



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES CON
DIAGNOSTICO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL AREA DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.**

AUTORA

KASANDRA MICHELD ATIENCIA ZURITA

TUTOR

LCDA. ROSA ERLINDA BUSTAMANTE CRUZ MSC.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

INDICE

I.DEDICATORIA	I
II.AGRADECIMIENTO	II
III.TITULO DE CASO CLINICO.....	III
IV.RESUMEN	IV
V.ABSTRACT.....	V
VI.INTRODUCCION.....	VI
I.MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 Justificación	10
1.2 Objetivos	11
1.2.1Objetivo general.....	11
1.2.2Objetivos específicos.....	11
1.3 Datos generales.....	12
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	12
2.1. MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES: HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.	12
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).	13
2.3. EXÁMENES FÍSICOS (EXPLORACIÓN CLÍNICA).	14
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	16
2.5. FORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.....	18
2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	22
2.8 Seguimiento.	22
2.9 Observaciones.....	23
Conclusiones	21

I.DEDICATORIA

Dedico este trabajo al forjador de mi camino, Dios que me ha dirigido por el sendero correcto a guiado mis pasos y me ha levantado después de varios procesos para ser quien ahora soy, a mis padres y hermanos quienes me motivaron y apoyaron hasta donde sus alcances lo permitían para cumplir mis anhelos, al Dr. Danny Fernández un profesional y una persona muy especial que supo compartir sus conocimientos, y brindarme su apoyo, a mis docentes y amigos quienes hicieron posible la consecución de este logro para destacarme como un excelente profesional de salud fundamentada en principios y valores.

Dedico este trabajo al forjador de mi camino, Dios que me ha dirigido por el sendero correcto a guiado mis pasos y me ha levantado después de varios procesos para ser quien ahora soy, a mis padres y hermanos quienes me motivaron y apoyaron hasta donde sus alcances lo permitían para cumplir mis anhelos, al Dr. Danny Fernández un profesional y una persona muy especial que supo compartir sus conocimientos, y brindarme su apoyo, a mis docentes y amigos quienes hicieron posible la consecución de este logro para destacarme como un excelente profesional de salud fundamentada en principios y valores.

Kasandra Atencia.

II.AGRADECIMIENTO

Primeramente le doy gracias a Dios todo poderoso por darme salud y vida para poder llegar a esta etapa tan importante de desarrollo intelectual y profesional, el cual no habría sido posible sin el apoyo necesario, constante de mis padres, hermanos, quienes día a día con mucho amor y voluntad han sabido apoyarme, instruirme en una etapa más de la escala de mi vida, del cual me siento muy agradecida, también al HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO el cual me abrió las puertas y me permitió realizar este estudio de caso a mi amigo Alex que me guio en el tema.

Extiendo mis agradecimientos a todos los docentes de esta institución quienes con su compromiso y voluntad nos han impartido sus conocimientos, sus experiencias para que podamos representar orgullosamente nuestra UTB y crecer de manera significativa para desarrollarnos profesionalmente, a mi tutora que ha sabido guiarme en este transcurso de titulación y a todos los presentes que han inculcado el amor, la responsabilidad, ética y moral a la majestuosa carrera de Enfermería.

Kasandra Atencia.

III.TITULO DE CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES CON
DIAGNOSTICO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL AREA DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.**

IV.RESUMEN

El presente estudio de caso que se ha desarrollado trata del proceso de atención de enfermería en una paciente de 71 años de edad con un diagnóstico médico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, la cual se encuentra ingresada en el área de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Existen varios factores de riesgos asociados a esta complicación como es el caso de la Diabetes mellitus, la cual debilita el sistema inmunitario, sumada la edad avanzada de la paciente lo que genera condiciones muy inestables y de alto riesgo para el restablecimiento de su salud.

El objetivo de este estudio de caso se centraliza en los cuidados de confort, manejos de dolor, y mejorar la calidad de los estilos de vida durante la estancia hospitalaria basada en la teoría de los 13 patrones funcionales de Marjory Gordon para lograr así el acceso adecuado a la paciente y realizar las actividades de enfermería en base a la taxonomía Nanda, NIC y NOC.

La NAC no es un proceso de manejo sencillo. Establecer el diagnóstico etiológico y realizar un tratamiento antibiótico adecuado resulta en muchas ocasiones una tarea complicada. Por estas razones, realizaremos el diagnóstico basándonos en la agrupación de criterios clínicos, analíticos, radiológicos y epidemiológicos. De esta manera podremos instaurar un tratamiento racional, evitando el uso innecesario de antibióticos. Y logrando el tratamiento efectivo para acortar la estancia del paciente hospitalizado lo que reduciría gastos y adaptabilidad al paciente. (A. Méndez Echevarría, 2008)

Palabras claves: NAC, epidemiológicos, antibióticos, sistema inmunitario, Diabetes mellitus.

V.ABSTRACT

The present case study that has been developed deals with the nursing care process in a 71-year-old patient with a medical diagnosis of Pneumonia Acquired in the Community, which is admitted to the internal medicine area of the Alfredo Noboa Hospital Montenegro

There are several risk factors associated with this complication, such as Diabetes mellitus, which weakens the immune system, together with the advanced age of the patient, which generates very unstable conditions and high risk for the restoration of her health.

The objective of this case study is centered on comfort care, pain management, and improving the quality of lifestyles during hospital stay based on the theory of the 13 functional patterns of Marjory Gordon to achieve adequate access to the patient and to carry out the nursing activities based on the taxonomy Nanda, NIC and NOC.

The NAC is not a simple management process. Establishing the etiological diagnosis and performing an appropriate antibiotic treatment is often a complicated task. For these reasons, we will make the diagnosis based on the grouping of clinical, analytical, radiological and epidemiological criteria. In this way we can establish a rational treatment, avoiding the unnecessary use of antibiotics. And achieving the effective treatment to shorten the stay of the hospitalized patient which would reduce expenses and adaptability to the patient. (A. Méndez Echevarría, 2008)

Keywords: NAC, epidemiological, antibiotics, immune system, Diabetes mellitus.

VI.INTRODUCCION

La NAC es una patología muy frecuente, sobre todo en edades extremas de la vida. En algunos países de Latinoamérica es una de las primeras causas de hospitalización y muerte en personas adultas. La aparición de nuevos microorganismos causantes y el desarrollo de resistencias a los antibióticos por parte de los patógenos habituales hacen necesaria la revisión de las pautas de actuación frente a esta infección. (ALAT, 2006).

En EE.UU. se estima que 258/100.000 habitantes en la población general y 962/100.000 por encima de los 65 años precisan hospitalización cada año por NAC. Si valoramos estudios de base poblacional, la tasa de hospitalización global por NAC se encuentra en torno al 22-50% de los cuales un 6% requerirá ingreso en cuidados intensivos. (ALAT, 2006). Del mismo modo las personas de la tercera edad tienen un mayor riesgo de hospitalización por neumonía comunitaria y un mayor riesgo de fallecer por dicha causa que los adultos jóvenes. (García Zenon, 2016) La mortalidad por neumonía en pacientes ancianos es de 19,6%. Además, entre los pacientes que precisaron atención en cuidados intensivos, la mortalidad global ascendió al 36,5%.

Es por ello que el presente estudio de caso basados en las 14 necesidades de Virginia Enderson y los procesos de diagnóstico de enfermería NANDA mediante la valoración física en dirección céfalo-caudal y utilizando los cuatro procesos de exploración de una enfermera investigativa como son ;inspección, palpación, auscultación, y la percusión además de un buen interrogatorio objetivo y subjetivo de los signos y síntomas, conllevan a definir las intervenciones adecuadas a una paciente con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la comunidad, de 71 años de edad internada en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro la cual presenta antecedentes familiares de tuberculosis en la que el papel de la enfermera como tal, proporciona cuidados basados en métodos científicos, juicios clínicos, investigaciones y criterios de evaluación para lograr así resultados satisfactorios y de confort para el paciente y los familiares.

I.MARCO TEÓRICO

La neumonía se define como una lesión inflamatoria pulmonar como respuesta a la invasión de microorganismos en las vías aéreas o parénquima pulmonar. (España, 2006)

Es una patología muy frecuente con implicaciones sanitarias importantes por su frecuencia, su costo económico, y por la morbi–mortalidad asociada.

Se considera NAC aquella neumonía que se desarrolla en una persona que no ha estado hospitalizada recientemente o que ocurre dentro de las primeras 48 horas posteriores.

Etiología

La neumonía puede ser causada por múltiples microorganismos incluyen bacterias, hongos, virus y parásitos entre estos tenemos los más comunes que afectan a las vías respiratorias son: S.PNEUMONIAE, H. Influenzae, S.Aeureus, M.pneumoniae, L.pneumophila, M.catarrhalis, bacilos Gram negativos y virus respiratorios.

La frecuencia relativa de cada uno de estos patógenos dependerá fundamentalmente de la gravedad del cuadro clínico y de los factores de riesgo

El agente etiológico más frecuente, de todas las neumonías y el que conlleva mayor mortalidad es el S. Pneumoniae. (OMS, 2020)

Otros factores que influyen en la etiología de la NAC son las diferencias geográficas y poblacionales de los grupos estudiados, los factores propios del huésped como la edad, comorbilidad, factores ambientales como exposición laboral, estilos de vida(alcoholismo, tabaquismo.), brotes epidémicos

Clasificación de la neumonía

La neumonía se clasifica en cuatro estadios que a su vez se subdividen el III y IV en A y B. (VALLE, 2001)

CLASIFICACION DE LA NEUMONIA	
PACIENTES EXTERNOS,SIN ENFERMEDAD CARDIPULMONAR,NI OTROS FACTORES DE RIESGO (EXCLUYE VIH)	PACIENTES EXTERNOS,SIN ENFERMEDAD CARDIPULMONAR,NI OTROS FACTORES DE RIESGO (EXCLUYE VIH)
<p>ORGANISMOS</p> <p>Streptococos p.</p> <p>Mycoplasma p.</p> <p>Chlamydia p.</p> <p>Haemophilus i</p> <p>Virus respiratorio</p> <p>Legionella sp.</p> <p>Mycobacterium t.</p> <p>Hongos endémicos.</p>	<p>ORGANISMOS</p> <p>Además de los del grupo I</p> <p>Estreptococos p.</p> <p>Bacterias o virus</p> <p>GRAM-</p> <p>Moraxella</p> <p>Anerobios</p>
PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE NO REQUIEREN CUIDADOS DE UCI	PACIENTES ADMITIDOS EN UCI
<p>III.a con enfermedad cardiopulmonar y/o factores modificantes.</p> <p>Además del grupo II</p> <p>Virus</p> <p>Pneumocystis c.</p> <p>III.b con enfermedad cardiopulmonar y/o factores modificantes.</p> <p>Los mismos del grupo III.a</p>	<p>IV.a paciente sin riesgo de presentar</p> <p>Pseudomona a.</p> <p>Además del grupo III</p> <p>Staphylooccus a.</p> <p>IV.b. paciente sin riesgo de presentar</p> <p>Pseudomona a.</p> <p>Todos los grupos IV a</p> <p>Pseudomona a.</p>

Manifestaciones clínicas.

Las manifestaciones clínicas de la neumonía abarcan un amplio abanico de síntomas, que no siempre están presentes y consisten en : malestar general, anorexia, fiebre(a veces de instauración brusca) con o sin escalofríos, oras veces de instauración subaguda, e incluso pueden no aparecer sobre todo en ancianos, tos con o sin expectoración, dolor torácico, generalmente de características pleuríticas y disnea. Aunque menos frecuentes, pueden aparecer manifestaciones extramurales como artromialgias, cefalea, dolor abdominal, vómitos, diarrea, y disminución del nivel de conciencia.

Clásicamente se han dividido en típicas y atípicas según el cuadro clínico y su relación con un determinado agente etiológico .En sujetos sanos sin comorbilidades tras una anamnesis y exploración física exhaustiva, su distinción puede ser útil para identificar a pacientes con una mayor probabilidad de infección por ciertos microorganismos.

Así la neumonía (típica) se caracteriza por un apareamiento brusco, con escalofríos, fiebre elevada, tos con expectoración purulenta y dolor pleurítico. El curso de la neumonía atípica (Mycoplasma, Chlamydia, virus.) suele ser subagudo, con febrícula, tos seca o poco productiva y predominio de síntomas extrapulmonares. En la exploración física suele evidenciarse fiebre, taquicardia, taquipnea, estertores crepitantes, y matidez pulmonar.

La egofonía y el soplo tubarico son menos frecuentes. Es típica la leucocitosis con desviación a la izquierda. Algunos parámetros bioquímicos son útiles para establecer la gravedad del cuadro como una alteración del perfil hepático, de los electrolíticos o de la función renal. En la neumonía por Legionella puede objetivarse hiponatremia, hipofosfatemia y hematuria.

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Existen numerosas técnicas diagnósticas útiles para establecer la etiología de la NAC. Están especialmente indicadas en los cuadros más graves. En los pacientes

ambulatorios pueden no ser necesarias. A pesar de un uso adecuado de estas técnicas, un 50% de los casos quedará sin diagnosticar.

Técnicas no invasoras

El Gram y cultivo de esputo se recomienda antes de iniciar el tratamiento antibiótico en las NAC hospitalizadas, sobre todo si se sospecha un patógeno resistente o inhabitual. Su principal inconveniente es la contaminación de la muestra por gérmenes habituales del tracto respiratorio superior y su baja rentabilidad. Es posible la detección de antígenos en orina de *S. pneumoniae* y *L. pneumophila*. La inmunocromatografía es la técnica más extendida en el caso del neumococo. Es una técnica rápida, muy específica, aunque con baja sensibilidad. Debe realizarse en los pacientes con NAC que requieren ingreso hospitalario. La detección de antígeno de *Legionella* en orina se ha convertido en la prueba diagnóstica de referencia en Legionelosis. Tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 100%. Las técnicas serológicas tienen una utilidad clínica limitada debido a que los resultados se obtienen tardíamente. Puede identificar patógenos difíciles de aislar en muestras habituales, como *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* y *L. pneumophila*. Los hemocultivos tienen muy baja sensibilidad y están recomendados en pacientes hospitalizados.

Técnicas invasoras

La toracocentesis debe realizarse siempre ante cualquier neumonía con derrame pleural significativo. El cultivo del líquido pleural tiene una sensibilidad baja pero es muy específico. Se pueden detectar antígenos bacterianos, sobre todo de neumococo, en el líquido pleural. La fibrobroncoscopia a través de sus diferentes técnicas (broncoaspirado, lavado broncoalveolar, catéter telescopado) se reserva principalmente para el diagnóstico de infiltrados pulmonares difusos en pacientes inmunodeprimidos y en las NAC de mala evolución. Otras técnicas, como la punción trans torácica o la biopsia pulmonar quirúrgica, pueden ser útiles en casos de mala evolución.

PRONOSTICO Y CLASIFICACION PRONOSTICA

Tras establecer el diagnóstico clínico de neumonía es necesario valorar el riesgo de morbimortalidad para decidir la pauta antibiótica más adecuada y el lugar donde llevar a cabo este tratamiento: ambulatorio, ingresado en planta o en UCI.

No hay criterios universalmente aceptados para valorar la gravedad de la NAC por lo que las tasas de ingreso son muy variables de unos centros a otros. Con frecuencia se tiende a sobreestimar el riesgo de mortalidad a corto plazo, incluso en pacientes de bajo riesgo. No obstante, se han identificado una serie de factores asociados claramente a una mayor morbimortalidad. (Tabla 3)

Edad avanzada, sobre todo si es superior a 65 años.

- Presencia de comorbilidad médica, especialmente enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica, enfermedad neurológica. Diabetes mellitus, neoplasia, hepatopatía crónica, etilismo, malnutrición, esplenectomía.
- Frecuencia respiratoria >30 respiraciones/minuto
- Frecuencia cardíaca >125 lpm
- Tensión arterial sistólica <90 mm Hg o tensión arterial diastólica <60 mm Hg
- Temperatura <35 o >40°C
- Confusión y/o disminución del nivel de conciencia
- Insuficiencia respiratoria (PaO₂ <60 mm Hg o PaCO₂ >50 mm Hg respirando aire ambiente)
- Alteración de la función renal (creatinina >1.2 mg/dl)
- Hematocrito <30% o hemoglobina <9g/l
- Leucopenia <4000 o leucocitosis > 30000 o neutropenia <1000
- Necesidad de intubación y ventilación mecánica

- Evidencia de sepsis o disfunción orgánica manifestada como coagulopatía o acidosis metabólica
- Afectación bilateral o la implicación de más de un lóbulo
- Cavitación o derrame pleural
- Bacteriemia manifestada como hemocultivos positivos

Tabla 3: factores de riesgo asociados a una mayor morbilidad en la neumonía comunitaria.

Ninguno de estos factores de manera individual es lo suficientemente potente para estimar la gravedad del cuadro por lo que se han desarrollado modelos predictivos multivariantes para intentar clasificar a los pacientes con NAC en grupos de riesgo. Los dos modelos más utilizados son el Pneumonia Severity Index (PSI) y el CURB65: El Pneumonia Severity Index (PSI): combina 20 variables clínicas, radiológicas, y de laboratorio para clasificar a los pacientes en 5 grupos de riesgo de mortalidad a corto plazo, recomendando en función de dicho riesgo y es especialmente útil para detectar a pacientes con bajo riesgo de mortalidad.

El modelo CURB65 es una escala diseñada para valorar la gravedad de la enfermedad más que la probabilidad de la mortalidad. Se basa en una valoración de 5 aspectos: confusión, urea, frecuencia respiratoria, presión arterial, y edad mayores 65 años. Y permite estratificar a los pacientes en 5 categorías de gravedad. Así se aconseja el ingreso con una puntuación de 2 o más puntos, valorando el ingreso en UCI con valores superiores a 3. La gran ventaja de este modelo es su simplicidad (ATS, 2007)

TRATAMIENTO DE LA NAC.

El tratamiento de la NAC se establece de forma empírica, teniendo en cuenta: la etiología más probable según datos clínicos-epidemiológicos, las resistencias de los microorganismos y la gravedad de la presentación clínica. Una vez valorados estos factores el tratamiento debe instaurarse de forma precoz, antes de que pasen cuatro horas de su diagnóstico, para conseguir reducir la morbi-mortalidad.

En nuestro medio, las resistencias de *S.pneumoniae* a los betalactámicos (penicilina y derivados y cefalosporinas.) son elevadas, variando desde n 5% a la amoxicilina a hasta un 30-40% a la cefuroxima.pero no a la cefalosporina que mantiene sensibilidad al *S,pneumoniae*, *H.influzae* y otros Gramnegativos similares a las cefalosporinas de tercera generación parenterales. La tasa de resistencia de *S.pneumoniae* a macrólidos es de 25-40de tratamiento parenteral %. Las nuevas quinolonas (levofloxacino y moxifloxacino) presentan muy buena actividad frente a *S, pneumoniae*.

El tratamiento se dirige empíricamente a las etiologías más probables, clasificadas en función de los pronósticos ya mencionadas según requieran o no ingreso hospitalario

GRUPO I: NAC ambulatoria. Se recomienda levofloxacina o amoxicilina, esta última asociada a un macrólido. En pacientes con enfermedades crónicas asociadas u otros factores de riesgo de etiología no habitual podría emplearse como alternativa la amoxicilina, la amoxicilina-_clavulánico oral 2.000/125mg/12 horas.

GRUPO II: NAC hospitalizada. El tratamiento se basa en la combinación betalactámico y macrólido, que en algunos estudios han logrado mejorar la supervivencia o como alternativa, fluoroquinolona. Se recomienda terapia secuencial, es decir, el paso de antibióticos de vía intravenoso a oral a partir del segundo día siempre que se cumpla: capacidad de ingesta oral, mejoría o resolución de síntomas y signos, estabilidad hemodinámica y ausencia de

confusión, de comorbilidad inestable y de metástasis sépticas. Este paso de tratamiento parenteral a oral es importante para reducir la estancia médica y el coste del tratamiento, sin comprometer la seguridad del paciente.

GRUPO III: NAC que precisa ingreso al UCI.

El tratamiento se basa en la combinación betalactámico parenteral y un macrólido o una fluoroquinolona eligiéndolos en función de factores de riesgo, particularmente de gérmenes resistentes.

Tratamiento en situaciones especiales

Si existe sospecha de *P. aeruginosa* EPOC evolucionado, bronquiectasias, toma de corticoides sistémicos, comorbilidad, toma de previa de antibióticos en el último mes o sospecha de infección por anaerobios se deben tratar con regímenes adecuados para estos patógenos además de cubrir los correspondientes a su grupo de riesgo.

Duración del tratamiento antibiótico

Habitualmente las NAC se tratan entre 7-10 días en los pacientes que no requieren ingreso y entre 10-14 días en los que precisan. Aunque la duración dependerá de la gravedad del cuadro, presencia de comorbilidad, evolución, existencia de Bacteriemia y sospecha del agente etiológico. Actualmente existen diversos estudios que sugieren que en adultos con NAC leve o moderado es seguro y efectivo tratar con 7 días o menos. Si sospechamos *Pseudomona aeruginosa* o *Legionella pneumophila* la duración será, al menos, de 14 días.

Si la sospecha es de anaerobios será de 30-90 días hasta la resolución radiológicas.

Medidas generales

Además del tratamiento antibiótico hay que indicar a los pacientes reposo, adecuada hidratación y nutrición, administración de antitérmicos, analgésicos y abstención del hábito tabáquico. Oxigenoterapia en caso de insuficiencia respiratoria intentado una saturación de oxígeno mayor de 90% o una presión arterial de oxígeno mayor de 60 mmHg. En ocasiones puede precisarse ventilación mecánica si hay insuficiencia refractaria y medidas de soporte hemodinámico y de tratamiento de la Sepsis. (Arboleda, 2002)

Complicaciones

Las complicaciones evolutivas más frecuentes fueron los trastornos hidroelectrolíticos y acidobásicos, la insuficiencia respiratoria aguda y la descompensación cardíaca. En las necropsias de los que fallecieron se identificaron focos de miocarditis, tromboembolismo pulmonar en ramas medianas y finas, focos de abscedación en algunos casos y signos de sepsis generalizada con afectación multiorgánica. (Dr. Yordanka Yamiléx Aleaga Hernandez, 2015)

1.1 Justificación

La razón que me impulsó a desarrollar este estudio de caso es debido a que las personas adultas mayores son más susceptibles que los adultos jóvenes por lo que es necesario resaltar la importancia que tienen los cuidados de enfermería en pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad ya que en la provincia de Bolívar, Guaranda los factores sociales, climáticos, influyen a un alto índice de ingresos por neumonía en el hospital Alfredo Noboa Montenegro.

La mayor parte de esta población se alimenta del trabajo agrícola, y tiene una posición económica baja, viven en lugares de difícil acceso, presentan abandono de parte de sus familiares y es por ello que cuando acuden a una Unidad de Salud sus condiciones son un poco desfavorables y retrasan el restablecimiento de su salud.

La mayoría de las dificultades del manejo de la neumonía en pacientes geriátricos deriva de la comorbilidad de los mismos, de la debilidad del huésped y de la falta de estandarización del tratamiento en la literatura, lo que conduce a gran variabilidad en la práctica clínica y cierto grado de confusión en el residente en formación y enfermera (Andión, 2006), sin embargo una buena valoración física por parte del médico y la enfermera, una exhaustiva anamnesis, y un buen juicio clínico determinara el diagnóstico médico además del enfermero basado en los patrones disfuncionales según Marjory Gordon permitiendo así contribuir favorablemente con la salud, el bienestar y confort de ese paciente en el restablecimiento de su salud acortando la estancia hospitalaria y acelerando su recuperación.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Aplicar procesos de atención de enfermería pertinentes en pacientes adultos mayores con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad ingresados en el área de medicina interna del HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar los signos y síntomas que influyen de manera más negativa sobre los adultos mayores aplicando una buena valoración de enfermería .
- Identificar los patrones funcionales alterados mediante juicios clínicos para una actuación de enfermería jerárquica.
- Establecer medidas de confort y bienestar para los pacientes adultos mayores con neumonía adquirida en la comunidad con el fin de lograr una predisposición y confianza de parte del paciente con la enfermera.
- Brindar apoyo emocional y educación a los familiares y al paciente sobre todos los procesos administrados y tratamiento aplicado.

1.3 Datos generales

Nombres y apellidos: NN

Edad: 71 años

Sexo: femenino

Raza: Mestiza

Estado civil: viuda

Cedula de identidad: 0912016354

N de historia clínica: 0912016354

N de hijos: 3

Nivel de estudio: primaria

Religión: católica

Profesión: Ama de casa

Grupo sanguíneo: RHO positivo

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES: HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

Paciente femenino de 71 años de edad ingresa al área de Emergencia del Hospital ALFREDO NOBOA la cual presenta tos productiva, agitación, disnea. Saturación de oxígeno 89 por lo que se administra oxigenoterapia a 10 lts.

Hija de la paciente refiere que su madre tiene dificultad para conciliar el sueño durante el examen físico se observan fascias pálidas, edema en miembro inferior derecha, la paciente se encuentra estresada por la permanencia en el hospital.

Antecedentes clínicos

- Tuberculosis diagnosticada hace 5 años que recibió tratamiento y refiere haber cumplido todo el esquema
- Diabetes mellitus tipo II diagnosticada hace 13 años en tratamiento con metformina 500mg.
- Anorexia hace un año

Antecedentes quirúrgicos

No refiere

Hábitos y estilos de vida

Alimentario: 3 veces al día en poca cantidad por pérdida de apetito

Micción: 2-6 veces al día

Deposiciones: presenta estreñimiento por lo que debe tomar laxantes cada 8 días

Alcohol: no refiere

Tabaco: no refiere

Alergias: no refiere

Transfusiones: no refiere

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Familiar refiere que la paciente hace 8 días presenta tos con expectoración de color amarillenta en gran cantidad acompañada de disnea, mialgias e hipertermia.

La paciente se encuentra despierta, con un Glasgow de 15/15, caquética, fascias pálidas refiere dolor en el pecho presenta una temperatura de 38,5 se observa edema e miembro inferior derecho, en la auscultación se escucha crepitantes en ambos campos pulmonares, saturación parcial de oxígeno de 89% por lo que se considera el ingreso al área de medicina interna.

2.3. EXÁMENES FÍSICOS (EXPLORACIÓN CLÍNICA).

SIGNOS VITALES	
Temperatura:	38,5.
Pulso:	126X.
Presión arterial:	120/70mmHg.
Saturación oxígeno sin soporte ventilatorio.	89spo
Frecuencia respiratoria:	25X.
Peso:	42KG.
Talla:	1,5.
IMC:	18,67.

Evaluación cefalocaudal (exploración clínica.)

Conciencia: paciente con Glasgow de 15/15

Cara: fascias pálidas, presencia de placas hiperpigmentadas, cianosis peri bucal.

Cabeza: normocefalica.

Cabello: cano, grueso, fácilmente desprendible por la edad.

Ojos: sin desviación de la mirada, isocorias reactivas a la luz y acomodación bilateral.

Oídos: no se observa salida d líquido a través del conducto auditivo.

Nariz: fosas nasales permeables, sin secreción.

Boca: ausencia de piezas dentales, semihidratada.

Cuello: Sin adenopatía, movilidad activa y pasiva conservada.

Tórax: Simétrico con expansibilidad y elasticidad disminuida, ruidos cardiacos rítmicos, hipofonéticos.

Pulmones: se ausculta murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares de predominio basal, estertores crepitantes diseminados bilateralmente, spo 89 %.

Abdomen: suave, depresible no doloroso a la palpación

Miembros Superiores e Inferiores: Simétricas y funcionales, se observa edema en miembros inferiores

Piel: xerótica, caliente, deshidratada, poco elástica.

Valoración por patrones funcionales de salud.

1. Patrón Promoción de la salud.

La paciente recibió información de su tratamiento de diabetes, y de neumonía adquirida en la comunidad.

2. Patrón Nutrición.

Presenta anemia debido a la baja ingesta de alimentos, Se alimenta 3 veces al día en poca cantidad. Ruidos hidroaéreos normales.

3. Patrón Eliminación.

Presenta estreñimiento por lo que utiliza laxantes.

4. Patrón Actividad /Reposo.

Su frecuencia respiratoria está alterada, presenta disnea por lo que requiere reposo además de su edad, dolor torácico.

5. Patrón percepción y cognición.

En la escala de Glasgow la paciente tiene 15/15, consciente orientada en tiempo y espacio.

6. Patrón Auto percepción.

Paciente requiere cambios de posición cada 2 horas para la prevención de escaras.

7. Patrón Rol /Relaciones.

Tiene una buena relación con sus familiares, pero refiere tener un hijo en la cárcel.

8. Patrón Sexualidad.

Es Viuda, tiene 3 hijos, ningún aborto

9. Patrón Afrontamiento Y Tolerancia Al Estrés.

Paciente manifiesta no gustarle los hospitales por lo que se encuentra molesta y estresada.

10. Patrón Principios Vitales.

Ella es católica

11. Patrón Seguridad Y Protección.

La paciente se encuentra con todas las medidas de prevención de bioseguridad y caídas.

12. Patrón Confort.

Comodidad ambiental, social

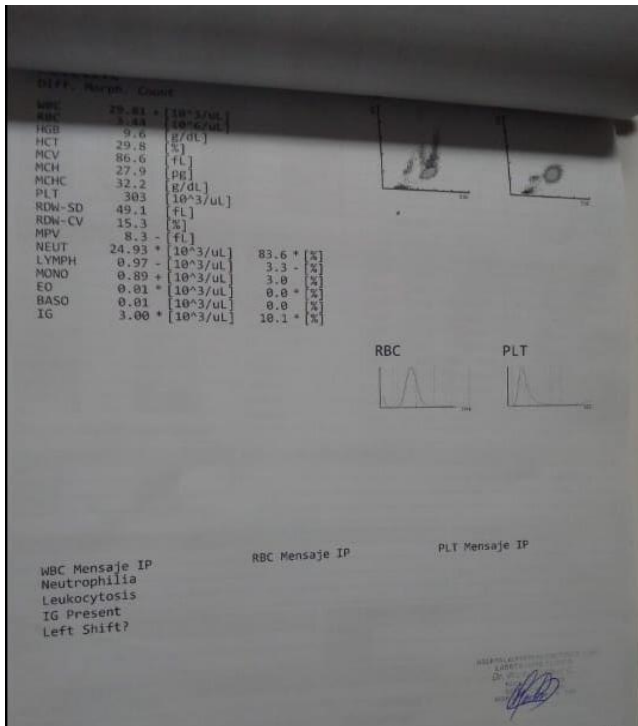
13. Patrón crecimiento y desarrollo.

Falta de logro de desarrollo de tareas acorde con la edad

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

Hemograma

En los exámenes de sangre se puede observar que la paciente tiene una anemia leve de 9,6 g/, neutrofilia leucocitosis.



REFERENCION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	REFERENCION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PROTEINURIA	348.2	mg/dl	75-115	PROTEINURIA	81.2	mg/dl	11-41
UREA	35.4	mg/dl	15-50	PROTEINURIA	28.0	mg/dl	21-35
UREA	0.81	mg/dl	0.4-1.1	PROTEINURIA	117	mg/dl	40-170
UREA	0.35	mg/dl	0.0-0.5	PROTEINURIA	mg/dl	mg/dl	200
UREA	0.35	mg/dl	0.0-0.5	PROTEINURIA	mg/dl	mg/dl	200
UREA	0.35	mg/dl	0.0-0.5	PROTEINURIA	mg/dl	mg/dl	200
UREA	0.35	mg/dl	0.0-0.5	PROTEINURIA	mg/dl	mg/dl	200
UREA	0.35	mg/dl	0.0-0.5	PROTEINURIA	mg/dl	mg/dl	200
UREA	0.35	mg/dl	0.0-0.5	PROTEINURIA	mg/dl	mg/dl	200
UREA	0.35	mg/dl	0.0-0.5	PROTEINURIA	mg/dl	mg/dl	200
UREA	0.35	mg/dl	0.0-0.5	PROTEINURIA	mg/dl	mg/dl	200

6 SECRECIONES VAGINALES

8 OTROS
CRISTALOGRAFIA
PSA

9 TEST DE EMBARAZO
SANGRE
ORINA

10 HELICOBACTER PYLORI
SANGRE
ORINA

11 ESPECIALES
PROTEINAS EN 24 HORAS:
HEPATITIS A
HEPATITIS B
CALIDAD DE LA MUESTRA: ADECUADA (X) INADECUADA
OBSERVACION:
MEDICO SOLICITANTE DR. QUINTANA
HORA DE ENTREGA DE RESULTADO: 10H00
HORA DE TOMA DE MUESTRA:
TAMA LABORATORISTA

Gasometría arterial

En los valores de gasometría se presenta un pH normal sin embargo presenta una acidosis metabólica con una presión parcial de dióxido de carbono de 53.8 mmHg

RX de tórax

En la radiografía se observa compromiso predominantemente alveolar o del espacio aéreo, pequeños micromódulos distribuidos difusamente en ambos campos pulmonares

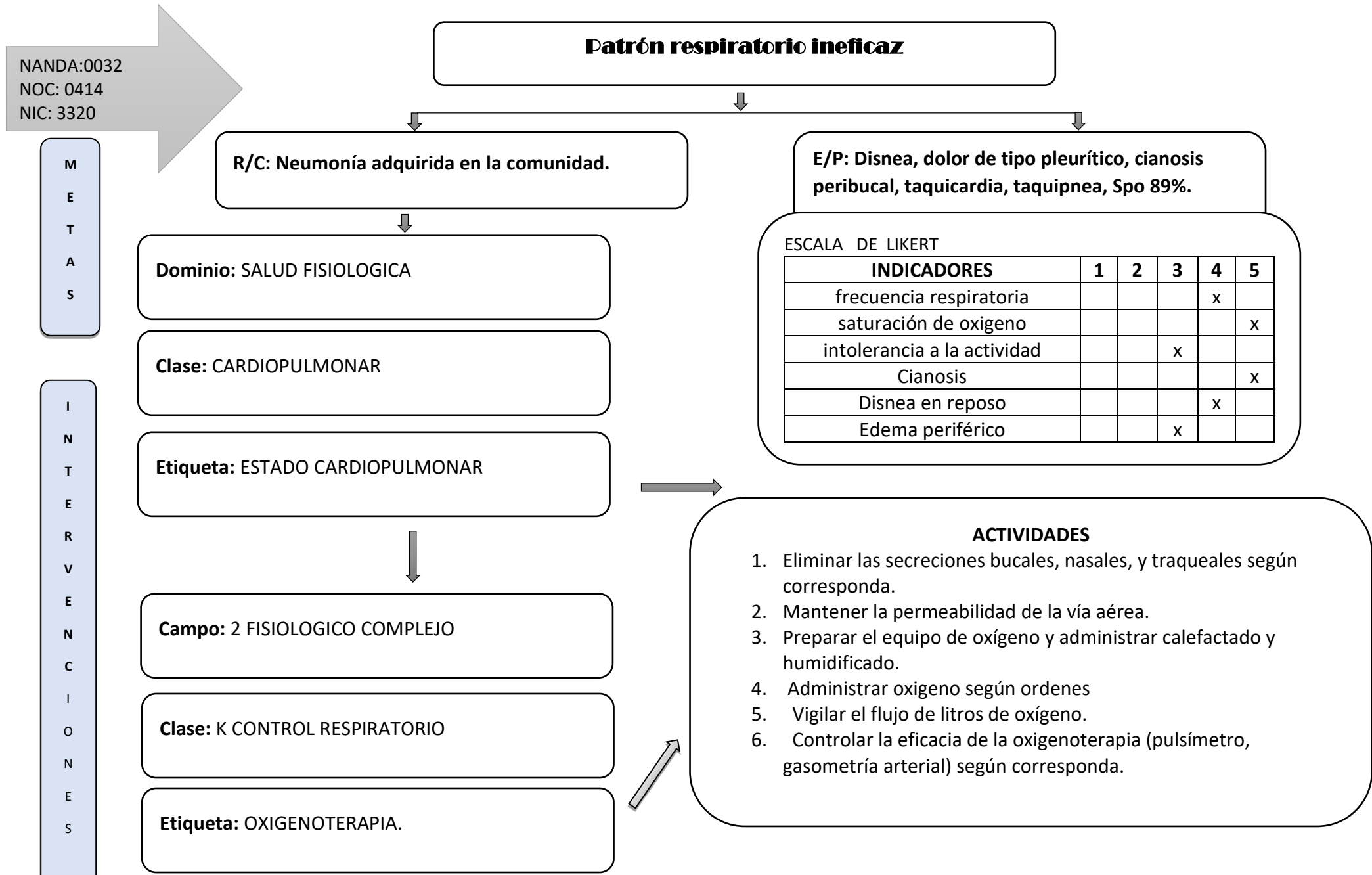
2.5. FORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.

Diagnostico presuntivo: los síntomas como mialgias, tos productiva con secreción amarillenta, dificultad para respirar son muy comunes en un resfriado, en casos de bronquitis y muy comunes en los pacientes principalmente en adultos mayores donde sus defensas son muy bajas por lo que es lo que se presume a primera intuición.

Diagnóstico diferencial: para establecer un diagnóstico certero se realizan exámenes complementarios como hemogramas, gasometría y una radiografía de tórax lo que van a confirmar o descartar el diagnostico presuntivo.

Se llega a un diagnóstico definitivo de neumonía adquirida en la comunidad por la presencia de focos pulmonares bilaterales, en el hemograma se evidencia neutrófilos y leucocitos en sangre elevados lo que indica una neumonía avanzada y requiere ingreso hospitalario.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.



NANDA:00132
NOC:
NIC: 2210

Dolor agudo

R/C: Neumonía adquirida en la comunidad.

E/P: Dificultad para conciliar el sueño, inquietud, taquicardia.

M
E
T
A
S

Dominio: SALUD FISIOLÓGICA

Clase: respuesta terapéutica

Etiqueta: respuesta a la medicación.

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO

Clase: H CONTROL FARMACOS

Etiqueta: ADMINISTRACION DE ANALGESICOS

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Efectos terapéuticos esperados				x	
Cambios esperados a los síntomas					x
Respuesta a la conducta esperada					x
Efectos adversos	x				

- ACTIVIDADES**
- 7. Determinar las características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
 - 8. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis, frecuencia del analgésico.
 - 9. Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
 - 10. Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relajación para facilitar la respuesta de la analgesia.

Termorregulación ineficaz

NANDA:00008
NOC:
NIC: 3786

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

R/C: Neumonía adquirida en la comunidad.

E/P: delgadez, palidez moderada, cianosis, aumento de la Fr,taquicardia.

Dominio: SALUD FISIOLÓGICA

Clase: I REGULACION METABOLICA

Etiqueta: TERMOREGULACION

Campo: 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO

Clase: M TERMOREGULACION

Etiqueta: TRATAMIENTO DE LA HIPERTERMIA

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia cardíaca					x
Frecuencia respiratoria				x	
Temperatura cutánea aumentada					x
somnolencia				x	
Dolor muscular				x	

- ACTIVIDADES**
- 11. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea
 - 12. Monitorizar los signos vitales administrar oxígeno si es necesario
 - 13. Aplicar métodos de enfriamiento externo.
 - 14. Colocar un acceso intravenoso
 - 15. Administrar líquidos intravenosos.

Tratamiento Y Procedimiento Terapéutico.

Cloruro de sodio 0,9% 1000ml/IV

Piperaciclina + tazobactam

Ciprofloxacina 400mg IV C/12 horas

Ranitidina 50mg iv Q/D

Nebulizaciones con bromuro de ipratropio 1ml + 2ml de cloruro de sodio.

2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Las acciones del personal de salud están orientadas a mejorar la dificultad respiratoria de la paciente ya que la neumonía adquirida en la comunidad, es una patología que le ocasiona una disnea grado III, con cianosis peribucal, dolor torácico, además de influenciar en su nutrición y estado de ánimo

Las actividades de enfermería están basadas en las principales teorizantes como son Florence Nightingale que se enfoca en el entorno del paciente como es el clima, la luz, la dieta para facilitar el proceso de atención, a satisfacer las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson hasta lograr la recuperación del paciente contribuyendo en satisfacer las necesidades del paciente que por su enfermedad no puede realizar según el modelo de Dorothea Oren.

2.8 Seguimiento.

Se realiza seguimiento al paciente de los exámenes de laboratorio, radiografía, y gasometría arterial para interpretar los valores y los cambios fisiológicos que van respondiendo de acuerdo al tratamiento y las actividades realizadas por el personal de salud, según el diagnóstico médico y las intervenciones de enfermería durante los 15 días de hospitalización en el área de medicina interna del hospital Alfredo Noboa Montenegro.

2.9 Observaciones

Paciente de 71 años de edad con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, refiere presentar dolor torácico leve, disnea durante el reposo por lo que se lo mantiene en posición semifowler para facilitar intercambio gaseoso y disminuir la disnea. Responde adecuadamente al tratamiento de antibióticos y para el dolor.

Como enfermera se le explica el tratamiento seguir, los posibles efectos adversos y la importancia que se firme el consentimiento informado para todos los procesos de tratamientos que se vayan a aplicar según su patología para su pronta recuperación. Responde adecuadamente al tratamiento de antibióticos y para el dolor.

Conclusiones

La salud de un adulto mayor es un estado a evaluar muy complejo, de un conjunto de dinámicas características para lograr lo que según la OMS descifra un estado de bienestar físico y emocional pero también contribuir a la adaptación y cambios que presenta la edad y la enfermedad que padece, debido a que en la actualidad el número de enfermedades crónicas tiene una alta incidencia y prevalencia en las personas adultos mayores

El diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad es una patología que en adultos mayores de 65 años implica un alto riesgo para su salud por lo que es indispensable una buena valoración física, la realización de exámenes complementarios y el tratamiento adecuado para evitar complicaciones

Las intervenciones de enfermería están enfocadas en darle al paciente una mejor calidad de vida, brindarle apoyo emocional, seguridad y confort durante su estancia hospitalaria reduciendo así la Morbi-Mortalidad de los pacientes y de lograr su pronta mejoría.

En este estudio de caso se analizó la sintomatología, evolución de la enfermedad en la cual la paciente se recuperó en un tiempo de 13 días debido a que la neumonía estaba en ambos campos pulmonares, se usó antibióticos para combatir las bacterias erradicadas en sus pulmones, terapia del dolor además de la continuidad del tratamiento de la diabetes.

Bibliografía

- A. Méndez Echevarría, M. G. (2008). neumonia adquirida en la comunidad . *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica*, 59.
- ALAT. (2006). Epidemiología. *Grupo de trabajo de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT)**, 2.
- Andión, J. M. (2006). *NEUMONÍA*. Madrid,España: Guías de buena práctica en Geriatria:.
- Arboleda, E. (2002). *Neumología clinica*. Madrid,España: ERGON,C Arboleda.
- ATS. (2007). <https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/>. *Diagnosis and Treatment of Adults with Community*, e52.
- Dr. Yordanka Yamiléx Aleaga Hernandez, I. D. (2015). Neumonía adquirida en la comunidad: aspectos clínicos . *Revista Cubana de Salud Pública.*, 419.
- España, E. (13 de enero de 2006).
- Garcia Zenon. (6 de enero de 2016). *medigraphic*. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/c09a/ae271368bf847c152a9a176110fc0b4e92f3.pdf>
- OMS. (2020). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
- VALLE, F. C. (2001). ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. En C. I. FERNANDO VALLE, *ENFERMEDADES RESPIRATORIAS* (pág. 87). ESPAÑA: GEA CONSULTORIA.

ANEXOS

ANEXOS

COEFICIENTE	UNIDAD	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
pH	7.38	7.38		
pO2	90	mmHg		
pCO2	53.8	mmHg		

DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
CELOSIA EN AZUL	346.2	mg/dl	75-135
CELOSIA EN ROSA		mg/dl	110-130
UREA	35.4	mg/dl	15-50
CREATININA	0.61	mg/dl	0.6-1.1
UREA TOTAL	0.35	mg/dl	Meq.1.1
UREA EN SANGRE	0.15	mg/dl	Meq.0.2
UREA EN URINA	0.20	mg/dl	Meq.0.85
UREA EN SANGRE TOTAL		g/l	5.7-8.5
UREA EN URINA		g/l	3.5-5.2
UREA EN SANGRE		g/l	2.3-3.3
UREA EN URINA		g/l	2.3-8.2

DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
CELOSIA EN AZUL	346.2	mg/dl	75-135
CELOSIA EN ROSA		mg/dl	110-130
UREA	35.4	mg/dl	15-50
CREATININA	0.61	mg/dl	0.6-1.1
UREA TOTAL	0.35	mg/dl	Meq.1.1
UREA EN SANGRE	0.15	mg/dl	Meq.0.2
UREA EN URINA	0.20	mg/dl	Meq.0.85
UREA EN SANGRE TOTAL		g/l	5.7-8.5
UREA EN URINA		g/l	3.5-5.2
UREA EN SANGRE		g/l	2.3-3.3
UREA EN URINA		g/l	2.3-8.2

6 SECRECIONES VAGINALES

8 OTROS

CRISTALOGRAFIA

PSA

9 TEST DE EMBARAZO

SANGRE

ORINA

10 HELICOBACTER PYLORI

SANGRE

MESES

11 ESPECIALES

PROTEINAS EN 24 HORAS:

HEPATITIS A:

HEPATITIS B:

HEPATITIS C:

HEPATITIS D:

HEPATITIS E:

HEPATITIS F:

HEPATITIS G:

HEPATITIS H:

HEPATITIS I:

HEPATITIS J:

HEPATITIS K:

HEPATITIS L:

HEPATITIS M:

HEPATITIS N:

HEPATITIS O:

HEPATITIS P:

HEPATITIS Q:

HEPATITIS R:

HEPATITIS S:

HEPATITIS T:

HEPATITIS U:

HEPATITIS V:

HEPATITIS W:

HEPATITIS X:

HEPATITIS Y:

HEPATITIS Z:

28/05/2017

Ante paciente de 71 años

Diagnóstico de ICC pulmonar

Manejo adecuado en la comunidad

Existe Cuid. 2-3

Quiere repetir datos en hemograma derecho de moderada intensidad

TA: 110/50 mmHg

Paciente en malas condiciones

IEH Jimenez

28/05/2017

Paciente de 71 años

Manejo adecuado en la comunidad

Existe Cuid. 2-3

Quiere repetir datos en hemograma derecho de moderada intensidad

TA: 110/50 mmHg

Paciente en malas condiciones

IEH Jimenez

29/05/2017

Evaluación de

Paciente de 71 años

Manejo adecuado en la comunidad

Existe Cuid. 2-3

Quiere repetir datos en hemograma derecho de moderada intensidad

TA: 110/50 mmHg

Paciente en malas condiciones

IEH Jimenez

DIFF. Morph. Count	Value	Unit	%
WBC	19.81	$10^3/\mu\text{L}$	
RBC	5.44	$10^6/\mu\text{L}$	
HCT	9.6	g/dL	
HGB	29.8	g/L	
MCV	86.6	fL	
MCH	27.9	pg	
MCHC	32.2	g/dL	
PLT	303	$10^3/\mu\text{L}$	
RDW-SD	49.1	fL	
RDW-CV	15.3	%	
MPV	8.3	fL	
NEUT	24.93	$10^3/\mu\text{L}$	83.6 %
LYMPH	0.97	$10^3/\mu\text{L}$	3.3 %
MONO	0.80	$10^3/\mu\text{L}$	3.0 %
EO	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 %
BASO	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 %
IG	3.00	$10^3/\mu\text{L}$	10.1 %

RBC Mensaje IP

PLT Mensaje IP

WBC Mensaje IP

Neutrophilia

Leukocytosis

IG Present

Left Shift?

