



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

TRABAJO ACADÉMICO

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN PACIENTE CON FIBROSIS PULMUNAR**

PRESENTADO POR:

MARGARITA BERONICA HUERTA ABELINO

ASESOR:

MGR. DEYSI MARLENE CHAMBILLA MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

ENFERMERÍA: EMERGENCIAS Y DESASTRES

MOQUEGUA – PERÚ

2019

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3. MARCO TEÓRICO.....	2
CAPITULO II	25
CASO CLINICO.....	25
2.1 OBJETIVOS.....	25
2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLINICO	25
2.3 CONCLUSIONES.....	47
2.4 RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	52

RESUMEN

El presente trabajo académico titulado “Aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente 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.

Con la finalidad de valorar los cuidados para el paciente con fibrosis pulmonar, para la aplicación idónea del proceso de atención de enfermería, con el presente trabajo académico y con la información revisada se logra que el personal de enfermería que labora en el área de cuidados críticos adquirirá dominio del tema, brindando al paciente cuidados inherentes a la situación de su estado de salud, para establecer patrones respiratorios que compensen sus requerimientos funcionales básicos.

De acuerdo al caso clínico tratado se obtuvo como conclusiones que 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.

PALABRAS CLAVES: Proceso de Enfermería, cuidados y Fibrosis Pulmonar.

ABSTRACT

The present academic work entitled "Application of the process of nursing care in patients with pulmonary fibrosis", was carried out with the objective of determining the prioritization of diagnoses of the nursing professional in patients with pulmonary fibrosis.

In order to assess the care for the patient with pulmonary fibrosis, for the proper application of the nursing care process, with the present academic work and with the revised information it is achieved that the nursing staff working in the critical care area will acquire mastery of the subject, providing the patient with inherent care for the situation of their health status, to establish respiratory patterns that compensate their basic functional requirements.

According to the clinical case treated, it was concluded that the patient with pulmonary fibrosis presents deterioration in the exchange of R / C gases, imbalance in ventilation - perfusion, M / P dyspnea, tachycardia, abnormal respiratory pattern and decrease in the level of carbon dioxide and abnormal gasometry. In relation to care in application of the nursing care process, the treated patient shows improvement and there is partial stabilization of the state of health.

KEY WORDS: Process of Nursing, care and Pulmonary Fibrosis.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La fibrosis pulmonar idiopática, es aquella enfermedad con nivel crónico que principalmente afecta a las personas que se encuentran en la etapa adulta. Esta enfermedad se caracteriza por la existencia de un patrón histológico sobre el cuadro de neumonía intersticial usual en una muestra de parénquima pulmonar (1).

El problema de la fibrosis pulmonar idiopática, produce de forma excesiva el colágeno, se forma un tejido cicatrizante que causa una interferencia entre con la función de los pulmones, es decir, la función de transportar el oxígeno al torrente sanguíneo produciendo así, insuficiencia respiratoria en el ser humano. Esta enfermedad afecta a 5 millones de personas a nivel mundial, obteniendo como tasa de mortalidad el 50 % de cada 3 o 5 años (2).

1.2.JUSTIFICACIÓN

Cada día se pueden evidenciar enfermedades que eran poco frecuentes en nuestra área, por lo que resulta conveniente la realización del presente trabajo, porque permitirá actualizar los conocimientos teóricos prácticos en la atención del paciente con fibrosis pulmonar, el mismo que requiere de una atención adecuada y de calidad para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas.

También nos permite metodológicamente aplicar el proceso de atención de enfermería, el que constituye una herramienta científica, con la finalidad de proveer cuidado con base científica.

Desde el punto de vista teórico, permitirá actualizar nuestras prácticas profesionales basados en una referencia teórico científico, pensando en la tendencia de estandarización de planes de cuidado en enfermería, basados en el cuidado integral.

1.3.MARCO TEÓRICO

1.3.1. DEFINICIÓN

La Fibrosis Pulmonar Idiopática se define como una neumonía intersticial de nivel crónico, en órgano afecta viene a ser el pulmón por causa aún no conocida logra afectar usualmente a las personas de etapa adulta, seres humano que cuentan con 50 años de edad, se asocia con el patrón radiológico e histológico de neumonía intersticial usual.

(3)

El 40 y 60 % de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas le corresponde a la Fibrosis Pulmonar Idiopática. Es un tipo de neumonía intersticial fibrosante de

corte crónico, su etiología aún no ha sido hallada. La forma en la que se desarrolla esta enfermedad es de carácter progresiva, en su evolución tiene un final que desencadena la muerte a corto plazo. Mayormente la padecen los seres humanos de sexo masculino. Se puede calificar a este cuadro de fibrosis pulmonar como un cuadro clínico de apariencias, presenta dificultad para respirar (cuadro de disnea progresiva en cuanto al esfuerzo), existencia de tos seca de manera persistente. (4)

La Fibrosis Pulmonar es un tipo de enfermedad que integra el grupo en donde se reúnen las afecciones con complicaciones radiológicas, clínicas y funcionales, actuando contra el órgano respiratorio, al cual lo somete a alteraciones anatomopatológicas que causa daños a la estructura alveolointersticial (5)

1.3.2. ETIOLOGÍA

La American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS), han desarrollado un artículo en el cual se realiza la distinción de grupos de enfermedades pulmonares intersticiales, siendo las siguientes_:

1. Neumonías intersticiales idiopáticas
2. Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa
3. Enfermedad Pulmonar que incluye un cuadro clínico e histología bien definido. (6)

La etiología de la enfermedad pulmonar intersticial difusa, se divide en tres partes, la primera denominada neumonías intersticiales idiopáticas, se encuentran dentro de esta:

Fibrosis pulmonar, neumonía intersticial aguda, no específica, descamativa, criptogénica, linforcítica, así también la bronquiolitis respiratoria con enfermedad pulmonar intersticial; la segunda se denomina “De causa conocida o asociada”, compuesta por , asociadas a enfermedades del colágeno, producto de polvos inorgánicos llamado también neumoconiosis, la inducción por ingerir fármacos y radioterapia, aquellas que son causadas por polvo orgánico produciendo alveolitis alérgicas de tipo extrínseco, o aquellas enfermedades que son hereditarias (Hermansky – Pudlak, etc), por último se tiene a las primarias a procesos no definidos, sometiendo a riesgo a los alveolos, como la proteinosis, microlitiasis, sarcoidosis, linfangioleiomiomatosis, eosinofilia pulmonares, histiocitosis X (granulomatosis de células de Langerhans, Amiloidosis, etc) (6)

De la etiología de la fibrosis pulmonar idiopática, se carece su causa, siendo esta desconocida, asimismo, se considera que probablemente esta sea causada por acción del factor ambiental y exógeno como el exponerse a metales y polvos de madera, fármacos antidepresivos, el consumo del tabaco (las personas que lo practican, es decir, consumen más de veinte paquetes por año, se encuentran expuestas al sílice, acero, polvo de madera, al plomo) asimismo, se considera a los factores endógenos en personas con predisuestas a adquirir enfermedades, tienen un reflujo gastroesofágico (este es considerado un factor de aspiración de secreciones, por la patogenia y progresión que se relaciona con la existencia de microaspiraciones). (6)

Se desconoce cuál es la causa que produce la fibrosis pulmonar idiopática, en algunos casos es genética, entre otros se tiene a los factores ambientales, como la exposición a polvos.

Probables causas:

- La persona labore en lugares en donde exista polvo de asbesto, madera, metal o asbesto, o inhalación de gases o humos de nivel potente.
- Personas que se dediquen al cuidado de granjas, peluqueros, personas que trabajen en minas. La piedra incrementa el riesgo de producir enfermedad exponiendo a la persona a que desarrolle de manera veloz la fibrosis pulmonar idiopática.
- El ser humano se encuentra expuesto a la radiación o quimioterapia.
- Enfermedades en el tejido conectivo por ejemplo, el lupus, la artritis o la esclerosis sistémica.
- Personas que se encuentran entre los 40 a 70 años de edad, aproximadamente los 2/3 corresponde a paciente mayores de los sesenta años de edad, al momento que son diagnosticados.
- Fumadores activos.
- Personas de sexo masculino (7)

La etiología de la enfermedad denominada fibrosis pulmonar idiopática se da a consecuencia de factores exógenos y endógenos:

- Factores ambientales.- se tiene en consideración al tabaquismo, en circunstancias que las personas consuman más de veinte paquetes de cigarro al año, que se expongan al sílice, al plomo, actividades en agricultura, son considerados factores de riesgos ambientales.
- Aspiración de secreciones (reflujo gastroesofágico).- este factor predispone de la FPI. La adquisición de esta enfermedad se basa en las microaspiraciones que realiza la persona.
- Agentes infecciosos.- No existe pruebas que avalen que los elementos infecciosos estén ubicados como factores etiológicos de la FPI, esta sigue siendo estudiada por los expertos.
- Autoinmunidad.- Este tiene características radiológicas relacionados a la neumonía idiopática que se vincula con enfermedades con el tejido conectivo.
- Factores Genéticos.- La mutación de los genes que se caracterizan por la longitud de los cromosomas que mantiene, así como la proteína C del surfactante y la región promotora de la mucina 5 B. No obstante, no existe prueba alguna que pueda valorar la pre existencia de la FPI por genética.

1.3.3. EPIDEMIOLOGÍA

Esta enfermedad incide en 4, 6 a 7, 4 / 100, 000 de la población. La fibrosis pulmonar idiopática se encuentra inmersa dentro del grupo de enfermedades raras, dado que no alcanza los cinco casos por diez mil habitantes (8)

Sobre las enfermedades pulmonares intersticial no existen muchos datos sobre la epidemiología. En Estados Unidos se calcula que estas enfermedades causan más de

100 000 sobre el ingreso a los hospitales anualmente. En España, un conjunto de profesionales neumólogos del SEPAR, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, elaboró un registro del grado de incidencia, obteniendo el 7,6 de casos por cada 100, 000 habitantes al año (6)

Nivel de prevalencia:

- ✓ En EUA de 14 a 27.9 casos se presenta por cada 100.000 habitantes, con definición estricta, sin embargo, utilizando definición amplia de la fibrosis pulmonar idiopática se observa que entre 42,7 a 63 casos por cada 100.000 personas.
- ✓ En Europa, existe una variación entre el 1,25 a 23,4 casos por cada 100.000 habitantes.
- ✓ En Japón se presenta la cifra de 2,95 casos por cada 100,000 habitantes.
- ✓ En Taiwán el 6,7 de casos son por cada 100,000 habitantes utilizando una definición de criterio amplio, no obstante, cuando se utiliza una definición estricta se tiene el 4,9 por cada 100,00 habitantes. (9)

Reporte de Fibrosis Pulmonar Anual:

- ✓ En EUA se caracteriza por la variante de 6, 8 a 17, 4 por cada 100,000 habitantes.
- ✓ En Japón se da entre 0,22 a 7, 4 casos por habitantes de 100,000
- ✓ En Taiwam, varía 0,6 a 1,4 por cada 100,000

Según estudios realizados por la SEPAR sobre fibrosis pulmonar idiopática en el 2013, se evidencia que en España esta enfermedad puede actualmente estar afectando a 7,500 personas (9)

Los datos que presenta ALAT en su guía de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática, evidencia que esta enfermedad se encuadra en el género masculino y con el incremento de la edad (9)

Mortalidad:

En Estados Unidos en 1992 a 2003, se reportó como tasa de mortalidad relacionado con fibrosis pulmonar idiopática es de 61,2 muertes por cada 1,000.00 en personas de sexo masculino, y en personas de sexo femenino se reportó el 54,5 (9)

1.3.4. FISIOPATOLOGÍA

Este varía de acuerdo a la duración, intensidad y extensión de la afección, causadas por la alteración funcional de infiltración intersticial difusa:

A. Disminución de la distensibilidad pulmonar.- A razón de la rigidez del intersticio como a la obliteración de alveolo. Para generar mayor presión negativa en la ventilación del pulmón significa el aumento del trabajo respiratorio, es así como se presenta la disnea en los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. Asimismo, hay un incremento en los reflejos propioceptivos, el mismo que se convierte a taquipnea con un mínimo de volumen corriente. Las alteraciones que presenta por

distensibilidad generan restricciones de los volúmenes pulmonares de forma progresiva (6).

B. Hipoxemia.- Es a causa de diversos mecanismo. Las zonas con menos distensibilidad recibe poca ventilación.

1.3.5. SEMIOLOGÍA

Generalmente los síntomas y los signos de la fibrosis pulmonar idiopática aparece en el transcurso de sesis meses hasta varios años.

- Disnea con esfuerzo elevado, una tos no productiva.
- Síntoma general:
- Fiebre leve, y mialgias.
- Síntoma clásico:

Existencia de crepitantes inspiratorios, en presencia de secos y finos en las bases pulmonares

El 50 % de personas con fibrosis pulmonar presenta hipocratismo digital.

Cuando la fibrosis pulmonar se encuentra avanzada se presentan signos de hipertensión pulmonar, así como disfunción sistólica en el ventrículo derecho. (10)

- Tos seca, el paciente pierde el apetito y con ello el peso de forma gradual sin explicaciones. Es víctima de la fatiga, malestar general y cansancio. Presenta dolores musculares y articulares.

1.3.6. DIAGNÓSTICO

Las enfermedades pulmonares intersticiales necesitan de una evaluación meticulosa y de información sistemática, es decir de estudios por combinaciones de información clínica, histológica y radiológica

Anamnesis.- Una anamnesis bien desarrollada puede orientar sobre el diagnóstico de algún aspecto de la enfermedad coadyuvando con el diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de la fibrosis pulmonar, nace con el síntoma de respiración forzada y tos seca, en conjunto a estas, se tiene una auscultación respiratoria, con ello se presentan también los estertores crepitantes, estos, cuanto más finos sean nos indican que estamos frente a un futuro cuadro de fibrosis pulmonar idiopática. Estos sonidos son parecidos al despegue de un cierre de forma cuidadosa (11).

Para establecer que etapa de disnea presentado en el caso de fibrosis pulmonar, se hace uso de la escala modificada del Medical Research Council (MMRC), se calcula que tiene disnea de acuerdo al siguiente valor:

- Valor 0.- Cuando se presenta en la práctica de la actividad física de nivel intenso.
- Valor 1.- Se presenta la disnea al encontrarse la persona caminando de manera rápida o al momento de subir la cuesta realizarlo.
- Valor 2.- No es capaz de seguir el mismo ritmo en pasos como las demás personas.
- Valor 3.- La disnea obliga a que la persona se detenga antes de cumplir con los 100 m de caminata, pese a que caminó a paso lento y en terreno llano (8).

- Valor 4.- Este se preseta cuando la persona realiza mínimos esfuerzos en la actividad diaria, como conductas cotidianas, vestirse, mismas que le dificultan salir de su domicilio (8).

Cuando se observa estos síntomas se debe de descartar si el paciente padece de otras enfermedades pulmonares. Se debe de realizar la primera prueba consistente en la prueba de una tomografía computarizada en alta resolución (TCAR), este método prueba es el más preciso, para ello se deben de configurar con certeza la Neumonía Intersticial Usual, con cuatro hallazos típicos:

1. La presencia de afección basal al tener un predominio basal y una determinada localización subpleural.
2. Se evidencia la presencia de la reticulación, por lo que existe un engrosamiento intersticial.
3. Panalización con presencia de bronquietasias de tracción.
4. Presencia de vidrio deslustrado de mínima cantidad o existente.

Con la realización de la tomografía computarizada en alta resolución coadyuva con la valoración de comorbilidades asociadas que causarían mayor evolución dela fibrosis pulmonar idiopática, y complicarse a un enfisema hipertensivo pulmonar o llegar a que la persona padezca de cáncer al pulmón (8).

Asimismo, se data la existencia de dos pruebas que son útiles para descartar la enfermedad pulmonar intersticial difusa, para ellos se debe de realizar 1. Lavado broncoalveolar, es utilizado para su descarte y 2. Biopsia transbronquial, es utilizada para diagnosticar otras enfermedades como infecciones, tumores o la sarcoidosis (12).

Si después de haber realizado las pruebas que se detallaron no se obtiene un diagnóstico claro, la última forma de confirmar la presencia de Fibrosis Pulmonar Idiopática, es por intermedio de una biopsia pulmonar quirúrgica.

Criterio menor para el diagnóstico de Fibrosis Pulmonar Idiopática:

- a. En edad: superior a los 50 años.
- b. Aproximadamente tres meses de duración con los síntomas
- c. Disnea no explicada la causa, con esfuerzo desde el inicio.
- d. Estertores crepitantes, inspiratorios, bibasales y persistentes (11).

Para diagnosticar la fibrosis pulmonar idiopática, debe ser conformada por especialistas en neumología, radiólogos y patólogos.

El médico general, deberá derivar al paciente en primera instancia, al neumólogo.

El paciente que se encuentre con el cuadro clínico de neumonía intersticial usual, debe de cumplir los requisitos siguientes:

- A. No registrar otras causas relacionadas a la enfermedad intersticial

B. Presenta alteraciones en la exploración del sistema respiratorio: alteración en el intercambio de gases, alteración en la ventilación restrictiva, , así como el incremento del alveolo arterial.

C. Presenta alteraciones en referencia a la enfermedad en la radiografía de tórax (4)

Una vez se realice la prueba para el diagnóstico, ejecutada mediante la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR), usualmente se realiza también la radiografía de tórax, dado que aproximadamente el 90 % de los pacientes que padecen de fibrosis pulmonar --- tienen presencia de alteraciones radiológicas. Entre las técnicas de diagnóstico, se concluye que la tomografía computarizada de alta resolución es más efectiva y precisa. Se establecieron bases para confirmar la certeza de NIU, en las cuales se deben de hallar cuatro típicas características:

1. Que exista predominante afectación basal y localización subpleural.
2. Evidente reticulación, esto significa que se visualiza con la tomografía computarizada de alta resolución , el engrosamiento intersticial en la zona de los septos intralobulares e interlobulares.
3. Se observa que existe panalización.
4. Se observe vidrio deslustrado como presencia mínima o inexistente.

Está comprobado que la tomografía computarizada de alta resolución dentro de sus funciones, valora también la presencia existencial de comorbilidades relacionadas

al condicionamiento de la evolución de la enfermedad, así como el enfisema, cáncer al pulmón o hipertensión pulmonar.

Queda como pruebas para descartar la EPID, como la biopsia transbronquial y el lavado broncoalveolar (LBA). La biopsia es utilizada con la finalidad de dar descarta a la enfermedad de sarcoidosis, tumores o infecciones. Por otro lado, el lavado broncoalveolar presenta un patrón histológico marcado como es el descarte de neumonitis o la neumonía intersticial, siendo esta no específica. El LBA en el caso de la fibrosis pulmonar se diagnosticar con neutrofilia discreta o en su defecto con presencia o no de eosinofilia (3) (12)

En ocasiones, se presenta el caso, que pese de haberse realizado las pruebas citadas, no se encuentra preciso el diagnóstico, en esas circunstancias, el último escalón es confirmar la fibrosis pulmonar, mediante una prueba de biopsia quirúrgica. Este se cumple con cuatro hallazgos.

- Con la biopsia quirúrgica se coloca en evidencia la fibrosis pulmonar en síntesis, así como la distorsión de la estructura pulmonar, que este se encuentre o no relacionada a la panalización con un predominio subpleural y paraseptal.
- La existencia de lesiones como parches que se combinan en el área fibrótica y se impregnan en el pulmón sano.
- La existencia de focos fibroblastos en la interfase con parénquima sano de fibrosis.

La presencia de la neumonía no debe de ser interpretada como una enfermedad directa de la fibrosis pulmonar, para el descarte es recomendable utilizar la tomografía computarizada de alta resolución. De acuerdo a la realización de las diversas pruebas y del debate disciplinario, se puede diagnosticar si existe o no en definitiva la fibrosis pulmonar idiopática.

Seguimiento:

Con la finalidad de evaluar la evolución de la enfermedad se aplica la exploración del sistema respiratorio, en el extremo de sus funciones. La herramienta más útil es la espirometría forzada, siempre que se tenga en cuenta los valores de capacidad vital forzada. Existe también el valor indicativo del monóxido de carbono en la capacidad de transferencia, así como la utilización de la prueba de marcha de seis minutos.

Se actúa de acuerdo al cuadro clínico, es decir a la gravedad de la enfermedad, para que se apliquen los controles que requiere de acuerdo a los intervalos debidos por el tiempo. En caso la enfermedad se encuentre en un cuadro leve, se realizan cada seis meses los controles, sin embargo, sobre el caso grave, se controla cada tres meses, con la finalidad de evaluar el sistema de oxigenación del paciente y si necesitase la remota posibilidad de que en su domicilio se practique la oxigenoterapia (3)

Pacientes con cuadros de Fibrosis Pulmonar Idiopática

Fibrosis Pulmonar Idiopática Leve.-

- Reconocer el patrón existente de NIU en la tomografía computarizada de alta resolución.
- Cuadro clínico de su respiración claro.
- Menos del 90 % en el esfuerzo que realiza y una difusión alterada menor al 60 %.

En todos los casos se debe de dar tratamiento.

Fibrosis Pulmonar Idiopática con enfisema.-

- Se considera no leve a esta fibrosis que se encuentra independiente a la FVC, por tanto se da tratamiento.

Fibrosis Pulmonar Idiopática realmente lev.-

- Cuando se presente la fibrosis pulmonar idiopática reciente, sin sintoma alguno, bajo seguimiento de tres meses y con tratamiento objetivo sobre la progresión de la enfermedad. Se recomienda iniciar tratamiento.

Fibrosis Pulmonar Idiopática con Capacidad Vital Forzada (FPI + FVC) .- Existe investigación científica que avale el beneficio de este tratamiento.

1.3.7. TRATAMIENTO

El tratamiento actual para detener la fibrosis pulmonar idiopática y aliviar aquellos síntomas que produce esta enfermedad, se da por tratamientos farmacológicos y no farmacológico.

Como no se tiene definido la etiología de la enfermedad, el tratamiento que se suministra a un paciente que padece de fibrosis pulmonar idiopática, es con la finalidad de otorgarle una mejor calidad de vida. En primera instancia fue utilizado como parte del tratamiento al glucocorticoides, siendo este en el año 2003 revisado por Cochrane, con lo que demostró que no causaba ninguna mejora, es decir, no era eficaz para esta enfermedad (13).

Desde el estudio elaborado por CAPACITY 1 y 2, se evidenció el efecto beneficioso del fármaco pirfenidona , por lo que se recomienda el uso para el tratamiento de fibrosis pulmonar idiopática en su nivel leve y moderado (14).

Mecanismo de acción de pirfenidona, tiene propiedad antibióticas. Reduce el aumento y cúmulo de células proinflamatorias, así como en la matriz extracelular, causa la reducción en el desplazamiento de los fibroplastos.

Tratamiento Farmacológico.-

N-acetilcisteína.- (NAC) este fármaco actúa incrementando la síntesis de glutación, siendo este un mediador potente de antioxidante. En un estudio realizado por IFIGENIA se evaluó la eficacia del NAC, se administró a pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática, con una dosis de 1,800 mg/día (15).

Se efectuó en dos grupos el estudio:

1. Primer grupo.- NAC + Prednisona + Azatioprina

2. Segundo grupo.- Placebo + Prednisona + Azatioprina

Los pacientes del primer grupo, después de aproximadamente un año de estudio se pudo observar que existió una tasa menor de deterioro funcional. Sin embargo, este estudio tenía la cantidad de pacientes limitados y el periodo que se efectuó para el seguimiento fue muy corto.

La combinación de estos fármacos para este determinado tratamiento siguió su línea hasta que el estudio de PANTHER evaluó y dio a conocer que el administrar la triple terapia era contraproducente, dado que incrementaba el ingreso de pacientes al hospital y el grado de mortalidad (16).

Los actuales estudios concluyen que la administración de la NAC no preserva la capacidad vital forzada (FVC) en pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática, que tengan en nivel de avance de enfermedad en leve o moderado. Del segundo grupo no se ha podido evaluar la eficacia para la fibrosis pulmonar idiopática (8).

Nintedanib.- este fármaco inhibe triplemente al receptor metabotrópico de tipo 1 y la quinasa que se presenta como una actividad anti inflamatoria de las plaquetas en crecimiento, de la misma forma actúa para el VEGF el vaso endotelial, ellos relacionados con los mecanismos patogénicos que dan como nacimiento a la fibrosis.

El ensayo TOMORROW, evidenció que la nintedanib, cuando se administró una dosis de 150 mg cada doce horas, sucede un enlentecimiento en la caída de la función

pulmonar, mismas que tiene como tiempo de producción, un año, comparada con el placebo, así también reduce la continuidad de las exacerbaciones (17)

Los estudios realizados por INPULSIS, demostró que reduce FVC significativamente bajo en materia de tratamiento con nintedanib, administrando 150 mg por cada doce horas por el lapso de cincuenta y dos semanas. INPULSIS- 2, se observó que en los pacientes hubo una reducción de las exacerbaciones, así como también se reduce el deterioro de la salud.

Pirfenidona.- este fármaco tiene propiedades antifibróticas, inhibe la aparición de factores de crecimiento profibrogénicos. Los estudios realizados por PACITY y ASCEND, demuestra que existió reducción en los pacientes con la caída del FVC en un 10 %, 43, 8 % de muerte, se elevó la FVC en el año de tratamiento con el fármaco de prifenidona.

Se recomienda que se administre 2,403 mg/día de pirfenidona, los efectos adversos con las náuseas, anorexia, dispepsia, la pérdida de peso, relacionado con problemas gastrointestinales, alteraciones y fotosensibilidad en las funciones hepáticas.

Tratamiento no farmacológico.-

- Oxigenoterapia domiciliaria.- De los estudios realizados para la EPOC se concluye que es pertinente administrar al paciente con fibrosis pulmonar idiopática oxigenoterapia crónica a domicilio ante la presencia de hipoxemia de nivel significativo en reposo o en PM6M ($SaO_2 < 88\%$).

- **Trasplante Pulmonar.**- Este tratamiento es considerado eficaz para incrementar la capacidad vital de la persona con fibrosis pulmonar, es decir aumenta la supervivencia del paciente. La tasa de supervivencia aprox. a uno, cinco y diez años es del 74, 45 y 22 % (18). Es recomendable que los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática deban ser evaluados en la unidad de trasplante pulmonar, y se lleve a cabo lo prescrito siempre que no haya indicaciones contrarias e importantes.

- **Rehabilitación Respiratoria.**- La constatación realizada por The Cochrane se evidenció que la rehabilitación respiratoria mejoraba la distancia que recorre en la prueba de la marcha de 6 minutos y en la mejora de la calidad de vida, sin embargo, no se ha logrado comprobar si esta aumenta la supervivencia a largo plazo (19) Por intermedio del estudio se observó que existe una mejora cuando la enfermedad se encuentra en nivel leve, mientras que en el resto de enfermedades Pulmonar Intersticial no influye el nivel de la gravedad del estado de la enfermedad (20) . Se recomienda que los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática sean incluidos al programa de rehabilitación respiratoria de manera urgente, con la finalidad de obtener mejores resultados a largo plazo.

- **Terapia Celular.**- La enfermedad de fibrosis pulmonar idiopática es la consecuencia de la muerte de células del epitelio alveolar, siendo estas reemplazadas por los fibroblastos. Dado la información por los estudios realizados, se observa conveniente la técnica de implantar células alveolares con la finalidad de que regeneren el epitelio alveolar, como por ejemplo las células

madres mesenquimales, con estas se pueden encontrar diferencias entre diversos tipos de células, no obstante, pueden tomar el fenotipo de fibroplastos (21).

- Supresión del tabaco.- Se evidencia que la fibrosis pulmonar idiopática se presenta en personas que fuman, el tabaco actúa como agente que daña de forma repetida causando microlesiones del epitelio respiratorio. Por lo que, se requiere que la persona deje la práctica del tabaquismo, desde el momento en que fue diagnosticado (22).
- Oxígeno complementario.- Es característica de esta enfermedad que se presente hipoxemia de ejercicio, la misma que empeora cuando la fibrosis pulmonar idiopática actúa de forma progresiva. Se presenta saturación basal de hemoglobina con nivel moderado en la alteración, se debe de usar la oxigenoterapia cuando se presenta una caída por el ejercicio. (22)

Tratamiento de complicaciones y comorbilidades:

1. Exacerbaciones agudas.- Son terapias con dosis elevadas de corticoides de 1 gramos de metilprednisolona diaria durante tres días constantes, para luego seguir con la dosis de corticoide oral, en este caso reduciendo la dosis.
2. Hipertensión pulmonar.- Se utiliza el epoprostenol y bosentán en diminutas series de pacientes. Por otro lado, al administrar sildenafil en un determinado grupo de pacientes demostró la mejora de las caminatas que ejecutan las personas con fibrosis pulmonar y la hemodinamia pulmonar. (22).

1.3.8. PREVENCIÓN

La Fibrosis Pulmonar Idiopática es una enfermedad compleja. Se necesita tratar a la fibrosis y a los síntomas en conjunto. El paciente debe gestionar por sí mismo algunos aspectos como:

1. Marcar objetivos realistas
2. controlar el tratamiento
3. prepararse para el futuro (23).

Dejar de fumar:

El ser humano con fibrosis pulmonar idiopática, debe dejar de fumar, o en su defecto evitar ser una persona denominada como fumador pasivo

- Dejar de fumar, incrementará en el ser humano los niveles de oxígeno en la sangre
- Disminuye el nivel de la presión sanguínea y la frecuencia cardiaca
- Disminuye el riesgo de que padezca de cancer u otras enfermedades cardiacas.

Estas medidas ayudan al paciente o la persona que se evite daños adicionales en los pulmones

Mantenerse activo:

El ser humano debe de realizar ejercicio en nivel moderado, es decir con regularidad, ello no solo conllevará a que tenga un peso más saludable, sino que fortalecerá sus

músculos, y dará un funcionamiento eficiente a su organismo, con la finalidad de que colabore con superar aquellos cuadros en los que se presente dificultad respiratoria.

Llevar una dieta saludable:

Una dieta nutritiva y equilibrada genera un buen estado de salud en la persona, esta debe de estar conformada por los siguientes alimentos:

1. Fruta, cereales integrales, lácteos desnatados, verduras y carnes magras
2. Ser baja en: Sodio, azúcares añadidos, grasas saturadas. (23)

Descansar (mucho):

El dormir se considera una actividad esencial para el ser humano, potencia el sistema inmune del ser humano y mejora la sensación de bienestar general.

Mantenerse al día con las vacunas:

Es necesario que las personas se encuentren con las vacunas al día, siendo estas contra la gripe y la neumonía. Se evite de estar expuesto a diversas infecciones, de lo contrario, esto generará que la Fibrosis Pulmonar Idiopática empeore.

Integrar un grupo de pacientes:

Es importante que el paciente sea consciente de la situación clínica en la que se encuentra, con la intención de gestionar la vida con la enfermedad de fibrosis pulmonar idiopática. Las siguientes medidas pueden colaborar a que el paciente haga frente a esta situación.

- Interactúe con personas que se encuentran con fibrosis pulmonar idiopática
- Que integre la comunidad, que se sienta parte.
- Comparta sus vivencias y experiencias.
- Sentirse comprendido.

Relajación:

La persona debe adquirir técnicas de relajación con el objeto de afrontar las dificultades emocionales y psicológicas que conlleva el diagnóstico de Fibrosis Pulmonar Idiopática:

- ✓ Priorice aspectos importantes en su vida
- ✓ Encuentre motivación
- ✓ Tener una actitud positiva para que pueda hacer frente a los retos físicos que demande la fibrosis pulmonar idiopática y el estilo de vida como su consecuencia.
- ✓ Encontrarse calmado cuando sienta angustia, desánimo, adolorido y asustado.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.OBJETIVOS

- Determinar los principales diagnósticos de enfermería en el paciente con fibrosis pulmonar.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería al paciente con fibrosis pulmonar.
- Valorar los cuidados de enfermería brindados al paciente con fibrosis pulmonar.

2.2.SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

2.2.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- ❖ NOMBRES Y APELLIDOS : Paulina Anatolia Cordero Chávez
- ❖ EDAD : 88 años
- ❖ SEXO : Femenino
- ❖ PROCEDENCIA : Mancos
- ❖ IDIOMA : Castellano
- ❖ ESTADO CIVIL : Viuda
- ❖ SITUACIÓN SOCIOECONOMICO : Dependiente
- ❖ OCUPACIÓN : Ama de casa
- ❖ MOTIVO DE INGRESO/CONSULTA: : Paciente adulto mayor refiere que hace 4 días presenta tos productiva amarillenta, disnea, dolor torácico al toser, escalofrío y malestar general.
- ❖ FECHA DE INGRESO/CONSULTA : 04/01/2018
- ❖ FECHA DE APLICACIÓN DEL PAE : 22/10/2018

2.2.2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

FAMILIARES	PERSONALES
Ninguno	- Fibrosis pulmonar - EPOC - HTA con tratamiento irregular

2.2.3. DIAGNÓSTICO MÉDICO

- + Fibrosis pulmonar infectada
- + Bronconeumonía adquirida en la comunidad
- + Desnutrición crónica proteocalórica
- + HTA II no controlada

2.2.4. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es el tipo de enfermedad intersticial pulmonar que con mayor frecuencia se presenta, se caracteriza por un proceso de cicatrización anormal del tejido pulmonar produciéndose un exceso de tejido fibrótico o cicatricial que va sustituyendo al tejido pulmonar sano. Es una enfermedad crónica y progresiva limitada al pulmón (24).

2.2.5. ETIOLOGÍA

La FPI se produce debido a que los alveolos son reemplazados por tejido fibrótico, y puede ser por las siguientes razones:

- Tabaco: aumenta las posibilidades de padecer FPI.
- Agentes microbianos
- Factores genéticos

2.2.6. SINTOMATOLOGÍA

SEGÚN EL TEXTO	SEGÚN EL PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> → Disnea → Tos crónica o persistente → Dolor torácico → Edema → Cansancio repentino 	<ul style="list-style-type: none"> → Disnea → Tos crónica o persistente → Dolor torácico → Cansancio repentino, malestar

2.2.7. SISTEMA DE DIAGNÓSTICO

SEGÚN EL TEXTO	SEGÚN EL PACIENTE
<p>→ Pruebas de laboratorio:</p> <p>Hemograma completo, exámen de orina, velocidad de sedimentación, perfil hepático.</p> <p>→ Pruebas complementarias:</p> <p>Radiografía de tórax, tomografía computarizada de alta resolución, Gasometría arterial, pulsoximetría, espirometría, biopsia pulmonar.</p>	<p>→ Pruebas de laboratorio:</p> <p>Hemograma completo, exámen de orina.</p> <p>→ Pruebas complementarias:</p> <p>Gasometría arterial, pulsoximetría.</p>

2.2.8. SISTEMA DE TRATAMIENTO

SEGÚN EL TEXTO	SEGÚN EL PACIENTE
→ Oxigenoterapia	→ Oxigenoterapia
→ Antiinflamatorios	→ Antibioterapia (Ceftriaxona)
→ Inmunomodulares	→ Antioxidantes
→ Antioxidantes	(N-acetilcisteína)

2.2.9. PRONÓSTICO

El pronóstico es reservado según la condición fisiológica de cada paciente, en sus etapas avanzadas, suele ser de carácter reservado.

2.2.10. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

I. VALORACIÓN

1.1.DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- ❖ NOMBRES Y APELLIDOS : Paulina Anatolia Cordero Chávez
- ❖ EDAD : 88 años
- ❖ SEXO :Femenino
- ❖ PROCEDENCIA : Mancos
- ❖ IDIOMA :Castellano
- ❖ ESTADO CIVIL : Viuda
- ❖ SITUACIÓN SOCIOECONOMICO : Dependiente
- ❖ OCUPACIÓN : Ama de casa
- ❖ MOTIVO DE INGRESO/CONSULTA: : Paciente adulto mayor refiere que hace 4 días presenta tos productiva amarillenta, disnea, dolor torácico al toser, escalofrío y malestar general.
- ❖ FECHA DE INGRESO/CONSULTA : 04/01/2018
- ❖ FECHA DE APLICACIÓN DEL PAE : 22/10/2018

1.2.ANTECEDENTES FAMILIARES

No refiere

1.3.ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

- + PATOLOGIAS DE LA INFANCIA : No refiere
- + PATOLOGIAS DE ADULTO : Fibrosis pulmonar, EPOC Y
HTA no controlada
- + HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR : Si
- + INTERVENCIONES QUIRURGICAS :No refiere
- + ALERGIA A MEDICAMENTOS : Ninguna
- + AMENIA : No refiere
- + OTROS : No refiere.

1.4.ANTECEDENTES LABORALES

No refiere.

1.5.ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente adulto mayor femenino refiere que hace 4 días presenta tos productiva, dificultad para respirar, leve dolor torácico al toser, fiebre, escalofríos y malestar general.

1.6.EXÁMEN FÍSICO:

+ FUNCIONES VITALES:

	MEDICINA	
	INGRESO	ACTUAL
T°	36.4°C	36.5°C
PA	150/80 mmHg	130/80 mmHg
FC	110 x min	65 x min
FR	28 x min	22 x min
SO2	78 %	96%

+ ANTROPOMETRÍA:

Peso: 38 kg

Talla: 1.44 cm

IMC: 18.32 = Delgadez

+ ASPECTO GENERAL:

Paciente adulto mayor se encuentra en su unidad en posición semifowler, con REG, REH, MEN, despierto, ventilando con cánula binasal y SatO₂= 94%.

+ EXAMEN REGIONAL:

→ **Cabeza y cuello:** Normocefalia, cuero cabelludo sin lesiones con regular implante, cuello cilíndrico, sin lesiones.

- **Aparato respiratorio:** Tórax simétrico, amplexación y elasticidad aumentada, ruidos roncales y silvilancias, sin lesiones ni masas de tumoración.
- **Aparato cardiovascular:** Latidos cardiacos aumentados (taquicardia).
- **Abdomen:** abdomen blando, con ruidos hidroaéreos presentes, sin dolor a la palpación, sin masas ni tumoraciones.
- **Sistema nervioso:** Paciente LOTEPE.
- **Sistema osteomuscular:** Tono muscular disminuido, IMC delgadez.
- **Sistema linfático:** Sin adenopatías.

1.7.RESULTADOS DE EXAMENES AUXILIARES

HEMATOLOGÍA		
EXAMENES	RESULTADOS	VALORES NORMALES
HEMOGRAMA COMPLETO		
Hemoglobina	10.2	12-16 g/dl
Plaquetas	18,100	150-400 miles/mm ³
Leucocitos	6,900	4,5-11 miles/mm ³
BIOQUÍMICA (SANGRE)		
Glucosa	86	60-120 mg/dl
Creatinina	0.92	0,5-1,3 mg/dl
Urea	22	15-40 mg
TGO	18	15-37 U/L
TGP	41	30-65 U/L
CONSTANTES CROPUSCULARES		

Grupo sanguíneo	O+	
AGA		
pH: 7.45 PCO2: 32 mmHg PO2: 50 mmHg HCO3: 23 mmol/L Ca: 0.69- mmol/L	Alcalosis respiratoria compensada + hipocalcemia	

1.8. DIAGNÓSTICO MÉDICO

- + Fibrosis pulmonar infectada
- + Bronconeumonía adquirida en la comunidad
- + Desnutrición crónica proteocalórica
- + HTA II no controlada

1.9. TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL

TRATAMIENTO	VIA	HORARIO
DIETA COMPLETA HIPOSÓDICA, HIPERPROTEICA	VO	D-A-C
POSICIÓN SEMIFOWLER	----->	----->
CONTROL DE FUNCIONES VITALES	----->	c/ 6hrs
CLNA 9 %. 1000cc}	EV	15 gts
CEFTRIAJONA 1 gr	EV	c/ 12hrs
RANITIDINA 50mg	EV	c/ 8h

METAMIZOL 1gr	EV	c/ 8 hrs
N- ACETILCISTEINA 600mg	VO	c/ 12 hrs
FUROSEMIDA 20 mg	EV	c/12 hrs
LOZARTAN 50 mg	VO	c/ 12 hrs
NBZ con 7 gts de FENOTEROL + 3cc de SF	NBZ	c/ 8hrs

1.10. VALORACIÓN POR DOMINIOS

DOMINIOS PRIORIZADOS	DATOS (OJETIVOS Y SUBJETIVOS)
<p>DOMINIO 1</p> <p>Promoción de la salud</p>	<p>Datos subjetivos: Paciente adulto mayor descansando.</p> <p>Datos objetivos: Paciente adulto mayor de 88 años con debilidad muscular, con malnutrición y enfermedad crónica (HTA).</p>
<p>DOMINIO 2</p> <p><i>Nutrición</i></p>	<p>Datos subjetivos: Paciente adulto mayor refiere “ señorita a veces no me da hambre”</p> <p>Datos objetivos: Paciente adulto mayor con IMC delgado, incapacidad percibida para ingerir alimentos y tono muscular insuficiente.</p>
<p>DOMINIO 3</p> <p>Eliminación e intercambio</p>	<p>Datos subjetivos: Paciente adulto mayor refiere “ Me agito mucho cuando respiro”</p>

	<p>Datos objetivos: Adulto mayor con disnea, taquicardia, patrón respiratorio anormal, disminución del nivel de dióxido de carbono, gasometría anormal.</p>
<p style="text-align: center;">DOMINIO 4</p> <p style="text-align: center;"><i>Actividad / reposo</i></p>	<p>Datos subjetivos: Paciente adulto mayor refiere “Me dijeron que tengo hipertensión arterial hace años”</p> <p>Datos objetivos: Paciente adulto mayor de 88 años, con conocimientos insuficientes sobre factores de riesgo modificables de hipertensión arterial.</p>
	<p>Datos subjetivos: Paciente adulto mayor refiere “señorita a veces no me da hambre y ya no puedo cocinarme como antes, tengo que ir donde mis hijas para que me den comida”</p> <p>Datos objetivos: Paciente adulto mayor de 88 años con deterioro neuro-muscular para la habilidad de preparación de alimentos.</p>
	<p>Datos subjetivos: Paciente adulto mayor refiere que lo se ha vacunado contra la influenza.</p> <p>Datos objetivos: Paciente adulto mayor con riesgo de exposición a brotes de enfermedad en la comunidad, falta de vacunación contra la influenza y con nutrición inadecuada.</p>

II. DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS AGRUPADOS	PROBLEMA DX NANDA	CAUSA R/C	CARACTERÍSTICAS M/P EVIDENCIA
Paciente adulto mayor de 88 años, debilidad muscular, con malnutrición y enfermedad crónica (HTA).	00231 Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	R/C adulto mayor de 88 años, debilidad muscular, con malnutrición y enfermedad crónica (HTA)	--
Paciente adulto mayor con IMC delgado, incapacidad percibida para ingerir alimentos y tono muscular insuficiente.	00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	R/C ingesta diaria insuficiente	M/P IMC delgado, incapacidad percibida para ingerir alimentos y tono muscular insuficiente
Adulto mayor con disnea, taquicardia, patrón respiratorio anormal, disminución del nivel de dióxido de carbono, gasometría anormal.	00030 Deterioro del intercambio de gases	R/C desequilibrio en la ventilación-perfusión	M/P disnea, taquicardia, patrón respiratorio anormal, disminución del nivel de dióxido de carbono, gasometría anormal.
Paciente adulto mayor de 88 años, con conocimientos insuficientes sobre factores de riesgo	00239 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	R/C adulto mayor de 88 años, con conocimientos insuficientes sobre factores de riesgo	--

modificables de hipertensión arterial.		modificables de hipertensión arterial.	
Paciente adulto mayor de 88 años con deterioro neuro-muscular para la habilidad de preparación de alimentos.	00102 Déficit de autocuidado: alimentación	R/C deterioro neuro-muscular	M/P deterioro de la habilidad para preparar la comida.
Paciente adulto mayor con riesgo de exposición a brotes de enfermedad en la comunidad, falta de vacunación contra la influenza y con nutrición inadecuada.	00004 Riesgo de infección	R/C riesgo de exposición a brotes de enfermedad en la comunidad, falta de vacunación contra la influenza y con nutrición inadecuada.	--

III. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	BASE CIENTÍFICA
00030 Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación-perfusión M/P disnea, taquicardia, patrón respiratorio anormal, disminución del nivel de dióxido de carbono, gasometría anormal.	Paciente mantendrá una ventilación adecuada	(6680) Monitorización de los signos vitales	Recogida y análisis de los datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones
		(0840) Cambio de posición: semifowler	Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.
		(3320) Oxigenoterapia: CBN a 3 litros	Administración de oxígeno y control de su eficacia
		(1914) Manejo acido-base: alcalosis respiratoria	Verifica la presencia de alteración clínica causada por hiperventilación alveolar que provoca Hipocapnia($\text{PaCO}_2 \leq 35 \text{ mm Hg}$), incremento de la relación de la concentración de Bicarbonato y la PaO_2 y aumento del pH.

		(2300) Administración de medicamentos: N- acetilcisteína, NBZ con fenoterol + SF	Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C ingesta diaria insuficiente M/P IMC delgado, incapacidad percibida para ingerir alimentos y tono muscular insuficiente	Paciente mantendrá un equilibrio nutricional	(1803) Ayuda con los autocuidados: alimentación	Ayudar a una persona a comer cuando presente alguna deficiencia en la ingesta de alimentos.
		(1100) Manejo de la nutrición	Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.
		(5346) Asesoramiento nutricional	Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.
		(5614) Enseñanza de dieta prescrita	Preparación de un paciente para seguir una dieta prescrita.
00102 Déficit de autocuidado: alimentación R/C deterioro neuro-muscular M/P deterioro de la habilidad para			

preparar la comida.			
00004 Riesgo de infección R/C riesgo de exposición a brotes de enfermedad en la comunidad, falta de vacunación contra la influenza y con nutrición inadecuada.	Evitar que paciente presente signos de infecciones	(6680) Monitorización de los signos vitales	Recogida y análisis de los datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones
		(6550) Protección contra infecciones	Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.
		(2300) Administración de medicamentos: ceftriaxona	Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
		(6530) Manejo de la inmunización / vacunación: Influenza	Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas
00239 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular R/C adulto mayor de 88 años, con		Enseñanza de conocimientos sobre factores de riesgo modificables	Un factor de riesgo modificable es aquello que se puede modificar con el estilo de vida saludable.
		(4040) Cuidados cardiacos	Limitación de las complicaciones derivadas de

conocimientos insuficientes sobre factores de riesgo modificables de hipertensión arterial.			un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico en pacientes con síntomas de deterioro de la función cardíaca.
		(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos	Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos, y observar sus efectos.
		0202 Fomento de ejercicio: extensión	Facilitar ejercicios sistemáticos de extensión muscular lenta y mantenimiento con posterior relajación con el fin de preparar los músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos o para aumentar la flexibilidad corporal.
		(5346) Asesoramiento nutricional	Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.
00231 Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	Evitar que el paciente presente fragilidad	(5602) Enseñanza: proceso enfermedad	Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

R/C adulto mayor de 88 años, debilidad muscular, con malnutrición y enfermedad crónica (HTA)	ante su condición	(5346) Asesoramiento nutricional	Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.
		(1803) Ayuda con los autocuidados: alimentación	Ayudar a una persona a comer cuando presente alguna deficiencia en la ingesta de alimentos.
		(7040) Apoyo en el cuidador principal	Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.
		(5330) Control del estado de animo	Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.

IV. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

FECHA	HORA	ACCIONES / INTERVENCIONES	EFFECTOS / RESULTADOS ALCANZADOS
08/01/2018	8 am	(6680) Monitorización de los signos vitales	T°: 36.5°C PA: 130/80 mmHg FC: 65 x min FR: 22 x min SO2: 94%
		(0840) Cambio de posición: semifowler	Posición semifowler
		(3320) Oxigenoterapia: CBN a 2 litros	Paciente con destete de oxígeno
		(6550) Protección contra infecciones	Paciente con mascarilla
	9 am	(1914) Manejo acido-base: alcalosis respiratoria	pH: 7.42 PCO2: 36 mmHg PO2: 70 mmHg HCO3: 24 mmol/L Alcalosis respiratoria compensada
	10 am	(2300) Administración de medicamentos: LOZARTAN 50 mg RANITIDINA 50mg FUROSEMIDA 20 mg N- ACETILCISTEINA 600mg NBZ con fenoterol + SF	Si se realizó
		(1803) Ayuda con los autocuidados: alimentación	Si se realizó
	11 am	(1100) Manejo de la nutrición	Si se realizó
		(5346) Asesoramiento nutricional	Nutricionista verifica dieta prescrita e indica continuar con la dieta
	12pm	(2300) Administración de medicamentos: METAMIZOL 1gr CEFTRIAXONA 1gr	Si se realizó

→ **EVALUACIÓN: ALTA MÉDICA**

08/01/2018: 15:00hrs: Paciente adulto mayor es dado de alta médica con las siguientes indicaciones médicas, y se retira en compañía de familiar caminando.

- Dieta hiposódica hiperproteica
- Azitromicina 500mg VO c/ 24hrs x 3 días
- Losartan 50mg VO c/12hrs x 5 días después venir x consultorios externos
- Furosemida 50mg VO c/24hrs x 3 días
- N- acetilcisteína 600mg VO con agua en medio vaso x 5 días

FECHA	HORA	ACCIONES / INTERVENCIONES	EFECTOS / RESULTADOS ALCANZADOS
08/01/2018	3pm	→ Enseñanza de conocimientos sobre factores de riesgo modificables → (5614) Enseñanza de dieta prescrita → (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos → (5602) Enseñanza: proceso enfermedad → (1803) Ayuda con los autocuidados: alimentación	Paciente es dado de alta y se retira con su familiar después de haber dado las indicaciones

		<p>→ (7040) Apoyo en el cuidador principal</p> <p>→ (5330) Control del estado de animo</p> <p>→ (6530) Manejo de la inmunización / vacunación: Influenza</p> <p>→ (0202) Fomento de ejercicio: extensión</p>	
--	--	--	--

2.3.CONCLUSIONES

PRIMERO : Paciente con fibrosis pulmonar, con deterioro en el intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación- perfusión, M/P disnea, taquicardia, patrón respiratorio anormal, disminución del nivel de dióxido de carbono y gasometría anormal

SEGUNDO : Paciente con fibrosis pulmonar al que se brinda cuidados mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería.

TERCERA : Paciente con fibrosis pulmonar al que se brinda cuidados de enfermería, el cual mejora se estabiliza parcialmente su estado de salud y es dado de alta.

2.4.RECOMENDACIONES

PRIMERO : Se debe brindar cuidados de enfermería al paciente con fibrosis pulmonar, el mismo debe ser de dominio profesional, a fin de brindar cuidados al paciente, tendientes a establecer un patrón respiratorio, que satisfaga sus requerimientos mínimos vitales.

SEGUNDO : Formular la elaboración de planes de atención de enfermería estandarizados, para brindar procesos seguros, continuos y que garanticen la estabilidad respiratoria del paciente.

TERCERA : Sensibilizar y adiestrar al personal de enfermería del servicio de emergencia, sobre la relevancia en la administración de cuidados de enfermería, basados en la aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente con fibrosis pulmonar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marcos P, Montero C, Otero I. Una mirada general a las enfermedades pulmonares intersticiales y una específica a la fibrosis pulmonar idiopática. Galicia Clínica. 2013 Marzo.
2. Kaminski N, Barnes T. Pulmonary Fibrosis Week. The American Thoracic Society. 2010.
3. Raghu G, Collard H, Egan J, Martinez F, Behr J, Brown K. Idiopathic pulmonary fibrosis: Evidence-based guidelines for diagnosis and management. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2011 Noviembre.
4. Alvarez JL, Casan P, Rodríguez F, Villena V. Neumología Clínica. Elsevier. 2010.
5. Olivieri D, Du Bois R. Interstitial Lung diseases. European Respiratory Monograph. 2000; 5.
6. Diaz GJ, Miranda Beramendi C. Características clínicas y prevalencia de la enfermedad pulmonar intersticial difusa en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud. Tesis pre grado. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, Medicina; 2012.
7. Centro de Información de salud de la Cleveland Clinic. Fibrosis Pulmonar Idiopática. Cleveland Clinic. 2005.

8. Gómez López E. Fibrosis Pulmonar Idiopática, evolución y nuevos tratamientos. Trabajo fin de grado. Universidad Complutense.
9. Asociación Latinoamericana de tórax. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. ALAT. 2014 abril.
10. Collard H. Fibrosis pulmonar idiopática. California: University of California San Francisco, Department of Medicine; 2016.
11. Xaubet A, Ancochea J, Bollo E, Fernández-Fabrellas E, Franquet T, Molina-Molina M. Normativa SEPAR sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. Arch Bronconeumol. 2013;(53).
12. Leslie K, Gruden J, Parish J, Scholand M. Transbronchial biopsy interpretation in the patient with diffuse parenchymal lung disease. Arch Pathol Lab Med. 2007; 23.
13. Richeldi L, Davies H, Ferrara G, Franco I. Corticosteroids for idiopathic pulmonary fibrosis. Cochrane Database Syst Rev.. 2003 marzo; III.
14. Murillo Navarro LA, Mamani Tarqui J. Fibrosis Pulmonar Idiopática, tratamiento con pirfenidona: Casos Clínicos. Rev Med La Paz. 2016 junio; i(22).
15. Demedts M, Behr J, Buhl R, Costabel U, Dekhuijzen R, Jansen H. High-dose acetylcysteine in idiopathic pulmonary fibrosis. N Engl J Med. 2005;(42).

16. Raghu G, Anstrom K, King T, Lasky J, Martínez F. Idiopathic Pulmonary Fibrosis Clinical Research Network. *N Engl J Med.* 2012;(77).
17. Richeldi L, Costabel U, Selman M, Kim D, Hansell D, Nicholson A. Efficacy of a tyrosine kinase inhibitor in idiopathic pulmonary fibrosis? *Lancet Respir Med.* 2014;(87).
18. George T, Arnaoutakis G, Shah A. Lung transplant in idiopathic pulmonary fibrosis. *Arch Surg.* 2011 Septiembre;(9).
19. Holland A, Hill C. Physical training for interstitial lung disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; 22.
20. Huppmann P, Sczepanski B, Boensch M, Winterkmp S, Schonheit-Kenn U, Neurohr C. Effects of in-patient pulmonary rehabilitation in patients with interstitial lung disease. *Eur Respir J.* 2012.
21. McNulty K, Janes S. Stem cells and pulmonary fibrosis: Cause or cure? *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Septiembre;(71).
22. Asociación Latinoamericana de Tórax. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. ALAT. 2015 Junio.

23. European Idiopathic Pulmonary Fibrosis y Related Disorders Federation. Guía de consulta de EU-IPFF: Una guía para vivir con fibrosis pulmonar idiopática. Boehringer Ingelheim. 2017 Junio; II.
24. Sociedad Española de Neumología y cirugía torácica. Guía para pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. 2012.
25. Marion D. Traumatic Brain injuries. 1998..