

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



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS
MAYORES CON NEUMONÍA QUE SE ENCUENTRAN
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE SANTA ROSA III
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO – 2022”.**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA.**

VILMA MAYRA MONTUFAR MADUEÑO

Callao 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ● Dr. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIÉRREZ | PRESIDENTE |
| ● MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIA |
| ● LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | MIEMBRO |

ASESORA: Dra. Juana Gladys Medina Mandujano

Nº de Libro: 07

Nº de Folio: 382

Nº de Acta: 158

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

10 de agosto de 2022

Resolución de Sustentación: N°179-2022-D/FCS

DEDICATORIA

A mi esposo Miguelito, mis hijos : Vhalery, Estefano y Mikaela por su paciencia y quitarle vuestro tiempo, brindarme el apoyo para la realización de este proyecto.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme salud

**A mi madre Vilma q en paz
descance quien me brindo todo lo
necesario para q seguir mis
estudios de Enfermería, a mi papá
Leopoldo por sus consejos.**

**A mis estimados docentes, por
encaminarme en este largo
proceso de formación**

NDICE

INTRODUCCIÓN	2
I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes del estudio	10
2.1.1. Antecedentes Internacionales	10
2.1.2. Antecedentes Nacionales	10
2.2. Bases Teóricas	10
2.3. Bases Conceptuales	12
III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA PLAN DE INTERVENCIÓN	23
IV. CONCLUSIONES	41
V. RECOMENDACIONES	42
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
VII. ANEXOS	49

INTRODUCCIÓN

La incidencia de la neumonía aumenta con la edad, y contribuye a la morbilidad y mortalidad de los ancianos. La neumonía es una de las principales causas de morbi-mortalidad en la comunidad. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), adulto mayor se define como una persona de 60 años o más. (1)

Para disminuir sus consecuencias fatales, el diagnóstico oportuno y adecuado tratamiento son elementos claves. El uso de un antibiótico adecuado es necesario, pues la mayor parte de veces se inicia la terapia bajo una impresión clínica inicial, aun cuando la mayoría de los agentes etiológicos de estos cuadros son virus respiratorios. (2).

El presente trabajo académico titulado “CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS MAYORES CON NEUMONÍA QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE SANTA ROSA III DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO – 2022”, tuvo como finalidad plasmar los cuidados de enfermería ejecutados en pacientes adultos mayores diagnosticados con neumonía en el Servicio Santa Rosa ,del Hospital Dos de Mayo ,como primer apartado se encuentra la descripción de la situación problemática ,en dónde se presenta el impacto de la neumonía a nivel internacional,nacional y local, en el adulto mayor, así como la situación en el Hospital en mención.

Seguido de ello se tiene al apartado dos se encuentra el Marco Teórico, en dónde se encontrarán los antecedentes de estudios y/o trabajos similares a nivel internacional y nacional, asimismo se encuentra las teorías de enfermería utilizadas y los principales conceptos que permitirán esclarecer el tema del presente informe.

En el apartado tres, se plantea el desarrollo de actividades para el plan de mejoramiento en relación a la situación problemática plan de intervención, en dónde se definirá todas las acciones ejecutadas como personal de enfermería en pos del bienestar del paciente. Finalmente se tiene las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas que permitirán obtener los resultados tras las acciones.

I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una de las afecciones más frecuentes del sistema respiratorio que afecta al parénquima pulmonar junto con los bronquios terminales y los espacios alveolares, causada por un agente infeccioso que puede ser ocasionada por una bacteria o virus. (3).

En el adulto mayor es el grupo etareo con mayor susceptibilidad a desarrollar esta patología, además de representar uno de los principales problemas de salud, se encuentran entre la cuarta y la sexta causa de muerte y en la primera por enfermedades infecciosas. Tanto la incidencia como la tasa de mortalidad se incrementan con la edad a causa de enfermedades crónicas que aumentan el riesgo de padecer neumonía. (4)

La neumonía es un problema de salud que afecta a todos los países, sin embargo, dos tercios de las muertes por neumonía se agrupan en países de ingresos bajos provenientes principalmente del África subsahariana e India. En los países de ingresos bajos, la mayor proporción de muertes por neumonía se centra en los niños menores de cinco años, mientras que en los países de ingresos altos son los adultos mayores de 70 años quienes tienen las tasas de mortalidad más altas. (5).

En los Estados Unidos se estima que anualmente hay 1,3 millones de casos nuevos de neumonía; además, se ha demostrado que la tasa de incidencia de la neumonía (847 casos por cada 100.000 personas/año) es superior a la de las enfermedades no transmisibles frecuentes como el infarto de miocardio y la enfermedad cerebrovascular. En los Estados Unidos se ha reportado que la letalidad en pacientes hospitalizados es dos veces mayor en aquellos de 75 años o mayores que en los de 65 a 74 años. (6).

A nivel de Latinoamérica, Cuba tiene una de las sociedades de envejecimiento más acelerado. La situación en las grandes ciudades cubanas es aún más compleja y Villa Clara es en la actualidad la provincia de Cuba más envejecida. El 24% de los villaclareños sobrepasa la sexta década de existencia y cuando se arribe a 2025 uno de cada cuatro será adulto mayor. (7).

En Colombia, un estudio del 2009 encontró que la tasa de incidencia de neumonía en pacientes ambulatorios y hospitalizados de 50 años o mayores fue de 336 y 327

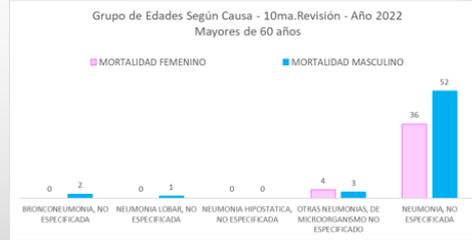
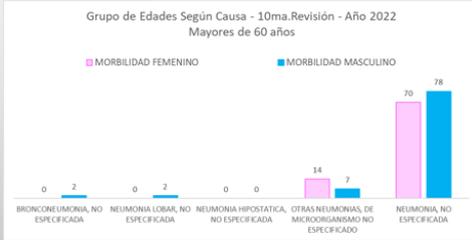
casos por cada 100.000 personas/año, respectivamente ¹⁰. Además, la incidencia de neumonía en pacientes hospitalizados aumentó de 326 casos por cada 100.000 personas/año en el grupo de 65 a 74 años de edad a 4.636 casos en personas de 85 años o mayores. (8).

En el Perú en el año 2020, se han registrado 51.862 nuevos casos de neumonía, de los cuales cerca de 40%, (19.767 casos), se han presentado en adultos mayores de 60 años. Asimismo, se han notificado más de 3.000 muertes a causa de esta enfermedad, siendo la población más afectada la de los adultos mayores. En los últimos años es importante destacar que las tendencias al incremento para el año 2021 de neumonía en mayores de 60 años comparadas con los años anteriores, se deba a una fuerte influencia del contexto actual de la pandemia de COVID-19, siendo esta población la más vulnerable al contagio por el coronavirus desarrollando complicaciones como neumonía, debido a la inmunosenescencia y a las comorbilidades preexistentes.(9).

A nivel local, en el I Hospital Nacional Dos de Mayo se ha observado que este año 2022, según la oficina de estadística, fueron atendidos 271 casos con diagnóstico de Neumonía en adultos mayores de 60 años de ellos 84 pacientes fueron de sexo femenino y 89 de sexo masculino y como casos de mortalidad se obtuvieron 98 en total de los cuales fueron 36 casos del sexo femeninos y 52 casos de sexo masculino, esta información hasta el 06 de agosto del 2022. Por lo que como enfermeros es indispensable brindar un plan de cuidados minuciosos que garantice la calidad de atención y evitar los riesgos potenciales de los casos que se tengan(10)

Hospital Nacional Dos de Mayo

Oficina de Estadística
Fuente: Tarjetas Resumen de Hospitalización
Date: 06 de Agosto del 2022



II. MARCO TEÓRICO

II.1. Antecedentes del estudio

II.1.1. Antecedentes Internacionales

R. E. Minchala Urgilés, ET ALT, en Bolivia, La Paz el año 2021. realizaron el estudio “PREVALENCIA, TRATAMIENTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN ADULTOS MAYORES”, cuyo objetivo era analizar la prevalencia, tratamientos y cuidados de enfermería, de la neumonía adquirida en la comunidad en los adultos mayores mediante revisión bibliográfica cuya Metodología de estudio se trató de revisión sistemática, para la búsqueda de información, se utilizó las bases de datos científicas y publicaciones como: Scielo, Elsevier, PubMed, Google académico y otros; publicados en los últimos cinco años, en inglés y español. La búsqueda se realizó mediante la metodología Prisma, en cuatro fases: identificación, selección, elegibilidad, inclusión. Se identificaron 1.265 artículos, se seleccionaron 226, de los cuales, se eligieron para la lectura y análisis de 25 artículos y se incluyeron 15 en la muestra final para el estudio; dando como resultado que: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en adultos mayores de 60 años, produciendo un proceso inflamatorio que compromete a los pulmones, es responsable de 13 de cada 100.000 muertes y del 4% de egresos hospitalarios. La base para el tratamiento de la NAC son los antibióticos (Amoxicilina, Azitromicina, Claritromicina) y los cuidados de enfermería están centrados en la terapia respiratoria, oxigenoterapia y medidas generales.(10).

R. Turón Monroy, A. Palomar Gimeno, en Zaragoza España en el año 2020, realizaron “Plan de cuidados en el paciente adulto con neumonía” cuyo objetivo general fue la creación de un plan de cuidados de enfermería para una paciente de 84 años con neumonía. Todo ello con el fin de mejorar su situación de salud basal respecto a dicha patología y por tanto su calidad de vida. La metodología que utilizó fue una búsqueda bibliográfica en bases de datos como en Pubmed, Google Académico, Scielo. Los MESH utilizados son neumonía,

ansiedad, deterioro del intercambio gaseoso. Para realizar la taxonomía enfermera se ha utilizado la nomenclatura NANDA, NOC y NIC (11).

Luis Alberto Santos Pérez y otros realizaron en Cuba en el año 2018 un estudio titulado “Neumonías en el paciente anciano. Factores de riesgo y mal pronóstico”. Tuvo por objetivo determinar los factores de riesgo de neumonía adquirida en la comunidad en el anciano. A nivel de metodología fue un estudio cuantitativo-cualitativo de carácter prospectivo, con una muestra de 950 pacientes con 60 años o más con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad ingresados en el Hospital “Arnaldo Milián Castro”, de la Provincia de Villa Clara, desde enero de 2016 hasta diciembre de 2018. Dentro de los resultados se halló que las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: fiebre, tos, decaimiento, taquipnea y taquicardia, en diversas combinaciones. El tabaquismo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma bronquial, la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus y el alcoholismo constituyeron factores de riesgo. La edad fue un factor pronóstico independiente asociado a una mayor mortalidad, a una mayor estancia hospitalaria y a un mayor tiempo de recuperación. Concluyendo que los factores de riesgo más frecuentemente encontrados fueron: tabaquismo, alcoholismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca. (12).

II.1.2. Antecedentes Nacionales

Reyna, L. Jazmin, en Lima, el año 2022, realizaron el trabajo académico “Cuidados De Enfermería En El Paciente Adulto Mayor Hospitalizado Con Neumonía En El Servicio De Medicina Interna Del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2020”, cuyo objetivo es conocer si los conocimientos actuales de los cuidados de enfermería que se brindan a nuestros pacientes adultos mayores con este cuadro clínico, son lo suficientemente cuidados humanizados e ideales, para el cuidado holístico de los mismos, para su pronta recuperación e inserción a la sociedad y tomar decisiones que fortalezcan el cuidado humanizado holístico, planificado, efectivo y de calidad a nuestros pacientes adultos mayores con neumonía, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería, con sus 5 etapas que incluye la valoración, el diagnóstico enfermero, la planificación, ejecución y evaluación. Los

profesionales de enfermería tratan las respuestas humanas a los problemas de salud y/o procesos vitales y usan la taxonomía de NANDA Internacional (2018-2020), diagnósticos de enfermería basados en evidencias científicas. Estos diagnósticos enfermeros están agrupados en 13 dominios y 47 clases, con sus respectivas características definitorias tan específicas para poder decir que los signos y síntomas llegan al diagnóstico y que ese diagnóstico se resolverá a través de la Clasificación de resultados de Enfermería NOC o resultado esperado. Cada resultado incluye una etiqueta de identificación, una definición, un grupo de indicadores que describen estados específicos, una escala de medida tipo Likert de cinco puntos, todo esto nos ayuda a cuantificar el cambio en el estado del paciente (2) y que serán tratados usando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, como una clasificación integral que organiza sistemáticamente toda la gama de intervenciones o tratamientos que los profesionales de enfermería realizan en el individuo, familia y comunidad y que esas intervenciones van a responder a los resultados (13).

G. Villanueva Cadenas et al realizó en Tacna, Perú el año 2021 un estudio “Proceso del cuidado enfermero aplicado al adulto mayor con insuficiencia respiratoria por neumonía” La aplicación del presente proceso del cuidado enfermero corresponde a paciente adulto mayor L. R. F, de 84 años, durante 4 días, a partir de la detección de neumonía, según rayos X de tórax y TAC. El diagnóstico médico del paciente fue insuficiencia respiratoria aguda por neumonía. El objetivo fue mejorar las respuestas humanas disfuncionales, mediante intervenciones de enfermería. A través de Caso clínico de un paciente adulto mayor en el Hospital Gustavo Lanatta Luján (Huacho), se utilizó el marco teórico de valoración de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Resultados: La evolución del paciente geriátrico fue favorable, la saturación de oxígeno aumentó a 96 %, con menos porcentaje de oxígeno, pasando de un 90 % por máscara de reservorio a 32 % en cánula binasal, mejorando la ventilación y la permeabilidad de la vía aérea. **Conclusiones:** En el primer diagnóstico enfermero, el 88 % de resultados esperados se alcanzaron y el 12 % fueron parcialmente alcanzados. En el segundo diagnóstico, el 89 % de resultados planteados se alcanzaron y el 11 % fueron parcialmente alcanzados, debido al proceso patológico y estar con apoyo

oxigenatorio. En el tercer diagnóstico, los objetivos planteados se alcanzaron al 100 %.(14).

Pérez Zapana, S. G. ,en Perú ,Callao en el año 2017),realizó un estudio titulado “Cuidados De Enfermería En Pacientes Adultos Mayores Con Neumonía En La Uuhh A-3-1 Medicina Interna - Geriátría Del Hospital Militar Central “CRL LUIS ARIAS SCHERELBER” 2015 - 2017” Se busca contribuir con conocimientos y toma decisiones con criterio para actuar de forma oportuna e inmediata mejorando la calidad de atención al paciente adulto mayor con esta patología, permitiendo obtener mejores resultados terapéuticos, la recuperación y la reincorporación del paciente a la sociedad. Cuyo objetivo es que el profesional de enfermería brindará a la familia y al cuidador, los conocimientos necesarios sobre los cuidados del paciente adulto mayor con Neumonía y de esta manera mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores, disminuir la estancia hospitalaria, los reingresos por Neumonía y minimizar los costos en salud.(15).

R. E. Yucra Espinel realizó un estudio en Arequipa el año 2017, “CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. SERVICIO DE MEDICINA - HOSPITAL REGIONAL PNP JPM” AREQUIPA. El trabajo enfatiza el cuidado que se brindó al paciente para mejorar la calidad de atención, la profesional de enfermería utiliza el PAE (Plan de atención de enfermería) utilizando el NIC –NOC como instrumento para brindar cuidado en este caso: al patrón respiratorio ineficaz - deterioro del intercambio gaseoso, riesgo de infección, riesgo de desequilibrio nutricional ,deterioro del patrón de sueño y ansiedad ;Obteniendo puntajes diana con una desviación de moderada a leve promedio del rango normal del 84%. La atención que se brindó facilitó la pronta recuperación del paciente, lo cual influyó en la familia y la sociedad. (16).

II.2. Bases Teóricas

II.2.1. Teoría de Virginia Henderson.

La teoría se centra en la importancia de aumentar la independencia del paciente para acelerar su progreso en el hospital. La teoría de Henderson enfatiza las necesidades humanas básicas y cómo las enfermeras pueden ayudar a satisfacer esas necesidades. "Creo que la función que realiza la enfermera es principalmente independiente: la de actuar por el paciente cuando carece de conocimiento, fuerza física o la voluntad de actuar por sí mismo como lo haría normalmente en la salud o en la realización de la terapia prescrita. Esta función se considera compleja y creativa, ya que ofrece oportunidades ilimitadas para aplicar las ciencias físicas, biológicas y sociales y el desarrollo de habilidades basadas en ellas". (17).

II.2.2. Conceptos y definiciones de la teoría de la necesidad de Virginia Henderson.

- **Individuo.**

Henderson afirma que las personas tienen necesidades básicas de salud y requieren asistencia para alcanzar la salud y la independencia o una muerte pacífica. Según ella, un individuo logra la plenitud manteniendo el equilibrio fisiológico y emocional. (18).

- **Ambiente.**

La teoría de Henderson respalda las tareas o agencias del sector de la salud pública y privada para mantener a las personas saludables. Ella cree que la sociedad quiere y espera la actuación de la enfermera para individuos que no pueden funcionar de forma independiente. Henderson afirmó que mantener un entorno de apoyo propicio para la salud es una de sus 14 actividades para la asistencia al paciente. (19).

- **Salud.**

la salud significaba equilibrio en todos los ámbitos de la vida humana. Se equipara a la independencia o capacidad para realizar actividades sin ningún tipo de ayuda en los 14 componentes o necesidades humanas básicas. Las enfermeras son personas clave para promover la salud, prevenir enfermedades y poder curar. Según Henderson, la buena salud es un desafío porque se ve afectada por

numerosos factores, como la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y otros.(20).

- **Enfermería.**

Definió “la función única del enfermero es asistir al individuo, enfermo o sano, en el desempeño de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a obtener la independencia lo más rápido posible”. El objetivo de la enfermera es hacer que el paciente sea completo, íntegro o independiente asistiendo temporalmente a una persona que carece de la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios para satisfacer una o más de las 14 necesidades básicas. (21).

II.2.3. Componentes de la teoría de la necesidad.

Los 14 componentes de la teoría de las necesidades de Virginia Henderson muestran un enfoque holístico de enfermería que cubre las necesidades fisiológicas, psicológicas, espirituales y sociales. (22).

- **Componentes fisiológicos**

- a) Respira normalmente
- b) Comer y beber adecuadamente
- c) Elimina los desechos del cuerpo
- d) Muévete y mantén las posturas deseables
- e) Dormir y descansar
- f) Seleccione la ropa adecuada: vístase y desvístase
- g) Mantener la temperatura corporal dentro del rango normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
- h) Mantenga el cuerpo limpio y bien arreglado y proteja el tegumento
- i) Evite los peligros en el medio ambiente y evite lastimar a otros,(23).

- **Aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje.**

- a) Comunicarse con otros expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- b) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al normal desarrollo y salud y utilizar los medios de salud disponibles. (24)
- **Espiritual y moral**
 - a) Adoración según la fe. (25)
- **Sociológicamente orientado a la ocupación y recreación**
 - a) Trabaja de tal manera que haya una sensación de logro
 - b) Juega o participa en varias formas de recreación. (26).

2.2.4 Relación de la neumonía en el adulto mayor con la teoría de Virginia.

El Modelo Virginia Henderson es aplicable en este grupo de etáreo, ya que el cuidados que se brinda, permite a los cuidadores brindar una atención teniendo en cuenta las 14 necesidades, monitorear, desarrollar y/o descubrir alguna necesidad insatisfecha, ya que en su mayoría los pacientes hospitalizados tienen antecedentes de Comorbilidades y un grado de dependencia y que permiten a la enfermera ayudar y brindar atención integral y prevención de algunas complicaciones.

2.3. Bases Conceptuales

2.3.1. Adulto mayor.

El término adulto mayor nace del latín adultus, que significa crecer o madurar, mientras que mayor nace del latín maior, cuyo significado hace referencia a grande en edad. El término hace alusión a los últimos años de vida de una persona o a la edad máxima de un ser humano, una etapa vital porque se han vivido o experimentado muchísimas situaciones que generan aprendizaje, además, se presentan diversos cambios, pudiendo ser físicos o psicológicos. (27).

Según la OMS las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se

les denomina grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (28).

Los principales cambios en el envejecimiento, se pueden evidenciar en el siguiente cuadro:

Cambios Anatómicos	Cambios Fisiológicos	Efectos en la función respiratoria
Calcificación en cartílagos intercostales-artritis articulación costo-vertebral	Rigidez de la pared torácica que condiciona una disminución de la compliance y aumento trabajo respiratorio	Disminución de flujo espiratorio, desplazamiento de la curva presión/ volumen de la pared torácica a derecha
Gradual <u>atrofia musculatura</u> intercostal	Debilidad y mayor fatigabilidad de la musculatura intercostal	Disminución de la fuerza muscular intercostal con mayor demanda de la contribución diafragmática y musculatura abdominal, lo que puede llevar a fatiga diafragmática.
Reducción en el número de cilios y su motilidad	Disminución del clearance de detritos y patógenos	Incremento posibilidad de infección
La zona de conducción de la vía aérea (tráquea, bronquios principales, bronquiolos terminales) incrementa en radio.	Aumento del espacio anatómico muerto	Incremento del volumen residual y capacidad residual funcional y disminución capacidad vital
Engrosamiento de la membrana basal alveolar	Disminuye la capacidad de difusión gaseosa, incrementando la heterogeneidad de la V/Q	La oxigenación arterial declina, disminuye la transferencia de CO
Disminución del diámetro de la vía aérea pequeña	Disminución del flujo espiratorio máximo	Patrón de flujo obstructivo
Cambios en el control ventilación a nivel del sistema nervioso central.	Disminuye ventilación minuto dinámica	Disminuye respuesta ante hipercapnia e hipoxia.

2.3.2. Neumonía.

El término neumonía se refiere a la inflamación del parénquima pulmonar, junto con bronquiolos terminales y los espacios alveolares, causada por un agente infeccioso. Según el lugar en el que se produce la infección, la neumonía se puede clasificar en dos grupos:

- Neumonía adquirida en la comunidad: el contagio se ha producido fuera de un centro de salud u hospital.
- Neumonía intrahospitalaria o nosocomial: es la neumonía que afecta a los pacientes 48 hrs después de haber ingresado a hospitalizarse. El principal problema de esta neumonía es que suele ser más resistente a los antibióticos y, en consecuencia, más difícil de tratar.(29).

También se puede establecer una clasificación de la neumonía según la afectación pulmonar:

- Unilateral: afecta a un único pulmón.
- Bilateral: es más común en las infecciones virales y afecta a los dos pulmones.

- Bronconeumonía: es la más agresiva ya que, además de afectar a ambos pulmones, se extiende también hacia los bronquios.(30).

2.3.2.1. Patogenia.

En el paciente anciano, aparecen una serie de alteraciones y modificaciones en la estructura y anatomía de la caja torácica y de las vías aéreas que, junto a las alteraciones inmunitarias, influyen y son responsables de la mayor susceptibilidad a padecer infecciones respiratorias (31).

Dos factores importantes para el desarrollo de neumonía en el anciano:

Son la colonización orofaríngea por bacilos Gramnegativos especialmente frecuente en los ancianos con enfermedades inmunosupresoras, siendo factores predisponentes la mala higiene bucal, la deglución anormal, la debilidad causada por enfermedades crónicas, la escasa deambulación de estos pacientes y la frecuencia de tratamientos antibióticos de estos pacientes.(32).

Aspiración silente de las secreciones orofaríngeas guarda relación frecuente con el alcoholismo, la administración de sedantes y narcóticos, la enfermedad cerebrovascular, los trastornos esofágicos y la intubación nasogástrica. Los gérmenes llegan al árbol traqueobronquial por cuatro rutas:

- Inhalación (bacterias y virus).
- Aspiración
- inoculación directa desde lugares próximos
- diseminación hematógena.(33).

En la NAC por aspiración, los patógenos habituales son bacterias anaerobias que suelen residir en las grietas gingivales de los ancianos (peptostreptococos, fusobacterias, etc.). La mayoría de casos de neumonía por neumococos y BGN se deben a microaspiración de inóculos muy pequeños desde la faringe hasta los pulmones. La aspiración de inóculos con mayor volumen de bacterias orofaríngeas es más frecuente en pacientes con trastornos de la conciencia o con patologías que causen disfagia. Por último, en el paciente anciano cada vez son más frecuentes las actuaciones yatrogénicas, como sondajes nasogástricos,

intubaciones, traqueostomías u otras técnicas invasivas, empleadas tanto como métodos de diagnóstico o como terapéutica habitual; dichas actuaciones rompen las barreras defensivas naturales del individuo, posibilitando de esta forma la aparición de neumonías. (34).

2.3.2.2. Enfermedades que empeoran el pronóstico en la NAC del anciano.

- Enfermedades crónicas cardiológicas.
- Enfermedades pulmonares crónicas
- Enfermedad hepática crónica
- Neoplasias Diabetes mellitus
- Enfermedades neurológicas
- Tabaquismo
- Alcoholismo (35).

2.3.2.3. Factores de riesgo para la NAC en el anciano.

- Alcoholismo.
- Asma bronquial.
- Inmunodepresión.
- Sospecha de aspiración.
- Bajos niveles de albúmina sérica.
- Trastornos de la deglución.
- Mala calidad de vida.(36).

2.3.2.4. Factores de riesgo para la neumonía adquirida en residencias geriátricas u hospitalarias.

- Invalidez profunda.
- Inmovilidad o postración en cama.
- Incontinencia urinaria.
- Edad muy avanzada.
- Sexo masculino.
- Alteración de la deglución.
- Dificultad para la toma de medicación oral.(37).

2.3.3. Etiología.

La NAC es predominantemente de origen bacteriano o viral y mucho menos frecuente parasítica o fúngica. La identificación microbiológica usualmente no se realiza en la comunidad; por tanto los datos de la etiología microbiológica provienen de estudios epidemiológicos. El agente etiológico principal observado es el *Streptococcus pneumoniae* el cual da cuenta de cerca de dos tercios de las bacterias aisladas. Causas virales comunes incluyen el virus influenza, virus respiratorio sincicial, adenovirus y para influenza.(38).

Sólo el material con un diámetro de menos de 5 mm alcanza los alvéolos.

Por lo tanto la inhalación es relevante para las pequeñas microorganismos tales como *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Coxiella*, y virus. En contraste, la aspiración de las secreciones de la orofaringe es el mecanismo principal de contaminación de las vías respiratorias inferiores por bacterias de mayor tamaño, por ejemplo, *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*.(39).

2.3.4. Cuadro clínico

La mayoría de los pacientes con NAC, experimentan un comienzo agudo o sub-agudo de fiebre, tos seca o productiva y disnea. Otros signos y síntomas frecuentes son diaforesis, calosfríos, dolor torácico pleurítico, astenia, hemoptisis, anorexia, cefalea y dolor abdominal.

Hallazgos al examen físico los constituyen incluyen fiebre o hipotermia, taquipnea, taquicardia y desaturación del oxígeno arterial.

Al examen físico destaca el síndrome de condensación pulmonar: crépitos inspiratorios, soplo tubario; matidez a la percusión y/o síndrome de ocupación pleural si se acompaña de efusión pleural para neumónica.(40).

Empero estas características clínicas de presentación o signos físicos aislados distinguen mal entre NAC y otras causas de enfermedad respiratoria y sólo unas pocas combinaciones de hallazgos son útiles: la frecuencia cardíaca normal (100 latidos / min), temperatura menor a 37.8C y la frecuencia respiratoria (20 respiraciones / min) reducen la probabilidad pre-test (valor predictivo negativo: 0,18)

Por otro lado la combinación de la historia del paciente y el examen físico puede ser relevante: la combinación de la tos aguda, fiebre, taquicardia, y crepitaciones en el examen pecho aumentar la probabilidad de neumonía entre 18% y 42%.(41).

Ambas características clínicas y los hallazgos en el examen físico respiratorias pueden faltar o estar alterados en los pacientes de edad avanzada en quienes los síntomas sistémicos o extra-respiratorios son importantes, como el cambio del estado mental – delirium - o caídas puede inclusive predominar de ahí se sigue que en adulto mayor se debe tener un alto índice de sospecha.(42).

2.3.5. Agente etiológico.

A pesar de los grandes adelantos en los laboratorios de microbiología, en la actualidad, todavía es bastante difícil aislar los agentes etiológicos de una NAC. En los estudios más exigentes, sólo se llega a identificar al agente etiológico en el 50% de los casos, En todos los grupos de edad el agente más frecuente es el *Streptococcus pneumoniae*, que causa entre el 20 al 30% de las NAC en ancianos. Otros agentes incluyen (el orden es variable según diversos estudios) *Haemophilus influenzae* no tipificable, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae* y bacilos gramnegativos. Existe un número desproporcionado de casos de neumonía por *Legionella* en los ancianos y que usualmente se asocia a cuadros más severos. Se ha estimado que la neumonía por anaerobios ocurre en 20 a 30%⁴, El *Mycoplasma Pneumoniae*, un agente común de NAC en jóvenes, ataca en epidemias y puede causar enfermedad severa en ancianos⁵. La NAC por *Staphylococcus aureus* puede causar enfermedad muy severa, especialmente si aparece como una superinfección asociada a infecciones virales (como la influenza). Se ha observado que aproximadamente el 90% de los pacientes que fallecen por neumonía bacteriana secundaria a infección por influenza son mayores de 65 años. Algunos autores consideran que los agentes gramnegativos son más frecuentes en los ancianos debido quizás a sus hospitalizaciones más frecuentes y a su mayor prevalencia de diabetes, alcoholismo e incontinencia urinaria o fecal(43).

2.3.6. Diagnóstico

2.3.6.1. Diagnostico Radiológicos

La placa de tórax informa de la localización del infiltrado, de su extensión y detecta potenciales complicaciones como una cavitación o la presencia de derrame pleural. Del mismo modo nos puede dar información sobre desordenes pulmonares preexistentes como EPOC, secuelas de tuberculosis, enfermedad pulmonar intersticial, bronquiectasias o posible carcinoma pulmonar. No obstante, al realizar la placa de tórax hay que tener en cuenta que, en el anciano, una importante depleción de volumen o deshidratación (estado nada infrecuente en estos pacientes), puede hacer que, inicialmente la placa de tórax sea normal y aparecer los infiltrados después de una correcta rehidratación. La desaparición de los infiltrados después de un tratamiento adecuado puede tardar varias semanas o incluso meses.(44).

2.3.6.2. Diagnostico Microbiológico.

La tinción y cultivo de esputo constituye la técnica más interesante en la evaluación inicial de la NAC especialmente en aquellos pacientes sin comorbilidad ni invalidez previa. Si la tinción de Gram de un esputo válido muestra una única flora o una flora predominante, puede orientar inicialmente el tratamiento antibiótico empírico. Otros métodos de diagnóstico microbiológicos (hemocultivos, fibrobroncoscopia con sus diferentes técnicas y estudios serológicos) son similares a los descritos para los pacientes adultos de menos de 65 años.(45).

2.3.7. Tratamiento antibiótico.

En la elección del esquema antimicrobiano, se recomienda clasificar a los pacientes con neumonía comunitaria en cuatro categorías de riesgo,

- **Grupo 1:**

Pacientes menores de 65 años sin comorbilidad o factores de riesgo de manejo ambulatorio.

Tratamiento: Amoxicilina 1 gramo cada 8 horas, Claritromicina 500mg cada 12 horas o Levofloxacina 750mg/día vía oral durante 7–10días. Alternativa: Azitromicina 500mg/día durante 5días.

- **Grupo 2:**

Pacientes mayores de 65 años y/o con comorbilidad sin factores de riesgo de manejo ambulatorio.

Tratamiento: Amoxicilina-Ácido clavulánico 500/125mg cada 8 horas ó 875/125mg cada 12 horas, Cefuroxima 500mg cada 12 horas o Levofloxacina 750mg/día vía oral durante 7–10días.

- **Grupo 3:**

Pacientes de cualquier grupo etario con criterios de gravedad moderada hospitalizados en sala de cuidados generales.

Tratamiento: Ceftriaxona 1–2g/día o Cefotaxima 1–2g cada 8 horas EV por 10–14días asociado a macrólidos o fluoroquinolonas en caso de sospecha de infección por microorganismos atípicos o fracaso de tratamiento con agentes β -lactámicos.

La recomendación de las guías clínicas de tratamiento combinado (β -lactámico asociado a un macrólido) o monoterapia con una fluoroquinolona se ha basado en estudios clínicos retrospectivos que demuestran una reducción significativa de la mortalidad y riesgo de complicaciones comparado con los pacientes tratados con una cefalosporina de tercera generación (48–50). Sin embargo, los estudios clínicos controlados han demostrado eficacia clínica similar y altas tasas de curación con los diferentes esquemas de tratamiento (51,52).

- **Grupo 4:**

Pacientes de cualquier grupo etario con criterios de neumonía comunitaria grave manejados en la UCI.

Tratamiento: Ceftriaxona 2g/día o Cefotaxima 1–2g cada 8 horas EV asociado a Eritromicina 500mg cada 6 horas, Levofloxacina 750–1.000mg/día o Moxifloxacina 400mg/día EV durante 10–14días. Se recomienda prolongar la duración del

tratamiento antibiótico en la infección pulmonar por *P. aeruginosa*, *Legionella spp* y en el absceso pulmonar.

En presencia de alergia o fracaso de tratamiento con agentes β -lactámicos y/o serología positiva para *Mycoplasma*, *Chlamydothila* o *Legionella spp*. se recomienda agregar: Eritromicina 500mg cada 6h EV o VO o Claritromicina 500mg cada 12h VO durante 10–14días, o Azitromicina 500mg/día VO durante cinco días.

En los casos de sospecha de infección por *Pseudomonas spp* (colonización, daño pulmonar estructural, fibrosis quística o bronquiectasias), el esquema antibiótico inicial debiera ser Cefepime o carbapenémicos con acción antipseudomónica (imipenem o meropenem) asociados a una quinolona respiratoria. De confirmarse la infección por *Pseudomonas aeruginosa* debiera ajustarse el esquema antibiótico a Ceftazidima o Carbapenémicos con acción antipseudomónica (imipenem o meropenem) asociado a Ciprofloxacina o aminoglicósidos considerando la susceptibilidad *in vitro* de la cepa.(46).

- **Tratamiento adyuvante**

Más allá del tratamiento antibiótico, otras medidas bien conocidas son necesarias para el tratamiento de la neumonía en el anciano, la rápida instauración de la oxigenoterapia y su control clínico, la correcta hidratación y nutrición de los pacientes, la profilaxis del tromboembolismo, la toracocentesis en los derrames pleurales significativos, el drenaje de losempiemas, el tratamiento del shock séptico o la indicación de ventilación mecánica.

El tratamiento con corticoides en los pacientes ingresados es motivo de debate ya que existen buenos estudios con resultados contradictorios. Parece que en la mayoría de los casos ayudan a acelerar la resolución de los síntomas, especialmente en neumonías graves o cuando se desarrolla insuficiencia respiratoria⁵⁵. Si se considera su utilización, debe valorarse el equilibrio riesgo-beneficio en cada paciente, iniciarse en las primeras 12h de tratamiento y vigilar el perfil glicémico. Como ejemplo, algunas pautas con resultados beneficiosos son: bolus de dexametasona de 5mg durante 4 días⁵⁶ o prednisolona 40mg/d iv en dosis única durante 3 días.(45).

La movilización precoz de los pacientes ingresados desde el primer día de ingreso (sentar a los pacientes fuera de la cama un mínimo de 20min y aumentar diariamente la movilización de forma progresiva) demostró disminuir la estancia hospitalaria en un estudio aleatorizado.(46).

-La prevención de aspiraciones debe iniciarse en el propio ingreso. Junto a las medidas posturales (elevación de la cabecera de la cama), de consistencia de la dieta y de prevención del reflujo gastroesofágico, cada vez hay más estudios sobre posibles potenciadores del reflejo deglutorio (comida a temperatura <30°C o >40°C).(47).

Una correcta higiene oral ha demostrado un nivel de evidencia 1A en la prevención de las NAS⁶¹: los estudios incluyen pautas de cepillado de dientes y encías durante 2min, 2 veces al día, cepillado de lengua y posteriormente enjuagues con clorhexidina al 0,12%.(48).

2.3.8. Prevención

Con el propósito de prevenir y reducir la carga de morbilidad asociada a las infecciones respiratorias del adulto se recomienda implementar las siguientes medidas:

- a) Identificación y aislamiento del caso índice en el hogar (precaución de vía aérea o gotitas y lavado de manos), reduciendo el riesgo de contagio intrafamiliar (virus, *Mycoplasma spp*, *Chlamydothila spp* y *M. tuberculosis*).
- b) Programa de inmunización en la población de riesgo (vacuna antiinfluenza y antineumocócica).
- c) Evaluación del riesgo de broncoaspiración en el paciente senescente o con daño neurológico (rehabilitación fonoaudiológica).
- d) Evaluación y manejo de las adicciones (tabaquismo, alcoholismo y drogadicción).(46).
- e) Manejo óptimo de las enfermedades crónicas.
- f) Vigilancia epidemiológica de los virus respiratorios y brotes epidémicos.

2.3.9. Recomendaciones en el hogar

A todo paciente de bajo riesgo con diagnóstico de neumonía comunitaria de manejo ambulatorio debieran recomendarle reposo, hidratación adecuada, régimen liviano, control y manejo de la fiebre con antipiréticos según necesidad. Además debe informársele acerca de los signos de alarma que sugieren una evolución clínica desfavorable y la necesidad de reevaluación por el equipo de salud en los servicios de atención primaria. Los pacientes menores de 60 años y sin comorbilidades con diagnóstico de neumonía de manejo ambulatorio y evolución clínica favorable pueden ser controlados a los 7–10 días de evolución.(47)

Los pacientes mayores de 60 años o con comorbilidades con diagnóstico de neumonía de manejo ambulatorio debieran ser controlados en el consultorio externo a las 48–72 horas de iniciado el tratamiento.

Todo paciente con evolución clínica desfavorable (por ejemplo: dificultad respiratoria progresiva, aumento de la frecuencia respiratoria y del esfuerzo respiratorio, decaimiento progresivo, dolor torácico, persistencia de la fiebre más allá de 48–72 horas debiera ser controlado precozmente.(48).

Los pacientes con diagnóstico de neumonía comunitaria de manejo ambulatorio deben recibir recomendaciones específicas respecto a los siguientes tópicos:

- a) Educación antitabáquica.
- b) Vacunación antiinfluenza en el período epidémico.
- c) Vacunación antineumocócica en los grupos de riesgo.
- d) Ingreso a programa de adicciones en pacientes alcohólicos.
- e) Promoción de la actividad física.
- f) Evaluación del riesgo de broncoaspiración en población de riesgo.
- g) Manejo óptimo de las comorbilidades y déficit nutricional.(49).

III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA PLAN DE INTERVENCIÓN.

3.1 Valoración.

3.1.1. Datos de filiación:

- NOMBRE: M.E.C.D.
- 2. EDAD: 78 años.
- 3. SERVICIO: Santa Rosa III
- 4. FECHA DE INGRESO: 16/ 07/22 hora:15:40 horas
- 5. LUGAR DE NACIMIENTO: Ancach.
- 6. SEXO: Femenino.
- 7. ESTADO CIVIL: Casada
- 8. RELIGION: católico
- 9. GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria completa
- 10. OCUPACION: Ama de casa.
- 11. TIEMPO DE ENFERMEDAD: 15 días.
- 12. FORMA DE INICIO: Insidioso, progresivo.

3.1.2 Motivo de Consulta:

Paciente acude al Hospital Nacional Dos de Mayo por emergencia (Carpa) por presentar dolor de espalda, disminución de apetito, y fuerza muscular en miembros inferiores, familiar refiere “mi mamá hace unos días caminaba y ahora ya no se puede ni levantar”

3.1.3 Enfermedad Actual:

Se trata de un paciente de sexo femenino de 78 años que ingresa al servicio de Santa Rosa III, por presentar tos con expectoración verde amarillenta escaso de inicio insidioso y progresivo acompañado de dolor torácico. Durante la entrevista paciente se encuentra despierta, comunicativa, lucida en persona en posición semifowler, con ventilación espontánea, con el semblante adolorido, lenguaje pausado voz baja y temblorosa refiere “me duele la espalda”, con una buena higiene corporal, piel caliente y rubor en facial, disminución en la

audición, pupilas fotorreactivas con escleras pálidas, cavidad bucal en mal estado de higiene presencia de placas en lengua, piezas dentarias incompletas mucosa oral seca; tórax portador de tubo de drenaje torácico lado izquierdo se evidencia frasco de drenaje con secreción serosa en regular cantidad tos productiva con secreción amarillenta densa en poca cantidad, frecuencia cardiaca incrementada, con infusión de Cloruro de Sodio al 9 % a 20gtas por min. En miembro superior derecho; abdomen blando depresible a la palpación, presencia de sonda vesical con buena fijación orina clara, miembros superiores movibles con presencia de sujeción mecánica y miembros inferiores con presencia de movimiento y disminución de la fuerza muscular

A la valoración neurológica Glasgow: 14 pts

Familiares refieren que estos síntomas inician hace 15 días aprox. Con decaimiento, cansancio cuando camina en casa, acompañado de dolor torácico y tos con flema.

3.1.4 Antecedentes

Antecedentes patológicos

- HTA: Si
- Hernia Hiatal.
- ASMA: No presenta tampoco familiares cercanos
- TBC: No.
- CIRUGIAS: Nefrectomía por tumor renal.
- Fumador: Niega.

Alergias y reacciones.

- FARMACOS: ninguno.
- ALIMENTOS: ninguna.
- OTROS: ningún.

3.1.5 Examen Físico:

Funciones vitales:

- P/A = 140/70
- T° = 38.7°C
- FR = 24X
- FC = 122X'

- SPO2 = 96%

Exploración céfalo caudal:

Cabeza: Normocéfalo, simétrico, con movimientos activos no se evidencia adenopatías ni tumoraciones. En regular estado de higiene. Glasgow 14

Nariz: Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.

Boca: Mucosas orales deshidratadas

Piel: Llenado capilar < 2 segundos

Cuello: Normal

Tórax: Cilíndrico regular y asimétrico.

Abdomen: A la palpación abdominal blanda, percusión conservada.

Genito urinario: Normal.

Neurológico: Despierta con 15/15

Fuerza muscular: Disminuida

3.1.6 Exámenes Auxiliares:

Hemograma completa:

- Hematocrito: 33 %
- Hemoglobina: 11.7 gr/dl.
- Recuento de leucocitosis: 13.300
- Abastionados: 00%
- Segmentados: 86%
- Eosinifilos: 0.2 % 13
- Linfocitos: 7.5%
- Grupo factor: A positivo

Examen de orina completa:

- Color: Amarillo
- Aspecto: Ligeramente turbio.

Densidad: 1.030
Reacción: Ácida.
PH: 6 SEDIMENTACIÓN:
Leucocitos: 3-5 XC
Hematíes: 0 XC
Píocitos: 0 XC
Células epiteliales: escasa cantidad XC

Examen bioquímico

Glucosa: 106mg/gl
Urea: 74.4mg/dl
Creatinina: 0.92mg/dl.

3.1.7 Indicación Terapéutica

Dieta blanda triturada, hiposódica.
Clindamicina 600mg EV c/ 8hr.
Ceftazidima 1gr EV c/ 8hr
Enoxaparina 40 mg c/ 24hr.
Codeína 60mg IM PRN a tos exigente.
Metamizol 1Gr PRN T° > 38°C.
Bromexina 10cc VO C/ 12hr.
Losartan 50mg VO C/ 12 hr.
Captopril 25mg PRN P/A > 140/90.

3.1.8 Diagnóstico médico.

NAC Complicada por Klebsiella.
Hidroneumotorax necrotizante grado I.
Anemia leve.
Hipoalbuminemia moderada.
Hernia Hiatal.
Transtorno de sensorio

3.1.9 Valoración de enfermería utilizando la teoría de Virginia Genderson – 14 necesidades.

1. NECESIDAD RESPIRAR CON NORMALIDAD: Paciente refiere dolor a la inspiración por presencia de tubo de drenaje, presenta taquicardia, tos productiva.

2. Necesidad de comer y beber adecuadamente: paciente con antecedentes de hernia hiatal, mucosa oral seca, mal estado de higiene bucal se evidencia presencia de placas en lengua, dificultad para alimentarse por si solo.

3. Necesidad de Eliminación normal de desechos corporales: Con sonda vesical fijado en piel con Tegaderm orina de color normal no presencia de sedimento, habito intestinal inadecuado refiere que hace tres días no hace deposición.

4. Necesidad de movilidad y postura adecuada: Presenta debilidad generalizada, dificultad para moverse por presencia de tubo de drenaje; paciente desorientada en espacio intenta bajar de cama, por ello se encuentra con sujeción mecánica en extremidades superiores.

5. Necesidad de dormir y descansar: Paciente refiere que no puede conciliar sueño. A través de video vigilancia de guardia nocturna se evidencia paciente despierta 2am, duerme 3 a 4 hr y durante el día paciente se encuentra duerme.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse con normalidad: presenta dificultad para vestirse.

7. Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites adecuados (máximo 37,2 grados): Presenta fiebre T° 38.7°C

8. Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel: El aspecto de su piel es buena, con coloración e hidratación adecuada.

Recibe baño en cama interdiario. Piel con presencia de dispositivos, como tubo de drenaje y alrededor de inserción de tubo no signo de flogosis, vía periférica permeable no flebitis.

9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas: Paciente desorientada en tiempo y lugar intenta levantarse y retirarse el tubo de drenaje, por ello se coloca sujeción mecánica en extremidades superiores.

10. Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores o sensaciones: No es capaz de establecer una conversación fluida y coherente, tiene voz baja y pausada, su humor es apático.

11. Necesidad de practicar su religión: católico.

12. Necesidad de desarrollarse de manera que exista un sentido de logro: Ama de casa vive de los negocios de administran sus hijos.

13. Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo: Muestra desinterés.

14. Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad: Desconocimiento de su enfermedad.

3.1.10 Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: por desconocimiento del diagnóstico que tiene.

DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Digestión: Dieta Blanda triturada hiposódica.

Clase 2. Digestión: No hay presencia de residuos gástricos

Clase 3. Absorción: No evacua hace 2 días.

Clase 4. Metabolismo: glucosa 106 mg/dl

Clase 5. Hidratación: Con indicación de vía periférica CLNA 9% 1000cc ,20gtas por min

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: presenta catéter urinario

Clase 2. Función gastrointestinal:

Clase 3. Función tegumentaria: Presencia de tubo de drenaje torácico, sujeción mecánica, lesiones por venopunción en miembros superiores.

Clase 4. Función respiratoria: Saturación de oxígeno 96% con ventilación espontanea FiO21%.

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: Reposo forzado, sueño disminuido, intermitente.

Clase 2. Actividad/ejercicio: Lesión en hemitórax Izquierdo, presencia de tubo de drenaje.

Clase 3. Equilibrio/energía: Disminución de fuerza, dolor incrementado

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Paciente con taquicardia 122X'.

Clase 5. Autocuidado: Asistido por el personal profesional y técnico

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: Responde a las preguntas

Clase 2. Orientación: Orientado persona.

Clase 3. Sensación-percepción: Limitación del movimiento

Clase 4. Cognición: Paciente orientado en persona, por momentos confusa, responde a interrogantes por momentos se muestra lável refiere deseo de ver a su esposo.

Clase 5. Comunicación: Quejumbrosa, refiere dolor en zona de inserción de tubo de drenaje, escala de EVA 4/10.

DOMINIO VI. Autopercepción

Clase 1. Autoconcepción: Disposición para mejorar el autoconcepto

Clase 2. Autoestima: Se le observa estado de ánimo decaído.

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: Recibe visitas de esposo.

Clase 2. Relaciones familiares: Familiares están pendientes sobre estado de salud, no pueden ingresar a ver a paciente por encontrarse en área contaminada.

Clase 3. Desempeño del rol: Disposición para mejorar la relación.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: No refiere.

Clase 2. Función sexual: No refiere.

Clase 3. Reproducción: Tiene tres hijos.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: Refiere sentirse triste porque ya no trabaja.

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: Disposición para mejorar el afrontamiento.

Clase 3. Estrés neuro-comportamental.

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: Refiere “prefiero que mi esposo me atienda”.

Clase 2. Creencia: católico, No relaciona su enfermedad con ninguna creencia

DOMINIO XI SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

Clase 1. Infección: Presenta dispositivos invasivos (tubo de drenaje, vía periférica, sonda vesical).

Clase 2. Lesión Física: por momentos se desorienta e intenta levantarse estando propensa a tener caídas.

DOMINIO XII CONFORT.

Clase 1. Confort físico: Refiere dolor a la inspiración EVA 4/10.

Clase 2. Disconfort: “no me gusta estar aquí sola, quiero ver a mi esposo”

3.2. Diagnostico

3.2.1 Diagnóstico de enfermería.

Dolor agudo. (00123)

Deterioro de la integridad cutánea. (00046).

Estreñimiento (00011)

Riesgo de infección (00004)

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

Deterioro de la movilidad cama (00091)

Desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades (00123).

Trastorno de patrón de sueño (00198).

Ansiedad (00146)

Hipertermia (00007)

3.2.2 Diagnóstico de Enfermería según dato Significativo:

Dolor agudo (00123)

Hipertermia (00007)

Deterioro de la integridad cutánea (00046)

Estreñimiento (00011)

Desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades (00123)

Deterioro de la movilidad cama (00091)

Trastorno de patrón de sueño (00198).

Ansiedad (00146)

Riesgo de infección (00004)

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

3.2.3 Esquema de Diagnostico de Enfermería.

Problema	Factor Relacionado	Evidencia	Diagnóstico
Dolor agudo (00132)	Agentes lesivos físicos	Presencia de tubo de drenaje, semblante de dolor, seños fruncidos, EVA 4/10, frecuencia cardiaca 122 x'	Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos) e/p facies del dolor, imposibilidad para realizar movimientos.
Hipertermia (00007)	Factor biológico.	Paciente con Temperatura 38.7°C polipnea FR 24 x', FC 122x'.	Hipertermia r/c proceso infeccioso e/p T° 38.7, FC 122x'.

Deterioro de la integridad cutánea (00046)	Factores externos.	Limitación del movimiento, postración forzada,	Deterioro de la integridad cutánea r/c dispositivos invasivos e/p presencia de tubo de drenaje e imposibilidad para realizar movimientos.
Estreñimiento (00011)	Hábitos dietéticos inadecuados, ingesta de fibra insuficiente, higiene oral inadecuada.	Paciente no defeca hace 3 días.	Estreñimiento r/c Hábitos dietéticos inadecuados, e/ p sin defecar 3 días.
Desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades (00002)	Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas	Se niega a comer refiere "solo comeré mazamorra".	Desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades r/c Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas
Deterioro de la movilidad de la cama (00091)	Fuerza muscular insuficiente asociado a alteración de la función cognitiva, dolor.	Limitación del movimiento, postura de evitación del dolor, postración forzada,	Deterioro de la movilidad física r/c fuerza muscular insuficiente m/p limitación de movimiento, prestación forzada.
Trastorno de patrón de sueño (00198)	Barreras ambientales, inmovilización	Paciente con facultad para conciliar sueño duerme 3-4 hrs	Trastorno de patrón de sueño r/c barreras ambientales e inmovilización e/p concilia el sueño 3 a 4 hrs.
Ansiedad (00146)	Cambios en el estado de salud, estancia hospitalaria.	Preocupación, voz temblorosa, quejumbroso, intranquila.	Ansiedad r/c cambios en el estado de salud e/p preocupación, voz temblorosa, quejumbroso, intranquila.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)	presión sobre prominencia ósea, nutrición inadecuada.	Postración prolongada, inmovilidad física, trastorno de sensorio, disminución de apetito.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c prestación prolongada, presencia de sujeción mecánica e inmovilidad física.
Riesgo de infección (00004)	Alteración de la integridad de la piel, mal nutrición	Presencia de dispositivos invasivos (tubo de drenaje, sonda vesical, vía periférica)	Riesgo de infección r/c dispositivos invasivos.

3.3 Planificación.

3.3.1 Esquema de Planificación

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo NOC	Intervención de Enfermería NIC	Evaluación
(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos) e/p facies del dolor, imposibilidad para realizar movimientos.	Código 1605 Control del dolor	Código: 2102 <ul style="list-style-type: none"> • Valor la localización, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores • Seguimiento del dolor. • Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados. • Notificar al médico si las medidas no tienen éxito Código: 2210 <ul style="list-style-type: none"> • Administración de analgésicos. 	Paciente refiere "ya me calmo el dolor, me siento mejor"

		<ul style="list-style-type: none"> •Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. •Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. •Comprobar el historial de alergias a medicamentos. (paciente niega alergias) •Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno. •Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 	
<p>(00007) Hipertermia r/c proceso infeccioso e/p T° 38.7, FC 122x'.</p>	<p>(0800) Termorregulación</p>	<p>Código 006680</p> <ul style="list-style-type: none"> •Monitorizar la temperatura corporal y color de piel. •Monitorizar periódicamente la frecuencia cardíaca. •Monitorizar el llenado capilar. •Observar la presencia de signos y síntomas de hipotermia. •Monitorizar la presencia y calidad del pulso, ritmo y frecuencia cardíaca. •Observar constantemente el color, temperatura y humedad de la piel. •Observar la presencia de cianosis central o periférica. •Identificar causas posibles de cambios en los signos vitales. <p>Código 003740</p> <ul style="list-style-type: none"> •Administración de medicamentos antipiréticos y para la 	<p>Paciente mantiene temperatura de 37° C</p>

		<p>causa de la fiebre.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Realizar baño tibio de esponja, sí procede. •Favorecer la ingesta de líquidos y sí procede intravenosos. 	
<p>(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c dispositivos invasivos e/p presencia de tubo de drenaje he imposibilidad para realizar movimientos.</p>	<p>Código: 1101 Integridad tisular</p>	<p>Código 3660 Cuidados de las heridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas. •Inspeccionar la herida por su hubiese signos de infección. •Tomar nota de las características de cualquier drenaje. •Utilizar hisopos de algodón estériles para una limpieza eficaz. •Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión y cambiarlo a los intervalos adecuados o cuando se precise. 	<p>Piel sin presencia de signo de flogosis, no se evidencia lesiones de piel causadas por el esparadrapo.</p>
<p>(00011) Estreñimiento r/c Hábitos dietéticos inadecuados, e/ p sin defecar 3 días</p>	<p>Código 0501 Eliminación intestinal:</p>	<p>Código 0430 Control intestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anotar la fecha de la última defecación. •Informar acerca de cualquier aumento o disminución de frecuencia y/o sonidos intestinales. •Monitorizar los signos y síntomas del estreñimiento e impactación. •Instruir al paciente a registrar las características de las heces. <p>Código 0450 Manejo de estreñimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> •Dieta rica en fibra •Administrar enema de limpieza •Líquidos orales 	<p>Paciente logra defecar</p>

		<ul style="list-style-type: none"> •Vigilar peristaltismo. • Administrar supositorios o enemas si es necesario. 	
<p>(00002) Desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades r/c Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.</p>	<p>Código 100405 Peso en rango normal</p>	<p>Código 1100 Manejo de la nutrición.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Distribuir las comidas en 6 pequeñas cantidades a lo largo del día. •En la medida de la posible ofrece las preferencias alimenticias al paciente. •Incitar la ingesta adecuada de calorías dependiendo del tipo corporal y estilo de vida. •Pesar al paciente regularmente. •Evitar alimentos que formen gases y bebidas gaseosas. •Descansar 30 minutos antes de cada ingesta de comida. <p>Código 5246 Asesoramiento nutricional.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Establecer una relación de confianza y respeto entre el terapeuta y paciente •Calcular la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. •Fundar metas a corto y largo plazo para el cambio nutricional. •Informar al paciente de las razones de salud para la modificación nutricional. 	<p>Paciente logra ingerir dieta blanda triturada en forma fraccionada para cumplir los requerimientos sugeridos por nutrición</p>
<p>(00091) Deterioro de la movilidad física r/c fuerza muscular insuficiente m/p limitación de movimiento,</p>	<p>Código (00300) Cuidados personales: actividades de la vida diaria</p>	<p>Código (224) Terapia de ejercicios: movilidad articular</p> <ul style="list-style-type: none"> •Explicar al paciente el plan de ejercicios de las articulaciones. •Determinar la existencia de dolor/molestia durante el movimiento o actividad. 	<p>Paciente logra movimientos a través de los cambios posturales con apoyo del personal técnico de enfermería.</p>

prestación forzada.		<ul style="list-style-type: none"> •Poner en marcha medidas de control •Colaboración con fisioterapeuta, si es necesario, para el desarrollo y ejecución de programa de ejercicios. 	
(00198) Trastorno de patrón de sueño r/c barreras ambientales e inmovilización e/p conciliar el sueño 3 a 4 hrs.	Sueño (0004)	Código (6480) Manejo ambiental <ul style="list-style-type: none"> •Crear un ambiente seguro para el paciente. •Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de conducta. •Proporcionar una cama, un entorno limpios y cómodos. •Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente. •Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible. 	Paciente logra conciliar el sueño mayor a 6 hrs.
(00146) Ansiedad r/c cambios en el estado de salud e/p preocupación, voz temblorosa, quejumbroso, intranquila.	Código: 1402 Control de la ansiedad	Código: 5820 <ul style="list-style-type: none"> •Disminución de la ansiedad: •Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. •Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sanciones que se han de experimentar durante el procedimiento. •Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. 	Paciente se muestra más tranquila, no pregunta por familiares.
(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c prestación prolongada, presencia de sujeción mecánica e	Código 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Código 3500 Manejo de presiones <ul style="list-style-type: none"> •Reposicionar al paciente cada 2 horas. •Deben utilizarse superficies de apoyo en sitios específicos como en las extremidades del paciente y las prominencias óseas, 	Paciente mantiene piel integra ausencia de LPP

<p>inmovilidad física.</p>		<p>manteniendo alejadas las áreas óseas entre si y del contacto directo con otras superficies duras. Código 3584 Cuidados de la piel •Mantenga la piel seca e hidratada, use cremas protectoras para la piel. •Disminuya la fricción y el cizallamiento. no arrastre la piel por las sábanas al reposicionar o elevar al paciente.</p>	
<p>(00004) Riesgo de infección r/c dispositivos invasivos.</p>	<p>Código: 1902 Control de riesgo</p>	<p>Código: 3590 •Vigilancia de la piel: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas. •Inspeccionar el estado del sitio de la herida y de la piel perilesional. •Observar su color, calor, textura y si hay inflamación o edema. •Observar si hay enrojecimiento, calor o drenaje en la piel. •Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. •Vigilar el color de la piel. •Comprobar la temperatura de la piel.</p>	<p>Piel integra, no signo de flogosis.</p>

3.4 Ejecución y evaluación

3.4.1 Registro de Enfermería, SOAPIE:

S Paciente adulta mujer refiere “me duele la espalda”

Familiares refieren que estos síntomas inician hace 15 días aprox.

O Paciente adulta mayor de sexo femenino de 78 años se encuentra hospitalizada en el servicio de Neumología-Santa Rosa III, en posición semifowler con

ventilación espontánea, con el semblante adolorido, despierta orientado en persona, piel caliente y rostro rubicundo, mucosas orales secas, con vía periférica e infusión de cloruro de sodio al 9% en miembro superior derecho, portadora de tubo de drenaje torácico lado izquierdo con secreción serosa en regular cantidad, por momentos presenta tos con expectoración escasa color blanquecina, frecuencia cardíaca incrementada, abdomen blando depresible a la palpación, presencia de sonda vesical con buena fijación orina clara, presencia de sujeción mecánica y miembros inferiores con presencia de movimiento, disminución de la fuerza muscular.

A Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos) e/p facies del dolor, imposibilidad para realizar movimientos.

Deterioro de la integridad cutánea r/c dispositivos invasivos e/p presencia de tubo de drenaje he imposibilidad para realizar movimientos.

Deterioro de la movilidad física r/c fuerza muscular insuficiente m/p limitación de movimiento, prestación forzada.

Ansiedad r/c cambios en el estado de salud e/p preocupación, voz temblorosa

P Control del dolor

Valor la localización, duración

Administración de analgésicos

Cuidados de la herida (inserción de tubo de drenaje):

Prevención de complicaciones (retiro de tubo de drenaje)

Integridad tisular.

Cuidados personales: actividades de la vida diaria

Terapia de ejercicios: movilidad articular

Utilizar un enfoque sereno que brinde seguridad.

Control de la ansiedad

I Valor la localización, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores

Seguimiento del dolor.

Asegurarse de que la paciente reciba el tratamiento analgésicos correspondientes.

Verificar la inserción de tubo de drenaje se encuentra insitu.

Inspeccionar la herida de inserción de tubo de drenaje si hay signo de flogosis.

Tomar nota de las características de cualquier drenaje.

Registrar la cantidad de secreción de tubo de drenaje.

Determinar la existencia de dolor/molestia durante el movimiento o actividad.

Colaboración con fisioterapeuta, si es necesario, para el desarrollo y ejecución de programa de ejercicios.

Utilizar un enfoque sereno que brinde seguridad.

Explicar todos los procedimientos, que se realizan para brindar seguridad y confianza en el paciente.

- E** Paciente termodinámicamente estable, mejora la integridad tisular y libre de infecciones agregadas, mantiene signos vitales dentro de parámetros normales, mantiene Glasgow 14/15, con adecuada saturación de oxígeno 93% - 94%, dolor en remisión, restablecimiento progresivo de la movilidad física.

IV. CONCLUSIONES

- El modelo aplicado en el cuidado del pacientes adulto mayor con neumonía favoreció a la recuperación del paciente.
- TENER EN CUENTA LOS FACTORES DE RIESGO Y LA PRESENCIA DE ALGUNA COMORBILIDAD, PARA EL CUIDADO Y RECUPERACIÓN DEL PACIENTE.
- En el paciente anciano cada vez son más frecuentes las actuaciones yatrogénicas, como sondajes nasogástricos, intubaciones, traqueostomías u otras técnicas invasivas, empleadas tanto como métodos de diagnóstico o como terapéutica habitual; dichas actuaciones rompen las barreras defensivas naturales del individuo, posibilitando de esta forma la aparición de neumonías.
- La bioseguridad y el uso correcto de la técnica aséptica en el proceso de atención al paciente , disminuirá y evitará la presencia de infecciones cruzadas.
- El proceso de atención de enfermería en un paciente con neumonía la evaluación de sensorio será importante para evitar posibles caídas y retiros involuntarios de dispositivos invasivos como: tubo de drenaje torácico vías, sonda vesical entre otros) que podrían complicar el estado de salud del paciente y por ende prolongar la estancia hospitalaria.

V. CONCLUSIONES.

- El modelo aplicado en el cuidado del pacientes adulto mayor con neumonía favoreció a la recuperación del paciente.
- TENER EN CUENTA LOS FACTORES DE RIESGO Y LA PRESENCIA DE ALGUNA COMORBILIDAD, PARA EL CUIDADO Y RECUPERACIÓN DEL PACIENTE.
- En el paciente anciano cada vez son más frecuentes las actuaciones yatrogénicas, como sondajes nasogástricos, intubaciones, traqueostomías u otras técnicas invasivas, empleadas tanto como métodos de diagnóstico o como terapéutica habitual; dichas actuaciones rompen las barreras defensivas naturales del individuo, posibilitando de esta forma la aparición de neumonías.
- La bioseguridad y el uso correcto de la técnica aséptica en el proceso de atención al paciente , disminuirá y evitará la presencia de infecciones cruzadas.
- El proceso de atención de enfermería en un paciente con neumonía la evaluación de sensorio será importante para evitar posibles caídas y retiros involuntarios de dispositivos invasivos como: tubo de drenaje torácico vías, sonda vesical entre otros) que podrían complicar el estado de salud del paciente y por ende prolongar la estancia hospitalaria.

V. RECOMENDACIONES.

- Proporcionar una atención integral e individualizada y cuidados que permitan mejorar la evolución de los pacientes y su calidad de vida, así como disminuir la morbimortalidad.
- Mantener las capacitaciones entre el profesional de enfermería y técnico de enfermería, esto ayudará a tener mayor herramientas en la toma de decisiones y brindar cuidados individualizados al paciente.
- Continuar fomentando la elaboración de trabajos e investigaciones.
- Para brindar cuidados se sugiere que el profesional de enfermería utilice un modelo teórico de enfermería en la atención de sus pacientes, con el fin de satisfacer apropiadamente las necesidades de cada usuario de manera única e individualizada.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Barragán Loayza, G. E. (2016). Factores de riesgo y complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos mayores Hospital Alfredo Noboa Montenegro, período 2015 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
- 2) Reinoso Ibarra, J. (2015). Prevalencia de morbilidad por neumonía en adultos con insuficiencia respiratoria aguda en el Área de Emergencia del Hospital León Becerra de Milagro del período de enero a diciembre del 2014 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
- 3) Triviño Palma, C. L. (2013). Importancia del estándar de tórax para la identificación de la neumonía (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Tecnología Médica).
- 4) Rojas, D. V. (2010). Morbilidad y mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina de un hospital general del Perú. *Revista peruana de epidemiología*, 14(2), 99-107.
- 5) Catia Cilloniz. Concienciación de la neumonía "Pneumolight". Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/la-neumonia-causa-2-5-millones-de-muertes-al-ano-en-todo-el-mundo#:~:text=En%202019%20han%20fallecido%202.el%20primer%20mes%20de%20vida>
- 6) Quintero-González, D. C., Ocampo, J. M., & Reyes-Ortiz, C. A. (2020). Factores asociados con la letalidad por neumonía en una unidad de atención del paciente geriátrico agudo: una cohorte retrospectiva. *Biomédica*, 40(4), 734-748.
- 7) Quintero García, M. (2009). Plan de acciones para la gestión turística del patrimonio cultural inmueble de Caibarién en función de su sostenibilidad ambiental (Doctoral dissertation, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas.).
- 8) Revista del Instituto Nacional de Salud. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/>

- 9) Situación de la Neumonía en el Perú. Fundación IO, un sistema global de inteligencia epidemiológica aplicada. Disponible en:<https://fundacionio.com/situacion-de-la-neumonia-en-peru/>
- 10) Urgilés, R. E. M., Coronel, A. A. R., Cárdenas, L. F. A., Sacoto, L. A. R., González, M. D. L. Á. E., Martínez, N. I. A., & Morocho, G. L. P. (2022). Prevalencia, tratamientos y cuidados de enfermería en la neumonía adquirida en adultos mayores. Revisión sistemática.
- 11) R. Turón Monroy, A. Palomar Gimeno, "Plan de cuidados en el paciente adulto con neumonía (2020). Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. ISSN 1886-8924. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/>
- 12) Santos Pérez, L. A., Hernández Cabeza, D., Milián Hernández, C. G., & Santos Milián, K. R. (2021). Neumonías en el paciente anciano. Factores de riesgo y mal pronóstico. Acta Médica del Centro, 15(3), 350-365.
- 13) Marcos Reyna, L. J. (2020). Cuidados de enfermería en el paciente adulto mayor hospitalizado con neumonía en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-2020.
- 14) Cadenas, G. V., Martel, E. T. M., Vilchez, Y. N. C., & Siesquén, M. D. P. M. (2022). Proceso del cuidado enfermero aplicado al adulto mayor con insuficiencia respiratoria por neumonía. Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería, 2(1), 209-218.
- 15) Pérez Zapana, S. G. (2017). Cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores con neumonía en la UUHH A-3-1 medicina interna-Geriatria del Hospital Militar Central "CRL Luis Arias Scherelber" 2015-2017.
- 16) Yucra Espinel, R. E. (2018). "Cuidado de enfermería en paciente con neumonía adquirida en la comunidad. servicio de medicina-Hospital Regional PNP JPM" Arequipa-2017.
- 17) Teresa, S. D. M., Teresa, S. E., & Bertha, J. C. A. (2004). Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 12(2), 61-63.

- 18)Irigibel-Uriz, X. (2007). Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson: Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. *Index de Enfermería*, 16(57), 55-59.
- 19)Hernández Martín, C. (2016). El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera.
- 20)González, M. D. J. G. (2003). El Proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso.
- 21)Delgado-Rubio, M., Hernández-Rosales, C. M., & Ostiguín-Meléndez, R. M. (2007). Fundamentos filosóficos de la propuesta de Virginia Henderson. *Enfermería universitaria*, 4(1).
- 22)Arévalo García, Á., & Mayán Cendón, M. (1999). El modelo conceptual de enfermería de Virginia Henderson en la Atención Domiciliaria de enfermos geriátricos.
- 23)López Pérez, A. C. (2019). Implementación de un Cuaderno de comunicación aumentativa/alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes.
- 24)Pita Vizoso, R. (2017). Cambios en la práctica asistencial tras la adopción del modelo de Virginia Henderson.
- 25)González Rodríguez, R. (2015). Actualización del modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson y su aplicación al estudio de las necesidades básicas de la población del Campo de Gibraltar.
- 26)Enfermería Virtual, Virginia Henderson: teoría de las 14 necesidades. Disponible en: <https://enfermeriavirtual.com/virginia-henderson-teoria-de-las-14-necesidades/#Teoria-de-la-necesidad>
- 27)Definición Salud. Adulto Mayor. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>
- 28)Cázares, M. M. B. S., Villegas, R. M., Velazquez, M. L. J. J., UASLP, C. A. R. A., & UASLP, C. A. R. H. S. Aplicación de la escala de yesavage en una región de San Luis Potosí, México.
- 29)Triviño Palma, C. L. (2013). Importancia del estándar de tórax para la identificación de la neumonía (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Tecnología Médica).

- 30) Bronconeumol, A. (2010). Consenso para el diagnóstico de las neumonías intersticiales idiopáticas. *Arch Bronconeumol*, 46(Supl X), 2-21.
- 31) Morera, L. M. T. (2001). *Tratado de anestesia y reanimación*. Arán Ediciones.
- 32) Díaz-Alersi, R., López-Álvaro, J., Díaz-Torres, I., Gil-Cebrián, J., & Chover, A. (2002). *Enfermedades infecciosas*.
- 33) Maradiaga Pinell, K. M., Medina Salgado, N. M., & Chavarría Navarrete, Á. D. S. (2011). Éxitos y fracasos de antibióticoterapia aplicada a adultos mayores de 60 años ingresados en tres Hospitales del norte de Nicaragua con diagnóstico de Nac. año 2010 (Doctoral dissertation).
- 34) Carrasco, J. G., Naval, J. C., & de Molina, R. M. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL ANCIANO.
- 35) Blanquer, J., & Sanz, F. (2010). Neumonía adquirida en la comunidad. *Archivos de Bronconeumología*, 46, 26-30.
- 36) Aramburu, M. I. I., Beguiristain, M. A. A., Carretero, M. J. I., Campos, J. M., Perez, P. E., & Gorosabel, R. G. (2013). Epidemiología de la neumonía adquirida en la comunidad. *Atención primaria*, 45(10), 503-513.
- 37) Álvarez Moreno, C. A., Cortés Luna, J. A., Cuervo, S. I., & Saavedra, A. (2011). Neumonía adquirida en la comunidad (NAC), ¿nuevas guías, nuevos cambios?.
- 38) Garcia-Vidal, C., Carratala, J., Díaz, V., Dorca, J., Verdaguer, R., Manresa, F., & Gudiol, F. (2009). Factores relacionados con una estancia media hospitalaria prolongada en la neumonía adquirida en la comunidad. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 27(3), 160-164.
- 39) Martínez-Vernaza, S., Mckinley, E., Soto, M. J., & Gualtero, S. (2018). Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. *Universitas Médica*, 59(4), 93-102.
- 40) Luna, C. M., Efron, E. D., Schiavi, E., Gené, R. J., Famiglietti, A., Jolly, E. C., & Niederman, M. S. (1997). Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en adultos: guía de práctica clínica para la Argentina. *Medicina (B. Aires)*, 343-55.
- 41) Caballero, A., Polanía, E., Gordillo, M. S., Martínez, O., Torrado, E., Lagos, M. L., ... & Yomayusa, N. (2010). Agentes etiológicos de la Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en pacientes adultos inmunocompetentes

- que consultan al servicio de urgencias de la Clínica Reina Sofía. Bogotá, 2006-2007. *Revista Médica Sanitas*, 13(2), 8-18.
- 42) Julián-Jiménez, A., del Castillo, J. G., & Candel, F. J. (2017). Utilidad y valor pronóstico de los biomarcadores en los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias. *Medicina Clínica*, 148(11), 501-510.
- 43) Michael A. Campos-León, Adriana Pereira-López. Neumonía en el adulto mayor. *Rev. Per. Soc. Med. Intern.* [Internet] [2002]; Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n4/neumonia_adulto_mayor.htm
- 44) Aruj, P., Famiglietti, A., Vay, C. A., Absi, R., Montellano, H., Ayala, J., & Luna, C. M. (2008). Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y asociada al cuidado crónico de la salud (NACS) en 560 mayores de 65 años. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 8(2), 47-54.
- 45) Maradiaga Pinell, K. M., Medina Salgado, N. M., & Chavarría Navarrete, Á. D. S. (2011). Éxitos y fracasos de antibióticoterapia aplicada a adultos mayores de 60 años ingresados en tres Hospitales del norte de Nicaragua con diagnóstico de Nac. año 2010 (Doctoral dissertation).
- 46) Torres, O. H., Gil, E., Pacho, C., & Ruiz, D. (2013). Actualización de la neumonía en el anciano. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 48(2), 72-78.
- 47) Campos Aguilar, C., & Florián Morales, V. A. (2018). Nivel de conocimiento y aplicación de medidas preventivas sobre neumonía intrahospitalaria en enfermeras del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017..
- 48) Olga H. Torres. Actualización de la neumonía. *Revista Española geriatría .gerontología.* [Internet] [2016]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-actualizacion-neumonia-el-anciano-S0211139X12001540>.
- 49) Fernando Saldías, P. Orlando Díaz. Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Revista Médica de Clínica Las Condes (RMCLC)* [Internet] [2021] Vol. 25. Núm. 3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-evaluacion-manejo-neumonia-del-adulto-S0716864014700707>

ANEXOS

VII. ANEXOS.



