

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR  
HOSPITALIZADO CON FIBROSIS PULMONAR EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA DEL HOSPITAL CHANCAY, HIDALDO ATOCHE  
LÓPEZ-2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
ENGERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

**MIRTHA ROCIO DELGADO CENCIA**

**Callao - 2020**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTE
- DRA. NOEMI ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA VOCAL

**ASESORA:** DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 98-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 15 de Abril del 2020

**Resolución de Consejo Universitario** N° 245-2018-CU de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO .....	9
2.2 BASES TEÓRICAS.....	15
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	21
III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	32
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA .....	32
1. VALORACIÓN.....	32
2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	40
3. PLANIFICACIÓN.....	43
4. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN .....	45
IV. CONCLUSIONES.....	48
V. RECOMENDACIONES .....	50
VI. REFERENCIALES.....	51
VII. ANEXOS.....	56

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico describe el cuidado de enfermería en pacientes adulto mayor hospitalizado con fibrosis Pulmonar en el servicio de medicina del Hospital de chancay –Hidalgo atoché 2020.

Una de las razones que me ha motivado Para la ejecución del presente estudio, es brindarle cuidados con calidad a los Paciente que presentan Problemas de salud ya que la enfermedad Pulmonar obstructiva crónica entre ellas la fibrosis, ya que manifiestan el problema más frecuente en pacientes mayores de 60 años.

Este trabajo es importante porque permite describir las atenciones de enfermería en pacientes con fibrosis pulmonar, así mismo contribuir a identificar los factores de riesgo y las complicaciones, pasos muy importantes en la reducción de los costos de salud, eficiencia de resultados terapéuticos, aminorar la estadía hospitalaria y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Se desarrolla el trabajo académico en el hospital de chancay, ubicado en la provincia de Huaral, a 74.9 km de lima calle sucre s/n a 4 cuadras de la av. panamericana norte. El distrito de chancay cuenta con un escenario rural, urbano y urbano marginal, con una población adulta mayor de 3883 según INEI 2018. Cabe señalar que los servicios básicos de chancay se han diversificado durante los últimos años, tanto en cuantía de especialidades como en la calidad de los mismos, ofreciendo a los ciudadanos una actualización permanente en los conocimientos, las tecnologías, y las técnicas de diagnóstico y tratamiento

En la actualidad el servicio de medicina del hospital de chancay cuenta con 16 camas disponibles, los pacientes que se hospitalizan provienen de emergencia, UCI, consultorios externos el 50 por ciento son adultos mayores de 60 años con diagnóstico de enfermedades respiratorias que

afectan el intersticio (fibrosis pulmonar) Se cuenta con 36 casos en el año 2017 y en el año 2018 con 47 casos y en el 2019 con 42 casos. En adultos mayores.

El tipo de trabajo es descriptivo, se centra en el cuidado de enfermería brindado a los adultos mayores hospitalizados, mi experiencia profesional en el áreas de medicina, el cual tengo 10 años trabajando ,donde realizo la parte asistencial la cual es brindar atención a cada una de los pacientes con turno de 12 horas tanto en el día y en la noche el cual permite conocer la evolución del paciente, brindar atención inmediata al paciente con insuficiencia respiratorias en la colocación de oxígeno ,como las acciones terapéuticas, mi responsabilidad como enfermera me compromete a disponer de conocimiento suficiente para poder plantear acciones ,en su cuidados pensando en el bien del adulto mayor, y a partir de ello meditar sobre la atención brindada para así mejorar la condición de atención al adulto mayor, procurando su recuperación y bienestar.

El trabajo académico se desarrolla en el hospital de chancay, que brinda servicios de salud y seguimiento continuo a la calidad de atención, donde el profesional de enfermería como parte del equipo de salud brinda un óptimo cuidado acorde con las necesidades, siendo la enfermera una profesional de presencia y responsabilidad social con capacidad de gestionar el cuidado humanizado en las áreas de medicina hospitalización a los adultos mayores.

Se cuenta en el servicio con 6 enfermeras asistenciales más la jefa del servicio y 7 personal técnico de enfermería.

Para el adecuado del intercambio gaseoso en pacientes con fibrosis pulmonar se necesitan ciertas condiciones como la ventilación adecuada y la buena perfusión sanguínea y difusión alveolo-capilar, cualquier alteración en las funciones mencionadas puede generar una falla respiratoria por hipoxemia, hipercapnia o ambas. Es por ello que, el

cuidado de los pacientes con alteraciones respiratorias requiere profesionales de Enfermería con conocimientos en valoración y el manejo clínico de cambios específicos, y de sus repercusiones para el paciente y su familia. Contamos con oxígeno empotrado en cada ambiente de medicina Hospitalización.

El trabajo de investigación tiene como objetivo describir el cuidado del profesional de enfermería, brindado al adulto mayor hospitalizado y examinar sobre su conocimiento y práctica del profesional de enfermería que asegure el cuidado al adulto mayor en enfermedades pulmonares (fibrosis).

## **I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La enfermería, como profesión de carácter humanista, posee competencias que responden a las necesidades de salud de la sociedad y brinda una atención integral al individuo, familia y comunidad, además de valores personales que evidencian su compromiso de ayuda en la identificación de necesidades y/o problemas, ejecución y evaluación de un plan de cuidados, lo que conlleva una responsabilidad a nivel profesional y legal que precisa de una práctica basada en el rigor científico para garantizar la mejor calidad asistencial posible (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), según cita Goodvin y Beramendi (2013), ha reconocido a la enfermedad pulmonar intersticial difusa como un problema de salud pública, con una prevalencia e incidencia en aumento durante el envejecimiento, por lo que puede convertirse en un problema más apremiante en poblaciones seniles. Esta patología es frecuente tanto en el medio ambulatorio como en el hospitalario, y su incidencia varía con el sexo y la edad, aparte de otros factores que también influyen en su etiología (2).

Un estudio epidemiológico realizado en la comunidad de Madrid (2005 – 2006), halló una incidencia de EPID de 3 casos/100.000 habitantes por año, siendo las neumopatías intersticiales idiopáticas (NII) las más frecuentemente observadas (fibrosis pulmonar idiopática 29.5%, sarcoidosis 15.2% y EPID asociada a conectivopatías 13,3%); en Finlandia se evidenció una prevalencia de 16 a 18 casos 1 100.000 habitantes. En Estados unidos (condado de Bernalillo-Nuevo Méjico) en el año 1990, se reveló una tasa de incidencia de 11 casos/100.000 habitantes para los varones y de 7 casos/100.000 habitantes para las mujeres (3).

Agentes ambientales externos e internos (polvos inorgánicos a neumoconiosis y los antígenos orgánicos alveolitis extrínsecas alérgicas)



podrían ser determinantes en la génesis de EPID. Respeto a esto, interesa en particular la contaminación de interiores, ya que en Costa Rica se demostró que el humo de leña es una fuente de contaminación de gran extensión sobre todo en zonas rurales, en donde la leña se utiliza como fuente de combustión domiciliaria, que aproximadamente el 90% de las muertes se produce en países de bajos y medianos ingresos.

Según la OMS, Se calcula que para el 2030 la enfermedad pulmonar obstructiva crónica será la cuarta muerte en el mundo. De acuerdo con el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de la EPOC en 2016 fue de 251 millones de casos, y durante el 2015 murieron alrededor de 3,17 millones de personas por esta causa, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año. La principal causa de esta patología es la exposición al humo del tabaco (fumadores activos y pasivos), al aire contaminado (en interiores o exteriores), al polvo y al humo en el lugar de trabajo; la exposición a la contaminación del aire en interiores puede afectar al feto y es un factor de riesgo de EPOC en una etapa posterior de la vida. Algunos casos de EPOC son consecuencia del asma crónica (4).

**Según OPS**, para el año 2020 la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, será la quinta causa de incapacidad en el mundo, mientras que en América latina se reporta que la EPOC está presente en 7 a 19 % de la población mayor de 40 años, el 80% de ellos sin diagnóstico previo, lo que implica que está siendo solamente tratada por los síntomas. Del mismo modo en el Perú según el ASIS 2014, en el adulto mayor las enfermedades respiratorias son las primeras causas de morbi-mortalidad después de las enfermedades cardíacas y cerebro vasculares, dentro de estas, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas es la tercera más común, antecedentes de las IRAS y el asma. También se reporta una prevalencia de 6.7% de adultos mayores de 40 años que estaría relacionada al nivel de consumo de cigarrillos, y en poblaciones de la

sierra central se reporta estaría relacionada a la exposición a combustible de biomasa, siendo de presentación temprana, con predominio en la quinta década, sexo masculino, con tendencia al sobrepeso y concentración en grupos familiares.

En el Perú, el Ministerio de salud (MINSA) refirió que las infecciones respiratorias fueron unas de las principales causas de morbi-mortalidad en adultos mayores durante el 2012, entre las cuales, la enfermedad pulmonar obstructiva fibrosis tiene sus determinantes en el consumo de tabaco, la exposición al carbón y leña, siendo las regiones con mayor morbi-mortalidad Huancavelica, Apurímac, Cajamarca y Amazonas.

El Hospital chancay en el servicio de medicina, tenemos como visión brindar una atención de calidad, realizando procedimientos para la mejora y rehabilitación de los usuarios que se encuentran hospitalizados mayores de 16 años de edad. En el servicio se hospitalizan pacientes derivados de emergencia uci, consultorios externos con diferentes patologías y edades, obteniéndose a través de reporte estadístico hospitalizados adultos mayores en el 2017: 36 casos con enfermedades respiratorias y en el año 2018: 47 casos, viéndose un incremento. En el 2019:42 casos de enfermedades respiratorias que afectan el intersticio, esto solo en adulto mayores. El servicio de medicina hospitalización cuenta con 8 ambiente, distribuidos 1 ambiente para tóxico un ambiente para almacén de ropas de camas, un ambiente pequeño auditorio y 5 ambientes destinados a hospitalización 2 ambiente para varones ,2 ambientes para mujeres y un ambiente para aislados, en cada ambiente tenemos oxígeno empotrado en cada cama. La persona adulta mayor constituye una población especial que necesitan rescatar su valoración y ayuda a seguir creciendo como ser humano aun en la enfermedad. Por ello, estudiar el cuidado hacia el adulto mayor hospitalizado se hace visible pues es un ser con necesidades no solo fisiológicas si no también necesitan de apoyo tanto emocional, espiritual y humano.

Permite este trabajo actualizar los conocimientos teóricos prácticos en la atención del paciente con fibrosis pulmonar, ya que no contamos con una guía de cuidados estandarizados de enfermería para pacientes con fibrosis pulmonar, ya que estos pacientes requieren de una atención adecuada y de calidad para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas.

La oxigenación es una necesidad de supervivencia indispensable para la función pulmonar, esta patología de la fibrosis se caracteriza por la inflamación de las paredes alveolares. Los cuidados de enfermería están en favorecer la calidad de vida a las personas con fibrosis por lo que contamos con oxígeno empotrados en cada ambiente de medicina.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

#### **Internacionales**

GLASPOLE, en el 2017, Australia, se realizó un trabajo en un grupo de pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática cuyo objetivo principal fue determinar los determinantes principales de la calidad de vida basal y longitudinal relacionada con salud, método: análisis explicativo mediante una regresión lineal a través del Cuestionario Respiratorio de Saint George (CRSG) y las características demográficas, las características fisiológicas, las 16 comorbilidades y los síntomas. Los test se aplicaron cada 6 meses. Resultados: datos basales de 516 pacientes (347 varones, edad media (DE):  $71,3 \pm 8,6$  años). El análisis univariado mostró asociaciones significativas entre la CVRS y las características demográficas, clínicas y fisiológicas. Sin embargo, el análisis multivariante demostró asociaciones independientes solo entre SGRQ y disnea ( $R^2 = 0.71$ ,  $p < 0.0001$ ) y depresión ( $R^2 = 0.04$ ,  $p < 0.0001$ ). En cuanto a medida, mediante el CRSG se observó un deterioro significativo en los tres dominios síntomas, actividad e impacto, con los deterioros más significativos dentro del dominio de la actividad. Se concluyó que la tos, la disnea y la depresión son los principales determinantes sintomáticos de la CVRS en la FPI. La disminución de FVC está asociada con el empeoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (5).

TONELLI I en el 2017 Italia realizaron un estudio prospectivo para confirmar la eficacia de la rehabilitación en una población de pacientes con EPID (enfermedad pulmonar intersticial difusa) y para investigar si la capacidad de ejercicio inicial, la gravedad de la enfermedad o la etiología de la EPID podrían afectar los resultados. Metodología: 41 pacientes (IPF 63%, edad  $66,9 \pm 11$  años) inscritos en un curso estándar de PR (rehabilitación pulmonar) en dos centros. La función pulmonar,

cicloergometría incremental y de resistencia, distancia caminando en 6 minutos (6MWD), disnea crónica (Medical Research Council scale-MRC) y calidad de vida (St. George Respiratory Questionnaire-SGRQ) se registraron antes y al final de PR para medir cualquier cambio pre y post. Coeficientes de correlación entre el nivel basal de capacidad pulmonar difusa para monóxido de carbono (DLCO), capacidad vital forzada (FVC), 6MWD, potencia desarrollada durante la prueba de resistencia incremental, índice GAP (en pacientes con IPF solamente) y etiología (IPF o no IPF) con la mejora funcional en los 6MWD (metros), en la cicloergometría incremental y de resistencia (tiempo de resistencia) y en la CVRS. Resultados: el 97% (40) completaron el curso de PR. El rendimiento del ejercicio (tanto en la carga máxima como en el esfuerzo su máximo), los síntomas (disnea y fatiga en la pierna), SGRQ y MRC mejoraron significativamente después de la PR ( $p < .001$ ) Los pacientes con 6MWD de línea de base inferior mostraron una mejoría mayor en 6MWD (puntaje de Spearman  $r = -.359$ ,  $p = .034$ ) y alivio de los síntomas en SGRQ ( $r = -.315$ ,  $p = .025$ ) independientemente de la enfermedad subyacente. Conclusión: la rehabilitación integral es factible y efectiva en pacientes con EPID de diferente gravedad y etiología. La capacidad de ejercicio submáxima basal se correlaciona inversamente con las ganancias funcionales y de síntomas en esta población heterogénea (6).

GRANEY A. En Denver en 2017, USA. realizaron un estudio para disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida de un grupo de pacientes con fibrosis pulmonar usando oxígeno suplementario. Metodología: se administró un cuestionario en cuatro fases: antes y después de la terapia, a los 9 y 12 meses. Resultados: antes de comenzar el oxígeno suplementario, los participantes esperaban uniformemente que mejorara su función física y calidad de vida. También esperaban limitaciones prácticas y psicológicas, que después de comenzar con el oxígeno, resultaron ser más pronunciadas de lo

anticipado. A pesar de los desafíos, los participantes atribuyeron los beneficios en los síntomas, la confianza y la movilidad al oxígeno y llegaron a una aceptación reacia de ello. Sus expectativas de orientación y apoyo no se cumplieron adecuadamente. Conclusiones: para los pacientes con fibrosis pulmonar, comenzar y usar oxígeno suplementario en una base diaria confiere beneficios a la vez que presenta un número significativo de desafíos. El proceso podría mejorarse al proporcionarles expectativas más claras y recursos educativos confiables. El personal de apoyo médico podría ayudar a incorporar oxígeno suplementario de manera más uniforme en sus vida extra hospitalaria (7).

GAINZA, SANZ, ALONSO, VARELA. en el 2017, Madrid, España, realizaron un estudio para describir el final de la vida de un grupo de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática, haciendo un seguimiento de un equipo de soporte de atención paliativa a domicilio. Método: descriptivo retrospectivo de pacientes con FPI, atendidos ente el 2011 y 2013. Resultados: los pacientes atendidos con Fibrosis pulmonar idiopática (6) presentan un promedio de edad de 74 años, cuatro de ellos varones al inicio Barthel 50 y score paliativo de 30 índice de co-morbilidad de Charlson de 1,5 y los síntomas más importantes la disnea con mínimo esfuerzo (69% al inicio y 100% al final) síntomas de hipercapnia (16% al inicio y 50% al final), en la última semana cinco de ellos sabían el diagnóstico y pronóstico. Consumían 10 fármacos el 66% de los fármacos eran inhaladores y el 10% opioides, Cuatro pacientes precisaron vía subcutánea y administración de morfina (dosis media 25 mg/día). El lugar de fallecimiento fue el domicilio (50%) y Unidades de Cuidados Paliativos (50%). Conclusiones: Los pacientes con FPI presentan una importante disnea, muy limitante que progresa hasta hacerse de reposo, lo que justificaría un seguimiento domiciliario estrecho por el equipo de soporte de atención paliativa a domicilio (8).

ARGUELLO GUAILLA Edison K., 2014 Guayaquil–Ecuador realizó una tesis sobre el cuidado estandarizado enfermería a pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en el hospital neumológico Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil entre el 2013 y abril del 2014. objetivo: determinar los cuidados de enfermería brindados a los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. Metodología: estudio descriptivo, en 20 profesionales de enfermería y 30 auxiliares de enfermería: Resultados: se observó que el 60% de los auxiliares no tienen suficiente conocimiento para atender a los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática, referente al conocimiento de los modelos de atención de enfermería se detectó que el 83% no conoce esta temática, y en cuanto a la capacitación que el personal recibe respecto a la atención de pacientes de fibrosis pulmonar idiopática se determina que el 93% no han recibido esta capacitación. Conclusiones: Es indispensable que el Ministerio de salud pública en Ecuador capacite a todo el personal de enfermería acorde con los avances tecnológicos y los conocimientos para brinda una mejor atención a estos pacientes, mejorando así el modelo de atención hospitalario (9).

### **Nacionales**

HUERTA ABELINO M. 2019 Moquegua Perú. Título: Aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes con fibrosis Pulmonar, se realizó con el objetivo de determinar la priorización de diagnósticos del profesional de enfermería en pacientes que presenten cuadro de fibrosis pulmonar. Metodología: Caso clínico. Resultados y conclusiones: el paciente con fibrosis pulmonar presenta deterioro en el intercambio de gases R/C, desequilibrio en la ventilación – perfusión, M/P disnea, taquicardia, patrón respiratorio anormal y disminución del nivel de dióxido de carbono y gasometría anormal. En relación a los cuidados en aplicación del proceso de atención de enfermería, el paciente tratado muestra mejora y existe estabilización parcial del estado de salud (10).

GARCIA QUISPE Felicita, Lima 2018, Título: Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente adulto mayor con fibrosis pulmonar e hipoglucemia en el servicio de emergencia. Objetivo: aplicar el proceso de atención de enfermería por 12 horas desde el ingreso a emergencia. El diagnóstico médico fue: Fibrosis pulmonar, hipoglucemia. Metodología: primero, se aplicó la primera etapa del PAE en la valoración a través de los patrones funcionales de Gordon para identificar los problemas; luego se enunciaron los diagnósticos de enfermería, priorizándose 5 diagnósticos: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios anormales (crepitantes y agitación), excesiva cantidad de esputo. Cp. Hipoglucemia. Deterioro del intercambio de gases r/c cambios de la membrana alveolo, capilar evidenciado por agitación, Gasometría arterial anormal (pH=7.55, pCO<sub>2</sub>=30 mmHg, pO<sub>2</sub>=60mmHg. Sat O<sub>2</sub>=90%, FR=28 a 36x´). Cp. Infección y Cp. desequilibrio electrolítico. Resultado: la paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno, controlará hipoglicemia del paciente, presentará adecuado intercambio gaseoso, revertirá la infección y revertirá el desequilibrio electrolítico. Se ejecutaron las intervenciones para finalmente realizar la evaluación. Conclusión: de los 5 objetivos propuestos, se logró alcanzar el segundo objetivo, mientras que el primer y tercer objetivo fueron parcialmente alcanzados y los objetivos cuartos y quintos fueron no alcanzados (11).

TOCAS RÍOS Gladys Marlene, 2018 lima título: cuidados de enfermería con fibrosis pulmonar hospital regional docente las mercedes Chiclayo 2018. Objetivos: Realizar la valoración integral de enfermería desde una perspectiva holística y diseñar un plan de cuidados personalizado. Metodología: Se aplicó las taxonomías NANDA, NIC y NOC en el proceso de atención de enfermería de una persona de 54 años con fibrosis pulmonar complicada. Resultado: el objetivo fue la valoración, teniendo en cuenta las necesidades afectadas según Virginia Henderson, además se



aplicó la taxonomía NANDA, NIC Y NOC con un lenguaje estandarizado que permite a los enfermeros seguir cuidados basados en la calidad. Conclusión: los cuidados de enfermería restablecen la vida de las personas y favorecen una muerte digna en las personas en fase terminal (12).

FLORES CHURRA Carlos Marx, 2018, Tacna-Perú título: Calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del hospital Unanue de Tacna, 2013-2017. Objetivo: Determinar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar. Método: estudio observacional analítico transversal y prospectivo. Resultados: los pacientes fueron mayormente del sexo femenino (51.2%), tiene 70 y 79 años (39%) y 22% entre 60 y 69 años, el 34.1% no tiene ocupación y el 51.2% se dedica a su casa. Según análisis socioeconómico el 85.4% es pobre y el 7.3% extrema pobreza. La calidad de vida mostró que el 65.9% tiene moderado compromiso, el 19.5% leve y el 14.6% alto compromiso. El tiempo de enfermedad y la ocupación fueron los principales factores asociadas a la calidad de vida del paciente con fibrosis pulmonar. Conclusiones: Los pacientes con fibrosis pulmonar presentan en su mayoría regular calidad de vida asociado a su enfermedad, donde la esfera más comprometida fue la actividad, y los principales factores asociados a la calidad de vida fueron tiempo de enfermedad y ocupación (13).

FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, Lucía Agustina. Chiclayo 2018 Perú título: Cuidado de enfermera en adulto mayor con diagnóstico de fibrosis pulmonar atendido en el servicio de emergencia del hospital regional del norte de la Policía Nacional del Perú Chiclayo, 2017. Método: Caso clínico aplicado a una persona adulta mayor con fibrosis pulmonar difusa. Conclusiones: Resalta la necesidad de oxigenación por pérdida de unidades alveolo capilares funcionales, ocasionándole dificultad respiratoria severa (14).

## 2.2 BASES TEÓRICAS

### **TEORÍA DE MARJORY GORDON: La teoría de la valoración**

El sistema de valoración de Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración. Quien Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de formas de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro potencial humano.

**Patrón 1: Percepción Mantenimiento de la salud,** Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar.

Observación: Nos muestra que los pacientes que padecen de fibrosis pulmonar, tienen alterado dicho patrón, ya que su salud y bienestar se encuentra alterado. estos pacientes presentan disnea y no pueden mantener su oxigenación por sí solos, esta es la razón por lo que se mantiene con oxígeno artificial, conectados a una cánula o a una mascarilla de oxígeno.

**Patrón 2: Nutricional-Metabólico** Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas. Incluye:

- Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).
- Medidas antropométricas.
- Aspectos psicológicos de la alimentación.
- Lesiones cutáneas. Estado de la piel, membranas mucosas y dientes

observaciones: nos muestra que los pacientes con fibrosis pulmonar no pueden estar sin oxígeno artificial, la cual tienden a sufrir bajo peso y disminución de su masa pulmonar y una desnutrición que conlleva a una

deshidratación por no ingerir alimentos normalmente porque no pueden digerir ni deglutir los alimentos fácilmente lo que altera su metabolismo. y también la falta de piezas dentarias.

**Patrón 3: Eliminación,** Conoce los patrones de la función excretora de la persona. Incluye:

- Actividades de la vida diaria.
- Actividades recreativas.
- Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

Observación: Los pacientes con fibrosis pulmonar tienden a tener alterado este patrón porque su deterioro del intercambio de gases no puede ser eliminado por exhalación el anhídrido carbónico y así la eliminación del mismo no pueden ser normal.

**Patrón 4: Actividad-Ejercicio** Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento. Incluye:

- Actividades de la vida diaria.
- Cantidad y tipo de ejercicio y deporte.
- Actividades recreativas.
- Factores que interfieren en la realización de las actividades *deseadas*

Observación: Los pacientes con Fibrosis pulmonar deben realizar su actividad diaria, incluyendo ejercicios físicos, con limitaciones, pues fácilmente se cansan producto de la enfermedad, porque su sistema de resistencia física se encuentra deteriorado, es recomendable que estén en contacto con la naturaleza, para que puedan obtener del ambiente más oxígeno, ya que sus pulmones se encuentran endurecidos imposibilitando la ventilación espontánea

**Patrón 5: Sueño-Descanso** Describe los patrones de sueño, reposo y relajación. Incluye:

- Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo.

- Ayudas para el sueño y el descanso.

Observación: Los pacientes con fibrosis pulmonar tiene deteriorada su función pulmonar y generalmente sufren de disnea, a causa del mal funcionamiento pulmonar, y esto provoca que no puedan conciliar su sueño y dormir periodos largos de tiempo porque tienen temor de ahogarse.

**Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo**, Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona. Incluye:

- Situación de los sentidos sensoriales.
- Utilización de sistemas de compensación o prótesis

Observación: Los pacientes con Fibrosis Pulmonar desconocen la gravedad de su enfermedad, esto ocasiona que muchas veces ellos niegan a seguir estrictamente con las indicaciones de los profesionales médicos. Estas personas no saben que se irá complicando rápidamente y que a corto tiempo van a morir, por esta razón ellos no cooperan adecuadamente.

**Patrón 7: Autopercepción- Autoconcepto**, describe los patrones de auto concepto y percepción del estado de ánimo. Incluye:

- Actitud de la persona
- Imagen corporal y patrón emocional.
- Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular.
- Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla

Observación: Los pacientes de Fibrosis pulmonar, al descubrir su gravedad, sienten miedo de que sus familiares cercanos los abandonen, porque se convierte en una verdadera carga, estos pacientes se vuelven malgeniosos, resentidos y detestan de la vida que deben afrontar.

**Patrón 8: Rol-Relaciones**, describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones. Incluye:

- Percepción de las responsabilidades de su rol.
- Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales

Observación: La persona con fibrosis pulmonar tiene temor que la persona que lo cuida se canse de él y lo abandone, pues el cuidador no tiene descanso y tampoco quien lo releve, por lo que el paciente sufre desagrado.

**Patrón 9: Sexualidad-Reproducción**, describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona. Incluye:

- Satisfacción con la sexualidad.
- Trastornos de la sexualidad.
- Problemas en etapa reproductiva de la mujer.

observación: Los pacientes con fibrosis pulmonar se afectan emocionalmente, porque no pueden mantener relaciones sexuales, ya que sus pulmones no pueden tomar el oxígeno necesario, y tienen que privarse de la actividad sexual, pues el riesgo de que le un infarto cardiopulmonar es muy alto.

**Patrón 10: Tolerancia al Stress**, Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés. Incluye:

- Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad.
- Manejo del estrés.
- Sistemas de soporte y ayuda.
- Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Observación: Estos pacientes tienen un alto índice de estrés, pues por su condición de salud se encuentran conectados a oxígeno artificial, no

pueden salir solos a la calle, están permanentemente vigilado por una persona responsable, tienen mucho miedo a morir, por lo que ellos requieren de terapia psicológica.

**Patrón 11: Valores-Creencias,** Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones. Incluye:

- Cosas percibidas como importantes en la vida.
- La percepción de la calidad de vida.
- Conflicto con los valores o creencias importantes.
- Las expectativas relacionadas con la salud [12].

Observación: Los pacientes con fibrosis pulmonar tienen predisposición a recibir ayuda espiritual, esto los conforta, y le ayuda a aceptar de mejor manera su condición. Se aferran a las creencias, se acercan a Dios, se refugian en las promesas que a través de su asesora espiritual conocen. Se preparan para morir con dignidad, ya que su patología es degenerativa.

## **TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON DE LAS 14 NECESIDADES**

Virginia Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida. El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas. que parten desde las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería pertenece a la tendencia, suplencia o ayuda. Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos, psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos

### **Elementos más importantes de su teoría**

- La enfermera asiste en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzando una muerte en paz.
- Introduce y o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros, esferas en la que se desarrollan los cuidados.

### **MODELO DE CUIDADOS DE HENDERSON**

Independiente. - Situación en la que la persona satisface sus necesidades fundamentales por sí solo, mediante las acciones adecuadas.

Dependiente. - Situación en la que una o varias necesidades no están satisfechas por que no sabe, no puede, no recibe la ayuda necesaria.

### **LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal
9. Evitar los Peligros del entorno

10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos, u opiniones
11. Ejercer culto a dios acorde con la religión
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio
14. Estudiar, describir o satisfacer las curiosidades que conducen a un desarrollo normal de la salud.

### **Ventajas del modelo de cuidados de Virginia Henderson**

Algunas de las ventajas de la utilización del modelo de Virginia Henderson son:

- Adaptable al contexto de enfermería.
- Es posible emplearlo en todos los campos de actuación.
- Abundante información.
- Incluye el papel de colaboración como parte de la actuación de enfermería.
- Descubre a la persona como un todo.
- Reconoce el potencial de cambio de la persona.
- Posee un método de resolución de problemas.
- Uso del lenguaje estandarizado NANDA, NOC Y NIC

## **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

### **Fibrosis pulmonar**

La fibrosis pulmonar es una afección en la cual el tejido de los pulmones se daña y se produce cicatrices y, por lo tanto, se vuelve grueso y duro. Esto hace que los pulmones no funcionen correctamente, produce dificultades a la



hora respirar y es posible que la sangre no reciba el oxígeno suficiente. Cuando los expertos realizan los análisis de la función pulmonar, mediante espirometría, pueden encontrar limitaciones pulmonares y modificaciones en el intercambio habitual de gases que lleva a cabo el pulmón.

En la mayoría de los casos los médicos no pueden individualizar la causa del problema. Cuando no puede encontrarse una causa, la afección recibe el nombre de fibrosis pulmonar idiopática.

### **Tipos de fibrosis**

- **La Fibrosis Pulmonar Idiopática** es una enfermedad pulmonar crónica de origen desconocido que afecta al intersticio pulmonar de manera progresiva, y causa la cicatrización del tejido pulmonar. como consecuencia los pulmones no pueden suministrar al torrente sanguíneo el oxígeno necesario y el desarrollo del tejido fibroso o cicatricial causa una restricción respiratoria progresiva

Es una enfermedad de difícil diagnóstico que requiere la consulta de neumología, histopatología, y un radiólogo para llegar a consenso en el diagnóstico. La mayoría de la gente con fibrosis pulmonar idiopática experimenta síntomas tales como disnea, y tos, con o sin esputo. Con el tiempo, estos síntomas se asocian con una declinación en la función pulmonar, reducción de la calidad de vida, y últimamente la muerte.

Asimismo, hay factores que pueden agravar la fibrosis pulmonar idiopática como el tabaquismo o el reflujo gastroesofágico. En la actualidad no existe un tratamiento curativo para las fibrosis idiopáticas bien existen tratamiento anti fibrótico que consiguen ralentizar la progresión de la enfermedad, A pesar de que el pronóstico no es bueno,

- **La fibrosis quística** es una enfermedad pulmonar crónica de origen genético(hereditario) que no solo afecta a los pulmones sino también al aparato digestivo. Su origen está en el déficit o funcionamiento defectuoso de la proteína reguladora de la tras membrana de la fibrosis quística

(CFTR), implicancia en el control de la circulación del sodio y cloro, como consecuencia las células de las vías respiratorias y el tracto digestivo segregan mucho más moco del necesario para lubricar estos conductos. Este moco es muy espeso y pegajoso, lo que causa obstrucciones. Infecciones, dificultad respiratoria y problemas en el funcionamiento de otros órganos digestivos, los síntomas respiratorios de la fibrosis quística pulmonar son tos, crónica, sibilancias, infecciones y falta de aliento, mientras que los síntomas gastrointestinales suelen ser las deposiciones grasas y mal olientes, pérdida de peso o incapacidad para ganar a pesar de llevar una alimentación saludable. Por tanto, la diferencia entre la fibrosis quística pulmonar y la fibrosis pulmonar idiopática es que la primera es de origen genético y se diagnostica en la adolescencia, mientras que la segunda suele afectar a personas mayores de 50 años y es de causa desconocida. Aunque hay factores predisponentes genéticos y ambientales.

### **Descripción de la enfermedad**

La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) afecta al intersticio pulmonar de manera progresiva. La mediana de supervivencia de pacientes con esta enfermedad en el Reino Unido es de aproximadamente 3 años desde el diagnóstico. Sin embargo, alrededor de un 20% de la gente diagnosticada sobrevive más de 5 años. La FPI es una enfermedad que provoca engrosamiento, rigidez y cicatrización del tejido de sus pulmones a lo largo del tiempo. En consecuencia, la cicatrización reduce la capacidad para transferir oxígeno desde los pulmones al torrente sanguíneo, por lo que resulta difícil respirar profundamente. Los pacientes en una etapa leve de la enfermedad suelen ser asintomáticos, o con suave tos no productiva y disnea en estados de esfuerzo excesivo. Los exámenes de Capacidad Vital Forzada (CVF) pueden dar resultados normales o con leves reducciones en la capacidad. Los pacientes con una etapa moderada se caracterizan por tener disnea en estados de esfuerzo

moderado, tos no productiva, y la funcionalidad pulmonar con anomalías leves a moderadas. En referencia a lo último, la CVF puede presentarse reducida. La etapa avanzada está caracterizada clínicamente por disnea en estados de esfuerzo leve y requerimientos de oxígeno suplementario en estados de descanso y/o esfuerzo. Los exámenes de CVF generalmente muestran reducciones moderadas a severas en la función pulmonar

**FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA** Histopatológicamente se caracteriza por el compromiso en parches, con distribución variable alternando zonas de fibrosis intersticial, inflamación, panal de abejas y pulmón normal. La mayor parte de la fibrosis es un material eosinofílico de colágeno que se deposita y engrosa los septos alveolares y forma cicatrices en parches, con poca inflamación y pocas células estromales. Frecuentemente se acompaña de formaciones en panal de abejas, el cual no es exclusivo de la fibrosis pulmonar y se caracteriza por la dilatación de espacios alveolares cubiertos por epitelio bronquiolar o neumocitos alveolares hiperplásticos, con septos gruesos con colágeno a celular y algunas células de inflamación crónica

La FPI se trata de una enfermedad pulmonar alveolo intersticial, en la cual se produce un daño en el epitelio y como consecuencia una acumulación de fibroblastos en los espacios alveolares. Se cree que el desencadenante pueden ser estímulos exógenos en sujetos predispuestos genéticamente induciendo así el daño descrito y su posterior fallo en la correcta reparación. Esto da lugar con una fibrosis progresiva caracterizada por alteraciones radiológicas e histológicas de neumonía intersticial usual (NIU). Comienza con un exceso de producción de colágeno y posterior formación de tejido cicatrizante impidiendo así la correcta función de intercambio gaseoso ya que se reduce el tejido viable para ello.

**La patogénesis** de la fibrosis pulmonar idiopática se desconoce, pero se cree que es producido por varios estímulos como contaminantes ambientales, agentes infecciosos, agentes químicos, genéticos, etc. Esto ocasiona múltiples focos microscópicos de proliferación de fibroblastos, depósito de colágeno y progresión de la lesión intersticial. Los estudios de microscopio electrónico e inmunohistoquímica han mostrado que los cúmulos de fibroblastos representan focos microscópicos de lesión pulmonar aguda, que destruyen las células que recubren el alveolo y se denuda la membrana basal. La proliferación de fibroblastos se presenta como respuesta que trata de reparar el alveolar. Este proceso dura de una a dos semanas, es seguido por depósito de colágeno en los meses siguientes. Aunque pueden encontrarse células inflamatorias mono nucleares, la inflamación intersticial y el cúmulo de macrófagos alveolares, si ocurren, son eventos secundarios.

## **FISIOPATOLOGÍA**

La enfermedad se caracteriza por presentar los siguientes síntomas:

- a. Insuficiencia respiratoria de tipo restrictivo, ya que el pulmón fibroso esta rígido y se moviliza mal.
- b. trastorno de la difusión de los gases, porque los que están contenidos en los alveolos se alejan de la hemoglobina de los hematíes, al estar engrosado
- c. el intersticio comprime los vasos y favorece la aparición de la hipertensión pulmonar. En cuanto a sus manifestaciones clínicas, suele haber disnea, cianosis, taquipnea, y a veces tos y acropaquías. Exploración física del tórax La inspección demuestra la taquipnea. La palpación y la percusión son poco útiles. La auscultación muestra estertores húmedos de carácter metálico en las bases

## **DIAGNOSTICO**

La historia clínica detallada del paciente para ayudar a excluir diagnósticos alternativos, incluyendo enfermedades pulmonares asociadas a exposición ambiental y ocupacional. Además se deben tomar exámenes relativos a la función pulmonar, como espirometría, gases en sangre, radiografía de tórax, tomografía axial computarizada de tórax, entre otros. El subgrupo que se considera para los tratamientos evaluados son los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática leve a moderada.

## **ALTERNATIVAS DISPONIBLES**

Trasplante de pulmón No existe tratamiento curativo para esta patología. La única alternativa disponible sería el trasplante de pulmón. Sin embargo, esta opción es para un número limitado de pacientes, ya que no todos presentan las condiciones clínicas para esta intervención, por lo que es fundamental que el paciente sea tratado por un broncopulmonar, para el manejo de las gravedades e indicación de kinesioterapia respiratoria y oxígeno en caso de ser necesario. Por otro lado, la rehabilitación respiratoria reduce la intensidad de la disnea, mejora la capacidad de actividad física y reduce la ansiedad. Además, ésta disminuye el número de hospitalizaciones. Oxigenoterapia La oxigenoterapia puede disminuir las complicaciones derivadas de niveles bajos de oxígeno en la sangre, facilita la respiración y la actividad física y mejora la sensación de bienestar.

## **CAUSAS**

Sus causas aún son desconocidas y los expertos continúan estudiándolas. Sin embargo, hay ciertos riesgos que ayudan a fomentar esta enfermedad, por ejemplo, el tabaco. Según el número de cigarrillos que se fumen al día, y los años de fumador, varía el riesgo de padecer fibrosis pulmonar.

También se ha encontrado relación con algunos medicamentos comunes, como los antidepresivos, aunque los expertos desconocen el porqué. Otro motivo puede ser cuando el reflujo del ácido gástrico va hacia la vía respiratoria de forma crónica.

Así mismo, existen causas ambientales, tanto en el medio rural como urbano. La exposición a ciertas sustancias como el serrín, el acero, el plomo, el latón o la madera de pino, se asocia, también, con el desarrollo de esta enfermedad. Es conocido que en nuestro medio la mayoría de las personas que migran, lo hacen de regiones donde se acostumbra a usar biomasa como combustible.

**SINTOMAS.** - son muy variados. Puede que el paciente no tenga ningún tipo de Indicio o que note sensación de ahogo al realizar cualquier esfuerzo. Generalmente, el primer síntoma es la **disnea** al llevar a cabo ejercicios básicos que no requieren un gran trabajo como, por ejemplo, caminar.

A esto suele unirse la **tos** (habitualmente en horas nocturnas) que puede ser seca o con flemas. Otros signos que determinan que se puede padecer esta afección son el **cansancio**, la pérdida de peso sin razón aparente, **dolores musculares** y en las **articulaciones**.

### **Prevención**

Dado que no se conocen las causas exactas de esta afección, no se disponen de protocolos para prevenir su aparición.

No obstante, se pueden tomar medidas generales para mejorar la condición física y manejar los síntomas que se produzcan, como **realizar ejercicio regularmente**.

La fibrosis pulmonar es una enfermedad inflamatoria causada por la cicatrización del tejido pulmonar. Cuando hablamos de fibrosis idiopática que es mucho más frecuente y cuya evolución y pronóstico es peor.

## **Tratamientos**

Debido a que todavía se trata de una enfermedad cuyas causas son desconocidas, no se ha podido establecer un protocolo común para su tratamiento.

Entre los fármacos recetados se encuentran los **corticoides**. Entre el 10 y el 30% de los pacientes muestran mejorías tras seguir este tratamiento.

Es poco probable que la enfermedad desaparezca a base de estos medicamentos, pero sí puede producir mejorías en los pacientes.

Otras formas de tratamiento que los expertos suelen recetar son la pirfenidona (se emplea para tratar específicamente la fibrosis pulmonar y se toma por vía oral) o nintedanib, utilizado en el tratamiento de la misma enfermedad y que pertenece al grupo de los inhibidores de la quinasa. Administrar el tratamiento antifibrótico más reciente disponible: La recomendación actual está hacia la administración de Pirfenidona como medicamento antioxidante, antiinflamatorio y antifibrótico el cual reduce significativamente la tasa de caída de la capacidad vital forzada; y la N-acetilcisteína que tiene un efecto antioxidante

**Las principales complicaciones** y comorbilidades que pueden presentar los pacientes con FPI:

- Descompensación aguda: su diagnóstico se basa en el paciente con diagnóstico previo de la enfermedad que cursa con rápido deterioro de la misma, evidenciado por empeoramiento progresivo de la disnea e hipoxemia en los últimos treinta días respecto a niveles basales, sin otra causa etiológica identificable como infecciones o falla cardíaca.
- Hipertensión pulmonar: se encuentra entre el 30 y 45% de los pacientes con FPI que han sido evaluados para trasplante pulmonar, es definida como la presión pulmonar media mayor de 25 mmHg. El desarrollo de esta complicación empeora la calidad de vida de los pacientes con EPI al

producir mayor disnea, empeoramiento del intercambio gaseoso y mayor mortalidad comparada con quienes no la desarrollan.

- **Reflujo gastroesofágico:** con una prevalencia entre 66%-87% en pacientes con FPI se ha relacionado más como causa etiológica y de progresión de la enfermedad debido posiblemente a presencia de micro aspiraciones 6,9.

- **Otras:** la enfermedad cardiovascular y el trombo embolismo venoso se han encontrado en pacientes con FPI y el neumotórax a tensión con una incidencia del 11%

**La Recomendación General** es evaluar siempre el estadio de la enfermedad, los factores pronósticos y comorbilidades, así las posibilidades terapéuticas estarían centradas en evitar los factores de riesgo que agravan la enfermedad ente ellas tenemos:

- **Tabaquismo.** Muchos más fumadores y ex fumadores padecen fibrosis pulmonar que personas que nunca fumaron. La fibrosis pulmonar puede producirse en pacientes con enfisema.
- **Determinadas ocupaciones.** Las personas que trabajan en minería, agricultura o construcción o que están expuestas a contaminantes que se sabe dañan los pulmones tienen mayor riesgo de presentar fibrosis pulmonar.
- **Tratamientos oncológicos.** Recibir tratamientos con radiación en el tórax o determinados fármacos para quimioterapia puede aumentar el riesgo de fibrosis pulmonar.
- **Factores genéticos.** Algunos tipos de fibrosis pulmonar son hereditarios, y los factores genéticos podrían ser un componente. Tratar los síntomas.



- **La oxigenoterapia domiciliaria** está indicada en pacientes con FPI que presentan hipoxemia en reposo ( $SaO_2 < 88\%$ ) o caída importante de la misma.
- **La rehabilitación pulmonar**, aunque no ha demostrado efectos benéficos en la supervivencia a largo plazo, si parece mejorar la calidad de vida y los resultados de la prueba de caminata de 6 minutos; otros estudios recientes recomiendan la inclusión de estos pacientes a los programas de rehabilitación pulmonar en estadios tempranos de la misma, ya que obtienen beneficios más duraderos.

**CUIDADO:** es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir).

El **cuidado** implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio es la actividad clave que define la labor de la enfermera. Un cuidado estandarizado, protocolizado y regulado que establece exigencia y eficacia.

**CALIDAD DE ATENCION:** Por su parte la Organización Mundial de Salud (OMS) define: "la **calidad** de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una **atención** sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente.

**Adulto mayor:** La organización panamericana de la salud (OPS) considera como personas mayores aquellas que tienen 60 años a más a partir de 1996. La organización de las naciones unidas (ONU), denomino a este grupo poblacional como Adulto mayor, de conformidad a la resolución 50/141 aprobada por su asamblea general.

**Cuidados en Hospitalizado:** El cuidado de enfermería en los servicios de hospitalización, se evidencia en la atención integral e individualizada que deben brindar a los pacientes hospitalizados con diversas patologías, con grado de dependencia I.II.III.IV en diferentes edades, con un promedio de

permanencia hospitalaria mínimo una semana y un máximo de de tres meses, allí aplicas todas las posibilidades de cuidados( técnicas, procedimientos ,comodidad, confort, comunicación, apoyo emocional, apoyo físico, empatía, entre otros), cumpliendo la terapéutica medica indicada, el control y registro de las funciones vitales , técnicas y procedimientos de enfermería, control de medicina y materiales y equipos, el registro documentario formal, aplicando los principios éticos y bioéticas.

**Cuidados de enfermería a pacientes** con fibrosis: Esta definición abarca algo más que el entrenamiento físico, como lo es el control clínico y los factores de riesgos, consejo nutricional, etc. el cuidado de las pacientes con alteraciones respiratorias requiere profesionales de enfermería con conocimiento en valoración y el manejo clínico de las alteraciones específicas y su repercusión para el paciente y su familia.

### **III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

#### **PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA**

##### **1. VALORACIÓN**

###### **1.1. DATOS DE FILIACIÓN**

Paciente: Solórzano García Alejandro

Edad: 75 años

Sexo: masculino

Estado civil: Casado

Fecha de nacimiento: 04 -02 -1945

lugar de nacimiento: Ancash

Domicilio actual: A.A.H.H. r señor de la soledad Mz Y lote 10–  
chancay

Número de Historia: 97959

Fecha de ingreso al hospital emergencia: 11-02-19

Fecha de ingreso a hospitalización medicina: 13-02-20

DX. de ingreso: insuficiencia respiratoria por fibrosis pulmonar

###### **1.2. MOTIVO DE CONSULTA**

Familiares(hija) refieren que inicia cuadro hace aproximadamente 1 semanas con tos productiva, verdosa acompañada de dolor torácico y abdominal con agitación, disnea, niega fiebre, al cual no toman importancia ,pero la sintomatología persiste y se hace exigente presenta escalofrío, hiperexia, insomnio por dificultad respiratoria por lo que es llevado a emergencia del hospital de chancay donde deciden hospitalizarlo.

### **1.3. ENFERMADAD ACTUAL**

paciente con dificultades para respirar con disnea agitación, con oxígeno por cánula binasal a 3 litros. Regular estado de hidratación, curso de la enfermedad progresivo, tos, disnea en reposo, presenta roncales y crepitantes difusos en ambos campos pulmonares, con pérdida de peso. A su vez familiares refiere que hace 4 días presenta constipación la que se presenta repetidamente y mejora con el uso de leche magnesia

### **1.4. ANTECEDENTES**

#### **1.4.1 ANTECEDENTES PERINATALES**

Producto de parto eutócico a término, desarrollo psicomotriz, sin alteraciones significativas.

#### **1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES**

Esposa viva, aparentemente sana.

2 hermanas, 2 Hijos aparentemente sanos y nietos

#### **1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES**

Madre fallecida, desconoce las causas. Padre no lo conoció

Hábitos nocivos: exposición a biomasa, trabajo en mina desde los 15 años hasta los 48 años, apetito disminuido.

Patología: tiempo de enfermedad 6 días.

EPIC: 2017

RAM: niega

NIEGA: transfusiones sanguíneas, TBC

HTA: controla con medicamento 04-2019

FIBROSIS: pulmonar en tratamiento controles por neumólogo, detectado en 2016.

Artritis Reumatoide: 2019

#### **1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICO Y CULTURALES**

Vivienda propia de adobe ubicada en la zona rural, con servicios básicos, cría animales (gallinas).

### **1.5. EXAMEN FISICO**

Paciente en aparente regular estado general, REH. MEN, Lotep. Se le controla las funciones vitales:

Temperatura: 37 °C

Frecuencia Cardíaca: 98 X'

Frecuencia Respiratoria: 32 X' minuto

Presión Arterial: 150/87

Saturación de Oxígeno: 87%

Peso: 46 Kg

Piel: turgentes elásticas, hidratadas, diaforético

Cabeza y cuello: cráneo normo céfalo, tamaño acorde a la edad y sexo, no presenta tumoraciones, no hay dolor a la palpación.

Ojo: Simétricos, escleras: no ictericia

Nariz: Permeables no presenta lesiones.

Oído: Simétricos sin secreción

Boca: Permeable sin lesiones

Mucosa oral: Hidratada húmeda

Cuello: cilíndrico, móvil

Garganta: no congestiva

Tórax

- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos regular, no soplos

- Pulmonar: Roncantes y crepitantes difuso en ambos campos pulmonares

Abdomen: Blando depresible no doloroso

Genitourinarios: sonda foley, orina clara

Extremidades superiores: simétricas, sin edema

Extremidades inferiores: movilidad disminuida, Sin edema

Neurológico: orientado, despierto lotep.

### **Indicaciones médicas**

Cloruro de NA al 9 por ciento 1000cc I FCO.	Ceftazidima
Ciprofloxacino	Hidrocortisona
Bromuro de ipatropio	N-a cetil cisteína
Captopril 25mg	Metamizol 1g.
Nebulización con salbutamol 10 gotas	
tramadol 50 mg	
Lorsatan 50mg	Oxigeno por cánula
binasal	
Furosemida	
CFV -BHE	

### **Exámenes auxiliares de laboratorio**

#### **EXAMEN DE ORINA**

Aspecto: Ligeramente turbio  
Densidad: 1015  
PH: 8  
Leucocitos: 3--5 x c  
Hematíes: 50 xc  
Células epiteliales: 2- 4 xc  
Gérmenes: +

#### **HEMOGRAMA**

Glóbulos Rojos: 4760.0  
Hematocrito: 40.8  
Hemoglobina: 13  
Recuento de plaquetas: 385.000  
Proteína c reactiva: 96mg/l positivo  
Leucocitos: 8610  
Proteínas totales y fraccionadas.

Proteínas totales: 6.4

Albumina: 3.8

Globulina: 2.6

AGA: fecha 11-2-20

PH: 7.37

PCO2: 41.0

PO2: 106

AGA: fecha 13/2/20

PH: 7.54

PCO2: 42

PO2: 89

ELECTROLITOS 13-02-20

Calcio: 1.01

Potasio: 3.3

Sodio: 1.45

BIOQUIMICA

Calcio Iónico: 1.09

Creatinina: 1-1

Glucosa básica: 107

NA: 141

K: 2.6

Urea: 58

BALANCE HIDRICO:

12-02-20

Ingreso 2370.4

Egreso 2156.0

Balance +214.4

13-02-20

Ingreso 1650.4

Egreso 2566.o

Balance -915.6

## **1.6. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIO Y CLASES**

### **DOMINIO I: PROMOCIÓN Y GESTIÓN DE LA SALUD**

Clase 1: Promoción de salud, no identifica los posibles riesgos

Clase 2: Gestión de salud, falta de conducta para mejorar los cuidados de salud.

### **DOMINIO II: NUTRICIÓN**

Clase 1: Ingestión: Incapacidad para ingerir alimentos por presentar la patología.

Clase 5: Hidratación: Piel húmeda, hidratada no hay pliegue

### **DOMINIO III: ELIMINACION E INTERCAMBIO**

Clase 4: Función Respiratoria: Con oxígeno por cánula nasal (oxigenoterapia) por presentar, disnea.

### **DOMINIO IV: ACTIVIDAD / REPOSO**

Clase 1: Sueño/Reposo: Privación de sueño, malestar prolongado, tensiones ansiedad.

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar. - hipertensión en tratamiento. Manejo de vías aéreas, administración de oxígeno, de broncodilatadores, posición que alivie la disnea, regular ingesta de líquidos.

### **DOMINIO V: PERCEPCION / COGNICION**

Clase 4: Cognición: paciente con conocimiento deficiente de la patología



## **DOMINIO VI: AUTOPERCEPCION**

Clase 1: Auto concepto: Preocupación que tiene a que los familiares lo abandonen por su enfermedad.

Clase 2: Autoestima disminuida

## **DOMINIO VII: ROL / RELACIONES**

Clase 1: Rol del Cuidador: Duración de la necesidad del cuidador

Clase 2: Relaciones Familiares, recibe poca visita familiar, hija, nietos.

## **DOMINIO VIII: SEXUALIDAD**

Clase 2: Función Sexual: por el cansancio físico proveniente de su patología.

## **DOMINIO IX: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Clase 2: Respuesta de afrontamiento: tristeza profunda, miedo al proceso de morir.

## **DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES**

Clase 2 Creencias: Religión católica

## **DOMINIO XI: SEGURIDAD / PROTECCION**

Clase 2: Lesión Física, herida por venopunción, roncales en ambos campos pulmonares, disnea.

Clase 4: Peligros ambientales, cama con barandales, oxígeno empotrados

Clase 6: Termorregulación: temperatura adecuada 37°C, regula temperatura.

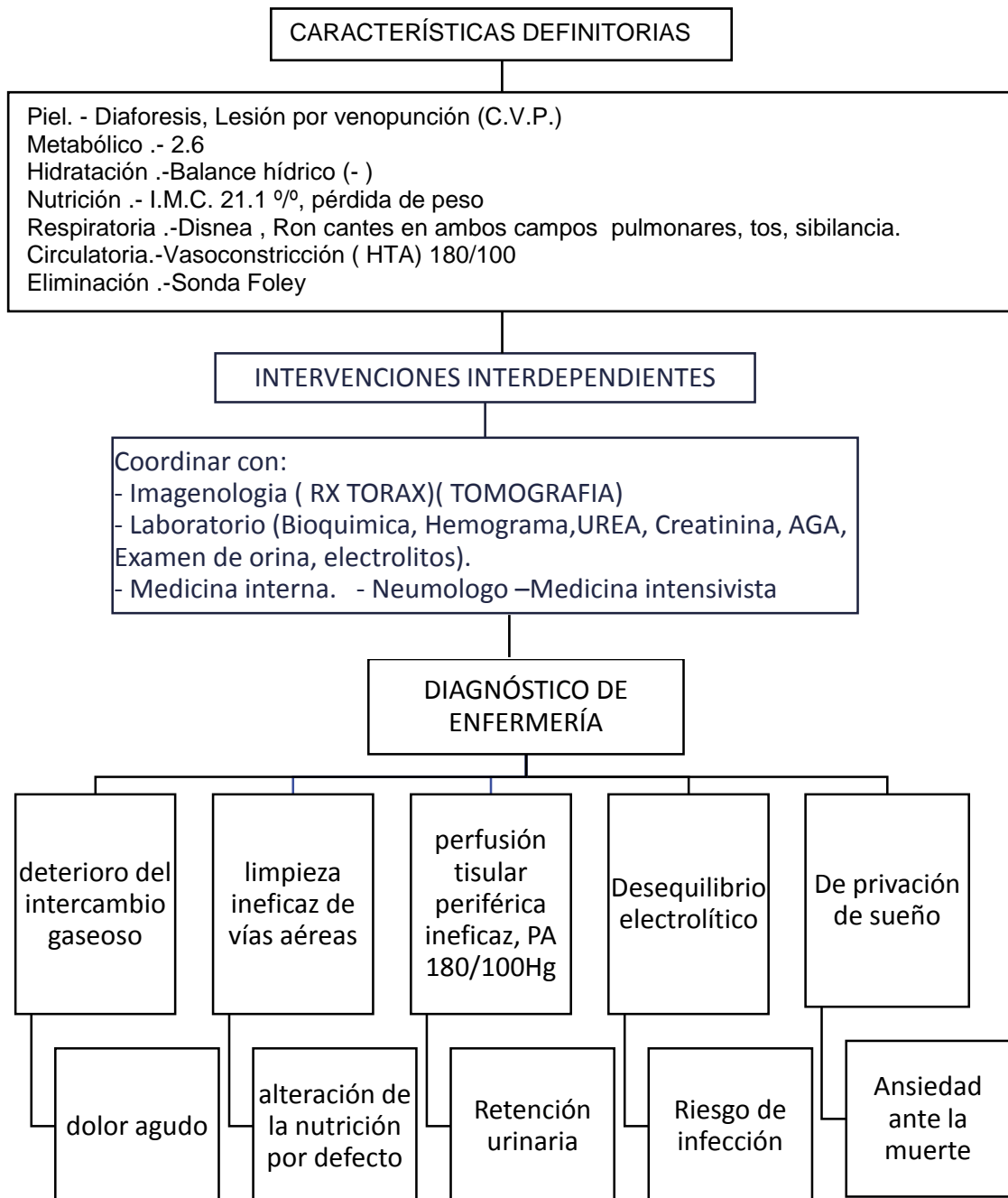
## **DOMINIO XII: CONFORT**

Clase 1: Confort Físico: dolor torácico abdominal

Clase 2: Confort ambiental, camas eléctricas. Colchones de esponjas, cubiertas con sábanas limpias y batas hospitalarias.

## 1.7. ESQUEMA DE VALORACIÓN

### FLUJOGRAMA



## **2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

### **2.1. LISTA DE HALLASGOS SIGNIFICATIVO**

Potasio: 2.6

Saturación oxígeno: 88 por ciento

Roncantes y crepitantes en ambos campos pulmonares

Secreción verdosa abundante

Disnea en reposo

Adelgazado. índice de masa corporal (I.M.C.) 21.1 %

Presión arterial :180/100

Anuria.

Dolor torácico-abdominal

Balance hídrico negativo

Lesión por veno-punción

Expresa intranquilidad, aumento de la tensión, fatiga.

### **2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS**

#### **SIGNIFICATIVOS**

Nivel de potasio bajo (inestable)

Patrón respiratorio ineficaz

Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado a acumulo de secreciones

Deficiencia de la captación de oxígeno (disnea)

Alteración de la nutrición por defecto

Alteración del post carga

Retención urinaria

Dolor agudo

Exceso de volumen de líquido

Riesgo de infección

Temor, ansiedad

## **Priorización de diagnóstico**

- 1.- Deterioro del intercambio gaseoso, Relacionado a la falta de oxígeno en el cuerpo y cambio en la membrana alveolar –capilar. Manifestado por la disnea, agitación.
- 2.- Limpieza ineficaz de vías aéreas, relacionado a acumulo de secreciones, manifestado por presencia de roncales y crepitanes.
- 3.-Perfusión tisular periférica ineficaz relacionada a presión arterial elevada evidenciado por presión arterial 180/100 Hg.
- 4.- Desequilibrio electrolítico, relacionado a la alteración de la función renal, evidenciado por nivel de potasio disminuido (hipocalemia)
- 5.- Dolor agudo, relacionado al aumento del esfuerzo respiratorio, manifestado por el paciente en la zona torácico abdominal.
- 6.- Alteración de la nutrición por defecto, relacionado a disminución de la ingesta alimenticia (dificultad por la tos y disnea), manifestado por la pérdida de peso por no comer la cantidad adecuada de alimentos.
- 7.-Deterioro de la eliminación urinaria (anuria) relacionado a la alteración de la función renal evidenciado por la colocación de sonda Foley
- 8.- Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos: catéter periférico, sonda Foley, hospitalización prolongada.
- 9.- De privación de sueño, relacionado a malestar prolongado. Manifestado por ansiedad, irritabilidad y malestar.

10.- Ansiedad ante la muerte, relacionado a la, tristeza profunda, miedo a morir manifestado por la enfermedad o agonía por la patología existente (fibrosis pulmonar).

### 2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICOS
Estado Respiratorio	falta de oxígeno en el cuerpo y cambio en la membrana alveolar –capilar	Disnea, taquipnea agitación. Saturación de oxígeno 88 por ciento	Deterioro del intercambio gaseoso, Relacionado a la falta de oxígeno en el cuerpo y cambio en la membrana alveolar –capilar. Manifestado por disnea, agitación.
Vías aéreas ineficaz	Mucosidad, secreciones bronquiales	Roncos, Crepitantes	Limpieza ineficaz de vías aéreas, relacionado a acumulo de secreciones, manifestado por presencia de roncantos y crepitantes
Inquietud, quejumbroso	Tos frecuente aumento del esfuerzo respiratorio	Expresión verbal	Dolor torácico-abdominal relacionado al aumento del esfuerzo respiratorio, evidenciado por expresión verbal
Alteración de la nutrición	Biológico Incapacidad para ingerir alimentos	Adelgazado Disminución de apetito	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a la disminución de la ingesta alimentaria (Dificultad por la tos y disnea), manifestado por la pérdida de peso por no comer la cantidad adecuada de alimentos.
Patrón emocional	falta de captación de oxígeno miedo, temor al proceso de morir	Tristeza e irritabilidad	- Ansiedad ante la muerte relacionado a miedo a la perdida de aire(oxígeno).

### 3. PLANIFICACIÓN

#### 3.1. Esquema de planificación

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación
<p>Deterioro del intercambio gaseoso, Relacionado a la falta de oxígeno en el cuerpo y cambio en la membrana alveolar – capilar. Manifestado por disnea, agitación.</p>	<p>Intercambio gaseoso aceptable o dentro de los límites normales (00030)</p>	<p><b>Monitorización respiratoria (3350)</b>            -vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones            -observar si hay fatiga muscular diafragmática</p> <p><b>Oxigenoterapia (3320)</b>            -Administrar oxígeno humidificado, según ordenes médicas. Y necesidad del paciente.            -Asegurar la colocación de la mascarilla(cánula) de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo.            -controlar la eficacia de la oxigenoterapia, (gasometría Arterial)            -observar los cambios en la conciencia, orientación y comportamiento            -administrar broncodilatadores según ordenes            -colocar al paciente en posición fowler o semifowler, para permitir máxima ventilación            -Auscultación ACP en busca de ruidos anormales</p> <p><b>Realizar y valorar resultados de A.G.A.</b>            -Mantener un acceso venoso permeable</p>	<p>Paciente mejorara Intercambio gaseoso</p>

<p>Limpieza ineficaz de Vías aéreas, relacionado a acumulo de secreciones, manifestado por presencia de roncantes y crepitantes en ambos campos pulmonares.</p>	<p>Estado respiratorio Permeabilidad de vías aéreas (0410)</p>	<p><b>Manejo de vías aéreas (03140)</b>          -Administración de oxígeno          -auscultar ambos campos pulmonares          -colocar al paciente en la posición que permita que potencial de ventilación sea el máximo posible          -controlar frecuencia respiratoria y oximetría de pulso          -valorar el color, la viscosidad y la cantidad de esputo          -realizar aspiraciones de secreciones si es necesario          -administrar tratamiento indicados          -administrar broncodilatadores.          Nebulizaciones          Realizar fisioterapias respiratorias después de cada nebulización          Fomentar una respiración lenta y profunda.          -regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos          -vigilar el estado respiratorio y la oxigenación.          -valorar la habilidad del paciente para utilizar el inhalador, tomando en cuenta la edad, el estado de salud, capacidad cognitiva, etc.</p>	<p>Paciente mantiene vías aéreas permeables, Frecuencia respiratoria 20 x minuto</p>
<p>Dolor torácico abdominal relacionado al aumento del esfuerzo respiratorio, evidenciado por expresión verbal</p>	<p>Valorar adecuadamente el nivel del dolor (2102)</p>	<p><b>Manejo del dolor (1400)</b>          -Control funciones vitales          -Valorar característica del dolor, duración, frecuencia, intensidad.          -Brindar comodidad y confort          -Administración de analgésico, tramadol 50mg          -Disminuir o eliminar los factores que precipitan o aumenten el dolor (miedo, fatiga)</p>	<p>Paciente controla dolor con escala del dolor 3/10</p>
<p>Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a la disminución de la ingesta alimentaria/ dificultad por la tos y disnea/, manifestado por la pérdida</p>	<p>Estado nutricional (1004) Control de peso (1612)</p>	<p><b>Manejo de la nutrición (1100)</b>          -valorar el estado nutricional, pesar al paciente si es necesario          -auscultar los sonidos intestinales          -Vigilar la dieta Comer bien, mantener una dieta equilibrada.          las personas con FPI se les hace más difícil respirar con el estómago lleno, porque el diafragma no tiene espacio para expandirse, por lo que debe proporcionar comidas más</p>	<p>Paciente con peso adecuado</p>

de peso por qué no come la cantidad adecuada de alimentos.		frecuentes, pero menos copiosas. -mantener buena higiene oral antes y después de las comidas en la noche es necesario comer alimentos de fácil digestión -enseñarle a descansar después de tomar cada bocado de alimentos. Crear un ambiente relajado y agradable antes de la comida. -Enseñarle al paciente y al familiar planificar adecuadamente las comidas Valorar la necesidad de suplemento nutricional.	
-Ansiedad ante la muerte relacionada a miedo a la pérdida, de oxígeno, evidenciado por angustia y preocupación	Control de la ansiedad (1402) reducción de su ansiedad, con el regreso de un patrón respiratorio adecuado	Disminución de la ansiedad (1100) -valorar el nivel de ansiedad -estimular al paciente a que exprese sus sentimientos -proporcionar información cuidadosa sobre fibrosis y todos los procedimientos -brindar comodidad y confort Brindarle apoyo psicológico y emocional -interconsulta con psicología. -permanecer con el paciente durante la disnea -fomentar el reposo y a la compañía frecuente de familiares.	Ansiedad disminuida

#### 4. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

##### 4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE

**S:** Paciente refiere me falta el aire, tengo tos y me duele la barriga tanto toser.

**O:** En el servicio de medicina en el hospital de chancay se encuentra hospitalizado paciente varón adulto mayor en posición semi fowler con oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto, con hidratación cloruro de NA 9/0 como vía en el brazo izquierdo paciente adelgazado con bajo peso, despierto LOTEPE, con sonda Foley. orina



amarilla clara, piel y mucosas ligeramente hidratadas, con roncales en ambos campos pulmonares, dolor a la palpación en abdomen con leve disnea, responde a interrogatorio.

**A:** Deterioro del intercambio gaseoso, Relacionado a la falta de oxígeno en el cuerpo y cambio en la membrana alveolar –capilar. Manifestado por disnea, agitación.

- limpieza ineficaz de Vías aéreas, relacionado a acumulo de secreciones, manifestado por presencia de roncales y crepitantes en ambos campos pulmonares.
- Dolor torácico abdominal relacionado al aumento del esfuerzo respiratorio, evidenciado por expresión verbal.
- Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a disminución de la ingesta Alimentaria (dificultad por la tos y disnea), manifestado por la pérdida de peso por no comer la cantidad adecuada de alimentos.
- Ansiedad relacionada a miedo a la pérdida, a la muerte. Por la falta de oxígeno.

**P:** Paciente mejorara Intercambio gaseoso aceptable o dentro de los límites normales

Paciente mantendrá vías aéreas permeables con el apoyo del equipo de salud durante la estancia hospitalaria.

Paciente será capaz de controlar el dolor durante la estancia hospitalaria con aplicación de analgésico

Paciente come dieta completa y mejora su peso

Paciente confirma la reducción de su ansiedad, con el regreso del patrón respiratorio Adecuado

**I:** Control de funciones vitales

Auscultar ambos campos pulmonares

Mantener vías aéreas permeables  
Colocación de oxígeno  
Vigilar signos de alarma  
Efectivizar los exámenes solicitados por el médico  
Explicar al paciente y la familia los procedimientos a realizar  
Mantener posición adecuada  
vigilar la permeabilidad del oxígeno y de la vía periférica  
Administrar tratamiento indicado  
Nebulización con broncodilatador indicado por el médico  
Administrar analgésico para el dolor  
Controlar frecuencia respiratoria y oximetría de pulso  
Vigilar la dieta Comer bien y mantener una dieta equilibrada  
Realizar aspiraciones de secreciones si es necesario  
Brindarle apoyo psicológico y emocional  
Fomentar el reposo y a la compañía frecuente de familiares.

- E:** Paciente mejorara Intercambio gaseoso.  
Paciente mantiene vías aéreas permeables, Frecuencia respiratoria 20x'.
- Paciente controla dolor con escala del dolor 3/10.
- Paciente con peso adecuado.
- Ansiedad: disminuida.

## IV. CONCLUSIONES

- a) En Los pacientes con fibrosis pulmonar desciende los niveles de oxígeno, no pueden mantener la cantidad de oxígeno necesario en su sangre arterial para repartirlo por todo el cuerpo, por lo cual requiere oxígeno suplementario, mediante intervenciones de enfermería, se logra, mejorar los síntomas de la disnea, y la capacidad del ejercicio, también mejora la calidad de vida y disminuir las complicaciones. Paciente con saturación de oxígeno 90 por ciento, F.C.:100x m.
- b) Algunos pacientes con fibrosis pulmonar presentan acumulo de secreciones, lo cual incrementa la resistencia de la vía aérea y el trabajo respiratorio. La dificultad para eliminar las secreciones puede deberse a su consistencia de la secreción, la cantidad o en los casos de aquellos pacientes que tienen incapacidad para toser. El signo más común de retención de secreciones es la presencia de roncales en los pulmones del paciente. En el paciente estos ruidos desaparecieron con del acto de toser, ayudo al enfermo a mejorar la ventilación pulmonar.
- c) El dolor torácico lo presenta algunos pacientes con fibrosis pulmonar, con frecuencia asociada a problemas musculares intercostales provocadas por la propia tos y disnea al esfuerzo que realizan, en el dolor se produce cambios en el sistema nervioso central y periférico responsable de la percepción del dolor. El paciente experimento dolor moderado en las zonas intercostales lo cual calmo con analgésico.
- d) Los pacientes con fibrosis pulmonar no pueden estar sin oxígeno artificial por la cual en ellos lo más frecuente es la falta de apetito y como consecuencia pérdida de peso, Por la incapacidad de comer,

porque no puede digerir, ni deglutir los alimentos fácilmente, lo cual altera su metabolismo, se debe priorizar la alimentación saludable.

- e) La ansiedad que experimenta el paciente con fibrosis pulmonar es una respuesta a sus temores o preocupaciones que surgen por los cambios en la salud, el miedo a la muerte, por falta de oxigenación. El paciente disminuye su ansiedad con la estabilización del patrón respiratorio.

## V. RECOMENDACIONES

- a) Se debe de disponer de apoyo ventilatorio(oxigenoterapia), ya sea cánula binasal, mascara Venturi, mascara reservorio. Verificar el funcionamiento del oxígeno, el humidificador y vigilar constantemente parámetros ventilatorios.
- b) Aspiración de secreciones en caso necesario de acumulo de secreciones, La fisioterapia respiratoria y los cambios posturales también ayudan a la eliminación de secreciones
- c) Gestionar con nutrición la alimentación adecuada en el paciente para mantener o mejorar su estado nutricional. Vigilar la dieta, comer bien, una dieta equilibrada es un aspecto relevante.
- d) Aliviar y controlar el dolor mediante terapia de relajación y/o administración de analgésicos usar la escala del dolor de 0 a 10 y supervisar el éxito del tratamiento, la meta es sentirse bien.
- e) La relación entre la enfermera y el entorno del paciente, permite detectar síntomas de estrés, agotamiento o depresión en el ámbito familiar para lo cual proporcionaremos apoyo emocional. Proponerle ejercicios que puedan mejorar el bienestar psicológico y físico y disminuir así la ansiedad y la depresión. Proporcionarle información constante y apropiada de acuerdo a la edad, sobre cómo afrontar una enfermedad crónica como la fibrosis pulmonar.

## VI. REFERENCIALES

1. Castro M. N., Alvarez E. V, Aria S V.R., Calidad de los registros clínicos en enfermería, desarrollo científico de enfermería. México 2010.
2. Diaz Almeida GJ. Miranda Beramendi C. Características clínicas y prevalencia de la enfermedad pulmonar intersticial difusa en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud- Huancayo 2012 [tesis]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Medicina Humana; 2013.
3. Jareño Esteban J.J., Linares Asensio M.J. Fibrosis pulmonar idiopática. Impacto de las exacerbaciones en la evolución de la enfermedad. *Rev Patol Respir.* 2009; 12(supl.2):147-152. Disponible en: [https://www.revistadepatologiaspiratoria.org/descargas/pr\\_12-s2\\_147-152.pdf](https://www.revistadepatologiaspiratoria.org/descargas/pr_12-s2_147-152.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [internet]. WHO; 2017. 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))
5. Glaspole IN, Chapman SA, Cooper WA, et al. Health-related quality of life in idiopathic pulmonary fibrosis: Data from the Australian IPF Registry. *Respirology.* 2017;22(5):950-956. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28166611/> doi:10.1111/resp.12989
6. Tonelli R. Cocconcelli E., Lanini B., Romagnoli I., Florini F., Castaniere I., et.al. Eficacia de la rehabilitación pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial de diferente etiología: un estudio prospectivo multicéntrico. *BMC Pulm Med.* 2017;17(1):130. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29017478/> doi:10.1186/s12890-017-0476-5

7. Sharp C, Adamali H, Millar AB. Ambulatory and short-burst oxygen for interstitial lung disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, (7). Disponible en: DOI: 10.1002/14651858.CD011716.pub2
8. Gainza Miranda D. San Peces E.M., Alonso Babarro A., Varela Cerdeira M. Atención al final de la vida en los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. *End of life care in pulmonary fibrosis. Medicina Paliativa* 2017;24(1): 21-25. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134248X14001049?via%3Dihub>
9. Argüello Guaila, E.K. Cuidados estandarizados de enfermería a pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en el Hospital Neumológico Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil en la Sala San Alfredo durante el período diciembre de 2013 a abril de 2014 [tesis]. Guayaquil: Universidad católica de Santiago de Guayaquil; 2014. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3069>
10. Huerta Abelino M.B. Aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente con fibrosis pulmonar. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui; 2019.
11. García Quispe F. fibrosis pulmonar, hipoglicemia: proceso de atención de enfermería adulto mayor -lima 2018. Lima: Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado; 2018. Disponible en: <http://repositorioupeu.edu.pe//handle/uped/1881>

12. Tocas Ríos G.M. cuidados de enfermería en fibrosis pulmonar hospital regional docente las Mercedes. Chiclayo, 2018 [tesis se segunda especialidad]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018. Disponible en: [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3452/SEG.ESPEC\\_GLADIS%20MARLENE%20TOCAS%20R%c3%8dOS.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3452/SEG.ESPEC_GLADIS%20MARLENE%20TOCAS%20R%c3%8dOS.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
13. Flores Churra C.M. Calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del hospital Unanue de Tacna, Año 2013-2017 [tesis]. Tacna: Universidad Privada de Tacna, Escuela profesional de medicina humana; 2018. Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/595>
14. Fernández Fernández, Lucía Agustina. Chiclayo 2018 Perú título: Cuidado de enfermera en adulto mayor con diagnóstico de fibrosis pulmonar atendido en el servicio de emergencia del hospital regional del norte de la Policía Nacional del Perú Chiclayo, 2017
15. Mora y A. Romero, «Guía para pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática,» Hospital Universitari de Bellvitge, Madrid, 2010.
16. Ancochea J. Badiola C, Duran. García Rio F, Miravittles M, Muñoz, et al. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas De 40-80 años, España: De Arch Bronconeumol 2009
17. Delgado Lozano C. caso clínico: EPOC y perdida de independencia. un problema familiar. Metas enferm.mar 2015,18/2/:13-18
18. Selman M, Undurraga A, y col. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la Fibrosis Pulmonar Idiopática. Publicación de la Asociación Latinoamericana de Tórax, 2013.




19. Organización Mundial de la salud OMS Enfermedad pulmonar obstructiva. crónica/Epoc/2011.<http://www.who.int/>
20. Libro NANDA Internacional, Diagnostico Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones 2012- 2014. Editor: T. Heather Herdman, Phd,RN.
21. J. Roa, M. Bermúdez y R. Acero, «Fibrosis Pulmonar Idiopática,» de Neumología. Serie Interamericana de Medicina, Santa Fe de Bogotá Colombia, McGraw-Hill Interamericana, 2000, pp. 269-279.
22. Libro: Clasificación de intervenciones de Enfermería /NIC/.Editores: Gloria M. Buelechek, Howard K Butcher, J McCloskey Dochterman.
23. Jenny Milagros Sánchez Delgado. Trabajo de investigación [Internet]. Universidad Privada Juan Pablo II; 2014. Disponible en: [http://repositorio.unijuanpablo.edu.pe/bitstream/UPJP/31/3/Calidad de atencion -fibrosis pulmonar.pdf](http://repositorio.unijuanpablo.edu.pe/bitstream/UPJP/31/3/Calidad%20de%20atencion%20-fibrosis%20pulmonar.pdf)
24. González -García, M, Chamorro, J, Jaramillo Villegas, C, Casas, A, Maldonado Gómez, D. Sobrevida de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática a la altura de Bogotá (2640 m). Acta Médica Colombiana [Internet]. 2014;39(1):15-20. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163130905006>
25. Carlos J, Arroyabe G, Denis L, Castro V. Memorias Seminario Nacional de Enfermería en Problemas Cardiovasculares, Seminario Nacional de Enfermería en Problemas Neurovasculares y Pulmonares. Médica Mente [Internet]. 2014; Available from: [enfermeria.pdf](#)
26. María Santos, Silvia Reyes, Noemi Barrios et al, Diagnóstico de enfermería, barranca –Lima 1º Edición diciembre 2016 editor lic, Maria santos oyola

27. LIC.M castillo. licP la mas, lic.A. lineares. Guías de intervención de enfermería en transtornos del aparato respiratorio Ediciones Urpy-Huacho Perú, volumen 1 junio 2004
28. Selman M, Undurraga A, y col. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la Fibrosis Pulmonar Idiopática. Publicación de la Asociación Latinoamericana de Tórax, 2013. Disponible en: [https://www.alatorax.org/index.php?option=com\\_k2&id=89\\_fd0d6e53d90e9bbdfa50248e5603145b&lang=es&task=download&view=item](https://www.alatorax.org/index.php?option=com_k2&id=89_fd0d6e53d90e9bbdfa50248e5603145b&lang=es&task=download&view=item)
29. Seibold MA, Wise AL, Speer MC, Steele MP, Brown KK, Loyd JE et al. A common MUC5B promoter polymorphism and pulmonary fibrosis. N Engl J Med.2011; 364:1503
30. Romero Rivas Evelin Violeta Lic. Tapia Calcina Ethel Magaly Lic. Vicente Chávez Mayra Giuliana. conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados en la uci de un hospital nacional de lima junio 2017. Lima - Perú 2017

## **VII. ANEXOS**

## ANEXO 1

### CUADRO ESTADISTICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES PULMONARES EN

  
 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
 DEFENSA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
**DIRESA: 22-DIRESA LIMA**  
 RED: 03-RED III HUARAL - CHANCA Y  
 MICRORED: 00-NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED  
 FEES: 000007638-HOSP. DE CHANCA Y  
 PERIODO: 2018


**REPORTE DE MORBILIDAD - EGRESOS HOSPITALARIOS**  
 SERVICIO: 241800 - MEDICINA GENERAL  
 MORBILIDAD POR: Grupo

Rpt Gr 20/01/2020 09:35

T	DESCRIPCION	TOTAL			NINO			ADOLESCENTE			JOVEN			ADULTO			ADULTO_MAYOR		
		T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO (N30 - N39)	134	53	81	0	0	0	10	4	6	80	39	41	250	106	144	952	487	465
2	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10 - I15)	115	63	52	0	0	0	0	0	0	1	1	0	13	5	8	101	57	44
3	INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONIA (J09 - J18)	96	55	41	0	0	0	1	1	0	4	1	3	15	9	6	76	44	32
4	DIABETES MELLITUS (E10 - E14)	82	27	55	0	0	0	0	0	0	1	1	0	26	7	19	55	19	36
5	ANEMIAS APLASTICAS Y OTRAS ANEMIAS (D60 - D64)	74	32	42	0	0	0	0	0	0	4	2	2	9	2	7	61	28	33
6	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60 - I69)	59	38	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6	2	51	32	19
7	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE AL INTERSTICIO (J80 - J84)	53	36	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	3	47	33	14
8	TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR, DE LAS VIAS BILIARES Y DEL PANCREAS (K80 - K87)	48	5	43	0	0	0	1	0	1	12	1	11	15	0	15	20	4	16
9	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO (J95 - J99)	45	27	18	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	2	1	41	24	17
10	INSUFICIENCIA RENAL (N17 - N19)	40	19	21	0	0	0	0	0	0	1	0	1	9	0	9	30	19	11

Fuente: Sistema de Egresos Hospitalarios Diresa Lima

## ADULTO MAYOR AÑO2017a 2019

  
 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
 GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
**DIRESA: 22-DIRESA LIMA**  
 RED: 03-RED III HUARAL - CHANCAY  
 MICRORED: 00-NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED  
 EESS: 000007638-HOSP. DE CHANCAY  
 PERIODO: 2018

**REPORTE DE MORBILIDAD - EGRESOS HOSPITALARIOS**  
 SERVICIO: 241800 - MEDICINA GENERAL  
 MORBILIDAD POR: Grupo

Rpt Graf 20/01/2020 09:35

DESCRIPCION	TOTAL			NINO			ADOLESCENTE			JOVEN			ADULTO			ADULTO_MAYOR		
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
<b>T</b> <b>TOTALES</b>	<b>1292</b>	<b>636</b>	<b>656</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>80</b>	<b>39</b>	<b>41</b>	<b>250</b>	<b>106</b>	<b>144</b>	<b>952</b>	<b>487</b>	<b>465</b>
1 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO (N30 - N39)	134	53	81	0	0	0	0	0	0	4	2	2	27	4	23	103	47	56
2 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10 - I15)	115	63	52	0	0	0	0	0	0	1	1	0	13	5	8	101	57	44
3 INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONIA (J09 - J18)	96	55	41	0	0	0	1	1	0	4	1	3	15	9	6	76	44	32
4 DIABETES MELLITUS (E10 - E14)	82	27	55	0	0	0	0	0	0	1	1	0	26	7	19	55	19	36
5 ANEMIAS APLASTICAS Y OTRAS ANEMIAS (D60 - D64)	74	32	42	0	0	0	0	0	0	4	2	2	9	2	7	61	28	33
6 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60 - I69)	59	38	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6	2	51	32	19
7 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE AL INTERSTICIO (J80 - J84)	53	36	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	3	47	33	14
8 TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR, DE LAS VIAS BILIARES Y DEL PANCREAS (K80 - K87)	48	5	43	0	0	0	1	0	1	12	1	11	15	0	15	20	4	16
9 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO (J95 - J99)	45	27	18	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	2	1	41	24	17
10 INSUFICIENCIA RENAL (N17 - N19)	40	19	21	0	0	0	0	0	0	1	0	1	9	0	9	30	19	11

Fuente: Sistema de Egresos Hospitalarios Diresa Lima

## REPORTE ESTADISTICO DE CASOS DE ENFERMEDADES RESPIRATORIA

**REPORTE DE MORBILIDAD - EGRESOS HOSPITALARIOS**

SERVICIO: 241800 - MEDICINA GENERAL  
MORBILIDAD POR: Grupo

DIRESA: 22-DIRESA LIMA  
RED: 03-RED III HUARAL - CHANCAV  
RORED: 00-NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED  
EESS: 000007638-HOSP. DE CHANCAV  
RIODO: 2019

Rpt Grv 20/01/2020 09:35

DESCRIPCION	TOTAL			NINO			ADOLESCENTE			JOVEN			ADULTO			ADULTO MAYOR		
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
<b>T TOTALES</b>	<b>1115</b>	<b>496</b>	<b>619</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>40</b>	<b>13</b>	<b>27</b>	<b>314</b>	<b>111</b>	<b>203</b>	<b>756</b>	<b>370</b>	<b>386</b>
1 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10 - I15)	112	57	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	5	11	96	52	44
2 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO (N30 - N39)	89	20	69	0	0	0	0	0	0	2	0	2	23	4	19	64	16	48
3 TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR, DE LAS VIAS BILIARES Y DEL PANCREAS (K80 - K87)	85	38	47	0	0	0	0	0	0	11	2	9	36	12	24	38	24	14
4 DIABETES MELLITUS (E10 - E14)	79	23	56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41	8	33	38	15	23
5 INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONIA (J09 - J18)	66	36	30	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	3	1	61	33	28
6 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE AL INTERSTICIO (J80 - J84) • F.P	51	31	20	0	0	0	0	0	0	1	0	1	8	4	4	42	27	15
7 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60 - I69)	48	24	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	3	42	21	21
8 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO (J95 - J99)	46	26	20	0	0	0	0	0	0	1	1	0	7	3	4	38	22	16
9 ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES (J40 - J47) DASHA EPOC	41	12	29	0	0	0	0	0	0	1	0	1	13	3	10	27	9	18
10 OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON (I30 - I52)	38	23	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	4	3	31	19	12

fuente: Sistema de Egresos Hospitalarios Diresa Lima

## ANEXO 4

Hospital de Chancay



IV.-POBLACIÓN

POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES SEGÚN INEI 2018

DISTRITO	60-64	65-69	70-74	75-79	80 Y MÁS	TOTAL DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR
CHANCAY	1190	991	723	500	479	3883

V.-BASE LEGAL

- Ley N° 27408-Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores en lugares de atención al público



Servicio de medicina





CAMAS NUEVAS ELECTRICAS OBTENIDAS EN 2019



Oxigeno empotrado

## ANEXO 5

