

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES
ADULTOS CON NEUMONÍA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE.**

2015 - 2017.

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

SANDRA MARINA TORRE ANGOMA

**CALLAO, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sandra', is written over a large, stylized circular flourish.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 068

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°456-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. SANDRA MARINA TORRE ANGOMA

mismo que consta de siete capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación. El capítulo II incluye los antecedentes, marco conceptual y la definición de términos. EL capítulo III describe la presentación de la experiencia profesional, Capítulo IV los resultados. Capítulo V enuncia las conclusiones, capítulo VI Las recomendaciones y el capítulo VII referencias bibliográficas, finalmente los anexos.

Las infecciones de vías respiratorias bajas (IVRB), entre las que se incluye la neumonía, constituyen una de las principales enfermedades en la lista de las primeras 30 causas de mortalidad a nivel mundial. De acuerdo con informes de la Organización Mundial de la Salud, a nivel global las IVRB en el año 2008 ocasionaron la muerte a 3.46 millones de personas, lo que corresponde al 6.1% del total de muertes para ese año, colocándola en el tercer lugar como causa de muerte después de la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular. Las cifras para ese mismo rubro en los países de medianos recursos fueron 2.07 millones de muertes, que correspondió al 5.4% del total de muertes, colocándola en el cuarto lugar.¹ La tasa global de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) varía de 8 a 15 por 1,000 personas por año. En general, hay una variación estacional, con mayor ocurrencia de casos durante los meses de invierno, y es más frecuente en hombres que en mujeres; asimismo, los niños y los adultos mayores padecen esta enfermedad de forma desproporcionada (4)

Según Susan Chow, en su estudio Epidemiología de la pulmonía dice; a nivel mundial, los índices de infección son los más altos de países en desarrollo, determinado en países en Asia sudoriental y África. Cuando un paciente tiene acceso a la asistencia médica apropiada, la pulmonía es altamente tratable y el pronóstico para la recuperación es bueno. Sin embargo, en los países en desarrollo en donde la infraestructura médica puede ser subóptima, el saneamiento es pobre, y los índices de pobreza

son altos, infección de la pulmonía pueden ser una dolencia seria dando por resultado altas tasas de mortalidad. En naciones desarrolladas, la pulmonía es una preocupación en adultos sobre la edad 65. Un estudio señalado aumentó índices de hospitalizaciones pulmonía-asociadas en los Estados Unidos, Reino Unido, Dinamarca, y los Países Bajos. En los Estados Unidos en 2010, hospitalizaron a aproximadamente 1,1 millones de pacientes para la pulmonía y la longitud media del retén del hospital era 5,2 días. El aumento era determinado notable en más viejos adultos. Según estadísticas nacionales, aproximadamente 26.000 personas murieron de pulmonía y de gripe en Inglaterra y País De Gales en 2013. El índice cada vez mayor de pulmonía encontrado en naciones desarrolladas se puede conectar al envejecimiento de la población y a los aumentos en otras enfermedades crónicas tales como diabetes, enfermedad cardíaca, y otras dolencias que debiliten el sistema inmune.(5)

En Argentina, según los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la incidencia global de NAC es de 1.26 por 1000 habitantes. (33) En un estudio de base poblacional que se encuentra en desarrollo en la ciudad de General Roca, provincia de Río Negro, la incidencia anual de NAC en personas mayores de 18 años es de 8.4‰ y en 29 sujetos de 65 años o más, de 34‰. (34) La mortalidad de los pacientes asistidos en forma ambulatoria varía entre 0.1 y 5% y en los pacientes que requieren hospitalización puede superar 50%,

especialmente en los ingresados en la unidad de terapia intensiva (UTI). (35) En Chile, un estudio prospectivo con 463 pacientes adultos inmunocompetentes hospitalizados por neumonía comunitaria, la mortalidad en el hospital fue cercana al 8%, el 2,6% de los pacientes ingresó en la sala de cuidados generales y el 17,5% en unidades de cuidados intensivo (6)

En el Perú, en el adulto mayor (60 a más años) las infecciones respiratorias agudas se mantienen como primera causa de mortalidad el año 2007 y como segunda causa de morbilidad el año 2008 (12.1% del total de atenciones de consulta externa realizadas). La tendencia nacional de la incidencia acumulada de episodios de neumonía x 10000 adultos mayores se ha incrementado en los últimos años, de 19,4 el año 2009 a 23.6 para el año 2012, con una tasa de letalidad por neumonía reportada de 9.1% en el presente año (Reporte de la situación epidemiológica de las IRAs y neumonías Boletín Epidemiológico, SE. 35), constituyéndose en un problema de salud pública creciente en forma similar a lo reportado por otros países, a pesar de los avances en el desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico molecular, mejor accesibilidad a los servicios de salud y disponibilidad de modernos antibióticos y vacunas. Las personas de edad avanzada presentan características anatómicas y funcionales muy particulares en su aparato respiratorio, con menor capacidad de respuesta a infecciones, mayor prevalencia de patologías crónicas (diabetes mellitus, cardiopatías, EPOC, insuficiencia renal crónica, neoplasias),

presentando además un mayor riesgo de deficiencias nutricionales, que favorecen la presentación de las neumonías (1)

Según la Oficina de Estadística del hospital Rezola de Cañete se presentaron 253 casos de neumonía en el año 2016, 196 casos para el 2015 y para 2014; 170 casos, en la que se observa un significativo incremento de casos. La distribución es en adultos de ambos sexos, usuarios del servicio de emergencia (7)

1.2 Objetivos

Describir la experiencia laboral profesional en el cuidado de enfermería en pacientes adultos con Neumonía que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Rezola de Cañete 2015 - 2017.

1.3 Justificación

Este estudio proporcionará información relacionado a los cuidados de enfermería que se brinda a los pacientes adultos con diagnóstico de Neumonía que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Rezola de Cañete 2015 - 2017, con el propósito de contribuir a disminuir las complicaciones propias de la enfermedad. Así mismo se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos relacionados a la persona que deberá mantener un equilibrio fisiológico y emocional, utilizando el modelo de Virginia Henderson (catorce necesidades)

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que lograra precisar el proceso de los cuidados de enfermería en el paciente adultos con diagnóstico de Neumonía usuarios del servicio de Emergencia del Hospital Rezola de Cañete 2017.

Nivel Social: A nivel social este informe beneficiará a los pacientes adultos con diagnóstico de Neumonía que son atendidos en el servicio de Emergencia en el Hospital Rezola, Así mismo los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor de enfermería y brindar una buena atención a estos pacientes; a fin de evitar complicaciones y facilitar una pronta recuperación.

Nivel Práctico: Permitirá aumentar los conocimientos y la práctica al personal de enfermería en los tres niveles de atención a nivel hospitalario, para una adecuada intervención en los mismos. A fin de cambiar actitudes, durante la toma de decisiones, al cambio, a la mejora de la práctica profesional al brindar nuestros servicios, a la eficacia, a la satisfacción del usuario interno y externo.

Nivel Económico: Los pacientes con Neumonía que se caracteriza por tener graves complicaciones y al igual que otras enfermedades son un gran problema para la salud pública, por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan y por ende el aumento de estancias y costos hospitalarios.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

ESCOBAR ROJAS, Araceli / CASTILLO PEDROZA, Jonathan / CRUZ HERVERT, Pablo / BÁEZ-SALDAÑA, Renata. **“Tendencias de morbilidad y mortalidad por neumonía en adultos mexicanos” 2015.**

Los estudios de epidemiología descriptiva sobre neumonía en adultos son escasos. El objetivo fue describir en población mexicana, las tendencias de morbilidad y mortalidad nacional para neumonía en adultos de 1984 a 2010. Métodos: Estudio ecológico de series de tiempo retrospectivo para neumonía, de 1984 a 2010, utilizando la información nacional disponible. Se midió el porcentaje de cambio del número de casos y tasa cruda y ajustada por edad. La significancia estadística de las tendencias anuales se evaluó con la prueba de tendencias no paramétrica para grupos ordenados. Resultados: La neumonía afectó principalmente a niños de 0-4 años y mayores de 65 años de edad. La morbilidad mostró una tendencia ascendente significativa. Las defunciones se mantuvieron sin observarse tendencia significativa; el análisis por grupo de edad resaltó tendencia descendente en todos los grupos, excepto en el de 15 a 64 años que observó una tendencia ascendente. Conclusiones: La morbilidad en ascenso y la mortalidad general que no observó alguna tendencia, hacen suponer que las intervenciones para mejorar el control de la neumonía aún son insuficientes. Es fundamental desarrollar investigación en la población mexicana, para identificar las áreas de debilidad y políticas de

salud necesarias para observar un cambio favorable. (4)

ROBY K. “Prevalencia y caracterización clínico-epidemiológica de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del hospital general HOSNAG. Periodo 2012-2013 Guayaquil” Ecuador 2015. Estudio descriptivo- transversal cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de esta enfermedad dentro del Hospital Naval durante el año 2012-2013, para así analizar características clínicas, epidemiológicas, factores de riesgo, y manejo de NAC en adultos que han sido hospitalizados. Durante el periodo de estudio se registraron de los 145 pacientes 69 fueron mujeres (48%) y 76 fueron hombres (52%). El número de pacientes que se atendieron en la consulta externa del área de Neumología fue de 3840 en el periodo antes mencionado, de los cuales solo 145 fueron hospitalizados y obtuvieron como diagnóstico definitivo Neumonía. Sin embargo, la prevalencia de NAC durante el periodo de estudio fue de 3.4 %. (8)

ASTUDILLO RUNIN, Stefanie Valery. “Prevalencia de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Vitarte en el periodo Julio 2013- Julio 2015” Con el objetivo de determinar la prevalencia de pacientes adultos hospitalizados por Neumonía Adquirida en la Comunidad en el servicio de hospitalización de medicina del Hospital Vitarte en el periodo Julio 2013- Julio 2015. Estudio descriptivo,

retrospectivo, transversal de una población de 122 pacientes mayores e igual de 18 años de edad con diagnóstico de egreso de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Vitarte, mediante la revisión de las historias clínicas, el traslado de datos fue a una ficha de recolección e ingreso de estos al programa de SPSS versión 23.0. Resultados: Se estableció que la prevalencia fue 7,5%, el 55,7% de los pacientes fueron de sexo masculino, el 72,9% fueron mayores de 55 años y la edad media fue de 64,8 años. La tos seca, fiebre y disnea fueron las manifestaciones clínicas encontradas con más frecuencia. La comorbilidad más frecuente fue la Hipertensión Arterial con un 31,1%. Del total de pacientes el 48,4% presentó un CURB 65 con una puntuación de 2 puntos y el 28,7% presentó una puntuación de ≥ 3 puntos. La mortalidad fue 8,2% y del total de fallecidos, el 80% tuvo una puntuación del CURB 65 ≥ 3 puntos. Conclusión: La prevalencia de Neumonía Adquirida en la comunidad fue 7,5%. (6)

VARGAS BRICEÑO, Sergio A. "Factores pronósticos de letalidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Belén. MINSA". Trujillo. 2010- 2014 Con el objetivo de determinar los factores pronósticos de letalidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Belén de Trujillo. **Material y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 100 pacientes con neumonía adquirida en la comunidad según criterios de inclusión y

exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin letalidad. Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fue: hiponatremia (OR: 4.88; $p < 0.05$), ancianidad (OR: 3.85; $p < 0.05$), leucopenia (OR: 6; $p < 0.05$), shock (OR: 2,7; $p < 0.05$), necesidad de ventilación mecánica (OR: 5.6; $p < 0.05$). Conclusiones: La hiponatremia, la ancianidad, la leucopenia, el shock y la necesidad de ventilación mecánica son factores pronósticos de letalidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. (9)

2.2 Marco Conceptual

2.1.1 Neumonía

a) Definición

Según la OMS. La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Estos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. (10)

La neumonía es la inflamación aguda del Parénquima Pulmonar. Puede tener varias causas, pero generalmente es de etiología infecciosa. Se distingue:

Neumonía Extrahospitalaria o Adquirida en la Comunidad la cual puede presentarse en 02 situaciones: Huésped Normal o Huésped

en Riesgo, siendo el organismo causal diferente.

Neumonía Intranosocomial. Según la definición del Center For Diseases Control, es aquella que no estaba presente ni incubándose, en el momento de ingreso al Hospital, y puede ser:

- Temprana: si se manifiesta durante los cuatro primeros días
- Tardía: si se presenta a partir del 5° día.

Entre ambas existen diferencias en cuanto a patogénesis, etiología y pronóstico. (3)

b) Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo para la neumonía son:

- Edad superior a 65 años.
- Infecciones respiratorias virales, como gripe (*Haemophilus influenzae* de tipo b).
- Tabaquismo.
- Enfermedades inmunosupresoras (VIH, trasplante, cáncer, etc.).
- EPOC (bronquitis crónica y enfisema pulmonar).
- Usuarios de drogas.
- Enfermos encamados (postrados).
- Personas con disminución del nivel de conciencia
- Hospitalizaciones prolongadas.
- Pacientes en ventilación mecánica (en uso de respirador artificial).

- Pacientes con otra enfermedad pulmonar previa (secuelas de tuberculosis, bronquiectasias, fibrosis quística, etc.). (11)

c) Etiología o causalidad

La neumonía puede ser causada, en orden decreciente de frecuencia, por: bacterias, virus, hongos y parásitos. (11)

Diversos agentes infecciosos causan neumonía, siendo los más comunes los siguientes:

- *Streptococcus pneumoniae*: la causa más común de neumonía bacteriana en niños;
- *Haemophilus influenzae* de tipo b (HIB): la segunda causa más común de neumonía bacteriana;
- El virus sincitial respiratorio es la causa más frecuente de neumonía vírica.
- *Pneumocystis jiroveci* es una causa importante de neumonía en niños menores de seis meses con VIH/SIDA, responsable de al menos uno de cada cuatro fallecimientos de lactantes seropositivos al VIH. (10)

d) Fisiopatología

Es consecuencia de la proliferación de microorganismos a nivel alveolar y la respuesta contra los patógenos es desencadenada por el hospedador.

Mecanismos:

1. **Aspiración:** es la más frecuente y se origina desde la orofaringe, ocurre durante el sueño debido a que es aspirado pequeños volúmenes de material faríngeo, en especial en ancianos y personas con disminución de conciencia.

2. **Propagación hematológica:** desencadena por una endocarditis tricúspide o por extensión contigua desde los espacios alveolares o mediastinos infectados.

3. **Mecánicos:** Provocado por la ausencia del reflejo nauseoso y el reflejo tusígeno que brindan protección decisiva evitando la bronco aspiración.

Cuando las barreras antes mencionadas se vencen o cuando los patógenos son lo suficientemente pequeños para llegar a los alveolos por inhalación. Entonces se genera una activación de macrófagos alveolares para eliminarlos o destruirlos. Además, proteínas locales como la "A y D" que tienen actividad antibacteriana y antiviral, posteriormente la eliminación es mediante la capa mucociliar o por los linfáticos.

Sin embargo los macrófagos pueden ser superados y no tienen la capacidad de fagocitar a los patógenos generando las manifestaciones de la neumonía (12)

e) Transmisión

La neumonía puede propagarse por diversas vías. Los virus y bacterias presentes comúnmente en la nariz o garganta de los

niños, pueden infectar los pulmones al inhalarse. También pueden propagarse por vía aérea, en gotículas producidas en tosidos o estornudos. Además, la neumonía puede propagarse por medio de la sangre, sobre todo en el parto y en el período inmediatamente posterior. Se necesita investigar más sobre los diversos agentes patógenos que causan la neumonía y sobre sus modos de transmisión, ya que esta información es fundamental para el tratamiento y la prevención de la enfermedad. (10)

f) Signos y síntomas

La sintomatología de la Neumonía es inespecífica y su diagnóstico se basa en un conjunto de signos y síntomas relacionadas con una infección de vías respiratorias bajas y afectación del estado general, incluyendo fiebre, tos, expectoración, dolor torácico, disnea o taquipnea, y signos de ocupación del espacio alveolar. En los ancianos, no es infrecuente la ausencia de fiebre y la aparición de confusión y empeoramiento de enfermedades subyacentes. En general no existe ninguna característica, signo clínico, o combinación de ellos, que permita deducir una determinada etiología o diferenciar la NAC de otras infecciones de vías aéreas bajas con suficiente fiabilidad (9)

g) Diagnóstico

Exploración:

Presencia de fiebre $>37,8^{\circ}\text{C}$, frecuencia cardíaca respiratoria

>25×1, producción de esputo continuo durante el día, mialgias y sudoración.

Pruebas de laboratorio:

Biometría hemática para determinar existencia de leucocitosis.

Radiografía: Este estudio permite confirma la neumonía por la imagen de un infiltrado. (12)

h) Tratamiento

El tratamiento médico del paciente con neumonía debe incluir:

Consideraciones generales: La antibioticoterapia, hidratación adecuada cuando se necesite, la oxigenoterapia para tratar la hipoxemia y la ventilación asistida, son medidas de importancia decisiva para obtener buenos resultados. Las personas con NAC grave en quienes persiste la hipotensión a pesar del tratamiento con fluidoterapia, pueden tener insuficiencia suprarrenal y mejorar con los glucocorticoides, apoyo nutricional y tratamiento de las complicaciones y problemas médicos asociados. Puede ser necesario emplear mucolíticos y broncodilatadores cuando haya dificultad para movilizar secreciones. (6, 13)

Aunque el objetivo de la antibioticoterapia es ser específica para cada bacteria, ello no siempre es posible, debido a las dificultades, para identificar el microorganismo y a la gravedad de la situación

del paciente. El tratamiento empírico se ha convertido en una estrategia generalmente aceptada. En ella, la elección del tratamiento antibiótico se basa en el microorganismo etiológico más probable, intentando evitar la toxicidad, la sobredosificación y los costos innecesarios. Deben elegirse antibióticos que ofrezcan una amplia cobertura de los patógenos habituales, tanto en el hospital como en la comunidad. La no respuesta a esta terapia puede indicar que el régimen antibiótico elegido no cubre adecuadamente todos los microorganismos etiológicos o que ha aparecido una nueva fuente de infección. (13, 14)

i) Complicaciones

Dentro de las complicaciones más importantes se encuentran: Shock séptico, insuficiencia respiratoria, empiema, complicaciones cardíacas (angina, infarto). (6)

k) Pronóstico

El pronóstico de la NAC está dado fundamentalmente por la severidad de la enfermedad, depende de la edad del paciente, de trastornos coexistentes y del sitio de tratamiento (sujeto hospitalizado o ambulatorio). (6)

l) Prevención

Reglas elementales de higiene

Con el fin de evitar contraer la neumonía, es aconsejado lavarse

las manos regularmente, evitar el contacto con las personas que presentan una infección, deshacerse de pañuelos usados.

Vacunación

Vacunación contra Virus Influenza: Se recomienda en grupos de alto riesgo para mortalidad por influenza o neumonía complicada. Estos incluyen pacientes con enfermedad pulmonar, cardíaca, hematológica renal o hepática crónicas, diabetes mellitus, inmunosupresión, mayores de 50 años y trabajadores de salud. En este último grupo en particular, la vacunación frente a influenza ha mostrado disminuir la mortalidad en mayores de 65 años.

Vacunación Antineumocócica: En los grupos en los que sí está demostrado su beneficio son los pacientes con riesgo para infección neumocócica, es decir, aquellos con inmunidad humoral alterada incluyendo pacientes esplénicos, pacientes con enfermedad renal crónica, especialmente aquellos con síndrome nefrótico, enfermedad pulmonar, cardíaca o hepática crónica y diabetes mellitus (6, 15)

2.1.2 Cuidados de Enfermería en el paciente adulto con Neumonía

Las prioridades del cuidado de enfermería del paciente con neumonía están dirigidas a optimizar la oxigenación y la

ventilación, prevenir la diseminación de la infección, proporcionar comodidad y apoyo emocional y controlar la aparición de complicaciones. Además, debe controlarse la respuesta del paciente a la antibioticoterapia para detectar la aparición de efectos adversos. (13)

Diagnósticos de enfermería:

- Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico
- Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con alteración de la membrana alveolo capilar.
- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación.
- Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con acumulo de secreciones.
- Hipertermia relacionada con proceso infeccioso.
- Riesgo de infección cruzada relacionado con procedimientos invasivos, inmunosupresión.
- Intolerancia a la actividad física relacionado con estado de salud.

(16)

Intervención de enfermería:

- Realizar aspiración de secreciones retenidas en los bronquios:
La retención de secreciones impide el intercambio de gases y retrasa la resolución del proceso.
- Fomentar la ingesta de líquidos ya que la hidratación adecuada adelgaza el moco y sirve como expectorante eficaz.
- Estimular al paciente a que tosa para ayudar a eliminar las secreciones.
- Utilizar percusión de la pared torácica y drenaje postural para movilizar las secreciones.
- Auscultar el tórax para descubrir crepitaciones.
- Auscultar el tórax y el corazón. Los soplos o los frotos cardiacos pueden indicar endocarditis bacteriana aguda, pericarditis o miocarditis
- Controlar la tos cuando no es productiva y los paroxismos causan hipoxemia grave; dar dosis moderadas de codeína en la forma prescrita.
- Evitar la hipoxemia, en especial en pacientes con cardiopatías.
- Control de signos vitales: temperatura, pulso, respiración y presión arterial a intervalos regulares, para evaluar la respuesta del paciente al tratamiento.
- Administración de antipirético según la indicación médica.

- Administración de antibióticos según la indicación médica, para disminuir el riesgo de infección.
- Administración de oxigenoterapia según necesidad
- Reposo en cama.
- Informar los cambios al médico tratante.
- Disminuir la ansiedad del paciente con expresiones de apoyo, amabilidad e información sobre su estado actual y los procedimientos que se han de realizar.
- Información a la familia sobre la situación del paciente (actividad conjunta entre médico y enfermera) y permitir el acompañamiento del paciente cuando sea pertinente. (17, 18)

2.1.3 Modelo de Virginia Henderson (14 Necesidades)

Para Virginia Henderson, La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. (18)

a. **Metaparadigma**

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

Salud

Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.

Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

El Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.

- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

Persona

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debera mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

Enfermería

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el

conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible. (19, 20)

b) Postulados

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

- Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.
- Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.

- Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.
- Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.
- Fuerza: Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

- Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente. (21)

Valores

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

Conceptos

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

* **Objetivos:** Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

* **Cliente/paciente:** Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

1º.- Respirar con normalidad.

2º.- Comer y beber adecuadamente.

3º.- Eliminar los desechos del organismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

5º.- Descansar y dormir.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.

7º.- Mantener la temperatura corporal

8º.- Mantener la higiene corporal.

9º.- Evitar los peligros del entorno.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

- Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.
- Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente: falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.
- Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.
- Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera. (20)

C) Aplicación a la práctica

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias.

Sus contribuciones incluyen la definición de enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta en relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia.

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, sana o enferma o enferma, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible (19)

2.3 Definición de Términos

Consiste en definir términos de forma breve, clara y concisa en relación al área de investigación motivo de estudio.

- a) Oxigenoterapia: Es una medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en aire del ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia.
- b) Shock séptico: La sepsis, la sepsis grave y el **shock séptico** son estados inflamatorios debidos a una respuesta sistémica a una infección bacteriana.
- c) Ventilación Mecánica: Es una estrategia terapéutica que consiste en asistir mecánicamente la ventilación pulmonar espontánea cuando ésta es inexistente o ineficaz para la vida. A través de un ventilador mecánico o una Bolsa de Reanimación Manual BRM.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización a las respectivas Jefaturas médicas y de enfermería; (Servicio de Emergencia y el Departamento de enfermería), oficina de estadística a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- **Recolección de Datos:** Libro de registro, Historia clínica, registros de enfermería
- **Procesamiento de Datos:** Se realizó a través del programa informático Excel, que facilitó el trabajo a través de las hojas de cálculo.
- **Resultados:** Los resultados se presentan a través de cuadros.
- Análisis e interpretación de resultados:

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Mi desempeño laboral se inicia con el SERUMS el que realice en C. S Imperial bajo la modalidad de equivalente en el año 2009 Lugar, Distrito Imperial Provincia Cañete Región Lima, desde 01 de marzo del 2009 al 31 de marzo 2010.

En el año 2010 ingrese a trabajar en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea por concurso CAS, rotando por diferentes servicios. En el año 2013 ingrese a trabajar en el Hospital Rezola de Cañete rotando por los diferentes servicios del mencionado hospital para luego ser programada en el servicio de Emergencia desde el año 2014 hasta la actualidad; rotando por todas las áreas del servicio como, shock trauma, tópico de pediatría, tópico de cirugía, traumatología, tópico de medicina, sala de observaciones, y uros diversos tópicos, realizando labores asistenciales.

- Descripción del Área Laboral

Es la unidad orgánica encargada de realizar tratamiento médico quirúrgico de emergencia y de cuidados críticos, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en grave riesgo o severamente alterada; durante las 24 horas del día. Depende de la Dirección Ejecutiva.

- Organización

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA - HOSPITAL REZOLA CAÑETE

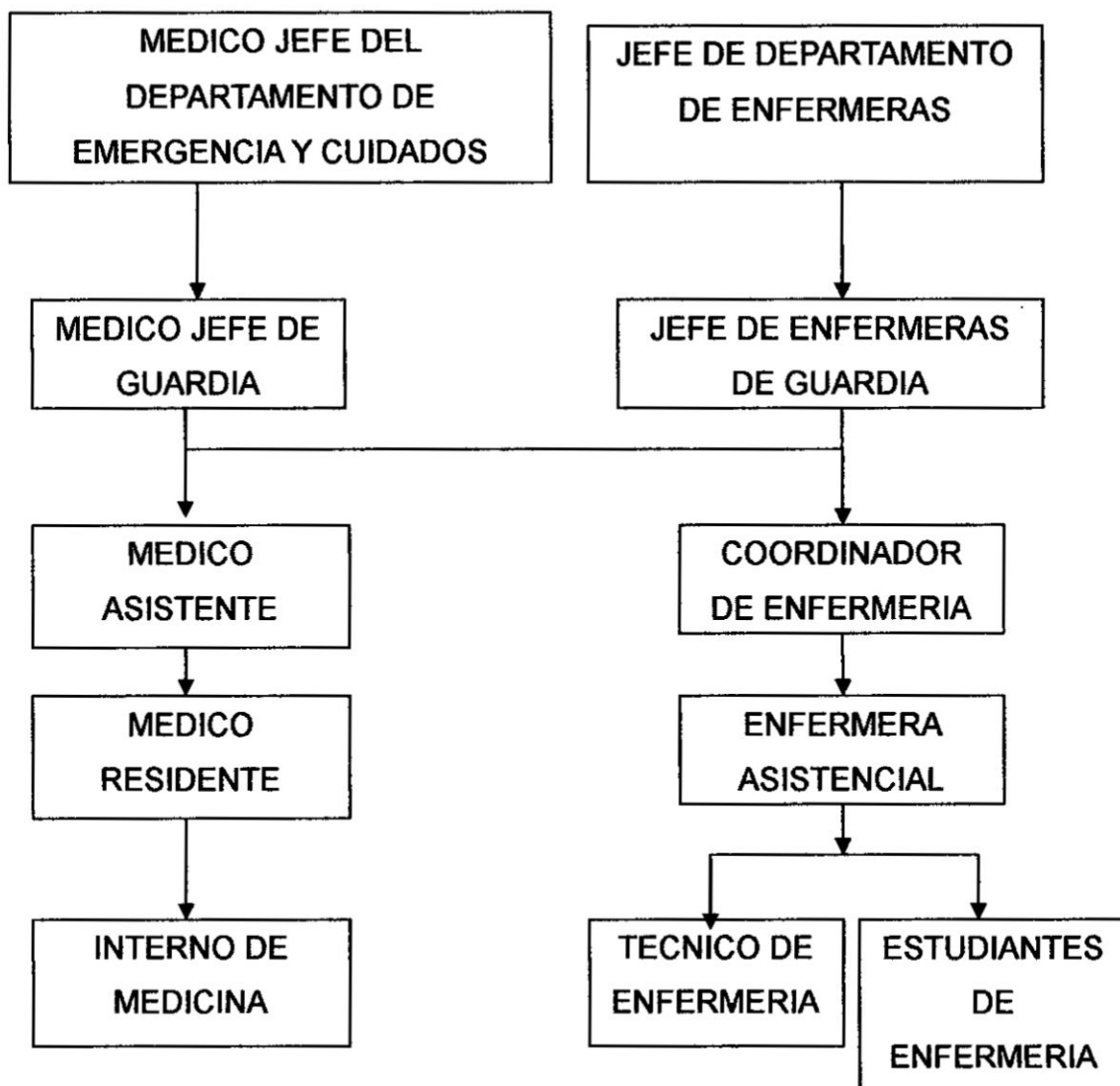


Fuente: Oficina de Planeamiento Estratégico HRC

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

HOSPITAL REZOLA CAÑETE

GRAFICA N°02



Fuente: Oficina de Planeamiento Estratégico HRC

- Recursos Humanos

10 médicos, 13 enfermeros y 10 técnicos de enfermería.

- Infraestructura

Se encuentra ubicado en el primer piso con puerta a la Calle y cuenta con las siguientes áreas:

- Área administrativa

- Sala de Espera
- Star de Enfermería
- Estacionamiento de ambulancias

- Área Asistencial

- Atención al paciente
- Triage
- Unidad de Reanimación o Shock Trauma
- Consultorio diferenciado por especialidades (Medicina, Cirugía y Pediatría.)
- Área de Inyectable y nebulizaciones
- Sala de Observación diferenciado por grupo etario
- Sala de rehidratación oral.
- Otras Áreas

- Área para stock de materiales e insumos
- Depósito de ropa limpia
- Depósito de ropa sucia
- Cuarto de limpieza

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad

a) Área Asistencial

Disponer las medidas necesarias para el buen cuidado de los pacientes en el servicio de Emergencia y supervisar su ejecución.

Brindar atención integral de enfermería y realizar la referencia y contra referencia cuando el caso lo requiera.

Ejecutar las actividades de salud en Emergencia y realizar seguimiento de casos en riesgo.

Controlar y registrar los controles vitales cuando ahí se requiere de acuerdo a estado del paciente.

Brindar educación sanitaria al usuario, la familia y la comunidad de acuerdo a las necesidades identificadas.

Brindar atención de enfermería en situaciones de emergencia y desastres.

Cumplir con las guardias hospitalarias y realizar la atención domiciliaria según el usuario y la comunidad.

Realizar el registro diario de las actividades de enfermería y realizar las anotaciones de enfermería de cada paciente.

Cumplir con las medidas de bioseguridad.

Participa en la vigilancia epidemiológica intra-hospitalaria.

Velar por el mantenimiento y la conservación del buen estado de los equipos y mobiliario del servicio y responder ante cualquier circunstancia de sustracción o pérdida de cualquier material u equipo.

Realizar la entrega de turno a la enfermera entrante con su respectiva entrega de cargo.

Realizar el traslado del paciente a hospitalización o sala de operaciones.

Colaborar con la conservación del buen estado de los equipos y enseres del servicio.

b) Área Administrativa

Supervisar las actividades del personal técnico de enfermería.

Participar en la elaboración de los documentos de gestión del servicio de Emergencia, como guías de procedimientos, guías de atención de enfermería.

Participar en las reuniones programadas por el Departamento de Enfermería.

c) Área Docencia

Participar en los programas de formación y capacitación programados por la Unidad de Docencia e Investigación.

Capacitación en servicio al personal técnico de enfermería a mi cargo.

a) Área Investigación

Mantener un nivel óptimo de conocimientos de Enfermería, acorde con los avances científicos y tecnológicos en la salud.

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

El presente informe profesional se realizó en el servicio de emergencia recabando datos de los diferentes registros que contamos en el servicio y casos clínicos.

3.3.1. Presentación de Caso

Ingresa Paciente adulto mayor mujer de 72 años, rubicunda, piel caliente, soporosa, no tolera decúbito, con mal patrón respiratoria, polipneica, con abundantes secreciones con dificultad para movilizarla. Al control de signos vitales:

PA 80/45mmhg, FC 125 x min, SO₂ 82%, FR 37x min, T°39.0°C

Diagnostico Medico: Neumonía.

3.3.2. ¿Que se hizo en el caso?

- Se instala en la unidad de Shock Trauma, con monitoreo cardiorrespiratorio.
- Se coloca paciente en posición semifowler, y se levanta barandas
- Se Administra oxigenoterapia por mascara Venturi 50% de Fio2.
- Se canaliza vía periférica.
- Se inicia hidratación.
- Se administra antipirético más medios físicos.
- Se aspira secreciones bronquiales.
- Se inicia inotrópico con noradrenalina.
- Se toma Aga con electrolitos.
- Se efectiviza exámenes de laboratorio, radiografías.
- Se prepara equipo de vía aérea artificial.
- -Se asiste al médico para intubación endotraqueal.
- Se prepara ventilación mecánica y se instala al paciente.
- Se prepara paciente para ser transferido a la unidad de cuidados intensivos.

3.3.3. ¿Qué se aprendió?

Con este caso se profundizó los conocimientos y la práctica del manejo de vía aérea y ventilación mecánica. Así como el manejo de paciente con neumonía.

3.3.4. Innovaciones – Aportes

- Guía de atención de enfermería paciente con neumonía.
Anexo 01
- Guía de procedimientos de enfermería en emergencia. Anexo 02
- Capacitación continua en servicio al personal de enfermería.

3.3.5- Limitaciones para el Desempeño Profesional

- Una de las principales limitaciones es el recurso humano, ya que no tenemos personal de enfermería de reten o para las referencias de pacientes a un hospital de mayor complejidad.
- En cuanto a la infraestructura, el espacio es pequeño, el hospital está declarado en emergencia.
- El equipamiento e insumos es insuficiente para el área de Shock trauma, solo contamos con un monitor cardiaco.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

NUMERO DE PACIENTES ADULTOS CON NEUMONIA, POR AÑO EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA CAÑETE
2014 - 2016

AÑO	Nº CASOS	%
2014	170	27%
2015	196	32%
2016	253	41%
TOTAL	619	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.1 vemos que según la Oficina de Estadística del hospital Rezola de Cañete, el número de casos de pacientes adultos con neumonía que son atendidos en el servicio de emergencia va en aumento: 170 casos (2014), 196 casos (2015), 253 casos (2016).

CUADRO 4.2

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA CAÑETE 2014 - 2016

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
18-29	15	05%	30	09%	45	07%
30-59	70	25%	85	25%	155	25%
60 a +	199	70%	220	66%	419	68%
TOTAL	284	100%	335	100%	619	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.2 vemos que a mayor edad aumenta la frecuencia de los casos, siendo el grupo de 60 a 99 el que apporto 68% del total vemos una incidencia marcada en el sexo femenino, con un 54%.

CUADRO 4.3

NUMERO DE PACIENTES ADULTOS FALLECIDOS POR NEUMONIA POR AÑO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA CAÑETE 2014 – 2016

AÑO	N° FALLECIDOS				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
2014	01	10%	02	13%	03	12%
2015	05	50%	05	33%	10	40%
2016	04	40%	08	54%	12	48%
TOTAL	10	100%	15	100%	25	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.3 podemos apreciar que el incremento de la mortalidad va año a año, del 2014 al 2015 respectivamente mayor mortalidad se presentó en el año 2014 con el 45%, además vemos que se caracterizó en el sexo femenino con el 60% y en el sexo masculino con el 40% respectivamente.

CUADRO 4.4

**NUMERO DE PACIENTE ADULTO CON NEUMONIA QUE INGRESAN
AL SERVICIO DE EMERGENCIA Y SON TRANSFERIDOS A LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
HOSPITAL REZOLA CAÑETE 2014 – 2016**

AÑO	N° PACIENTE REFERIDO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
2014	23	22%	30	24%	53	23%
2015	36	35%	41	33%	77	34%
2016	44	43%	54	43%	98	43%
TOTAL	103	100%	125	100%	228	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.4 nuevamente vemos que en el incremento de transferencias se da año a año del 2014 al 2016 respectivamente.

Nuevamente el sexo femenino alcanza mayor porcentaje con 55 %.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente adulto con Diagnóstico de Neumonía.

- b) Se evidencia que la adecuada intervención del profesional de enfermería desde el triaje hasta el alta hospitalaria, referencia, transferencia, es fundamental para la atención del paciente adulto con neumonía para controlar y o prevenir complicaciones.

- c) A pesar de los esfuerzos, aún hay trabajo por realizar, las continuas rotaciones de personal, insuficiente logística, el insuficiente presupuesto, hace que el personal de enfermería del servicio de emergencia plantee estrategias dirigidas a mejorar la atención y el cuidado de enfermería del usuario que acude al servicio.

VI.CONCLUSIONES

- d) En la tabla de 4.1 el aumento de casos por año es por las Estaciones de clima y el aumento de la densidad poblacional haciendo cada vez más ancha la base de la pirámide.

- e) En la tabla de 4.4 tal es así también que este fenómeno se traduce en el incremento de ingresos a la unidad de cuidados intensivos debido a; comorbilidad (Diabetes, cáncer, tbc, etc.), referidos de Puestos y Centros de Salud (no atención oportuna y eficaz) y severidad de la lesión pulmonar. Por lo que se traduce en el incremento $(228 \times 100 \% 619)$ representado en 36.8 % en total de casos. Es la representación en los últimos 3 años.

VII. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales: Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado del paciente adulto con Diagnóstico de Neumonía, que permita un desempeño profesional eficiente; que cubra las más altas expectativas de los usuarios que en ellos confían, a fin de brindar un cuidado con excelencia y calidad.

- b) A la institución: Brindar las facilidades para la realización de las actividades académicas científicas que compete al servicio de emergencia, mejorando así la calidad de la atención y el cuidado de enfermería al paciente adulto con neumonía, previniendo y/ controlando las complicaciones que aumentan los costos hospitalarios y costos sociales.

- c) Al servicio: Continuar con el gran trabajo, que no se pierdan la voluntad y las ganas de innovar cada día, a pesar de las limitaciones existentes; cumpliendo con el compromiso de mejorar la salud de las personas sobre todo a los pacientes adultos con Diagnóstico de neumonía.

IV. REFERENCIALES

- 1.- MINSA. Boletín Epidemiológico. NÚMERO 35 Volumen 21 – Semana Epidemiológica N° 35 (26 de Agosto al 01 de Setiembre de 2012. Perú 2012; Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/35.pdf>, Consultado el 23 de octubre del 2017.

- 2.- OPS. Guía de Práctica Clínica: Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos Perú – 2009.

- 3.- Hospital Santa Rosa. MINSA. Guía e Práctica Clínica 2009 Perú 2009; Disponible en: <http://www.hsr.gob.pe/transparencia/pdf/guiasclinicas/emergencia/servicio-emergencia.pdf>. Consultada el 23 de Octubre del 2017.

4. Escobar Rojas A, Castillo Pedroza J, Cruz Hervert P, Báez Saldaña, R. Tendencias de morbilidad y mortalidad por neumonía en adultos mexicanos 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2015/nt151a.pdf>. Consultada el 12 de Noviembre del 2017.

- 5.- Chow Susan. Epidemiología de la Pulmonía. Disponible en: <https://www.news-medical.net/health/Pneumonia-Epidemiology> (Spanish).aspx. Consultada el 12 de Noviembre del 2017.

11.- Pinheiro Pedro. Neumonía signos y tratamiento. MD SAUDE. 2017.
Disponible en: <https://www.mdsaude.com/es/2015/11/neumonia.html>.
Consultada el 22 de Noviembre del 2017.

12 Nurse Daily.Fisiopatología de la neumonia. 2017. Disponible en:
<http://nursesdaily.com.pe/noviembre-2017/fisiopatologia-de-la-neumonia/>
Consultada el 11 de diciembre del 2017.

13 Urden Ld, Lough ME, Stacy KM. Cuidados intensivos en enfermería.
En O'Donnell.M. Dirks J, editores. Trastornos cardiovasculares. 3ª ed.
Madrid: Ed. Harcourt/Oceano.; 2005

14.- Neumonia, Definición, Fisiopatología, Dx, TTO, cuidado de enfermería
Disponible en:
<http://jaquimbayoenfermeriafuaa.blogspot.pe/2013/08/neumonia-definicion-fisiopatologia-dx.html>. Consultada el 11 de Diciembre del 2017.

15.- Horde, P. Neumonía: síntomas, diagnóstico, tratamiento 2013.
Disponible en: salud.ccm.net/faq/9736-neumonia-sintomas-diagnostico-tratamiento. Consultada el 14 de Diciembre del 2017.

16.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros Definición y Clasificación 2015-2017 (Versión en español de la obra orinal en Inglés)
Elservier, 2015 España.

17.- Bulechek GM, Bucher HK, Dochterman JM, Wagner CM.

“Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)” Sexta edición.
Elsevier. 2014 España.

18.- Brunner y Suderath. Enfermería Médico quirúrgica. 12 ° ed. España:
Ed. Lippincott Williams y Wilkins. 2013.

19.- Alligond MR, Tomey AM. Modelos y teorías em Enfermería. Séptima
Edic. Editorial Elsevier. España 2011.

20.- Meiriño JL, Vásquez Méndez, M, Simonetti, C, Palacio MM. El
cuidado. Disponible en:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>.
Consultada el 11 de Diciembre del 2017.

21.- Programa Integración de Tecnología a la Docencia. Vicerrectoría de
Docencia. Universidad de Antioquia. Colombia. Disponible en:
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=6197>.
Consultada el 22 de diciembre 2017.

ANEXOS

ANEXO 01
GUÍAS PARA EL MANEJO DE LA NEUMONÍA

GENERALIDADES:

I.- FINALIDAD

Estandarizar los cuidados de enfermería al paciente con neumonía, en los servicios de emergencia de los diferentes establecimientos de salud.

II.- OBJETIVO

- a. Diagnosticar y tratar adecuada y oportunamente al paciente portador de neumonía aguda.
- b. Utilizar tratamientos farmacológicos efectivos, eficientes, específicos de acuerdo al huésped y etiología probable o definida.
- c. Reconocer y evitar los factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de las neumonías tanto las adquiridas en la comunidad como las intrahospitalarias.
- d. Evitar la presentación de complicaciones prevenibles, a fin de disminuir la morbimortalidad prematura.

III.- AMBITO DE APLICACIÓN

1. Todos los Servicios de Emergencia de Hospitales de niveles: I, II, III y IV, deben estar en condiciones de brindar tratamiento inicial: Oxigenoterapia controlada y manejo de la vía aérea.
2. Hospitales de Nivel I-II: Reconocimiento de los signos y síntomas de insuficiencia respiratoria, oxigenoterapia controlada, manejo de la vía aérea y traslado a las unidades de Área Críticas o referencia a hospitales de mayor capacidad de resolución que tengan servicios de:
 - UVI: en hospitales de nivel II
 - UCI: en hospitales de nivel III y IV.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Edad avanzada > 65 años
- Enfermedad de base que puedan descompensarse:
 - Bronquitis crónica
 - Enfermedad cardiovascular
 - Diabetes mellitus
 - Hepatopatía crónica
 - Alcoholismo
 - Inmunodepresión (neoplasia, trasplante, SIDA, esplenectomía, etc...)
 - Insuficiencia renal crónica.
- Presencia de Complicaciones Clínicas:
 - Insuficiencia respiratoria
 - Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión, shock)
 - Alteración del nivel de conciencia
 - Complicaciones sépticas extrapulmonares (artritis, meningitis, etc...)
- Sospecha de Bronco Aspiración
- Alteración Radiológica de Gravedad
 - Afectación multilobar
 - Cavitación
 - Derrame Pleural
- Ausencia de Respuesta al tratamiento adecuado durante 48-72 horas
- Situación social que no garantice un tratamiento ambulatorio apropiado.
- Presencia de datos epidemiológicos sugestivos de infección por Estafilococo, examen, negativos o neumococos resistentes a penicilina.

VII. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

a. ANAMNESIS:

Factores que favorecen la aparición de la neumonía: Alcoholismo, TEC, convulsiones, sobredosis de drogas, DVC, malnutrición, tubo endotraqueal, traqueostomía, bronquitis crónica, estados de inmunodeficiencia.

b. SÍNTOMAS:

1. Tos
2. Fiebre
3. Dolor torácico
4. Disnea, polipnea
5. Producción de esputo: mucoso, purulento, sanguinolento.
6. Síntomas extrapulmonares, sobre todo en ancianos y alcohólicos: puede presentarse confusión y desorientación sin síntomas respiratorios.

c. EXÁMEN FÍSICO:

Fiebre, taquicardia, taquipnea, puede haber cianosis, signos de consolidación pulmonar y a veces derrame pleural.

VIII. MANEJO

a. PROCEDIMIENTOS AUXILIARES

1. Hemograma: Leucocitos con desviación izquierda sobre todo en las bacterias, puede ser normal en ancianos e inmunocomprometidos.
2. Radiografía de tórax: En incidencia anteroposterior y lateral correspondiente.
 - Consolidación densa, homogénea, no segmentaria con
 - broncograma aéreo.
 - Intersticial: imagen reticular
 - Bronconeumonía: mantiene la distribución de un segmento,
 - broncograma aéreo ausente.
3. Examen de esputo: Tinción de Gram.

- Directo > 25 leucocitos por campo y < de 10 células escamosas, se observan las bacterias cerca de los leucocitos y su predominancia de Gram + ó -, puede ser espontánea o inducida con nebulizaciones.
- Transtraqueal, aspiración transtorácica, broncoscopia

4. Cultivos:

- Esputo : 50% positivo en S.P. pneumoniae
- Hemocultivo : 30% positivo en Neumonía Bacteriana

5. Toracocentesis: Si hay derrame

6. Gases arteriales

7. Otros de acuerdo a las condiciones asociadas.

b. MEDIDAS GENERALES

1. Dieta líquida o normal según tolerancia

2. Hidratación: es esencial una buena hidratación para mantener volumen Urinario > de 1500 cc.

3. Ventilación y oxigenación:

- Permeabilidad de vía aérea (solución transtraqueal, intubación)
- Oxígeno: Neumonía grave, disnea, cianosis, PO₂<60, (usar máscara más reservorio).

4. Tratamiento del choque y edema pulmonar. El O₂ previene el EAP.

5. Tratamiento del delirium tóxico: haloperidol

6. Tos: si impide el reposo y sueño. Dextrometofano u otros.

7. Dilatación abdominal: succión gástrica.

8. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca: común en los ancianos. Ver guías de Insuficiencia Cardiaca Congestiva.

c. TERAPIA ESPECÍFICA

Pacientes inmunocompetentes

Tratamiento empírico:

El inicio del tratamiento de las neumonías es usualmente empírico, el Gram nos puede orientar hacia un agente, pero se debe iniciar el

tratamiento teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Neumonía adquirida en la comunidad en una persona sana:

Generalmente neumococos o micoplasma

Casos leves: Eritromicina 500 mg/6hrs x 10 días

Compromisos sistémicos: Bencil penicilina sódica 6-12 M ev.

Ancianos: Agregar aminoglucósido sobre todo si hay enfermedad subyacente.

2. Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes con enfermedades subyacentes:

EPOC: - (Hemophylus) - Cefuroxima 500 mg. IV cada 08 h.

- Amoxicilina 500 mg TID

- Ampicilina 1 - 2 g. EV. Cada 06 horas

- Cotrimoxazol 800/160 cada 12 horas

Alcohólicos y debilitados: cubrir Gram negativos.

Neutropénicos y diabéticos: riesgo de Pseudomona:

3. Neumonías nosocomiales

Gram negativos, estafilococo: Combinación de betalactámicoceftriaxona y aminoglucósido.

Pseudomona: Ceftazidima 3-8 c/día.

ANEXO 02

IX PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DX DE ENFERMERIA	Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación	
RESULTADO ESPERADO (NOC)	Estado respiratorio	
INDICADORES	Signos vitales dentro de los rangos esperados	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
	<p>ACTIVIDADES</p> <p>Elevar la cabecera de la cama a 45° (Fowler).</p> <p>Conservar la energía del paciente ayudando con las actividades.</p> <p>Fomentar el cambio la posición cada dos horas.</p> <p>Administrar la medicación prescrita (Broncodilatadores/NBZ); controlar efectos esperados o aparición de efectos adversos</p>	<p>Reduce la presión abdominal y permite que el movimiento torácico y expansión pulmonar sean mayores.</p> <p>Reduce los requerimientos metabólicos y de oxígeno.</p> <p>Promueve la expansión y la oxigenación de todas las áreas pulmonares.</p> <p>Favorece una oxigenación más eficaz, disminuyendo la disnea.</p>

DX DE ENFERMERIA	Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C acumulo de secreciones	
RESULTADO ESPERADO (NOC)	Vías aéreas permeables	
INDICADORES	Signos vitales dentro de los rangos esperados	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	Control de signos vitales Oxigenoterapia	
	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
ACTIVIDADES	La hidratación	El paciente

<p>Hidratar al paciente en forma adecuada.</p> <p>Enseñar y promover el uso de la respiración diafragmática y la técnica para provocar la tos. (Pasada la crisis)</p> <p>Enseñar el uso del nebulizador.</p> <p>Realizar drenaje postural, percusión y vibración a la mañana y a la noche si está indicado</p> <p>Administrar antibióticos (ATB) según prescripción; controlar efectos esperados o aparición de efectos adversos.</p>	<p>sistémica mantiene las secreciones húmedas, provocando que la expectoración sea más fácil.</p> <p>Estas técnicas ayudan a mejorar la ventilación y movilizar las secreciones sin pérdida de aliento y fatiga.</p> <p>El uso correcto asegura un suministro adecuado del medicamento y por lo tanto su efecto terapéutico.</p> <p>La fisioterapia respiratoria ayuda a elevar y desprender las secreciones de modo que puedan expectorarse o succionarse.</p>	<p>mantendrá una eliminación adecuada de las secreciones de las vías respiratorias; demostrará respiración diafragmática y tos con expectoración productiva para minimizarla paulatinamente; Colaborará con la fisioterapia, durante la internación.</p>
---	---	--

ANEXO 03

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA EN OXÍGENOTERAPIA

DESCRIPCIÓN

Consiste en proporcionar a los tejidos con déficit de oxigenación a nivel alveolar, el oxígeno necesario en el aire inspirado y ofertar una mayor cantidad de oxígeno a los tejidos con el objetivo de tratar la hipoxemia.

INDICACIONES

Hipoxemia asociada a hipoventilación (el pulmón está normal la falla es a nivel muscular), hipoxemia no asociada a hipoventilación (O₂ alveolar reducido, deficiencia en la función alveolar capilar, deficiencia de hemoglobina anemia y/o intoxicación con monóxido de carbono, desequilibrio, ventilación perfusión, insuficiencia circulatoria), hipotensión, bradicardia, respiración superficial, hipoventilación, cianosis, paciente portado de trauma en uno o más órganos, intranquilidad ansiedad, cefalea, confusión.

CONTRAINDICACIONES

Pacientes que presentan confusión, inquietud, letargo, diaforesis, palidez, taquicardia, taquipnea e hipertensión, posterior a administración prolongada de oxígeno.

PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería.

RECURSOS HUMANOS

Enfermera y Técnica de Enfermería.

EQUIPO Y MATERIAL

- Cánula binasal, máscara de oxígeno, equipo de Venturi.
- Balón de oxígeno, de no tener sistema empotrado.
- Equipo de aspiración.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar al paciente sobre el procedimiento y tener el equipo listo. 2. Colocar señales de "Prohibido fumar, oxígeno en uso". 3. Educar al paciente al respecto de la indicación de no fumar. 4. Verificar la orden médica (cantidad y presión). 5. Lavarse las manos. 6. Verificar el funcionamiento y cantidad suficiente del oxígeno empotrado o en balón. 7. Llenar el frasco humidificador con agua destilada estéril hasta los dos tercios, conectar el humidificador con el medidor de flujo. 8. Conectar el medidor de flujo con una fuente de oxígeno y verificar el funcionamiento del medidor del flujo y del humidificador. Seleccionar el flujo de oxígeno prescrito. 9. Conectar la tubuladura de la máscara de oxígeno con el humidificador y el medidor de flujo. 10. Abrir la llave de oxígeno. 11. Antes de insertar la cánula examinar que estén los orificios hacia arriba y si la cánula es curva se debe conectar hacia abajo de las 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuye el temor y facilita su colaboración, ahorra tiempo y energía. 2. Evita accidentes. 3. Promueve seguridad al paciente y visitantes. 4. Asegurar la cantidad de oxígeno necesario. 5. Reduce la transmisión de microorganismos. 6. Evita contratiempos y facilita una atención más rápida al paciente. 7. Proporciona oxígeno húmedo. El agua corriente o solución salina deja depositar los minerales. El agua evita que aquel fluya en dirección retrógrada hacia el medidor de oxígeno. 8. Asegura que el equipo funcione. 9. Entra oxígeno humidificado a la máscara. 10. Inicia el flujo de gas. 11. Evita lesiones en la mucosa nasal. Evita la fricción, ya que la mucosa puede obstruir los orificios y reducir el flujo de oxígeno.

<p>fosas nasales, en dirección hacia el piso.</p> <p>12. Colocar la conexión detrás de las orejas y debajo del mentón.</p> <p>13. Si se usa mascarilla, colocarla sobre la nariz, boca y mentón, ajustando la banda elástica alrededor de la cabeza.</p> <p>14. Comprobar el flujo de oxígeno.</p> <p>15. No cerrar los agujeros de las mascarillas.</p> <p>16. Recordar al paciente y familiar los riesgos de fumar en la habitación.</p> <p>17. Lavarse las manos.</p> <p>18. Realizar las notas de enfermería</p>	<p>12. Fija la cánula para que no se deslice por los movimientos.</p> <p>13. Mantiene la concentración de oxígeno evitando la fuga por los bordes de la mascarilla. Si se está utilizando la máscara de reservorio, cubra su dedo índice o pulgar con un paño limpio y ocluya la abertura de la bolsa de reserva para que el O₂ fluya hasta llenar la bolsa antes de colocarla en el paciente.</p> <p>14. Asegura concentración de oxígeno prescrito. Ajustar en caso sea necesario.</p> <p>15. La acumulación de bióxido de carbono puede conducir a la sofocación del paciente.</p> <p>16. El oxígeno puede producir combustión y ocasionar un incendio.</p> <p>17. Reduce la transmisión de microorganismos.</p> <p>18. Permite una información oportuna sobre la evolución del paciente.</p>
--	---