

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



ESCUELA DE ENFERMERÍA
CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE INFANTIL CON LIMPIEZA
INEFICAZ DE VÍAS AÉREAS DE ACUERDO CON LOS
PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

PARA OBTENER TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Rivera Alvarado Cinthia Selene

CUENTA: 412509261

ASESORA

DRA. GANDHY PONCE GOMEZ

MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Primero y como más importante, agradezco a Dios por haberme brindado la oportunidad de superarme, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado, por haberme guiado en el camino para servir mejor al prójimo

A mi Papá

Agradezco a mi papá Martín Rivera García por ser un hombre único el cual ha sido el pilar de la familia, ya que día con día se esfuerza mucho para brindarnos lo mejor sin darse por vencido y hoy puedo decir que él me dio la herramienta más esencial de la vida mi estudio, gracias al hombre de mi vida que nunca me dejó de apoyar en todo momento.

A mi Mamá

Le agradezco a mi madre María del Carmen Alvarado Pérez que es el ser más maravilloso del mundo la cual ha estado siempre en todo momento dándome las palabras exactas para jamás darme por vencida en el transcurso de mi carrera, por su apoyo incondicional y su confianza depositada en mí para poder concluir mi carrera con mucha satisfacción personal.

A mis hermanos

A esos seres maravillosos Paola, María de Jesús y Martín les agradezco que con su amor y por todo el apoyo que me brindaron en esta etapa de mi vida me han enseñado a salir adelante, ya que se portaron como unos verdaderos amigos por los consejos y ánimos que me dieron fuerza para poder seguir luchando día con día para terminar mi carrera con toda la actitud

A la Doctora GANDHY PONCE GOMEZ

Agradezco sinceramente a mi asesora de tesis por sus conocimientos, orientación y ayuda que me brindo para la realización de mi proyecto.

A LA ESCUELA DE ENFERMERÍA CRUZ ROJA MEXICANA

Gracias a la escuela por tener maestros tan buenos, que con ayuda de ellos y a los conocimientos que me brindaron soy la profesionalista que ahora ven.

DEDICATORIAS

En primer lugar, mi proyecto se lo dedico con todo mi amor a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, el haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis papás por sus sacrificios y esfuerzo, por darme la oportunidad de realizar una carrera y por creer en mi capacidad, y el brindarme su comprensión, cariño y amor.

A mis hermanos que con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales, el cual siempre me han brindado tiempo, consejos y apoyo incondicional con mucho amor.

A mis seres queridos que estuvieron a mi lado en esta etapa, ya que cada palabra obtenida me ayudaba a no darme por vencida y así poder lograr la finalidad de mi carrera.

Contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	3
III. OBJETIVO GENERAL.....	4
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	4
IV METODOLOGÍA	5
V. MARCO TEÓRICO.....	6
5.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	6
5.2 MARJORY GORDON.	15
5.2.1 VALORACIÓN DE ACUERDO A MARJORY GORDON.....	19
5.3 NANDA, NIC Y NOC.....	23
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	38
VII VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	39
7.1. Percepción manejo de la salud:	39
7.2. Nutricional metabólico.....	39
7.3. Actividad Ejercicio	40
7.4. Sueño descanso.....	40
7.5. Cognitivo perceptual:	40
7.6. Autopercepción- autoconcepto	41
7.7. Rol -relaciones.....	41
7.8. Sexualidad reproducción.....	41
7.9. Adaptación -tolerancia al estrés.....	41
7.10. Valores creencias	41
7.11. EXPLORACIÓN FÍSICA.....	42
VIII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	43
IX. PLAN DE ALTA.....	47
X. CONCLUSIONES.....	49
XII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
7.9 PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN	43
7.10 PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS	43
7.11 PATRÓN VALORES- CREENCIAS	44
VIII PLAN DE ATENCIÓN	45
IX PLAN DE ALTA.....	49
X CONCLUSIONES	51
XI ANEXOS	52

XII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 54

I. INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería es un método racional y sistemático de planificación y provisión de cuidados de Enfermería. Es importante dado que Enfermería está buscando formas de mejorar su práctica y la satisfacción de los usuarios que atienden. De ahí la importancia de brindar atención de calidad y sobre todo al paciente con un proceso de neumonía.¹

La neumonía es una de las principales causas de morbimortalidad en México y en el mundo sobre todo para niños y adultos. La neumonía es una presentación común de la enfermedad neumocócica, que se refiere a un grupo de padecimientos causados por la bacteria *Streptococcus Pneumoniae*.²

La causa más común de neumonía es la bacteria *Streptococcus Pneumoniae*, también conocida como neumococo. La neumonía neumocócica es difícil de tratar; es por ello que la prevención a través de la vacunación se convierte en una acción prioritaria para reducir la incidencia de la enfermedad, la importancia de tratarla a tiempo es evitar complicaciones o incluso la muerte.

En México, en 2010 se reportaron 156,636 casos de neumonía, con una incidencia de 144.50 por cada 100,000 habitantes. Es una de las 20 primeras causas de morbilidad nacional y es discretamente más frecuente en hombres, con 79,041 casos, que corresponde al 50 por ciento del total, aunque el padecimiento afecta a personas de cualquier edad, los niños pequeños, los adultos mayores y las personas con ciertas enfermedades crónicas como diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y quienes fuman tienen un mayor riesgo de contraer neumonía. Estos grupos son más propensos a experimentar síntomas prolongados, graves y requerir

hospitalización. En México, 80 por ciento de los pacientes no la requieren y su mortalidad es baja (1 por ciento); sin embargo, el 20 por ciento restante sí necesita tratamiento intrahospitalario, con una mortalidad del 12 por ciento, cifra que aumenta cuando se necesitan cuidados intensivos.

Se calcula que la neumonía mató a unos 920 136 niños menores de 5 años en 2015, lo que supone el 15% de todas las defunciones de niños menores de 5 años en todo el mundo. La neumonía afecta a niños y a sus familias de todo el mundo, pero su prevalencia es mayor en el África subsahariana y Asia meridional.³

Nosotros como profesionistas de la salud debemos llevar al paciente a un nivel óptimo de salud, mediante intervenciones que podemos llevar acabo y poner en práctica nuestros conocimientos teórico- prácticos en esta estancia hospitalaria.

En el siguiente Proceso Cuidado Enfermero se presentarán las necesidades que en un paciente infantil de 6 años de edad con neumonía acontecen la patología de neumonía ya que es la causa principal de muerte de niños en todo el mundo, es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones.

II. JUSTIFICACIÓN

La neumonía es una de las principales causas de morbimortalidad en niños en países en vías de desarrollo. La mayoría de las veces la etiología es viral, siendo el manejo básicamente de soporte; mientras que cuando se trata de una etiología bacteriana o una etiología mixta requiere manejo antibiótico específico.

Dado que los factores de riesgo para morbimortalidad en neumonía como la corta edad, bajo peso al nacer, desnutrición, bajo nivel socioeconómico, ausencia de lactancia materna son frecuentes en nuestro medio, se hace necesario el desarrollo de guías basadas en la mejor evidencia disponible sobre el diagnóstico y tratamiento de niños con esta patología con el fin de estandarizar criterios y conductas que permitan manejar adecuadamente estos pacientes, evitando complicaciones y disminuyendo la estancia hospitalaria.

Dentro de las causas de mortalidad infantil en el estado de San Luis potosí se encuentra ciertas afecciones como la neumonía e influenza ocupando el 4 lugar dentro de otros padecimientos⁴

III. OBJETIVO GENERAL

- Realizar una valoración de acuerdo a los Patrones Funcionales de Marjory Gordon
- Elaborar y ejecutar un Plan de Cuidados de Enfermería
- Mejorar el estado de salud de la paciente a través de un Plan de Alta que lleve el paciente a su hogar al ser dado de alta...

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mejorar la función respiratoria del paciente.
- Evitar las posibles complicaciones relacionadas con el proceso neumónico.
- Tratar la fiebre y evitar la deshidratación

IV METODOLOGÍA

El presente caso clínico dio inicio el día 10 de febrero de 2010 en la sala de pediatría, la forma en que se realizó el trabajo del caso clínico fue por patrones funcionales y valoración focalizada del paciente resaltando las necesidades físicas, biológicas y emocionales que presentaba el paciente. Realizando una entrevista, además de observar su entorno para poder estructurar e implementar las actividades e intervenciones al realizar. Se le dio un seguimiento desde el momento del recibimiento al paciente en la unidad de pediatría.

Se realizó una investigación del padecimiento del paciente, así como el diagnóstico médico para focalizar nuestra valoración y complementación de conocimientos. Se llevó a cabo un plan de alta según su enfermedad.

Tras la selección de un caso que llamó la atención por las necesidades afectadas y trabajar en la resolución de éstas por medio del cuidado de enfermería, se realizó una valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, además de una valoración focalizada llevadas a cabo durante la estancia hospitalaria. Resaltando las necesidades físicas, biológicas y emocionales que presentaba el paciente pediátrico. Realizando un pequeño cuestionario además de observar su entorno para poder estructurar e implementar las actividades e intervenciones al realizar.

Tras un análisis y deducción de diagnósticos, se realizó un Plan de Atención teniendo como fundamento la propuesta de la NANDA a través de sus diagnósticos y las intervenciones propuestas (NIC) así como de los resultados esperados (NOC).

Finalmente, tras la ejecución del plan, se intervino con el paciente evaluando los alcances de nuestra intervención planificada.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, también es conocido como Proceso de Enfermería (PE) o Proceso de Cuidados de Enfermería.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.⁵

Posibilita una atención integral a la persona, familia y comunidad sana enferma.

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática e incrementa su capacidad para solucionar problemas, tomar decisiones y maximizar las oportunidades, los recursos para lograr los objetivos finales de los cuidados de enfermería sustentándose en principios y reglas efectivas en la promoción de la calidad de los cuidados, eficiencia y satisfacción del paciente.

Para el profesional de enfermería, la aplicación del proceso facilita la comunicación, propicia el crecimiento profesional, la satisfacción en el trabajo, permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención en forma holística e integral.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con *Hall (1955)*, *Jhonson (1959)*, *Orlando (1961)* y algunos autores más.⁶

Permite que el estudiante de enfermería que se encuentra en proceso de aprendizaje del cuidado, realice una apropiación cognoscitiva sistemática, reflexiva y crítica de sus actuaciones frente a la persona cuidada, que favorece la toma de decisiones asertivas y pertinentes en el ejercicio profesional cotidiano

Genera una atención de enfermería más humana, científica y ética para el beneficio común y el posicionamiento de la disciplina de la enfermería en el medio

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya en la puesta en práctica las etapas se superponen.⁷

MARCO HISTÓRICO DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

Surge como una necesidad encaminada a brindar a los individuos enfermos y sanos una atención integral, sistematizada, reflexionada y coherente desde una base científica

BENEFICIOS DEL USO DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

- Al dar atención, enfermería se centra en la respuesta humana y no solo en las cuestiones medicas
- Enfermería utiliza el enfoque holístico (totalidad de la persona). intervenciones adaptadas al individuo, no a la enfermedad. evitando que se pierda de vista el factor humano, adaptando las intervenciones al individuo.

- Agilizar el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, con lo cual se reduce la incidencia de ingresos hospitalarios y se acorta su duración.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gastos económicos.
- Tiene requerimientos de documentación precisos para: mejorar la comunicación y prevenir errores, misiones y repeticiones, por ser escrito, puede utilizarse para evaluar los cuidados brindados al paciente y realizar estudios que permitan el avance de enfermería y mejorar la eficacia y eficiencia de los cuidados de salud
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente
- Ayuda a que los pacientes y familiares se den cuenta de que sus aportes y recursos son importantes y a que las (os) enfermeras (os) tengan la satisfacción de obtener resultados ⁸

CARACTERÍSTICAS DEL PAE

- Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para lograr su objetivo.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establece entre la enfermera y el paciente.
- Es flexible: Se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier lugar o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: sustentada en una amplia variedad de conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y es aplicable a cualquier modelo teórico de enfermería.

OBJETIVOS DEL PAE

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.⁹

HABILIDADES NECESARIAS PARA APLICAR EL PAE

El Proceso Enfermero implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tenga que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

- **Habilidades Cognitivas o Intelectuales**, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.

- **Habilidades Interpersonales**, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

- **Habilidades Técnicas**, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos. ¹⁰

VENTAJAS DEL PAE

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente, y sobre la enfermera. Profesionalmente define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería y para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para la Profesión:

- Mayor rigor científico.
- Define el campo del ejercicio profesional.
- Mayor organización para proporcionar los cuidados.

Para el Paciente:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para el Profesional de Enfermería:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.

- Crecimiento profesional.¹¹

FASES O ETAPAS DEL PAE

1.- Valoración: Es la primera fase del Proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. La valoración consiste en recolectar y organizar los datos con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de Enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una *Teoría de Enfermería* o en la *Escala de Glasgow*. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales.

Los siguientes modelos de Enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de Enfermería.

- Patrones funcionales de salud de Gordon
- Modelo de adaptación de ROY
- Modelos de sistemas corporales
- Modelo de Necesidades de Virginia Henderson
- Jerarquía de necesidades de Maslow

Los datos los podemos obtener de dos fuentes:

- **Fuentes primarias:** observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
- **Fuentes secundarias:** expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

Objetivos de la entrevista:

- Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.
- Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite el paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.
- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

2.- Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Los diagnósticos de Enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados.

Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias.

El propósito de esta fase es identificar los problemas de Enfermería del paciente.

Los diagnósticos de Enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficit de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso.

Existen 5 tipos de diagnósticos de Enfermería: Reales, de riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome.

- Diagnósticos reales: describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen. El enunciado de los diagnósticos de enfermería reales, consta de tres partes: Problema de salud (Etiqueta) + Etiología + Sintomatología (Manifestaciones).
- Diagnósticos de riesgo: Son juicios clínicos que realiza la enfermera en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de la persona a desarrollar un problema concreto que el resto de la población en la misma situación. El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes: **Problema de salud (Etiqueta) + Etiología** Etiqueta diagnóstica, siempre va precedida por el término "Riesgo de":
- Diagnósticos posibles: Describen problemas sospechados, que necesitan confirmarse con información adicional. El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes: Problema de salud (Etiqueta) + Etiología. Etiqueta diagnóstica, precedida por el término "Posible":
- Diagnósticos de enfermería de bienestar: La NANDA los define como "*un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más elevado*". El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte: Problema de salud (Etiqueta)
- Diagnósticos de síndrome: Son los que están compuestos por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo cuya presencia es previsible como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada... El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte: Problema de salud (Etiqueta)¹²

3.-Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:

- * Establecimiento de prioridades, con base en la jerarquía de Kalish o la de Maslow.
- * Elaboración de objetivos.
- * Desarrollo de intervenciones de enfermería.
- * Documentación del plan.

El Plan de Cuidados de Enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

- **Individualizado:** Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
- **Estandarizado:** Según Mayers, “es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.
- **Estandarizado con modificaciones:** Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- **Computarizado:** Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

4.- Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito

anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico.

Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.

5.-Evaluación: Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de Enfermería deberá cambiar el Plan de Cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez.¹³

5.2 MARJORY GORDON.

Marjory Gordon nació en el siglo XXI, y falleció el 29 de abril del 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts. Fue una profesora y teórica estadounidense, líder internacional en el campo de la Enfermería fue la creadora en los años setenta de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon (*Gordon's functional health patterns*) con la intención de crear un método de valoración de pacientes para la enseñanza de sus alumnos, de la Escuela de Enfermería en Boston, que incluyera conocer los datos necesarios del paciente, su familia, la comunidad y su entorno de forma global y holística y generar diagnósticos propios de Enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA. Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.¹⁴

Gordon ha dirigido proyectos de investigación en Brasil, los Países Bajos y Australia.

Su trabajo de doctorado inicial se enfocó hacia la neurofisiología, pero se dio cuenta que era más compleja y su utilidad real menos se concentró en cambio a la psicología cognitiva.

Asistió a la conferencia de enfermería por primera vez en los diagnósticos de Enfermería patrocinada por la facultad en la universidad de St.

Lo que comenzó como 25 diagnóstico de enfermería ha crecido, en el tiempo, a 206 más en 13 dominios.

La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. Fue ex alumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su Licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College. ¹⁵

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a la salud, calidad de vida y al logro de su potencia humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados a la patología.

Gordon identificó 11 patrones de salud, son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un todo sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, cultura, nivel social, valores, creencias...). Algunos patrones comparten información y ciertos datos

pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetida.¹⁶

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Este lenguaje también formará la base del componente enfermero en el registro médico electrónico.

Estos patrones permiten al profesional de enfermería tener una herramienta útil que facilite la valoración y mejora del diagnóstico enfermero, no obstante, existen otros modelos como el modelo de Virginia Henderson que evalúa catorce necesidades básicas:

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos del organismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura
5. Descansar y dormir
6. Seleccionar vestimenta adecuada
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones,
11. Ejercer culto a dios, acorde con la religión
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.

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

No obstante este modelo es muy similar al de Gordon pues se basa siempre que la valoración y el diagnóstico enfermero se realice de una manera organizada y entendible en diferentes partes del mundo es decir se busca que toda la valoración y diagnóstico enfermero este en un mismo lenguaje para todos los profesionales de esta área¹⁷

Según Gordon cuando hablamos de diagnósticos de Enfermería, nos estamos refiriendo a “...*problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su formación y especificidad están capacitadas y autorizadas a tratar*”.

Fue la primera presidenta de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), asociación de referencia a nivel mundial para la elaboración y difusión de los diagnósticos de Enfermería; la taxonomía II de la NANDA publicada entre 2009-2011 es el actual sistema clasificador en el que aparecen ordenados los diagnósticos de Enfermería, para la elaboración del nivel más concreto de la taxonomía se utilizaron los Patrones Funcionales de Salud de Gordon, que en la estructura taxonómica de la NANDA pasan a llamarse dominios y que en su proceso de adaptación terminan por ser 13.

Sus libros han sido traducidos a 10 lenguas, su “manual de diagnósticos enfermeros” (*Manual of Nursing Diagnosis*) se encuentra en su 12ª edición.¹⁸

Marjory Gordon fue designada en 2009 “Living Legend” uno de los más altos honores dentro del campo de la Enfermería por sus compañeros de la Academia Americana de Enfermería que fundada en 1973 ha estado constituida

por distinguidos líderes en Enfermería que han sido reconocidos por sus destacadas contribuciones a la profesión y al cuidado de la salud.

Marjory Gordon contribuyó al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado, y a la creación de una terminología propia de la Enfermería para su uso en todo el mundo, su obra tiene implicaciones en la investigación y en la educación en salud y en el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. “.. una de las características que me inspiraron de Marjory Gordon ha sido su compromiso total reflejado tanto en sus escritos sobre la organización del trabajo profesional, como en su labor instruyendo a otros, su atención se centra siempre con claridad en definir el fenómeno del conocimiento y la práctica de la Enfermería. La Enfermería como disciplina es más firme en los EE.UU y en todo el mundo debido a los esfuerzos de Gordon... “Callista Roy“ / Living legend Marjory Gordon ¹⁹.

5.2.1 VALORACIÓN DE ACUERDO A MARJORY GORDON

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. ²⁰

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas o patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes

- Patrón I: Percepción manejo de la salud- Básicamente describe cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto, se incluye en el, las practicas preventivas de todo tipo: motivo del ingreso, información que tiene de su enfermedad y percepción de la misma, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.)

En concreto, mediante la valoración de este patrón pretende determinar las percepciones sobre la salud del individuo, el manejo general de la salud y las prácticas preventivas.

- Patrón II: Nutricional- metabólico. Valoramos el modelo de ingesta de sólidos y líquidos: (Si come sólo o necesita ayuda, si tiene prescrita alguna dieta especial, apetito y preferencias, modelo habitual de alimentación en su domicilio, ganancias y / o pérdidas de peso, disfagia creciente, deglución dolorosa, dolor sub-esternal, dolor de garganta, sensación de plenitud, pirosis, regurgitación después de las comidas, náuseas y / o vómitos, halitosis, dentición, anorexia, etc.- Hábitos: comidas calientes, frías, alteración del sentido del gusto.-Medición y valoración de datos antropométricos.-Valoración de la piel y mucosas :-Necesidad de ayuda para higiene: Frecuencia y hábitos de ducha y / o baño, pliegue cutáneo, hidratación general y sequedad de la piel palidez, sensación de sed, malestar generalizado, presencia de signos y síntomas de alteraciones de piel y mucosas.

- Patrón III: Eliminación. Valorar el Patrón habitual de evacuación urinaria e intestinal: frecuencia, características, sudoración, menstruación, hemorroides, deposiciones involuntarias, control de esfínteres, etc.- Presencia o no de signos y / o síntomas de alteraciones.
- Patrón IV: Actividad- ejercicio. Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardíaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc.-Valoración del estado respiratorio: Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente ecológico laboral, tabaquismo, disnea o molestias de esfuerzo, tos nocturna asociada a regurgitaciones, Expectोरación, indicación verbal de fatiga, etc.-Valoración de la movilidad y actividades cotidianas: Debilidad generalizada, cansancio, estilo de vida (sedentario, activo), actividades de la vida diaria (AVD) que realiza, encajamiento, etc.
- Patrón V: Sueño -descanso. Valorar signos y síntomas de sueño insuficiente: Nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente, letárgica, apatía, bostezos frecuentes, cambios posturales, etc.-Valorar modelo habitual de sueño / descanso-Factores que afectan el sueño: Internos: Síntomas de la enfermedad; despertar por la noche debido al dolor, tos o regurgitaciones, estrés psicológico, etc. Externos: Cambios ambientales, estímulos sociales, etc.-Antecedentes de trastorno del sueño.
- Patrón VI: cognitivo- conceptual. Valorar la presencia de indicadores no verbales de dolor como: expresión facial agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa.-Valoración del dolor: Comunicación verbal, intensidad, (utilizar una escala), descripción del dolor, localización, carácter, frecuencia y signos y síntomas asociados: Nauseas, insuficiencia respiratoria etc.-Medidas de alivio utilizadas-Fármacos utilizados-Valoración sensorial y reflejos: déficit sensorial, cognitivo, dificultades de aprendizaje, desorientación, alteración del proceso de pensamiento, conflicto de decisiones.

- Patrón VII: Autopercepción - autoconcepto. Ansiedad, temor, alteración de la autoestima, valoración del grado de ansiedad: Observar la aparición de signos de ansiedad, angustia y temor, nerviosismo, cefaleas, tensión muscular, movimientos inquietos, mareos, hipoventilación, insomnio, somnolencia, cansancio, etc.-Valoración del conocimiento y percepción de su enfermedad, solicitud de información.
- Patrón VIII: Roles - relaciones. Valoración de la comunicación y patrón de interacción social: Ambiente familiar, ambiente laboral, etc.-Valoración de cambios de conducta: dependiente, retraída, exigente, manipuladora, etc.
- Patrón IX: Sexualidad - reproducción. Número de hijos, abortos, etc. Preguntar, si procede y en el momento adecuado, por algún trastorno en las relaciones sexuales. -Mujer: Uso de anticonceptivos, menarquía, última menstruación, menopausia, revisiones periódicas, autoexamen de mama, etc.-Hombre: Problemas de próstata.
- Patrón X: Tolerancia al estrés. Afrontamiento de la enfermedad: Verbalización de la incapacidad de afrontamiento o de pedir ayuda- Alteración en la participación social-Cansancio-Cambio de los patrones de comunicación-Manipulación verbal-Tabaquismo excesivo-Consumo excesivo de bebida-Falta de apetito-Uso excesivo de tranquilizantes prescritos. -Alteración de las conductas de adaptación-Grupos de apoyo: familia, amigos.
- Patrón XI: Valores - creencias-Interferencias de la enfermedad o de la hospitalización en: Prácticas religiosas habituales, prácticas o creencias habituales, tradiciones familiares, etc.-Deseo de contactar con el capellán del hospital o con sacerdotes de su religión.²¹

5.3 NANDA, NIC Y NOC

NANDA

Es la Asociación de Enfermeras Americanas (*North American Nursing Diagnosis Association*) que desde 1973 viene trabajando en la elaboración, actualización y difusión de una clasificación de diagnósticos de enfermería que actualmente es una referencia a nivel mundial

Es la guía definitiva de los diagnósticos de enfermería, como fue revisado y aprobado por NANDA-I. La nueva edición 2015-2017 de este recurso reconocido internacionalmente ha sido rigurosamente revisada y actualizada completamente. Cada uno de los 235 diagnósticos presentados son apoyados por definiciones, así como características definitorias y factores relacionados, o factores de riesgo. Cada diagnóstico nuevo y cada diagnóstico revisado se basa en los últimos datos globales, y han sido aprobados por expertos en diagnóstico de enfermería, investigadores y educadores.²²

Aunque consideramos que la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para los profesionales de la enfermería, la utilización de la taxonomía NANDA es imprescindible en la práctica habitual de su profesión

NANDA presenta los diagnósticos enfermeros publicados por NANDA-I y traducidos al español por Elsevier. El libro publicado por NANDA-I se renueva cada dos años y la herramienta es actualizada siempre con las últimas actualizaciones provenientes de NANDA-I.

La herramienta presenta los diagnósticos desde diferentes clasificaciones y vistas de los datos lo que permite una rápida obtención de la información.

Entre las ventajas del uso de la taxonomía, están:

- El uso de un lenguaje común
- La implantación del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) como método de trabajo

- La participación dinámica dentro de los diferentes equipos de salud²³

Podemos localizar los diagnósticos de NANDA por:

- Código numérico de la etiqueta
- Orden alfabético del título de la etiqueta
- Agrupación por dominios/clases
- Agrupación por necesidades humanas básicas de Virginia Henderson
- Agrupación por patrones funcionales de Marjory Gordon²⁴

¿Qué es un diagnóstico NANDA?

Se trata de un diagnóstico de Enfermería que ha sido aprobado por la NANDA e incluido en su clasificación diagnóstica.

Cada diagnóstico se presenta con:

- Un nombre o etiqueta, que describe de forma concisa el diagnóstico. Está siempre presente en todos los tipos de diagnósticos, y corresponde a la primera parte del enunciado diagnóstico en formato tipo PES: P = "Problema de salud".
 - Una definición, que explica y delimita el significado del diagnóstico. Está siempre presente en todos los tipos de diagnósticos.
 - Unas características definitorias, que se corresponden con una serie de signos o síntomas que indican la presencia del diagnóstico. Están presentes en los diagnósticos reales y corresponden a la tercera parte del enunciado diagnóstico en formato tipo PES: S = "Sintomatología".
 - Unos factores relacionados, que describen antecedentes, situaciones o elementos que contribuyen a la aparición del diagnóstico. Están presentes en los diagnósticos reales y corresponden a la segunda
-

parte del enunciado diagnóstico en formato tipo PES:
E = "Etiología".

- Unos factores de riesgo, que describen situaciones que aumentan la vulnerabilidad de la persona a padecer un determinado problema. Están presentes sólo en los diagnósticos de riesgo.
- Un código único que sirve para identificar y diferenciar el diagnóstico y permitir su tratamiento informático. Está siempre presente en todos los tipos de diagnósticos.
- Una bibliografía de referencia para profundizar en el conocimiento del resultado

Taxonomía II de la NANDA

Es el sistema clasificatorio en el que aparecen ordenados actualmente los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Se trata de una estructura clasificatoria de dos niveles:

- Para la elaboración del nivel más general de la taxonomía, se utilizaron los Patrones Funcionales de Salud como base del desarrollo, pasando a denominarse Dominios.
- Para la elaboración del nivel más concreto de la taxonomía, se definieron dentro de cada Dominio las Clases correspondientes.

La taxonomía II de la NANDA consta de 13 Dominios y 46 Clases²⁵

TAXONOMÍA DEL NOC

Corresponde a las iniciales de la Clasificación de Resultados de Enfermería (*Nursing Outcomes Classification*) elaborada en la universidad de Iowa.

Esta clasificación es resultado de una investigación desarrollada en la University of Iowa College of Nursing desde 1991 y que sigue actualmente desarrollándose.

Uno de los objetivos de los NOC (CRE) es ordenar y clasificar los resultados sensibles a las intervenciones de la enfermera, permitiendo evaluar la calidad de los cuidados proporcionados y medir los resultados obtenidos en los pacientes influenciados por los cuidados enfermeros.

Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre resultados.

La estructura tiene 5 niveles: dominio, clase, resultados, indicadores y medidas.²⁶

Son resultados sensibles a las intervenciones enfermeras, incluidos en la Clasificación de Resultados NOC.

Los resultados de la NOC están desarrollados para que se puedan utilizar en todos los ámbitos en los que las enfermeras proporcionan cuidados, y muchos de ellos pueden utilizarse para evaluar los cuidados proporcionados por otras disciplinas sanitarias.

La NOC los define como "un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de Enfermería".

Cada resultado de Enfermería se presenta con:

- **Un nombre o etiqueta**, que describe de forma concisa el resultado.
Ejemplo: Creencias sobre la salud.
Utiliza los dos puntos para separar los términos del resultado amplios de

aquéllos que hacen que los resultados sean más específicos.
Ejemplo: Recuperación tras el abuso emocional.

- **Una definición**, que explica y delimita el significado del resultado.
Ejemplo: Convicciones personales que influyen en la conducta hacia la salud.
- **Una escala de medida**, para reflejar la situación en la que se encuentra el resultado. Se tratan de escalas de tipo Likert es un sistema de registro de la información, en el que queda reflejada la situación de un tema según el grado de acuerdo o desacuerdo con las frases que componen una escala.

Habitualmente cada escala tiene cinco alternativas (frases) que van desde el total acuerdo hasta el total desacuerdo.

A las respuestas de cada pregunta se les concede una puntuación. En general la puntuación más alta es para la aceptación de las actitudes consideradas como positivas o el desacuerdo con las consideradas negativas.

Este tipo de escalas son las utilizadas para el registro de los indicadores y resultados de Enfermería en la taxonomía NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería).

Ejemplo: Muy débil - Débil - Moderado - Intenso - Muy intenso.

- **Unos indicadores** concretos de la situación en la que se encuentra el resultado.
Ejemplo: Capacidad percibida para ejecutar la acción.
- **Un código** propio para la identificación y tratamiento en los sistemas de información.
Ejemplo: 1700.
- **Una bibliografía** de referencia para profundizar en el conocimiento del resultado. ²⁷

TAXONOMÍA NIC

Corresponde a las iniciales de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (*Nursing Interventions Classification*) elaborada en la universidad de Iowa.

En esta clasificación se describen de manera sistemática y ordenada los tratamientos utilizados por las enfermeras mediante un lenguaje normalizado.

Constituye el resultado de la investigación que se está llevando a cabo en la University of Iowa College of Nursing desde 1987 y de la que ya se han publicado en España 4 ediciones.²⁸

Esta herramienta de investigación clínica proporciona las bases del conocimiento para el currículo y la práctica de enfermería, transmite la naturaleza de la enfermería y facilita la selección y la documentación adecuadas de las intervenciones enfermeras.

En esta 6ª edición actualizada y revisada se incluyen:

- Más de 550 etiquetas de intervenciones de Enfermería basadas en la investigación, con aproximadamente 13.000 actividades específicas.
- Mayor cobertura de las intervenciones con 23 nuevas intervenciones.
- Revisión de 128 intervenciones para ofrecer información más actualizada. asimismo, incluye cinco cambios en el nombre de las etiquetas.
- Actualización y ampliación de la lista del tiempo estimado y el nivel de formación necesarios para realizar las intervenciones NIC.²⁹

La NIC es útil para la documentación clínica, comunicación de cuidados en distintas situaciones, integración de datos entre sistemas y situaciones,

investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, evaluación de la competencia, retribución y diseño de programas.

La investigación para desarrollar la NIC empezó en 1987 y ha pasado por cuatro fases:

1. Fase 1: elaboración de la clasificación, se utilizó una propuesta inductiva para elaborar la clasificación según la práctica existente.
2. Fase 2: elaboración de la taxonomía, análisis de similitudes, agrupaciones jerárquicas y escalas multidimensionales. Durante todo el proceso de examen del campo clínico, se desarrollaron y se probaron los pasos para la implantación y se identificaron las necesidades de las relaciones entre la NANDA, NIC y NOC.
3. Fase 3: prueba y perfeccionamiento clínico, durante este tiempo, más de 1000 profesionales de Enfermería han rellenado cuestionarios y aproximadamente 50 proporcionando su opinión sobre la clasificación.
4. Uso y mantenimiento

Selección de la intervención

- Resultado esperado del paciente
- Características del diagnóstico de Enfermería
- Base investigativa
- Factibilidad de la ejecución
- Aceptación por el paciente
- Capacidad profesional³⁰

5.4 NEUMONÍA

5.4.1 Concepto y epidemiología

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Éstos 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.³¹

La reacción inflamatoria produce una ocupación de los alvéolos que puede visualizarse en una radiografía de tórax.

“La neumonía es una infección del parénquima pulmonar que puede afectar a todas las personas, si bien es más frecuente en los extremos de la vida: niños y ancianos”. “Además, son más proclives a esta infección las personas con enfermedades crónicas, los inmunodeprimidos, como los trasplantados, los que reciben quimioterapia y los pacientes con VIH.”³²

Epidemiología

La neumonía es la principal causa única de mortalidad entre los menores de cinco años. Se estima que la incidencia en ese grupo de edad es de 0,29 episodios por niño y año en los países en desarrollo y de 0,05 episodios por niño y año en los países desarrollados. Ello se traduce en unos 156 millones de episodios nuevos cada año en todo el mundo, de los cuales 151 millones se registran en el mundo en desarrollo.

De todos los casos comunitarios, un 7%-13% son lo bastante graves para poner en peligro la vida y requerir hospitalización. Numerosos datos demuestran que los principales factores de riesgo de la incidencia de neumonía son la falta de lactancia materna exclusiva, la desnutrición, la contaminación del aire en

locales cerrados, el bajo peso al nacer, el hacinamiento y la falta de inmunización contra el sarampión. La neumonía provoca aproximadamente un 19% de todas las defunciones entre los niños menores de cinco años, y más del 70% de esas muertes se producen en el África subsahariana y en Asia sudoriental. Aunque la evidencia disponible es aún limitada, estudios recientes señalan a *Streptococcus Pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae* y el virus Sincitial respiratorio como los principales agentes patógenos asociados a la neumonía en la niñez.³³

5.4.2. Fisiopatología

Se inicia en el momento en que las barreras de defensa normales de la vía respiratoria son privadas de ejercer su efecto defensivo. Para ello se recuerda que las células que tapizan las vías respiratorias son células cilíndricas, Ciliadas y Pseudoestratificadas.

Las células ciliadas forman olas de movimiento coordinado en dirección de la orofaringe, con el fin de remover los residuos mucosos u objetos extraños que se introduzcan a la vía respiratoria. La tráquea y los bronquios que tienen células ciliadas intercaladas por células secretoras de moco, son las encargadas de generar el fluido mucoso que se observa en una expectoración.

Por su lado la pared alveolar está constituida por epitelio alveolar y líquido de revestimiento epitelial que contiene inmunoglobulinas las cuales reaccionan cuando un germen ingresa a espacio alveolar, produciendo su inmediata opzonización.³⁴

En la neumonía de la comunidad el ingreso de los gérmenes causales, produce invasión y proliferación bacteriana en el alveolo, impidiendo de este modo el intercambio gaseoso, lo cual condiciona en una primera etapa, disnea de carácter variable en función del área comprometida.

El proceso inflamatorio se inicia por migración de polimorfo nucleares y células fagocíticas, produciendo de este modo secreción mucopurulenta, la cual activa el mecanismo de la tos.

El exudado así formado estimula a través de la liberación de pirógenos endógenos y exógenos, la aparición de fiebre como mecanismo de defensa.

Este proceso que se replica en varios acinos pulmonares contribuye a la disnea progresiva característica de esta enfermedad, en éste momento el paciente presenta cianosis marcada. Si el cuadro se encuentra cerca de la pleura, se asociará dolor pleurítico caracterizado por ser intenso y pungitivo.

La condensación resultante del proceso, provoca salida progresiva de hemáties, que ocasiona una tos herrumbrosa, y dolor en la zona comprometida. El paciente sufrirá un cuadro de hipoxia sostenida con hipercapnia secundaria.³⁵

5.4.3. Signos y Síntomas

Los síntomas varían según la edad del niño y lo que provocó la neumonía, pero entre ellos se encuentran los siguientes:

- Fiebre
- Escalofríos
- Tos
- Congestión nasal (nariz tapada)
- Respiración muy rápida (en algunos casos, este es el único síntoma)
- Respiración con sonidos tipo silbido o quejido
- Dificultad para respirar; esto puede incluir el ensanchamiento de las fosas nasales, la respiración con el estómago o el movimiento de los músculos entre las costillas
- Vómitos
- Dolor de pecho
- Dolor abdominal, que suele aparecer porque el niño está tosiendo y haciendo un esfuerzo para respirar

- Menor actividad
- Pérdida de apetito (en niños más grandes) o mala alimentación (en los bebés), que puede producir deshidratación
- En casos extremos, color azulado o grisáceo en los labios y las uñas de las manos

Si la neumonía es en la parte inferior de los pulmones, cerca del abdomen, el niño podría tener fiebre y dolor abdominal o vómitos, pero ningún problema respiratorio.

Los niños con neumonía provocada por bacterias suelen enfermarse bastante rápido, comienzan con fiebre repentina y elevada, y respiración inusualmente rápida.

Los niños con neumonía provocada por virus probablemente tendrán síntomas que aparecen más gradualmente y son menos graves, aunque puede ser más común la sibilancia.³⁶

5.4.4. Diagnóstico

La neumonía puede ser difícil de diagnosticar debido a que puede parecer un resfriado o un cuadro gripal. Muchas personas no se dan cuenta que es más grave, hasta que dura más que un resfriado o gripe común

Su médico le diagnosticará neumonía basado en su historia clínica, el examen físico y los resultados de las pruebas diagnósticas.

1. Historia clínica

El médico le preguntará acerca de sus signos y síntomas, y cómo y cuándo comenzó su enfermedad. Para averiguar qué tipo de germen está causando la neumonía, él o ella también puede preguntar acerca de:

- Cualquier viaje reciente que ha realizado
- Sus pasatiempos

- Su exposición a los animales
- Su exposición a personas enfermas en el hogar, la escuela o el trabajo
- Sus condiciones médicas pasadas y actuales, y si alguna ha empeorado recientemente
- Los medicamentos que toma
- Si usted fuma
- Si usted ha sido vacunado contra la gripe o la neumonía

2. Examen Físico

Su médico va a escuchar sus pulmones con un estetoscopio. Si usted tiene neumonía, sus pulmones pueden hacer distintos sonidos cuando usted inhala y exhala como crujidos, burbujeos, y sonidos retumbantes. Su médico también puede oír silbidos. A su médico le puede resultar difícil escuchar sonidos de respiración en algunas áreas de su pecho.

3. Pruebas de Diagnóstico

Si su médico piensa que usted tiene neumonía, puede recomendar una o más de las siguientes pruebas:

- La radiografía de tórax: Es una prueba indolora que obtiene imágenes de las estructuras internas del tórax, como el corazón, los pulmones y los vasos sanguíneos. Una radiografía del pecho es la mejor prueba para el diagnóstico de neumonía junto a la clínica.
- Pruebas de sangre: Los análisis de sangre implican tomar una muestra de sangre de una vena del cuerpo. Un conteo sanguíneo completo (CSC) mide muchos componentes de su sangre, incluyendo el número de glóbulos blancos en la muestra de sangre. El número de células blancas de la sangre puede mostrar si usted tiene una infección bacteriana. Su médico también puede recomendar un cultivo de sangre (hemocultivo) para determinar si la infección se ha diseminado a la sangre. Esta prueba se utiliza para detectar los gérmenes en el torrente sanguíneo. Un hemocultivo puede mostrar qué microbio causa la infección. Si es así, su médico puede decidir cómo tratar la infección.

- Otras pruebas: El médico puede recomendar otras pruebas si el paciente está en el hospital, si tiene síntomas graves, si son adultos mayores, o si tienen otros problemas de salud.
- Prueba de esputo: El médico puede pedir una muestra de esputo (flema) obtenida de usted después de una tos profunda. Esto puede ayudar a su médico a determinar qué gérmenes están causando la neumonía. Luego, el médico puede planificar el tratamiento.
- Tomografía computarizada de tórax (TC): Es una prueba indolora que crea imágenes precisas de las estructuras en el pecho, como los pulmones. Una tomografía computarizada del tórax es un tipo de rayos X, pero sus imágenes muestran más detalles que los de una radiografía de tórax (pecho) común.
- Cultivo de líquido pleural: Para esta prueba, se extrae una muestra de líquido de la cavidad pleural (el espacio entre dos finas capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica). Los médicos utilizan un procedimiento llamado toracocentesis para recoger la muestra de fluido. El líquido se estudia en busca de los gérmenes que pueden causar la neumonía.
- Oximetría de pulso: Para esta prueba, un pequeño sensor está conectado a su dedo o la oreja. El sensor utiliza la luz para estimar la cantidad de oxígeno en la sangre. La neumonía puede impedir que sus pulmones muevan suficiente oxígeno hacia su torrente sanguíneo (impide el adecuado intercambio de oxígeno).
- Medición de oxígeno en sangre. Si su estado es delicado, su médico puede requerir la medición del nivel de oxígeno en la sangre utilizando una muestra de sangre. La muestra se toma de una arteria, generalmente en la muñeca. Esta prueba se llama comúnmente prueba de gases en sangre arterial o gases arteriales.
- La broncoscopia: Es un procedimiento utilizado para observar el interior de las vías respiratorias de los pulmones. Si usted está en el hospital y el tratamiento con antibióticos no funciona bien, el médico puede utilizar este procedimiento. El médico pasa un tubo delgado y flexible a través de la nariz o la boca, en la garganta y en las vías respiratorias. El tubo tiene

una cámara ligera y pequeña que permite al médico ver la tráquea y las vías respiratorias y tomar fotos. Su médico puede ver si algo está bloqueando las vías respiratorias o si hay otro factor que contribuye a la neumonía.³⁷

5.4.5. Tratamiento

Las neumonías son divididas en comunitarias, cuando adquiridas en el día a día, y hospitalarias, cuando surgen en pacientes hospitalizados. La neumonía hospitalaria es más grave y más difícil de tratar, pues es normalmente causada por bacterias más resistentes y acomete pacientes más débiles.

El tratamiento de las neumonías bacterianas se realiza con antibióticos durante al menos ocho días. Las neumonías adquiridas en la comunidad pueden ser tratadas con antibióticos orales, sin embargo, aquellas que evolucionan mal requieren hospitalización y antibióticos intravenosos.³⁸

Los principales fármacos utilizados para las neumonías adquiridas en la comunidad son amoxicilina con ácido clavulánico, azitromicina, claritromicina, ceftriaxona, levofloxacino y moxifloxacino. Signos de mejora son esperados a partir del segundo o tercer día de tratamiento.

Las neumonías pueden llevar a la sepsis y tienden a ser causas importantes de muerte en los pacientes ancianos e inmunodeprimidos.³⁹

5.4.6. Intervenciones de Enfermería para resolver las necesidades de una persona con Neumonía.

Los aspectos a considerar a la hora de plantear cuidados para pacientes con neumonía serán la valoración respiratoria, pudiendo observarse taquipnea, disnea, hipoventilación, respiración trabajosa, también puede observarse fiebre

y taquicardia. Se valorará el balance de líquidos, la situación nutricional, la tolerancia a la actividad, el sueño y el reposo, y la ansiedad.

La instrucción al paciente es muy importante ya que conociendo su situación conseguiremos reducir su nivel de ansiedad:

- Proporcionar al paciente y a la familia información sobre el tipo de neumonía que padece, las complicaciones y el tiempo de recuperación.
- Proporcionar al paciente y a la familia información sobre la medicación prescrita, dosis, nombre, acción, administración y efectos secundarios.
- Explicar la necesidad de una ingesta adecuada de líquidos y nutrientes.
- Explicar a la familia y al paciente el carácter infeccioso de la enfermedad con el fin de evitar el contagio a otras personas.
- Explicar la importancia de evitar el tabaco y los humos que puedan irritar los bronquios.
- Explicar al paciente técnicas de relajación y la importancia del reposo y el sueño.⁴⁰

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 6 años de edad, el cual es acompañado por su madre la cual refiere que presenta fiebre en horas de la madrugada, sin administrar medicamento alguno, al igual que escalofríos, dificultad para respirar, dolor de cabeza, a la exploración presenta los siguientes signos vitales: FC: 98, FR: 28, T°: 38.2°C.

Ficha de identificación

Nombre: M.H.G **Edad:** 6 años **Lugar de residencia:** San Luis Potosí

Nombre: M.H.G

Edad: 6 años

Peso: 21 kgs.

Talla: 1.16 cm.

Fecha de nacimiento: 10 de marzo del 2004

Fecha de ingreso: 8 de febrero de 2010

Diagnóstico médico: neumonía

VII VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

7.1. Percepción manejo de la salud:

Paciente de 6 años de edad, acompañado de su madre al momento de valorar la percepción de la salud, ella refiere esquema de vacunación completo, alergias negadas, refiere vivir en casa habitación en medio urbano, cuenta con servicios básicos, se cuestiona sobre enfermedades o cirugías previas las cuales niega, refiere tener hábitos saludables de salud, ahora cursa con cuadro de neumonía de tres días de evolución, con antibioticoterapia. Al preguntarle al menor refiere que desconoce su padecimiento, solo se le ha dicho que tiene un cuadro gripal fuerte. Se muestra cooperador con el tratamiento

7.2. Nutricional metabólico

Paciente con peso actual de 21 kg, talla de 1.16 mts, IMC 15.6 normal en relación al peso y la talla, a la exploración física se encuentra mucosa oral en buen estado de hidratación, dentadura completa aun de leche sin caries aparente, con frecuencia de cepillado dental dos veces al día (mañana y noche), abdomen blando sin dolor a la palpación.

La madre refiere que lleva a cabo tres comidas al día: desayuno 9:00, comida 15:00 y cena 20:00 y en algunas ocasiones colación vespertina a las 18:00, se procura que las comidas sean preparadas en casa, refiere que le gusta comer cereales, frutas y la mayoría de las verduras, la carne roja la comen en menor cantidad, dos veces por semana, se cuestiona si hay náusea o vómito a lo que el niño responde que no, la madre refiere le da vitaminas de hierro una diaria. No ha manifestado alergia a algún alimento.

Presenta adecuada coloración de tegumentos, piel hidratada, sin lesiones visibles, normotérmico.

7.1 Eliminación

Paciente que refiere durante su hospitalización no tener molestias al orinar u obrar. La madre refiere control de esfínteres a los 3 años.

Tiene una frecuencia de micciones de 4-5 veces en todo el día, de características normales: color amarillo paja, sin mal olor, sin problemas de incontinencia.

2 evacuaciones diarias de consistencia blanda, color café, sin constituyentes anormales.

7.3. Actividad Ejercicio

Presenta FR 28 por minuto, FC 98 por minuto.

A la exploración física se observa irregularidad respiratoria, campos pulmonares con secreciones y ruidos en bases pulmonares, presenta tos con dificultad para eliminar secreciones, el menor refiere sentirse agitado y un poco cansado.

La madre refiere ser un niño activo, que le gusta realizar deporte sin presentar dificultades respiratorias, practica futbol tres veces por semana durante 1 hora.

7.4. Sueño descanso

La madre refiere que el menor no presenta problemas para conciliar el sueño, duerme 8-10 horas diarias y en ocasiones toma siestas de 1 hora por la tarde, la habitación donde duerme se encuentra ventilada, y al momento de dormir hay poca luz.

Durante su estancia hospitalaria refiere inquietud por las noches y no duerme bien, se le ha manejado actividades de distracción para motivar el sueño sin obtener resultado.

7.5. Cognitivo perceptual:

El menor se encuentra consciente, orientado en espacio, tiempo y lugar, refiere sentirse aburrido y querer ir a su casa, no presenta problemas de dicción, audición y visión.

En este momento refiere no presentar dolor, aunque dice incomodarse por la tos continua y no poder eliminar secreciones.

7.6. Autopercepción- autoconcepto

El menor refiere sentirse incomodo por la hospitalización, se muestra ansioso y manifiesta el deseo en repetidas ocasiones de querer irse a su casa.

La madre refiere ser un niño sociable, y no tener problemas de conducta.

7.7. Rol -relaciones

El menor pertenece a una familia nuclear, de 4 integrantes, él es el primer hijo.

Vive con sus padres, la madre refiere nivel económico medio-alto, cursa el primer año de primaria en una escuela particular, no tiene problemas de aprendizaje, ni sociales con los demás miembros del grupo.

El menor refiere llevarse bien con su hermana menor y le gusta jugar con ella.

7.8. Sexualidad reproducción

Patrón no valorado por edad del paciente.

7.9. Adaptación -tolerancia al estrés

El menor se muestra inquieto a la entrevista, la madre refiere no ser corajudo, y no mostrara estrés ante situaciones en la escuela o familiares, solo que por el momento la hospitalización y el tratamiento lo ha mantenido nervioso e inquieto.

7.10. Valores creencias

La madre refiere que los miembros de la familia pertenecen a la religión católica, menciona asistir a misa los domingos en compañía de sus hijos e inculcarles el valor que tiene la religión en la familia, se les habla de Dios y de la unión familiar para salir adelante con este proceso que está pasando el menor.

7.11. EXPLORACIÓN FÍSICA

Examen físico céfalo-caudal

Paciente masculino de 6 años de edad a la exploración física se observa limpio, orientado en tres esferas, se muestra ansioso, intranquilo, a la exploración, por lo cual se le pide a la madre ayuda para continuar con la valoración.

- Cabeza: forma redonda, tamaño pequeña, cabello café y corto
- Cara: expresión triste, color de piel blanca
- Ojos: simétricos de color café claro, y buena agudeza visual de ambos ojos
- Nariz: tabique nasal simétrico, sin presencia de lesiones, con presencia de secreciones.
- Boca: labios simétricos, secos
- Oídos: simétricos sin deformidades ni secreciones, agudeza auditiva buena
- Piel: rojiza y caliente al tacto, sin presencia de lesiones
- cuello: simétrico
- Miembros superiores: sin lesiones ni deformidades
- Tórax: simétrico, dolor torácico a la percusión, con respiración rápida y superficial.
- Abdomen: blando e indoloro a la palpación, piel hidratada
- Miembros inferiores: sin deformidades, buena movilidad
- Genitales: no explorados

VIII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

Diagnóstico: Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c infección m/p tos inefectiva, producción de secreción bronquial

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 6: Lesión física

NOC	NIC	Actividades	Fundamentación	Resultado
Prevención de la aspiración	Aspiración de las vías aéreas	<ul style="list-style-type: none"> +Valorar el estado de conciencia del paciente +Tomar, interpretar y registrar parámetros cardiovasculares +Vigilar patrón respiratorio +Valorar curva térmica +Realizar nebulizaciones según indicación médica. +Aspiración de las vías aéreas. +Tolerancia a vía oral. 	<ul style="list-style-type: none"> + Darse cuenta del estado de conciencia conservado +Evitar el riesgo de complicaciones +Para saber si no ha tenido alguna complicación +evitar que haya una deshidratación 	El paciente mantendrá la vía aérea permeable y una mejoría de la función respiratoria, así como una disminución de la tos

Diagnóstico: Hipertermia r / c enfermedad m/p aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 6: Termorregulación

NOC	NIC	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADOS
TERMORREGULACIÓN	Regulación de la temperatura	<ul style="list-style-type: none"> +Monitorización de signos vitales. + Aplicación de medios físicos +Control de infecciones. +Manejo de líquidos. +Vigilancia de la piel 	<ul style="list-style-type: none"> +Evitar hipertermia y saber el estado de salud. + Evitar el riesgo de complicaciones y recuperar el estado crítico del paciente. +Esto servirá para una mejor hidratación tanto de la piel como de sus mucosas. 	<p>El paciente mantiene la temperatura dentro de límites normales.</p>

Diagnóstico: Deprivación de sueño r/c malestar prolongado m/p fatiga, disminución de la capacidad del funcionamiento

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 1: Sueño/ reposo

Objetivo: Adquirir los conocimientos necesarios para valorar la necesidad de reposo y sueño e iniciar cuidados básicos relacionados con el sueño y reposo en el menor tiempo posible.

NOC	NIC	Actividades	Fundamentación	Indicadores de evaluación
Sueño	Mejorar el sueño	+ Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.	+ Para verificar si el paciente este durmiendo bien.	Escala de Likert Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5
		+ Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.	+ Para que tenga una buena relajación	Dificultad para conciliar el sueño 3 Sueño interrumpido 4

		+Llevar a cabo una buena posición.	+ Evitar problemas de columna, y el tener una buena oxigenación	Dependencia de las ayudas para dormir 2 Siesta inadecuada 4
--	--	------------------------------------	---	--

IX. PLAN DE ALTA

Paciente masculino de 6 años, consiente, tranquilo, con signos vitales dentro de parámetros normales, se observa con buena coloración de piel y tegumentos, aceptando y tolerando la vía oral, con buena ventilación pulmonar no se presentan estertores con mucosas orales hidratadas, micciones y evacuaciones normales, presencia de tos productiva escasa hasta el momento, su evolución es satisfactoria, es dado de alta por mejoría a la vez se le da cita para consulta dentro de 15 días para su observación y valoración de la misma.

Se le brinda al familiar datos de alarma y se dan a conocer signos y síntomas más comunes, así como las complicaciones más frecuentes.

Acciones de enfermería que se realizaron en el alta del paciente:

- Se verifico la firma del médico en la hoja de alta del paciente
- Se procedió a retirar venoclisis y dejar cómodo al paciente.
- Se informó al familiar del alta del paciente
- Se solicitó la ropa personal del paciente para vestirse.
- Se comprobó que se hizo la receta médica y la firma del médico.
- Se brindó orientación al familiar para que realizara los trámites de alta y regresa al servicio para sus indicaciones.

Recomendaciones

- Informar y orientar al familiar sobre la importancia y consecuencia de las infecciones respiratorias
- Evitar el contacto con personas enfermas si es posible.
- Promover la alimentación normal, aumentando líquidos, ofreciéndolos en varias tomas.
- Cubrirse la boca y nariz al estornudar, para evitar la dispersión de los microorganismos.
- Lavarse las manos antes de comer cualquier alimento y después de ir al baño.

- Utilizar ropa adecuada al lugar, para evitar cambios bruscos de temperatura.
- No exponerse a corrientes de aire, si presenta fiebre ayudar a bajar bañando al niño con agua tibia.

Manejo dietético

- Abundantes frutas y verduras
- Beber abundantes líquidos
- Consumir carnes como pescado y pollo.

Signos y síntomas de alarma

- Disnea
- Quejido respiratorio
- Cianosis labial y ungueal
- Letargo
- Hipotermia

Medicamentos

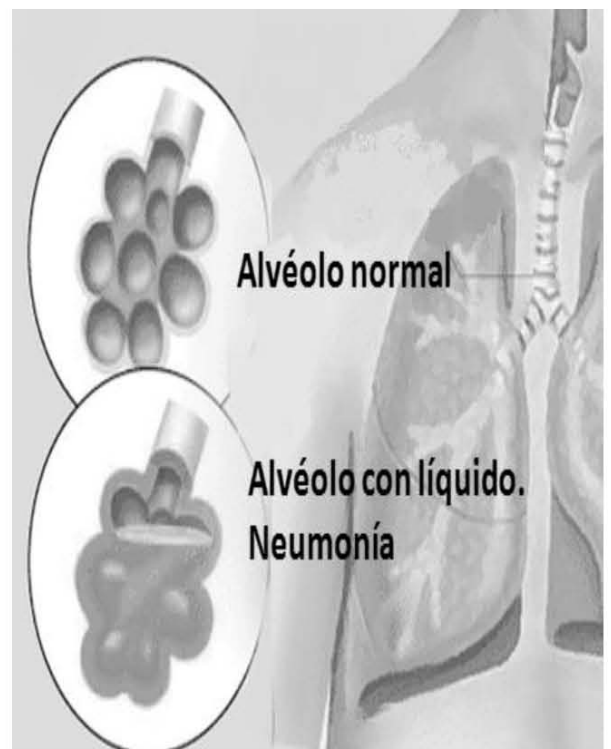
- Antibióticos para infección
- Antipiréticos si hay fiebre
- Analgésicos si hay dolor

X. CONCLUSIONES

Con este trabajo he quedado muy satisfecha y he mostrado sobre la verdadera importancia de esta patología ya que se logró que el paciente con diagnóstico de neumonía lograra una recuperación satisfactoria corrigiendo insuficiencia respiratoria, tos, productividad y dolor que presento a su ingreso a la clínica. Se le proporcionó acciones de Enfermería específicas e individualizadas y sistemáticas que nos condujeron a una evolución satisfactoria, así mismo

Se concluye que el Proceso de Enfermería permite brindar una atención de calidad en la atención de pacientes con enfermedades respiratorias de manera satisfactoria tanto para el paciente como para el personal de Enfermería.

XI. ANEXOS





XII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Rosales Barrera Susana, Eva Reyes Gómez 2004 Fundamentos de Enfermería. ED Manual moderno 3ra edición México
- 2.- Neumonía, una de las primeras causas de muerte en México, [actualizada el 29 de diciembre del 2015, acceso el 24 de abril del 2017] Disponible en: <https://www.quadratin.com.mx/sucesos/639564/>
- 3.- OMS | Neumonía [actualiza el 26 de noviembre, acceso el 26 de abril del 2017] disponible en: WWW.OMS.COM.MX
- 4.-Causas de neumonía [acceso el 26 de abril del 2017] disponible en: www.cij.gob.mx
- 5.-García, María. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson (segunda edición). México, D.F.: Editorial progreso; 2002
- 6.-Proceso de enfermería, [acceso el 25 de abril del 2017], disponible en: "<http://hablemosdeenfermeria.blogspot.com/>"
- 7.-Caro, Sara. El proceso de atención de enfermería. Colombia: Universidad del norte; 2011
- 8.-Mora, José. Guía metodológica para la gestión clínica por procesos, aplicación en las organizaciones de enfermería. España: ediciones Díaz de Santos; 2003
- 9.-Ledesma, María, Fundamentos de Enfermería. México, D.F.: Limusa, S.A. de C.V. grupo Noriega editores; 2004
- 10.-Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración. (Quinta edición). España: Applying Nursing Process; 2003
- 11.-Doenges, Marilyn. Proceso y diagnóstico de enfermería. (Sexta edición). México, D.F.: editorial El Manuel Moderno, S.A. de C.V.; 2014
- 12.-Tipos de Diagnósticos de Enfermería - Observatorio de Metodología . MADRID. CUESTA DE SANTO DOMINGO, [actualizada sábado, 30 de Abril de 2016, 11:53; acceso el 26 de abril del 2017] disponible en: www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=109

13.-Rosales, Susana. Fundamentos de Enfermería. (Tercera edición). México, D.F.: editorial El Manuel Moderno, S.A. de C.V.; 2004

14.-María Isabel Miralles Díaz. En memoria de Marjory Gordon Nurseteando [actualizada el 30 de abril del 2015; acceso el 26 de abril del 2017] disponible en: nurseteando.com/en-memoria-de-marjory-gordon

15.-Marjory Gordon [actualizada el 7 de julio de 2012, acceso; el 29 de abril del 2017] disponible en: <https://es.slideshare.net/marcejuyo/marjory-gordon>

16.-Álvarez, José Luis, Fernández, Delia. Manual de valoración de patrones. [Acceso el 26 de abril del 2017] disponible en; seapaonline.org/UserFiles/File/.../MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.p...

17.-Manual de Diagnósticos Enfermeros” Madrid. Ed. Elsevier. [Actualizada el 2003, acceso el 26 de abril del 2017]. disponible en; http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_1.htmArticulo publicado Sept.30, 1998

18.-Autor Gabinete Estudios, Marjory Gordon, Leyenda de la Enfermería, nos ha dejado - Bitácora ... [actualizada el 25 de Mayo del 2015, acceso; el 29 de abril del 2017] disponible en: bitacoraenfermera.org/marjory-gordon-nos-ha-dejado

19.-Hernández Conesa J. Esteban Albert M. “Fundamentos de la Enfermería: Teoría y método”. McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 1999.

20.-Los patrones funcionales de marjory gordon - [actualizada el 12 de septiembre del 2015, acceso el 29 de abril del 2017] disponible en: <https://es.slideshare.net/natividad76/los-patrones-funcionales-de-marjory-gordon>

21.-Manual de Diagnósticos Enfermeros, de M. Gordon. 10ª edic. Elsevier, Madrid. 2003.

22.-NANDA Diagnósticos y Enfermeros 2015-2017 - Libros Medicos PDF [acceso el día 27 de abril de 2017] disponible en;

www.librosmedicospdf.net/.../NANDA-Diagn-osticos-y-Enfermeros-2015-2017.html

23.-Diagnósticos de enfermería - Enfermería Actual [acceso el 27 de abril del 2017] disponible en: enfermeriaactual.com/nanda

24.-Manual de uso, Taxonomías NANDA, NOC, NIC Planes de Cuidados. [actualizada 10 de mayo del 2015, acceso el 27 de abril del 2017], disponible en; biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/.../Guia%20NNN%20Consult%20Planes.pdf

25.-¿qué es un diagnóstico nanda? - Observatorio de Metodología ...MADRID. CUESTA DE SANTO DOMINGO, [actualizada sábado, 30 de Abril de 2016, 11:53; acceso el 27 de abril del 2017] disponible en: www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=132

26.-*Fernandez Blanca. NOC [actualizada en octubre del 2010, acceso; el día 28 de abril del 2017] disponible en: www.taxonomiaenfermera.com/pag/noc.html*

27.- taxonomía de resultados de la noc - Observatorio de Metodología ...MADRID. CUESTA DE SANTO DOMINGO, [actualizada sábado, 30 de Abril de 2016, 11:53; acceso el 27 de abril del 2017] disponible en: www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=132

28.- Intervenciones de enfermería de la nic - Observatorio de Metodología ...MADRID. CUESTA DE SANTO DOMINGO, [actualizada sábado 30 de Abril de 2016, acceso el 01 de Mayo del 2017] disponible en: www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=132

29.- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) - Elsevier *[actualizada el noviembre del 2013, acceso 01 de mayo del 2017] disponible en: <https://tienda.elsevier.es/clasificacion-de-intervenciones-de-enfermeria-nic-9788490224...>*

30.- Bulecheck G. Butcher H; clasificación de intervenciones de enfermería (NIC); quinta edición, instrumento para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda, NIC y NOC; 2011

31.-OMS | Neumonía [actualizada en noviembre del 2016, acceso el 27 de abril del 2017] disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/

32.-Neumonía tratamientos, síntomas e información [Actualizada, Jueves 12 de Noviembre de 2015 - a las 10:30h, acceso el 29 de abril del 2017] disponible en: www.cuidateplus.com/enfermedades/respiratorias/neumonia.html

33.-OMS | Epidemiología y etiología de la neumonía en la niñez[actualizada en el 2008, acceso el 29 de abril del 2017] disponible en: www.who.int/bulletin/volumes/86/5/07-048769-ab/es/

34.-García Satué JL, Aspa Marco J. Neumonías. En: Monografías NEUMOMADRID. Madrid: Ed. ERGON; 2005, vol. IX.

35.-Maydana, Fabiola. Revista de Actualización Clínica Investiga - Neumonía [actualizada en septiembre 2011, acceso el 30 de abril del 2017] disponible en: www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682011000900003...sci...

36.-Neumonía - KidsHealth [Acceso el 30 de julio del 2017] disponible en; kidshealth.org/es/parents/pneumonia-esp.html

37.- Signos y síntomas de la neumonía - GeoSalud [actualizada: 17 de Enero del 2013, acceso 30 de abril del 2017] disponible en: www.geosalud.com/enfermedades.../neumonia/signos-y-sintomas-de-la-neumonia.ht...

38.-Álvarez C. Primer consenso nacional para la prevención, diagnóstico, tratamiento de la neumonía nosocomial. Asociación Colombiana de Infectología. 2006;10(1):5-64.

39.-Pinheiro Pedro, NEUMONÍA - Síntomas y Tratamiento | MD.Saúde [actualizada el 23 de Marzo del 2017, acceso; 30 de abril del 2017] disponible en: www.mdsaude.com/es/2015/11/neumonia.html

40.- Suarez, Pedro Manuel, LA NEUMONÍA | Todo Enfermería [actualizada el 26 de enero del 2009, acceso el 30 de julio del 2017] disponible en: <https://todoenfermeria.wordpress.com/2009/01/26/neumonia/>