



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“Proceso Atención de Enfermería aplicado a una paciente con Neumopatía Intersticial Difusa en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias”

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
Licenciada en Enfermería**

**PRESENTA:
Marisol Lazarini Jiménez
Número de cuenta: 413025236**

**ASESORÍA ACADÉMICA:
MTRA. Irma Valverde Molina**

CIUDAD DE MÉXICO 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Con amor, dedicación y agradecimiento

A mis Papás Yolanda y Alejandro por su apoyo incondicional, por confiar en mí y enseñarme que todo en la vida es posible.

A mis hermanos Alex, Adriana, Cuah gracias por ser mis mejores y más grandes compañeros de vida y aventuras.

A todas esas personas y amigos que el destino hizo que cruzaran mi camino durante mi carrera universitaria, Servicio Social y en esta aventura llamada "Enfermería", compartiendo un aprendizaje y sobre todo enseñarme a querer más a la Enfermería.

Gracias por todo, por ser y estar.

ÍNDICE

Introducción	Pàg.4
Justificación	Pág.5
Objetivo general y específicos	Pág.6
Metodología del Trabajo	Pág. 7
Marco teórico	Pág. 8
Generalidades del Proceso de Atención de enfermería	
Orígenes Históricos de Enfermería	
Modelo de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson	
Identificación del caso clínico	Pág.13
Valoración de enfermería	Pág.14
Descripción de las necesidades	Pág.16
Diagnósticos de enfermería reales y potenciales	Pág.18
Planeación del cuidado	Pág. 19
Plan de alta	Pág. 26
Conclusión	Pág. 27
Bibliografía	Pág. 28
Anexos	Pág. 29
Historia Natural de la Enfermedad	
Cedula de evaluación del paciente	

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (P.A.E) es un método racional y sistemático de planificación que proporciona cuidados de enfermería con el propósito de identificar el estado de salud del paciente así como sus problemas de salud reales y potenciales para poder establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermedades específicas que cubran tales necesidades.

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (I.N.E.R) con una paciente con diagnóstico de Neumopatía Intersticial Difusa, con la finalidad de llevar a cabo una recolección de datos para realizar un plan de cuidados en base a la información obtenida.

De acuerdo a la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería según la NANDA, se planificarán los cuidados de enfermería para la ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería, para que de esta forma se brinde un cuidado integral a la paciente para favorecer su estado de salud y calidad de vida.

¹ La Neumopatía Intersticial Difusa causa a nivel mundial cada año una de cada ocho muertes se deben a enfermedades respiratorias y trastornos pulmonares, los cuales han llegado a causar al menos 6 millones de ingresos hospitalarios, de los cuales innumerables casos causan la muerte de los pacientes.

² Según la Organización de las Naciones Unidas (O.M.S) hasta el 2015 las enfermedades respiratorias se encuentran entre las primeras diez enfermedades que causan mayor mortalidad en países de bajos recursos, y la número uno del ranking con una mortalidad de 72 defunciones por cada 100,000 habitantes.

³ Estimaciones del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (I.N.E.R) son escasos los estudios epidemiológicos que describen el comportamiento de las enfermedades intersticiales a nivel poblacional en el mundo y en México.

En el I.N.E.R en un periodo comprendido de 2000 a 2010 se registraron 22,600 defunciones relacionadas a enfermedades intersticiales con un total de 5, 420,059 muertes ocurridas en dicho periodo.

Con un grupo de edad de entre 45-64 años, registrando una mortalidad mayor en el sexo masculino. Se observó un mayor incremento de la mortalidad en hombres, de 8 defunciones por 100,000 hombres (2000) a 13 muertes por 100,000 hombres (2010). En las mujeres hubo un ascenso de 6 defunciones por 100,000 mujeres (2000) a 10 muertes por 100,000 mujeres (2010).

¹ Gibson John. La salud pulmonar en Europa Hechos y cifras Reino Unido 2014. Publicado por la European Lung Foundation. 3 Martínez D, García I, Fernández R, Franco F. (Septiembre 2014)

² Organización Mundial de la Salud (O.M.S) Nota descriptiva Las 10 principales causas de defunción en el mundo. Enero 2017.

³ Tendencia de la mortalidad por enfermedades intersticiales en México, periodo 2000-2010. Neumología y Cirugía de Tórax, 73, 5. 4 enero, De Medigraphic Base de datos.

JUSTIFICACIÓN

Este Proceso de Atención de Enfermería tiene la finalidad de recabar información acerca de la Neumopatía Intersticial Difusa, así como llevar a cabo una recolección de datos para realizar un plan de cuidados con base a la información obtenida, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la persona.

La selección de este caso clínico se debe al alto porcentaje y prevalencia de la Neumopatía Intersticial Difusa dentro del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (I.N.E.R), ya que según estimaciones las enfermedades intersticiales son uno de los mayores problemas de salud causando altos índices de mortalidad en el mundo.

Por lo cual se consideró oportuno tomar en cuenta este Proceso de Atención de Enfermería como opción de titulación.

OBJETIVOS

GENERAL

Aplicar y ejecutar de manera eficaz el Proceso de Atención de Enfermería para brindar intervenciones encaminadas a proporcionar un cuidado de calidad a la paciente.

ESPECÍFICOS

Describir la actuación de enfermería ante un paciente que presenta Neumopatía Intersticial Difusa.

Formular diagnósticos reales y potenciales.

Establecer un plan de cuidados e intervenciones específicas a las necesidades alteradas de Oxigenación, Alimentación, Eliminación, Descanso/Sueño, Comunicación y Aprendizaje.

Elaborar un plan de alta que favorezca y promueva el autocuidado de la paciente a su egreso hospitalario.

METODOLOGIA DEL TRABAJO

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias con una paciente hospitalizada en el Clínico 1 de Enfermedades Intersticiales, con el diagnóstico de Neumopatía Intersticial Difusa, a quien se le pidió autorización para la realización de este trabajo.

Se seleccionó este caso debido a la alta prevalencia de este padecimiento en el Instituto y a los cuidados de enfermería que se brinda al paciente con dicho padecimiento.

La finalidad de este trabajo fue investigar y proporcionar información acerca de la Neumopatía Intersticial Difusa, así como realizar una recolección de datos objetivos y subjetivos utilizando el modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería NANDA/NIC/NOC, para la planificación de un plan de cuidados que ayude a la persona a mejorar su estado de salud en base a la información obtenida durante este Proceso de Atención de Enfermería.

MARCO TEÓRICO

El Proceso de atención de enfermería (P.A.E) es una herramienta utilizada por la enfermería para brindar un cuidado individual y holístico al paciente.

Es un método sistemático y organizado de proporcionar cuidados de enfermería integrales y progresivos, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

⁴Proporciona un mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar de una forma individualizada los problemas reales o potenciales de salud de todo individuo.

Propiedades del Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E):

Cuenta con seis propiedades: es intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene una base teórica.

Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería P.A.E:

Permite a la persona participar en su propio cuidado

Garantizar la respuesta a los problemas de salud reales y potenciales

Ofrecer atención individualizada, continua y de calidad

Ayudar a identificar problemas únicos de la persona

Como todo método el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E) configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, consta de 5 etapas:

VALORACION: Es el primer paso donde se recogen datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud del individuo.

Podemos obtener información por medio de datos:

Subjetivos: Se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos.

A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del individuo.

⁴ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. U.N.A.M. Publicaciones Proceso Atención de Enfermería P.A.E. México 2013.

Objetivos: Consisten en información observable, habitualmente esta información se obtiene a través de los sentidos durante la exploración física del usuario.

Las fuentes de información primarias son paciente, entrevista, observación, exploración física de enfermería (auscultación, inspección, palpación, percusión).

DIAGNOSTICO : Consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson , apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales , potenciales y de salud .

Otra formulación para diagnósticos es la del formato P.E.S :

P=Problema, E= Etiología, S=Signos y Síntomas.

PLANEACIÓN: Consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.

Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

EJECUCION: Es la aplicación del plan de cuidado donde interviene según la planificación, el paciente, enfermera, equipo de salud, familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

EVALUACIÓN: Es la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir se miden los resultados obtenidos.

ORIGENES HISTÓRICOS DE LA ENFERMERIA

⁵Desde los inicios de la humanidad la figura del cuidador ha estado presente en todos los ámbitos de la historia.

Desde los primeros colectivos humanos donde siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas, éstas ya recibían cuidados propios de este oficio por parte de otros miembros de la tribu, principalmente mujeres, las cuales se dedicaban mayormente al cuidado de los niños y a la recolección.

Con el paso del tiempo el papel del cuidador quedó relevado a las clases bajas, mientras que la medicina estaba reservada a las clases altas. Así, el cuidado de los enfermos en la antigua Roma era realizado por esclavos o sirvientes y, a pesar de que tanto hombres como mujeres realizaban estos cuidados, fueron también ellas las que tenían más prestigio y reconocimiento con motivo de su dedicación y participación en los cuidados del parto y del recién nacido.

Con la llegada del Cristianismo, el papel del cuidador siguió realizándose por las clases bajas y estaba destinada principalmente al cuidado de los marginados sociales (presos, enfermos de lepra o peste, deficientes), y más que nunca se trataba de una tarea reservada a la mujer, que al quedarse al cuidado del hogar y los hijos, vivía relacionada con otras mujeres que poseían conocimientos sobre la materia y que transmitían unas a otras.

Desde el punto de vista científico el estudio de los orígenes de la enfermería como oficio reconocido se divide en dos etapas: la primera, que comprende desde las primeras culturas existentes hasta el siglo XIX, nos habla del enfermero entendido como la persona que propicia cuidados a un enfermo o persona incapaz de valerse por sí misma.

De esta etapa se conocen pocos detalles ya que prácticamente no existen fuentes ni testimonios escritos y, por tanto, los conocimientos del oficio se realizaban mediante la transmisión oral y el aprendizaje práctico.

Hacia el final de esta primera etapa aparecen los primeros escritos breves asociados a la enfermería que tienen su origen en mundo monástico, cuna de la cultura y los primeros escritores.

El interés y preocupación de la iglesia por los enfermos y los marginados sociales se basa en los valores cristianos de la caridad, la igualdad y la ayuda al desamparado. Además era la única institución con estos valores que disponía de suficientes recursos para crear hospitales y asilos.

⁵ Mitja Jordi. Barcelona (2014). Orígenes de la Enfermería. 5 de enero 2017, de Enfermería Blog Creative Commons.

La segunda etapa de la enfermería se inicia en el siglo XIX con las reflexiones de los intelectuales sobre las tareas realizadas por esas personas conocidas como cuidadores.

El primer manual conocido de la enfermería como disciplina data del 1617 y recoge una serie de instrucciones para enfermeros donde se describen técnicas y procedimientos para practicar a los enfermos. Así pues, empiezan a florecer las enseñanzas teóricas de esta disciplina y se va produciendo de forma paulatina una institucionalización como profesión.

A pesar de estos primeros manuales, el primer referente que consiguió posicionar la enfermería como un oficio imprescindible en la sociedad fue Florence Nightingale, una de las primeras cuidadoras es considerada la madre de la enfermería moderna.

De origen social elevado, sus creencias religiosas le llevaron a rechazar el papel al que estaba destinado como mujer de clase alta y dedicarse al cuidado de los soldados heridos. En 1860 instauró los cimientos de la enfermería profesional y estableció una escuela propia de enfermería en Londres llamada Saint Thomas Hospital que aun funciona en la actualidad.

Actualmente, la enfermería es una de las profesiones más reconocidas de nuestra sociedad por la dedicación y la vocación que se le asocia.

Ya no se trata tan solo de unos cuidados prácticos si no que existe todo un cuerpo teórico que sustenta un conocimiento imprescindible para el cuidado de los enfermos.

MODELO DE LAS 14 NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

⁶Durante la década de 1950 a 1996 surge la teoría de enfermería de Virginia Henderson la cual es considerada como una filosofía definitoria basada en la función que consiste en ayudar al individuo sano o enfermo a recuperar la salud o ayudar a una muerte tranquila, a través de actividades que contribuyan a su salud o recuperación.

Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, concibe el papel de enfermería como la realización de acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, fomentando en mayor o menor grado el auto cuidado.

Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el individuo.

El modelo de Virginia Henderson se ubica dentro del modelo de las necesidades humanas para la vida, salud y núcleo de acción de la enfermería.

Paradigmas según este Modelo

Enfermería: Arte y Ciencia que tiene como función ayudar al individuo sano o enfermo a la realización de actividades que contribuyan a su salud o recuperación, facilitando su independencia lo más rápido posible.

Salud: Calidad física y mental que permite a una persona trabajar y alcanzar un nivel potencial de satisfacción en la vida.

Entorno: Conjunto de condiciones e influencias externas que afectan a la vida y desarrollo del individuo.

Persona: Individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila.

El modelo de Virginia Henderson incluye 14 necesidades fundamentales del ser humano:

- | | |
|-------------------------------|---------------------------|
| 1. Oxigenación | 11. Creencias y Valores |
| 2. Alimentación e Hidratación | 12. Trabajar y Realizarse |
| 3. Eliminación | 13. Recreación |
| 4. Movimiento y Postura | 14. Aprendizaje |
| 5. Descanso y Sueño | |
| 6. Vestido | |
| 7. Termorregulación | |
| 8. Higiene | |
| 9. Evitar peligros | |
| 10. Comunicación | |

⁶ García, González María de Jesús. 1997; El proceso de enfermería y Modelo de Virginia Henderson. Ed. Progreso. México.

IDENTIFICACIÓN DEL CASO CLÍNICO

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS : Paciente femenina de nombre A.M.Q.T de 48 años de edad originaria de la ciudad de México, residente de Otumba Estado de México , vive en unión libre, practicante de la religión católica, ama de casa, analfabeta.

Exposición a humo de leña negado.

Exposición a hilos de tela por haberse dedicado durante 4 años a la costurera, hasta hace un año.

Habita en casa propia de tipo urbana construida con cemento, cuenta con servicios de agua y luz, no cuenta con drenaje. Refiere baño y cambio de ropa diario, alimentación regular en calidad y cantidad.

Zoonosis positiva siendo cuidadora primaria de 3 perros, anteriormente refiere haber sido cuidadora de gallinas y guajolotes durante toda su vida hasta hace dos años.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: Anemia aparentemente de origen nutricional desde hace dos años, tratada con transfusiones en 5 ocasiones en hospital de Teotihuacán, siendo la última hace aproximadamente mes y medio, permaneciendo internada durante 8 días.

Traumáticos, alergias o toxicomanía negadas.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: Padre fallecido por complicaciones de diabetes mellitus tipo 2. Resto cuestionado y negado.

PADECIMIENTO ACTUAL: Refiere que desde hace dos años presenta tos no productiva y ligera disnea que no interrumpía sus actividades diarias por lo que no requirió revisión ni atención médica.

Progresivamente hasta hace dos meses nota disnea de pequeños esfuerzos al subir escaleras, realizar actividades de la vida diaria y caminar distancias no mayores a 3 metros.

Refiere no presentar pérdida de peso, fiebre u otros síntomas asociados.

Es referida por el Hospital General de Teotihuacán a este Instituto para su valoración, diagnóstico y tratamiento, ingresando a consulta externa el día 25 de octubre del 2016.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Exploración física llevada a cabo el día 23 de noviembre de 2016

- **Signos vitales**

T/A: 100/65 mmHg

Tº: 36º

FC: 72 x`

FR: 21x`

SatO2: 83 % aire ambiente saturando por arriba de 90% con ayuda de oxígeno suplementario a 2Lx`.

Peso: 62 kg

Talla: 1.59 cm

- **Gasometría Arterial**

Ph: 7.45 Valor de referencia (7.35-7.45)

PaO2: 82.4 mm Hg- Valor de referencia (60-80 mmHg)

PaCO2 : 29.9 mmHg -Valor de referencia (35-45 mmHg)

SatO2: 83 % -Valor de referencia (95-100%)

HCO3: 16.5 mmol/L - Valor de referencia (22-26 meq)

- **Tratamiento farmacológico**

Paracetamol 500 mg v.o PRN.

Prednisona 50mg v.o c/8 horas.

Senòsidos AB 2 tabletas antes de dormir.

Nebulizaciones COMBIVENT (Bromuro de Ipratropio y Salbutamol c/12 horas o en caso de broncoespasmo.

- **Exámenes de laboratorio**

<u>Biometría hemática</u>	
Leucocitos	10.98m3
Neutrófilos	61.50 %
Linfocitos	27.70 %
Monocitos	0.97 %
Eosinófilos	1.30%
Basófilos	0.70 %
Eritrocitos	4.89 mm3
Hemoglobina	12.4 gr/dl
Hematocrito	42.20 %
Plaquetas	365 mm3

<u>Química Sanguínea</u>	
Glucosa	116mg/dl
Urea	23.54 mg/dl
Ácido úrico	5.3 mg/dl
Creatinina	0.6 mg/dl

<u>Tiempos de coagulación</u>	
(TP) Tiempo de protrombina	11.1 seg.
(TTPa) Tiempo de tromboplastina parcial	28 seg.

<u>Electrolitos Séricos</u>	
Sodio	138 mmol/L
Potasio	3.7 mmol/L
Cloro	106 mmol/L
Calcio	7.1 md/dL
Magnesio	1.8 mEq/l

VALORACIÓN CÉFALO CAUDAL

CABEZA: Cráneo de aspecto normal sin alteraciones, cabello bien implantado de aspecto poco desalineado, sin alteraciones de importancia.

CARA: Ovalada, piel ligeramente reseca, ojos color negro , pupilas isocóricas, reactivas a la luz conjuntivas normales, cejas y pestañas con buena implantación, nariz normal, orejas simétricas, pabellón auricular: implantación en lugar adecuado, boca y labios deshidratados, paladar superior e inferior sin alteración, lengua sin alteraciones , adoncia en 2 dientes inferiores y molares con prótesis dentales.

CUELLO: Largo no doloroso a la palpación, movimientos de flexión, extensión, lateralización y rotación sin alteración, tiroides no visible ni palpable, clavículas: simétricas lisas.

CORAZÓN: Ruidos cardíacos auscultables y rítmicos.

EXTREMIDADES SUPERIORES: Simétricos, movimientos de flexión y extensión, abducción y aducción, pronación y supinación, rotación sin problemas, llenado capilar de 1 segundo.

TÓRAX: De aspecto y configuración normal con una frecuencia respiratoria normal, ruidos respiratorios normales sin alteraciones de importancia.

ABDOMEN: Distendido con movimientos peristálticos disminuidos.

COLUMNA VERTEBRAL: Sin alteraciones de importancia.

APARATO GENITOURINARIO: Diuresis espontánea.

MIEMBROS PÉLVICOS: Sin alteración de importancia.

PIES: Sin alteración de importancia.

DESCRIPCIÓN DE NECESIDADES

NECESIDAD	VALORACION
OXIGENACION	<p>Presenta campos pulmonares permeables, ruidos respiratorios normales, con una frecuencia respiratoria de 21x`. Saturación de oxígeno 83% aire ambiente.</p> <p>Con ayuda de oxígeno suplementario a 3Lx` la saturación se mantiene por arriba de 90%.</p>
ALIMENTACION E HIDRATACION	<p>Al interrogatorio menciona que en su hogar lleva una alimentación limitada, con frecuencia de 2 veces al día, consumiendo algunos de los grupos alimenticios, consumo ocasional de carnes rojas y blancas debido a falta de recursos económicos para costear gastos.</p> <p>Refiere consumo excesivo de refresco y nula ingesta de agua, en su estancia hospitalaria come 3 veces al día.</p>
ELIMINACION	<p>Diuresis espontánea de aspecto normal.</p> <p>Movimientos peristálticos disminuidos, refiere sufrir constantemente de estreñimiento.</p> <p>No ha presentado evacuaciones por dos días consecutivos.</p>
MOVIMIENTO Y POSTURA	<p>Movilización independientemente, marcha sin alteraciones.</p>
DESCANSO Y SUEÑO	<p>Hábito de sueño 6 horas aproximadamente, acostumbra a tomar siestas cortas por las mañanas.</p> <p>Tarda en conciliar el sueño por las noches ya que considera que el hospital es un ambiente ruidoso que le altera el sueño y al despertar se siente cansada y desganada.</p>
VESTIDO	<p>Por la estancia hospitalaria tiene que vestir únicamente bata, lo que le causa incomodidad al no poder utilizar la ropa de su agrado, muchas veces refiere tener frío y no contar con ropa abrigadora.</p>
TERMORREGULACION	<p>Temperatura de 36°, es perceptible a las sensaciones de frío y calor y responde ante ellas adecuadamente. Menciona sentir frío en el cuarto.</p>
HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL	<p>Lavado de manos antes de comer e ir al baño, baño y cambio de ropa diario, higiene bucal dos veces al día. Piel con ligera resequedad.</p>

EVITAR PELIGROS	Es capaz de mantener régimen terapéutico para el diagnóstico que está cursando actualmente.
COMUNICACIÓN	Responde de manera coherente a preguntas, no tiene problemas para expresar sus emociones, sin embargo muestra preocupación, tristeza, ansiedad y en ocasiones llanto, debido a la estancia hospitalaria, ya que no recibe visitas frecuentes de sus familiares por falta de tiempo y recursos económicos para trasladarse al hospital.
CREENCIAS Y VALORES	Católica, tiene imágenes religiosas y un rosario en su cuarto, sin embargo le cuesta trabajo expresar sus ideas entorno a aspectos religiosos.
TRABAJAR Y REALIZARSE	Refiere ser ama de casa desde hace un año, ya que durante cuatro años se dedicó a ser costurera.
RECREACION	En el hospital no puede hacer alguna actividad recreativa de su interés, a veces se siente aburrida. Le agrada colorear y dibujar para pasar el tiempo.
APRENDIZAJE	Refiere ser analfabeta, menciona que le gustaría aprender a leer y escribir, ya que se le facilitaría realizar más actividades que por ahora la limitan. Desconoce su enfermedad, se muestra interesada en saber que cuidados debe tener cuando se valla a su hogar.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA REALES Y POTENCIALES

NECESIDAD	DIAGNOSTICO
OXIGENACION	Patrón respiratorio ineficaz r/c patología respiratoria m/p saturación por debajo de 90% a aire ambiente.
ALIMENTACION E HIDRATACION	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C recursos económicos insuficientes M/P expresa realizar ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y antecedente de anemia de origen nutricional.
ELIMINACION	Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, aporte bajo de agua y fibra m/p movimientos peristálticos disminuidos, distensión abdominal y no haber evacuado por dos días.
MOVIMIENTO Y POSTURA	Riesgo de caídas r/c entorno hospitalario desconocido.
DESCANSO Y SUEÑO	Trastorno del patrón del sueño r/c ambiente hospitalario m/p expresa dificultad para conciliar el sueño y falta de energía al despertar.
VESTIDO	Déficit del autocuidado: vestido r/c estancia hospitalaria m/p no poder elegir la ropa que va a usar.
TERMORREGULACION	Riesgo de desequilibrio de la temperatura r/c inactividad y uso de ropa inadecuada para la temperatura ambiente.
HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores intrahospitalarios.
EVITAR PELIGROS	Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.
COMUNICACIÓN	Ansiedad r/c entorno hospitalario m/p expresa preocupación, soledad y llanto.
CREENCIAS Y VALORES	Deterioro de la religiosidad r/c estancia hospitalaria m/p no es capaz de expresar sus sentimientos o ideas entono a la religión que profesa.
TRABAJAR Y REALIZARSE	Interrupción de los procesos familiares r/c estancia hospitalaria m/p cambio en los roles familiares y estado de salud.
RECREACION	Deterioro de la interacción social r/c estancia hospitalaria m/p ausencia de personas significativas que la visiten en el hospital.
APRENDIZAJE	Disposición para mejorar los conocimientos acerca del padecimiento actual que padece r/c falta de información m/p expresa interés en el aprendizaje.

PLANEACION DE CUIDADO

JERARQUIZACION DE DIAGNOSTICOS

- **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Patrón respiratorio ineficaz R/C patología respiratoria M/P saturación por debajo de 90% a aire ambiente.**

Código: 00032

Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 4 respuestas cardiovasculares/pulmonares

CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC													
<p>RESULTADOS</p> <p>Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. Vigilancia de signos vitales.</p> <p>INDICADORES</p> <p>Disminución de dificultad respiratoria.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%; text-align: center;">ESCALA DE MEDICION</th> <th style="width: 65%; text-align: center;">PUNTACION DIANA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1-Grave</td> <td style="text-align: center;">MANTENER: 4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2-Sustancial</td> <td style="text-align: center;">ELEVAR: 5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3-Moderado</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4-Leve</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5-No comprometido</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA	1-Grave	MANTENER: 4	2-Sustancial	ELEVAR: 5	3-Moderado		4-Leve		5-No comprometido	
ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA												
1-Grave	MANTENER: 4												
2-Sustancial	ELEVAR: 5												
3-Moderado													
4-Leve													
5-No comprometido													
INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTACION CIENTIFICA												
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la vía aérea: Administrar aire u oxígeno humidificado si procede. Colocación de oxígeno suplementario según indicaciones prescritas: A través de puntas nasales a 2 litros por minuto. • Fisioterapia respiratoria: Administrar broncodilatadores o tratamientos con aerosol si procede. Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos, si es el caso: Nebulizaciones COMBIVENT (Bromuro de ipratropio y salbutamol c/12 horas o en caso de broncoespasmo. 	<p>La oxigenoterapia es un tratamiento de prescripción médica en el que se administra oxígeno con la finalidad de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno en la sangre, las células y los tejidos del organismo.</p> <p>Un broncodilatador es una sustancia, generalmente un medicamento que causa que los bronquios y bronquiolos de los pulmones se dilaten, provocando una disminución en la resistencia aérea y permitiendo así el flujo de aire. Se administra con el fin de tratar dificultades para respirar, especialmente útiles en enfermedades pulmonares.</p>												

<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización respiratoria: Vigilancia de la saturación respiratoria. Monitorizar simetría en la utilización de músculos accesorios. Vigilar la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio. Observar si hay disnea o ruidos respiratorios anormales. 	<p>El proceso respiratorio consiste en inspiración y espiración, difusión del oxígeno desde los alvéolos pulmonares a la sangre y del bióxido de carbono desde la sangre a los alvéolos, y transporte de oxígeno hacia tejidos y órganos corporales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de los signos vitales: Controlar periódicamente la frecuencia y ritmo respiratorio: Oximetría de pulso, sonidos pulmonares. Observar periódicamente el color, temperatura e hidratación de la piel. 	<p>Los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan cifras que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente y evaluar su mejora o evolución.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer anatómicamente la expansión pulmonar: Posicionar Fowler o Semi fowler. 	<p>La postura en Fowler es comúnmente utilizada en la terapia respiratoria ya que mejora la respiración y relajación de músculos toraco-abdominales favoreciendo el intercambio gaseoso y respiratorio.</p>

EVALUACION: El resultado fue favorable ya que los niveles de saturación de oxígeno se mantuvieron dentro de los parámetros normales favoreciendo el patrón respiratorio.

- **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C recursos económicos insuficientes M/P expresa realizar ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y antecedente de anemia de origen nutricional.**

Código: 00002

Definición: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

Dominio: 2 Nutrición.

Clase: 1 Ingestión.

CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC		
RESULTADOS	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
Estado nutricional	1-Grave	MANTENER: 4
INDICADORES	2-Sustancial	ELEVAR: 5
Ingestión de nutrientes	3-Moderado	
	4-Leve	
	5-No comprometido	
INTERVENCIONES NIC		FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la Nutrición: Ajustar la dieta al estilo del paciente, según sea el caso y determinar las preferencias de comidas del paciente. Mantener una adecuada ingesta de líquidos. Asegurarse que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento. 		<p>Un adecuado manejo nutricional se debe adecuar de forma individualizada a cada persona según su patología, gustos, tiempo y posibilidades económicas que le puedan proveer los nutrientes a través de alimentos adecuados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento nutricional: dado por el personal de enfermería o nutriólogo según sea el caso. 		<p>Antes de empezar cualquier manejo nutricional es importante que se lleve a cabo un asesoramiento nutricional en donde se explique los alimentos que mejor favorezcan la adecuada alimentación. El personal capacitado le ayudara a conocer y elegir lo que mejor le conviene para su estado de salud y alimentación.</p>

EVALUACION: Se proporcionó información por parte del personal de enfermería y nutrición en donde se resaltó la importancia de incluir todos los grupos alimenticios, adecuándose a los gustos y posibilidad económica de la paciente para favorecer un adecuado estado nutricional.

- **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Estreñimiento R/C actividad física insuficiente, aporte bajo de agua y fibra M/P movimientos peristálticos disminuidos, distención abdominal y no presentar evacuación por dos días.**

Código: 00011

Definición: Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación excesivamente duras o secas.

Dominio: 3 eliminación e intercambio.

Clase: 2 función gastrointestinal.

CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC		
RESULTADOS	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
Eliminación intestinal	1-Grave	MANTENER: 4
Hidratación	2-Sustancial	ELEVAR: 5
	3-Moderado	
	4-Leve	
INDICADORES	5-No comprometido	
Facilidad de eliminación de heces.		
INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo intestinal: Vigilancia de movimientos peristálticos, frecuencia, consistencia, volumen si procede. 	Los movimientos peristalticos son aquellos que hace el cuerpo ayudando al aparato digestivo a vaciar la comida mediante la evacuación.	
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo nutricional: Ajustar la dieta al estilo del paciente si procede. Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra. Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. 	El objetivo del manejo nutricional es estimular la perístalsis y disminuir gradualmente los síntomas asociados a estreñimiento, a través de una dieta alta en fibra con consumo de granos enteros, frutas, verduras y abundantes líquidos.	
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de laxantes o enemas si procede: Senósidos AB 2 tabletas antes de irse a dormir. 	Los laxantes y enemas son utilizados para provocar la defecación o la eliminación de heces, mayormente utilizados para tratar el estreñimiento. Los senosidos AB son un laxante natural de origen vegetal para el tratamiento de la constipación leve provocada por malos hábitos alimentarios, falta de ejercicio e inadecuada ingesta de fibra natural.	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar actividad física leve si procede o masaje abdominal. 	El ejercicio físico juega un papel muy importante en el aumento de los movimientos peristálticos, facilitando el tránsito intestinal, ayudados por el movimiento muscular.	

EVALUACION: Las intervenciones favorecieron a la disminución de los síntomas y la normalización del patrón de eliminación intestinal a lo largo de la estancia hospitalaria.

- **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Trastorno del patrón del sueño R/C ambiente hospitalario M/P expresa dificultad para conciliar el sueño y falta de energía al despertar.**

Código: 00198

Definición: Interrupción durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos.

Dominio: 4 actividad/reposo.

Clase: 1 sueño/reposo.

CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC		
<p>RESULTADOS</p> <p>Bienestar Descanso Sueño</p> <p>INDICADORES</p> <p>Patrón del sueño Interrupción del sueño</p>	<p>ESCALA DE MEDICION</p> <p>1-Grave 2-Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-No comprometido</p>	<p>PUNTACION DIANA</p> <p>MANTENER: 4 ELEVAR: 5</p>
INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el sueño: <p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p> <p>Controlar la ingesta de alimentos y bebidas antes de irse a la cama que interfieran en la inducción del sueño.</p> <p>Establecer una rutina a la hora de irse a la cama, que facilite la transición del estado de vigilia del sueño.</p> <p>Evite siestas prolongadas.</p> <p>Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, como mantener objetos personales o familiares (cobija, almohada, pijama etc.) si procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo ambiental: confort. <p>Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente alguna técnica de relajación simple no farmacológica de inducción del sueño: Técnica de meditación o respiración simple, Musicoterapia. 	<p>La higiene del sueño es la práctica que consiste en seguir ciertas recomendaciones que permitan asegurar un sueño reparador que promoverá el estado de alerta diurno y ayude a evitar ciertos tipos de trastornos del sueño.</p> <p>De ser posible disminuir el exceso de luz o ruidos ambientales para un sueño confortable y reparador.</p> <p>Los ejercicios de relajación son una buena alternativa para combatir trastornos del sueño y mejorar la calidad de sueño, ya que de esta forma el cuerpo se liberará de la tensión y se preparará para dormir de la mejor manera y sin interrupciones.</p>	

EVALUACION: Se pretendió que la persona fuera capaz de llevar a cabo las intervenciones recomendadas para fomentar un sueño reparador y confortable durante su estancia hospitalaria y al cabo de ella siga llevándolas a cabo en su hogar para favorecer el sueño.

- **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Ansiedad R/C estado de salud y entorno hospitalario M/P expresa preocupación, soledad y llanto.**

Código: 00146

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma de origen desconocido o inespecífico para la persona, sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Dominio: 9 afrontamiento/tolerancia al estrés.

Clase: 2 respuestas de afrontamiento

CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC		
RESULTADOS	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
Autocontrol de la ansiedad INDICADORES Ansiedad verbalizada Control de la ansiedad	1-Grave 2-Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-No comprometido	MANTENER: 4 ELEVAR: 5
INTERVENCIONES NIC		FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ansiedad: Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos a través de la escucha activa y apoyo emocional. Crear un ambiente que facilite la confianza. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 		Dentro de la relación enfermera-paciente la comunicación es uno de los factores clave a la hora de prestar unos cuidados integrales y de calidad, además es la mejor manera de acercarnos a la persona para conocer cómo se encuentra o cómo podemos ayudarle a solucionar alguna inquietud que tenga.
<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente sobre técnicas de relajación para el control de la ansiedad: Técnica de meditación o respiración simple, Musicoterapia, Realizar alguna actividad didáctica. 		Las técnicas de relajación constituyen una de las prácticas más utilizadas y efectivas para disminuir la ansiedad permitiendo un estado de tranquilidad física y mental.

EVALUACION: La paciente se sintió más tranquila y transmita sus emociones con mayor facilidad. El resultado fue favorable ya que la paciente tuvo mayor confianza al expresar sus sentimientos, lo que disminuyo su ansiedad durante la estancia hospitalaria.

- **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Disposición para mejorar los conocimientos acerca del padecimiento actual R/C analfabetismo y falta de información clara y entendible M/P expresa verbalmente interés en el aprendizaje en el tratamiento médico-farmacológico a seguir.

Código: 00161

Definición: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzado.

Dominio: 5 percepción / cognición.

Clase: 4 cognición.

CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC		
RESULTADOS	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
Conocimiento: favorecimiento a la salud.	1-Grave 2-Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-No comprometido	MANTENER: 4 ELEVAR: 5
INDICADORES Descripción de cuidados		
INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza: tratamiento médico farmacológico. • Facilitar el aprendizaje: Adaptar la información para que se cumpla con el estilo de vida o rutina del paciente. Ajustar la instrucción al nivel de conocimiento y comprensión del paciente. Asegurar que el material de enseñanza este actualizado. Repetir la información importante. • Incluir redes de apoyo para transmitir y facilitar el aprendizaje, si procede. 	<p>La enseñanza al paciente hospitalizado es la clave para que durante su estancia hospitalaria y a su egreso domiciliario tenga una mejor calidad de vida, ya que puede entender de mejor forma su enfermedad y los cuidados necesarios para el fomento al autocuidado.</p> <p>El proceso de aprendizaje permita al paciente o cuidador, adquirir los conocimientos y destrezas para la toma de decisiones acertadas y seguras durante el cuidado que favorezca el autocuidado e independencia Además se busca contribuir con la disminución de reingreso del paciente a la institución, generadas por el desconocimiento de su enfermedad, los inadecuados cuidados en el hogar o descuido en el tratamiento.</p>	

EVALUACION: Se transmitió y mejoró el conocimiento acerca del padecimiento de la persona a través de la enseñanza, para aumentar el autocuidado e independencia para disminuir en lo posible el reingreso hospitalario.

PLAN DE ALTA

Documento que proporciona información importante e individualizada para el paciente y cuidador primario, tras el egreso hospitalario para favorecer el autocuidado e integración a las actividades de la vida diaria.

- Al ser dado de alta del hospital recuerde acudir a programar sus citas médicas.
- Acuda oportunamente a sus citas médicas trayendo consigo su resumen de alta hospitalaria y recetas de medicamentos recientes.
- Enseñanza medicamentos prescritos: Por indicación médica la paciente debe tomar los siguientes medicamentos, así mismo se debe explicar de manera detallada la manera correcta de administrarlos.

Paracetamol 500 mg en caso de dolor o fiebre.

Prednisona 50mg c/8 horas durante 7 días.

- Utilización de oxigenoterapia prescrita por su médico: Se indica utilización de oxígeno suplementario por puntas nasales a 1 o 2 litros por minuto, según la necesidad de la paciente. Se asesoró a la paciente y familia sobre la correcta utilización del dispositivo de oxígeno.
- Enseñanza dieta prescrita: Se recomienda iniciar con dieta normal y habitual que integre la mayoría de los grupos alimenticios, adecuándonos a la posibilidad económica de la paciente, procure no consumir alimentos en la calle.
- Enseñanza proceso de enfermedad y cuidados primordiales: Se explicó de forma sencilla y entendible la enfermedad que padece la paciente, resolviendo sus dudas y recomendando cuidados para evitar complicaciones.
- Disminuya el contacto con aves de corral o animales domésticos: ya que son portadores de microorganismos que pueden resultar dañinos.
- Procure no exponerse a cambios bruscos de temperatura o con demasiada humedad.
- Realice alguna actividad física moderada por lo menos 30 minutos al día.
- No olvide utilizar cubre bocas si usted o alguien cercano presentan gripe, tos o estornudos.
- Realice lavado de manos con agua y jabón y si sale de casa lleve gel antibacterial.
- Cita abierta a la consulta externa de urgencias si presenta algún síntoma como: respiración dificultosa al hacer actividades cotidianas o en reposo, fiebre, expectoración no habitual o con sangre, pérdida de peso sin razón aparente o coloración azulada en dedos o manos.

CONCLUSIÓN

En la actualidad las Enfermedades Intersticiales en nuestro país ha ido en aumento lo que provoca un o alto índice de mortalidad cada año en todas las instituciones de salud.

Existen varios factores de riesgo para las enfermedades pulmonares intersticiales que pueden explicar el aumento de la mortalidad entre los más comunes son biológicos y ambientales, lo que conlleva a numerosos ingresos hospitalarios, con la finalidad de ser diagnosticados y tratados.

Siendo principalmente el equipo multidisciplinario en salud quien debe enfrentarse a este padecimiento, por lo que se importante que se cuente con personal capacitado para brindar un cuidado integral y oportuno a toda persona.

Por ello la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como sistema de trabajo, ayuda a la planificación y estandarización de los cuidados que garanticen una calidad en el cuidado.

Todo persona hospitalizada necesita recibir un cuidado enfermero con un enfoque holístico que englobe aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales para facilitar el objetivo de mantener la salud, autocuidado y disminuir en lo posible su reingreso hospitalario, con la ayuda de las recomendaciones dadas por el personal de salud multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

Ancochea Julio. Monografías NEUROMADRID .Enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Volumen 16. Madrid 2008.

Burgos Felipe .Atención enfermera en el paciente con alteraciones respiratorias. Módulo 1 itinerario informativo en urgencias y emergencias. Madrid España 2013.

Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE)- Nursing Interventions Clasification (NIC). Mc Closkey JC., Bulechek G., Edit Elsevier. Tercera edición.

Clínica DAM Especialidades médicas. Enfermedad pulmonar difusa. Madrid 2016. Consultada el 27 de noviembre. Disponible en: <https://www.clinicadam.com/salud/5/000128.html>

Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Johnson M., Bulechek G. y cols. Edit. Elsevier. Primera edición. 2009.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. U.N.A.M. Publicaciones Proceso Atención de Enfermería P.A.E. México 2013.

García, González María de Jesús. 1997; El proceso de enfermería y Modelo de Virginia Henderson. Ed. Progreso. México.

Gibson John. La salud pulmonar en Europa Hechos y cifras Reino Unido 2014. Publicado por la European Lung Foundation.

Guía de diagnóstico y tratamiento servicio de neumología. Hospital General de México. Ciudad de México 2010. Consultado el 11 de diciembre. Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/neumo/guias10/nueve.pdf

Martínez D, García I, Fernández R, Franco F. (Septiembre 2014). Tendencia de la mortalidad por enfermedades intersticiales en México, periodo 2000-2010. Neumología y Cirugía de Tórax, 73, 5. 4 enero, De Medigraphic Base de datos.

Mitja Jordi. Barcelona (2014). Orígenes de la Enfermería. 5 de enero 2017, de Enfermería Blog Creative Commons.

NANDA - diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2003-2004. Edit Elsevier.

Papponetti Marta. Artículo Enfermedad pulmonar intersticial. INTRAMED. Argentina 2011. Consultado el 11 de diciembre. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=71983>

Quadrello Silvia. Enfermedad pulmonar intersticial difusa. Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Revista médica respiratoria, Volumen 12. Buenos Aires Argentina 2002. Consultado el 8 de diciembre Disponible en: http://www.ramr.org.ar/articulos/volumen_2_numero_1/editoriales/rev_2_1_enfer_pulmonar.pdf

Raghu G.n Interstitial lung disease. In: Goldman L, Schafer Al, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders; 2011: chap 92.

ANEXOS

HISTORIA NATURAL DE LA NEUMOPATIA INTERSTICIAL DIFUSA

La Neumopatía Intersticial Difusa se refiere a la enfermedad de los pulmones que afecta directamente a él Intersticio o tejido conjuntivo, que forma la estructura de soporte de los sacos de aire de los pulmones, o alvéolos.

En un pulmón normal, los alvéolos se llenan de aire durante la inhalación, el oxígeno del aire pasa a través de las paredes de los alvéolos hacia el torrente sanguíneo, en sentido inverso, durante la exhalación, el dióxido de carbono pasa de la sangre a los alvéolos.

Cuando se encuentra afectado por una enfermedad pulmonar intersticial, el tejido de los alvéolos se inflama y se vuelve rígido, lo que hace difícil que los alvéolos se puedan expandir completamente.

El intersticio anormal limita el suministro de oxígeno al cuerpo y la eliminación del dióxido de carbono del cuerpo. A medida que la enfermedad intersticial avanza, el tejido de soporte cicatriza y ensancha las paredes alveolares, disminuyendo aún más la función pulmonar.

Huésped: Se ha observado con mayor frecuencia la presencia de esta enfermedad en el sexo masculino, con un grupo de edad de entre 45-64 años. En relación se presenta en cada 8 hombres por cada 6 mujeres.

Agente: Suele manifestarse debido a virus, bacterias u hongos atípicos en el organismo, así mismo existen agentes conocidos por estar en contacto con Inhalación de polvo, humo de leña o cigarro, trabajar con asbestos, estar en contacto directo con aves de corral, humedad, moho.

También puede estar causada por la exposición a medicamentos tales como:

Agentes quimioterapéuticos, agentes antiarrítmicos (usados para tratar ritmos irregulares del corazón), estatinas (usadas para reducir los niveles de colesterol) o alguna clase de antibióticos.

Entre los Factores de riesgo de la neumopatía intersticial difusa puede estar asociada a enfermedades autoinmunes o inflamatorias tales como: enfermedades autoinmunitarias como lupus, artritis reumatoidea, sarcoidosis, esclerodermia o Infecciones.

También el consumo de cigarro puede aumentar el riesgo de desarrollo de algunas formas de la enfermedad pulmonar intersticial y puede igualmente empeorarla.

Así mismo la edad juega un papel importante en esta enfermedad siendo en promedio de 40 a 60 años.

Medio ambiente: Cosmopolita, ocupación, hobbies, viajes.

Cambios tisulares: Cuando la Enfermedad Intersticial está presente, el intersticio se inflama y se vuelve rígido, evitando que los alvéolos se expandan por completo, limitando el suministro de oxígeno al torrente sanguíneo, así como la eliminación del dióxido de carbono del cuerpo.

Signos y síntomas: Tos seca y no productiva, disnea con disminución de la tolerancia al esfuerzo y agotamiento, dedos en forma de martillo o en palillo de tambor (acropaquias), pérdida de peso, dolor muscular, fatiga, cianosis en piel y uñas por los niveles bajos de oxígeno en sangre.

Diagnóstico:

Exámenes de sangre: estos exámenes pueden ayudar a identificar enfermedades autoinmunes como escleroderma y artritis reumatoidea, que pueden resultar en la enfermedad pulmonar intersticial.

Espirometría: es un examen de la función pulmonar en el que el paciente exhala rápido y con fuerza a través de un tubo conectado a una máquina que mide la cantidad de aire que los pulmones.

Oximetría de pulso: este examen utiliza un pequeño dispositivo que se coloca en la punta de los dedos para medir la saturación de oxígeno de la sangre.

Rayos X del tórax: los patrones de daño pulmonar asociados a diversos tipos de enfermedad pulmonar intersticial son a menudo, identificables con rayos X del tórax.

Imágenes por TAC del tórax: la tomografía computarizada (TAC), incluyendo una técnica específica conocida como TAC de alta resolución, se utiliza para ver los detalles finos del intersticio, donde ocurre la enfermedad intersticial.

Broncoscopia y Biopsia: en este procedimiento, se extrae una pequeña muestra de tejido del pulmón mediante un tubo pequeño y flexible, llamado broncoscopio, que se pasa a través de la boca o la nariz hasta los pulmones.

Estado crónico: Las posibilidades de recuperación o de que la enfermedad empeore dependen de la causa y de la gravedad de la enfermedad cuando se diagnosticó por primera vez.

Tratamiento: El tratamiento depende de la causa de la enfermedad intersticial y del estado de salud del paciente. Se pueden prescribir varios medicamentos para reducir la inflamación en los pulmones y/o para suprimir el sistema inmune como antiinflamatorios corticosteroides o fármacos inmunodepresores, si una enfermedad autoinmunitaria está causando el problema.

Se puede ofrecer oxígeno o terapia respiratoria para ayudar a mejorar la función pulmonar. Algunos pacientes con enfermedad pulmonar avanzada podrían requerir de un trasplante de pulmón

Complicaciones: Hipertensión pulmonar, Insuficiencia respiratoria o cardíaca.

Rehabilitación: El tratamiento depende de la causa de la enfermedad y del estado de salud del paciente. Se pueden prescribir medicamentos para reducir la inflamación en los pulmones.

Se puede ofrecer oxígeno o terapia respiratoria para ayudar a mejorar la función pulmonar. Algunos pacientes con enfermedad pulmonar avanzada podrían necesitar un trasplante de pulmón.

Prevención primaria: Promoción a la salud a través de la educación al paciente en la prevención de enfermedades respiratorias como por ejemplo: medidas Higiénicas, sanitación ambiental, inmunizaciones completas, evitar cambios bruscos de temperatura, no auto medicarse.

Prevención secundaria: Diagnóstico oportuno en centros hospitalarios capacitados para un pronto diagnóstico y tratamiento adecuado, así como realizar un completo y pronto interrogatorio, exploración física y estudios clínicos que ayuden a un diagnóstico oportuno.

Prevención terciaria: Evitar complicaciones de la enfermedad a través de un manejo apropiado y oportuno, que incluya una rehabilitación individual y familiar al salir del medio hospitalario que creen una independencia y reintegración a las actividades de la vida diaria.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES HUMANAS BASADAS EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: A.M.Q.T
Sexo: Femenino
Edad: 48 años

Fecha de admisión: 25 de octubre del 2016.
Escolaridad: Analfabeta
Religión: Católica
Procedencia: Otumba Estado de México

1. NECESIDAD DE OXIGENACION

¿Usted o algún familiar cercano fuma? Si, refiere que su esposo fuma.

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? Alrededor de una cajetilla diaria.

¿Presenta algún problema para respirar normalmente? Si, refiere no poder respirar bien cuando realiza actividades de la vida diaria, como al caminar o subir escaleras se siente agotada y con problemas para respirar.

¿Su hogar está bien ventilado? No, refiere que su hogar es pequeño y no cuenta con muchas ventanas por donde pueda entrar y salir de forma adecuada corrientes de aire.

¿Convive con mascotas o aves de corral? Sí, es cuidadora primaria de 3 perros, anteriormente refiere haber sido cuidadora de gallinas y quajolotes durante toda su vida hasta hace dos años.

¿Actualmente ha visitado a lugares con mucha humedad como cuevas o grutas? No.

Frecuencia respiratoria: 21x'. T/A: 100/65 mmHg . SatO2: 83 % aire ambiente saturando por arriba de 90% con ayuda de oxígeno suplementario a 2Lx'.

¿Actualmente utiliza algún dispositivo para mejorar la oxigenación? Si, Oxígeno suplementario por puntas nasales a 2Lx'.

¿Utiliza algún medicamento o dispositivo inalado para mejora la oxigenación? Nebulizaciones COMBIVENT (Bromuro de Ipratropio y Salbutamol c/12 horas o en caso de broncoespasmo.

2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

¿Qué alimentos consume regularmente? Acostumbre a consumir alimentos de forma limitada, refiere solo consumir verduras, semillas, con frecuencia de 2 veces al día, consumo ocasional de carnes rojas y blancas debido a falta de recursos económicos para costear gastos. Refiere consumo excesivo de refresco y nula ingesta de agua, en su estancia hospitalaria come 3 veces al día. Tiene antecedente de anemia de origen alimenticio.

¿Acostumbra a consumir alimentos entre comidas? No.

¿Usted o algún familiar cercano sufre problemas con su peso? No.

¿Presenta algún problema para consumir alimentos? No, sin embargo presenta adoncia de 2 dientes.

3. NECESIDAD DE ELIMINACION

¿Presenta algún problema para evacuar? Si, refiere sufrir constantemente estreñimiento, durante la estancia hospitalaria presenta este padecimiento, ya que menciona que no ha evacuado durante dos días seguidos y siente muy inflamado el abdomen.

¿Cuántas veces al día micciona? 3 o 4 veces al día.

¿Cuántas veces al día evacua? Una vez al día o días refiere que hay días que no evacua y puede pasar así varios días consecutivos.

Características de las evacuaciones: No ha evacuado en dos días seguidos pero refiere tener aspecto pastoso.

¿Necesita ayuda para trasladarse al baño? No

Presenta ruidos intestinales a la exploración: Movimientos peristálticos disminuidos y abdomen distendido.

¿Actualmente toma algún medicamento para la eliminación? Senósidos AB 2 tabletas antes de dormir.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

¿Sabe medir la temperatura corporal? Si, con el termómetro.

¿Sabe que hacer en caso de presentar aumento de temperatura? Tomar algún medicamento para bajar la fiebre, poner compresas de agua fría.

Condiciones del entorno físico para la temperatura ambiental: La habitación donde está la paciente es fría durante la mayor parte del día, así que requiere estar abrigada para no sentir tanto frío.

5. NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

¿Presenta algún problema de movilidad? No.

¿Utiliza algún dispositivo (silla de ruedas, bastón, andadera) para movilizarse y trasladarse? No.

6. NECESIDAD DE HIGIENE

¿Con que frecuencia se baña? Diario

¿Necesita ayuda para realizar dicha actividad? No.

¿Cada cuánto realiza cepillado de dientes? 2 veces al día.

¿Con que frecuencia realiza lavado de manos? Antes y después de comer o ir al baño.

7. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme al día? 6 horas aproximadamente.

¿Acostumbra a realizar siestas durante el día? Sí.

¿Presenta algún problema para dormir? Si, durante la hospitalización tarda en conciliar el sueño por las noches ya que considera que el hospital es un ambiente ruidoso que le altera el sueño y al despertar se siente cansada y desganada.

¿Toma algún medicamento para dormir? No.

8. NECESIDAD DE VESTIDO

¿Necesita ayuda para vestirse? No.

¿Es capaz de elegir su ropa por sí mismo? Sí, pero refiere que por la estancia hospitalaria tiene que vestir únicamente bata, lo que le causa incomodidad al no poder utilizar la ropa de su agrado, muchas veces refiere tener frío y no contar con ropa abrigadora.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

¿Conoce medidas de seguridad en casa o trabajo en caso de que exista algún sismo, incendio etc.? Refiere conocerlas pero no las recuerda bien en este momento.

¿En su hogar se auto medica? Si

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

¿Presenta algún problema de comunicación (oído, habla)? No.

¿Le cuesta trabajo expresar sus sentimientos? No, responde de manera coherente a preguntas, no tiene problemas para expresar sus emociones, sin embargo muestra preocupación, tristeza, ansiedad y en ocasiones llanto, debido a la estancia hospitalaria.

¿Cómo es la comunicación en su hogar? Refiere que no habla mucho con su familia ya que la mayor parte del día está sola en casa porque todos salen a trabajar.

¿Recibe visitas de su familia o se comunican con usted durante la estancia hospitalaria? No recibe visitas frecuentes de sus familiares por falta de tiempo y recursos económicos para trasladarse al hospital

11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

¿Practica alguna religión? Católica.

¿Utiliza algún objeto religioso o de otra índole? Tiene imágenes religiosas y un rosario en su cuarto, sin embargo le cuesta trabajo expresar sus ideas entorno a aspectos religiosos.

12. NECESIDAD DE TRABAJO

¿Actualmente realiza algún tipo de trabajo? Refiere ser ama de casa desde hace un año, ya que durante cuatro años se dedicó a ser costurera.

13. NECESIDAD DE RECREACION

¿Qué actividad recreativa le gusta realizar? Caminar o ver la televisión cuando está en casa, en el hospital no puede hacer alguna actividad recreativa de su interés, a veces se siente aburrida.

Le agrada colorear y dibujar para pasar el tiempo.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

¿Presenta algún problema de aprendizaje? Refiere ser analfabeta, menciona que le gustaría aprender a leer y escribir, ya que se le facilitaría realizar más actividades que por ahora la limitan. Desconoce su enfermedad, se muestra interesada en saber que cuidados debe tener cuando se vaya a su hogar.