

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



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUMONÍA
EN MEDICINA C HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
2015 - 2017

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA

ELIO CASTILLO PALOMINO

Callao, 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES | SECRETARIO |
| ➤ MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA | VOCAL |

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 237

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 15/04/2018

Resolución Decanato N° 939-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción de la Situación Problemática	3
1.2. Objetivo	6
1.3. Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Marco Teórico	10
2.3. Definición de Términos	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	21
3.1. Recolección de Datos	21
3.2. Experiencia Profesional	21
3.3. Procesos realizados en el tema del informe	28
IV. RESULTADOS	46
V. CONCLUSIONES	51
VI. RECOMENDACIONES	53
VII. REFERENCIALES	54
VIII. ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

Tengo, la grata satisfacción de presentar a vuestra consideración el trabajo de investigación intitulado: "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUMONÍA EN MEDICINA C, HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO".

Trabajo presentado para el título de especialista en Salud Pública, teniendo como finalidad, mostrar los alcances realizados en la experiencia profesional en la atención en enfermería en los pacientes con neumonía en el Hospital Regional del Cusco, en la Unidad "C", en consecuencia, este informe de experiencia laboral profesional tiene como objetivo general: Describir los cuidados de enfermería en pacientes con neumonía en el servicio de Medicina "C", en el Hospital Regional del Cusco.

Para la realización y alcance del objetivo planteado de la investigación, ha sido estructurada de la siguiente forma:

Capítulo I: Planteamiento del Problema

Capítulo II: Marco Teórico o Conceptual o Referencial

Capitulo III: Experiencia Profesional

Capitulo IV: Resultados

Capítulo V: Conclusiones

Capítulo VI: Recomendaciones o Propuesta de Afrontamiento

Referencias:

Anexos

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La neumonía es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes y su pronóstico varía desde la resolución rápida de síntomas con recuperación completa del estado funcional hasta el desarrollo de complicaciones médicas graves y la muerte. Consecuentemente, la neumonía es una causa importante de la morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países y la causa principal de hospitalizaciones entre los ancianos. En personas mayores de 60 años, la incidencia es de 2 a 6 veces superior que en el resto de la población adulta y constituye la primera causa de muerte por enfermedad infecciosa en la tercera edad, en países tanto desarrollados como subdesarrollados. Su incidencia y letalidad hacen de esta afección un verdadero reto para los servicios asistenciales si tenemos en cuenta que su mayor frecuencia y mortalidad ocurre en las personas que sobrepasan los 60 años de edad. Precisamente el envejecimiento poblacional es uno de los rasgos que caracterizan demográficamente al contexto cubano actual. (1)

Una revolución demográfica está ocurriendo en todo el mundo. Actualmente hay alrededor de 600 millones de personas de 60 años y más; esta cifra se duplicará hacia el 2025 y llegará a casi dos mil millones hacia el 2050, la mayoría de ellos en países en vías de desarrollo. Cuba es una de las sociedades de envejecimiento más acelerado en América Latina. La situación en las grandes ciudades cubanas es aún más compleja, ya que es aquí donde se concentra la población envejecida. Las personas de 60 años y más constituyen el 17,7 % de la población urbana en general, mientras que en La Habana esta proporción es de 19,5 %. La tasa de defunciones por neumonía e influenza al cierre del 2012 se encuentra en $255,4 \times 100\ 000$ habitantes de 60 años y más. Ascende a $1\ 004,6$ a partir de los 80 años, en contraste con la tasa para la población general de ambos sexos que es de $48,8 \times 100\ 000$ habitantes. (1)

Es una enfermedad que no solo supone un problema diagnóstico, sino también en lo que concierne a su manejo terapéutico, la morbimortalidad que genera hace que constituya un problema sanitario. La mortalidad de la neumonía severa es alta en todo el mundo con la Influenza-Neumonía como la octava causa de muerte en Estados Unidos. En un estudio de Estadísticas de Salud de Estados Unidos en la década de los noventa, se reporta que la incidencia de la Neumonía Adquirida en la Comunidad se estimó entre 2 y 12 casos por 1 000 habitantes/año; en los mayores de 65 años se sitúa en 25 a 35 casos por 1 000 habitantes/año. (2)

La neumonía es responsable del 15% de todas las defunciones de menores de 5 años y se calcula que mató a unos 920 136 niños en 2015. (3)

La neumonía sigue siendo la primera causa de muerte por infección en niños menores de cinco años, llevándose por delante la vida de cerca de un millón de niños en 2015, aproximadamente un niño cada 35 segundos, más que la malaria, la tuberculosis, el sarampión y el SIDA juntos. Aproximadamente la mitad de las muertes de niños por neumonía están relacionadas con la contaminación del aire, un hecho que según UNICEF los líderes mundiales deberían tener en mente durante el transcurso de las conversaciones sobre cambio climático de la COP22. (4)

“Vemos claramente la relación entre la contaminación del aire y los daños que el cambio climático provocan en la salud y desarrollo de los niños, causando neumonía y otras infecciones respiratorias”, afirmaba la directora ejecutiva adjunta de UNICEF Fatoumata Ndiaye. (4)

“2.000 millones de niños viven en áreas donde la contaminación del aire supera las normas internacionales, y como consecuencia de ello muchos enferman y mueren. El encuentro de líderes mundiales de la COP22

puede ayudar a salvar vidas comprometiéndose a llevar a cabo acciones que reduzcan la contaminación del aire relacionada con el cambio climático y acordando invertir en la prevención y la atención sanitaria”, dijo Ndiaye. (4)

En el Perú las neumonías son la primera causa de mortalidad general. Según el informe publicado en el 2013 por el instituto Health Metrics and Evaluation (IHME), que estudia las causas de muertes prematuras en 1990 y 2010, las infecciones respiratorias bajas, siguen siendo la primera causa de muerte prematura en el Perú. (5)

En el año 2013, se presentaron 29 994 casos de neumonías en el referido grupo de edad, lo que representó una tasa de 103,4 por 10 mil menores de cinco años. La mayor cantidad de casos de neumonía se registra en los grupos de menores de 1 año y de 1 a 5, sumando el 50% de los reportados. Un 10% del total de casos corresponden a los mayores de 65 años. (5)

En el 2016, en la Región del Cusco, para el grupo de edad de menores de 5 años, se reportaron 113 697 casos de IRA, lo que representa una incidencia acumulada (IA) de 927,2 por cada 1 000 menores de 5 años. Además, se presentaron 832 casos de neumonías, con IA de 6,8 por cada 1 000 menores de 5 años y 22 defunciones. Por otro lado, en mayores de 60 años de edad, se reportaron 1 029 casos de neumonía, con IA de 7,9 por cada 1 000 mayores de 60 años y 52 defunciones. (6)

En la DIRESA Cusco, hasta la S.E. N° 38 se tiene acumulado 77423 casos de IRA que representa una I.A. de 640.08 por cada 1,000 menores de 5 años y 666 neumonías, de los cuales 317 fueron neumonías graves (47.6%), alcanzando una I.A. de 5.51 neumonías por cada 1,000 menores de 5 años. En las figuras 1 y 2, se representan los mapas de riesgo para

IRA y neumonías considerando la I.A. hasta la fecha se tiene acumulado 16 defunciones en menores de 5 años. En la DIRESA Cusco, para la S.E. N° 38 se notificaron 36 casos de neumonías en mayores de 5 años, no se reportaron defunciones en mayores 5 años, para la S.E. N° 38 se notificaron 22 casos de neumonías en mayores de 60 años, así mismo no se reportaron defunciones en mayores de 60 años. (6)

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en pacientes con neumonía en Medicina C, Hospital Regional del Cusco. 2016-2017”

1.3. Justificación

Debido al importante papel que desempeña la enfermería en el cuidado de pacientes con Neumonía decidimos realizar este estudio sobre el tipo de cuidado que recibe el paciente con Neumonía en el servicio de Medicina C del Hospital Regional del Cusco.

El presente informe de experiencia profesional se realizó con el objetivo de describir los cuidados de enfermería a pacientes con neumonía del Servicio de Medicina “C”, Hospital Regional del Cusco. 2016-2017”

Además, nos permite conocer, observar e identificar las necesidades y/o problemas que se pueden solucionar a través de la identificación oportuna de diagnóstico de enfermería y proporcionar cuidados de manera integral.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

ALEAGA y otros (2015), Neumonía: aspectos clínicos y valoración del riesgo en ancianos hospitalizados, el objetivo de este trabajo fue Caracterizar desde el punto de vista clínico y de riesgo la población de 60 años y más hospitalizada con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, la metodología fue con estudio de caso, llegaron a las conclusiones: La neumonía del anciano adquirida en la comunidad debe ser afrontada desde la atención primaria de salud. Las acciones de prevención y promoción de salud tienen importancia relevante. El diagnóstico inicial sigue siendo clínico y la terapéutica empírica. El auxilio de guías prácticas clínicas y de escalas pronosticas contribuye a perfeccionar la calidad de la atención médica, desde el consultorio hasta el paciente ingresado en el hogar o el hospital.

SÁNCHEZ (2015), Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad: epidemiología, clínica y tratamiento, en adultos mayores. Servicio de medicina del hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011 a octubre 2015. El objetivo de este trabajo fue conocer las características epidemiológicas, clínicas, y de tratamiento de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en los adultos mayores. Utilizando la metodología de la investigación descriptiva, llegó a la conclusión: La incidencia de la NAC fue de 36,25%, esto durante el año 2015 donde se presentaron 29 pacientes, siendo este año el que presentó más casos durante el tiempo contemplado en la investigación. (5)

SALINAS y MORENO (2014), en su investigación titulada neumonía bacteriana adquirida en la comunidad: epidemiología, clínica y tratamiento, en adultos mayores. Servicio de medicina del hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011 a octubre 2015, el objetivo de este trabajo fue

describir el caso de un paciente masculino inmune competente con compromiso pulmonar y extrapulmonar por tuberculosis que tomó seis años su diagnóstico. Utilizo el estudio de caso clínico como metodología de investigación, llego a las siguientes conclusiones: El abordaje diagnóstico del paciente fue completo, ya que se estudiaron las diferentes etiologías de su cuadro, descartando como primera opción otras enfermedades infecciosas atípicas, así como compromiso neoplásico sugerido por las características macroscópicas de las lesiones. Y finalmente se documentó por histología el diagnóstico, al hacerse evidentes los granulomas y bacilos ácido alcohol resistentes en las muestras. Es así como cobra cada día más importancia la sospecha clínica para este tipo de pacientes, en quienes un diagnóstico oportuno y eficaz abarata costos, ahorra recursos y por supuesto disminuye situaciones asociadas que van en deterioro de la sobrevivencia de nuestros pacientes con un diagnóstico oportuno y certero, siendo igualmente útil como medida de contención por los efectos que tiene en la diseminación de la enfermedad por la contagiosidad tan alta de dichos focos. (6)

NAVARRA (2010), en su investigación titulada Neumonía adquirida en la comunidad: caracterización clínico-epidemiológica, tuvo como objetivo describir cómo se debe actuar desde el punto de vista terapéutico ante determinadas situaciones especiales y cuando los tratamientos iniciales se han abandonado o han fracasado. Utiliza la investigación descriptiva como metodología de investigación, llegando a las siguientes conclusiones: Para facilitar la adherencia y mejorar la tolerancia, los tuberculostáticos deben administrarse juntos en una sola toma diaria con presentaciones combinadas, En pacientes inmigrantes procedentes de países con alta tasa de resistencia primaria debe añadirse etambutol durante los dos primeros meses, En general, los fármacos de primera línea son bien tolerados y tienen pocos efectos secundarios pero estos existen, pueden ser potencialmente graves y deben ser bien conocidos, El

tratamiento de pacientes con resistencias y retratamientos es complejo y debe ser realizado por un especialista experto, En todos los grupos de riesgo de presentar reacciones adversas a fármacos antituberculosos es obligatorio realizar un estricto seguimiento, Es muy importante que las reacciones adversas a fármacos severas sean siempre manejadas por especialistas con gran experiencia en estos casos. (10)

APAZA Monrroy; COPARI Yancachajlla, en su investigación titulada "Factores Determinantes Que Influyen En La Calidad De Vida En Pacientes Diagnosticados Con Tuberculosis Pulmonar Atendidos En La Micro Red Santa Adriana Abril – Julio 2015" tuvo como objetivo Identificar los factores que influyen en la calidad de vida en pacientes diagnosticados con TBC pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana Abril – Julio 2015. La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, ya que los datos son procesados con métodos estadísticos, de nivel causal - explicativo, porque se busca encontrar la influencia de la variable independiente en la dependiente. Es transversal, porque se hace un corte en el tiempo para el desarrollo de la investigación. Llegando a las siguientes conclusiones: Los factores personales que influyen en la calidad de vida en pacientes diagnosticados con TBC pulmonar fueron: edad y sexo del paciente siendo estos los predominantes, ya que el 68.57% tenían de 20 a 39 años, el 50% tenían regular calidad de vida con $P=0.002$; sexo del paciente, el 65.71% eran de sexo masculino, el 50% tenían regular calidad de vida, $P=0.000$. Los factores culturales que influyen en la calidad de vida en pacientes diagnosticados con TBC pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana Abril - Julio 2015, fueron: año de estudio, el 38.57% estudio primaria completa, el 30% tenían mala calidad de vida, con $P=0.000$; residencia el 52.86% vivía en zona peri urbana, el 44.29% tenían regular calidad de vida, con $P=0.000$. Los factores económicos que influyen en la calidad de vida en pacientes diagnosticados con TBC pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana Abril - Julio 2015, fueron: ingreso económico, el 54.29% tenían un

ingreso económico de 700 a 1,000 nuevos soles, el 48.57% tenían regular calidad de vida, con $P=0.000$. (9)

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Neumonía

La neumonía puede definirse como una lesión inflamatoria pulmonar en respuesta a la llegada de microorganismos a la vía aérea distal y parénquima. La histología de la neumonía depende del momento de evolución, del agente causal y de ciertas condiciones del huésped. En la neumonía neumocócica es característico el inicio como un edema que ocupa el espacio aéreo distal y se extiende a los acinos adyacentes, con pocas células inflamatorias en esta fase, seguido por la aparición de hematíes en los espacios alveolares (hepatización roja) y luego por intenso infiltrado polimorfonuclear (hepatización gris); posteriormente se resuelve de forma completa. Da el llamado patrón neumónico o de ocupación alveolar pues se caracteriza por zonas extensas de consolidación, incluso de todo el lóbulo. En la afectación por gérmenes como *S. aureus* o bacilos gram-negativos (BGN) hay un exudado inflamatorio agudo con intensa infiltración polimorfonuclear, con frecuencia con necrosis y microabscesos; suele haber una fase de organización previa a la resolución. Con frecuencia la lesión afecta a los bronquiolos y sus espacios aéreos distales de forma parcheada: es la denominada bronconeumonía. Cuando la necrosis es extensa, se forman zonas de pus que, si se comunican con un bronquio, se drenan parcialmente formando cavidades o abscesos, dando la neumonía necrotizante o el absceso pulmonar, según el tamaño y número de cavidades. En la neumonía intersticial, frecuente en ciertas neumonías virales o por *Pneumocystis jiroveci*, hay edema e infiltrado inflamatorio intersticial, agudo o linfocitario, o lesiones de daño alveolar difuso. Aunque radiológicamente pueden reconocerse diferencias entre un

patrón neumónico y una bronconeumonía, son difíciles de apreciar, hay variabilidad grande en su interpretación y no permiten orientar un diagnóstico etiológico. (12)

La neumonía se define como la inflamación aguda pulmonar con compromiso del territorio alveolar de origen infeccioso adquirida en la comunidad y en pacientes que no están hospitalizados o viviendo en instituciones especiales. (10)

La neumonía es una enfermedad infecciosa que afecta a los pulmones, específicamente en individuos quienes no hayan sido recientemente hospitalizados. La neumonía adquirida en la comunidad es un tipo de neumonía y afecta a personas de todas las edades. La neumonía ocurre en todo el mundo y es una de las principales causas de enfermedad y mortalidad. Por lo general se adquiere este tipo de neumonía al inhalar o aspirar microorganismos patógenos como las bacterias, virus, hongos y parásitos adquiridos fuera del ambiente hospitalario. (11)

La neumonía es la inflamación aguda del parénquima pulmonar producida por microorganismos y manifestada por signos de infección sistémica y cambios radiológicos en pacientes que no han sido hospitalizados durante las últimas 3 semanas. (12)

2.2.2. Etiopatogenia

El cuadro clínico de una neumonía resulta tanto de la invasión y daño directo de los microorganismos, así como de la respuesta del sistema inmune del hospedador ante la infección. Los mecanismos de la infección varían entre los diferentes microorganismos, y la respuesta inmune es también diferente entre un individuo y el otro. Incluso cepas de microorganismos dentro de una especie dada originan tasas de morbilidad y mortalidad variables, siendo máxima en infecciones por P.

aeruginosa, Klebsiella, E. coli, S. aureus y Acinetobacter. Un serotipo de neumococo o estafilococo puede producir una cifra mayor de mortalidad que las otras, etcétera. (15)

Virus

Típicamente, los virus llegan a los pulmones en gotas, entrando por la boca o nariz durante cada inhalación. Una vez en las vías respiratorias, los virus invaden las células que revisten el trayecto y los alvéolos. Esta invasión con frecuencia conlleva a la muerte celular de manera directa por el virus o por autodestrucción de la célula misma, un proceso llamado apoptosis. Un daño mayor a la arquitectura pulmonar ocurre cuando el sistema inmune responde a la infección. Los glóbulos blancos, en especial los linfocitos son responsables de la activación de una variedad de moléculas llamadas citoquinas, que causan la salida de fluido hacia el alvéolo. Esta combinación de muerte celular y de llenado alveolar con líquido interrumpe el transporte de gases hacia el torrente sanguíneo y viceversa. Los virus son capaces también de causar daño a otros órganos y tejidos, por lo que una infección viral puede acompañarse de trastornos de diversas funciones corporales. Adicionalmente, los virus hacen que el cuerpo se vuelva susceptible a infecciones bacterianas, por lo que una neumonía viral adquirida en la comunidad puede verse complicada con una neumonía bacteriana. (15)

Bacterias y hongos

Las bacterias y los hongos también entran por vía inhalatoria, aunque pueden llegar a los pulmones por vía sanguínea si hay otras regiones del cuerpo que están infectadas. A menudo, las bacterias habitan normalmente las vías respiratorias altas y están siendo constantemente inhaladas al alvéolo pulmonar. Una vez en el alvéolo, las bacterias y hongos viajan a los espacios entre las células y entre un alvéolo y el otro por medio de poros interconectantes. La invasión activa a que el

sistema inmune responda enviando glóbulos blancos responsables de atacar a los microorganismos. Los neutrófilos envuelven y destruyen a los organismos ofensores, pero a la vez liberan citoquinas que resultan en la activación general, no solo localizada, del sistema inmune. Ello resulta en la aparición de fiebre, escalofríos y fatiga que son síntomas frecuentes de una Neumonía. Si las bacterias u hongos salen del pulmón hacia la circulación sistémica, puede iniciarse una enfermedad severa llamada shock séptico, en el que la presión sanguínea se reduce a tal punto que causa daños a múltiples regiones del cuerpo, incluyendo el cerebro, riñón y el corazón. (15)

Parásitos

Hay una variedad de parásitos que afectan a los pulmones. En general estos parásitos entran al cuerpo por la piel o al ser tragados. Una vez en el cuerpo, los parásitos viajan a los pulmones, frecuentemente por la sangre, aunque pueden hacerlo por otras vías, algunas de ellas invasivas, dañando en su paso a varios órganos. En los pulmones, son responsables de una combinación similar a la bacteriana, de destrucción celular y daño inmune, lo que causa un trastorno en el transporte de oxígeno. (15)

2.2.3. Epidemiología

La incidencia de las neumonías es de 1 a 2 % al año y es mayor en estratos jóvenes y de edad avanzada, en Chile la tasa de mortalidad es de 40/100000 habitantes, es la principal causa de muerte por enfermedades respiratorias (60%), en los mayores de 65 años es el 80%. De las causas de muerte por enfermedades respiratorias, la letalidad global es de 5 a 15 %, la tasa de hospitalización 17% a 35%, aquellos evaluados en el servicio de urgencia se hospitalizan en un 50%. (10)

2.2.4. Sintomatología

Los síntomas de una neumonía dependen de la extensión de la enfermedad—es decir, puede ser leve o grave y empezar de manera repentina o puede durar tiempo en instalarse—y del microorganismo causal, por lo general, incluyen:

- Dificultad respiratoria y dolorosa.
- Tos productiva de esputo verdoso o amarillento.
- Fiebre, por lo general elevada, acompañada de sudoración y escalofríos.
- Dolor punzante de pecho.

Los síntomas menos comunes que acompañan a una neumonía son:

- Tos sanguinolenta.
- Dolor de cabeza (incluyendo migrañas).
- Pérdida de apetito.
- Fatiga, ocasionalmente excesiva.
- Cianosis.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Dolor en las articulaciones.
- Dolor en los músculos.

Las manifestaciones de la neumonía, como ocurre con otras enfermedades, pueden no resultar típicas en ciertos individuos. Por ejemplo, algunos pacientes, especialmente ancianos, han manifestado tener confusión, caídas, hipotermia, somnolencia, ictericia y dificultad para comer. Los niños pueden mostrar aleteo nasal y pausas respiratorias moderadas a severas y evidencias de deshidratación. Los niños menores de 5 años principalmente tienen signos y síntomas,

tales como respiración rápida: (menor de dos meses, 60 o más respiraciones por minuto, de 2 m a 11 m 50 o más respiraciones por minuto, de 1 año a 4 años 40 o más respiraciones por minuto), además la presencia de tirajes indica que estamos frente a una neumonía grave. Guía Práctica Neumo Bacteriana.

Durante el examen físico, el paciente con neumonía puede presentar frecuencia respiratoria elevada, cierta matidez torácica a la percusión, el murmullo que se ausculta normalmente en el pulmón se acompaña de ruidos adicionales como sibilantes o estertores crepitantes, la voz del enfermo tiene sonidos peculiares a la auscultación: egofonía—una resonancia que recuerda el balido de una cabra—, pectoriloquia—que son sonidos aumentados— cuando la persona habla o pectoriloquia áfona, cuando la persona susurra y, ocasionalmente, el roce pleural.

En un estudio se demostró la relación que existe entre la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal y la frecuencia respiratoria con la posibilidad de mostrar neumonía, pues quienes tenían menos de 100 latidos por minuto, una temperatura menor de 37.8 °C y una frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto tuvieron una probabilidad 5 veces menor de mostrar neumonía en comparación con aquellos quienes rebasaron estos parámetros anormales. En niños menores de 5 años, la taquipnea o rápida frecuencia respiratoria es el signo de mayor sensibilidad y especificidad para la neumonía, generalmente asociado a hipoxia o falta de oxígeno.

2.2.5. Diagnóstico

Todo paciente con sospecha de la Neumonía será evaluado de acuerdo la presencia de los siguientes criterios:

- Criterios diagnósticos
- Criterios de hospitalización
- Criterios de UCI (NAC severa)

2.2.5.1. Criterios Diagnósticos

El diagnóstico clínico, en el primer nivel de atención, se establece de acuerdo a los siguientes criterios: Enfermedad de inicio reciente (menos de 2 semanas) con presencia de:

- 1) Síntomas respiratorios (tos o dolor torácico o disnea) más
- 2) Síntomas sistémicos (fiebre o taquicardia o taquipnea), más
- 3) Hallazgos focales al examen físico de tórax En los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel, el diagnóstico debe de ser sustentado con una Radiografía de Tórax, definiendo diagnóstico radiológico de NAC:
- 4) Cambios radiográficos recientes

2.2.5.2. Criterios de hospitalización

Los establecimientos de salud del primer nivel deberán referir a un establecimiento de segundo o tercer nivel para ser hospitalizado a todo paciente con diagnóstico de Neumonía que presente al menos uno de los siguientes criterios de hospitalización:

- Confusión
- Taquipnea (Frecuencia respiratoria mayor a 30/min)
- Hipotensión (Presión Arterial <90/60 mm Hg)
- Edad mayor de 65 años
- Comorbilidad significativa (neoplasia, insuficiencia cardiaca congestiva, desnutrición severa, postración crónica o dependencia física, insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática descompensada)
- Intolerancia a la vía oral
- Condiciones sociales desfavorables para la adherencia a la terapia oral (abandono social, alcoholismo, retardo mental, demencia)

En establecimientos de salud de segundo y tercer nivel, se deben considerar adicionalmente los siguientes criterios de hospitalización:

- Urea elevada (>40 mg/dl)
- Saturación de hemoglobina <90% por oximetría de pulso
- Compromiso radiológico multilobar.

2.2.5.3. Criterios de ingreso a cuidados intensivos

Serán hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) todos los pacientes que cumplan con alguno de los criterios mayores de neumonía Severa:

- Necesidad de ventilación mecánica
- Shock séptico
- Insuficiencia renal aguda
- Definido como hipotensión sostenida en un paciente con NAC luego de la resucitación con fluidos endovenosos.
- Definida como creatinina >1.4 en hombres y 1.2 en mujeres sin antecedentes de enfermedad renal.

Adicionalmente, los pacientes que tengan al menos 3 de los siguientes criterios menores también deberán ser hospitalizados en UCI:

- Frecuencia Respiratoria >30/minuto
- PafiO₂ <250
- Confusión
- Presión arterial <90/60
- Compromiso radiológico multilobar

Métodos de Ayuda Diagnóstica

En todo paciente con Neumonía atendido en un establecimiento de salud de segundo/ tercer nivel se deben realizar una Radiografía de Tórax, oximetría de pulso y úrea sérica. Todo paciente hospitalizado deberá contar con hemograma y hemocultivo y se realizarán las pruebas bioquímicas básicas (glucosa, electrolitos, creatinina, transaminasas, análisis de gases arteriales) de acuerdo al caso. Estudios adicionales como serología para gérmenes atípicos, antígenos urinarios y exámenes de esputo se realizarán de acuerdo al criterio del médico tratante.

2.2.6. Tratamiento

	Manejo ambulatorio	Manejo en hospitalización	Manejo de NAC severa
Fármaco de elección	Amoxicilina a dosis elevadas	Amoxicilina (vo) o Ampicilina (ev)	Ceftriaxona, Cefuroxina, Cefotaxina
Consideración de "Gérmenes atípicos"	+Eritromicina ó Claritromicina ó Azitromicina	+Eritromicina ó Claritromicina ó Azitromicina (vo) ó Ciprofloxacina (ev)	+Eritromicina ó Claritromicina ó Azitromicina (vo) ó Ciprofloxacina (ev)
Alternativas en alergia a la Penicilina	Eritromicina ó Claritromicina ó Azitromicina ó Doxiciclina	Cefazolina	Moxifloxacina, Levofloxacina ev
Otras consideraciones (Neumonía aspirativa, alteración estructural)	Amoxicilina/ Clavulánico, Clindamicina	En alérgicos a cefalosporinas considerar Moxifloxacina, Levofloxacina	

Fuente: Organización Panamericana de Salud Guía Práctica Clínica. Perú. 2009

2.2.7. Prevención

Adicional al tratamiento de cualquier enfermedad de base que pueda aumentar el riesgo de un individuo a contraer una neumonía, existen varias maneras de prevenir una neumonía. El abandonar el hábito de fumar es importante no solo para el tratamiento sino para el tratamiento

de cualquier enfermedad pulmonar porque, entre otras razones, el humo del cigarrillo interfiere con muchos aspectos de la defensa natural inmunitaria del individuo.

La inmunización es un elemento preventivo importante, tanto para niños como adultos. La vacunación en contra del *Haemophilus influenza* y el *Streptococcus pneumoniae* en el primer año de vida han reducido grandemente la incidencia de neumonía adquirida en la comunidad entre los niños. También está disponible en el mercado una vacuna para adultos en contra de *Streptococcus pneumoniae* y se recomienda para todo individuo sano mayor de 65 años de edad y adultos de cualquier edad con enfisema, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, cirrosis hepática, alcoholismo, o quienes hayan perdido el bazo. Se requiere una dosis de repetición al cabo de 5 a 10 años después de la dosis inicial.

Las vacunas en contra de la influenza deben ser dadas cada año al mismo grupo de individuos que la vacuna para el estreptococo *pneumoniae*. Los trabajadores y profesionales de la salud, los residentes de ancianos y mujeres en estado deberían también recibir la vacuna. Cuando ocurra un brote de influenza, ciertos medicamentos como la amantadina, rimantadina, zanamivir, y oseltamivir tienen buenos resultados previniendo la aparición de la enfermedad viral, así como una complicación neumónica.

2.3. Definición de Términos

- **Pulmón:** órgano que permite realizar el proceso de la respiración del hombre y de los vertebrados terrestres. Es de estructura esponjosa, blando, flexible, que se comprime y se dilata, y se encuentra encerrado en el pecho por estructuras como huesos y músculos.
- **Bronquio:** cada una de las estructuras en que se ramifica la tráquea, permiten el paso de aire hacia los pulmones.

- **Alvéolo:** pequeños sacos o bolsas, últimas ramificaciones de los pulmones en donde se realiza el intercambio de gases: Oxígeno por Dióxido de Carbono.
- **Neumonía:** inflamación del pulmón o de una parte de este producida principalmente por bacterias como el neumococo.
- **Neumococo:** microorganismo bacteriano de forma alargada causante de varias pulmonías.
- **Tos:** sonidos graves acompañados de movimientos compulsivos del tórax del hombre y de ciertos animales.
- **Expectorar:** acción de expulsar secreciones acompañadas de flema proveniente de las cavidades respiratorias.
- **Patología:** conjunto de síntomas de una enfermedad.
- **Infectarse:** resultar invadido por microorganismos patógenos como virus, bacterias, hongos, etc.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Las fuentes de recolección de datos para el presente informe de experiencia profesional han sido:

- Historias Clínicas de algunos pacientes
- Informes De Seguimiento
- Libro de Registro y Seguimiento del Adulto y Adulto Crónico
- Parte Diario de Atenciones en la Cartera de Adulto
- Informes mensuales de adultos crónicos
- Información estadística emitida por Servicio de Epidemiología

3.2. Experiencia Profesional

El año 1978 inicia mi actividad profesional con el Servicio Rural en el Puesto de Salud Langui-Layo Distrito de Langui Provincia Canchis Sicuani Departamento del Cusco, al concluir mi SECIGRA se me contrata como enfermero Jefe del Centro de Salud de Yanatile Provincia de Calca durante 3 años luego me transfieren al Centro de Salud de Paucartambo Provincia de Paucartambo del Cusco permanezco un año y medio para luego ser transferido al Hospital Regional del Cusco el año 1982, pasando por todos los servicios de hospitalización como medicinas , traumatología, cirugías, quemados emergencias hasta el año 1990. En Enero del año 1991 asumo la Dirección de Atención a Las Personas de la Región de Salud Cusco como funcionario nivel F-4 hasta Diciembre 1992, como funcionario de confianza me dan las gracias por los servicios prestados.

En Enero del año 1993 regreso al hospital regional cusco para hacerme cargo de la Unidad de Capacitación durante 2 años al estar a cargo de esta unidad me capacito en ESAN durante 2 años en el curso Gestión de Redes de Establecimiento de Salud sede Arequipa, luego asumo la

jefatura del programa de Tuberculosis, Sida y enfermedades Trasmisibles hasta diciembre del año 1995, el año 1996 asumo la Dirección de la Unidad de Planificación , Prepuesto y programas hasta el año 2002, se me capacita en el curso de Gerencia Estratégica de los Servicios de Salud, 2003 asumo la Jefatura del Servicio de Emergencia, organizando e implementando de personal y equipos médicos en la nueva infraestructura del servicio de Emergencia este cargo lo asumí hasta diciembre del año 2004, a partir de enero de 2005 a la fecha vengo laborando en el servicio de Medicina A y Medicina C, donde se atiende enfermedades transmisibles e infecto contagiosas, Metaxénicas y neumológicas con 34 en medicina A y 22 camas en medicina C, para adultos de ambos sexos. A través de mi experiencia profesional he podido encontrar dificultades i limitaciones a pesar de ello se implementó estrategias adecuadas para mejorar el estilo de vida de toda la comunidad que acude a nuestro hospital.

Cuadro de Distribución de Experiencia Profesional

INSTITUCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD CUSCO			
AÑO	SERVICIO	CARGO	FUNCIÓN
1978	Puesto de Salud Langui Layo- Provincia de Sicuani	SECIGRA	Enfermero Asistencial y Manejo de Programas Preventivo-Promocionales
1979-1980	Centro de Salud de Yanatile del Distrito de Yanatile Provincia de- Calca Cusco	Jefe del Centro de Salud de Yanatile	Administración del Centro de Salud Atención del Paciente con Distintas Patologías. Manejo de Programas como IRA-EDA, CRED, MALARIA, LEISHMANIASIS, FIEBRE AMARILLA

1981	Centro de Salud de Paucartambo Provincia de Paucartambo Cusco.	Jefe del Centro de Salud de Paucartambo	Administración del Centro de salud. Atención de Pacientes con distintas patologías. Manejo de Programas: IRA-EDA,CRED, MATERNO INFANTIL. Atención de Partos.
1882 1990	Hospital Regional del Cusco	Enfermero Asistencial	Atención de Pacientes Hospitalizados en los diferentes Servicios Como: Medicinas, Traumatología, Cirugías, Quemados, Emergencias y Programas de Salud.
1991 1992	Dirección Regional de Salud Cusco	Director de Atención a Las Personas Funcionario Nivel 4	Programación de Metas de Atención Preventivo Promocional y Recuperativo en toda la Región Del Cusco. Normatividad en el Cumplimiento de Metas de Atención, Evaluación de Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud.
1993 1994	Hospital Regional del Cusco	Jefe de la Unidad de Capacitación	Organización de Cursos de Capacitación. Calificación de expedientes para becas de capacitación para diferentes profesionales de la salud.
1995	Hospital Regional del Cusco	Jefe del Programa de TBC-SIDA Enfermedades Transmisibles y metaxenicas	Tratamiento de Pacientes con TBC SIDA y Enfermedades Metaxenicas. Atención Preventivo Promocionales de TBC-SIDA y Enfermedades Metaxenicas.
1996 2002	Hospital Regional del Cusco	Director de la Unidad de Planificación, Presupuesto y Programas	Elaboración de Presupuesto cada año de Gestión. Elaboración de Proyectos de Gestión Revisión y Corrección del MOF,ROF i Organigrama de Cada Servicio de Hospitalización. Evaluación de Actividades de Salud del Hospital cada año.
2003 2004	Hospital Regional del Cusco	Jefe del Servicio de Emergencia	Organización e implementación de personal y Equipo médico en la Nueva infraestructura del servicio de emergencia. Administración y atención de emergencias Urgencias médicas.

2005	Hospital Regional del Cusco	Enfermero Asistencial en el Departamento de Medicinas	Atención de pacientes Hospitalizados en los Servicios de Medicina A y Medicina C con enfermedades Infecciosa y Transmisibles.
------	-----------------------------	---	---

3.2.1. Descripción centro laboral Servicio de Medicina “C”

A. Ubicación

- Ubicado en el bloque A del quinto piso
- Área de 400 m²
- Capacidad de 22 camas

B. Especialidades

- **Infectología**
 - TBC- 6 camas
 - VIH/SIDA
- **Neumología**
 - NAC (neumonía adquirida en la comunidad)
 - Asma bronquial
 - Bronquiectasias
 - NIH (Neumonía intrahospitalaria)
- **Enfermedades metaxenicas y zoonoticas**
 - Malaria
 - Dengue
 - Leishmaniasis
 - Gripe influenza

C. Demanda del Servicio de Medicina “C”

- **Neumología**
 - NAC (neumonía adquirida en la comunidad)

- NIH (neumonía intrahospitalaria)
- Neumotórax
- Hemotórax
- Bronquiectasia
- Neumonía lobar
- Insuficiencia respiratoria
- N/M de pulmón
- Abscesos pulmonares

- **Enfermedades Transmisibles**
- TBC (tuberculosis pulmonar)
- TBC miliar
- MDR Multidrogo resistente
- RAFA Reacción adversa a fármacos

- **Infectología**
- VIH-SIDA
- Leishmaniasis
- Malaria
- Dengue
- Meningitis tuberculosa.

- **Exámenes en neumología**
- Broncoscopias
- Fibrobroncoscopias.
- Biopsias.
- Drenaje torácico
- Toracocentesis
- Espirometrías

- **Cirugía torácica**
- Realizado por cirujano cardiovascular
- Punción lumbar

D. Personal del Servicio de Medicina “C”

Grupo ocupacional	Total
Profesional	5 médicos 7 enfermeras
No profesional	6 técnicos en enfermería 1 personal de nutrición 1 personal de limpieza
De apoyo internos de medicina, enfermería	2 internos de medicina 4 internos de enfermería

E. Población objetivo

- Pacientes atendidos en la institución (consulta externa o emergencia).
- Pacientes referidos de otras instituciones y regiones.

F. Atención primaria

- Medidas de bioseguridad (lavado de manos)
- Capacitación al personal
- Información al paciente
- Equipamiento adecuado (insumos, equipos y otros)

G. Medidas de bioseguridad

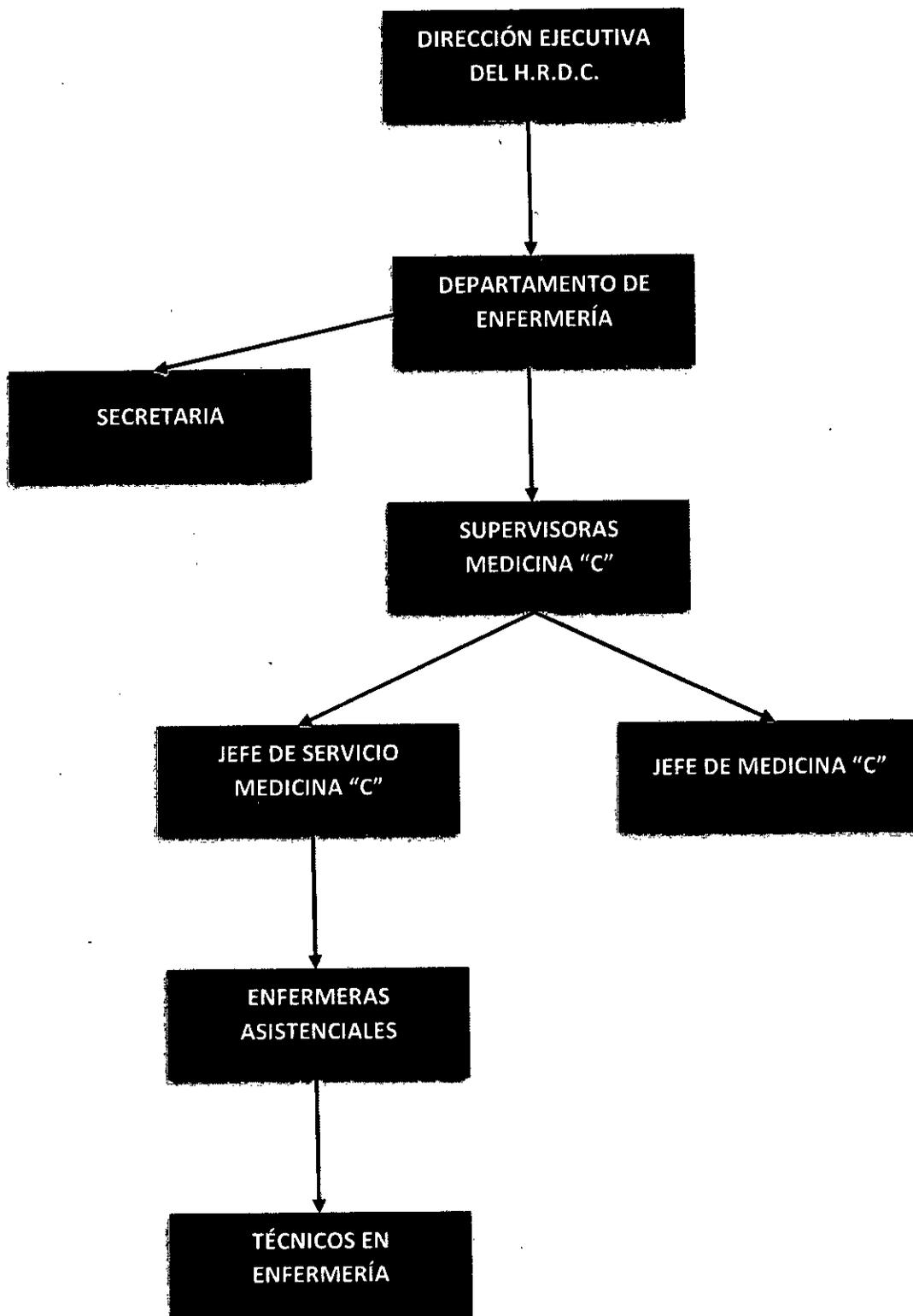
Con prioridad haciendo énfasis en la segregación de biocontaminados.

Entrega de material de bioseguridad a todo el personal del servicio como es:

- Guantes
- Mandiles
- Gorros

- Barbijos
- Respiradores y lentes

H. ORGANIGRAMA DE SERVICIO DE MEDICINA "C"



3.3. Procesos realizados en el tema del informe

A continuación, se detalla las acciones realizadas cotidianamente en el servicio de Medicina C del Hospital Regional del Cusco en la atención de pacientes con neumonía específicamente del adulto mayor, para lo cual se muestra cuatro casos y sus respectivas acciones en atención en enfermería.

3.3.1. Primer Caso

3.3.1.1. Resumen de Histórica Clínica

A. Datos Personales

- Nombre : Luis Pereyra Champa
- Fecha de nacimiento : 25/08/1973
- Lugar de nacimiento : Paruro
- Edad : 43 años
- Sexo : Masculino
- Raza : Mestizo
- Religión : Católico
- Idioma : Quechua, castellano
- Estado civil : Casado
- Dirección : Comunidad de Molle,
Paruro
- Ocupación : Agricultor
- Instrucción : Primaria completa
- Persona responsable : María Anchaya
- Vía de ingreso : Emergencia
- Ingreso al servicio : 05/02/2016
- Elaboración de HC : 05/02/2016
- HC elaborada por : IM Luis Alberto Fernández
Huillca

B. Enfermedad Actual

- Tiempo de enfermedad : 3 días
- Forma de inicio : súbito
- Curso : progresivo

C. Signos y síntomas

- SAT
- Tos
- Escalofríos
- Dolor torácico
- Sudoración
-

D. Relato cronológico de enfermedad

Paciente relata que desde agosto del 2014 empezó a presentar tos intermitente con pintas de sangre, dolor de cabeza, sudoración profusa y SAT acudió a C.S. Llucraquile donde lo trataron con ampollas que no recuerda el nombre y pastillas como paracetamol. Durante 8 días le dieron de alta mejorado, refiere que no estaba completamente recuperado, en mayo del 2015 volvió a acudir debido a que presentaba vómitos alimenticios, dolor de cabeza, dolor de espalda y pecho, tos amarilla y sudoración profusa, lo trataron con ampollas y pastillas que no recuerda nombre durante 8 días y le dieron alta, refiere que tampoco se recuperó completamente de este cuadro, molestias continuaron con menor intensidad hasta que el 03/02/2016 acudió de nuevo a su centro de salud presentando SAT, tos, escalofríos, dolor torácico, sudoración, no lo atendieron debido a que era de noche y lo refirieron al H.R. ingreso por emergencia y lo internaron.

E. Funciones Vitales

- Pulso 102
- P.A. 110/60 mm/hg
- FR 29
- Sat O₂ 84 %

F. Diagnóstico

Diagnóstico sindrómico

- Síndrome de distrés respiratorio

Diagnóstico Etiológico

- Insuficiencia respiratoria crónica reagudizada
- EPID exacerbado
- NAC
- D/C TBC pulmonar

3.3.1.2. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- SERVICIO : Medicina C
- CAMA: 522
- NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Pereyra Champa
- DIAGNOSTICO MEDICO: Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), D/C TBC
- FECHA DE INGRESO: 05-02-2016

N° DE

EDAD: 42

PROCEDENCIA: Paruro

Cusco.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	METAS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Limpieza Ineficaz de las vías aéreas R/C Expectoración hemoptoica E/P Ruidos respiratorios y taquicardia.	Mantener las vías aéreas permanentes con una saturación de 90%	Valoración de reflejo tusígeno, ayudar en los ejercicios de expectoración, fisioterapia respiratoria, mantener una hidratación adecuada. Administración de tusígenos, broncodilatadores, anticoagulantes , se mantiene en posición semifowler, Nebulización según indicación médica, toma de muestra de secreción bronquial para BK y AGA Valoración de las secreciones bronquiales y realizar BH, higiene y confort.	Mantener vías áreas permeables con SPO2 90 % y con evolución favorable.

3.3.2. Segundo caso

3.3.2.1. Resumen de Historia Clínica

A. Datos personales

- Nombre : Maximiliana Cusihuamán Saire
- Fecha de Nacimiento : 21/02/1928
- Lugar de Nacimiento : Chincheros
- Edad : 89 años
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestiza
- Religión : Católica
- Idioma : Quechua
- Estado civil : Viuda
- Dirección : Margen derecha
- Ocupación : Ama de casa
- Instrucción : Analfabeta
- Persona responsable : Felipe Callañaupa Cusihuamán
- Teléfono : 9648554415
- Vía de ingreso : Emergencia
- Ingreso al hospital : 15/08/17
- Ingreso al servicio : 17/08/17
- Elaboración de HC : 18/08/17
- HC elaborada por : IM Liesbeth Gabriela Hinijosa Flórez

B. Enfermedad actual

- Tiempo de enfermedad : 3 días
- Forma de inicio : insidioso
- Curso : Progresivo

C. Signos y Síntomas

- Disnea
- Tos productiva
- Dolor a nivel torácico
- Edema en miembros inferiores

D. Relato cronológico de enfermedad

Hijo refiere que madre presentó desde hace 3 días disnea, tos productiva, dolor a nivel torácico moderada intensidad que incremento durante el día, refiere haber recibido Nastisol con el cual mejoró tos sin embargo para el día 15/08/17 se incrementa disnea, dificultando realizar actividades cotidianas motivo por el cual hijo trae a madre a Hospital Regional del Cusco. Es evaluada en emergencia donde se le indican exámenes. Es hospitalizado el día 17/08/17 con el diagnóstico de: EPID EXACERBADA/ DERRAME PLEURAL DERECHO/ INFECCIÓN URINARIA/D/C TBC PULMONAR.

E. Funciones vitales

- Pulso: 92 X
- T°: 36.6
- Sat O₂: 88%
- PA: 120/70 mmHg
- FR: 21 x

F. Diagnóstico:

- NAC
- EPID EXACERBADA POR NEUMONÍA
- DERRAME PLEURAL BILATERAL
- D/C INSUFICIENCIA CARDIACA
- ANEMIA LEVE
- D/C TBC PULMONAR
- D/C COR PULMONAR

3.3.2.2. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

SERVICIO: Medicina C

N° DE CAMA: 502

NOMBRES Y APELLIDOS: Maximiliana Cusihuaman Saire

DIAGNOSTICO MEDICO: EPID Exacerbado por Neumonía

FECHA DE INGRESO: 15-08-2017

EDAD: 89

PROCEDENCIA: Chinchero Cusco.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	METAS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Riesgo del patrón respiratorio ineficaz R/C Obstrucción del árbol bronquial M/P Disnea presencia de secreciones blanquecinas.	Mantener las vías respiratorias permanentes con una saturación de 86%	Se cumple indicaciones T° 36.4 FR 21X' PC 91 X' PA 120/75 Se administra Oxígeno a 2 litros X' , se mantiene en posición semifowler, aspiración de secreciones. Administración de líquidos orales, se calma el dolor, cambios posturales, e higiene y confort.	Vías respiratorias permeables con SPO2 88% y con evolución favorable.

3.3.2.3. SOAPIE

CASO 1:

SERVICIO: Medicina C

N° DE CAMA: 502

NOMBRES Y APELLIDOS: Maximiliana Cusihuaman Saire

DIAGNOSTICO MEDICO: EPID Exacerbado por Neumonía

FECHA DE INGRESO: 15-08-2017 EDAD: 89

PROCEDENCIA: Chinchero Cusco.

Paciente Adulto Mayor femenino con Diagnostico Medico de Epid exacerbado por Neumonía.

- S** Refiere que respira con dificultad y no tiene deseo de comer y ruidos en el estómago.
- O** En AREG presenta tos con expectoración blanquecina y dolor abdominal e inapetencia.
- A** Riesgo del patrón respiratorio ineficaz R/C Obstrucción del árbol bronquial M/P Disnea presencia de secreciones blanquecinas.
- P** Mantener las vías respiratorias permanentes con una saturación de 86%
- I** Se cumple indicaciones T° 36.4 FR 21X' PC 91 X' PA 120/75
Se administra Oxígeno a 2 litros X' , se mantiene en posición semifowler, aspiración de secreciones.
Administración de líquidos orales, se calma el dolor, cambios posturales, e higiene y confort.
- E** Vías respiratorias permeables con SPO2 88% y con evolución favorable.

3.3.3. Tercer caso

3.3.3.1. Resumen de historia clínica

A. Datos Personales

- Nombre : Marita Turpo Quispe
- Fecha de nacimiento : 19/08/1993
- Lugar de nacimiento : Comunidad Mullamarca- distrito Paucartambo
- Edad : 22 Años
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestiza
- Religión : Católica
- Idioma : Castellano y quechua
- Estado civil : Conviviente
- Dirección : Comunidad Mullamarca
- Ocupación : Ama de casa, agricultura y ganadería
- Instrucción : Quinto de primaria
- Persona responsable : Daniel Sandy Valeriano (espos)
- Vía de ingreso : Emergencia
- Ingreso al hospital : 11/02/2016
- Ingreso al servicio : 16/02/2016
- Elaboración de HC : 17/02/2016
- HC elaborada por : IM Neptali Herencia Chihuantito

B. Enfermedad actual

- Tiempo de enfermedad : 10 días
- Forma de inicio : insidioso
- Curso : progresivo

C. Signos y síntomas

- Dolor en abdomen
- Vómitos
- Diarrea
- Disnea
- Edema en MMII
- Incremento de perímetro abdominal

D. Relato cronológico de enfermedad

Paciente refiere presenta dolor en abdomen tipo punzante y diarrea el día 30 /01/16 a horas 05:00 am cuando estaba cocinando durante el día dolor se intensifica cuando permanecía de cubito dorsal, duerme durante la noche, 02/02/2016 acude al puesto de salud de Mullumarca a hora 02:00 am siendo atendida de forma inmediata por una licenciada en enfermería, le aplica inyectable para el dolor (no especifica tipo de medicamento) le calma el dolor, le indican que vaya al baño y que trajera muestra para examen de orina, al momento de orinar presenta dolor intenso en abdomen, no le indican diagnóstico y le refieren al C.S. de Paucartambo le diagnostican apendicitis, le ponen sonda porque no sabe motivo, le canalizan y la refieren al hospital regional de Cusco, llegando a horas 18:00, confirman diagnóstico de apendicitis y le indican que tenían que ser operada de forma inmediata pero se opera al día siguiente el 03/02/10, permanece 5 días hospitalizada al momento del alta paciente se encuentra agitada y con leve edema en ambos pies, de regreso a su comunidad el edema llega hasta 1/3 distal de piernas, por la noche presenta alza térmica y disnea aumenta de intensidad; motivos por los cuales acude al C.S. de Mollamarca le indican que era parte de la operación y le administran antipirético 10/02/16 se mejora en decúbito dorsal no puede respirar, el día 11/02/16 amanece con fiebre e incremento de perímetro abdominal Lic. De

enfermería acude a su casa la examina y le indica que tiene que ser referida al C.S. de Paucartambo porque la disnea estaba acentuada y el edema llega hasta la rodilla, este mismo día acuden al C.S. de Paucartambo le refieren al Hospital Regional de Cusco llegando al servicio de emergencia a horas 20:00, le indican que tenía neumonía y colección abdominal (tenía que ser operada de nuevo) se hospitaliza, el 12/02/16 la operan permaneciendo en el servicio de cirugía hasta el 16/02/16 para luego ser transferida a este servicio por que le indican que tenían problemas en el pulmón.

E. Funciones vitales

- Pulso: 111 X
- PA: 100/60 mmHg
- T° : 37.6°
- Fr: 28 X
- Sat O₂: 85% FiO₂ 36 %

F. Diagnóstico:

Diagnóstico Síndromico

- Síndrome de parénquima pulmonar
- Síndrome infeccioso
- Síndrome pleurítico

Diagnóstico Etiológico

- Derrame pleural bilateral
- Absceso pulmonar
- D/C NIH

3.3.3.2. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

SERVICIO: Medicina C

N° DE CAMA: 505

NOMBRES Y APELLIDOS: Marita Turpo Quispe

DIAGNOSTICO MEDICO: Neumonía Intra Hospitalaria, Empiema Pleural, Derrame Pleural

FECHA DE INGRESO: 12-02-2016

EDAD: 22

PROCEDENCIA: Paucartambo Cusco

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	METAS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Incapacidad para mantener la respiración espontanea R/C Fatiga de los Músculos respiratorios y/o disminución de la expansión pulmonar E/P disnea , falta de aire.	Disminuir el trabajo de los músculos respiratorias y mantener una saturación de 90%	Se cumple indicaciones T° 37.6 FR 28X' PC 111 X' PA 100/60 Se administra Oxigeno a 3 litros X' con mascara Venturi , aplicar broncodilatadores se mantiene en posición semifowler, mantener la temperatura en sus valores normales, manejo nutricional adecuada, cambio de posiciones C/ 4 horas. Administración de antibióticos, vendaje de miembros inferiores, higiene y confort	Paciente con frecuencia respiratoria 16-20 X', usencia de disnea Sat 90-92 %

3.3.3.3. SOAPIE

SERVICIO: Medicina C

N° DE CAMA: 505

NOMBRES Y APELLIDOS: Marita Turpo Quispe

DIAGNOSTICO MEDIO: Neumonía Intra Hospitalaria, Empiema Pleural, Derrame Pleural

FECHA DE INGRESO: 12-02-2016 EDAD: 22

PROCEDENCIA: Paucartambo Cusco

Paciente Adulto femenino con Diagnostico Medico de Neumonía Intra Hospitalaria, Empiema Pleural, Derrame Pleural.

- S** Refiere que respira con dificultad y no tiene deseo de comer y ruidos en el estómago.
- O** En AREG presenta tos con expectoración blanquecina y dolor abdominal e inapetencia
- A** Incapacidad para mantener la respiración espontanea R/C Fatiga de los Músculos respiratorios y/o disminución de la expansión pulmonar E/P disnea , falta de aire.
- P** Disminuir el trabajo de los músculos respiratorias y mantener una saturación de 90%
- I** Se cumple indicaciones T° 37.6 FR 28X' PC 111 X'
PA 100/60

Se administra Oxigeno a 3 litros X' con mascara Venturi , aplicar broncodilatadores se mantiene en posición semifowler, mantener la temperatura en sus valores normales, manejo nutricional adecuada, cambio de posiciones C/ 4 horas.

Administración de antibióticos, vendaje de miembros inferiores, higiene y confort

- E** Paciente con frecuencia respiratoria 16-20 X', usencia de disnea Sat 90-92 %

3.3.4. Cuarto caso

3.3.4.1. Resumen de historia clínica

A. Datos personales

- Nombre : Luis Alfredo Apaza Vásquez
- DNI : 71898355
- Fecha de nacimiento : 10/10/17
- Lugar de nacimiento : Abancay – Apurímac
- Edad : 27 años
- Sexo : Masculino
- Raza : mestizo
- Religión : Católico
- Idioma : Castellano
- Estado civil : Soltero
- Dirección : Jr. Libertad Progreso-Cusco
- Ocupación : Estudiante
- Instrucción : Secundaria completa
- Informante : personal

B. Enfermedad actual

- Tiempo de enfermedad : 10 días
- Forma de inicio : Insidioso
- Curso : Progresivo

C. Signos y síntomas

- Aumento de volumen de miembros inferiores
- Dolor abdominal
- Dificultad respiratoria

- Deposiciones líquidas
- Inapetencia
- Disminución de peso

D. Relato cronológico de enfermedad

Paciente P.O. de peritonitis por apendicitis hace 07 días que acudió a control por consultoría externa de cirugía quien le sugiere ir a consultorio de infectología, por lo que acude y es evaluado presentando dificultad respiratoria al reposo dolor en base de hemitórax izquierdo tipo punzada, dolor abdominal tipo cólico, deposiciones líquidas desde el postoperatorio, inapetencia por lo que lo envía a emergencia para su ingreso a observación, en emergencia ya con el cuadro descrito además de pérdida de peso (-05 kilos) se ingresa a observación, donde empieza presentar mayor sensación de falta de aire que aumentaba a la sedestación y con persistencia de diarrea sin sangre ni moco, además refiere no presentar alza térmica, no vómitos, durante su estadía en emergencia se le realizaron pruebas rápidas con el resultado reactivo para VIH y asociado a cuadro clínico se Hospitaliza en Medicina C.

E. Funciones vitales

- Pulso: 78 X
- PA: 110/70 mmHg
- T°: 36.8°
- Peso: 70 kg
- FR: 20 X
- Sat O₂: 96 % FiO₂ 21%

F. DIAGNÓSTICO

- Derrame pleural bilateral a predominio derecho
- Neumonía intrahospitalaria
- PO 18 Peritonitis generalizada EAD
- VIH

3.3.4.2. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

SERVICIO: Medicina C

N° DE CAMA: 519

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Apaza Vásquez

DIAGNOSTICO MEDICO: Neumonía Intra Hospitalaria (NIH), Derrame Pleural Bilateral VIH.

FECHA DE INGRESO: 21-11-2016

EDAD: 27

PROCEDENCIA: Cusco.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	METAS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Deterioro de la Ventilación espontanea R/C Fatiga de los músculos respiratorios E/P disnea.	Mantener las vías respiratorias permeables con una saturación más o menos Sat.O2 90 %	Se cumple indicaciones T° 36.9 FR 19X' PC 91 X' PA 100/60 Se administra Oxigeno a 4 litros X' , manejo del dolormy ansiedad, mantener en posición semifowler. Administración electrolitos por vía parenteral, Se coloca SNG y Vesical. Mantener una hidratación adecuada, alimentación ricos en proteínas y carbohidratos, Cambios posturales, higiene y confort.	Vías respiratorias permeables con Sat.O2 90% y con evolución favorable.

3.3.4.3. SOAPIE

SERVICIO: Medicina C

N° DE CAMA: 519

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Apaza Vásquez

DIAGNOSTICO MEDICO: Neumonía Intra Hospitalaria (NIH),
Derrame Pleural Bilateral

VIH.

FECHA DE INGRESO: 21-11-2016 EDAD: 27

PROCEDENCIA: Cusco.

Paciente Adulto Mayor femenino con Diagnostico Medico: Neumonía
Entra Hospitalaria, Derrame pleural y VIH

S Refiere malestar general, respirar con dificultad, pérdida de peso

O En AMEG presenta dificultad respiratoria, dolor torácico. Edema en miembros inferiores y pérdida de peso Sat. Oxigeno 67 %

A Deterioro de la Ventilación espontanea R/C Fatiga de los músculos respiratorios E/P disnea.

P Mantener las vías respiratorias permeables con una saturación más o menos Sat.O2 90 %

I Se cumple indicaciones T° 36.9 FR 19X' PC 91 X'
PA 100/60

Se administra Oxigeno a 4 litros X' , manejo del dolormy ansiedad, mantener en posición semifowler.

Administración electrolitos por vía parenteral, Se coloca SNG y Vesical.

Mantener una hidratación adecuada, alimentación ricos en proteínas y carbohidratos, Cambios posturales, higiene y confort.

E Vías respiratorias permeables con Sat.O2 90% y con evolución favorable.

IV. RESULTADOS

4.1. MORBILIDAD POR NEUMONÍA GRUPO ETÁREO DIRESA CUSCO

INFORMACIÓN DE MORBILIDAD POR NEUMONÍA GRUPO ETÁREO DIRESA CUSCO 2016

COD_ CAT	DESC_CAT	18-24 años	25-29 Años	30-34 años	35-39 años	40- 44 años	45- 49 años	50- 54 años	55-59 años	60 a + años	1-11 M	0-28 d	Total general
J12	NEUMONÍA VIRAL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	2	2	3	3	1	1	2	2	22	4		60
J13	NEUMONÍA DEBIDA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE		2	2	1		1	3	2	10	1		27
J14	NEUMONÍA DEBIDA A HAEMOPHILUS INFLUENZAE		1	1	1	1		1		1			6
J15	NEUMONÍA BACTERIANA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	20	10	15	16	21	33	38	39	254	32	1	585
J16	NEUMONÍA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS INFECCIOSOS NO CLASIFICADOS E						2		2	8	1		14
J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	39	26	34	41	53	51	65	87	571	144	8	1466
	TOTAL GENERAL	61	41	55	62	76	88	1 09	132	866	182	9	2158

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL CUSCO SERVICIO MEDICINA C

4.2. MORBILIDAD POR NEUMONÍA GRUPO ETÁREO HOSPITAL REGIONAL CUSCO

INFORMACIÓN DE MORBILIDAD POR NEUMONÍA GRUPO ETÁREO HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2016

COD_ CAT	DESC_CAT	18-24 años	25-29 Años	30-34 años	35-39 años	40- 44 años	45- 49 años	50- 54 años	55-59 años	60 a + años	1-11 M	0-28 d	Total general
J12	NEUMONÍA VIRAL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE							1		1			3
J13	NEUMONÍA DEBIDA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE			1				1		4			6
J14	NEUMONÍA DEBIDA A HAEMOPHILUS INFLUENZAE							1		1			2
J15	NEUMONÍA BACTERIANA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	8	5	4	5	9	9	14	16	56	6		162
J16	NEUMONÍA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS INFECCIOSOS NO CLASIFICADOS E									2			3
J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	6	1	2	4	2	6	12	4	39	4	1	102
	TOTAL GENERAL	14	6	7	9	11	15	29	20	103	10	1	278

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL CUSCO SERVICIO MEDICINA C

4.3. MUERTES POR NEUMONÍAS REGIÓN CUSCO DIRESA

MUERTES POR NEUMONÍAS REGIÓN CUSCO DIRESA– 2016

Cd63cied	EDAD					Total general
	25 a 29 años	30 a 44 años	45 a 59 años	60 a 79 años	80 a más	
J128			1			1
J129		3		5	4	12
J15				1	1	2
J151				1		1
J152					1	1
J156					1	1
J158				1		1
J159		2	3	8	13	28
J18					3	3
J180				1	2	3
J189				3	5	9
Total general	1	5	4	20	30	62

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL CUSCO SERVICIO MEDICINA C

4.4. MUERTES POR NEUMONÍAS – HOSPITAL REGIONAL CUSCO

MUERTES POR NEUMONÍAS – HOSPITAL REGIONAL CUSCO, 2016

Cd63cied	EDAD				
	30 a 44 años	45 a 59 años	60 a 79 años	80 a más	Total general
J128		1			1
J129	2		4	4	10
J189	1				1
Total general	3	1	4	4	12

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL CUSCO SERVICIO MEDICINA C

4.5. MORBIMORTALIDAD EN EL SERVICIO MEDICINA "C" HOSPITAL REGIONAL

MORBIMORTALIDAD EN EL SERVICIO MEDICINA "C" HOSPITAL REGIONAL AÑO 2016

DIAGNÓSTICO	ALTAS		FALLECIDO		14-25 AÑOS		26-40 AÑOS		41-60 ÑOS		61 A MAS		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)	35	28	5	4	2	3	5	5	6	6	27	18	40	32
NEUMONÍA INTRA HOSPITALARIA (NIH)	2	9				3		1	1	1	1	4	2	9
NEUMONÍA BASAL	3	4		1	-	-	1	1	1	2	1	1	3	4
NEUMONÍA ASPIRATIVA	1	2									1	2	1	2
NEUMONÍA VIRAL	1	-							1		-		1	-

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL CUSCO SERVICIO MEDICINA C

MORBIMORTALIDAD EN EL SERVICIO MEDICINA "C" HOSPITAL REGIONAL AÑO 2017

DIAGNÓSTICO	ALTAS		FALLECIDO		14-25 AÑOS		26-40 AÑOS		41-61 ÑOS		61 A MAS		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)	35	53	7	10	2	3	4	3	9	5	27	52	42	63
NEUMONÍA INTRA HOSPITALARIA (NIH)	10	10	-	2	-	2	-	-	5	-	5	8	10	10
NEUMONÍA BASAL	1	1			-	1	-	-	1				1	1
NEUMONÍA ASPIRATIVA	6	1	1	-	-	-	-	-	2	1	4	1	6	2
NEUMONÍA VIRAL					-	-	-	-	-	-	-	-	-	

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL CUSCO SERVICIO MEDICINA C

V. CONCLUSIONES

- a) La neumonía sigue siendo una de las principales causas de muerte en el mundo. La mejor manera de reducir la mortalidad asociada con esta enfermedad es administrar un tratamiento eficaz sin pérdida de tiempo.

- b) La neumonía es una inflamación de los pulmones causada por una infección por muchos organismos diferentes como bacterias, virus y hongos. En el cual existe una condensación originada por la ocupación de los espacios alveolares con exudado. Y que el intercambio gaseoso no puede llevarse a cabo en las áreas condensadas y la sangre se desvía alrededor de los alvéolos no funcionales.

- c) En la presentación de este informe de experiencia profesional se concluye que la función del enfermero en los cuidados de enfermería es imprescindible, recogiendo información de los pacientes información durante su desempeño, a través de una metodología sistematizada para la formulación del diagnóstico de enfermería que muestran las necesidades y expectativas de los pacientes que son imperiosas de satisfacer.

- d) De acuerdo a los resultados mostrados la morbilidad por neumonía según la DIRESA cusco en la región Cusco en el año 2016 fue de 2158, mientras en el Hospital Regional fue de 278 en el mismo año. Por otro lado las cifras de mortalidad por neumonía según la DIRESA en la región de cusco fue de 62 personas en el año 2016, asimismo en el Hospital Regional fueron de 12 fallecidos en el mismo año. Además la morbimortalidad en el Servicio de Medicina C del Hospital Regional del Cusco para el año 2016 fue de 63 personas dadas de

alta y 10 personas fallecidas, y para el año 2017 en el mismo servicio la morbimortalidad fueron de 88 personas dadas de alta y 19 fallecidos.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Los aspectos a considerar a la hora de plantear cuidados para pacientes con neumonía la valoración respiratoria, pudiendo observarse disnea, hipoventilación, respiración trabajosa, también puede observarse fiebre y taquicardia. Se debe valorar el balance de líquidos, la situación nutricional, la tolerancia a la actividad, el sueño y el reposo y ansiedad.
- b) La instrucción al paciente es muy importante ya que conociendo su situación conseguiremos su nivel de ansiedad.
- c) Proporcionar al paciente y su familia información sobre el tipo de neumonía que padece, las complicaciones y el tiempo de recuperación.
- d) Proporcionar al paciente y familia información sobre medicación prescrita, dosis, nombre, acción administración y efectos secundarios.
- e) Explicar la necesidad de una alimentación adecuada de líquidos y nutrientes.
- f) Explicar la importancia de evitar tabaco y los humos que puedan irritar los bronquios.

VII. REFERENCIALES

1. Aleaga Hernandez YY, Serra MA. Neumonía adquirida en la comunidad: aspectos clínicos y valoración del riesgo en ancianos hospitalizados. Rev Cubana Salud Pública. 2015.
2. Rodríguez Martínez, ZR, Hernández Piard. Neumonía adquirida en la comunidad: caracterización clínico-epidemiológica. Rev. Med. Electrónica. 2012.
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 21. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>.
4. UNICEF. UNICEF: America Latina y el Caribe. [Online].; 2015. Available from: https://www.unicef.org/lac/media_34793.html.
5. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú Lima; 2013.
6. Dirección Regional De Salud Cusco. Boletín Epidemiológico Cusco; 2017.
7. Sánchez Sánchez CA. Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad: epidemiología, clínica y tratamiento, en adultos mayores. Servicio de medicina del hospital minsa ii-2 Tarapoto. Enero 2011 a octubre 2015 Tarapoto; 2017.
8. Salinas DC, Moreno DC. Diana Carolina Moreno, Rodolfo José Dennis. Acta Med Colomb. 2014 Enero; 3(1).
9. Rodríguez Martínez ZR, Hernán M. Neumonía adquirida en la comunidad: caracterización clínico-epidemiológica La Habana; 2012.

10. Boldú J, Cebollero P, Abu J, De Prado A. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. An. Sist. Sanit. Navar.. 2007.
11. Apaza Monrroy KG, Copari Yancachajlla GV. "Factores Determinantes Que Influyen En La Calidad De Vida En Pacientes Diagnosticados Con Tuberculosis Pulmonar Atendidos En La Micro Red Santa Adriana Abril – Julio 2015" Juliaca; 2015.
12. García Satué JL, Aspa Marco J. Monografías NEUMOMADRID:Neumonías; 2005.
13. Burgos.
<http://publicacionesmedicina.uc.cl/TemasMedicinaInterna/nac.html>.
[Online].; 2013. Available from:
<http://publicacionesmedicina.uc.cl/TemasMedicinaInterna/nac.html>.
14. Cunha , Burke. Pneumonia, Community-Acquired; 2011.
15. Organización Panamericana de la Salud. Guía de Práctica Clínica: Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos Lima; 2009.
16. Harrison. Principios de Medicina Interna ; 2006.
17. Farga V. Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. Santiago de Chile; 2012.
18. Gutman L. Tuberculosis extrapulmonar; 2005.
19. Pons A P, Farreras. Tratado de Patología y Clínicas Médicas. La Habana: Ciencia y Técnica; 2012.
20. Butt S, Swiatlo E. Treatment of community-acquired pneumonia in an ambulatory setting.; 2011.

ANEXOS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUMONÍA



Fuente: Elaboración propia, 2017

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUMONÍA



Fuente: Elaboración propia, 2017

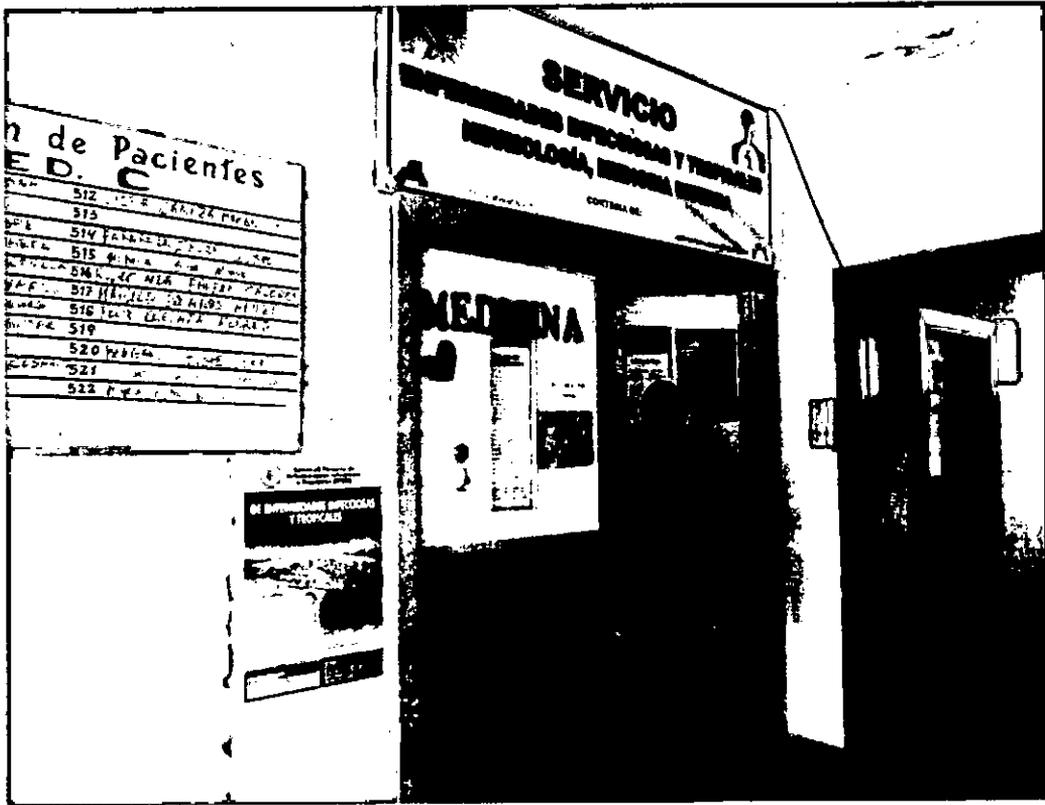
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUMONÍA



EQUIPOS Y MATERIALES



Fuente: Elaboración propia, 2017



Neumonía

DEFINICIÓN:
Infección aguda de los pulmones causada por bacterias, virus o hongos.

CAUSAS DE LA INFECCIÓN:
Bacterias: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Legionella pneumophila.
Virus: Influenza A y B, Sarampión, Citomegalovirus.
Hongos: Aspergillus, Histoplasma capsulatum.

SÍNTOMAS:
Fiebre, tos con expectoración, dolor en el pecho, dificultad para respirar, sudoración nocturna, pérdida de peso.

DIAGNÓSTICO:
Examen físico, radiografía de tórax, análisis de sangre y orina, pruebas de imagenología avanzada.

TRATAMIENTO:
Antibióticos, antivirales, antifúngicos, oxígeno suplementario, hospitalización.

PREVENCIÓN:
Vacunación, higiene personal, evitar el contacto con personas enfermas.

Fuente: Elaboración propia, 2017