenoterapia crónica. Así mismo, realizan investigaciones que mantienen firme la significativa situación coste-efectividad

frente a medidas farmacológicas. Es por ello que estos procedimientos deben aplicarse a todas las áreas de atención de la EPOC (VANGUARDIA, 2018) .

HIPERTENCION ARTERIAL

La presión arterial corresponde a la tensión de la pared provocada por la sangre intraarterial, y está determinada por el producto de dos factores: el gasto cardíaco y la resistencia periférica total.

El gasto cardíaco depende de la contractilidad del miocardio y del volumen de la circulación intratorácica. La participación de la frecuencia cardíaca en el gasto cardíaco es menor excepto cuando está en un rango muy alto. Por el contrario, la resistencia periférica depende del tono del árbol arterial y de las características estructurales de la pared arterial.

La presión arterial consta de dos componentes:

- A. La presión sistólica es el número superior representa el voltaje producido por el corazón que bombea sangre al resto del cuerpo.
- B. La presión arterial diastólica es el número más bajo. Se refiere a la presión en los vasos sanguíneos.

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- Rango Normal: <120/80 mm/Hg.
- Alto: max (sistólica) entre 120-129 mm/Hg y min (diastólica) Menos de 80 mm/Hg.
- Etapa 1: sistólica entre 130 y 139 mm/Hg o diastólica entre 80 y 89 mm/Hg.
- Etapa dos: sistólica de al menos 140 mmHg o al menos diastólica 90 mm Hg
- Crisis hipertensiva: un máximo de 180 mm/Hg o superior como mínimo 120 mm/Hg

MANIFESTACIONES CLINICAS

Hipertensión primaria o elemental, en los primeros años, por lo general, no tiene síntomas a veces se puede presentar palpitaciones, cansancio o falta de sensibilidad, dificultad para respirar, dolor de cabeza debido por lo general, presión arterial alta

DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Por lo general, diagnosticar la presión arterial alta es fácil si los números son claros y constantemente altos en diferentes momentos del día o en diferentes lugares durante un período de 2 a 3 semanas con un límite de 140/90 mmHg, a veces hasta o incluso superarlos ligeramente (Rodrigo, 2018).

TRATAMIENTO

El tratamiento aplicado va a variar de paciente en paciente, siendo los siguientes;

- A. Diuréticos: ayudan a los riñones a deshacerse del exceso de agua y sal. Como resultado, la cantidad de líquido en la sangre; (hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona).
- B. Betabloqueantes (B-blockers): ayudan al corazón a latir más lento y menos potente. Entonces el corazón bombea menos y la vascularización y la presión arterial disminuyen; (propranolol, atenolol).
- C. Inhibidores de la ECA: Impiden que el cuerpo produzca hormonas angiotensina II, normalmente, esta hormona produce un estrechamiento en los vasos sanguíneos de los vasos sanguíneos; (enalapril, captopril, losartán).
- D. Bloqueadores de los canales de calcio: impiden la entrada de calcio; células musculares cardiovasculares. esto hace los vasos sanguíneos se dilatan y la presión arterial baja; (nifedipina, nifedipina)
- E. Bloqueadores alfa: reducen los impulsos nerviosos que provocan las contracciones en los vasos sanguíneos, como resultado, la sangre puede circular más libremente y existe una disminución de la presión arterial; (doxazosina)

- F. Bloqueadores alfabéticos: reducen los impulsos nerviosos de forma similar que el material de bloqueo del alfabeto, logrando que el ritmo cardíaco sea más lento; (metildopa, clonidina)

CLÍNICA E HISTORIA NATURAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN LA EPOC

La hipertensión pulmonar se cataloga como la afectación pulmonar causada por las alzas de presión arterial alta que afecta las arterias pulmonares y el lado derecho del corazón, donde los vasos sanguíneos de los pulmones se estrechan, bloquean o dañan, se da a causa de la hipertensión arterial crónica, que de manera subyacente al EPOC, contribuyen a complicar el estado de salud del paciente.

El desarrollo de HP en la enfermedad pulmonar crónica, especialmente en la EPOC, genera efectos negativos en el rendimiento y supervivencia de estos pacientes. Los pacientes con EPOC pueden desarrollar edema desde estadios leves a moderados, definido por un aumento de la presión media a nivel corporal que generalmente no excede los 35 mm Hg (Rodrigo, 2018).

Los HAP en la EPOC se encuentran vinculados con el nivel de saturación de las áreas inhalatorias y las modificaciones del relevo gaseoso (hipoxia) indicadas en los individuos. En conclusión, mantiene un índice de manifestación baja y controlada, a pesar de que la dolencia está muy avanzada.

La patogenia de los HAP en la EPOC depende de la presencia de vasoconstricción pulmonar inducida por la hipoxia como respuesta inicial a los cambios en el intercambio de gases y la ventilación de perfusión. Cambios que ocurren en la circulación pulmonar de inicio temprano, pero lento de la EPOC. Esto permite que el corazón derecho se adapte a través de varios mecanismos (dilatación, hipertrofia, etc.) (Barbera JA, 2019).

Tratamiento vasodilatador con bloqueadores de canales Calcio (nifedipina, felodipina, etc.), no está recomendado en pacientes que padecen EPOC, que, aunque va mejora el gasto cardíaco y su efecto vasodilatador pulmonar.

1.1 Justificación

El principal objetivo del proyecto es mejorar la salud de los pacientes que presentan un cuadro clínico de EPOC mediante el análisis del plan de cuidados utilizando las teorizantes de enfermería a fin de determinar el diagnóstico final del paciente. Finalmente, puede contribuir al buen desarrollo de la investigación, en un esfuerzo por reducir la tasa de mortalidad de muchos pacientes el aumento de la enfermedad sigue presente como principal causa, siendo el tabaquismo su principal desencadenante.

Este trabajo investigativo fue desarrollado para conocer su definición, síntomas, tratamientos y las principales causas que forman parte de su desarrollo, para concientizar a los jóvenes el daño que causa ciertos factores que, normalizados como el uso del tabaco, pero que, a largo plazo, tiene consecuencias irreversibles.

En este estudio basado en el caso clínico de la paciente de 87 años de edad, cuyo estado de salud se ve afectado por determinantes tanto biológicos como sociales, y que al no haber recibido atención de forma temprana presentó complicaciones multiorgánicas en su salud.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Aplicar el proceso de atención en enfermería a paciente adulto mayor con ÉPOC.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar a través de la valoración, los problemas reales y potenciales que alteran la salud del paciente.
- Brindar cuidados de enfermería que requiere el paciente según los datos obtenidos de la valoración clínica y patrones funcionales de Marjory Gordon
- Educar al paciente y a su familia sobre la adopción de prácticas saludables y actividades preventivas, en el hogar.

1.3 Datos generales

Nombre del paciente: NN

Edad: 87 años

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 21/ 05/ 1935

Estado civil: Soltera

Número de hijos: 2 (Un hijo y una hija)

Nivel de Estudio: Secundaria

Nivel sociocultural/económico: Clase media

Dirección: Colombia alta (vía Febres Cordero)

Etnia: Mestiza

Grupo sanguíneo: O+

Religión: católica

Hospital : IESS BABAHOYO

Sala: Emergencia

Fecha de Ingreso: 09/06/2021

Nº de Historia Clínica: 234992

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Paciente de sexo femenino de 87 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial tratado con amlodipino de 10mg vía oral cada día , fumador crónico hasta hace 2 años aproximadamente, dejó de fumar al detectar el EPOC sin tratarse debido a que el paciente se negaba asistir a una casa de salud, paciente estaba expuesto a materiales de combustión como el uso de leña para motivos de cocina, paciente refiere tener falta de aire con dolor opresivo en el pecho, fatiga, paciente refiere tos crónica con varios días de evolución.

Historial clínico del paciente.

- **Antecedentes patológicos personales:** hipertensión arterial controlada hace 10 años, fumadora crónica por 17 años.
- **Alergia:** alimentaria (mariscos)
- **Antecedentes patológicos familiares:** Padre diabético
- **Antecedentes quirúrgicos:** Cesárea (x2)

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

Paciente de sexo femenino de 87 años de edad, asiste en contra de su voluntad en compañía de su hija al área de emergencia refiriendo falta de aire, y disnea especialmente durante el movimiento, dolor opresivo en el pecho, fatiga, paciente refiere tos crónica con varios días de evolución. Al examen físico: se detectaron sibilancias pulmonares y presencia de mucosidades en vías aéreas. Psiquis despejada, paciente visiblemente nervioso, facies febril.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Medidas Antropométricas.

- **Peso:** 80 kg
- **Talla:** 164 cm

Signos Vitales.

- **Presión arterial :**180/ 100
- **Temperatura:** 37,5 °C
- **Frecuencia respiratoria:** 32 respiraciones por minuto.
- **Frecuencia Cardíaca:** 154 latidos por minutos
- **Estado de consciencia:** alerta
- **SPo2:** 97%

EXPLORACION CEFALO CAUDAL

- **Cabeza:** Normocéfalo, cabello bien implantado.
- **Cara:** Redonda, simétrica, facies pálidas, frente con pliegues.
- **Ojos:** Simétricos con señales de deshidratación (vidriosos).
- **Orejas:** Simétricas, bien implantadas, pabellón auricular permeable, oídos sin presencia de secreciones
- **Nariz:** Fosas nasales permeables con mucosas semi húmedas
- **Boca:** Con signos de deshidratación, encías pálidas, mucosa semi húmeda.
- **Cuello:** Móvil, simétrico, sin alteraciones o adenopatías.
- **Tórax:** Costillas relativamente horizontalizadas, tórax en forma de tonel.
- **Abdomen:** No presenta alteraciones, suave y depresible al tacto
- **Genitales:** Normal, sin adenopatías.
- **Miembros Superiores:** Móviles, pulsos distales presente, ligera presencia de edema.
- **Miembros Inferiores:** Móviles, simétricas, sin edema.

Valoración por patrones funcionales (Teoría de Marjory Gordon)

- **Patrón 1. Percepción de la Salud;** Paciente se negaba a asistir a centro de salud, al momento de la valoración paciente presenta facies pálidas, disnea, tos persistente con expectoración, dolor precordial.
- **Patrón 2. Nutricional / Metabólico;** Paciente se alimenta tres veces al día mayormente de dietas blandas.
- **Patrón 3. Eliminación;** El día de hospitalización refiere no haber realizado deposiciones
- **Patrón 4. Actividad / Ejercicio;** Requiere ayuda para deambular, disnea, fatiga y disminución del Spo2. Dificultad moderada para conciliar el sueño
- **Patrón 5. Cognitivo / Perceptivo;** Activa, reactiva, signos de irritabilidad, ansiosa.
- **Patrón 6. Auto percepción / auto concepto;** No se evidencian alteraciones
- **Patrón 7. Rol / Relaciones;** Vive con su familia, compuesta por su hija mayor y su esposo.
- **Patrón 8. Sexualidad / Reproducción;** Menarquia 12 años de edad, refiere tener dos hijas, no se evidencian alteraciones
- **Patrón 9. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés;** Paciente presenta ansiedad, y se muestra irritable a la entrevista clínica.
- **Patrón 10. Valores / Creencias;** Refiere ser de religión católica.
- **Patrón 11. Seguridad/Protección; Patrón 12. Confort;** Paciente refiere no presentar mayores molestias.
- **Patrón 13 Crecimiento/ Desarrollo;** No se evidencian alteraciones en este patrón.

Finalizando la valoración por los patrones funcionales determinamos los siguientes patrones alterados:

- **Patrón 1.** Percepción de la Salud
- **Patrón 4.** Actividad / Ejercicio
- **Patrón 10.** Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Fecha: 2021/06/10

LEUCOCITOS	10.74
HEMOGLOBINA	12.6
HEMATOCRITOS	38.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	94.7
CONC.MEDIA HEMOGLOBINA	31.3
CONC.HGB.CORP.MED	33.1
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	10.2
MONICITOS	0.75
EOSINOFILOS	0.01
LINFOCITOS	1.34
NEUTRÓFILOS	8.64
BASÓFILOS	0.00
PAQUETAS	263
RECUENTRO DE GOLUBOS ROJOS	401

Fecha: 2021/06/12

LEUCOCITOS	8.59
HEMOGLOBINA	12.1
HEMATOCRITOS	35.8
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	95.0
CONC.MEDIA HEMOGLOBINA	32.0
CONC.HGB.CORP.MED	33.9
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	10.7
MONICITOS	0.86
EOSINOFILOS	0.13
LINFOCITOS	1.30
NEUTRÓFILOS	8.38
BASÓFILOS	0.01
PLAQUETAS	215
RECUENTRO DE GOLUBOS ROJOS	3.92

Fecha: 2021/06/15

LEUCOCITOS	8.59
HEMOGLOBINA	12.1
HEMATOCRITOS	35.8
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	95.0
CONC.MEDIA HEMOGLOBINA	32.0
CONC.HGB.CORP.MED	33.7
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	10.9

MONICITOS	0.87
EOSINOFILOS	0.12
LINFOCITOS	1.52
NEUTRÓFILOS	6.07
BASÓFILOS	0.01

Fecha: 2021/06/16

LEUCOCITOS	8.59
HEMOGLOBINA	12.1
HEMATOCRITOS	35.8
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	95.0
CONC.MEDIA HEMOGLOBINA	32.0
CONC.HGB.CORP.MED	33.7
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	10.9
MONICITOS	0.87
EOSINOFILOS	0.12
LINFOCITOS	1.52
NEUTRÓFILOS	6.07
BASÓFILOS	0.01
PLAQUETAS	205

GLUCOSA	NORMAL
CETONAS	NEGATIVO
BILIRRUBINAS	NEGATIVO
SANGRE	+
PROTEINAS	30
UROBILINOGENO	NORMAL
NITRITOS	POSITIVOS
ASPECTO	TURBIO
COLOR	AMARILLO
DENSIDAD	1.027
P.H	5.5
LEUCOCITOS	+
CELULAS EPITELIALES	8.00
HEMATIES	40.0
BACTERIAS	+++
FIMLAMETOS MUCOSOS	+
LEUCOCITOS SED	12.8
CILINDROS	NO
TRICOMONAS	NO
ESPORAS DE HONGOS	NO

LEUCOCITOS	8.59
HEMOGLOBINA	12.1
HEMATOCRITOS	35.8
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	95.0
CONC.MEDIA HEMOGLOBINA	32.0
CONC.HGB.CORP.MED	33.7
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	10.9
MONICITOS	0.87

EOSINOFILOS	0.12
LINFOCITOS	1.52
NEUTRÓFILOS	6.07
BASÓFILOS	0.01

Fecha: 2021/06/17

LEUCOCITOS	8.59
HEMOGLOBINA	12.1
HEMATOCRITOS	35.8
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	95.0
CONC.MEDIA HEMOGLOBINA	32.0
CONC.HGB.CORP.MED	33.7
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	10.9
MONICITOS	0.87
EOSINOFILOS	0.12
LINFOCITOS	1.52
NEUTRÓFILOS	6.07
BASÓFILOS	0.01
PLAQUETAS	205

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

- **Diagnostico Presuntivo:** Neumonía adquirida en la comunidad.
- **Diagnóstico Diferencial:** Bronquitis + Hipertensión Arterial
- **Diagnóstico Definitivo:** EPOC + Hipertensión Arterial

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

- **Biológicos:** la presión alta y la presencia de dificultades respiratorias producto del EPC es el factor principal para el progreso de esta enfermedad.
- **Físicos:** Paciente con nula actividad física.
- **Ambientales:** Paciente no se encuentra expuesta a agentes tóxicos del ambiente, el entorno ambiental es donde la paciente convive diariamente es un factor de riesgo porque hace uso de leña para cocinar.
- **Socioeconómicos:** este es un factor de riesgo para la paciente por su estado económico.

NANDA: 00032
 NOC: 0415
 NIC: 3350

DX: (00032) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ

R/C: Fatiga de los músculos respiratorios, hiperventilación

E/P: Patrón respiratorio anormal, disminución de la capacidad vital.

M
E
T
A
S

Dominio: II. Salud fisiológica.

Clase: E. Cardiopulmonar.

Etiqueta: (0415) Estado respiratorio.

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

Campo: I. Fisiológico: complejo.

Clase: K. Control respiratorio.

Etiqueta: (3350) Monitorización respiratoria.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia respiratoria.		x		x	
Profundidad de la inspiración.		x		x	
Sonidos respiratorios adventicios		x		x	
Tos	x			x	
Pruebas de función pulmonar		x		x	
Saturación de Oxígeno		x			x

ACTIVIDADES

1. Toma y control de signos vitales.
2. Administración de medicamentos
3. valoración geriátrica integral
4. Mantener al paciente en posición semifowler
5. Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno
6. Administración de oxígeno terapia permanente a 5 lt
7. Educar al paciente y cuidador de cómo mantener la permeabilidad de las vías aéreas

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

El diagnóstico de hipertensión y la presencia de EPOC afectan a la población por eso importante mantener los valores normales para así poder prevenir factores de riesgo, como pueden ser enfermedades cardiacas y vasculares. En la atención de enfermería todas las necesidades adquieren su pleno significado cuando son abordadas por el doble sentido de universalidad y exclusividad. Virginia Henderson describe las actividades del personal de enfermería que se realizan con el objetivo de satisfacer las necesidades de los pacientes como cuidados esenciales de enfermería.

2.8 Seguimiento.

Fecha: 2021/06/09

Paciente con antecedente de fumadora crónica, ingresa por cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado de disnea de pequeños esfuerzos asociados a accesos de tos más expectoración, corazón rítmico, pulmones con estertores bilaterales, más sibilancia, valorada por facultativo donde indican la necesidad de ingreso.

Medicación prescrita;

- Amiodarona líquida parenteral 50 mg
- Rocuronio bromuro líquido parenteral 10 mg
- Enoxaparina líquido parenteral 20 mg
- Oxígeno por razones necesaria

Fecha: 2021/06/11

Paciente con diagnóstico clínico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en exacerbación infección, trastorno de ritmo, fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida paciente de 87 años que recibe en área de hospitalización de

medicina interna, al momento se recibe paciente con leve disnea, refiere sensación de falta de aire, se evidencia SpO2 91% se administra oxígeno por cánula nasal a 5 Lit por minuto.

Medicación prescrita;

- Dieta blanda
- Ranitidina liquido parenteral 25 mg
- Furosemida solido oral 40 mg
- Amiodarona liquido parenteral 50 mg
- Sulfato de magnesio liquido 20% en 10ml
- Hidrocortisona 50 mg
- Ceftriaxona 2 gr intravenoso
- Claritromicina 500 mg intravenoso
- Carvedilol 6.25 gr vía oral
- Paracetamol 1g intravenoso
- Oxígeno por cánula nasal por razones necesarias
- Control de signos vitales
- EKG

Fecha: 2021/06/14

Paciente de 87 años de edad quien se encuentra en hospitalización 2do piso, sin familiar, regresa sin novedades de realizar estudios imágenes tac de tórax, al momento orientada en tiempo y espacio, se comunica con fluidez y con coherencia, normotensa, se mantiene con mascarilla simple con O2 a 8ml/min, sat;99%fr:20xmin, fc;83xmin sin otras novedades al momento.

Medicación prescrita;

- Enoxaparina liquido parenteral 40 UI
- Budesonida 2 PUFF
- Ranitidina liquido parenteral 25 mg
- Furosemida solido oral 40 mg

- Amiodarona liquido parenteral 50 mg
- Sulfato de magnesio liquido 20% en 10ml
- Hidrocortisona 50 mg
- Ceftriaxona 2 gr intravenoso
- Claritromicina 500 mg intravenoso
- Carvedilol 6.25 gr vía oral
- Paracetamol 1g intravenoso
- Administración de oxigeno según las necesidades requeridas
- Control de signos vitales
- EKG
- Dieta blanda

Fecha: 2021/06/15

Según familiar ha permanecido más agitada, paciente adulta mayor con antecedente de EPOC, al momento de la visita se mantiene más disneica, con O2 suplementario por mascarilla simple, se mantiene con cuidados de enfermería y la medicación

Medicación prescrita;

- Enoxaparina liquido parenteral 40 UI
- Budesonida 2 PUFF
- Ranitidina liquido parenteral 25 mg
- Furosemida solido oral 40 mg
- Amiodarona liquido parenteral 50 mg
- Claritromicina 500 mg intravenoso
- Carvedilol 6.25 gr vía oral
- Paracetamol 1g intravenoso
- Ceftriaxona 2 gr intravenoso
- Oxigeno por mascarilla simple por razones necesarias
- Control de signos vitales
- EKG

- Dieta blanda

Fecha: 2021/06/16

Paciente refiere persiste astenia, paciente adulta mayor con antecedente de EPOC, al momento de la visita se mantiene más disneica, con O2 suplementario por mascarilla simple, en estudio de imagen refleja derrame plural bilateral, por lo que se optimiza esquema diurético.

Medicación prescrita;

- Enoxaparina liquido parenteral 40 UI
- Budesonida 2 PUFF
- Ranitidina liquido parenteral 25 mg
- Furosemida solido oral 40 mg
- Amiodarona liquido parenteral 50 mg
- Claritromicina 500 mg intravenoso
- Carvedilol 6.25 gr vía oral
- Paracetamol 1g intravenoso
- Ceftriaxona 2 gr intravenoso
- Oxigeno por mascarilla simple por razones necesarias
- Control de signos vitales
- Dieta blanda

Fecha: 2021/06/17

Paciente refiere persiste astenia, paciente adulta mayor con antecedente de EPOC, al momento de la visita al momento con mascarilla de oxígeno al 5 litro, la paciente al momento se encuentra tranquila y colabora, paciente se encuentra despierta orientada, y descansa en posición semifowler .

Medicación prescrita;

- Ranitidina liquido parenteral 25 mg

- Furosemida solido oral 40 mg
- Amiodarona liquido parenteral 50 mg
- Claritomicina 500 mg intravenoso
- Carvedilol 6.25 gr vía oral
- Paracetamol 1g intravenoso
- Ceftriaxona 2 gr intravenoso
- Enoxaparina liquido parenteral 40 UI
- Budesonida 2 PUFF
- Oxigeno Oxigeno por mascarilla simple por razones necesarias
- Control de signos vitales
- Dieta blanda

Fecha: 2021/06/18

Medico refiere que disminuye la disnea, paciente se encuentra despierta orientada, tórax simétrico, no uso de accesorio para ventilación, campo pulmonar ruidos cardiacos no rítmicos, no soplo, abdomen blanco, extremidades sin novedades, se plantea continuar con la misma medicación.

Fecha: 2021/06/19

Paciente cruzando su 8vo día de hospitalización en compañía de familiar durante la guardia se suspende amiodarona debido a que se encuentra con fibrilación de respuesta rápida, recibiendo infusión endovenosa de amiodarona, posterior lo cual indica pasar a vía oral, al momento afebril orientado en tiempo y espacio, Glasgow 15/15, signos estables, con soporte de oxigeno cánula.

Fecha: 2021/06/20

Paciente refiere sentirse mejor niega fiebre, náuseas, vomito. paciente regulares condiciones generales se evidencia piel con elasticidad, tórax normo configurados ruidos respiratorios presentes sin agregados ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando no doloroso a la palpación, orientada en tempo y espacio, paciente se

mantiene estable se ajusta dosis de amiodarona od ventilatoriammente estable pero considerando la edad y el diagnóstico de EPOC, la paciente es candidata a uso de oxigeno intradomiciliario, se le comenta al familiar, se mantiene solicitud para definir el egreso.

2.9 Observaciones.

Cuando la paciente fue diagnosticada, reacciono de manera negativa, fue poco colaborativa y presentaba dificultades con ciertos medicamentos, no le gustaba tomarlos, rechazaba las actividades para su examinación, evidenciando ansiedad, sin embargo, el personal de enfermería intervino para explicarle sobre las características de su enfermedad, de cómo la van a tratar para que pueda llevar una vida normal, cambiando de forma paulatina su comportamiento y llegando a colaborar y logrando desarrollar su tratamiento de forma normal.

- Se mantiene con oxígeno terapia y posición semifowler
- Se observa todavía disnea
- Observar si la vía aérea se mantiene permeables
- Se realiza ejercicios de espirometría

Gracias a este cambio asumido por la paciente, su evolución fue positiva, su tratamiento médico mejoró gracias a su cooperación y se cumplió con las intervenciones, medicamentos y demás actividades necesarias para su cuidado.

CONCLUSIONES

Luego de la valoración, se evidenciaron los problemas que alteran la salud del paciente, siendo hipertensión y la presencia de EPOC.

El personal de enfermería brinda los cuidados esenciales requeridos al paciente según los datos obtenidos de la valoración clínica y patrones funcionales de Marjory Gordon

Se educó al paciente y a su cuidador sobre la adopción de prácticas saludables y actividades preventivas, en el hogar que orientarán sus formas habituales y reducirán las molestias ocasionadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbera JA, P. V. (2019). Hipertensión pulmonar en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. . *Eur Respir J* (edición española).
- Burrows B, N. A. (2018). Relationships of clinical and physiological findings to the severity of airways obstruction. . En *Chronic obstructive lung disease II*. .
- CHIVA, J. A. (2019). EPOC Y TABAQUISMO. Obtenido de <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/ALBIOL%20CHIVA,%20JAU>
- clinic, P. d. (2020). Mayo Clinic. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseasesconditions/copd/symptoms-causes/syc-2035367>
- Comercio, E. (2018). En enfermedades tropicales se está pensando poco en los menos favorecidos. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1191:abril-21-2014&Itemid=972
- Fernandez, D. C. (2018). Los broncodilatadores. Obtenido de <https://www.fbbva.es/microsite/alergiasfbbva/el-tratamientode-las-enfermedades-alergicas/47-los-broncodilatadores/index.html>
- Fernando de la Iglesia Martínez, J. S. (2020). Enfermedad obstructiva crónica (EPOC). Obtenido de <file:///C:/Users/DELL/Downloads/DialnetEnfermedadObstructivaCronicaEPOCYComorbilidades-4064675.pdf>
- JJ., S. (2022). Enfermedades respiratorias. . En *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. (págs. 471-83). Madrid: Villasante C, ed. .
- Living, m. c. (2019). Presión arterial elevada. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseasesconditions/prehypertension/symptoms-causes/syc-20376703>

- Navarro, A. G. (2020). Obtenido de <https://www.elsevier.com/eses/connect/medicina/edu-EPOC-factores-de-riesgo-y-alteraciones-anatomopatologicas>
- Perez, M. (2018). EPOC. Obtenido de <https://www.neumosur.net/files/EB03-26%20EPOC%20agudo.pdf>
- Rodrigo, t. (2018). Cuales son las complicaciones de la hipertension arterial en adultos mayores. En C. M. Conde. Colombia : Revista Colombiana de Cardiologia.
- Rodriguez, j. M. (2019). SciELO. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034->
- Suzanne C Lareau RN, M. B. (2019). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Obtenido de <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/chronicobstructive-pulmonary-disease-copd.pdf>
- VANGUARDIA, L. (2018). En *MADRID*. Obtenido de <https://www.lavanguardia.com/vida/20160311/40363443300/las-comorbilidades-mas-asociadas-a-la-EPOC-son-la-hipertension-arterial-la-insuficiencia-cardiaca-y-la-dislipemia.html>

ANEXOS

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL SABAHYO
FORMULARIO 008 - MSP

UNIDAD OPERATIVA: Sabahyo
LOCALIZACIÓN: Sabahyo
N° MEDICINA INTERNA: 25442

REGISTRO DE ADMISION
NOMBRE: GAROFALO MARIA IMELDA
SEXO: Femenina
FECHA DE ADMISION: 09/06/2021
HORA: 10:30

DIAGNOSTICO: EPIC + CRISIS HIPERTENSIVA
GRUPO SANGUINEO: []

FECHA INGRESO: 09/06/2021
DIAS HOSPITALIZADO: []

SERVICIO: MEDICINA INTERNA
N° CAMA: 216

*Si sinte contraindicación de los fármacos
- Ingreso Legalizado.*

*• Inhibidores
• G. + Metoprolol 50 mg
• IC (Carvedilol / Hidralazina)
• Sodio Valproato
• IN (Cedace) / DILTIAZEM
• ANGIOTENSINOLITICOS
• R. TORAZOLAM (C. o. u. u.)*

RIESGO	PUNTAJE	ACCIÓN
BAJO	0 a 25	Cuidado bajo enfermería
MEDIO	25 a 50	Implementación de plan de prevención
ALTO	Mayor a 50	Implementación de medidas especiales

Carpeta con historial clínico de la paciente

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL SABAHYO
FORMULARIO 008 - MSP

UNIDAD OPERATIVA: Sabahyo
LOCALIZACIÓN: Sabahyo
N° MEDICINA INTERNA: 25442

REGISTRO DE ADMISION
NOMBRE: GAROFALO MARIA IMELDA
SEXO: Femenina
FECHA DE ADMISION: 09/06/2021
HORA: 10:30

DIAGNOSTICO: EPIC + CRISIS HIPERTENSIVA
GRUPO SANGUINEO: []

FECHA INGRESO: 09/06/2021
DIAS HOSPITALIZADO: []

SERVICIO: MEDICINA INTERNA
N° CAMA: 216

*Si sinte contraindicación de los fármacos
- Ingreso Legalizado.*

*• Inhibidores
• G. + Metoprolol 50 mg
• IC (Carvedilol / Hidralazina)
• Sodio Valproato
• IN (Cedace) / DILTIAZEM
• ANGIOTENSINOLITICOS
• R. TORAZOLAM (C. o. u. u.)*

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES
HTA
EPOC

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS
Paciente femenina de 87 años de edad acude por cuadro de crisis hipertensiva con dolor de cabeza y EPOC a pesar de administración de beta bloqueadores no hay mejoría por lo que acude aquí para ingresar a un curso de internación.

6 CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

REGION ANATOMICA	PUNTO DOLOROSO	EVOLUCION	TIPO	MODIFICACIONES	MANEJO	NO APLICADO

SNS-MSP / HCU-form 008 / 2007

Documentó 008 de la paciente registrado por el medico



Se le realiza administración de medicamentos a la paciente