Investigación e Innovación, Vol. 4, Núm. 3, pp. 62-72
(2024) ISSN L 2790-5543
DOI: https://doi.org/10.33326/27905543.2024.3.2094

Reporte de caso/Case report/Relatório do caso

Cuidados de enfermería en paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (CIE J40.0): un estudio de caso clínico

Nursing care in a patient with chronic obstructive pulmonary disease (CIE J40.0): a clinical case study

Assistência de enfermagem a paciente com doença pulmonar obstrutiva crónica (CIE J40.0): um estudo de caso clínico

Liliana Beatriz Flores Pasapera[1] https://orcid.org/0009-0009-5923-0138
Yolanda Magaly Herrera Vásquez[1] https://orcid.org/0009-0001-1136-5983
Gustavo Alonso Simón Santos[1] https://orcid.org/0009-0005-6341-4774
Yvanna Santivañez Ayala[1] https://orcid.org/0009-0008-2476-874X
José Gregorio Molina Torres[1] https://orcid.org/0000-0002-3539-7517
Juan Esteban Rojas Trujillo[1] https://orcid.org/0000-0002-8886-8618

Resumen

Objetivo: Brindar intervenciones de enfermería que mejoren el estado de salud del usuario. **Caso clínico:** Paciente adulto mayor de 86 años, de sexo masculino, sin antecedentes. El usuario ingresa al Servicio de Emergencia HNAL el día 17/4/2024 por constante tos exigente y productiva y sonidos crepitantes, el cual no le permitía respirar normal, se cansaba y tenía un leve dolor en el pecho. **Métodos:** Estudio de caso único de enfoque cualitativo. Se utilizó como instrumento de valoración la teoría de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para el proceso de datos que utilizaron las nomenclaturas taxonómicas internacionales de diagnósticos enfermeros 2021-2023, NOC Y NIC. **Resultados:** La evolución del usuario es favorable, se continúa con todos los cuidados basándose en planes de cuidado individualizado. **Conclusiones:** Para el diagnóstico (00007), hipertermia, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: temperatura cutánea aumentada (+2), hipertermia (+1) y para la presencia de piel de gallina cuando hace frío (+2). Para el segundo diagnóstico (00032), patrón respiratorio ineficaz, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: frecuencia respiratoria (+1), disnea (+1) y para la saturación de oxígeno (+2). En el tercer diagnóstico (00031), limpieza ineficaz de las vías aéreas, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: frecuencia respiratoria (+1), ruidos respiratorios (+1) y el acumulo de secreciones (+2). Para el cuarto diagnóstico (00044), deterioro de la integridad tisular, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: eritema (+0), lesiones cutáneas (+1) y la integridad de la piel (+1). Por último, el diagnóstico enfermero (00004), riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: identifica los controles de riesgo (+1) y controla los factores de riesgos ambientales (+2).

Palabras clave: atención de enfermería, cuidados, mejoría (DeCS)

[1] Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú

Este artículo se publica bajo la Licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

Abstract

Objective: *To provide nursing interventions that improve the user's health status.* ***Clinical case:*** *Older adult patient, 86 years old, male, no history. The user was admitted to the HNAL Emergency Department on 4/17/2024 due to constant demanding and productive cough and crackling sounds, which did not allow him to breathe normally, he was tired and had slight chest pain.* ***Methods:*** *Single case study with a qualitative approach. Marjory Gordon's 11 functional patterns theory was used as an assessment tool for data processing using the international taxonomic nomenclatures of nursing diagnoses 2021-2023, NOC and NIC.* ***Results:*** *The user's evolution is favorable, and all care is continued based on individualized care plans.* ***Conclusions:*** *For the diagnosis (00007), hyperthermia, had as change score based on the indicators: increased skin temperature (+2), hyperthermia (+1), and for the presence of goose bumps when cold (+2). For the second diagnosis (00032), ineffective respiratory pattern, it had as change score based on the indicators: respiratory frequency (+1), dyspnea (+1), and for oxygen saturation (+2). For the third diagnosis (00031), ineffective airway clearance, the change score was based on the indicators: respiratory rate (+1), breath sounds (+1), and accumulation of secretions (+2). For the fourth diagnosis (00044), impaired tissue integrity, the change score was based on the indicators: erythema (+0), skin lesions (+1), and skin integrity (+1). Finally, the nursing diagnosis (00004), risk of infection related to invasive procedures, had a change score based on the indicators: identifies risk controls (+1) and controls environmental risk factors (+2).*

Keywords: nursing care, care, improvement (MeSH)

Resumo

Objetivo: *Fornecer intervenções de enfermagem que melhorem o estado de saúde do usuário.* ***Caso clínico:*** *Paciente idoso de 86 anos, do sexo masculino, sem antecedentes. O usuário foi admitido no Departamento de Emergência do HNAL em 17/4/2024 devido a uma tosse produtiva constante e exigente e a sons crepitantes, que não lhe permitiam respirar normalmente, estava cansado e tinha uma leve dor no peito.* ***Métodos:*** *Estudo de caso único com uma abordagem qualitativa. A teoria dos 11 padrões funcionais de Marjory Gordon foi usada como ferramenta de avaliação para o processamento de dados usando as nomenclaturas taxonômicas internacionais de diagnósticos de enfermagem 2021-2023, NOC e NIC.* ***Resultados:*** *A evolução do usuário é favorável, todos os cuidados são continuados com base em planos de cuidados individualizados.* ***Conclusões:*** *Para o diagnóstico (00007), hipertermia, teve como escore de mudança baseado nos indicadores: aumento da temperatura da pele (+2), hipertermia (+1) e para a presença de arrepios quando frio (+2). O segundo diagnóstico (00032), padrão respiratório ineficaz, teve como pontuação de mudança baseada nos indicadores: frequência respiratória (+1), dispneia (+1) e saturação de oxigênio (+2). Para o terceiro diagnóstico (00031), desobstrução ineficaz das vias aéreas, a pontuação de mudança foi baseada nos indicadores: frequência respiratória (+1), sons respiratórios (+1) e acúmulo de secreções (+2). Para o quarto diagnóstico (00044), integridade tissular prejudicada, a pontuação de alteração foi baseada nos indicadores: eritema (+0), lesões cutâneas (+1) e integridade da pele (+1). Por fim, o diagnóstico de enfermagem (00004), risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos, teve sua pontuação alterada com base nos indicadores: identifica controles de risco (+1) e controla fatores de risco ambientais (+2).*

Palavras-chave: assistência de enfermagem, cuidados, aprimoramento (DeCS)

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por limitación al flujo aéreo y por no ser totalmente reversible. La limitación al flujo aéreo es usualmente progresiva y asociada a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas nocivas y gases.[1] El EPOC está ocupando el cuarto lugar entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Su prevalencia depende del país, la edad y el sexo, pero se aproxima a 10 % en personas mayores de 40 años. En el año 2012, más de 3 millones de personas fallecieron por dicha causa.[2] La enfermedad pulmonar obstructiva crónica ha llegado a ser un gran problema para la salud pública como una de las mayores causas de morbilidad crónica en el mundo. Muchos pacientes sufren de esta enfermedad durante años y mueren prematuramente por las complicaciones del EPOC. Se prevé que para el año 2030 sea la tercera causa de muerte debido a los factores de riesgo y al envejecimiento de la población.[3]

Los fenotipos conocidos como EPOC son la bronquitis obstructiva crónica y el enfisema. La bronquitis se define por la presencia de tos y esputo en la mayoría de los días durante al menos 3 meses al año, durante 2 o más años consecutivos, y el enfisema por espacios aéreos distales patológicamente agrandados.[4] Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados se definen como el "enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a las enfermedades que amenazan a la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales".[5] La EPOC es más frecuente en los hombres, pero debido al aumento de tabaquismo en las mujeres de países de ingresos altos y al mayor riesgo de exposición a contaminación, en la actualidad, afecta a mujeres y hombres por igual.[6] La malnutrición disminuye la fuerza de los músculos respiratorios, siendo así afectada y aumenta la incidencia de agudizaciones y hospitalizaciones, así como la mortalidad.[7]

El Dr. José Portugal, médico neumólogo, menciona que la falta de ejercicio, manifestada principalmente como la falta de aire y fatiga, es uno de los principales factores limitantes en actividades de la vida diaria. Remarca igualmente que un programa de rehabilitación pulmonar comprende educación y apoyo psicosocial al paciente, reentrenamiento respiratorio y entrenamiento muscular (tanto de miembros superiores como inferiores), con un adecuado soporte nutricional y técnicas de relajación.[8] En África, la prevalencia de EPOC es difícil de calcular por varias razones debido a que la población está más expuesta a enfermedades pulmonares como la tuberculosis y el consumo de tabaco que se ha incrementado en los últimos años.[9]

El Dr. José Cornejo García, médico especialista del Servicio de Neumología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, menciona que el consumo de cigarros, exposición al humo y contaminación de aire son algunas de las causas que propician la enfermedad del EPOC, patología que representa 2,3 millones de muertes en el mundo al año y está muy presente en el día a día del ciudadano peruano.[10] Asimismo, señaló que el primer paso para el diagnóstico consiste en realizar una espirometría, esta ayudará a determinar el grado de obstrucción bronquial del enfermo, seguido de un estudio de imágenes para descartar otras enfermedades pulmonares, como la tuberculosis o cáncer de pulmón.[11] En el tratamiento de la EPOC, desde un punto de vista práctico, podemos considerar aquellas medidas que han demostrado mejorar la supervivencia (interrupción del tabaquismo y oxigenoterapia en el paciente con hipoxemia crónica severa) y aquellas otras que mejoran los síntomas y la calidad de vida.[12] La EPOC no es curable, pero el tratamiento permite retrasar la progresión de la enfermedad. La mejora del acceso a un tratamiento adecuado y oportuno, así como a la rehabilitación pulmonar, ayuda a controlar los síntomas y permite incrementar la calidad de vida de las personas con la enfermedad.[13]

La EPOC es una enfermedad a la que no se le dio la importancia debida durante años, pero en la última década se comenzó a preocupar a la comunidad médica internacional por la relación directa con el consumo de tabaquismo, llegando a ser tendencia el aumento de la prevalencia.[14] Los síntomas de EPOC tienen variabilidad a lo largo del día: hay alteraciones nocturnas en el control de la ventilación y los pacientes pueden tener dificultad para dormir, lo que afecta el sueño y la nutrición porque provoca tos, flema y cansancio.[15] En un estudio de población holandesa se demostró una variación diurna en el tamaño de las vías respiratorias en personas saludables, en los que se ha encontrado una variación de aproximadamente 4 % del nivel promedio de la madrugada en FEV1 y de aproximadamente 8 % del nivel promedio en el flujo espiratorio máximo. Esto significaría un cambio diurno en el FEV1 de 140 mL para un hombre sano de 44 años.[16] El usuario en cuidado paliativo terminal o final es aquel que no tiene indicación terapéutica con finalidad curativa y el pronóstico es reservado y de acuerdo a la progresión de la enfermedad que depende de cada organismo. El paciente suele presentar inapetencia, confusión mental, cambio en signos vitales, aumento de secreciones en vías aéreas superiores, falta de aire y boca seca.[17] hoy en día un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica lesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud.[18]

La EPOC en poco tiempo será un problema de salud mundial debido a la exposición a los altos índices de contaminación atmosférica, así como al alto índice de fumadores jóvenes y a la tendencia de la población hacia el envejecimiento, pues es una enfermedad de prevalencia y desarrollo en la edad adulta.[19] De manera general, se puede decir que el centro de interés de la disciplina de enfermería indica aquello que se orienta a la práctica de la enfermera sobre lo que dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales.[20] El profesional de enfermería es quien procura brindar un cuidado de calidad a los pacientes que viven un proceso de cronicidad y, con el equipo de salud, se esfuerza para aliviar los síntomas y facilita procesos de adaptación que benefician en la planificación de cuidados de manera individual y multidisciplinar.[21] Las estrategias principales en la atención de los cuidados que debe realizar el equipo de salud son el contacto físico, el afecto, la comunicación, el alivio del dolor, la amabilidad, la musicoterapia y el contacto con el entorno.[22]
La valoración previa al plan de cuidados es un proceso planificado y sistematizado de recogida de información e interpretación. Esto implica tomar decisiones, determinar qué información es relevante y utilizar herramientas; todo está enfocado en la

respuesta integral de la persona ante un problema de salud.[23] Los cuidados estándares son según las necesidades de cuidados que presenta el paciente con una misma área de atención.[24] La recolección de datos del paciente en la valoración enfermera tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales; es decir, para llegar al diagnóstico enfermero.[25]

Métodos

El método es un estudio de caso único de enfoque cualitativo. "El estudio de casos es un método útil para analizar diferentes situaciones clínicas, identificar puntos fuertes y frágiles de la relación de cuidado establecida por la enfermera y planear soluciones y estrategias para mejorarla". Se utilizó la valoración de la teoría de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, para el proceso de datos que utilizaron las nomenclaturas taxonómicas internacionales de diagnósticos enfermeros 2021-2023, NANDA Int. doceava edición.[22] Para la evaluación de resultados, se utilizaron las taxonomías de clasificación de resultados NOC sexta edición.[23] Asimismo, para las intervenciones de enfermería, se utilizó la taxonomía de la clasificación de intervenciones de enfermería NIC séptima edición, las cuales se codificaron en planes didácticos y se desarrollan en las tablas 1, 2, 3, 4, 5.[24]

Caso clínico

Paciente adulto mayor de 86 años, de sexo masculino, sin antecedentes. El usuario ingresa al Servicio de Emergencia HNAL el día 17/4/2024, acompañado de su sobrina Margot, quien refiere que hace 1 mes su tío sufría constante tos exigente y productiva y su pecho sonaba con ruidos crepitantes que no le permitía respirar normal, se cansaba y tenía un leve dolor en el pecho debido a la tos que presentaba.

Familiar refiere que "hace 40 años mi tío fumaba 2 cajetillas de cigarros diarios y cuando se enfermaba solo acudía a la farmacia más cercana".

A su ingreso por Emergencia, el paciente presentó pérdidas de memoria, con déficit en el habla, con Glasgow 12 y pérdidas de capacidad para moverse, postrado en cama, no responde al llamado, con piel pálida e hidratada, pupilas isocóricas, balbucea, presenta dificultad para respirar, con oxigenoterapia por sistema Venturi FiO2 35 % a 9 litros por minuto, de AGA: FiO2: 35 %, abdomen blando depresible. Actualmente, se encuentra hospitalizado en el Servicio de Medicina 4 II.

A la observación: paciente de contextura delgada, con CVC, piel ligeramente pálida e hidratada, mide un metro 60 cm, pesa 45 kg, con poco cabello, cabeza normo cefálica, con buen aseo, ojos visión central, somnoliento, pupilas isocóricas con escleras limpias, con reflejo pupilar, nariz con sonda nasogástrica, tos exigente y productiva, disnea con apoyo máscara Venturi a 8 litros por minuto, oídos sin secreciones, boca húmeda con arco de dentadura sin alteraciones, dentadura incompleta con caries, lengua limpia, cuello y tórax simétrico, a la auscultación bronquial con sonidos crepitantes, abdomen blando desprendible, la columna vertebral normal, LPP en sacro de grado III, genitales normales, con sonda vesical, existe simetría en los miembros inferiores y superiores, uñas largas en las manos y los pies; con signos vitales: PA: 140/80 mmHg, FC: 80x´, FR: 30x´ y temperatura de 38,4 °C, SatO2: 87 % sin oxígeno.

Solicitan examen de laboratorio, Hb: 9, leucocitos y linfocitos.

Diagnóstico médico:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Tratamiento farmacológico:

Dextrosa 5 % 1000 cc a 28 gotas por minuto.

Noradrenalina 4 mg EV cada 12 horas.

Atorvastatina 40 mg VO cada 8 horas.

NBZ con salbutamol 10 gts + 5 cc suero fisiológico.

Aspiración de secreciones.

Valoración de enfermería por patrones funcionales

Patrón I

Percepción - manejo de salud: paciente masculino de 86 años de edad; familiar refiere que hace 40 años su tío fumaba 2 cajetillas de cigarros diarios. Paciente vivía solo por abandono de sus hijos y primera esposa, quien los últimos años estuvo al cuidado de su sobrina.

Patrón II

Nutricional metabólico: al examen físico se evidencia a paciente adelgazado con un peso aproximado de 45 kg, con índice de masa corporal 18, con piel ligeramente pálida e hidratada, boca húmeda con arco de dentadura sin alteraciones, dentadura incompleta con caries, lengua limpia, portador de una sonda nasogástrica.

Patrón III

Eliminación: el paciente presenta deposiciones normales con apoyo de pañal; portador de sonda Foley

Patrón IV

Actividad - ejercicio:

Actividad respiratoria: el paciente presenta actividad respiratoria alterada por disnea con frecuencia respiratoria 30 rpm, con máscara Venturi a 8 litros por minuto, con una saturación de 87 % sin oxígeno a la auscultación bronquial con sonidos crepitantes, pulmones congestionados, tos exigente y productiva, crepitantes en ambos campos pulmonares.

Actividad circulatoria: paciente con pulso periférico normal, presenta frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto.

Capacidad de autocuidado: grado de dependencia III, con fuerza muscular disminuida, paciente con reposo absoluto, con escala de Downton presenta riesgo alto y escala de valoración de Braden presenta riesgo alto.

Patrón V

Sueño - descanso: a la observación, el paciente se encuentra somnoliento con sueño interrumpido.

Patrón VI

Cognitivo - perceptivo: a la evaluación cognitiva, paciente se encuentra somnoliento, no responde al llamado, desorientado en tiempo y espacio y presenta un Glasgow de 12, a la evaluación se observa con poco cabello, cabeza normo cefálica con buen aseo, ojos visión central, pupilas isocóricas con escleras limpias con reflejo pupilar.

Patrón VII

Autopercepción - autoconcepto: el paciente se encuentra ansioso, temeroso, familiar presenta preocupación por el estado de salud en el que se encuentra su tío.

Patrón XI

Seguridad - protección: al examen físico se evidencia LPP en sacro de grado III.

Priorización de diagnósticos de enfermería

(00007) Hipertermia relacionada con agente lesivo biológico, evidenciada por malestar general, temperatura de 38,4 °C, palidez y escalofríos (tabla 1).

(00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con uso de los músculos respiratorios, evidenciado por disnea, secreciones bronquiales, FR: 30 rpm, SatO2: 87 % sin oxígeno (tabla 2).

(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con retención de secreciones, evidenciada por tos productiva y sonidos respiratorios crepitantes (tabla 3).

(00044) Deterioro de la integridad tisular relacionado con deterioro de la movilidad física, evidenciado por paciente postrado, LPP III, flictenas, inmovilidad de miembros inferiores y superiores (tabla 4).

(00004) Riesgo de infección según lo evidenciado por procedimientos invasivos (tabla 5).

Planes del Cuidado

Tabla 1

Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00007) Hipertermia

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00007) Hipertermia relacionada con agente lesivo biológico, evidenciada por temperatura de 38,4 °C y escalofríos.	0800 Termorregulación Temperatura cutánea aumentada (1) Diana: Aumentar a: 4 Hipertermia (2) Diana: Aumentar a: 4 Presencia de piel de gallina cuando hace frío (2) Diana: Aumentar a: 4	3740 Tratamiento de la fiebre Interrelación enfermera con familiar. Se observó el color de la piel y la temperatura corporal. Monitorización de la temperatura. Disminuir los cobertores de la cama. Administración de metamizol, según indicación. Toma de la temperatura. Escribir las notas de enfermería.	0800 Termorregulación Temperatura cutánea aumentada (3) Puntuación de cambio +2 Hipertermia (3) Puntuación de cambio +1 Presencia de piel de gallina cuando hace frío (4) Puntuación de cambio +2

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic; basado en Herdman H. (2021), p. 564; Moorhead S. (2018), p. 581; Butcher H. (2018), p. 427

Tabla 2

Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00032) Patrón respiratorio ineficaz

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con uso de los músculos respiratorios, evidenciado por disnea, secreciones bronquiales, FR:30 rpm, SatO2: 87 % sin oxígeno.	(0415) Estado respiratorio Frecuencia respiratoria (2) Diana: Aumentar a: 4 Disnea (1) Diana: Aumentar a: 3 Saturación de oxígeno (1) Diana: Aumentar a: 3	(3350) Monitorización respiratoria Interacción entre enfermera y familiar. Monitorización de los signos vitales. Control de la saturación de oxígeno. Colocar en posición semifowler. Realizar la terapia de nebulización según indicación médica. Aspiración de secreciones. Administración de oxígeno. El paciente queda en observación.	(0415) Estado Respiratorio Frecuencia respiratoria (2) Puntuación de cambio +1 Disnea (2) Puntuación de cambio +1 Saturación de oxígeno (2) Puntuación de cambio +2

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic; basado en Herdman H. (2021), p. 313; Moorhead S. (2018), p. 403; Butcher H. (2018), p. 347.

Tabla 3

Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones, evidenciado por tos productiva y sonidos respiratorios crepitantes.	(0403) Estado respiratorio ventilación Frecuencia respiratoria (2) Diana: Aumentar a: 4 Ruidos respiratorios (2) Diana: Aumentar a: 3 Acumulo de secreciones (2) Diana: Aumentar a: 4	(3160) Aspiración de las vías aéreas Actividades: Interactuar con el paciente. Colocar al paciente en posición semifowler. Se valoraron las características de las secreciones. Auscultar los ruidos respiratorios. Monitorización de la respiración. Realizas la terapia de nebulización. Aspirar las secreciones. Paciente queda en observación.	(0403) Estado respiratorio ventilación Frecuencia respiratoria (3) Puntuación de cambio +1 Ruidos respiratorios (3) Puntuación de cambio +1 Acumulo de secreciones (4) puntuación de cambio +2

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic; basado en Herdman H. (2021), p. 490; Moorhead S. (2018), p. 404; Butcher H. (2018), p. 90.

Tabla 4

Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00044) Deterioro de la integridad tisular

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00044) Deterioro de la integridad tisular relacionado con deterioro de la movilidad física, evidenciado por LPP III, necrosado y flictenas.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas Eritema (3) Diana: Aumentar a: 4 Lesiones cutáneas (2) Diana: Aumentar a: 3 Integridad de la piel (3) Diana: Aumentar a: 4	(3520) Cuidados de las úlceras por presión Actividades: Interacción enfermera paciente. Monitorización de los signos vitales. Se realizó el baño en cama Se realizó la curación de LPP. Hidratación de la piel. Se cambió de posiciones cada dos horas con ayuda de la nutricionista. Brindar alimentación hiper proteica. Monitorizar frecuentemente al paciente. Transcribir las actividades que se realizó con el paciente.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas Eritema (3) Puntuación de cambio +0 Lesiones cutáneas (2) Puntuación de cambio +1 Integridad de la piel (3) Puntuación de cambio +1

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic; basado en Herdman H. (2021), p. 540; Moorhead S. (2018), p. 431; Butcher H. (2018), p. 133.

Tabla 5

Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00004) Riesgo de infección según lo evidenciado por procedimientos invasivos

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00004) Riesgo de infección según lo evidenciado por procedimientos invasivos.	1902 Control de riesgo 1902.20 Identifica los controles de riesgo (2) Diana: Aumentar a: 3 1902.02 Controla los factores de riesgos ambientales (2) Diana: Aumentar a: 4	6550 Protección contra las infecciones Actividades Interrelación enfermera con paciente y familiar. Realizar el lavado de manos antes de la atención al usuario. Mantener la asepsia para prevenir el riesgo. Monitorizar los cambios de catéteres. Documentar la enseñanza indicada y la respuesta del paciente. El paciente queda en observación.	1902 Control de riesgo 1902.20 Identifica los controles de riesgo (3) Puntuación de cambio +1 1902.02 Controla los factores de riesgos ambientales (4) Puntuación de cambio +2

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic; basado en Herdman H. (2021), p. 488; Moorhead S. (2018), p. 275; Butcher H. (2018), p. 384.

Discusión

En el presente caso clínico se realizaron los cuidados de enfermería a paciente en proceso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En el análisis del primer diagnóstico (00007), hipertermia relacionada con agente lesivo biológico evidenciado por malestar general, temperatura de 38,4 °C, palidez y escalofríos, las intervenciones se realizaron en un 100 %. Según NANDA Int., la hipertemia se define como el estado en el cual la temperatura corporal aumenta por encima de los límites normales del cuerpo humano. Para Douma, la hipertermia es un mecanismo por el cual el organismo lucha contra invasores externos.[26]

En el análisis del segundo diagnóstico enfermero (00032), patrón respiratorio ineficaz relacionado con uso de los músculos respiratorios evidenciado por disnea, secreciones bronquiales, FR:30 rpm, SatO2: 87 % sin oxígeno, las intervenciones se realizaron en un 100 %. NANDA Int. define al patrón respiratorio ineficaz como la alteración en la inhalación o exhalación que no llega a satisfacer las necesidades metabólicas del cuerpo humano. Asimismo, se puede llegar a tener una dificultad respiratoria profunda, respirar rápidamente o llegar a mantener una respiración constante. Para Esteban, el patrón respiratorio ineficaz es la inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada.[27]

En el tercer diagnóstico enfermero (00031), limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por tos productiva y sonidos respiratorios crepitantes, las intervenciones se realizaron en un 100 %. Según NANDA Int., la limpieza ineficaz de las vías aéreas se define como la incapacidad del paciente para eliminar de manera efectiva las secreciones u obstrucciones de las vías respiratorias. Para Ramírez, la limpieza ineficaz de las vías aéreas es una reacción del pulmón al volumen de sangre aumentada en los espacios intersticiales y crepitantes.[28]

En el cuarto diagnóstico (00044), deterioro de la integridad tisular relacionado con deterioro de la movilidad física evidenciado por paciente postrado, LPP III, flictenas, inmovilidad de miembros inferiores y superiores, las intervenciones se realizaron en un 100 %. Según NANDA Int., el deterioro de la integridad tisular se define como el estado en el que el individuo experimenta una lesión en las membranas mucosas, corneales, integumentarias o del tejido subcutáneo. Para Mayllard, la presión ocasionada en los tejidos se ocasiona UPP.[29]

Por último, en el quinto diagnóstico enfermero (00004), riesgo de infección según lo evidenciado por procedimientos invasivos, las intervenciones se realizaron en un 100 %. NANDA Int. define al riesgo de infección como la posibilidad de que

una persona adquiera una infección debido a una disminución de las defensas naturales del cuerpo. Para Tokars, el riesgo de infección es la expresión clínica del proceso infeccioso, traduciendo en signos y síntomas, tanto el daño causado por el agente infeccioso como el resultado de la inflamación resultante.[30]

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería está vinculado con las taxonomías de diagnósticos enfermeros, las taxonomías de clasificación de resultados y de clasificación de intervenciones de enfermería. Se priorizaron los diagnósticos enfermeros y se establecieron objetivos basados en la puntuación de diana, los cuales fueron parcialmente alcanzados. Para el primer diagnóstico (00007), hipertermia, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: temperatura cutánea aumentada, puntuación de cambio (+2); hipertermia, puntuación de cambio (+1), y para la presencia de piel de gallina cuando hace frío, puntuación de cambio (+2).

Para el segundo diagnóstico (00032), patrón respiratorio ineficaz, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: frecuencia respiratoria, puntuación de cambio (+1); disnea, puntuación de cambio (+1), y para la saturación de oxígeno, puntuación de cambio (+2).

En el tercer diagnóstico (00031), limpieza ineficaz de las vías aéreas, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: frecuencia respiratoria, puntuación de cambio (+1); ruidos respiratorios, puntuación de cambio (+1), y el acumulo de secreciones, puntuación de cambio (+2).

Para el cuarto diagnóstico (00044), deterioro de la integridad tisular, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: eritema, puntuación de cambio (+0); lesiones cutáneas, puntuación de cambio (+1), y la integridad de la piel, puntuación de cambio (+1).

Por último, para el quinto diagnóstico enfermero (00004), riesgo de infección, relacionado por procedimientos invasivos, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: identifica los controles de riesgo, puntuación de cambio (+1) y controla los factores de riesgos ambientales, puntuación de cambio (+2).

Referencias

1. Dos Santos M, García R, Da Silva M. Confort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora. Enferm. glob. [Internet]. 2021; 20(61):418-432. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.420751

2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Diagnosis, Management and Prevention of COPD, 2018. http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/ [Links]

3. INER-EPOC, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. http://www.iner.salud.gob.mx/principales/investigacion/-en-tabaquismo-y-epoc.aspx

4. Miravitlles M. Long-term clinical outcomes following treatment with alpha 1-proteinase inhibitor for COPD associated with alpha-1 antitrypsin deficiency: A look at the evidence. Respiratory Research. 2017; 30,18(1):105

5. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

6. Chacón-Chaves RA, Sibaja-Campos M, Dávila-Haas JA, Gutiérrez-Pimentel R, Gutiérrez-Sanabria A, Rocha-Contreras B, et al. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Acta méd. costarric [Internet]. 2003; 45(Suppl 1):23-28. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022003000500003&lng=en

7. Martínez Luna M, Rojas Granados A, Lázaro Pacheco RI, Meza Alvarado JE, Ubaldo Reyes L, Castellanos MA. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Bases para el médico general. Rev. Fac. Med. 2020; 63(3):28-35. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422020000300028&lng=es. https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.63.3.06

8. World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. Geneva: WHO; 2002. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42494/1/9241545577.pdf

9. Tashkin DP. Roflumilast: the new orally active, selective phophodiesterase-4 inhibitor, for the treatment of COPD. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2014; 15(1):85-96.

10. Félix Hinojosa EC. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Acta méd. peruana [Internet]. 2009; 26(4):188-191. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000400001&lng=es.

11. Fernández-Fernández FJ, Ameneiros-Lago E, González Moraleja J, Pía Iglesias G, Martínez-Debén FS, Sesma P. Tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2003; 20(3):46-53. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000300009&lng=es.

12. Ferrian A, Prado B. MOC Manual de oncología clínica do Brasil: cuidados paliativos [Internet]. Sao Paulo: Dendrix; 2017

13. Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004; 13(44-45):42-46. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.

14. National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care (partial update). 2010. http://bit.ly/1zH8dtD

15. Peces-Barba G, Barberá JA, Agustí A, Casanova C, Casas A, Izquierdo JL, Jardim J, López V, Monsó E, Montemayor T, Viejo JL. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - SEPAR / ALAT, 2009. www.separ.es

16. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem. Porto alegre. Artemed, 2016

17. Blanes-Mompó JI. Uso tópico de fármacos y apósitos en la úlcera venosa. XIII Congreso Nacional del Capítulo de Flebología de la SEACV. 2005. Girona. http://www.angiologia.es/pdf/Web/57S01/bkS01S047.pdf

18. Barnes PJ. Inflammatory mechanisms in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2016; 138(1):16-27.

19. Iniciativa mundial para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estrategia mundial para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Informe. 2020. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf.

20. Garzón N. La enfermería como disciplina. Nueva Enferm. 1980; (15):19-23.

21. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.guiasalud.es/GPC//GPC_512_EPOC_Lain_Entr_compl.pdf

22. Acevedo Gamboa FE, Díaz Álvarez JC, Ortiz Suarez C. Propuesta de cuidado de enfermería al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica según la taxonomía NANDA, NIC, NOC. av.enferm. [Internet]. 2013; 31(2):116-135.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000200013&lng=en

23. Shakespeare J, Parkes E, Bryce M, Hul J. Advanced roles in respiratory healthcare science: It's not just spirometry. Breathe, 2019; 15(4):267-269. http://dx.doi.org/10.1183/20734735.0310-2019

24. Folch A, Orts-Cortés MI, Hernández-Carcereny C, Seijas-Babot N, Macia-Soler L. Programas educativos en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Revisión integradora. Enferm Glob [Internet]. 2016; 16(1):537. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100537

25. Vinaccia S, Quiceno JM. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. Ter Psicol [Internet]. 2011; 29(1):65-75. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100007

26. Douma MJ, et al. First aid cooling techniques for heat stroke and exertional hyperthermia: A systematic review and meta-analysis. Resuscitation. 2020; 148:173-190,

27. Esteban A, Alía I, Ibañez J, Benito S, Tobin MJ, Spanish lung failure collaborative group. Modes of mechanical ventilation and weaning. A national survey of Spanish hospitals. Chest. 1994; 106:1188-93.

28. Ramírez AE. Proceso de Enfermería; lo que sí es y lo que no es. Enfer. Univ. 2016; 13(2)71- 72. http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02- 00071.pdf

29. Maillard JY, Denyer SP. Focus on silver. http://www.worldwidewounds.com/2006/may/Maillard/Focus-On-Silver.html

30. Tokars JI, Miller ER, Stein G. New national surveillance system for hemodialysis-associated infections: initial results. Am J Infect Control, 2002; 30(5):288-95.

Correspondencia:
lilianaflorespasapera@gmail.com

Fecha de recepción: 15/08/2024
Fecha de aceptación: 16/08/2024