

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN
LA COMUNIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE-CASO CLÍNICO-PAE**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

LIC. RUTH ELOISA DELGADO RODRIGUEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ASESOR:

Mg. NERY CHOY ZAVALA

Lima, Perú

2017

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por permitirme la vida y guiarme por el camino del servicio a los demás. A mi familia por ser el apoyo en todos mis logros.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

A todos los docentes que hicieron posible este logro, por su guía, comprensión, paciencia y consejos a lo largo del proceso de especialización.

A mi familia que siempre estuvo a mi lado apoyando mi desarrollo profesional.

Al Hospital Hipólito Unanue y el Servicio de Medicina por el apoyo en la ejecución del presente trabajo.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
I MARCO TEÓRICO	9
II DESARROLLO CAPITULAR	19
CASO CLÍNICO- APLICACIÓN DE PAE	
2.1. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS	26
2.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	28
2.3. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES	30
2.4 EJECUCIÓN DE INTERVENCIONES	43
2.5 EVALUACIÓN DE RESULTADOS	43
III CONCLUSIONES	44
3.1.RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	48

RESUMEN

La neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad inflamatoria aguda del parénquima pulmonar, originada por agentes infecciosos, y que ocurre en un paciente residente en la comunidad por lo menos en los 14 días previos al inicio de los síntomas: Como la fiebre mayor de 38 °C; tos con o sin esputo, Hemoptisis, Dolor pleurítico, mialgias, malestar gastrointestinal, disnea, malestar general, fatiga, estertores y/o sibilancias, matidez a la percusión; y afecta a la población entre el 22 % y el 50%, requieren ingreso hospitalario por su mayor gravedad. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer la relevancia del cuidado y el actuar profesional demostrado nuestra competencia por medio del proceso de enfermería (PAE) como método rector de dicha disciplina en el ser y hacer, y producto de la interacción sistemática y continuada con el paciente en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Palabras claves: Paciente, cuidados, neumonía, enfermería.

ABSTRACT

Community-acquired pneumonia is an acute inflammatory disease of the lung parenchyma caused by infectious agents and occurs in a patient who is a resident of the community for at least 14 days prior to the onset of symptoms: As the fever greater than 38 ° C; Cough with or without sputum, Hemoptysis, pleuritic pain, myalgias, gastrointestinal discomfort, dyspnea, malaise, fatigue, rales and / or wheezing, percussive dullness; And affects the population between 22% and 50%, require hospital admission because of its greater severity. The objective of the present work is to show the relevance of care and professional action demonstrated our competence through the nursing process (PAE) as the guiding method of this discipline in being and doing, and the product of systematic and continuous interaction with The patient in the medical service of the Hospital Hipólito Unanue of Tacna.

Key words: Patient, care, pneumonia, nursing.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo académico, se presenta el caso clínico y Proceso de Atención de Enfermería en Neumonía Adquirida en la comunidad la cual tiene el objetivo de que por medio de su realización se brinden cuidados personales al paciente de acuerdo a su necesidad y patología.

La neumonía adquirida en la comunidad es un proceso infeccioso del parénquima pulmonar distal a los bronquiolos terminales que se produce, en la población inmunocompetente, debido a la proliferación de microorganismos con respuesta inflamatoria alveolar. Las partículas pequeñas que alcanzan los alveolos, con un diámetro comprendido entre 1 y 3 micras y, estos microorganismos pueden penetrar en el parénquima pulmonar por diferentes vías (1).

Las más frecuentes son la inhalación y aspiración de secreciones orofaríngeas, sobre todo durante el sueño. Cuando el individuo permanece despierto, la glotis garantiza el aislamiento de las vías respiratorias; al cerrarse impide el paso de las secreciones alojadas en la faringe. Durante el sueño se producen micro aspiraciones de estas secreciones. Si los mecanismos de defensa pulmonar están intactos, el reflejo de la tos, junto con el movimiento ciliar y la secreción mucosa, son capaces de eliminar las partículas que han entrado en la tráquea y en los bronquios. La vía hematogena también puede ser responsable de la infección pulmonar, aunque es más frecuente en las neumonías que se contraen cuando el paciente está hospitalizado. El tabaco, el alcohol, la deshidratación y la edad avanzada dificultan la actividad ciliar.

Por otro lado, los pacientes inmunodeprimidos, así como el post- operado o los que están ingresados en unidades de alto riesgo están más expuestos a la colonización de la orofaringe por gérmenes patógenos (1).

Un porcentaje importante de pacientes, que oscilaría entre el 22 % y el 50%, requieren ingreso hospitalario por su mayor gravedad (2). , y las enfermeras como tenemos la función de cuidar a la persona, familia y comunidad; sano o enfermo; se ve necesario realizar este trabajo.

Ante este contexto se realiza el presente PAE, y se desarrollará un caso de neumonía adquirida en la comunidad de la siguiente manera, en capítulos: en el Capítulo I: Valoración por dominios; capítulo II: Diagnósticos de Enfermería; capítulo III: Planteamiento de Objetivos y prioridades; capítulo IV: Ejecución de las intervenciones y capítulo V: Evaluación de los resultados.

I. MARCO TEÓRICO

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

El término *neumonía adquirida en la comunidad* se define a una enfermedad inflamatoria aguda del parénquima pulmonar que tiene traducción clínica y radiológica, originada por un agente infeccioso, y que ocurre en un paciente residente en la comunidad por lo menos en los 14 días previos al inicio de los síntomas (2).

Fisiopatología de la neumonía.

La infección del parénquima pulmonar y la consecuente respuesta inflamatoria con trasudación de líquido y migración de células efectoras, presencia de fibrina y otras proteínas tanto en el intersticio como en la luz alveolar, conducen desde el punto de vista de la mecánica respiratoria a una disminución de la distensibilidad pulmonar y de los volúmenes pulmonares, especialmente a expensas de la CRF (capacidad residual funcional). El intercambio gaseoso se ve comprometido en forma característica provocando grados variables de hipoxemia secundaria al desarrollo de alteraciones ventilación-perfusión (V/Q) y de cortocircuitos intrapulmonares como consecuencia del remplazo del aire alveolar por exudado inflamatorio.

El trabajo respiratorio se incrementa como resultado del aumento en las demandas ventilatorias y el incremento de las cargas elásticas generadas por el parénquima pulmonar enfermo.

Dentro de los factores de riesgo tenemos:

- Edad mayor de 65 años
- Anemias
- Alcoholismo.
- Inmunodepresión
- Terapia antibiótica reciente (resistencia a los antibióticos)
- Asma

- Enfermedad cerebrovascular
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Insuficiencia renal crónica
- Insuficiencia cardíaca
- Diabetes
- Enfermedad hepática
- Enfermedad neoplásica.

ETIOLOGIA SEGÚN EL AGENTE INFECCIOSO:

- **Streptococcus pneumoniae**
- Haemophilus influenzae
- Mycoplasma pneumoniae
- Staphylococcus Aureus
- Chlamydia pneumoniae
- Legionella sp,
- Moraxella catarrhalis
- Virus Sincitial Respiratorio e Influenza.

Como datos epidemiológicos tenemos:

- De las infecciones respiratorias es la tercera causa de muerte, después de las cardiovasculares y neoplasias.
- Representa el 11, 6% del total.
- Incidencia de 5 – 15% en población adulta a nivel mundial.
- Es más frecuente en:
 - Extremos de la vida,
 - Mayores de 65 años,
 - Estación de invierno,
 - Personas con factores de riesgo asociados.
- Se estima una **mortalidad** que fluctúa entre:
 - 1 – 5% de los casos de NAC ambulatorios,
 - 6 – 14% de los casos requieren hospitalización,
 - Entre 35 – 50% de los casos que ingresan a UCI.

- Depende mucho de la técnica empleada

S. Pneumoniae	19%
Atípicos (<i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> ; <i>C. burnetti</i>)	22%
Virus	12%
No se conoce causa	60%(2)

Manifestaciones clínicas:

- Fiebre mayor de 38 °C
- Tos con o sin esputo
- Hemoptisis
- Dolor pleurítico
- Mialgias
- Malestar gastrointestinal
- Disnea
- Malestar general
- Fatiga
- Estertores y/o sibilancias
- Matidez a la percusión

Signos de consolidación pulmonar:

- Matidez
- Aumento de frémito
- Egofonía
- Ruidos bronquiales
- Estertores(2)

La función primaria del pulmón es el intercambio gaseoso, para lo cual, cuenta con la mayor superficie epitelial (aproximadamente 70 m²) del organismo, en continuo contacto con el ambiente externo. Por lo tanto, con cada respiración la vía respiratoria humana se ve sometida a la acción de numerosos gérmenes y partículas suspendidas, susceptibles de ser vehiculizadas hacia sus áreas más

distales. En estas condiciones, una serie de mecanismos de defensa, específicos e inespecíficos, se pondrán en marcha para eliminarlos.

Dichos mecanismos variaran dependiendo que se trate de la vía respiratoria superior, cuya función es únicamente conductora o de la vía respiratoria inferior, cuya principal función es el intercambio gaseoso. De lo anterior se desprende que el riesgo de infección respiratoria está en relación directa con la capacidad de microorganismo para acceder a la superficie epitelial respiratoria e invadirla.

En consecuencia la infección pulmonar parenquimatosa se puede desarrollar a partir de las siguientes vías. Transmisión aérea, aspiración de secreciones, diseminación hematógena, extensión directa y reactivación de microorganismos que permanecían en estado latente(3).

Diagnóstico clínico: Se tomará en cuenta lo siguiente:

Los síntomas sugestivos de neumonía son fiebre, tos y expectoración, frecuentemente acompañados de disnea y dolor pleural. Los pacientes ancianos generalmente presentan menos síntomas o son aparentemente menos severos que en los pacientes jóvenes. La fiebre se encuentra en aproximadamente el 80% de los pacientes, el aumento de la frecuencia respiratoria es típico (taquipnea, FR >20/min) y los signos de consolidación o de estertores alveolares se perciben en 30 a 80% de los casos(3).

La radiografía simple de tórax (RxT) es la exploración de imagen inicial obligada ante la sospecha de Neumonía adquirida en la comunidad. La presencia de un nuevo infiltrado es el hallazgo radiológico característico de neumonía. La sintomatología clínica, los resultados analíticos y la radiografía únicamente nos permiten realizar un diagnóstico de sospecha. Ni el cuadro clínico ni la imagen radiológica nos permiten predecir de manera fiable la etiología de la Neumonía adquirida en la comunidad.

La prevalencia de neumonía en radiografías en adultos varía desde el 3% en la consulta externa hasta el 28% en el departamento de urgencias. Es necesario demostrar infiltrados pulmonares para la confirmación del diagnóstico clínico de neumonía, pero se pueden encontrar falsos negativos en estados de deshidratación, en etapas muy tempranas de la enfermedad, en neumonías por *P.*

carinii y en estados severos de eutropenia. Por consiguiente, una radiografía no excluye el diagnóstico de neumonía.

Los cambios radiográficos son de gran utilidad para definir la extensión de la enfermedad (lobar versus multilobar) y a menudo identifican algunas complicaciones, como el derrame pleural, el empiema o el absceso pulmonar.

La tomografía axial computarizada (TAC) torácica tiene una sensibilidad mayor que la Radiografía de tórax para el diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad. Pero, no obstante, su uso ha de reservarse a aquellas situaciones en las que interesa un diagnóstico diferencial preciso, o ante un fracaso en la respuesta terapéutica.

En todo paciente con Neumonía adquirida en la comunidad se ha de intentar conseguir el diagnóstico etiológico. Sin embargo, nunca deberá retrasarse el inicio del tratamiento antibiótico para obtener una muestra adecuada en caso de que sea difícil. El diagnóstico de certeza requiere el aislamiento del microorganismo, la detección de sus antígeno o de su genoma en muestras no contaminadas como sangre, orina, líquido pleural o tejido pulmonar, o bien la detección de anticuerpos específicos en niveles significativos. La cuantificación de los aislamientos en diversas muestras respiratorias ayuda a distinguir colonización de infección.

La tinción de Gram y el cultivo de una muestra de calidad (< 10 células escamosas/campo y > 25 leucocitos polimorfonucleares/campo) de esputo, o de aspirado bronquial simple en el paciente intubado, pueden ser muy útiles para la elección de un tratamiento empírico precoz apropiado, Si el paciente tiene más de un mes de tos o hay sospecha radiológica de tuberculosis se debe hacer *baciloscopia* y cultivo para BK.

La presencia en estas muestras de patógenos obligados es diagnóstica. En todo enfermo con sospecha de Neumonía adquirida en la comunidad además del esputo/aspirado bronquial, han de recogerse antes del inicio del tratamiento antibiótico al menos las siguientes muestras:

Dos hemocultivos, orina para antigenuria de neumococo y *Legionella* y, si existe en cantidad suficiente, líquido pleural (Gram, cultivo, antígeno neumocócico).

Exámenes generales: hemograma, glicemia, creatinina, *BUN* (nitrógeno uréico sanguíneo), sodio y potasio sérico, gases arteriales. Las pruebas de función hepática son opcionales.

Tratamiento farmacológico:

La elección del tratamiento empírico se basará en la intensidad de la enfermedad, edad del paciente, comorbilidades, presentación clínica, ambiente epidemiológico, exposición previa a antibióticos, probabilidad del patógeno infeccioso y el conocimiento de los patrones de susceptibilidad. A pesar de que la neumonía adquirida en la comunidad puede ser causada por una gran variedad de microorganismos, un número relativamente pequeño de éstos origina a la mayoría de los casos de neumonía adquirida en la comunidad (*Streptococcus pneumoniae* [el más frecuente], *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Chlamydophila pneumoniae*, virus respiratorios).

Los organismos atípicos reciben su nombre del hecho de que no son detectables en la tinción de Gram o cultivables bajo condiciones habituales. Entre los organismos atípicos se encuentran principalmente *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae*, *Legionella* spp. y los virus respiratorios. Entre los agentes virales, el virus de la influenza se mantiene como el más frecuente, aunque ha comenzado a aumentar la incidencia de los casos de neumonía por el virus sincitial respiratorio, adenovirus y virus de la parainfluenza.

Los métodos diagnósticos actuales no cuentan con la precisión ni con la rapidez adecuada para permitir dirigir siempre el tratamiento antibiótico. Además, existe alta sospecha de que un número considerable de neumonías se acompañen de infección por microorganismos atípicos, los cuales son difíciles de cultivar y/o detectar. Por estas razones, casi siempre la administración de antibióticos será de manera empírica. En general se recomienda iniciar el tratamiento de forma empírica con macrólidos, fluoroquinolonas o doxiciclina.

Los pacientes hospitalizados serán tratados con antibióticos intravenosos hasta que se encuentren estables (véase criterios de estabilidad más adelante) y posteriormente, se iniciará la administración vía oral. Una vez que se pueda administrar el medicamento vía oral, no se requiere tratamiento de otras

comorbilidades ni de estudios diagnósticos, y el ambiente social y cultural del paciente permita su pronta recuperación se considerará el alta.

Los pacientes estables se definen como los que cumplen todos los siguientes criterios:

- a) Temperatura mayor a 37.8 °C.
- b) Frecuencia cardiaca mayor a 80 lpm.
- c) Frecuencia respiratoria mayor 24 respiraciones por min.
- d) Presión arterial sistólica menor 90 mm Hg.
- e) Saturación arterial de oxígeno menor 90%, o presión arterial de oxígeno menor 60 mm Hg.
- f) Capacidad de utilizar la vía oral.
- g) Estado mental sin alteraciones.

La duración del tratamiento deberá ser por un mínimo de cinco días, después de que el paciente permanezca por más de 48 a 72 h asintomático, con no más de un signo de inestabilidad originada por la neumonía. En algunos casos se requerirá una mayor duración del tratamiento, principalmente en los casos en los cuales hubo necesidad de modificar el esquema antibiótico u ocurrió infección extrapulmonar (por ejemplo, meningitis o endocarditis)(3).

En general se recomienda una duración del tratamiento de aproximadamente siete a 10 días en caso de *Streptococcus pneumoniae*, y de 10 a 14 días para *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*.

Todo paciente con neumonía grave debe ingresar directamente a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Las complicaciones más frecuentes son:

- Derrame paraneumónico y Empiema bacteriano.
- Absceso pulmonar.
- Hidroneumotórax o Neumotórax espontáneo secundario.
- Sepsis

Su manejo será en la Unidad de Cuidados Intensivos – UCI.(4)

Las medidas preventivas son:

Vacunación

- Neumococo
- Virus influenza

Evitar tabaquismo

Cuidados de enfermería aun paciente con neumonía:

- El control terapéutico de la neumonía involucra un programa completo de tratamiento a base de antibióticos prescritos.
- La oxigenoterapia se emplea para tratar la hipoxemia.
- Los tratamientos de terapia respiratoria con percusión torácica y drenaje postural contribuyen a la eliminación del exudado supurativo. Cada 2 horas el paciente deberá darse la vuelta, toser y respirar profundamente, este procedimiento es de suma importancia para pacientes ancianos inmobilizados o de movilidad limitada.
- La cabecera de la cama se eleva para contribuir a la ventilación y se pueden prescribir broncodilatadores. $\frac{3}{4}$ Aseo de las vías respiratorias, si es necesario realizar irrigaciones nasales con solución salina.
- Procurar un ambiente húmedo.
- Dieta blanda e incrementar la ingestión de líquidos.
- Control de la temperatura.
- Desarrollar programas de Educación para la Salud.

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los

cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería(5).

El autocuidado está dirigido a la práctica de actividades que las personas, que quieren, pueden hacer con arreglo a su situación temporal y por cuenta propia, con el fin de seguir viviendo en bienestar, mantener y/o recuperar la salud y prolongar la vida. Así, la aplicación de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem muestra su importancia en el desarrollo del conocimiento de enfermería, además de su gran utilidad para la formación de recursos humanos y la práctica de enfermería.

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción(6).

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Orem que es una relación entre la propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total

ayuda de la enfermera por su incapacidad parcial o total para realizar actividades de autocuidado.

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

II. DESARROLLO CAPITULAR

CASO CLÍNICO- APLICACIÓN DE PAE

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Paciente adulto mayor de 72 años de edad, de sexo masculino, ingresa el 20 de marzo del 2017, a horas 9 am, al servicio de emergencia, por presentar dificultad para respirar, se le observa agitado, presencia de tos productiva con flema amarillenta, dolor torácico, hipertermia, taquicardia y; refiere malestar general como sentirse cansado y dolor en el cuerpo y cabeza; familiar refiere que dichos malestares han venido en aumento desde hace 4 días, a las funciones vitales presentó PA 120/90 mmHg, FC=104x', R=28x', Sat O2=80% y T= 38.9°C (axilar), después de la evaluación médica se decide su hospitalización en el servicio de medicina con diagnóstico médico D/C Neumonía.

Durante la entrevista paciente refiere que no puede respirar, "siento que me ahogo, me siento caliente y mi ropa mojada", lúcido, orientado en tiempo espacio y persona, estado emocional poco irritable, acongojado, ansioso se cansa con facilidad se encuentra en posición semifowler en regular estado general, higiene corporal regular, piel pálida diaforético, disminución de la visión y disminución de la audición, pupilas isocóricas, fotoreactivas fosas nasales permeables con apoyo ventilatorio por cánula binasal a 3litros, cavidad bucal dentadura incompleta, mucosas orales secas, cuello cilíndrico con ganglios palpables, tórax con disminución de los movimientos de amplexión, a la auscultación evidencia de Estertores burbujosos superiores bilaterales a predominio espiratorios, subcrepitantes húmedos finos difusos a predominio de campos inferiores; algunas sibilancias espiratorias de ambas bases, tos productiva con presencia de secreciones amarillentas, disnea al ejercicio, ruidos cardiacos normales, abdomen blando depresible a la palpación, miembros superiores movibles y miembros inferiores con presencia de movimiento y disminución de la fuerza muscular(7).

FC: 90 x' **FR:** 28x' **T°:** 38.5°C **PA:** 120/90 mmHg **Sat O2:** 88%

PO2 75mmHg **pH** 7,34, **paCO2** 48mmHg, **HCO3** 18,3mmol/L

DATOS FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : XX
 - Edad : 72 años
 - Fecha de Nacimiento : 05/04/1944
 - Sexo : Masculino
 - Raza : Mestizo
 - Religión: : Católica
 - Grado de Instrucción : Primaria.
 - Ocupación Actual : Su casa.
 - Ocupaciones Anteriores : Albañil
 - Estado Civil : Soltero
 - Lugar de Nacimiento : Moquegua
 - Procedencia : Tacna
 - Domicilio : Calle Tacna 80
 - Fecha de Ingreso : 20/03/2017
 - Fecha de Elaboración HC : 21/03/2017
- Informantes : Familia, paciente

ANTECEDENTES PERSONALES:

Hábito de fumar: Ex fumador

Hábito alcohólico: Ocasionalmente en reuniones familiares

Bebedor: Eventos sociales

Depresión: No presenta

Drogas: Nunca

Historia sexual: Inicio: 16 años N° de parejas: 3

Antecedentes Laborales : Albañil, actualmente se encuentra sin ocupación.

Antecedentes Patológicos:

Enfermedades sufridas:

HTA () DM () GASTRITIS/ULCERA () ASMA () TBC () Otra (X)

Patologías: Bronconeumonía

Cirugías: Si (x) Especifique: Apéndice **Fecha:** Hace 25 años

Alergias y otras reacciones: Fármaco (no)

Hospitalización: NO (x)

Alergias y otras reacciones: Fármaco (no) Alimentos: no

ANTECEDENTES FAMILIARES:

	PADRES	HERMANOS	ABUELOS
VIVOS	: ()	(5)	()
SANOS	: ()	(4)	()
ENFERMOS 	: ()	(1) HTA	()
MUERTO	: (1) cirrosis	(1)	(2) muerte: asma
TBC	: ()	()	()
VIH/SIDA	: ()	()	()
HEPATITIS	: ()	()	()
VIOLENCIA FAMILIAR:	()	()	()
DIABETES	: (1)	()	()

CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA Y DINÁMICA FAMILIAR:

Composición familiar: Viudo hace 12 años

Trabajo: No ahora su casa antes albañil.

Estabilidad: Si _x_ No__

Ingreso: Su casa.

Nº de comidas al día: 3 veces.

Comida favorita: lomo saltado

Nº Horas que duerme: 6 horas

Deportes: No realiza

Relaciones familiares: Buena

EXAMEN FÍSICO NERVIOSO:

- Estado Mental: Lúcido
- Orientación: Ubicada en tiempo y espacio y persona.
- Memoria: Remota, inmediata y mediata conservada.

Sensibilidad superficial:

- Dolor: En el pecho al toser.
- Tacto: Reconoce los lugares donde se toca.
- Temperatura: Reconoce objetos fríos y calientes

Profunda:

- Vibratoria: Evaluable
- Propiocepción: Evaluable

EXAMEN FISICO:**Estado Nutricional:**

Peso 70 kg Talla: 1.68 cm IMC: (24,8) NORMAL

Expansión torácica: 3 cm

Signos vitales.

PA: 120/90 mmHg **FC:** 90 x` **T°:** 38,5 °C **R:** 28 x` **Sat O2:** 88%
PO2 75% **pH** 7,34, **paCO2** 48mmHg, **HCO3** 18,3mmol/L

Apariencia general:

- Constitución: Endomorfa
- Conformación: Estructuras completas.
- Movimientos corporales: Con limitación
- Postura: de cúbito Dorsal en semifowler
- Presentación personal: Regular.

Examen de cabeza:

- Forma: Normocefálica
- Ceño: ligeramente fruncido

Examen de cara:

- Forma: Redonda
- Tamaño: Proporcional a la cabeza.
- Piel: Caliente, pálido y diaforético

Examen de ojos:

- Párpados: Oclusión: Presente
- Piel: íntegra Masas: No presenta
- Pupilas: Isocóricas.
- Mirada evasiva por momentos con angustia.

- Tráquea: posición: Centrada

Examen de torax y pulmones:

- Piel: integra
- Simetría: Si Masas: No
- Sensibilidad: Si
- Ritmo: Irregular
- Tipo de respiración: Torácica-superficial, no existe tiraje costal
- Desviación: No
- Tos: Si productiva Disnea: Si
- Secreciones : Si amarillas
- Ruidos respiratorios: Estertores superiores bilaterales a predominio espiratorios, subcrepitantes húmedos finos difusos a predominio de campos inferiores, algunas sibilancias en ambas bases.
- Oxigenoterapia x cánula binasal 3Lt or minuto.
- FR : 28 x´

Examen de corazón:

- Pulsaciones: Rítmicos
- Ruidos cardiacos: Presentes
- Soplos: No
- Frecuencia cardiaca: 88 x´
- Áreas de auscultación: Completas
- Ritmo: Regular Pulso: 88 x´
- Edema: No Varices: No
- Cianosis: No

Examen de abdomen:

- Forma : Cóncavo
- Piel: Integra Estrías: No
- Gases: No Sonidos: Ruidos hidroaéreos (++)
- Masas: No
- Ombligo: Centrado
- Reflejo cutáneo Abdominal: presente
- Hígado: No palpable
- Bazo: No palpable
- Puntos dolorosos: No

Examen de genitales: No presenta molestias al miccionar.

Examen de extremidades:

- Simetría: Simétrico
 - Piel: Integra
 - Sensibilidad: Presente
 - Edema: No
 - Temblores: No
 - Articulaciones: simetría: Si
 - Movimiento: normales Activos y pasivos
 - Función: movilidad: Limitada
 - Tono muscular: Debilitada
- Cicatrices: Si
masas: No
Fracturas: Ninguna.
Otros:-----

Examen rectal: conducto permeable, no refiere molestia alguna.

Funciones biológicas

Sed : Aumentada
Apetito : Disminuido
Orina : 1500cc / día
Color : Amarillo oscuro
Deposiciones : 1 vez por día

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1.- Neumonía

Indicaciones médicas;

- NPO
- Dext 10% + NaCl 20% 1 amp + kCl 20% 1amp } 30 gts x´
- Ceftriaxona 2gr c/24 hrs EV
- Clindamicina 600 mg c/8hrs EV
- Ranitidina 50 mg c/12 hrs EV
- Salbutamol 2 puff c/ 8 hrs
- Metamizol 1gr Ev cond. T° > 38.5°C
- Balance Hídrico
- Oxigenoterapia x cánula binasal 3 Lt x minuto.
- Nebulizaciones SF 4cc+ fenoterol 4gts cada 4 horas

- Control de FV cada 4 horas.
- Hemograma completo cada 24 horas.
- Rayos de control posterior a 3 días de tratamiento.

Datos de laboratorio:

Gases arteriales:

pH 7,34, (7,34- 7,45)

paCO2 32mmHg, varones (35-48 mmHg)

HCO3 18,3mmol/L (21-26 mmol/L)

PO2 75mmHg(75 a 100)

HEMOGLOBINA Y HEMOGRAMA:

EXAMENES	RESULTADOS	VALORES NORMALES
Hemoglobina	14,9 g/dl	13,8-17,2 g/dl(hombres)
HEMOGRAMA		
Leucocitos	18,750 mm3	5000 mm3 a 10000 mm3
Neutrófilos	95	60% a 70%
Monocitos	0.1	2% a 6%
Linfocitos	0.4	20% a 30%
Hematocrito		42% a 52%

Examen complementario:

Rx. de Torax. Se observan opacidades múltiples en ambos campos pulmonares medios e inferiores, de densidad heterogénea, de bordes difuminados.

2.1. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

DOMINIOS	DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS
DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	Hace cuatro días inicia enfermedad con episodios que antes también se había presentado, no quería ir al centro de salud por que desconfía de los médicos. Mostraba muy poco interés de su estado de salud por desconocimiento. No fuma, pero bebe ocasionalmente. No suele hacer ejercicios.
DOMINIO 2 NUTRICIÓN	NPO, Pesa 70 Kg y mide 168 cm, su apetito ha DISMINUIDO, IMC 24,8 (Normal). Le faltan algunas piezas dentales. Hg. 14,9 g/dl
DOMINIO 3 ELIMINACIÓN	Intestinal: Evacúa 1 v, al día. Urinaria: 1,500 al día, color ambar Temperatura 38,5°C, piel diaforética Polipnea 28 RPM, tos productiva con secreción amarillenta. Refiere no puede respirar bien Estertores, crepitaciones y sibilancias en ABP Gases arteriales: pH 7,34, (7,34- 7,45) paCO2 48mmHg, varones (35-46 mmHg) HCO3 18,3mmol/L (21-26 mmol/L) PO2 75mmHg(75 a 100) SATURACION DE OXIGENO 88%
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO	Refiere que no tiene deseos de realizar algo, con dificultad para conciliar el sueño. Duerme unas 6 horas aprox. Sin hábitos por la actividad física. Extremidades inferiores con presencia de limitación debido a pérdida de fuerza muscular. Se cansa muy

	<p>rápido.</p> <p>refiere que no puede respirar, “siento que me ahogo, me siento caliente y mi ropa mojada”</p> <p>Mantiene una postura decúbito dorsal semifowler en unidad.</p> <p>Ayuda parcial en Actividades de la vida diaria</p> <p>PA 120/90 mmHg, pulso 90x´ respiración 28 x´.</p> <p>Con O₂ cánula binasal 3lt x minut.</p> <p>Tórax con disminución de los movimientos de amplexión, a la auscultación evidencia de Estertores ,sibilancias espiratorias en ambas bases.</p> <p>Presenta regular higiene y cuidado personal, fuerza muscular debilitada, intolerancia a la actividad.</p>
DOMINIO 5 PERCEPCIÓN COGNICIÓN	<p>Nivel de conciencia: consiente orientado en tiempo, lugar espacio y persona.</p> <p>Refiere moderado dolor intercostal cuando respira. Escala analógica visual EVA 4/10</p> <p>Ojos / visuales, si con uso de lentes como ayuda</p> <p>Oídos/ audición disminuida Nariz/ olfato alterado</p> <p>Lengua/ gustativo norma Piel /tacto piel con hipertermia 38.5 °C y presencia de sudoración.</p> <p>Presencia de agitación e irritabilidad.</p> <p>Aún no se encuentra con sus 5 sentidos estables por efectos de la expectoración amarillenta presente y de los fármacos administrados.</p>
DOMINIO 6 AUTOPERCEPCIÓN	<p>Se le observa estado de ánimo decaído, facie de ansiedad e intranquilidad, poco irritable, acongojado</p> <p>Adulto mayor se describe con rasgos propios del envejecimiento, refiere ya está viejo y sólo le trae preocupaciones a sus hijos.</p>
DOMINIO 7 ROL RELACIONES	<p>Vive solo, sus hijos lo visitan a diario y de vez en cuando sale a visitar y conversar con los</p>

	vecinos. Apoyo familiar relativo.
DOMINIO 8 SEXUALIDAD	Es viudo hace 12 años. No tiene pareja actualmente.
DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRES	No ha tenido cambios importantes en su vida en los últimos años. Las decisiones la toman consultando con sus hijos. Se apoya bastante en su hija mayor, quien lo cuida. Piel diaforética, mirada evasiva y de angustia, ceño poco fruncido, por momentos irritable
DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES	Católico, asiste los domingos a la iglesia. Refiere que siempre hay tener fe. No relaciona su enfermedad con ninguna creencia.
DOMINIO 11 SEGURIDAD PROTECCIÓN	Diagnóstico médico de Neumonía asociada a la comunidad, presencia de vía periférica permeable. Piel integra. Riesgo de caídas: Si escala de Downton 2 puntos (mediano riesgo) por la edad. Presencia de tos productiva con expectoración amarillenta, estertores y sibilantes Paciente refiere me siento caliente y mi ropa está mojada” Temperatura axilar: 38.5 °C FC90 latidos por minuto Leucocitos en sangre 18,750 mm ³
DOMINIO 12 CONFORT	El paciente presenta dolor torácico EVA 4/10, por la tos productiva. Paciente recibe visitas de familiares y amigos cercanos.
DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Peso 65 kg, Talla 1,68 mt Índice de masa corporal (IMC) 24,8% (normal) Habilidades y capacidades limitadas, dificultad

	para la actividad física.
--	---------------------------

2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	00126 Conocimientos deficientes r/c seguimiento inexacto de las instrucciones m/p mala interpretación de la información
DOMINIO 3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO	00030 Deterioro del intercambio gaseoso r/c cambios de la membrana alveolo-capilar m/p disnea, gasometría arterial anormal HCO ₃ 18,3 mmol/L, Sat O ₂ 88% PO ₂ 75mmHg
DOMINIO 4 ACTIVIDAD REPOSO	00092 Intolerancia a la actividad r / c desequilibrio entre aportes y demanda de oxígeno m/p expresa debilidad fatiga, disnea
DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRES	00146 Ansiedad r/c amenaza cambios en los estilos de vida m/p irritable, piel diaforética, mirada evasiva y de angustia, ceño poco fruncido.
DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c acúmulo de secreciones bronquiales m/p expectoración amarillenta, tos productiva ,estertores y sibilantes 00007 Hipertermia r/c proceso infeccioso m/p t 38.5°C m/p taquicardia 90 latidos por minuto, rubicundo, leucocitosis Leucocitos en sangre 18,750 mm ³

2.3. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES

VALORACIÓN DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
<p>Paciente refiere que no puede respirar, “siento que me ahogo, me siento caliente y mi ropa mojada”</p> <p>Disnea respiraciones 28 por minuto, gasometría arterial: Gases arteriales: pH 7,34, (7,34- 7,45)</p> <p>paCO2 48mmHg, varones (35-46 mmHg)</p> <p>HCO3 18,3mmol/L</p>	<p>00030 Deterioro del intercambio gaseoso r/c los cambios de la membrana alveolo capilar m/p disnea, gasometría arterial anormal HCO3 18,3 mmol/L, Sat O2 88% PO2 75mmHg</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>El paciente logrará un óptimo intercambio gaseoso.</p> <p>Objetivo Específico:</p> <p>El paciente logrará una frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normal.</p>	<p>3140 Manejo de la vía aérea</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. Cada 6 hrs • Realizar la aspiración a demanda <p>Administrar broncodilatadores, el paciente logrará un óptimo intercambio gaseoso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxígeno humedo, x canula binasal a 3 .litros por minuto • Fisioterapia respiratoria cada 6 horas • Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico. • Colocar al paciente en una posición fowler 	<p>El paciente presenta un óptimo intercambio gaseoso.</p> <p>21 respiraciones por minuto</p> <p>Gasometría arterial: HCO3 22 mmol/L PH 7.34 PaCO2 46 mmHg PO 96mmHg Sat O2 94 %: Gasometría normal Escala 5</p>

<p>(21-26 mmol/L)</p> <p>PO2 75mmHg (75 a 100%)</p> <p>SATURACION DE OXIGENO 88%</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Tomar muestra de AGA y evaluar con resultados cada 12 horas. <p>1910 Manejo del equilibrio acidobásico</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la vía aérea permeable. • Colocar al paciente para facilitar una ventilación adecuada (p. Ej., abrir la vía aérea y elevar la cabecera de la cama). • Mantener un acceso i.v. Permeable. • Monitorizar las tendencias de ph arterial, pacO2, y hcO3 para determinar el tipo concreto de desequilibrio (p. ej., respiratorio o metabólico) y los mecanismos fisiológicos compensadores presentes (p. ej., compensación pulmonar o renal, amortiguadores fisiológicos). • Proporcionar una hidratación adecuada y la reposición de los volúmenes normales de líquidos, si es necesario. • Realizar balance hídrico en 24 horas 	
--	--	--	---	--

ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/P.24. Libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/P.34. Libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	I
Ricaldo Alison	2016	Universidad Peruana Cayetano Heredia	Neumonía Plan de cuidados de nefermeria	I

”

VALORACIÓN DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
<p>Paciente refiere malestar por presencia de tos exigente. Espectoración amarillenta tos productiva, estertores y sibilantes.</p>	<p>00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c acúmulo de secreciones bronquiales m/p expectoración amarillenta, tos productiva, estertores y sibilantes</p>	<p>Objetivo General: El paciente logrará mantener vías aéreas permeables.</p> <p>Objetivo Específico: El paciente logrará una fluidez de las secreciones</p>	<p>3140 Manejo de la vía aérea</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultar campos pulmonares en busca de estertores crepitantes, consolidación y roce pleural. cada cuantas hrs 4 horas. • Valorar y registrar en la hoja de enfermería las características de las secreciones cantidad, olor y consistencia, cada 6 horas. • Valorar el estado de hidratación en piel y mucosas mediante el examen físico. • Enseñar al paciente técnicas de tos efectivas como la Técnica de espiración forzada (<i>huffing</i>) y ciclo activo de técnicas respiratorias, enseñándole la técnica. • Colocar al paciente en posición fowler. • Incrementar la humidificación de la vía 	<p>Las vías aéreas están limpias y el paciente respira sin obstrucción</p> <p>Los sonidos respiratorios son claros.</p> <p>La tos ha disminuido hasta la remisión.</p> <p>Escala 5.</p>

			aérea a través de las nebulizaciones SF 4cc+ fenoterol 4gts cada 4 horas Realizar fisioterapia y drenaje postural si es necesario cada 6 horas.	
--	--	--	--	--

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/P.123. Libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/P.90.Libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	I
López Andrés	2015	Uva doc/tesis de Grado	Cuidados de Enfermería en los pacientes con Neumonía.	II

..

VALORACIÓN DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
<p>Paciente refiere me siento caliente y mi ropa esta mojada”</p> <p>T 38° C, taquicardia 90 latidos por minuto, rubicundo, leucocitosis Leucocitos en sangre 18,750 mm3</p>	<p>00007 Hipertermia r/c proceso infeccioso m/p t 38.5m/p taquicardia 90 latidos por minuto, rubicundo, leucocitosis Leucocitos en sangre 18,750 mm3</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>El paciente presentará la temperatura corporal mantendrá dentro de límites normales 37 °C</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>El paciente presentará la temperatura corporal se restablecerá como normoterapia y no evidenciará signos de infección.</p>	<p>3740 Tratamiento de la fiebre</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar T° cada 6 horas • Vigilar si hubiese pérdidas imperceptible de líquidos. • Colocar los paños de agua fría en frente y abdomen. • Cubrir al paciente con una sábana. • Administrar Metamizol 1gr Ev cond. T° > 38.5°C • Administrar antibióticos indicados Ceftriaxona 2gr c/24 hrs EV Clindamicina 600 mg c/8hrs EV • Observar el color de la piel y la temperatura • Controlar los valores normales normales de recuentos de HB Y hcto 	<p>El paciente se encuentra con normoterapia.</p> <p>La piel esta tibia y húmeda.</p> <p>E paciente no presenta taquicardia.</p> <p>Leucocitos en sangre 6000 mm3.</p> <p>Temperatura: 37.1°C</p> <p>Escala 5</p>

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/P.90.Libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/p.98. Libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	I
Mateos y colaboradores	2013	Elsevier/Artículo de Enfermería Intensiva	Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía	II
López Andrés	2015	Uva doc/tesis de Grado	Cuidados de Enfermería en los pacientes con Neumonía.	II

..

VALORACIÓN DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
Expresa debilidad fatiga, disnea	00092 Intolerancia a la actividad r / c desequilibrio entre aportes y demanda de oxígeno m/p expresa debilidad fatiga, disnea	Objetivo general: El paciente será capaz de incrementar paulatina-mente sus actividades físicas. Objetivos específicos: El paciente será capaz de realizar sus actividades sin fatiga ni disnea	0180 Manejo de la energía Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Controlar la respuesta del oxígeno en el paciente- • Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria. • Recomendar la alternativa de reposo y actividad. 0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda al autocuidado • Enseñanza actividad/ejercicio prescrito. • Fomento de los mecanismos 	El paciente se integra paulatinamente a sus actividades físicas. Escala 3.

			corporales.	
			<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de energía. 	

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/P.89. Libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	I
Mateos y colaboradores	2013	Elsevier/Artículo de Enfermería Intensiva	Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía	II
López Andrés	2015	Uva doc/tesis de Grado	Cuidados de Enfermería en los pacientes con Neumonía.	I
NANDA	2017	http://www.prescripcionenfermera.com/noticias/diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-i-2015-2017	Clasificación completa de diagnósticos de enfermería nanda-i 2015-2017	I

...

VALORACIÓN DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
<p>Paciente por momentos irritable, presenta, piel diaforética, mirada evasiva y de angustia, ceño poco fruncido.</p>	<p>00146 Ansiedad r/c amenaza cambios en los estilos de vida m/p irritabilidad, presenta piel diaforética, mirada evasiva y de angustia, ceño poco fruncido.</p>	<p>Objetivo general: El paciente disminuirá su ansiedad y tensión nerviosa del paciente.</p> <p>Objetivo específicos: El paciente disminuirá el nivel de ansiedad al cabo de dos horas de aplicados los tratamientos y luego de explicar y tranquilizar al paciente dejándolo en su unidad sereno.</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <p>Actividades :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar todos los procedimientos al paciente, objetivos y como lo ayudan en su recuperación con un lenguaje claro y sencillo sobre su patología y cuidados. • Escuchar con atención y crear ambiente que facilite confianza. • Instruir al paciente sobre técnicas de relajación • Acercamiento e información a la familia la patología del paciente y cuidados. 	<p>Paciente disminuyó el nivel de ansiedad al cabo de dos horas de aplicados los tratamientos y luego de explicarle y tranquilizarlo al paciente dejándolo en su unidad sereno.</p> <p>Escala 5</p>

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/P.78.Libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/P.34. Libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	I
Mateos y colaboradores	2013	Elsevier/Artículo de Enfermería Intensiva	Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía	II
López Andrés	2015	Uva doc/tesis de Grado	Cuidados de Enfermería en los pacientes con Neumonía.	II

...

VALORACIÓN DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
Paciente desconoce su enfermedad.	00126 Conocimientos deficientes r/c seguimiento inexacto de las instrucciones m/p mala interpretación de la información	<p>Objetivo general: El paciente describirá el proceso de la enfermedad al término de la hospitalización.</p> <p>Objetivos específicos: El paciente conocerá sobre la neumonía asociada a la comunidad signos y síntomas, tratamiento y prevención en el hogar.</p>	<p>5602 Enseñanza del proceso de la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir acerca de administración de medicación (dosis, horario, efectos adversos...) • Instruir sobre signos y síntomas de alarma. • Instruir en autocuidados • Instruir sobre dieta y actividad 	<p>El paciente describe con sus palabras sobre el proceso de la enfermedad al término de la hospitalización.</p> <p>Escala 5</p>

...

ENFERMERÍA BASADO EN LA EVIDENCIA

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/P.23.Libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/P.45. Libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	I
Mateos y colaboradores	2013	Elsevier/Artículo de Enfermería Intensiva	Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía	II
López Andrés	2015	Uva doc/tesis de Grado	Cuidados de Enfermería en los pacientes con Neumonía.	II

CAPÍTULO IV: EJECUCIÓN DE INTERVENCIONES

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA DE FECHAS			
	20/3		22/3	
1. Valoración por Dominios				
- Recolección de datos	X			
- Revisión de información	X			
2. Diagnóstico de Enfermería				
- Selección de datos, análisis de datos		X		
- Formulación de diagnósticos		X	X	
3. Planificación de Objetivos y prioridades				
- Elaboración del plan			X	
4. Ejecución de intervenciones				
- Ejecución de actividades			X	X
5. Evaluación de los resultados				
- Evaluación de estructura				X
- Evaluación de proceso				
- Evaluación de resultados				

CAPÍTULO V: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

- El proceso del cuidado de enfermería constituye una herramienta básica, debido a que mediante esta metodología de trabajo, el profesional interactúa con el paciente para conseguir los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de enfermería

quedan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en el usuario.

- Se realiza la revisión de todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería en la VALORACIÓN, DIANÓSTICO, PLANEAMIENTO, EJECUCIÓN y EVALUACIÓN.

CONCLUSIONES:

- El proceso de enfermería plantea, sin duda, desafíos para el profesional de enfermería, permite sustentar un cuidado seguro con calidad y satisfacción para el paciente.
- El cuidado de enfermería basado en el proceso que responde al diagnóstico de enfermería. Este proceso facilita la toma de decisiones en colaboración con otros profesionales.
- En este caso es necesario que el personal conozca la patología para intervenir en todos los niveles de atención y prevención.

RECOMENDACIONES:

- Continuar con la capacitación en proceso de enfermería.
- Es importante priorizar nuestra intervención de enfermería de acuerdo al riesgo de vida del paciente.
- Se hace necesario que en nuestra institución se confeccione una Guía de cuidado de enfermería a pacientes con Neumonía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

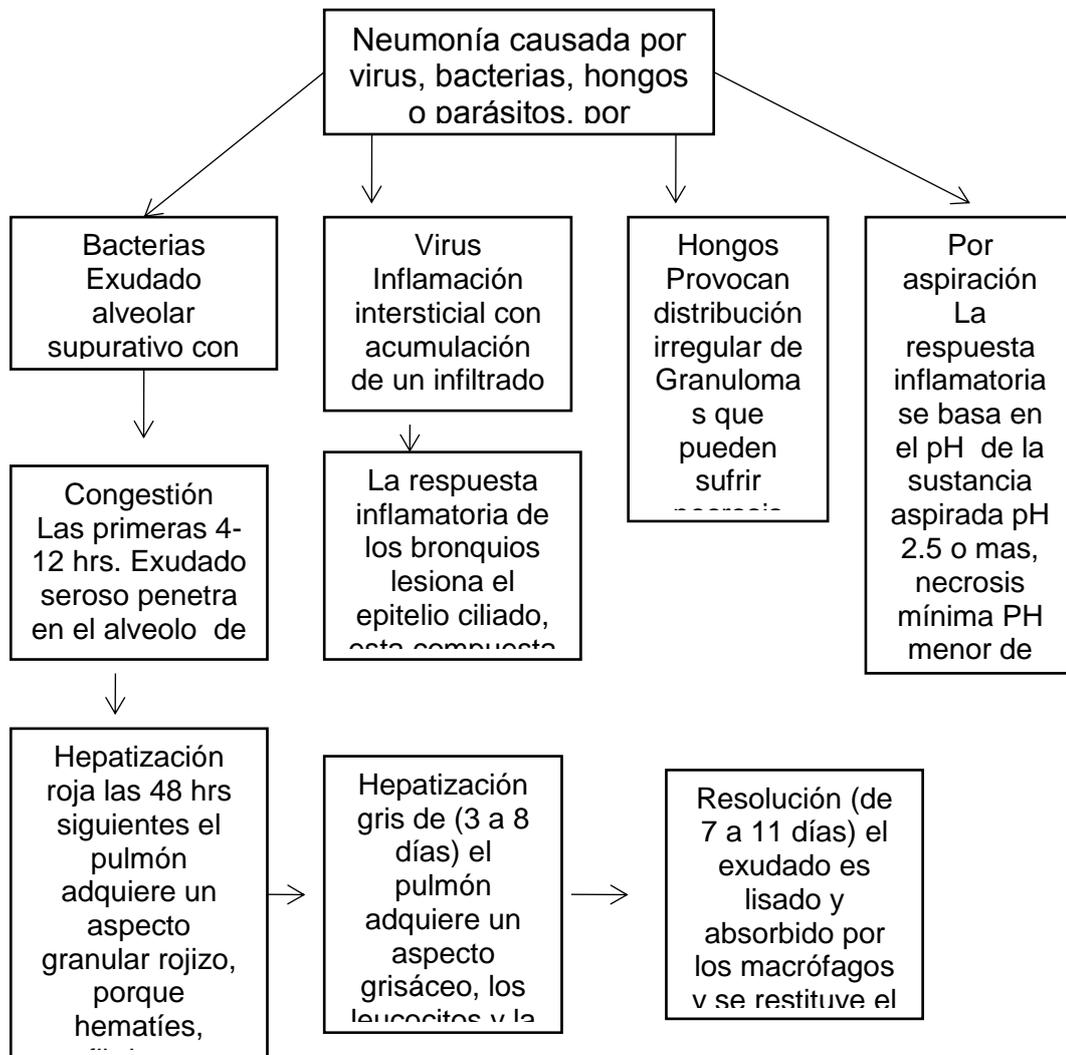
- 1) Ministerio de Salud. Guía de atención al paciente con neumonía asociada a la comunidad. Lima:
- 2) INEN. Neumonía asociada a la comunidad. Lima. Disponible en ppt. 2016.
- 3) Universidad Cayetano Heredia. Neumonías. Lima: UCH; 2016.
- 4) Beare G, Myers P, Judith L. Enfermería Medicoquirúrgica 6a Edición, Madrid España: Editorial Harcourt; 2010.
- 5) Marriner TA. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid: España: Editorial Mosby; 2012.
- 6) Kozier B, Glenora ERB. Fundamentos de Enfermería, conceptos procesos y práctica. 6ª Edición. España: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2006.
- 7) Hospital Hipólito Unanue. Historia clínica. Tacna: Hospital Hipólito Unanue; 2017.
- 8) Iyer PW, Tapitch BJ y cols. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 5ª Edición. México, D.F. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2013.
- 9) Listado de Diagnósticos de Enfermería 2015-2017.
- 10) Ricaldo Alison 2016 Universidad Peruana Cayetano Heredia Neumonía Plan de cuidados de enfermería
- 11) Trejo M.F. Enfermería y las ciencias sociales; Un enfoque diferente o una necesidad para entender el cuidado. México: Revista Enf. Neurol; 2011.
- 12) Moorhead, Johnson, Maas y Swanson. NOC/libro Clasificación de resultados de enfermería. Barcelona. 2014.
- 13) Moorhead, Johnson, Maas y Swanson. NIC/libro Clasificación de intervenciones de enfermería. Barcelona. 2014.

- 14) Mateos y colaboradores. Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía México: Elsevier/Artículo de Enfermería Intensiva; 2014.
- 15) López A. Enfermería en los pacientes con Neumonía. México: 2015.
- 16) NANDA Clasificación completa de diagnostics de enfermería nanda-i 2015-2017 Disponible en <http://www.prescripcionenfermera.com/noticias/diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnostics-enfermeros-nanda-i-2015-2017>

ANEXOS

ANEXO 01

FISIOPATOLOGÍA DE LA NEUMONÍA



FUENTE: Guía de atención de neumonía adquirida en comunidad MINSA, 2015.