

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



**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**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

LUCIA JAZMIN MARCOS REYNA

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTE
- DRA. NOEMI ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA VOCAL

ASESORA: DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 108-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 15 de Abril del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional

ÍNDICE

ÍNDICE	1
INTRODUCCIÓN	3
1. Descripción de la situación problemática.....	6
2. Marco teórico	9
2.1 Antecedentes del estudio.....	9
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	9
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	12
2.2 Bases teóricas	14
2.3 Marco conceptual.....	16
3. Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática	24
3.1 Valoración.....	24
3.1.1 Datos de filiacion	24
3.1.2 Motivo de consulta.....	24
3.1.3 Enfermedad actual.....	24
3.1.4 Antecedentes.....	24
3.1.5 Examen físico	25
3.1.6 Valoración de enfermería por dominios:	27
3.1.7 Esquema de valoración	30
3.2 Diagnóstico de enfermería	31
3.2.1 Lista de hallazgos significativos.....	31
3.2.2 Diagnósticos de enfermería según datos significativos	32
3.2.3 Esquema de diagnóstico de enfermería	34
3.3 Planificación.....	36

3.4	Registro de enfermería SOAPIE	41
4.	Ejecución y evaluación.....	43
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .. ¡Error! Marcador no definido.	
	Conclusiones	44
	Recomendaciones	45
6.	Referencias bibliográficas	46
7.	ANEXO.....	51

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico trata de manera sistemática y ordenada, acerca de los cuidados del profesional de enfermería en una persona adulta mayor que se encuentra hospitalizada por una enfermedad de las vías respiratorias bajas, como es el caso de la neumonía, en el servicio de medicina interna del 6° piso A, del Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión”, marzo 2020.

Me motiva 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.

De allí la importancia de este trabajo radica en determinar si estos conocimientos de los cuidados de enfermería aplicados a estos pacientes son suficientes oportunos 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) (1) 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 (3). Este estudio ha sido desarrollado dentro de las instalaciones del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, nivel III de complejidad, que se encuentra ubicada en la Provincia Constitucional del Callao, con dependencia Administrativa de la Dirección Regional de Salud I, este centro es la red que cuenta con los cuidados de afecciones de mayor dificultad, por lo que la hace un Hospital de referencia nacional, además es sede docente de universidades públicas y privadas, responsable de cubrir las necesidades sanitarias que presenta la comunidad, no solo chalaca, sino a nivel nacional, brindando atención integral tanto externa como intrahospitalaria altamente especializada. Hoy en día el Hospital cuenta con 492 camas para hospitalización a fin de atender la demanda de las diferentes especialidades. Entre ellas tenemos al servicio medicina interna 6° piso A, con 32 camas para la atención de los pacientes adultos y adultos mayores, varones y mujeres que se hospitalizan. Muchos de estos pacientes son hospitalizados debido a diversas enfermedades, entre ellas la Neumonía, teniendo la necesidad de ser abordados de forma integral por la enfermera que brinde la atención, ya sea en la educación, orientación continua y la atención directa del cuidado humanizado que se requieren en estos casos.

Como enfermera asistencial me ha tocado atender a muchos de estos pacientes, adultos y adultos mayores de ambos sexos, ver a muchos de ellos deteriorados en su salud, vivir momentos de incertidumbre propios del proceso de hospitalización, sufrimiento y dolor por esta enfermedad, lograr la adaptación a la misma, no es fácil, más aun tratándose de una enfermedad que lo puede llevar a la recuperación o a la misma muerte ; de allí que requieren los cuidados profesionales de enfermería para abordar este problema de salud.

Dentro de este trabajo académico se formula los siguientes objetivos de estudio:

- Fortalecer los conocimientos necesarios para desarrollar un cuidado humanizado holístico, planificado, efectivo y de calidad por parte del

profesional de enfermería hacia el paciente adulto mayor con neumonía del servicio de medicina interna del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

- Establecer los datos objetivos y subjetivos en la valoración de enfermería en el paciente adulto mayor con neumonía.
- Determinar los principales diagnósticos de enfermería obtenidos de la valoración del paciente adulto mayor con neumonía.
- Identificar los resultados esperados según la clasificación NOC del paciente adulto mayor con neumonía.
- Realizar las intervenciones de enfermería según la clasificación NIC en el paciente adulto mayor con neumonía.
- Evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería realizados en el paciente adulto mayor con neumonía.

1. Descripción de la situación problemática

La Organización Mundial de la salud (OMS) hicieron un estudio para el año 2017 donde encontraron que dentro de las tasas de mortalidad en el mundo, entre los primeros 10 lugares se encuentran las infecciones alojadas en las vías respiratorias bajas, aquí está incluido la afección de la neumonía, por otro lado, expresan que estas afecciones respiratorias conllevan a un desafío a lo largo de la vida y para que la sociedad se mantenga productiva, se necesita prevenir, controlar y curar las afecciones, es así que se le debe dar un lugar prioritario para tratar la salud respiratoria, por lo que cada centro hospitalario se ha visto en la necesidad de curar estas enfermedades y de intervenirlas prolongando la vida de las personas haciendo rentable la economía del estado. (4)

La Neumonía Adquirida en la comunidad (NAC) ocupa un lugar bastante preocupante dentro de las infecciones en las vías respiratorias que pueden llegar a ser agudas y que causan la mortalidad a nivel general, que se llegue a incidir en dicha afección es variativo de acuerdo a la parte del mundo donde se encuentra la persona y que depende de la edad del paciente y cuál es su sexo, afectando los estudios registrados que se relacionan a la epidemiología donde los factores cuentan, ya que el historial del paciente tiene información relevante para el caso. (5) Una patología infecciosa en muchos casos puede requerir de hospitalización, contando de cada mil habitantes adultos por lo menos el 1.1% requiere de esos cuidados directos en el centro sanitario, mientras que en España de cada 1.000 sólo el 2.6% lo necesita (6), por otro lado, se encuentran adultos en estado de vejez que necesitan de los cuidados intensivos por motivo de las complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad y que viene influyendo una diversidad de factores y se contabilizan como el 1.2% de personas que lo han necesitado esto lo ha reflejado una investigación realizada en España (7) mientras, el país británico expresa que específicamente en el área del tórax han reflejado que por lo menos el 5% de estos adultos con esta afección necesitan de estos cuidados intensivos (8) asimismo, un 10% ha correspondido a otro estudio similar realizado en la misma España. (9)

Neumonía Adquirida en la Comunidad es la afección que se relaciona a múltiples factores como lo es la socioeconomía y la patología, preexistente por

las que resaltan la neumológicas e inmunosupresoras y que estas requieren de la medicación correcta y un tiempo de recuperación, dichos casos son demandantes y a la vez un reto para el profesional de la salud que la trata, ya que tiende a progresar rápidamente y dejar un estado de morbilidad o mortalidad. Es así que el país peruano se ha visto afectado con la NAC, ya que esto es una de las 10 primeras causas de morbilidad que afecta el estado de salud de los adultos mayores, y la segunda causa que los lleva a la muerte, según los reportes del Ministerio de Salud en el año 2013.

La neumonía adquirida dentro de la comunidad al grupo de personas en estado de vejez es muy frecuente y que en los centros hospitalarios para estas personas son las infecciones respiratorias más tratadas y que su diversidad variará en las decisiones que se tomen en cuanto a su diagnóstico y el tratamiento que se le dé, ya que ésta puede ser tratada y de obtener una recuperación completa, hay otros casos que pueden presentar complicaciones dónde el adulto puede fallecer o quedar padeciendo por el resto de su vida. (10)

Los factores de muerte en los pacientes con dicha afección puede variar dependiendo el sitio donde es atendido, representando que el 1% de dichos casos se tratan en consultorios privados (11), mientras que del 8% al 14% de estas personas son hospitalizadas y de ellos el 50% son internados en cuidados intensivos (12).

En la nación del Perú se ha estimado que por lo menos en las consultas que se realizan de cada 4 por lo menos 3 de ellas corresponde a una enfermedad infecciosa debido a problemas respiratorios, por lo que viene siendo la que ocupa el primer lugar que causa muertes en cualquier etapa de la vida humana. La neumonía y la influenza es grupo principal que causa la pérdida de vida según lo que se ha informado al año 2001 y que representa al 12.7%, de igual forma los sexagenarios en adelante es un grupo que se considera de alto riesgo para adquirir neumonía y que se han podido notificar 3.165 casos por lo que su incidencia ha sido alta a nivel de estado, correspondiendo a que cada 10.000 adultos por lo menos el 10.9% la adquiere. (13).

En el Hospital Daniel Alcides Carrión en el período 2019, entre las principales causas de mortalidad según al Área de Hospitalización según el servicio de medicina, entre las causas de mortalidad y morbilidad presentados en este hospital, se vio que dentro de las causas de mortalidad 36 casos fueron de insuficiencia respiratoria aguda, 18 casos fueron de neumonía bacteriana no especificada, 7 casos fueron de insuficiencia respiratoria crónica, 6 casos fueron de neumonía grave, 6 casos fueron de insuficiencia respiratoria no especificada. Además de ello dentro de las principales causas de morbilidad se vio que 17 casos fueron de insuficiencia respiratoria aguda y que 12 casos fueron de neumonía bacteriana no especificada, según estadísticas del mismo hospital. Ahora en el área cirugía vemos que dentro de las principales causas de mortalidad el 3.6% fue por embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo, otro 3.6% fue por septicemia no especificada. En el área de Oncología, dentro de las principales causas de mortalidad, el 10% fue por neumonía bacteriana no especificada y el 5% fue por Bronconeumonía no especificada. En el área de Centro de Excelencia, dentro de las principales causas de mortalidad el 27.8% fue por Tuberculosis respiratoria no especificada confirmada bacteriológica e histológicamente, el 11.1% fue por TBC pulmonar solo cultivo positivo, 5.6% por TBC pulmonar Bk., 5.6% por tuberculosis pulmonar confirmada histológicamente, 5.6% por TBC Miliar aguda de un solo sitio especificado, 5.6% por otras tuberculosis respiratorias confirmadas bacteriológica e histológicamente, 5.6% por Insuficiencia respiratoria aguda, 5.6% por Tuberculosis respiratoria primaria sin mención de confirmación bacteriológica o histológica, 5.6% por otras tuberculosis respiratorias sin mención de confirmación. En el área de infectología dentro de las principales causas de mortalidad se encuentra el 12.5% por insuficiencia respiratoria crónica, 8.3% por insuficiencia respiratoria aguda, 8.3% por neumonía bacteria no especificada, 4.2% por neumonía carinii, 4.2% por tuberculosis respiratoria primaria sin mención de confirmación bacteriológica o histológica. (14)

2. Marco teórico

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales

HERMIDA GALVEZ, Mayra, 2018, Ecuador, realizó un estudio titulado **“Proceso de atención de enfermería en el manejo de pacientes adulto mayor con neumonía”**, en Machala, planteó como propósito evaluar cómo el personal de enfermería lleva el proceso asistencial a los ancianos enfermos con neumonía. Pudiendo trabajar bajo el estudio descriptivo, utilizando como material de apoyo a revistas científicas. Llegando a concluir que, la patología que padece el anciano es considerado uno de los más necesarios de tratar, ya que el personal de enfermería debe de hacer uso de sus funciones y habilidades para tratar adecuadamente al enfermo que padece dicha patología. (15)

RODRÍGUEZ BARRIENTOS, Ricardo, 2017, Madrid, su estudio: **“Neumonía adquirida en la comunidad: Incidencia, perfil clínico y adecuación del tratamiento antibiótico empírico en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid”**, tiene como objetivo estudiar la incidencia de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en el ámbito de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid durante los años 2011 y 2012 describiendo el perfil clínico de los pacientes diagnosticados, los antibióticos empíricos utilizados en condiciones de práctica clínica real, su adecuación a las recomendaciones de las guías clínicas así como los factores asociados a esta. Estudio observacional descriptivo con dos cortes transversales (Años 2011-2012) mediante la exploración de datos de historia clínica informatizada en condiciones de práctica clínica habitual. La población fueron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de NAC. Se realizó análisis descriptivo. Se calcularon las tasas de incidencia de NAC por 1000 habitantes-año con su correspondiente intervalo de confianza del 95%. Para poder realizar la comparación de las tasas por zona básica se ajustaron las tasas brutas por sexo y edad mediante el método directo tomando como población

estándar la población de la Comunidad de Madrid. Para la comparación se ha utilizado la Razón de Variación (RV) y el Coeficiente de Variación. Para estudiar la posible asociación con el índice de privación (cuartiles) se ha utilizado la prueba no paramétrica de Kruskal- Wallis. Concluyendo que El perfil de los pacientes diagnosticados en Atención Primaria de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es el de un paciente cercano a los 65 años, hombre o mujer, sin antecedentes de interés relevantes, excepto en los mayores de 65 años en los que aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas relacionadas con la NAC como la insuficiencia cardiaca y en especial la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las tasas de incidencia obtenidas en mayores de 65 y 85 años nos obligan a prestar especial interés en la organización de la planificación sanitaria de estos grupos de edad teniendo en cuenta el importante envejecimiento de la población. (16)

SERRA VALDEZ, Miguel y Col.2016, La Habana – Cuba, en su estudio: **“Adulto mayor: propuesta de abordaje de la neumonía adquirida en la comunidad”**, tuvo como principal finalidad diseñar una propuesta para abordar el tema de la neumonía adquirida en la comunidad que adquieren la población sexagenaria, aplicado en la atención primaria de salud, como también cuando la persona adulta mayor pueda estar hospitalizado. Pudiendo encontrar que las infecciones respiratorias en la comunidad anciana ha sido un problema que viene desde años atrás y que en la actualidad aún se evidencia con frecuencia, por ello diseñar técnicas que ayuden a disminuir dichas afecciones es un reto para el personal médico, puesto que las personas deben de aportar un granito de arena para ayudar en la mejoría de disminución de riesgos, contando con una participación médica constante para que así la población pueda mejorar su calidad de vida. (17)

ALEAGA HERNANDEZ Yordanka y Col. 2015, Cuba, realizaron el artículo: **“Neumonía adquirida en la comunidad: aspectos clínicos y valoración del riesgo en ancianos hospitalizados”**, pudo plantear como finalidad la evaluación clínica a los pacientes de edad avanzada que presentaban neumonía adquirida en la comunidad. Pudiendo trabajar bajo el estudio descriptivo y retrospectivo, en donde participaron 327 personas. Entre los resultados más predominantes fue el riesgo de mortalidad que presentan un alto porcentaje de hombres mayores de 65 años, en donde se evidenció un elevado número de muertes de 18,7% a 34,9% en los ancianos de 70 años, todos ellos evaluados por especialistas. Además, se observó el alto consumo de tabaco, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la mala alimentación, la demencia, los problemas cardiovasculares, son factores de riesgo encontrados. Llegando a concluir que, para poder reducir la mortalidad de los grupos de ancianos es recomendable que se trabaje desde la atención primaria de la salud, en la prevención y promoción de la misma, y poder minimizar los riesgos que puedan presentar, asimismo, un diagnóstico inicial puede ser la puerta de inicio a tomar consciencia por parte de la comunidad, y así poder desarrollar la calidad de vida de las personas que lleguen a su vejez. (18)

BAUTISTA JIMENEZ, Rubén, 2014, México, en su estudio **“Frecuencia de factores de riesgo de neumonía adquirida en la comunidad en adultos mayores en un hospital de segundo nivel”**, planteó la finalidad de encontrar la secuencia de riesgos con que adquieren la neumonía la comunidad sexagenaria. Pudiendo trabajar bajo la investigación transversal retrospectiva. Con un muestreo aleatorio simple, sus instrumentos fueron los expedientes clínicos. Se pudo evidenciar que, entre las primeras causas que se presentaron fueron el uso recurrente del tabaco, en donde la comunidad sexagenaria en sus tiempos de jóvenes inhaló demasiado humo, también se consideró la diabetes mellitus tipo 2, las secuelas de enfermedades cerebrales, la

deficiencia de la función renal y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mas aun si hubo comorbilidad de por medio (19)

2.1.2 Antecedentes nacionales

YUCRA ESPINEL, Rosa en el 2018, en Arequipa, con su estudio **“Cuidado de enfermería en paciente con neumonía adquirida en la comunidad. servicio de medicina - Hospital Regional PNP JPM” Arequipa – 2017**”, 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%. Como resultado se vio que en el Dominio Actividad y Reposo hubo un Patrón respiratorio ineficaz en un inicio paciente tiene una frecuencia respiratoria de 30 x min, con los cuidados de enfermería: administración de oxígeno, nebulización se logra en un 82%; la permeabilidad de vías aéreas, mejorando su ventilación y su frecuencia respiratoria 22x min. En cuanto al dominio Seguridad y Protección el paciente ingresa con fiebre temperatura 38.5°C piel caliente y rojiza Se logra el control de la hipertermia en un 90% con los cuidados de enfermería como: el monitoreo de la temperatura, el aligeramiento de la ropa y aplicación de antipiréticos se logra mantener estable la temperatura corporal. La atención que se brindó facilito la pronta recuperación del paciente, lo cual influyo en la familia y la sociedad. (20)

TIBURCIO ALEJOS, Alipio, 2017, Ica, realizó un estudio titulado **“Características sociodemográficas en pacientes geriátricos con Neumonía Adquirida en la Comunidad, atendidos en el Hospital San José de Chincha. julio – diciembre 2016”**, presentó como principal

propósito saber las cualidades sociodemográficas (edad y sexo) que presentan los pacientes adultos mayores con neumonía adquirida en la comunidad. En donde dio lugar una metodología descriptiva y retrospectiva. Pudiendo recolectar información a través de las historias clínicas, en pacientes que ingresaron en el periodo del 01 de julio al 31 de diciembre. Concluyendo que se presentaron un total de 34 casos, en su mayoría fueron hombres con un porcentaje de 55,88% y las féminas con un porcentaje de 44,12%. (21)

DELGADO RODRIGUEZ, Ruth, 2017, Lima, realizó un trabajo académico titulado: **“Cuidados de enfermería en paciente con neumonía adquirida en la comunidad en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue-caso clínico-PAE”**, su objetivo fue dar a conocer la importancia que tiene el cuidado de enfermería brindado a los pacientes que esta afección respiratoria. El método del trabajo fue un caso clínico – aplicación del PAE. Concluyendo que los procesos que a diario llevan a cabo los profesionales de enfermería, es un reto que se considera personal, ya que tienen en sus manos la vida de otra persona, y que en base a lo que ejecutan se verá reflejado en las mejoras del paciente, pues es un cuidado de enfermería basado en el proceso que responde al diagnóstico de enfermería. Además, se facilita la toma de decisiones con el trabajo en equipo interdisciplinario (22)

JORGE QUISPE, Lilia y Col.2016, Lima, en su artículo titulado: **“Factores Asociados a Mortalidad en Ancianos con Neumonía en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, 2015-2016”**. Tuvieron como finalidad describir los factores relacionados a la mortalidad en los pacientes adultos mayores con neumonía en el Hospital Central FAP. Se hizo un estudio de tipo Observacional, Analítico, Retrospectivo. Relacional. Por lo que se tuvo que revisar 160 historias clínicas de pacientes ancianos (>60 años) hospitalizados entre enero 2015 y setiembre 2016. En el análisis de datos se utilizó el programa SPSS

V22. Los resultados de este trabajo, dio como resultado: 42 fallecidos (26%) y 118 sobrevivientes (74%). De los que fallecieron el 48% fueron hombres y 52% mujeres. La edad promedio fue de 87,7 años de los fallecidos hombres y mujeres 85,4 años. Se encontró que el 24% tenía de 5 a más comorbilidades. Además de valores de laboratorio afectados como PCR, hemoglobina y grado de dependencia. Llegando a la conclusión que la Neumonía en las personas adultas mayores es causa de mortalidad en este grupo poblacional. (23)

ASTUDILLO RUNIN, Stefanie, 2016, Lima realizó la tesis titulada: **“Prevalencia de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Vitarte en el periodo Julio 2013- Julio 2015”**, tuvo como principal propósito encontrar la prevalencia de los adultos mayores hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad. Pudiendo trabajar bajo la investigación descriptiva, retrospectiva, transversal. contando con la participación de 122 personas egresadas con infecciones graves en las vías respiratorias. En cuanto a los datos obtenidos, se evidenció que fue el riesgo de mortalidad que presentan un alto volumen de hombres mayores de 65 años, en donde se observó una elevada de morbilidad de 7,5% a 55,7%, todos ellos evaluados por especialistas, y en donde se observó el alto consumo de tabaco, conllevando a ello a los problemas cardiovasculares. Entre otras afecciones encontradas fueron una tos constante y seca, además de presentar fiebre. (24)

2.2 Bases teóricas

Teoría de Virginia Henderson y su modelo de las necesidades básicas

Nació en los Estados Unidos de América, dedico su vida a la práctica e investigación de la enfermería. Desde los años de 1.950 su total dedicación a la misma dio origen a teorías y fundamentos que se aplican hasta la fecha, en sus trabajos redefinió la enfermería en términos

funcionales incorporando principios fisiológicos y psicopatológicos, también consideró que ésta cambiaría según la época, es decir, su definición no sería definitiva. La función del profesional de enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que puedan contribuir a bien en aras de su salud, en su recuperación de la misma, buscando la manera de ayudarlo para que se independice lo más pronto posible e inclusive asistirle hasta los últimos momentos de la vida. (25)

Asunciones filosóficas o valores

1. El profesional de enfermería tiene una función propia, aunque comparta algunas actividades con diversos profesionales de la salud.
2. Cuando una enfermera asumiera el rol de doctor estaría abandonando sus propias funciones.
3. La enfermera brinda una labor única como profesional, por lo que la sociedad espera de su servicio único e irreemplazable

Asunciones científicas o postulados

1. La persona presenta 14 necesidades que son básicas y que representan una complejidad.
2. La persona tiene la necesidad de ser independiente y pone sus esfuerzos para obtenerlo.
3. Si la necesidad del individuo no ha sido complacida entonces ésta no representará una persona completa. (25)

Elementos fundamentales el objetivo de los cuidados. -

Colaborar con los sujetos con la satisfacción de sus requerimientos.

El usuario del servicio. - Sujeto que tiene la incapacidad para poder satisfacer sus propias necesidades.

Papel de la enfermera. - Colaborar con sus necesidades atendiéndole de tal forma hasta que este logre obtener independencia.

Necesidades básicas: Son aquellos factores que representa la complacencia de elementos biológicos que dependerá de la psicología,

la cultura y la espiritualidad del individuo y que están relacionadas entre todas, por lo que esto es algo común entre todas las sociedades y que son esenciales, aunque cada persona tiene una forma de satisfacerla:

1. Respirar de forma normal.
2. Alimentarse y beber adecuadamente.
3. Realizar las eliminaciones por las vías corporales correspondientes.
4. Mantenerse en movimiento y estar en una postura correcta.
5. Descansar el cuerpo, dormir las horas correspondientes al día.
6. Cubrir el cuerpo con la ropa adecuada y poder hacerlo por sus medios.
7. La temperatura corporal no debe rebasar el límite normal, por eso es necesario mantenerlo vistiendo con la ropa adecuada y adaptando el ambiente.
8. Ser aseado manteniendo la integridad del cuerpo.
9. No propiciar peligros en el ambiente y evitar causar daño a otros individuos.
10. Mantener la comunicación con los demás y expresar emociones, cuáles son sus necesidades, temores y opiniones
11. Vivir de acuerdo a sus propios valores y creencias.
12. Desarrollar su talento para que tenga el sentido de autorrealización.
13. Ser participativo en actividades que le ayuden a recrearse.
14. Dar la complacencia a sus curiosidades para un mejor desarrollo utilizando los recursos que se encuentran a su disponibilidad. (26)

Para el desarrollo de las bases teóricas del presente trabajo académico, he considerado a Virginia Henderson con sus 14 necesidades básicas que se debe considerar en la atención de cuidado humanizado, integral y efectivo en el adulto mayor con neumonía.

2.3 Marco conceptual

La neumonía es una infección de las vías respiratorias bajas que afectan los sacos alveolares, llenándolos de pus o líquido, y esto dificulta el intercambio gaseoso entre el oxígeno y dióxido de carbono. (27)

Es un proceso infeccioso que no hay que minimizar, lo que puede costarles la vida a las personas adultas mayores, ya que es una de las principales entidades responsables de hospitalización en este grupo poblacional, además por el hecho de que generalmente tiene antecedentes de comorbilidades como las Enfermedades Cardíacas, Hipertensión Arterial, Tabaquismo, Diabetes Mellitus, insuficiencia renal crónica, enfermedades que conllevan a la disminución de las defensas, consiguientemente, será más susceptible a tener esta enfermedad. No olvidemos que el agente causal mas frecuente, sigue siendo streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae. En la actualidad las guías para el tratamiento de la neumonía comunitaria en las personas adultas mayores, son las mismas que las que se recomiendan para los adultos jóvenes, enfatizando iniciar la terapéutica temprana y oportuna. Existen una serie de signos y síntomas clínicos estándar utilizados para definir la sospecha de neumonía y que muchas veces son suficientes para instaurar el tratamiento. El que su capacidad diagnóstica no sea ideal, hace que el diagnóstico de certeza requiera además la demostración radiológica de una imagen compatible en la placa de tórax (27).

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es aquella neumonía que se presenta en ausencia de un antecedente de hospitalización al menos en las 2 semanas previas al diagnóstico (28). Es importante diferenciarla de la neumonía nosocomial o neumonía intrahospitalaria, que se presenta después de las 48 horas en el hospital, habiéndose demostrado su ausencia en el momento del ingreso (29).

En la práctica clínica habitual se considera el diagnóstico de NAC cuando se da “una presentación clínica infecciosa aguda compatible y su demostración radiológica” (30).

Existe un amplio espectro de agentes infecciosos que pueden causar una neumonía adquirida en la comunidad, entre ellos se incluyen las bacterias (hasta el 10-20% de las neumonías agudas son bacterianas), los virus e incluso hongos (31). Tradicionalmente, se clasificaban las

neumonías infecciosas agudas en típicas y atípicas, atendiendo a su forma de presentación clínica y sus hallazgos radiológicos.

Esta distinción también se consideraba etiológica ya que tiene cierta correlación con el microorganismo causante y, de hecho, se utilizaba en la práctica clínica como criterio para la instauración del tratamiento antibiótico empírico.

Así, las neumonías de presentación típica se caracterizan por ser cuadros agudos, con fiebre elevada, dolor pleurítico, tos productiva herrumbrosa y derrame pleural y consolidación lobar radiológica; Mientras que las de presentación atípica serían cuadros de evolución más tórpida, con tos seca, menos fiebre y alteraciones radiológicas más variables (32).

De la distinción clínica clásica persiste la denominación de patógenos típicos: fundamentalmente el *Streptococo pneumoniae* (Neumococo) que es el más frecuente y patógenos atípicos, que incluirían: *Mycoplasma pneumoniae*, *Coxiella burnetii*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydophila pneumoniae* (32). Otro patógeno bacteriano algo menos frecuente que el Neumococo es el *Haemophilus influenzae* y, entre los virus, el más frecuente es el Virus de la Influenza (33).

Neumonía en las personas adultas mayores

Requiere de mucho cuidado ya que este grupo etáreo, tiene algunos factores de riesgo como son las enfermedades crónicas, que los hacen más susceptible a las enfermedades infecciosas como la neumonía, además si añadimos a ello la resistencia microbiana actual, hace que este grupo poblacional sea aún más vulnerable a esta enfermedad (34). Por tanto, la neumonía, está considerada como una de las complicaciones mas frecuentes que se dan cuando un paciente adulto mayor está hospitalizado por otras patologías. Si un paciente adulto mayor está en reposo prologado por mucho tiempo en su cama, después de haber sido intervenido quirúrgicamente, esto puede originar a la aparición de neumonía. Pues al estar mucho tiempo acostado en su cama, no habrá una buena ventilación pulmonar lo que dificultará que

respirar bien y toser, pudiendo originar a la acumulación de secreciones bronquiales.

Debemos tener en cuenta que los ancianos que presentan neumonía, no siempre pueden presentar síntomas de carácter respiratorio, como la tos, esputo, fiebre; sino presentar otros síntomas como la debilidad, disnea, confusión, inquietud, falta de apetito, mareos, apatía, taquicardia, presión arterial baja, vómitos, diarreas, entre otros.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia entre las personas mayores, sus síntomas pueden ser previos a la presentación de la neumonía; esto puede ser difícil de diferenciar; sin embargo, cualquier molestia o cambio en el comportamiento del paciente debe ser consultado con el médico de manera inmediata (35)

Existen factores de riesgo que pueden llevar a la muerte de los adultos mayores entre los que figuran: Al realizar la valoración funcional del adulto mayor, a través del Índice de Katz y existe dependencia parcial o total para las actividades básicas de la vida diaria, la edad muy avanzada, comorbilidades, demencia, aspiración presenciada, patologías coronarias, el incremento marcado de los glóbulos blancos ($> 15,000$ leucocitos/mL), incremento de la frecuencia cardiaca, taquipnea, tratamiento con sedantes, confusión mental, hipertermia (> 38.2 o C) o hipotermia (< 36.1 o C), presión arterial baja, linfopenia, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia, anemia, hipoxemia, hiponatremia y malnutrición. También se consideran los criterios biológicos y radiológicos para decidir la hospitalización de un paciente adulto mayor, destacan la leucopenia ($< 4,000$ leucocitos/mL) o leucocitosis severa ($> 20,000$ leucocitos/mL), empeoramiento de la función renal, hipoxemia, alteraciones de la coagulación indicativas de coagulación intravascular diseminada, afectación multilobar, derrame pleural o cavitación en la radiografía de tórax. (36)

En la actualidad las guías hacen referencia que el tratamiento para la neumonía comunitaria no es diferente de las que se recomiendan para

los adultos jóvenes; claro que se enfatiza en la importancia de la instauración apropiada y temprana de la terapéutica. Se ha demostrado que la mortalidad es de 30 días significativamente menor en los pacientes que reciben la primera dosis de antibiótico en las primeras ocho horas de ingreso al centro hospitalario; en comparación con aquellos que recibieron su primera dosis de antibiótico de forma más tardía. El tratamiento ideal deberá cubrir los agentes patógenos más comunes como el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*. (20)

Al iniciar el tratamiento para la neumonía debe incluir una fluoroquinolona (levofloxacino o moxifloxacino) como monoterapia o la combinación de un betalactámico (cefalosporina de tercera generación como la ceftriaxona, cefotaxima, ceftizoxima, ampicilina/sulbactam) y un macrólido (azitromicina o claritromicina). Cuando un paciente anciano ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) cabe la posibilidad de infectarse por otros gérmenes patógenos como la infección por *Pseudomonas*. Uno de los factores de riesgo más comúnmente aceptado para la infección por *Pseudomonas* es la enfermedad pulmonar estructural (por ejemplo, bronquiectasias). Si no tiene factor de riesgo para *Pseudomonas* puede iniciarse con un betalactámico más algún antibiótico con adecuada cobertura para atípicos (particularmente especies de *Legionella*), como los macrólidos o las fluoroquinolonas con cobertura respiratoria. El uso de un betalactámico contra *Pseudomonas* más un macrólido también es una terapéutica apropiada, pero si se enfrentan a las infecciones más severas entonces se requieren doble cobertura para *Pseudomonas*. El grupo de antibióticos llamados aminoglucósidos, tienen acción antipseudomona; sin embargo, su uso debe de ser con mucho cuidado y con mucha precaución, sobre todo al usarlo en los pacientes adultos mayores, ya que causan nefro y ototoxicidad (36)

En tanto que la neumonía trata de una de las infecciones más peligrosas que pudieran ocurrir especialmente en la época de cambios bruscos de temperatura y en donde el frío arrecia especialmente donde hay ciertas

zonas en las cuales el individuo no tiene el abrigo necesario y la humedad está por las nubes literalmente. Por su parte, la gripe no necesariamente es el camino a una neumonía, ya que a veces un resfrío es sólo un resfrío, pero éste puede avanzar al pasar los días se convertirse en bronquitis o en una neumonía.

Los extremos de la vida son poblaciones vulnerables porque el niño pequeño menor de 2 años tiene un sistema inmunológico que está inmaduro, en el caso del adulto mayor la otra punta de la curva mayores de 65 años, pasa lo contrario, el sistema inmune ya está gastado y envejecido. Por tanto, así como es peligrosa la neumonía también se puede prevenir, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la enfermedad es una de las principales causas de muerte prevenibles por vacunación en el mundo, lejos del caos urbano los laboratorios pudieron reunir a varios especialistas para crear una vacuna cambiando la forma de mirar y tratar la neumonía en un encuentro con grupo latinoamericano, este grupo contó con logros alcanzados a la prevención gracias a la vacuna, cuya clave es generar mecanismos de memoria inmunológica en el organismo. (37)

Por tal motivo, la única manera es proteger con la vacunación de la influenza y neumococo, los cuidados y tratamientos adecuados de un médico cuando el paciente presenta síntomas respiratorios, la importancia para la familia y el paciente es que consulten rápidamente cuando se sientan síntomas respiratorios no deben pensar que es la edad o qué va a pasar con remedios caseros, lo mejor es ir a consulta médica y ante todo la vacuna para que no de esa enfermedad. (34)

Para su prevención en primer lugar ,todos los años las personas adultas mayores tiene que vacunarse con la antigripal; segundo, la vacuna para la neumococo, la cual tiene una cobertura de 5 y 10 años; tercero, el paciente adulto mayor que se haya vacunado y tenga los síntomas respiratorios desde las primeras 24 a 48 horas tiene que verse con un médico y saber qué tipo de infección es, si es viral o bacteriano o micóticas que son muchas más raras e iniciar el tratamiento, si es viral el más común puede ser influenza y si es de tipo bacteriano, se tendría

que ver si es un germen típico común o atípico y dar un tratamiento oportuno (35)

Cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores con neumonía

Los cuidados humanizados del profesional de enfermería, tienen como base científica y fundamento basado en el Proceso de Atención de Enfermería, que consta de 5 etapas y son la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (esto lo detallaré de manera más explícita más adelante en un caso clínico)

Los cuidados generales que brinda el profesional de enfermería dependen del lugar en donde se administren los cuidados. Si el paciente adulto mayor está hospitalizado los cuidados deben ser los siguientes:

- Valorar los signos vitales del paciente cada 4 horas o las veces que sea necesario.
- Valoración céfalo caudal del paciente, considerando las técnicas para la misma, como son: la inspección, la auscultación, percusión y palpación
- Valorar el estado mental del paciente, identificando si existen cambios como inquietud, confusión, agresividad, etc.
- Auscultar las vías respiratorias bajas del paciente, identificando ruidos agregados, para valorar la necesidad de fisioterapia respiratoria, nebulizaciones y aspiración de secreciones
- Gestionar y controlar los exámenes de laboratorio sobre todo los gases arteriales
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios respiratorios para toser y hacer respiraciones profundas cada dos horas, de acuerdo a cada caso
- Si está indicado, enseñar al paciente a usar la espirometría de incentivo y fomentar su uso cada 2 horas.

- Recolectar la muestra de las secreciones bronquiales del paciente, pidiéndole que realice una respiración profunda y luego elimine la muestra en un frasco estéril y llevarlo inmediatamente al laboratorio.
- Valorar el estado de hidratación del paciente.
- Administrar oxigenoterapia, usando el dispositivo respiratorio, de acuerdo a la necesidad del paciente y según prescripción médica
- Realizar cambios posturales al paciente cada dos horas, manteniendo elevada la cabecera de la cama.
- Ayudar al paciente en la deambulación, según lo tolere y de acuerdo a cada caso
- Administrar antibioticoterapia según prescripción médica.
- Administrar broncodilatadores o inhaladores según prescripción médica.
- Evitar el uso excesivo de sedantes (38)

Por primera vez en la historia, vemos que hoy en día, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años (39) pues la esperanza de vida se ha incrementado. La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, clasifica a las Personas Adultas Mayores (PAMs) como:

- a) Persona Adulta Mayor Activa Saludable
- b) Persona Adulta Mayor Enferma
- c) Persona Adulta Mayor Frágil
- d) Paciente Geriátrico Complejo (40)

A continuación, detallare un caso clínico de una paciente adulta mayor frágil (por cumplir condiciones que la catalogan como tal: edad, dependencia, deterioro cognitivo, índice de masa corporal, menor de 23 y hospitalizada por neumonía.

3. Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática

Plan de cuidados de Enfermería

3.1 Valoración

3.1.1 Datos de filiacion

Nombre: J.P.B

Edad: 85 años

Fecha de ingreso: 19/03/20

Lugar de nacimiento: Callao

Sexo: Femenino

Estado civil: viuda

Religión: católica

3.1.2 Motivo de consulta

Paciente adulta mayor de sexo femenino, es traída por familiar porque desde hace 4 días la paciente cursa con tos y flema de color transparente en forma insidiosa, acompañado de hiporexia, además refiere que desde hoy presenta dificultad respiratoria que se exacerba progresivamente acompañado de alza térmica

3.1.3 Enfermedad actual

1. Neumonía del Anciano
2. Infección del tracto urinario (ITU)
3. Enfermedad Alzheimer

3.1.4 Antecedentes

3.1.4.1 Antecedentes perinatales nacida de parto normal

3.1.4.2 Antecedentes familiares.

Padres aparentemente sanos, no hay antecedentes patológicos de historia familiar

3.1.4.3. Antecedentes personales

- HTA: No
- DM: No
- TBC: No
- Asma: No
- Otros: Alzheimer
- Alergias: ninguna, según información de familiar

3.1.4.4. Antecedentes socio económicos y culturales

Paciente es viuda, tiene casa propia, vive con su hija que está a cargo de ella.

3.1.5 Examen físico

- **PIEL:** Elástica, pálida, poco hidratada, al tacto caliente, leve cianosis distal, no lesiones.
- **CABEZA:** Normocéfalo, cabello canoso con poca implantación, no presenta lesiones.
- **CARA:** Presenta simetría, facies con expresión de angustia.
- **OJOS:** pupilas isocóricas, foto reactivas.
- **NARIZ:** Fosas nasales húmedas, permeables, con presencia de sonda. nasogástrica clampada y cánula binasal recibiendo oxigenoterapia a 2 litros por minuto.
- **OIDO:** Pabellones auriculares normales, sentido de la audición presente en regular estado de higiene.
- **CAVIDAD ORAL:** mucosas orales pálida, ligeramente seca, con piezas dentarias disminuidas.
- **LENGUA:** poco hidratada, no saburral.
- **CUELLO:** Sin alteraciones, simétrico, no presenta adenopatías.

- **TORAX:** simétrico, móvil, disneica, murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax izquierdo, roncales y crépitos en hemitórax derecho.
- **CORAZON:** Ruidos cardiacos rítmicos de baja intensidad, no hay presencia de soplos.
- **ABDOMEN:** Blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.
- **EXTREMIDADES SUPERIORES:** Tono muscular conservados, presenta catéter venoso periférico en miembro superior derecho.
- **MIEMBROS INFERIORES:** Miembros inferiores de características normales, no edemas, ni lesiones.
- **GENITALES:** características normales de acuerdo a su edad. Presenta sonda Foley permeable, se observa orina ligeramente sedimentosa.
- **LINFATICOS:** no presenta adenopatías.
- **VASOS:** llenado capilar menor de 2 segundos.
- Signos vitales: P. A= 100/60mmHg FC=112x minuto
FR=32 x minuto
T° 38° C SO2=90%
Peso: 48kg Talla: 1.50cm
- Exámenes de Laboratorio:
- AGA: PH 7,4 PO2 =78mmHg CO2=39mmHg HCO3 26 mmol/ L
- Hemoglobina=10.2 g/dl Hematocrito= 30%

Terapeutica

Nutrición enteral por sonda nasogástrica, volumen total 800cc

Cloruro de Sodio al 0.9% 1000 a XX gotas por minuto

Ceftriaxona 2 gramos, cada 24 horas, vía endovenosa

Ranitidina 50mg cada 12 horas, vía endovenosa

Hidrocortisona 100mg cada 8 horas, vía endovenosa

Metamizol 1gr vía endovenosa, si T° es mayor o igual a 38°C

Oxígeno por cánula binasal 2 litros por minuto

Posición semisentada

Hemoglucotest cada 24 horas

Control de funciones vitales y balance hídrico

3.1.6 Valoración de enfermería por dominios:

Dominio 1: Promoción de la salud.

Familiares de la paciente adulta mayor, refieren que no tiene antecedentes quirúrgicos, pero si la enfermedad de Alzheimer

Dominio 2: Nutrición:

Paciente adulta mayor, adelgazada, con piezas dentarias incompletas, sonda nasogástrica N° 14 clampada para nutrición enteral. Valores de Hemoglobina=10.2 g/dl, Hematocrito= 30%. Peso: 48kg, Talla: 1.50cm, IMC=P/ T 2 reemplazando seria $48 / (1.50)^2 = 14.2$ (Desnutrición severa, según la OMS (43)

Dominio 3: Eliminación

Paciente mujer adulta mayor, con presencia de sonda Foley permeable, orina ligeramente sedimentosa. Realiza deposiciones una vez al día de características normales

Dominio 4: Actividad y reposo.

Paciente adulta mayor, postrada, grado de dependencia 3, no realiza sus actividades de la vida diaria (AVD), duerme a intervalos. Se la observa disneica, a la auscultación, murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax izquierdo, roncantes y crépitos en hemitórax derecho. Recibe oxigenoterapia por cánula binasal FiO2 28%. Signos vitales P. A= 100/60mmHg, FC=112x minuto, FR=32 x minuto, SO2=90%, PH 7,4, PO2 =78mmHg, CO2=39mmHg, CO2= 39, HCO3 26 mmol/ L

Dominio 5: Percepcion y cognicion.

Paciente adulta mayor, no lucida totalmente, no orientada en tiempo, si en espacio y en persona. (Parcialmente orientada). Nivel de conciencia: Escala de Glasgow (13/15) Respuesta ocular 3 (a la voz), respuesta verbal 4 (confusa), respuesta motora 6 (obedece ordenes) Presenta Alzheimer

Dominio 6: Autopercepción:

Paciente adulta mayor, refiere que se cansa un poco

Dominio 7 Rol/relaciones:

Paciente adulta mayor, estado civil viuda, tiene su hija que ve por ella.

Dominio 8: Sexualidad:

Adulta mayor de 85 años, sexo femenino

Dominio 9: Afrontamiento tolerancia al estrés.

A la paciente adulta mayor, se la observa ansiosa

Dominio 10: Principios vitales.

Paciente adulta mayor, cree en Dios, profesa la religión católica.

Dominio 11: Seguridad protección:

Paciente adulta mayor, piel caliente e integra, presenta vía periférica permeable en miembro superior derecho, perfundiendo Cloruro de sodio al 0.9% a 20 gotas por minuto, no úlceras por presión, con escala de Norton 10 puntos: Alto riesgo de úlcera por presión (estado físico 2, incontinencia 2, actividad 1, movilidad 3, estado mental 2)

Vías aéreas permeables, con presencia de tos con secreciones bronquiales de color transparentes, crepitantes en hemitórax derecho

Temperatura corporal de 38°C

Dominio 12: Confort:

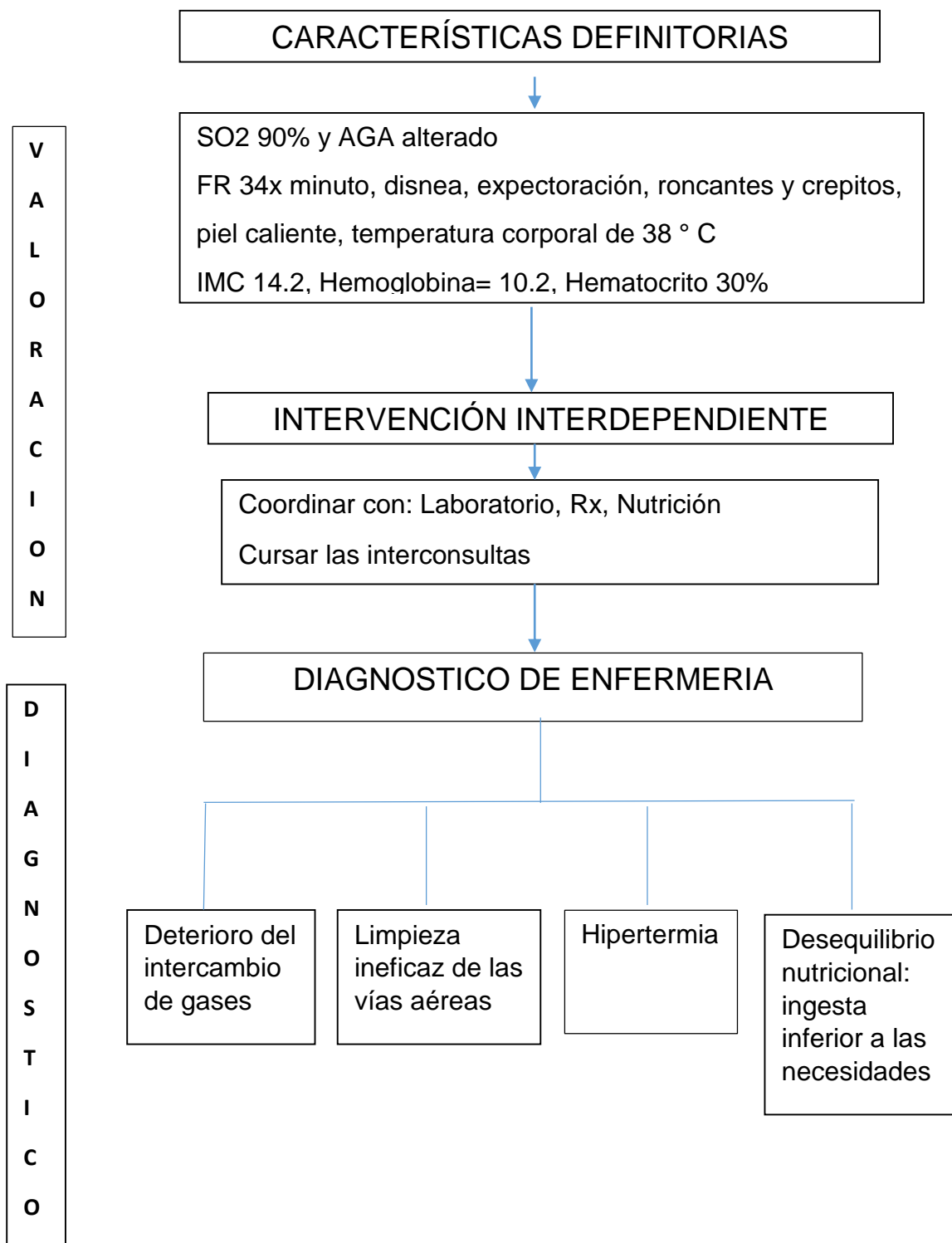
Paciente adulta mayor, refiere que le duele un poco todo su cuerpo

Dominio 13: Crecimiento y desarrollo.

Paciente adulta mayor, no participa en las actividades de la vida diaria. Presenta características físicas que corresponden a la etapa del adulto mayor, de acuerdo a la edad de la paciente.

3.1.7 Esquema de valoración

Flujograma 1



3.2 Diagnóstico de enfermería

3.2.1 Lista de hallazgos significativos

- Sonda nasogástrica N° 14
- Hemoglobina 10.2 g/dl, Hematocrito= 30%.
- IMC =14.2 (Desnutrición severa)
- Sonda Foley
- Postrada
- Grado de dependencia 3
- Duerme a intervalos
- Disnea, roncales, crépitos, tos con expectoración
- Cánula binasal 2 litros por minuto
- Frecuencia respiratoria 32 x minuto
- Saturación de Oxígeno 90%, PH 7.4, PO₂ =78mmHg, CO₂=39mmHg
- Escala de Glasgow 13
- Alzheimer
- Cansancio, Ansiosa
- Vía periférica
- Norton 10 puntos
- Temperatura corporal 38°C

3.2.2 Diagnósticos de enfermería según datos significativos

DATOS SIGNIFICATIVOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO NANDA
<p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>SO₂ 90% AGA alterado</p> <p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>“me canso un poco y me agito”</p>	<p>DOMINIO 3</p> <p>Eliminación e intercambio</p> <p>CLASE 04: Función respiratoria</p>	<p>Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios en la membrana alveolo capilar evidenciado por SO₂ 90% y AGA alterado</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>T° 38 ° C Piel caliente</p>	<p>DOMINIO 11</p> <p>Seguridad/protección</p> <p>CLASE 6</p> <p>Termorregulación</p>	<p>Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica, evidenciado por piel caliente, temperatura corporal de 38 ° C</p>
<p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>Peso = 48kg IMC 14.2 (Desnutrición severa, según la OMS) Hb=10.2, Hto.30%</p>	<p>DOMINIO 02</p> <p>Nutrición</p> <p>CLASE 01</p> <p>Ingestión</p>	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores biológicos evidenciado por peso 48kg, IMC 14.2 Hb=10.2, Hto.30%</p>
<p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>Edad: 85 años Escala de Norton 10pts (Alto riesgo)</p>	<p>DOMINIO 11</p> <p>Seguridad / Protección</p> <p>CLASE 2: Lesión física</p>	<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c edad extrema y prominencias óseas</p>

DATOS SIGNIFICATIVOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO NANDA
<p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>FR 34x minuto disnea expectoración roncantes y crépitos</p>	<p>DOMINIO 11</p> <p>Seguridad / Protección</p> <p>CLASE 2: Lesión física</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva, evidenciado por FR 34x minuto, disnea, expectoración, roncantes y crépitos</p>
<p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Sonda Foley N°14</p>	<p>DOMINIO 3</p> <p>Eliminación e</p>	<p>Deterioro de la eliminación urinaria relacionado a infección</p>

Orina sedimentosa	intercambio CLASE 01: Función Urinaria	del tracto urinario, evidenciado por sonda Foley, orina sedimentosa
DATOS OBJETIVOS Facies de angustia	DOMINIO 09 Afrontamiento Tolerancia al estrés CLASE 2 Respuestas de afrontamiento	Ansiedad relacionada a cambios en el estado de salud evidenciado por angustia
DATOS OBJETIVOS catéter venoso periférico sonda nasogástrica, sonda foley	DOMINIO 11 Seguridad / Protección CLASE 1 Infección	Riesgo de infección relacionado con dispositivos invasivos, catéter venoso periférico en el miembro superior derecho, sonda nasogástrica, sonda foley

DATOS SIGNIFICATIVOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO NANDA
DATOS OBJETIVOS Edad: 85 años Alteración de la función cognitiva	DOMINIO 11 Seguridad / Protección CLASE 2: Lesión física	Riesgo de caída relacionado con alteración de la función cognitiva

Diagnosticos Priorizados

1. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva, evidenciado por FR 34x minuto, disnea, expectoración, roncales y crépitos
2. Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios en la membrana alveolo capilar evidenciado por SO2 90% y AGA alterado
3. Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica, evidenciado por piel caliente, temperatura corporal de 38 ° C
4. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores biológicos evidenciado por peso 48kg, IMC 14.2, Hb=10.2, Hto.30%
5. Deterioro de la eliminación urinaria relacionado a infección del tracto urinario, evidenciado por sonda foley, orina sedimentosa

6. Riesgo de infección relacionado con dispositivos invasivos, catéter venoso periférico en el miembro superior derecho, sonda nasogástrica, sonda foley
7. Riesgo de caída relacionado con alteración de la función cognitiva
8. Ansiedad relacionada a cambios en el estado de salud evidenciado por angustia
9. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c edad extrema y prominencias óseas

3.2.3 Esquema de diagnóstico de enfermería

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICOS
Vías aéreas con secreciones	mucosidad excesiva	FR 34x minuto, disnea, expectoración, roncantes y crépitos	Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva, evidenciado por FR 34x minuto, disnea, expectoración, roncantes y crepitos
Dificultad para respirar	Cambios en la membrana alveolo capilar	SO2 90% AGA alterado	Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios en la membrana alveolo capilar evidenciado por SO2 90% y AGA alterado
Piel caliente	Aumento de la tasa metabólica	Piel caliente, temperatura corporal de 38 ° C	Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica, evidenciado por piel caliente, temperatura corporal de 38 ° C
Peso bajo Hb=10.2, Hto.30%	Factores biológicos	Evidenciado por peso 48kg, IMC 14.2, Hb=10.2,	Desequilibrio

		Hto.30%	nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores biológicos evidenciado por peso 48kg, IMC 14.2, Hb=10.2, Hto.30%
--	--	---------	---

3.3 Planificación

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (PRIORIZADOS)	NOC OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	CRITERIO DE EVALUACIÓN.
<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva, e/p FR 32x minuto, disnea, tos, expectoración, roncales y crépitos</p>	<p>DOMINIO 2</p> <p>Salud fisiológica CLASE E Cardiopulmonar</p> <p>Estado Respiratorio:</p> <p>Ventilación</p> <p>INDICADORES</p> <p>Frecuencia Respiratoria (1)</p> <p>Ritmo Respiratorio (2)</p> <p>Ruidos Respiratorios Patológicos (1)</p> <p>Disnea en Reposo (1)</p>	<p>DOMINIO 2</p> <p>Fisiológico Complejo CLASE K Control Respiratorio</p> <p>Aspiración de las vías aéreas</p> <p>INTERVENCIONES</p> <p>Realizar el lavado de manos</p> <p>Usas medidas de bioseguridad</p> <p>Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueo bronquial</p> <p>Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</p> <p>Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión naso traqueal y utilizar oxigeno</p>	<p>Permite eliminar microorganismos patógenos que se encuentran en nuestra piel y así evitar el contagio al paciente.</p> <p>nos protege del contagio de los microorganismos de los demás.</p> <p>Determinaremos la gran necesidad para la frecuencia de las aspiraciones.</p> <p>Determina el grado de los ruidos o acúmulos de las secreciones en las paredes de las vías aéreas.</p> <p>Permitirá a que el paciente no</p>	<p>Frecuencia Respiratoria (3)</p> <p>Ritmo Respiratorio (4)</p> <p>Ruidos Respiratorios Patológicos (4)</p> <p>Disnea en Reposo (3)</p>

		suplementario, según corresponda.	se ponga tan ansioso y que nos permita realizar correctamente esto y en menor tiempo.	
--	--	-----------------------------------	---	--

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (PRIORIZADOS)	NOC OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	CRITERIO DE EVALUACIÓN.
Deterioro del intercambio de gases r/c cambios en la membrana alveolo capilar e/p SO ₂ 90% y AGA alterado	<p>DOMINIO 2 Salud Fisiológico CLASE E Cardiopulmonar</p> <p>Estado respiratorio: intercambio gaseoso</p> <p>INDICADORES</p> <p>Saturación de O₂ (2)</p> <p>PH Arteria (2)</p> <p>Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO₂) (2)</p>	<p>DOMINIO 2 Fisiológico complejo CLASE K Control Respiratorio Manejo de la vía aérea</p> <p>INTERVENCIONES</p> <p>Colocar al paciente en posición fowler o semifowler</p> <p>Administrar oxigenoterapia humidificado según corresponda.</p> <p>Administrar broncodilatadores, según indicación médica.</p>	<p>Permitirá al paciente a tener una comodidad y confort adecuando y mejora la ventilación</p> <p>La oxigenoterapia permitirá un mejor intercambio entre el O₂ y CO₂.</p> <p>Los broncodilatadores facilitaran a relajar paredes alveolares de la mucosidad.</p>	<p>Saturación de O₂ (4)</p> <p>PH Arterial (3)</p> <p>Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO₂) (3)</p> <p>Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO₂) (3)</p>

	Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2) (2)	Administrar tratamiento de nebulización según indicación médica. Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación según sea necesario.	La nebulización ayuda expectorar las secreciones pegadas en las paredes alveolares.	
--	--	--	---	--

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (PRIORIZADOS)	NOC OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	CRITERIO DE EVALUACIÓN.
---	--	---	------------------------------	--------------------------------

<p>Hipertermia r/c con aumento de la tasa metabólica, e/p piel caliente, T° corporal 38°C, taquicardia 112xm</p>	<p>DOMINIO 2</p> <p>Salud fisiológica CLASE I Regulación metabólica</p> <p>Termorregulación</p> <p>INDICADORES</p> <p>Hipertermia (2)</p> <p>Frecuencia Respiratoria (1)</p> <p>Frecuencia Cardíaca apical (2)</p>	<p>DOMINIO 2</p> <p>Fisiológico Complejo CLASE M Termorregulación</p> <p>Regulación de la Temperatura</p> <p>INTERVENCIONES</p> <p>Monitorizar los signos vitales (temperatura)</p> <p>Aligerar cubiertas</p> <p>Aplicar paños de agua tibia</p> <p>Administrar medicamentos antipiréticos según indicación médica.</p> <p>Monitorizar la presencia de anomalías del estado mental.</p>	<p>Permitirán a observar si los valores están dentro de lo normal o alterados.</p> <p>Permite bajar la temperatura corporal</p> <p>Ayuda a disminuir la temperatura corporal externa impidiendo el exceso de elevar la temperatura corporal</p> <p>Actúa en el impedimento de seguir subiendo la temperatura. Nos permitirá evaluar el estado de conciencia del paciente.</p>	<p>Hipertermia (4)</p> <p>Frecuencia Respiratoria (4)</p> <p>Frecuencia Cardíaca apical (4)</p>
--	---	--	---	---

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (PRIORIZADOS)	NOC OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	CRITERIO DE EVALUACIÓN
<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores biológicos e/p por peso 48kg, IMC 14.2, Hb=10.2, Hto.30%</p>	<p>DOMINIO 2</p> <p>Salud Fisiológico CLASE K</p> <p>Digestión y Nutrición</p> <p>Estado Nutricional</p> <p>INDICADORES</p> <p>Ingesta de Nutrientes (2)</p> <p>Relación peso/ talla (2)</p> <p>Ingesta de alimentos (2)</p>	<p>DOMINIO 1</p> <p>Fisiológico Básico CLASE D</p> <p>Apoyo Nutricional</p> <p>Manejo de la nutrición</p> <p>INTERVENCIONES</p> <p>Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>Hablar con la nutricionista para determinar la ingesta calórica diaria necesaria para conseguir en peso marcado como objetivo.</p> <p>Vigilar la ingesta diaria de alimento calórico.</p> <p>Controlar el peso del paciente de forma rutinaria.</p>	<p>Nos permite evaluar la gravedad del estado del paciente.</p> <p>La especialista nos ayudara a tener un plan mejor y específico en la evolución durante el estadio del paciente.</p> <p>Nos permitirá llevar un control adecuado para poder llevar un balance de ingesta estricta.</p> <p>Indica el control de mejoría o empeoramiento del paciente</p>	<p>Ingesta de Nutrientes (3)</p> <p>Relación peso/ talla (3)</p> <p>Ingesta de alimentos (4)</p>

3.4 Registro de enfermería SOAPIE

S: Paciente adulta mayor refiere “me canso un poco y me agito”

O: En el servicio de medicina del 6 piso A, del hospital Daniel A. Carrión, se encuentra a la paciente adulta mayor de sexo femenino, en posición semi fowler, piel caliente y pálida, disneica, respiración rápida, con sonda, cánula binasal a 2 litros x minuto, nasogástrica clampada , a la auscultación roncales y crepitantes, tos con flema, con una vía periférica perfundiendo Cloruro de Sodio al 9‰ a 20 gotas x minuto en miembro superior derecho, abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, sonda Foley permeable, orina ligeramente sedimentosa, no presencia de edema en miembros inferiores, ni úlceras por presión

Se valora signos vitales P. A= 100/60mmHg, FC=112x minuto, FR=32 x

SO₂ 90%

A: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva, e/ por FR 34x minuto, disnea, expectoración, roncales y crépitos

-Deterioro del intercambio de gases r/c cambios en la membrana alveolo capilar e/p por SO₂=90% y AGA alterado

-Hipertermia r/c con aumento de la tasa metabólica, e/ por piel caliente, temperatura corporal de 38 ° C

-Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores biológicos e/p IMC 14.2, Hemoglobina= 10.2, Hematocrito 30%

P: Estado Respiratorio: Ventilación

Estado Respiratorio: Intercambio gaseoso

Termorregulación

Estado Nutricional

I: Aspiración de las vías aéreas

Manejo de la vía aérea

Regulación de la Temperatura

Manejo de la nutrición

E: Paciente con vías aéreas permeables, libres de secreciones.

Paciente presenta adecuado intercambio de gases

Paciente presenta temperatura corporal, dentro de los límites normales

Paciente con estado nutricional es proceso de recuperación

4. Ejecución y evaluación

Ejecución

El Plan de Cuidados de Enfermería en este caso clínico se ejecutó en un 90 %.

Evaluación

✓ **Valoración:**

La valoración, como primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, se realizó la recolección de datos del paciente (objetivos y subjetivos, también conocidos como signos y síntoma), exploración física, entrevista, historia clínica, exámenes complementarios; sin ningún problema

✓ **Diagnóstico de enfermería**

Los diagnósticos de Enfermería, considerados como el juicio clínico de respuestas humanas de la persona, familia, grupo o comunidad. Se hizo uso de la Taxonomía II Dominios y clases NANDA 2018 – 2020. Identificando 9 diagnósticos de enfermería, se priorizo y desarrollo los 4 primeros diagnósticos encontrados en la paciente.

✓ **Planeación**

En la tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, como es la Planeación, se hace referencia a la clasificación de resultados de enfermería NOC y a la clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Cada uno con un sistema validado y un lenguaje propio para identificar, nombrar y medir los resultados que resultan de su práctica.

✓ **Ejecución**

El Plan de Cuidados de Enfermería se ejecuta en un 90 %.

✓ **Evaluación**

En esta ultima etapa del Proceso de Atención de Enfermería, se ha podido evaluar cada una de las etapas, logrando el cumplimiento de todo lo planificado en un 90%, contando con el apoyo del personal de salud , paciente y familia, logrando así contribuir al cuidado de la vida y satisfacer las necesidades de la paciente y favorecer su pronta recuperación.

CONCLUSIONES

- a) En los cuidados de la persona adulto mayor, mantener las vías aéreas permeables lleva al profesional de enfermería actuar rápidamente en la mejoría de los mismos, por ello se ejecutaron intervenciones que ayudaron a favorecer y mantener las vías aéreas permeables y libre de secreciones
- b) El aparato respiratorio presenta una función principal y vital al intercambiar oxígeno por dióxido de carbono, al deteriorarse este intercambio el sujeto experimentará un desequilibrio para la captación de oxígeno y eliminar el dióxido de carbono, intercambio que se da en la membrana alveolo capilar, identificar a tiempo este deterioro y saber actuar inmediatamente hará que nuestro trabajo profesional sea más efectivo y oportuno
- c) La temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación, es catalogada como hipertermia. En algunos pacientes adultos mayores con neumonía, no siempre se va a presentar la hipertermia; sin embargo, es un signo de alarma debido a la fragilidad propia de la edad.
- d) Presentar un desequilibrio nutricional por debajo de las necesidades del cuerpo se cataloga como una insuficiencia en el consumo de nutrientes que no permite la satisfacción de las necesidades corporales, esto es un proceso de recuperación que se va dando paulatinamente.

RECOMENDACIONES

- a) A cada profesional de la carrera de enfermería el aplicar el debido Proceso de Atención de Enfermería, en todas sus fases aplicadas al cuidado de una persona adulta mayor con Neumonía, nos garantiza un cuidado eficiente y efectivo en bien del paciente.
- b) A los profesionales de enfermería, trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinario de manera coordinada, en aras del bien del cuidado de los adultos mayores.
- c) Se requieren profesionales enfermeros especialistas en las unidades de nuestros servicios, para brindar el cuidado humano especializado y oportuno a los pacientes adultos mayores.
- d) Impulsar a desarrollar trabajos de investigación, docencia y educación continua acerca de temas que involucran a los adultos mayores.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herdman T, Kamitsuru S. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación. ; 2018-2020.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería. 6th ed. España: NOC; 2018.
3. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería. 7th ed. España: NIC; 2018.
4. Organización Mundial de la Salud. OMS. Las 10 causas principales de defunción en el mundo. [Online].; 2014 [cited 2015 noviembre 8. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>.
5. Báez-Saldaña R, Gómez-Zamora C, López-Elizondo C, Molina-Corona H, SMA, Sánchez-Hernández J. Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica. *Neumol Cir Torax*. 2013; 72(1).
6. Lim W, Baudouin S, George R, Hill A, Jamieson C, Le Jeune I, et al. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax*. 2009; 64(3).
7. Trotter C, Stuart J, George R, et al. Increasing hospital admissions for pneumonia, England. *Emerg Infect Dis*. 2008; 14: p. 727–33.
8. Huang H, Zhang Y, Xiu Q, et al. Community-acquired pneumonia in Shanghai, China: microbial etiology and implications for empirical therapy in a prospective study of 389 patients. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2006; 25: p. 369–74.
9. Torres A, Serra-Batlles J, Ferrer A, et al. Severe community-acquired pneumonia. Epidemiology and prognostic factors. *Am Rev Respir Dis*. 1991;

144: p. 312-8.

- 10 Aleaga Hernández Y, Serra Valdés M, Cordero López G. Neumonía . adquirida en la comunidad: aspectos clínicos y valoración del riesgo en ancianos hospitalizados. Rev. Cubana Salud Pública. 2018; 41(3).
- 11 Department of Health. The NHS Plan: a plan for investment, a plan for . reform. London: Department of Health. 2000.
- 12 Lim W, Macfarlane J, Boswell T, al e. Study of community acquired . pneumonia aetiology (SCAPA) in adults admitted to hospital: implications for management guidelines. Thorax. 2001; 56: p. 296–301.
- 13 Ministerio de Salud - Oficina de estadística e informática. Informe . Estadístico de Defunción Informática. [Online].; 2001 [cited 2015 Noviembre 8. Available from:
<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/092000DI00.htm>.
- 14 Carrión HNDA. Causas de mortalidad y morbilidad en el período 2019. . Informe estadístico. Lima: Área de procesamiento de datos; 2019.
- 15 Hermida Galvez M. Procesi de atención de enfermería en el manejo de . pacientes adultos mayor con neumonía. Machala, Ecuador: Universidad Técnica de Machala, Unidad académica de ciencias químicas y de la salud; 2018.
- 16 Roríguez R. Neumonía adquirida en la comunidad: Incidencia, perfil clínico . y adecuación del tratamiento antibiótico empírico en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Tesis doctoral. Madrid: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos; 2017.
- 17 Serra M, Aleaga Y, Cordero G, Viera M, Aboy L, Serra M. Adulto mayor: . propuesta de abordaje de la neumonía adquirida en la. Hospital General Docente Enrique Cabrera. 2016 Mayo 04;; p. 10.
- 18 Aleaga Y, Serra M, Cordero G. Neumonía adquirida en la comunidad:

- . aspectos clínicos y valoración del riesgo en ancianos hospitalizados.
Revista cubana de salud pública. 2015 Julio - Setiembre; 4(3).
- 19 Bautista Jiménez R. Frecuencia de factores de riesgo de neumonía
. adquirida en la comunidad en adultos mayores en un hospital de segundo
nivel. Protocolo de investigación. Mexico: Universidad Veracruzana; 2014.
- 20 Yucra R. Cuidado de enfermería en paciente con neumonía adquirida en la
. comunidad, servicio de medicina - Hospital Regional PNP JPM - Arequipa.
Tesis de especialidad. Arequipa: Facultad de enfermería, Universidad
Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018.
- 21 Tiburcio Alejos A. Características sociodemográficas en pacientes
. geriátricos con neumonía adquirida en la comunidad, atendido en el
Hospital San José de Chincha, Julio - Diciembre 2016. Tesis de maestría.
Ica: Universidad Autónoma de Ica, Facultad de ciencias de la salud; 2017.
- 22 Delgado R. Cuidados de enfermería en paciente con neumonía adquirida
. en la comunidad en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue -
caso clínico PAE. Trabajo académico. Lima: Universidad Inca Garcilaso de
la Vega, Facultad de enfermería; 2017.
- 23 Jorge Quispe L, Col. Factores Asociados a Mortalidad en Ancianos con
. Neumonía en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. 2015-2016.
Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo
Palma. 2017; 17(2).
- 24 Astudillo S. Prevalencia de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el
. Hospital Vitarte en el periodo Julio 2013- Julio 2015. Tesis. Lima:
Universidad Ricardo Palma, Facultad de medicina humana; 2016.
- 25 Luís M, Fernández C, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento
. de Virginia Henderson en el siglo XXI.. 2nd ed. Barcelona: Masson; 2000.
- 26 Bellido Vallejo J. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de
. Virginia Henderson y los lenguajes NNN. [Online].; 2010. Available from:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>.

- 27 Lim W, Baudouin SV, George R, Hill A, Jamieson C, Le Jeune I, et al. BTS . guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax. 2009 Octubre; 3(iii1).
- 28 Niederman M. Guidelines for the management of community-acquired . pneumonia. Current recommendations and antibiotic selection issues. Med Clin North Am. 2001 Nov.; 85(6).
- 29 Blanquer J, Aspa J, Anzueto A, Ferrer M, Gallego M, Rajas O, et al. SEPAR . Guidelines for Nosocomial Pneumonia. Arch Bronconeumol. 2011 Octubre; 47(10).
- 30 Menéndez R, Torres A, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, RdCF. Neumoía . adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torá cica. SEPAR. Arch Bronconeumol. 2010; 46(10).
- 31 Torres A, Barberán J, Falguera M, Menéndez R, Molina J, Olaechea P, et . al. Multidisciplinary guidelines for the management of community-acquired pneumonia. Med Clin. 2013 Marzo; 2(140).
- 32 Pachón J, Alcántara Bellón J, Cordero Matía E, Camacho Espejo A, Lama . Herrera C, Rivero Román A, et al. Clinical management of community-acquired pneumonia in adults. ed Clin (Barc). 2009 Junio; 133(2): p. 63–73.
- 33 Loeb M. Community-acquired pneumonia.. BMJ Clin Evid. 2010 Aug 18.
- 34 Alonso-Coello P, Martínez García L. Guías de práctica clínica: viejos y . nuevos retos.. Med Clin (Barc). 2014 ; 143(7).
- 35 Vargas V. Neumonía en ancianos: Complicaciones en la tercera edad. . [Online].; 2019 [cited 2019 noviembre 12. Available from: <https://www.cuidum.com/blog/neumonía-en-ancianos-complicaciones-en-la-tercera-edad/>.
- 36 García T, villalobos J, Trabajo M. Neumonía comunitaria en el adulto mayor.

. 2013 enero - marzo ; 6(1).

37 Chile SdGyGd. Infecciones más comunes en el adulto mayor. [Online].; . 2019. Available from: <https://www.socgeriatria.cl/site/?p=489>.

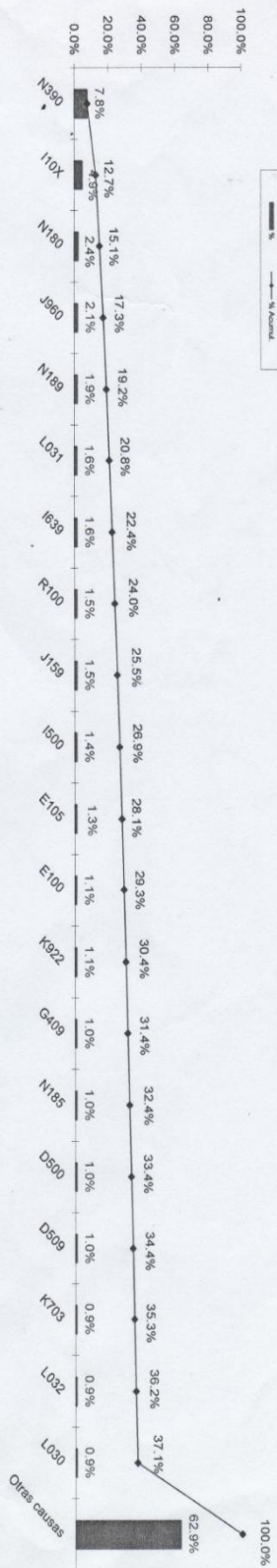
38 Carpio B. Cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores con . neumonía recurrente en la unidad Geriátrica de agudos del Hospital Militar Geriátrico - Chorrillos. Informe de experiencia laboral. Lima: Universidad Nacional del Callao, Facultad de ciencias de la salud; 2017.

39 Salud OMdl. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la salud. ; 2015.

40 MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las . Personas Adultas Mayores. ; 2010.

7. ANEXO

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION - AREA FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION
 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD (Segun Diagnostico Principal al Egreso del Paciente) : AÑO 2019
 Medicina General 6-A



Nº ORD.	CIE 10	PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD												Total	AÑO 2019			
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		%	% Acumul.		
1º	N390	9	8	6	6	6	3	3	6	2	1	3	4	4	6	62	7.8%	7.8%
2º	I10X	3	2	6	2	5	6	1	2	2	3	1	4	2	4	39	4.9%	12.7%
3º	N180	1	2	2	2	3	2	1	3	0	1	1	0	2	1	19	2.4%	15.1%
4º	J960	1	2	2	2	2	3	1	3	1	0	2	1	1	1	17	2.1%	17.3%
5º	N189	1	2	2	1	2	2	0	2	1	0	0	1	1	1	15	1.9%	19.2%
6º	L031	2	0	1	1	0	0	2	0	0	1	0	2	1	2	13	1.6%	20.8%
7º	L031	4	0	1	1	0	1	0	0	3	1	0	2	2	3	13	1.6%	22.4%
8º	R100	2	2	1	1	0	0	2	0	3	1	0	1	1	2	12	1.5%	23.9%
9º	J159	1	1	1	2	0	0	2	0	1	0	1	0	1	2	12	1.5%	25.4%
10º	I500	1	1	1	0	0	2	0	2	0	0	1	1	0	2	11	1.4%	26.8%
11º	E105	0	1	0	0	2	0	2	0	1	0	1	1	0	2	10	1.3%	28.1%
12º	E100	0	1	0	0	3	0	0	0	2	0	1	2	0	1	9	1.1%	29.3%
13º	K922	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	9	1.1%	30.4%
14º	G409	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	8	1.0%	31.4%
15º	N185	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	8	1.0%	32.4%
16º	D500	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	1	0	8	1.0%	33.4%
17º	D509	1	1	0	0	2	0	1	0	0	2	1	0	0	0	8	1.0%	34.4%
18º	K703	1	0	2	2	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	7	0.9%	35.3%
19º	L032	0	0	1	1	0	2	0	0	1	0	3	0	0	1	7	0.9%	36.2%
20º	L030	0	0	1	1	0	2	0	0	1	0	0	1	1	1	7	0.9%	37.1%
	Otras causas	40	35	41	59	33	58	42	39	50	39	43	40	38	489	62.9%	100.0%	
	Total general	68	61	71	85	58	65	66	59	66	61	66	64	68	793	100.0%		

FUENTE: Base de Datos del Espicris - Area de Procesamiento de Datos - UE - OEIT - HNDAC
 ELABORACION: Area de Análisis y Desarrollo - UE - OEIT - HNDAC

