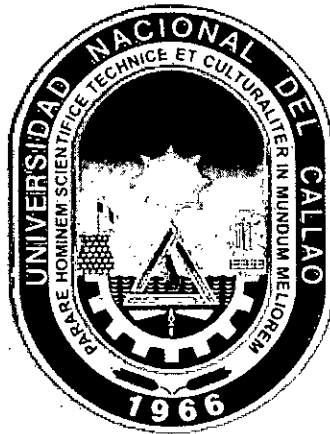


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS MAYORES
CON NEUMONÍA ATENDIDOS EN EL SERVICIO JULIÁN ARCE DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

ISIDORA NARCISA VENTURA HUAMANI

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 392-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 27/10/2017

Resolución Decanato N° 2753-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	31
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.1 Recolección de Datos	32
3.2 Experiencia Profesional	32
3.3 Procesos Realizados del Informe	36
IV. RESULTADOS	38
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIALES	44
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

El informe describe la experiencia laboral profesional en el Hospital Nacional Dos de Mayo, primer centro hospitalario de referencia y contrarreferencia nacional, donde la población atendida que acude son de distintos distritos de Lima, así como también provenientes del interior del país. Actualmente el Hospital Nacional Dos de Mayo cuenta con 17 departamentos; de las cuales el departamento de medicina interna cuenta con 5 servicios de medicina totalmente equipadas y con un total de 178 camas de hospitalización, el servicio de Julián Arce pertenece al departamento de medicina interna y cuenta con 36 camas hospitalarias que está bajo la dirección de la jefa del departamento de enfermería, supervisoras, jefa de servicio y enfermeras asistenciales.

El informe permitirá brindar una atención de enfermería oportuna y adecuada a los pacientes con Neumonía, en el transcurso de la experiencia profesional. El objetivo del informe es describir los cuidados de Enfermería a pacientes adultos mayores con Neumonía atendidos en el servicio de Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo - 2016.

Esta descrito en 7 capítulos: Capítulo 1 referido al planteamiento del problema; Capítulo 2 referido al Marco Teórico; capítulo 3 Experiencia Profesional; Capítulo 4 con los Resultados; capítulo 5 con las Conclusiones; Capítulo 6 con las Recomendaciones; Capítulo 7 Referenciales y Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la Situación Problemática

La Organización Mundial de la Salud reporta que el promedio de defunciones con neumonía comunitaria en países en vías de desarrollo es cercano a 700.000 personas cada año. (1)

A pesar de los avances tecnológicos para hacer diagnósticos y la aparición de nuevas y efectivas terapias, la neumonía bacteriana sigue siendo una importante fuente de morbimortalidad en el adulto mayor. En los países industrializados, la neumonía es la cuarta causa de muerte en las personas mayores de 65 años y es la primera causa de muerte por infecciones en el anciano. (2)

En Estados Unidos estadísticas de 2006 estimaron que aproximadamente cuatro millones de adultos desarrollan Neumonía anualmente y los rangos de Neumonía severa van de 6,6 % a 16,7 % considerándose su mortalidad alta, de 20-50 %. (3)

En Argentina, según los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la incidencia global de Neumonía es de 1.26 por 1000 habitantes. (4)

En Chile el 50% de los decesos por enfermedades respiratorias en el adulto son atribuibles a la Neumonía, siendo la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas y la primera causa específica de muerte en

la población mayor de 80 años. La incidencia y letalidad de la neumonía se elevan en las edades extremas de la vida (bajo un año de edad y sobre 65 años). En la población sobre 65 años de edad, la mortalidad se eleva en forma alarmante, alcanzando a 6,6 muertes por 1.000 personas. (5)

En el Perú, en el adulto mayor las infecciones respiratorias agudas se mantienen como primera causa de mortalidad el año 2007 y como segunda causa de morbilidad el año 2008 (12.1%) del total de atenciones de consulta externa realizadas. (6).

La tendencia nacional de la incidencia acumulada de episodios de neumonía x 10000 adultos mayores se ha incrementado en los últimos años, de 19,4 el año 2009 a 23.6 para el año 2012, con una tasa de letalidad por Neumonía reportada de 9.1% en el presente año .(7)

En el Hospital Nacional Dos de mayo en el Servicio Julián Arce, en el 2014 de un total de 469 adultos mayores atendidos 8 fueron diagnosticados con Neumonía; en el 2015 de un total de 474 adultos mayores atendidos 12 fueron pacientes con Neumonía. En el 2016 se han reportado 480 pacientes adultos mayores de los cuales 12 son adultos mayores con Neumonía. (8).

1.2.- Objetivo

Describir los cuidados de Enfermería a pacientes adultos mayores con Neumonía atendidos en el servicio Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.3.- Justificación

Según Marriela Neumonía es una enfermedad respiratoria aguda, de origen infeccioso, que compromete el parénquima pulmonar, ocasionada por la invasión de microorganismos patógenos (virus, bacterias, hongos y parásitos) que fueron adquiridos fuera del ambiente hospitalario. (9)

Dentro del grupo de infecciones respiratorias, la Neumonía es más frecuente en el adulto mayor porque su sistema inmunológico se encuentra disminuido y es producido por agentes infecciosos como virus, bacterias y hongos. El describir los cuidados de Enfermería aplicando la teoría de Virginia Henderson dará a conocer que la práctica está íntimamente relacionada a la teoría en el cuidado a los adultos mayores con Neumonía.

El informe permitirá dar a conocer los avances y limitaciones en los cuidados de enfermería que se brinda a los pacientes con Neumonía, en el transcurso de la experiencia profesional en el servicio de Medicina Julián Arce.

El informe permitirá motivar a la implementación de un nuevo proceso de cuidado de enfermería a pacientes adultos mayores con Neumonía; motivación que se dará en nuestro ejercicio profesional perfeccionando los cuidados destinados a dichos pacientes.

El informe favorecerá a que los administradores de los Servicios de Enfermería del cuidado en el adulto mayor, tanto del servicio y del Hospital y a los(as) licenciados(as) en enfermería que esta al cuidado de pacientes adultos mayores con Neumonía.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

MARTÍNEZ Mosquera, Ana Luisa (2011) En su investigación titulada: **Protocolo de atención de Enfermería para pacientes con Neumonía en el servicio de emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez de Quito, (Ecuador)** con el objetivo de proponer un protocolo de atención de enfermería para pacientes con diagnóstico de neumonía. Se realizó un estudio descriptivo y transversal, se recolectó datos a través de las historias clínicas, encuestas a los pacientes y al personal de licenciadas/os en enfermería que laboran en dicho servicio. Las conclusiones del presente trabajo de investigación son las siguientes: la mayor prevalencia e incremento se presentó en el año 2010 con 5213 pacientes que equivale al (48 %), seguida del 2009 con 2808 casos que equivale al (26 %) y en menor prevalencia en el 2008 con 1604 usuarios con un (15%) y en el 2011 con 1314 que equivale al (12 %) año en el que se tomó los datos del presente estudio, disminuyó notablemente la afluencia de usuarios con neumonía. Esto da la pauta para mejorar la atención de enfermería a estos pacientes por medio de un protocolo. Además los factores de riesgo que se asocian con mayor frecuencia son el sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y el hacinamiento, los cuales los vuelven susceptibles para contraer cualquier proceso inflamatorio o infeccioso, se puede observar que el sedentarismo ocupa el 39% y de acuerdo a los datos recolectados en las encuestas, se identificó para dar

cuidados de que los profesionales de enfermería realizan procedimientos con criterios individualizados enfermería a usuarios con neumonía sin contar con un protocolo.

FARÍAS, Karen(2012) En su investigación titulada **Estado actual de la neumonía en el adulto mayor por chlamydomphila pneumoniae**, cuyo objetivo fue conocer el estado actual de la neumonía por Chlamydomphila pneumoniae., donde se utilizo la metodología observacional, descriptivo, retrospectivo para determinar la clínica, diagnóstico y frecuencia de neumonía producida por bacterias atípicas, concluyendo que Clínicamente la neumonía atípica por Chlamydia se caracteriza por una gripe inicial con malestar, dolor de garganta, inflamación del parénquima pulmonar con un cuadro clínico donde se evidencia tos seca, y cuya gravedad aumenta cuando progresa la enfermedad y que los 5 factores predisponentes para adultos son tener más de 65 años, vivir en residencias o casas de reposo, ser una persona con inmunosupresión, pertenecer o vivir en comunidades militares donde hay hacinamiento, condiciones ambientales y sanitarias desfavorables, otros factores predisponentes que influyen con mayor frecuencia para adquirir neumonía atípica son la epidemia por virus Influenza A, el alcoholismo, el asma y la diabetes mellitus.

ÁLVARO Alarcón, Isabel Lagos y Alberto Fica (2010) En su investigación titulada **Gastos hospitalarios por neumonía neumocócica invasora en adultos en un Hospital General,(Chile)** cuyo objetivo principal fue evaluar los gastos directos en un grupo de pacientes adultos hospitalizados por neumonía neumocócica bacterémica en un hospital general y evaluar la sensibilidad de los códigos de egreso CIE 10 para capturar las infecciones por este patógeno. La metodología que se utilizó fue el análisis de gastos por componentes de un grupo de pacientes atendidos por neumonía neumocócica bacterémica, actualización de gastos y conversión a US\$. Los resultados fueron que se rescató información de 59 pacientes atendidos entre el 2005-2010, con edad promedio de 71,9 años. El gasto promedio en sala fue de 2.756 US\$, de 8.978 US\$ en Unidades Críticas y de 6.025 US\$ para el grupo total. Los gastos fueron mayores en Unidades Críticas ($p < 0,001$) y los pacientes en estas unidades ($n = 31$; 52,5% del total) generaron el 78,3% del gasto total observado. La mediana de gastos en sala fue de 1.558 US\$ y de 3.993 US\$ en el caso de Unidades Críticas. El 37,8% del gasto se originó por día-cama y 27,4% por medicamentos. No hubo diferencias por edad, co-morbilidades, scores de gravedad o mortalidad. Ningún código CIE 10 involucró bacteriemia por *S. pneumoniae* (Sensibilidad 0%) y sólo 2 casos fueron codificados como neumonía neumocócica (3,4%); concluyendo que el gasto promedio (aprox. 6.000 dólares americanos) y mediana (aprox. 2.400 dólares

americanos) fueron elevados evidenciando la importancia económica de esta enfermedad. Los gastos fueron mayores en pacientes manejados en Unidades Críticas.

ZAVALA Lizaraso Gloria Isabel, (2010) En su investigación titulada **Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo (Perú)**, con el objetivo de determinar el Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009, el método fue tipo prospectivo, descriptivo, concluyo que el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor es Medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HNDM, siendo más baja la dimensión cuidado de estimulación.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Neumonía

2.2.1.1 Definición

La neumonía es una enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones. La mayoría de las veces la neumonía es infecciosa, pero no siempre es así. La neumonía puede afectar a un lóbulo pulmonar completo (neumonía lobular), a un segmento de lóbulo, a los alvéolos próximos a

los bronquios (bronconeumonía) o al tejido intersticial (neumonía intersticial). La neumonía hace que el tejido que forma los pulmones se vea enrojecido, hinchado y se vuelva doloroso. Muchos pacientes con neumonía son tratados por médicos de cabecera y no ingresan en los hospitales. (10)

2.2.1.2 Clasificación

Las neumonías puede clasificarse en:

a) En función del agente causal:

- Neumocócica
- Neumonía estafilocócica
- Neumonía por klebsiella
- Neumonía por Legionella

b) Por la afectación anatomopatológica:

- Neumonía alveolar o lobar: afecta múltiples alvéolos, que se encuentran llenos de exudado pudiendo incluso comprometer un lóbulo completo; no obstante los bronquiolos están bastante respetados, motivo por el cual se puede observar en ocasiones el fenómeno radiológico conocido como *broncograma aéreo*. Esta es la presentación típica de la neumonía neumocócica.
- Neumonía multifocal o bronconeumonía: afecta a los alveolos y a los bronquiolos adyacentes; la afectación suele ser segmentaria múltiple, pero es raro que afecte a un lóbulo completo; debido a la

afectación de bronquiolos, no se aprecia el signo del broncograma aéreo. Suele manifestarse de este modo la neumonía por Gram negativos y por *staphylococcus aureus*.

- Neumonía intersticial: como su nombre lo dice afecta la zona del intersticio, respetando la luz bronquial y alveolar. Suele ser la forma de manifestación de virus y otros gérmenes atípicos o de *Pneumocystis jirovecii*, aunque en ocasiones pueden producirla bacterias comunes.
- Neumonía necrotizante o absceso pulmonar: algunos gérmenes pueden producir necrosis en el parénquima pulmonar, que radiológicamente aparecen como zonas hiperlucentes en el seno de un área condensada; dependiendo de que haya una única cavidad grande (mayor a 2 cm) o múltiples cavidades pequeñas, se habla respectivamente de absceso pulmonar o neumonía necrotizante.

c) En función de la reacción del huésped:

- Neumonía supurada.
- Neumonía fibrinosa.

d) En función del tipo de huésped:

- Neumonía en paciente inmunocompetente.
- Neumonía en paciente inmunodeprimido.

Esta diferenciación puede determinar un espectro etiológico totalmente diferente; el tipo de inmunodepresión, su intensidad y su duración influyen

en las principales etiologías a considerar y en el diagnóstico diferencial, pronóstico, manejo diagnóstico y terapéutico aconsejable.

e) En función del ámbito de adquisición

- Adquiridas en la comunidad (o extrahospitalarias). Ha sido definida como una infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares. Esta tipo de neumonía se adquiere en el seno de la población en general y se desarrolla en una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24 a 48 horas siguientes a su internación.
- Neumonías hospitalarias o nosocomiales (actualmente se prefiere el término *Neumonía asociada al cuidado de la Salud*^(cita requerida)); Presentan mayor mortalidad que la neumonía adquirida en la comunidad. Ocurre a las 48 horas o más después de la admisión hospitalaria, se deben excluir las enfermedades que se encontraban en período de incubación al ingreso. En el hospital se da la conjunción de una población con alteración de los mecanismos de defensas, junto a la existencia de unos gérmenes muy resistentes a los antibióticos, lo que crea dificultades en el tratamiento de la infección.(11)

2.2.1.3 Fisiopatología

Los enfermos de neumonía infecciosa a menudo presentan una tos que produce un esputo (flema) de color marrón o verde y una fiebre alta que puede ir acompañada de escalofríos febriles. La disnea es el signo temprano más específico y sensible. El dolor torácico pleurítico también es común, éste es un dolor agudo o punzante que aparece o empeora cuando se respira hondo. Los enfermos de neumonía pueden toser sangre, sufrir dolores de cabeza o presentar una piel sudorosa y húmeda. Las formas menos comunes de neumonía pueden causar otros síntomas, por ejemplo, la neumonía causada por Legionella, ya que puede causar dolores abdominales y diarrea, mientras que la neumonía provocada por tuberculosis o Pneumocystis puede causar únicamente pérdida de peso y sudores nocturnos. En las personas mayores, la manifestación de la neumonía puede no ser típica. Pueden desarrollar una confusión nueva o más grave, o experimentar desequilibrios, provocando caídas. Los niños con neumonía pueden presentar muchos de los síntomas mencionados, pero en muchos casos simplemente están adormecidos o pierden el apetito. (12)

2.2.1.4 Clasificación Pronóstica

Existen dos clasificaciones pronósticas de la neumonía:

Clasificación de FINE O PSI (pneumonias everity index o PSI).

Esta clasificación asigna una puntuación en función de 20 parámetros; con esa puntuación se clasifica en uno de los 5 estratos, diferenciados por

su mortalidad. La estrategia de este sistema de clasificación se basa en que la mortalidad a los 30 días es distinta para cada grupo. Los pacientes clasificados en los grupos I y II son los de menor riesgo, con una mortalidad inferior a 2 %, y la mayoría pueden ser tratados de forma ambulatoria, debe tomarse en cuenta que un paciente menor de 50 años, sin ninguna de las enfermedades enunciadas en el cuadro, con esta de conciencia normal y sin alteraciones importantes de signos vitales, puede asignarse al grupo I, sin necesidad de determinaciones analíticas. Por el contrario, los pacientes clasificados en los grupos IV y V son los de mayor riesgo, con una mortalidad que oscila entre 15 y 25 % y deben ser ingresado. La conducta a seguir en los pacientes clasificados en el grupo III, considerar de riesgo intermedio, con una mortalidad cercana al 4 %, no está todavía bien definida, puede permanecer en el servicio de urgencias un periodo de observación para decidir su ingreso o tratamiento ambulatorio.

Clasificación CURB65 O CRB65. El modelo CURB65 o CRB65 valora 5 aspectos y la edad mayor a 65 (de ahí el acrónimo CURB65), el cual permite estratificar a los pacientes en 5 categorías de gravedad, con probabilidades de muerte entre 0,7 % si tiene 0 puntos, al 40 % si tiene 4 puntos o más. También es útil para valorar la necesidad de ingreso. (13)

2.2.1.5 Causas

- Múltiples bacterias, como neumococo (*Streptococcus pneumoniae*), *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*.
- Distintos virus.
- Hongos, como *Pneumocystis jirovecii*, *Candida*.
- En inmunocomprometidos: bacterias gram negativas, *Pneumocystis jirovecii*, citomegalovirus (CMV), hongos, y *Mycobacterium tuberculosis*.
- En ocasiones se puede presentar neumonías por bacterias anaeróbicas, en el caso de personas que tienen factores de riesgo para aspirar contenido gástrico a los pulmones, existe un riesgo significativo de aparición de abscesos pulmonares.
- En las neumonías nosocomiales: *Pseudomonas aeruginosa*, hongos y *Staphylococcus aureus*.
- En personas adultas: *Streptococcus pneumoniae* y virus influenza.
- En los casos de neumonía atípica: virus, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*.

Diversos agentes infecciosos —virus, bacterias y hongos— causan neumonía, siendo los más comunes los siguientes:

- *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib): la segunda causa más común de neumonía bacteriana;

- El virus sincitial respiratorio es la causa más frecuente de neumonía vírica. (14)

2.2.1.6 Signos y síntomas

- Generalmente, es precedida por una enfermedad como la gripe o el catarro común.
- Fiebre prolongada por más de tres días, en particular si es elevada.
- La frecuencia respiratoria aumentada:
- Se produce un hundimiento o retracción de las costillas con la respiración, que se puede observar fácilmente con el pecho descubierto.
- Las fosas nasales se abren y se cierran como un aleteo rápido con la respiración. (Esto se da principalmente en niños).
- Quejido en el pecho como asmático al respirar.
- Las personas afectadas de neumonía a menudo tienen tos, fiebre alta que puede estar acompañada de escalofríos. Limitación respiratoria también es frecuente así como dolor torácico de características pleuríticas (aumenta con la respiración profunda y con la tos). También pueden tener hemoptisis (expectoración de sangre por la boca durante episodios de tos) y disnea. Suele acompañarse de compromiso del estado general (anorexia, astenia y adinamia).
- Al examen físico segmentario, el síndrome de condensación pulmonar es a menudo claro;

- A la palpación: disminución de la expansión y de la elasticidad torácica y aumento de las vibraciones vocales;
- A la percusión: matidez.
- A la auscultación: disminución del murmullo vesicular. Puede presentarse un cuadro compuesto de soplo tubario rodeado por una corona de estertores crepitantes.
- El paciente infantil tiene la piel fría, tose intensamente, parece decaído, apenas puede llorar y puede tener convulsiones, se pone morado cuando tose, no quiere comer (afagia), apenas reacciona a los estímulos. El cuadro clínico es similar en el paciente adulto.
- En adultos sobre 65 años es probable una manifestación sintomática muchísimo más sutil que la encontrada en personas jóvenes. (15)

2.2.1.7 Tratamiento

La mayoría de los casos de neumonía puede ser tratada sin hospitalización. Normalmente, los antibióticos orales, reposo, líquidos, y cuidados en el hogar son suficientes para completar la resolución. Sin embargo, las personas con neumonía que están teniendo dificultad para respirar, las personas con otros problemas médicos, y las personas mayores pueden necesitar un tratamiento más avanzado. Si los síntomas empeoran, la neumonía no mejora con tratamiento en el hogar, o se producen complicaciones, la persona a menudo tiene que ser hospitalizada.

Los antibióticos se utilizan para tratar la neumonía bacteriana. En contraste, los antibióticos no son útiles para la neumonía viral, aunque a veces se utilizan para tratar o prevenir las infecciones bacterianas que pueden ocurrir en los pulmones dañados por una neumonía viral. La elección de tratamiento antibiótico depende de la naturaleza de la neumonía, los microorganismos más comunes que causan neumonía en el área geográfica local, y el estado inmune subyacente y la salud del individuo.

El tratamiento de la neumonía debe estar basada en el conocimiento del microorganismo causal y su sensibilidad a los antibióticos conocidos. Sin embargo, una causa específica para la neumonía se identifica en solo el 50% de las personas, incluso después de una amplia evaluación. En el Reino Unido, la amoxicilina y la claritromicina o la eritromicina son los antibióticos seleccionados para la mayoría de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad; a los pacientes alérgicos a las penicilinas se les administra la eritromicina en vez de amoxicilina. En Estados Unidos, donde las formas atípicas de neumonía adquiridas en la comunidad son cada vez más comunes, la azitromicina, la claritromicina y las fluoroquinolonas han desplazado a amoxicilina como tratamiento de primera línea. Entre los antibióticos para la neumonía adquirida en el hospital se pueden incluir la vancomicina, la tercera y cuarta generación de cefalosporinas, las carbapenemas, las fluoroquinolonas y los aminoglucósidos. Estos antibióticos se suelen administrar por vía

intravenosa. Múltiples antibióticos pueden ser administrados en combinación, en un intento de tratar todos los posibles microorganismos causales. La elección de antibióticos varía de un hospital a otro, debido a las diferencias regionales en los microorganismos más probables, y debido a las diferencias en la capacidad de los microorganismos a resistir a diversos tratamientos antibióticos. (16)

2.2.1.7 Complicaciones

La infección que causa la Neumonía puede propagarse a la sangre, causando sepsis. La sepsis generalizada es una enfermedad grave que puede producir disminución de la presión arterial y la insuficiencia de oxígeno para llegar a los tejidos del cuerpo. Otra complicación es la acumulación de líquido en la pleura entre el tejido de pulmón y el revestimiento de la pared torácica conocido como un derrame pleural. Los organismos responsables de la Neumonía pueden infectar el líquido en un derrame pleural, conocido como un empiema. La Neumonía también puede resultar en la formación de un absceso dentro de los pulmones o de las vías respiratorias.(17)

2.2.2 Cuidados de enfermería a pacientes adultos mayores con neumonía

Los patrones que van a verse afectados fundamentalmente van a ser el Nutricional - Respiratorio, y el de Actividad -Ejercicio, pudiéndose presentar los siguientes diagnósticos:

- **Deterioro del intercambio gaseoso:** Alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a través de la membrana celular.
- **Patrón respiratorio ineficaz:** La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.
- **Déficit de autocuidado: alimentación:** Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.
- **Desequilibrio nutricional: por defecto:** Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
- **Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal:** Riesgo de sufrir un fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal.
- **Hipertermia:** Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.
- **Termorregulación ineficaz:** Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.
- **Riesgo de déficit de volumen de líquidos:** Riesgo de sufrir una disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular.

Asimismo pueden verse afectados otros patrones, como el de Percepción de la salud y el de Autopercepción, pudiendo presentar los diagnósticos de:

- **Manejo inefectivo del régimen terapéutico:** Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la

enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

- **Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar:** Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.
- **Manejo efectivo del régimen terapéutico:** El patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.
- **Ansiedad:** Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro inminente y permite al individuo medidas para afrontarlo.
- **Temor:** Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro
- **Interrupción de los procesos familiares:** Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar
 - El control terapéutico de la neumonía involucra un programa completo de tratamiento a base de antibióticos prescritos.
 - La oxigenoterapia se emplea para tratar la hipoxemia. Los tratamientos de terapia respiratoria con percusión torácica y

drenaje postural contribuyen a la eliminación del exudado supurativo.

- Cada 2 horas el paciente deberá darse la vuelta, toser y respirar profundamente, este procedimiento es de suma importancia para pacientes ancianos inmovilizados o de movilidad limitada.
- La cabecera de la cama se eleva para contribuir a la ventilación y se pueden prescribir broncodilatadores.
- Aseo de las vías respiratorias, si es necesario realizar irrigaciones nasales con solución salina.
- Procurar un ambiente húmedo.
- Dieta blanda e incrementar la ingestión de líquidos.
- Control de la temperatura.
- Desarrollar programas de Educación para la Salud. (18)

2.2.3 Cuidado de enfermería según Madeleine Leininger

2.2.3.1 Supuestos Principales.

Los principales supuestos de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Leininger son:

- Los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.

- Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar la discapacidades o la muerte.
- Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar a la practica de esta disciplina.
- La enfermería es una disciplina y una profesión humanística y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo.
- Los cuidados son esenciales para la curación, que no puede producirse sin ellos.
- Los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas estructurales tienen algo de diferente (diversidad) y algo de semejante (comunes, universales) en todas las culturas del mundo.
- Toda cultura humana (local, popular o indígena) cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional, que varia con respecto a las otras culturas.
- Los valores, las creencias, y prácticas culturales están influidos y, con frecuencia, integrado en la visión del mundo, el lenguaje y el contexto religioso (espiritual), de parentesco (social), político (o

legal), educativo, económico, tecnológico, etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular.

- Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables y que cubren las necesidades culturales contribuyen al bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades de una cultura.
- Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural sólo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería.
- En todas las culturas del mundo existen diferencias y semejanzas culturales entre el profesional que presta la asistencia y el receptor de la misma o usuario. (19)

2.2.4 Teorías de Enfermería

2.2.4.1 Teoría del cuidado según Jean Watson

Jean Watson destacada teórica contemporánea de enfermería, inició su carrera de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y finalizó sus estudios de pregrado en 1961. Continuó su formación y obtuvo un Bachelor of Science en Enfermería en 1964 en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de

Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en la Graduate School del Campus de Boulder.

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (Existential advocacy & philosophical foundations of nursing, 1980)(7) y Yalom (Ten curative factors, 1975); Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961) (On Becoming a personan A way of Being, 1980)(8) Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

La teoría del cuidado humano fue iniciada por Dra. Jean Watson en 1979, basada en 3 premisas:

- Premisa 1: "El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades". La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido las enfermeras (os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, os problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

- Premisa 2: “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.
- Premisa 3: “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto del cuidado.
- Apoyados en estas premisas se promueven aspectos de reflexión acerca de la actuación de los enfermeros en el momento de curar y cuidar a los pacientes.
- El cuidar es el núcleo de la profesión; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservar la humanización en nuestra práctica, en la formación, investigación y gestión de cuidados.
- La enfermería posee un saber científico, habilidad técnica, comportamiento y actitudes. Cuidar exige a los profesionales de la salud utilizar sus cualidades humanas: la capacidad de razonar, de sentir y demostrar empatía hacia el paciente. Incluye un

compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

- Aspectos que favorecen la relación enfermera-paciente:
- a) Brindar atención de enfermería individualizada considerando valores, creencias, sentimientos, como ser único indivisible que vive y responde ante la enfermedad según sus experiencias, conocimientos y modo de vida. Es consciente y sensible a la salud emocional y mental del paciente, además de su salud física.
- b) Ser receptivo de las necesidades y percepciones que tiene el paciente de las mismas.
- c) Humanizar el cuidado promueve en el paciente la adhesión a tratamientos y cuidados.
- d) Ser sensible a vulnerabilidad del paciente, ante su situación de salud.
- e) Permitir que el paciente se sienta singular e importante durante la prestación del cuidado. (20)

2.2.4.2 Teoría de Enfermería según Virginia Henderson

El paradigma de la integración es la que refleja Virginia Henderson en sus investigaciones realizadas, Henderson refiere que la atención se centra en aquellos enferma e incapacitada que requieren de cuidados básicos de enfermería.

El cuidado está dirigido a sustituir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1°.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2°.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3°.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5°.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6°.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7°.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8°.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9°.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integral física y psicológica

10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles una a las otras.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero

12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos. (21)

2.3 Definición de Términos

2.3.1 Cuidado

Cuidado es el valor que nos impulsa a hacer las cosas bien, o a tratar bien a los demás para conservarlos en óptimo estado. (22)

2.3.2 Cuidado Enfermero

Es el conjunto de diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente. (23)

2.3.3 Neumonía.

Es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Estos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. (24)

2.3.4 Adulto Mayor

Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico, social y psicológico (25)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la elaboración del informe de experiencia profesional, se llevó a cabo lo siguiente:

La recolección de datos, a través de la revisión de los registros de Enfermería, Historias clínicas y libro de registro de ingresos y egresos de los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo con Diagnóstico de Neumonía.

Así mismo se solicitó la autorización a la jefa de enfermeras del servicio Julián Arce Licenciada Yolanda Hinojoza, a fin de autorizar el acceso a los registros anteriores.

3.2 Experiencia Profesional

Descripción del área laboral

El Hospital Nacional Dos de Mayo es una institución de salud categorizada como tercer nivel de atención y de acuerdo a su nivel de complejidad, hospital de referencia y contrarreferencia nacional de atención al usuario del seguro integral de salud del Ministerio de Salud de todo el Perú.

El servicio se organiza de la siguiente forma: cuenta con una enfermera jefe, un médico jefe, 10 enfermeras asistenciales, 2 por turno, 10 personal técnico asistenciales por turno completo y 2 técnicos de

Enfermería administrativos. Otros profesionales de la salud son las nutricionistas, terapistas físicas y de rehabilitación, psicólogas clínicas y asistente social con las cuales se coordina fluidamente.

Características geográficas

El Hospital Nacional Dos de Mayo se encuentra ubicado en el Parque Historia de la Medicina Peruana S/N Altura Cuadra. 13 Avenida Grau, Cercado de Lima.

Infraestructura

Alrededor de la rotonda se encuentran ubicados los servicios de hospitalización de Medicina Interna y entre ellos el servicio Julián Arce cuenta con un ambiente de gran altura con 36 camas hospitalarias, distribuidos en dos filas de 18 camas cada uno, así mismo tiene un tópico de medicina, sala de enfermería, tópico de enfermería, área de nutrición, aula para docencia, servicios higiénicos para personal y pacientes y un área de almacén.

Su velador personal para colocar objetos personales del paciente tales como: pijama, toalla, medias, útiles de aseo (jabón, perfume, shampoo, termómetro y otros.

Dentro de la unidad se cuenta con un coche de paro equipado, dos coches de preparación de medicamentos, un recipiente farmacológico donde se coloca la medicación de cada paciente.

Así mismo se cuenta con equipos que nos ayuden al cuidado del paciente como: balanza de pie, tensiómetros y estetoscopio para la evaluación y valoración de cada paciente, camas con barandales.

En el 2006 ingreso al Hospital Nacional Dos de Mayo trabajando en banco de Sangre y desde el 2009 rotando por diferentes servicios de medicina Interna Hospitalización varones y mujeres aproximadamente 07 años donde la mayoría de personas hospitalizadas son pacientes adultos mayores

Las funciones específicas de la enfermera(o) del servicio de Enfermería de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo son:

- a) Ejecutar los cuidados de enfermería aplicando los procesos y protocolos solucionándose de esta manera las necesidades del paciente a través del equipo de salud.
- b) Conocer y propiciar el uso adecuado de los equipos manteniendo su operatividad realizando un uso racional de los materiales, garantizando que la atención del paciente sea de calidad.
- c) Mantener ordenadas las historias clínicas y registros con los datos completos de los pacientes hospitalizados para tener una buena información estadística.
- d) Aplicar técnicas vigentes y protocolos en la administración de medicamentos realizando el reporte de las Reacciones adversas a medicamentos.

- e) Tomar decisiones adecuadas y oportunas al presentarse problemas relacionadas al cuidado de enfermería en el paciente.
- f) Cumplir con el tratamiento médico indicado.
- g) Realizar el reporte de enfermería verbal y escrito paciente por paciente para valorar y evaluar la evolución del paciente comunicando al médico de guardia cualquier complicación.
- h) Actualizar el kárdex de enfermería en ausencia de la enfermera jefa para cumplir y hacer cumplir el tratamiento indicado al paciente.
- i) Efectuar los registros de enfermería en los diferentes turnos, garantizando la calidad de la información que contribuirá a la pronta recuperación del paciente.
- j) Realizar y ser responsable del funcionamiento administrativo, asistencial y docente en el área de enfermería durante el turno, dando el cumplimiento a las normas y procedimientos vigentes relacionado con el paciente.
- k) Realizar programas de educación en los servicios de Medicina para prevenir y mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.
- l) Cumplir las normas de bioseguridad, para garantizar el control adecuado de las infecciones intrahospitalarias, en los Servicios de Medicina.
- m) Participar en las actividades de capacitación e investigación que realizara el personal profesional de las salas de medicina.

- n) Participar en las reuniones técnicas convocadas por la enfermera(o) jefe del servicio.
- o) Supervisar y evaluar las actividades y permanencia del personal técnico durante del turno.
- p) Realizar informe de ocurrencias ante cualquier eventualidad que se presente durante su turno.
- q) Velar por el buen uso y mantenimiento de los bienes del servicio de medicina durante su turno.
- r) Realizar entrega del reporte del servicio a la enfermera supervisora en ausencia de la enfermera(o) jefa.

Las demás funciones que le asigne su jefe(a) inmediato

3.3 Cuidados de Enfermería

- Favorecer drenaje postural y ventilación pulmonar.
- Evaluar frecuentemente la dificultad respiratoria.
- Educar a paciente y familia.
- Incentivar y o asistir en alimentación.
- Realizar aseo de cavidades previo si fuese necesario.
- Educar a paciente y familia en alimentación.
- Lavados de manos para prevenir las infecciones entre pacientes y personal hospitalario.
- Mantener las vías aéreas permeables.
- Movilización continúa en postura, para evitar escaras.

- La cabecera de la cama se eleva para contribuir a la ventilación, para prescribir bronco dilatadores.
- Evitar un ambiente húmedo.
- Control de temperatura.

Innovaciones – aportes

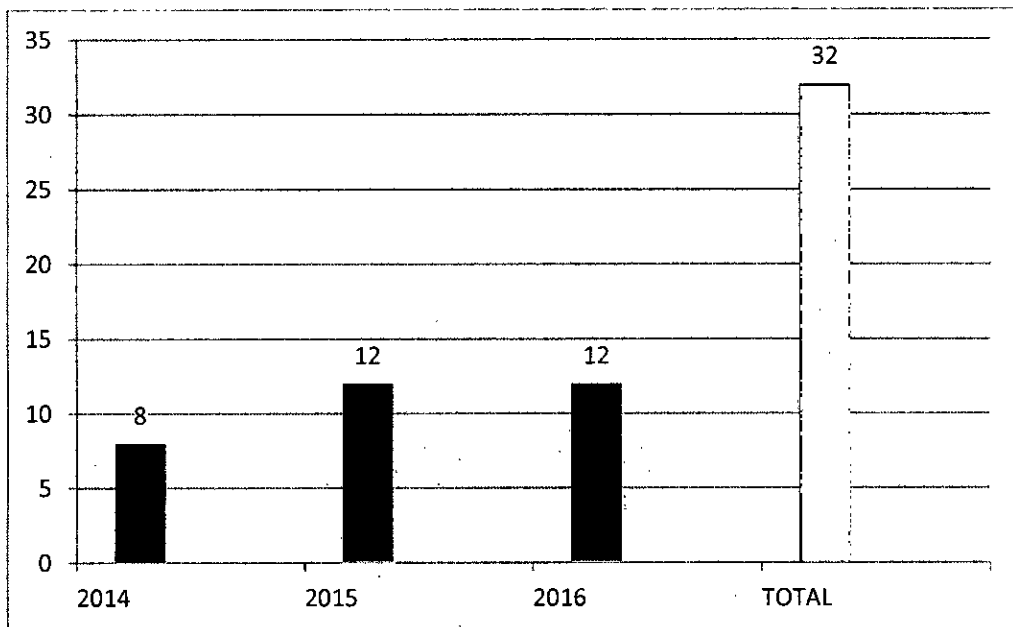
Debido al aumento de la población en pacientes adultos mayores, se ha observado el incremento de pacientes hospitalizados en nuestra institución de los servicios de medicina interna, durante mis años de servicios.

- Elaborar guía de atención de manera adecuada de neumonía intra hospitalaria de adulto mayor
- Sensibilizar a la familia cuando el paciente es dado de alta para tratar en casa.
- Monitorizar la frecuencia respiratoria.
- Administrar medicación pre escrita.
- Prevenir el asea inadecuado en adultos mayores, para evitar la neumonía intra hospitalaria.
- Innovar el manejo de neumonía intra hospitalaria del adulto mayor en el hospital dos de Mayo.
- Determinar las causas de la neumonía intra hospitalaria en el Hospital Dos de Mayo.
- Preparar el equipo de oxígeno.
- Realizar la colocación de catéter periférico.

IV. RESULTADOS

GRAFICA 4.1

**ATENCIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
NEUMONÍA EN EL SERVICIO JULIÁN ARCE DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO 2014 - 2016**

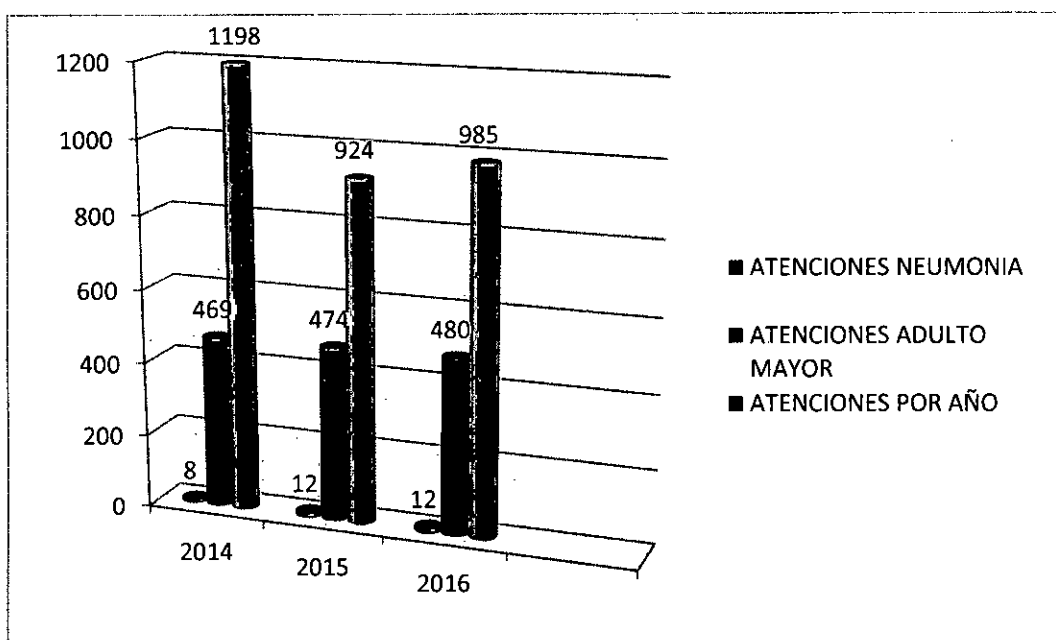


Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio Julián Arce, HNDM

En la grafica 4.1, se observa que el año 2014 se tuvo un total de 8 pacientes adultos mayores con diagnóstico de Neumonía, la cual fue aumentando para el 2015 con un total de 12 pacientes, se ha observado que el ingreso de pacientes con esta patología se ha conservado, es así que el año 2016 se atendió a un total de 12 pacientes.

GRAFICA 4.2

NUMERO DE ATENCIONES POR AÑO Y ATENCIONES A PACIENTES ADULTOS MAYORES CON NEUMONÍA EN EL SERVICIO JULIÁN ARCE DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 – 2016



Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio Julián Arce, HNDM

En la grafica 4.2, se observa que entre el año 2014 a 2016 se tuvo un total de 32 pacientes adultos mayores atendidos con diagnóstico de Neumonía, así mismo se observa un aumento considerable en los pacientes adultos mayores.

CUADRO 4.1

CUADRO COMPARATIVO ENTRE NUMERO DE CASOS DE NEUMONÍA POR EDADES Y AÑOS EN EL SERVICIO DE JULIÁN ARCE DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2014 - 2016

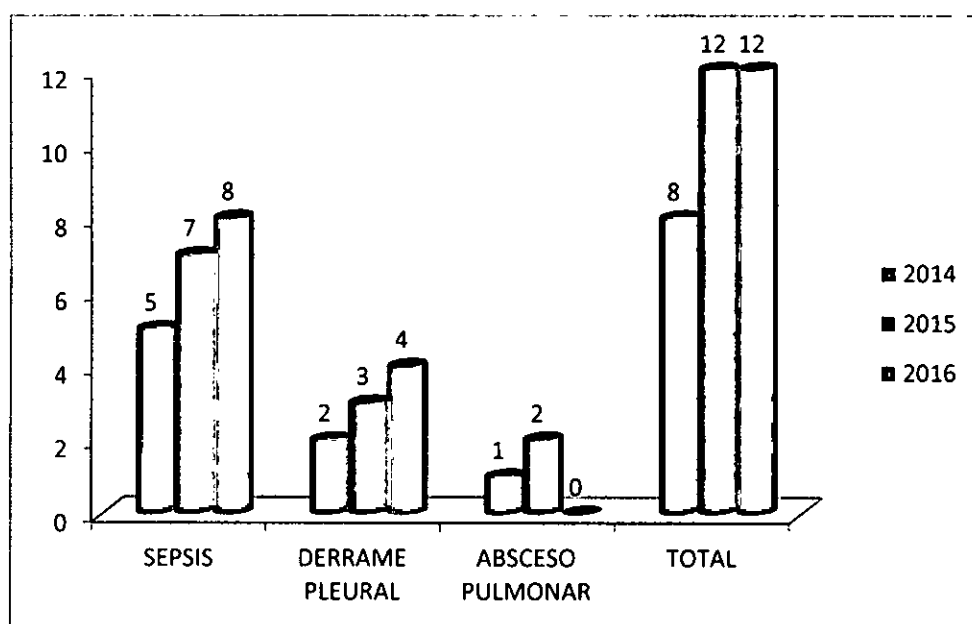
EDAD/AÑOS	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
60 a 65 años	2	25%	4	33.3%	4	33.3%	10	31.3%
66 a 70 años	4	50%	6	50%	3	25%	13	40.6%
+ de 70 años	2	25%	2	16.7%	5	41.7%	09	28.1%
TOTAL	8	100%	12	100%	12	100%	32	100%

Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio Julián Arce, HNDM

En el cuadro 4.2 se observa que el mayor número de casos de Neumonía se encuentra en el grupo etáreo de 66 a 70 años y el grupo etáreo de menor incidencia es de más de 70 años.

GRAFICA 4.3

PACIENTES ADULTOS MAYORES CON NEUMONÍA Y FACTORES DE RIESGO EN EL SERVICIO JULIÁN ARCE DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 – 2016



Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio Julián Arce, HNDM

En la grafica 4.3, se observa que entre el año 2014 al 2016 la sepsis ocupa el primer lugar en incidencia con 20 casos; esto representa más del 50% del total de pacientes con Neumonía entre esos años. El Absceso Pulmonar es la que tiene 3 casos siendo la complicación menos frecuente.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional, permiten que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno al paciente adulto mayor.
- b) En nuestro procesamiento de datos de Neumonía hay una gran demanda de paciente afectados por esta enfermedad dentro de las enfermedades respiratorias.
- c) La prevención dirigida a la familia es vital para proteger a los adultos mayores, población cada vez va en aumento.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales de la salud en cumplimiento de acciones preventivo- promocionales, se recomienda promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidos a los responsables del cuidado del adulto mayor, enfatizando el reconocimiento de los signos de alarma, factores de riesgo y medidas preventivas de la Neumonía, disminuyendo de esta manera sus complicaciones.
- b) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en cuidados y plan de atención de enfermería a nuestros pacientes.
- c) A la institución, mejorar el recurso humano y el incremento del talento humano.
- d) Realizar estudios con enfoque transcultural, el cual brinde aportes a la ciencia del cuidado de la salud considerando modelos teóricas de con este enfoque.

VII. REFERENCIALES

1. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Datos y estadísticas de la organización mundial de la salud. 2012.
2. Echeverri Harry, María Francisca. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria de Medellín. 2011
3. File TM Jr, Marrie TJ. Burden of community-acquired pneumonia in North American adults. Postgrad Med 2010;122:130-41
4. Boletín Integrado de Vigilancia. Ministerio de Salud. 2013. Boletín Integrado de Vigilancia_N171-SE20_VF.pdf ;
5. Instituto Nacional de Estadísticas. Anuarios de Estadísticas Vitales, Chile, 2000.
6. Perú. Análisis de la situación de salud del Perú 2010. Dirección General de Epidemiología, editor. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2010.
7. Reporte de la situación epidemiológica de las IRAS y Neumonías Boletín Epidemiológico, SE. 35) Volumen 21 – Semana Epidemiológica N° 35 (26 de Agosto al 01 de Setiembre de 2012).
8. Libro de registros de ingresos y altas de pacientes del servicio Julián Arce Hospital Nacional Dos de Mayo. 2016
9. McGraw-Hill Interamericana, Harrison Principios de Medicina interna 14° edición.

10. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.ª edición). Madrid: Espasa. ISBN 978-84-670-4189-7.
11. Pérez Chica, G. Infecciones respiratorias en el paciente inmunodeprimido . Neumosur. 2013.
12. Neumonía atípica. Medline Plus. 2013.
13. Valdivia C. G. Epidemiología de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Revista chilena de infectología. 2005 .
14. Guías de buena práctica en Geriatria: Neumonía. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006.
15. Álvarez-Sala JL, Serrano R. Neumonía en el anciano. Medicina Clínica. España. 2001.
16. Blanquer Olivas J y Torres Martí A. Infecciones del aparato respiratorio. En: Farreras Rozman. Ed. Medicina interna 13º edición. Madrid :Mosby-Doyma Libros. 2001.
17. Fernández J. y Bujarrabal Villoslada. Neumonías. En: Díaz Rubio M- Espinos D, Ed. Medicina Interna. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA, 1994 .
18. NANDA. diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2011-2013. España: ed. Elsevier. 2011.
19. Marriner T, Raile A. Modelos y teorías en enfermería. Teoría transcultural de los cuidados. 5 edición. Madrid: Harcourt Brace; 2005.

20. Watson J. Nursing: human science and human care, a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1988.
21. Marriner-Tomey, Ann., Raile Alligow, Martha (1999) Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta edición. Ed. Harcourt Brace. España.
22. De la Cuesta BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería. 2007.
23. Ortega C. El cuidado de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2002.
24. Organización Mundial de la Salud. Neumonía .Nota descriptiva. 2016.
25. Cabrera Montero Isaida La Sexualidad en el adulto viejo. Revista Impulso. 2013.

ANEXOS

3.- VALORACION FUNCIONAL

3.1.- ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA

INDICE DE BARTHEL

FECHA:				
BANO 5.- Independiente 0.- Dependiente	5	5		
VESTIDO 10.- Independiente 5.- Ayuda 0.- Dependiente	10			
ASEO (Higiene Corporal) 5.- Independiente 0.- Dependiente	5			
IR AL RETRETE 10.- Independiente 5.- Ayuda 0.- Dependiente	10			
DEAMBULACION 15.- Independiente 10.- Minima ayuda 5.- Gran ayuda 0.- Dependiente	15			
TRASLADO SILLON - CAMA 15.- Independiente 10.- Minima ayuda 5.- Gran ayuda 0.- Dependiente	15			
ESCALERAS 10.- Independiente 5.- Ayuda 0.- Dependiente	5			
MICCIÓN 10.- Independiente 5.- Ayuda 0.- Dependiente	10			
DEPOSICIÓN 10.- Independiente 5.- Ayuda 0.- Dependiente	10			
ALIMENTACIÓN 10.- Independiente 5.- Ayuda 0.- Dependiente	10			
TOTAL	95			

3.2.- ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE VIDA DIARIA

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE VIDA DIARIA. LAWTON Y BRODY

FECHA	PUNTOS			
Capacidad para usar el teléfono: - Utiliza el teléfono por iniciativa propia. - Es capaz de marcar bien algunos números familiares. - Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar. - No utiliza el teléfono	1 1 1 0	1 1 1 0	1 1 1 0	1 1 1 0
Hacer compras: - Realiza todas las compras necesarias independientemente. - Realiza independientemente pequeñas compras. - Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra. - Totalmente incapaz de comprar.	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
Preparación de la comida: - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí sólo adecuadamente. - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes. - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada. - Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
Cuidado de la casa: - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras como lavar los platos o haber las camas. - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza. - Necesita ayuda en todas las labores de la casa. - No participa en ninguna labor de la casa.	1 1 -1 1 0	1 1 1 1 0	1 1 1 1 0	1 1 1 1 0
Lavado de la ropa: - Lava por sí sólo toda su ropa. - Lava por sí sólo pequeñas prendas. - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	1 -1 0	1 1 0	1 1 0	1 1 0
Uso de medios de transporte: - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche. - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte. - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona. - Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros. - No viaja en absoluto.	1 -1 1 0 0	1 1 1 0 0	1 1 1 0 0	1 1 1 0 0
Responsabilidad respecto a su medicación: - Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta. - Toma su medicación si la dosis es preparada previamente. - No es capaz de administrarse su medicación.	-1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0
Manejo de sus asuntos económicos: - Se encarga de sus asuntos económicos por sí sólo. - Realiza compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos. - Incapaz de manejar dinero	-1 1 0	1 1 0	1 1 0	1 1 0
TOTAL				

ESCALA DE NORTON MODIFICADA POR EL INSALUD

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

2 24 4 1 1

CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9 ----- RIESGO MUY ALTO.

PUNTUACION DE 10 A 12 ----- RIESGO ALTO

PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.

PUNTUACION MAYOR DE 14 ----- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.



ANEXO 1

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS - HOSPITAL SANTA CRUZ
ESCALA DE VALORACIÓN DE DOWNTON (ADULTOS)

ESCALA DE RIESGO J. H. DOWNTON

Criterio de evaluación	Variables	Puntaje
Caídas previas	SI	1
	NO	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, otros	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitación Psicomotor	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo	1
	Reposo absoluto postrado	1
Total Puntaje		

NA = No Aplica.

Clasificaci3n:

- Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos
- Riesgo medio: 3 a 4 puntos
- Riesgo Alto: 5 a 9 puntos

EQUILIBRIO Y MARCHA

TEST DE EQUILIBRIO Y MARCHA DE TINETTI

PARTE I: EQUILIBRIO

Instrucciones: Sujeto sentado en una silla dura y sin brazos

Fecha:				
EQUILIBRIO SENTADO				
0. Se inclina o se desliza en la silla				
1. Firme y seguro				
LEVANTARSE				
0. Incapaz sin ayuda				
1. Capaz utilizando los brazos como ayuda				
2. Capaz sin utilizar brazos				
INTENTOS PARA LEVANTARSE				
0. Incapaz, sin ayuda.				
1. Capaz, pero necesita más de un intento.				
2. Capaz de levantarse con un solo intento.				
EQUILIBRIO INMEDIATO (5") TRAS LEVANTARSE				
0. Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)				
1. Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos de soporte.				
2. Estable sin usar bastón u otros soportes.				
EQUILIBRIO EN BIDEDESTACIÓN				
0. Inestable				
1. Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm) o usa bastón, andador u otro soporte.				
2. Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.				
EMPUJÓN (Sujeto en posición de firmes con los pies tan juntos como sea posible, el examinador empuja sobre el talón del paciente con la palma tres veces).				
0. Tiende a caerse.				
1. Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo.				
2. Firme.				
PIES CERRADOS (en la posición anterior)				
0. Inestable.				
1. Estable				
GIRO DE 360°				
0. Pasos discontinuos.				
1. Pasos continuos.				
2. Inestable (se coge o se tambalea)				
3. Estable.				
SENTARSE				
0. Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla)				
1. Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.				
TOTAL EQUILIBRIO / 16 PUNTOS				

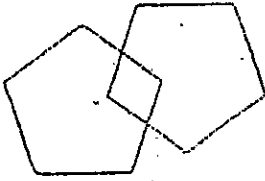
PARTE II: MARCHA

Instrucciones: El sujeto de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación, primero con su paso habitual y regresando con "paso rápido, pero seguro" (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador).

Fecha:				
INICIO DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine").				
0. Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar.				
1. No vacilante				
LONGITUD Y ALTURA DEL PASO				
0. El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo.				
1. El pie derecho sobrepasa al izquierdo con el paso.				
0. El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo				
1. El pie derecho se levanta completamente				
0. El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase de balanceo.				
1. El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso.				
0. El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo.				
1. El pie izquierdo se levanta completamente.				
SIMETRÍA DEL PASO				
0. La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente, estimada.				
1. Los pasos son iguales en longitud.				
CONTINUIDAD DEL PASO				
0. Para o hay discontinuidad entre los pasos.				
1. Los pasos son continuos				
TRAYECTORIA (estimada en relación a los baldosines del suelo, de 30 cm de diámetro, se observa la desviación de un pie en 3 m. de distancia)				
0. Marcada desviación				
1. Desviación moderada o utiliza ayudas.				
2. Derecho sin utilizar ayudas.				
TRONCO				
0. Marcada balanceo o utiliza ayudas				
1. No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos.				
2. No balanceo ni flexión ni utiliza ayudas.				
POSTURA EN LA MARCHA				
0. Talones separados.				
1. Talones casi se juntan mientras camina				
TOTAL MARCHA / 12 puntos				
TOTAL GENERAL / 28 puntos				

Mini-Mental State Examination

MMSE de Folstein

ORIENTACIÓN	Puntos
"¿Qué año-estación-fecha-día-mes es?"	.....(5)
"¿Dónde estamos? (estado-país-ciudad-hospital-piso)"	.....(5)
MEMORIA INMEDIATA	
Repetir 3 nombres ("árbol", "puente", "farol"). Repetirlos de nuevo hasta que aprenda los tres nombres y anotar el número de ensayos.	.....(3)
ATENCIÓN Y CÁLCULO	
Restar 7 a partir de 100, 5 veces consecutivas. Como alternativa, deletrear "mundo" al revés.	.....(5)
RECUERDO DIFERIDO	
Repetir los tres nombres aprendidos antes	.....(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Nombrar un lápiz y un reloj mostrados	.....(2)
Repetir la frase "Ni sí, ni no, ni peros"	.....(1)
Realizar correctamente las tres órdenes siguientes: "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"	.....(3)
Leer y ejecutar la frase "Cierre los ojos"	.....(1)
Escribir una frase con sujeto y predicado	.....(1)
<p>Copiar este dibujo:</p>	.....(1)
Puntuación total:	
.....(30)	

El punto de corte para demencia se establece habitualmente en 24 puntos. Si hay que anular algún ítem (a causa de analfabetismo, ceguera, hemiplejia...) se recalcula proporcionalmente. Por ejemplo, 21 puntos sobre 26 posibles equivaldrían a un resultado de 24 puntos (redondeando al entero más próximo).

ESCALA DE "GJON" DE VALORACION SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

ITEMS	PTS
A. SITUACION FAMILIAR 1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica. 2. Vive con cónyuge de similar edad. 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. 4. Vive solo y tiene hijos próximos. 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	
B. SITUACION ECONOMICA 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo. 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivo. 3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva. 4. L.I.S.M.I. - F.A.S. - Pensión no contributiva. 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	
C. VIVIENDA 1. Adecuada a necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...) 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción). 4. Ausencia de ascensor, teléfono. 5. Vivienda inadecuada ((chabotas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).	
D. RELACIONES SOCIALES 1. Relaciones sociales. 2. Relación social sólo con familia y vecinos. 3. Relación social sólo con familia o vecinos. 4. No sale del domicilio, recibe visitas. 5. No sale y no recibe visitas.	
E. APOYOS DE LA RED SOCIAL 1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en Residencia geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes.	
TOTAL	

De 5 a 9 Buena/aceptable situación social.

De 10 a 14 Existe riesgo social.

Más de 15 Problema social.

Reevaluación: Cuando las condiciones sociales cambien o se sospeche riesgo social.

**Escala de Hachinsky*:
Criterios clínicos sugestivos
de demencia vascular**

Característica clínica	Puntuación
Comienzo brusco	2
Deterioro escalonado	1
Curso fluctuante	2
Confusión nocturna	1
Preservación relativa de la personalidad	1
Depresión	1
Síntomas somáticos	1
Labilidad emocional	1
Antecedentes de hipertensión	1
Antecedentes de ictus	2
Evidencia de arteriosclerosis en otros territorios	1
Síntomas neurológicos focales	2
Signos neurológicos focales	2
Puntuación total	f

Se puntúa si la respuesta es positiva:

- 0-3. Probable demencia degenerativa (tipo Alzheimer).
- 4-6. Probable demencia tipo mixto (situación intermedia).
- 7-12. Probable demencia vascular (tipo multiinfarto).

* Diseñada para diferenciar, desde un punto de vista clínico, la demencia degenerativa tipo Alzheimer de la demencia vascular (multiinfarto).

Versión tomada de:

González-Montalvo JI, Alarcón-Alarcón MT, Salgado Alba A. Valoración del estado mental. En: Salgado A, Alarcón M.º T. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson; 1993. p. 73-103.

Versión original:

Hachinski VC et al. Cerebral blood flow in dementia. Arch Neurol 1975; 32: 623-37.

**Escala de depresión geriátrica.
Geriatric Depression Scale
de Yesavage (versión abreviada de 15
preguntas)**

Instrucciones:

Interrogar al paciente acerca de las siguientes cuestiones y escoger la respuesta más adecuada sobre cómo se ha sentido en las últimas 2 semanas.

Marcar con un círculo la respuesta escogida y al final sumar la puntuación.

Si el Mini-Mental de Folstein es ≤ 14 puntos, la aplicación de la escala puede no ser valorable (J Am Geriatr Soc 1994; 42: 490).

	Sí	No
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se aburre a menudo?	1	0
5. ¿Está usted animado casi todo el tiempo?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?	1	0
7. ¿Está usted contento durante el día?	0	1
8. ¿Se siente desamparado o abandonado?	1	0
9. ¿Prefiera quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que es estupendo estar vivo?	0	1
12. ¿Se siente usted inútil tal como está ahora?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0

Puntuación total =

Puntuación: ≥ 5 indica probable depresión.

El diagnóstico se debe confirmar evaluando los criterios DSM-IV de los diferentes trastornos depresivos.

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillén J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de vejez: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35: 7-14.
Versión original de 15 ítems: Sheikh JI & Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, ed. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth Press; 1986.

ESCALA DE CARGA DE ZARIT

Entrevista sobre la carga del cuidador.

Nombre	Fecha	Expediente
<p>Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otras personas. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted, así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.</p> <p>0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces 3 = Bastantes veces 4 = Casi siempre</p>		
1A.	¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	<input type="checkbox"/>
2A.	¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	<input type="checkbox"/>
3A.	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	<input type="checkbox"/>
4B.	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	<input type="checkbox"/>
5B.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>
6B.	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	<input type="checkbox"/>
7A.	¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?	<input type="checkbox"/>
8A.	¿Cree que su familiar depende de usted?	<input type="checkbox"/>
9B.	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>
10A.	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>
11A.	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	<input type="checkbox"/>
12A.	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>
13A.	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	<input type="checkbox"/>
14A.	¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuida, como si usted fuera la única persona de quien depende?	<input type="checkbox"/>
15C.	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	<input type="checkbox"/>
16C.	¿Cree que será incapaz de cuidarla/a por mucho más tiempo?	<input type="checkbox"/>
17B.	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	<input type="checkbox"/>
18B.	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?	<input type="checkbox"/>
19B.	¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	<input type="checkbox"/>
20C.	¿Cree que debena hacer mas por su familiar?	<input type="checkbox"/>
21C.	¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	<input type="checkbox"/>
22A.	Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE EVALUACION

A = CONSE CUANCIA DEL CUIDADO EN EL CUIDADOR (0-44)

B = CRÉNCIAS Y ESPERATIVAS SOBRE CAPACIDAD PARA CUIDAR = (0-28)

C = RELACION CUIDADOR con P. A CUIDADO (0-26)

Anexos





